

Tomáš Zábranský

Drogová epidemiologie

UNIVERZITA PALACKÉHO
LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Tomáš Zábranský

Drogová epidemiologie

OLOMOUC 2003

Věnováno mé Ženě

© Tomáš Zábranský, 2003

ISBN 80-244-0709-4

Obsah

Úvod.....	9
1 Definice	13
1.1 Drogová epidemiologie.....	13
1.2 Drogy	14
1.2.1 Dělení drog	14
1.2.1.1 Podle vzniku	15
1.2.1.2 Podle typu (psychoaktivního) působení a chemického složení	15
1.2.1.3 Podle stupně společenské nebezpečnosti.....	15
1.3 Zne/užívání (ab/usus) drog.....	17
1.3.1 Vývojové stupně zne/užívání drog	18
1.3.1.1 Stádia užívání, vedoucí k závislosti	18
1.3.1.2 Vývojové stupně abusu psychotropních látek v perspektivě věku jedince	19
1.4 Rizika / škodlivé důsledky zne/užívání drog	20
1.4.1 Zdravotní rizika	20
1.4.1.1 Individuální (interní)	20
1.4.1.1.1 Přímá.....	20
1.4.1.1.2 Nepřímá.....	20
1.4.1.2 Populační (externí)	21
1.4.2 Rizika kriminální povahy.....	21
1.4.2.1 Primárně drogové trestné činy.....	21
1.4.2.2 Sekundární drogové trestné činy	21
1.4.2.2.1 Páchání trestných činů pod vlivem drog	22
1.4.2.2.2 Páchání trestných činů za pomoci drog.....	22
1.4.2.2.3 Páchání trestných činů za účelem obstarání prostředků na drogy	22
1.4.2.2.4 Násilné, zstrašující a korumpující chování obchodníků s drogami	22
1.4.2.2.5 Hospodářská kriminalita a korupce.....	22
1.4.3 Ekonomické škody	23
1.4.3.1 Náklady na nemoc – nástroj vyjádření společenské zátěže.....	23
1.4.3.2 Přehled metodologie	23
1.4.3.3 Typy nákladů v COI studiích.....	25
1.4.3.4 COI studie v České republice.....	26
1.4.3.5 Výsledky COI studie v ČR pro rok 1998	27
2 Použití standardních epidemiologických indikátorů v drogové epidemiologii	29
2.1 Indikátory na incidenční bázi	29
2.1.1 Incidence užívání drog	29
2.1.2 Incidence požadavků o léčbu/službu (First Treatment Demand)	29
2.1.3 Mortalita	29
2.1.3.1 Přímá drogová úmrtí.....	30
2.1.3.2 Nepřímá drogová úmrtí (jiná úmrtí za přítomnosti drogy).....	31
2.1.4 Specifická mortalita	31
2.1.5 Incidence (krví přenosných) infekcí.....	31
2.2 Indikátory na prevalenční bázi	31
2.2.1 Celoživotní prevalence (užití drogy)	31
2.2.2 Prevalence současného užívání	31
2.2.3 Prevalence (drogové) závislosti	31

2.2.4	Prevalence problémového užívání.....	32
2.2.5	Prevalence využívání léčby / služeb	32
2.2.6	Vztahy mezi jednotlivými typy „drogové prevalence“	33
2.2.7	Komorbidita.....	33
3	Harmonizované klíčové indikátory EMCDDA a jejich interpretace	35
3.1	Průzkumy užívání nelegálních drog v populaci.....	36
3.1.1	Metodika	36
3.1.2	Možné interpretace pro praktické rozhodování o intervencích	37
3.2	Odhady prevalence problémového užívání drog.....	38
3.2.1	Nevhodné metody pro zjištění problémového užívání.....	38
3.2.2	Metody pro odhad prevalence problémového užívání drog v populaci.....	38
3.2.2.1	Multiplikační metody.....	38
3.2.2.2	Metoda zpětného zachytu (capture-recapture)	39
3.2.2.3	Metoda multivariantních indikátorů	39
3.2.2.4	Metoda zpětné kalkulace.....	39
3.2.3	Možné interpretace pro praktické rozhodování o intervencích	39
3.3	Zájem o léčbu a/nebo specializované služby v souvislosti s užíváním drog (treatment demand).....	40
3.3.1	Metody zjišťování	41
3.3.2	Možné interpretace a vztahy	41
3.4	Úmrtí v souvislosti s drogami a mortalita uživatelů drog.....	41
3.4.1	Metody zjišťování	42
3.4.1.1	Možné interpretace.....	42
3.4.2	Specifická mortalita (úmrtnost) uživatelů drog.....	42
3.4.2.1	Metody zjišťování	42
3.4.2.2	Možné interpretace	42
3.5	Infekční nemoci se vztahem k užívání drog	43
3.5.1	Podíl uživatelů drog na nových hlášených nálezích	43
3.5.1.1	Metody pro zjišťování.....	43
3.5.2	Prevalence a incidence mezi uživateli drog.....	43
3.5.2.1	Prevalence onemocnění (promóřenost) mezi uživateli drog	43
3.5.2.2	Incidence onemocnění v populaci uživatelů drog.....	44
3.5.2.3	Metody pro zjišťování.....	44
3.5.3	Možné interpretace	44
4	Kvalitativní metody v drogové epidemiologii	45
4.1	Role kvalitativních metod	45
4.1.1	Formování designu kvantitativního výzkumu.....	45
4.1.2	Doplňování a kontrola kvantitativního výzkumu	46
4.1.3	Vyhledávání a výzkum skryté populace.....	46
4.1.4	Porozumění osobní zkušenosti a významu užívání drog	46
4.1.5	Porozumění sociálnímu kontextu užívání drog.....	46
4.1.6	Vývoj účinné intervence a politické strategie.....	47
4.2	Základní metody v kvalitativním drogovém výzkumu.....	47
4.2.1	Etnografie a zúčastněné pozorování.....	47
4.2.2	Přímé pozorování	48
4.2.3	Kvalitativní interview	48
4.2.3.1	Studie klíčových informátorů.....	48
4.2.3.2	Ohniskové skupiny (focus groups)	48
4.2.3.3	Systematické přístupy ke kvalitativnímu interview	49

4.2.3.4 Analýzy (sociálních) sítí.....	49
4.3 Výhody a omezení kvalitativních metod.....	49
5 Přehled metod drogové epidemiologie.....	51
6 Drogová politika	53
6.1 Postoje k užívání „nelegálních drog“ v novodobé historii.....	54
6.2 Složky drogové politiky	55
6.2.1 Prevence	55
6.2.1.1 Primární prevence	55
6.2.1.2 Sekundární prevence	56
6.2.1.3 Terciární prevence.....	56
6.2.2 Represe	57
6.2.2.1 Prohibice	57
6.2.2.2 Regulace	57
6.3 Strategie v drogové politice	58
6.3.1 Potlačování nabídky drog	58
6.3.2 Snižování poptávky po drogách	58
6.3.3 Minimalizace rizik a škod z užívání drog (harm / risk reduction)	58
6.3.4 Kompatibilita jednotlivých strategií v drogové politice.....	59
6.4 Typy drogové politiky.....	59
6.4.1 Represivní model	59
6.4.2 Model minimalizace rizik a škod	60
6.4.3 Model kulturní integrace	60
6.5 Úrovně intervencí v drogové politice	60
7 Drogová situace v ČR na počátku nového tisíciletí – trendy podle drog.....	63
7.1 Souhrn.....	63
7.2 Konopné drogy.....	64
7.2.1 Rozšíření v populaci.....	64
7.2.2 Léčba a služby v souvislosti s konopím	65
7.2.3 Výroba a dovoz.....	66
7.2.4 Prosazování práva.....	67
7.2.5 Úmrtnost	67
7.3 Syntetické drogy	67
7.3.1 Pervitin	67
7.3.1.1 Rozšíření v populaci	67
7.3.1.2 Léčba a služby v souvislosti s pervitinem	68
7.3.1.3 Výroba a dovoz.....	69
7.3.1.4 Prosazování práva	70
7.3.1.5 Úmrtnost.....	70
7.3.2 Extáze	71
7.3.2.1 Rozšíření v populaci	71
7.3.2.2 Léčba a služby v souvislosti s extází.....	71
7.3.2.3 Výroba a dovoz.....	73
7.3.2.4 Prosazování práva	73
7.3.2.5 Úmrtnost.....	74
7.3.3 LSD (a další halucinogeny).....	74
7.3.3.1 Rozšíření v populaci	75
7.3.3.2 Léčba a služby v souvislosti s halucinogeny	75
7.3.3.3 Výroba a dovoz.....	76

7.3.2.4	Prosazování práva	76
7.3.2.5	Úmrtnost.....	76
7.4	Heroin a další opiáty.....	77
7.4.1	Rozšíření v populaci.....	77
7.4.2	Léčba a služby v souvislosti s opiáty.....	77
7.4.3	Výroba a dovoz.....	78
7.4.4	Prosazování práva.....	79
7.4.5	Úmrtnost	79
7.5	Kokain a crack	80
7.5.1	Rozšíření v populaci.....	80
7.5.2	Léčba a služby v souvislosti s kokainovými drogami	80
7.5.3	Výroba a dovoz	80
7.5.4	Prosazování práva.....	81
7.5.5	Úmrtnost	81
7.6	Těkavé látky	81
7.6.1	Rozšíření v populaci.....	81
7.6.2	Léčba a služby v souvislosti s těkavými látkami	82
7.6.3	Výroba a dovoz	82
7.6.4	Prosazování práva.....	82
7.6.5	Úmrtnost	83
7.7	Polyvalentní užívání	83
7.8	Alkohol a tabák	84
Stránky s drogovou tematikou na českém internetu		85
Výzkum a monitorování		85
Prevence, léčba a služby		85
Prosazování práva a regulace.....		86
Seznam odkazů		87
Rejstřík		93

Úvod

Tato kniha byla napsána jako reakce na potřebu stručně metodicky zpracovat pro vysokoškolskou výuku obor v českém prostředí poměrně mladý – jakkoliv jsou patologický stav a chování, jímž se drogová epidemiologie zabývá, podle všeho staré jako lidstvo samo.

Drogová epidemiologie až do společenských změn na přelomu osmdesátých a devadesátých let minulého století v České republice resp. Československu prakticky neexistovala; na drogový problém bylo nahlíženo jako na zlořád, neslučitelný s obrazem „budovatele socialismu“. Přestože se předválečnému Československu, Československé „lidově-demokratické“ ani „socialistické“ republice užívání psychotropních látek nijak nevyhýbalo, v komunistickém táboře bylo – s výjimkou alkoholu a tabáku – považováno za něco horšího než je zločin: za zradu morálky socialistického občana a podkopávání výrobní kapacity státu. Komunističtí ideologové viděli v užívání drog důkaz prohnulosti kapitalismu; veřejné zmínky o jeho výskytu uvnitř „tábora míru“ byly až do osmdesátých let více či méně důsledně tabuizovány a věda, která by se je pokoušela systematicky popsat, mohla dost dobře být označena za kontrarevoluční se všemi důsledky, které proponentům „kontrarevoluce“ v levicových diktaturách hrozívaly. O rozsahu a povaze inhalování toluenu a čikuli, užívání pervitinu, braunu, marihuany, psychotropních hub, volně prodejných i předepisovaných léků samostatně i v kombinaci s alkoholem tak máme až do roku 1989 jen izolované zprávy – především z publikovaných článků v Proti-alkoholickém obzoru, ojedinělých aktivit medicínských, psychologických a sociologických odborných společností, z policejních archívů a z expertních odhadů terapeutů a také z několika mála filmových a beletristických děl.

Otevření hranic a nástup demokratických poměrů na počátku devadesátých let minulého století znamenaly i změnu ve spektru zneužívaných látek, vystoupení problémových uživatelů „ze sklepů a bytů“ a vznik otevřených drogových scén – tedy veřejných míst v centrech větších měst, kde se shromažďují konzumenti a prodejci drog. To vše spolu se svobodou tisku a vznikem bulvárních médií, pro něž problematika návykových látek představuje atraktivní téma, vytvořilo ve veřejnosti mylný pocit „novosti“ drogového problému a jeho „strašlivých rozměrů.“ Z pochopitelných příčin trvalo jistý čas, než se vytvořilo odborné i ekonomické zázemí pro kvalitní popis situace; když se tak nicméně stalo, ukázalo se, že pro mnohé senzacechtivce a konjunkturalisty je jistým zklamáním „standardnost“ českých poměrů v kontextu západních demokracií a postavení České republiky ve skupině zemí, které jsou v evropském i celosvětovém kontextu postiženy prozatím spíše podprůměrně co do celé škály negativních veřejnozdavotních a společenských jevů, jež s užíváním drog souvisejí. Není zvláštním překvapením, že se takto „zklamaná“ média a v některých případech i nejrůznější organizace a jejich reprezentanti snaží vědecky získané a podložené výsledky důsledně ignorovat.

Z metodologického pohledu je podle mého názoru drogová epidemiologie jednou z nejzajímavějších – a nejobtížnějších – oblastí epidemiologie vůbec. Fakt, že látky, jejichž užíváním se drogová epidemiologie zabývá, jsou ve své většině nelegální a jejich užívání je tedy vnímáno jako protisociální jev, nutně vede k tomu, že se z něj stává více či méně skrývaná činnost. To komplikuje až znemožňuje použití některých standardních epidemiologických metod; lidé se prostě k užívání těchto látek přiznávají.

vají neradi – a i když to udělají, mohou údaje o rozsahu užívání či zneužívání a o míře souvisejících problémů vědomě či podvědomě zkreslovat. Proto je nutno používat řadu postupů, vypůjčených z jiných vědních oborů, proto se drogová epidemiologie z medicinského změnila v multidisciplinární obor – a proto také drogová epidemiologie, dříve téměř bezvýhradně spoléhající na kvantitativní metody, přijala kvalitativní výzkum za svou plně rovnocennou složku a v poslední době dokonce představuje jeden z motorů jeho metodologického rozvoje.

Další obtíž, s níž je nutno se vyrovnat, představuje sám problematický, časově a prostorově nestálý koncept „nelegality“ psychoaktivních látek.

Užívání a/nebo držení některých z nich je celosvětově zakázáno a trestné; jiné látky jsou ilegální jen v některých zemích. Alkohol je v době dokončení tohoto textu nezákonný v některých islámských zemích, naopak marihuana a další konopné látky jsou dekriminalizovány ve Švýcarsku,¹ Belgii, Nizozemí a v některých státech Australského společenství; v Kanadě legalizaci či dekriminalizaci konopí vládě navrhly obě komory tamního parlamentu. Heroin byl do roku 1919 volně prodáván a užíván v Evropě i ve Spojených státech amerických; a právě Spojené státy v období 1919–1932 postavily mimo zákon alkohol.

Naopak některá analoga amfetaminových drog a celá škála tzv. „designérských drog“ nejsou zákonnými předpisy nijak regulovány. Látky, velmi příbuzné našemu pervitinu, jsou složkou řady preskripčních a dokonce i volně dostupných léčiv. Celosvětově legální

jsou i těkavé látky a představují všude na světě drogy masově rozšířené především v sociálně marginalizovaných skupinách obyvatel; dlužno připomenout, že zdravotní důsledky jejich užívání jsou vůbec nejzávažnější ze všech známých drog, heroin nevyjímaje.

Přestože v medicíně nemá dělení psychotropních látek podle jejich momentálního zákonného statutu žádnou logickou oporu, některé epidemiologické metody jsou pro oblast nelegálních látek vysoce specifické a těžko použitelné v epidemiologii užívání látek legálních – a naopak. To je způsobeno výše zmiňovanou skrytostí jevů, které se k „nelegalitě“ některých substancí váží. Zároveň ovšem platí, že většina epidemiologických (a dalších) indikátorů i nástrojů pro jejich zjišťování je výhodně použitelná pro obě „skupiny“ psychotropních látek a že jsme ve světě i u nás svědky jejich stálého sblížování a vydělování do širšího a multidisciplinárního vědního oboru – „adiktologie“ či „dependologie“ – což obráží i stále realističtější náhled na povahu psychotropních látek jako takových.²

Osobně tento vývoj vítám – a pokud k němu přispěje i tato učebnice, splní jeden ze svých hlavních úkolů.

Souhrnem: tento text se ve své metodické části snaží shrnout indikátory a postupy, specificky používané v epidemiologii užívání „drog“ s výjimkou alkoholu, tabákových látek a kofeinu; nezabývá se ani zneužíváním steroidních anabolik, které některé státy zařazují na seznamy regulovaných látek a uvalují na něj režim podobný heroinu. Naopak z příčin, uvedených výše, zahrnují do výkladu těkavé látky – běžná průmyslová

¹ které se dekriminalizací „aktů těsně předcházejících užití“ a „obchodu v malých množstvích mezi dospělými“ chystá marihuanu a hašiš de facto legalizovat

² v neposlední řadě je to také způsobeno obecně vzrůstající akceptací tohoto jevu především v mladší populaci, která nevidí valný rozdíl mezi rekreačním pijanem vína a rekreačním uživatelem marihuany – ani mezi sociálně i zdravotně zdevastovaným číhačem ředidel, notorickým alkoholikem a těžce závislým heroinistou

rozpouštědla, ale i benzín a plynové náplně do zapalovačů –, které v českých poměrech představují značné nebezpečí pro děti a nejmladší dospívající především v sociálně deprivovaných oblastech a mezi příslušníky marginalizovaných menšin.

Učebnice je rozdělena na pět hlavních částí:

- **Definice**, která obsahuje souhrn základních pojmů a konceptů, užívaných v drogové epidemiologii
- **Přehled indikátorů**, používaných v drogové epidemiologii
- Podrobnější popis systému a náčrt interpretací tzv. „**pěti harmonizovaných indikátorů** drogové epidemiologie“, vyvinutých Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) s cílem definovat minimální set dat, nezbytných pro validní, reliabilní a komparabilní epidemiologický popis „drogové situace“ na definovaném území nebo v definované populaci
- Souhrnnou **kapitolu o kvalitativním výzkumu**, který je v drogové epidemiologii rovnocenným partnerem kvantitativních, „tradičních“ epidemiologických metod
- **Drogové politiky** – popis jejich hlavních složek, konceptů a strategií

- **Náčrt aktuální „drogové situace“** v České republice na počátku třetího tisíciletí, který vznikl jako součást mé práce na výročních zprávách pro Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

Čtenář se v knize setká s pěti typy textu:

Definice a základní pojmy

Klíčové pasáže, nutné pro porozumění výkladu

Standardní studijní text

Doplňkový text s mezioborovým nebo vysoce odborným přesahem

Zajímavosti

Závěrem musím a chci poděkovat všem, kteří ke tvorbě tohoto textu přispěli nebo mne k němu inspirovali – především však profesoru Vladimíru Janoutovi a svým drahým oponentům, kteří se své role zhostili v míře vrchovaté: Michalu Miovskému, Viktoru Mravčíkovi a Josefu Radimeckému. Bez každého jednoho z nich by tento text nebyl tím, čím je.

MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.
leden–červen 2003

1 Definice

1.1 Drogová epidemiologie

Drogová epidemiologie se zabývá rozšířením různých typů užívání drog v populaci, jeho příčinami a důsledky, vztahy mezi rozšířením užívání a zneužívání drog a zdravotními následky a efektivitou léčebných, zákonných a dalších intervencí, podnikaných s cílem snížit rozsah (zne)užívání drog a/nebo souvisejících škod.

Drogová epidemiologie je podkladem pro kvalifikovaná rozhodnutí v protidrogové politice, pro plánování intervencí a vyhodnocování jejich úspěšnosti.

Epidemiologický výzkum představuje klíčový prvek pro porozumění drogovému problému, pro vývoj intervencí a pro sledování jejich přiměřenosti a efektivy. Na podkladě těchto 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: epidemiologický výzkum jim poskytuje informační bázi, na jejímž podkladě lze určit cíl intervence (WHO, 1997).

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 protidrogové strategie.

Drogová epidemiologie odpovídá na řadu klíčových otázek, které mají umožnit účinnou společenskou reakci na konkrétní problém. Takové otázky typicky zahrnují (WHO & NIDA, 2000):

- **Jaký je rozsah** užívání drog?
- **Jaká je povaha** užívání drog a jaké jsou typické modely abusivního chování?
- **Jaké vlastnosti vykazují osoby**, užívající drogy?
- **Jak se vyvíjejí trendy** užívání drog v čase a jak tyto trendy ovlivňují vlastnosti uživatelů drog a modely abusivního chování?
- **Které faktory jsou spojeny s užíváním drog**, které ovlivňují začátek jejich zneužívání a které ovlivňují trvání tohoto chování?
- **Jaké protektivní³ faktory** se vyskytují u osob, které drogy neužívají?
- **Jaké jsou společenské, somatické, psychiatrické, psychologické, behaviorální⁴ a ekonomické důsledky** užívání drog pro jednotlivce, rodiny, komunity a společnost?

Takové informace jsou nezbytné pro plánování národních, regionálních a místních politik – tedy strategií prevence, léčby, minimalizace škod a zákonné kontroly (represe). „Drogová situace“ je velmi dynamický jev: neustále se mění způsoby užívání drog, jejich dostupnost a čistota, nové skupiny uživatelů znovu objevují „staré“ drogy a nacházejí nové způsoby jejich užívání atd. Má-li tedy být drogová politika účinná, musí mít k dis-

³ ochranné

⁴ týkající se chování

pozici neustále aktualizovaný obraz situace; také dopad (úspěch či neúspěch) cílů drogové politiky, její evaluace a průběžné úpravy jsou bez drogové epidemiologie nemyslitelné (WHO & NIDA, 2000).

1.2 Drogy

Ilegální, nezákonné, státem nepodporované omamné nebo psychotropní látky (OPL). Jejich explicitní seznam je v českých podmínkách definován zákonem č. 167/1998 Sbírky o návykových látkách.⁵ Pro potřeby oboru „drogová epidemiologie“ jsou do definice zahrnuty i těkavé látky.

Pojem „droga“ se historicky vyvíjel. Původně toto slovo, pocházející z francouzštiny,⁶ znamenalo „sušené nebo jinak konzervované orgány rostlin, živočichů, sloužící jako léčiva; léčivo obecně“ a např. v angličtině si tento význam slovo „drug“ podrželo i v běžné řeči dodnes.

V roce 1969 WHO zveřejnila definici svých expertů, podle níž je drogou „jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“ (WHO, 1994)

Podle definice Jiřího Presla lze jako drogu chápat každou látku, ať už přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- 1) má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní naladění“ – zkrátka působí na psychiku

- 2) může vyvolat závislost; má tedy tzv. „závislostní potenciál“; ten je u různých drog různě vyjádřen a může být menší nebo větší, ale přítomen je vždy (podle Nožina, 1997b)

Zejména v posledním desetiletí slovo „droga“ (a „závislost“) prodělává mohutnou inflaci a je používáno jako synonymum pro jakékoliv silné zaujetí jak v kladném smyslu (zaujetí milovanou osobou, koníčkem, sportem) tak v pejorativním smyslu („moc jako droga, sex jako droga“ atd.). Další výrazný a značně zavádějící trend představují snahy (především psychiatrů) mezi závislosti zařazovat stále další a další formy nutkavého chování („gamblerství“ a v poslední době např. „závislost na internetu“); tady jde ale spíše o výraz neujasnění v nomenklatuře.

1.2.1 Dělení drog

Existuje řada systémů dělení psychotropních látek. Společensky nejužívanější dělení (na zákonné a nezákonné) byl i se svými omezeními zmíněn v úvodu učebnice; v epidemiologii se nejčastěji používá tří typů klasifikace:

- 1) podle vzniku (přírodní, semisyntetické a syntetické)
- 2) podle typu působení a chemického složení (tlumivé látky, stimulancia, halucinogeny)
- 3) podle stupně společenské nebezpečnosti (podle závažnosti společenských následků)

⁵ na mezinárodní úrovni tyto látky definují tři Úmluvy OSN: z roku 1961 (United Nations, 1977b), 1971 (United Nations, 1977a) a 1988 (United Nations, 1988); Česká republika ratifikovala všechny tři

⁶ i když podle některých pramenů pochází spíše z holandského „droog“ – suchý

1.2.1.1 Podle vzniku**a) přírodní**

- konopné produkty (marihuana, hašiš, hašišový olej, máslo atd.)
- opium (sušená maková šťáva)
- koka
- psychoaktivní houby (lysohlávky, muchomůrky atd.)
- psychoaktivní rostliny (popínavá liána ayahuasca, některé kaktusy, durman, blín, petúnie, routa, mandragora atd.)
- kath (káta) a další regionální drogy
- atd. (celkem asi 2500 psychoaktivních rostlin a hub)

b) semisyntetické

- morfin, heroin
- LSD podobné surové námelové alkaloidy⁷
- kokain (hydrochlorid kokainu), crack (kokainová báze)
- atd.

c) syntetické

- amfetaminy a jejich deriváty (pervitin)
- opioidy (syntetické sloučeniny s opiátovými účinky)
- ecstasy (MDMA, MDEA, MBD, MDA)
- „falešné ecstasy“ (2CB, PMA, PMMA atd.) a další „taneční drogy“⁸
- PCP⁹ a další syntetické halucinogeny
- „designerské“ drogy (deriváty známých drog, kdy cílem výroby je zachovat pharmacophore¹⁰ a zároveň vyrobit nezakázanou látku)
- „amylnitrat“ (amyl, butyl a isobutyl nitrát)
- N₂O (humánní anestetikum)
- těkavé látky (rozpuštědla)
- farmaceutická anxiolytika a sedativa
- atd.

1.2.1.2 Podle typu (psychoaktivního) působení a chemického složení**a) tlumivé látky**

- opiátová/opioidová skupina (naředěná šťáva z nezralých makovic,¹¹ zaschlá šťáva z nezralých makovic,¹² morfin, heroin, metadon, pethidin, LAAM, buprenorfin, další opioidy peptidové a nepeptidové povahy)
- anxiolytika a hypnotika (benzodiazepiny a barbituráty)¹³

b) stimulanty

- amfetaminy (benzedrin, dexedrin, pervitin)
- kokain (hydrochlorid) a crack (kokainová báze)
- těkavé nitráty (amyl-, butyl-, isobutylnitrát)

c) halucinogeny

- konopné produkty (marihuana, hašiš, konopný olej a další)
- LSD
- psylocibyn
- mescalín
- PCP (phenocyklidin)
- ecstasy a další taneční drogy; též „halucinogenní amfetaminy“¹⁴
- těkavé látky

1.2.1.3 Podle stupně společenské nebezpečnosti

Tento indikátor v sobě v ideálním případě zohledňuje především zdravotní, kriminogenní a ekonomická rizika, plynoucí z užívání drog (viz kapitola 1.4).

⁷ kdy surovinou byl námel (sněť pšeničná *Ustilago tritici*)

⁸ gamahydroxybutyrát (GHB) a podobné látky, veterinární anestetikum ketamin atd.

⁹ zvané též „andělský prach“ (Angel Dust)

¹⁰ farmakologicky účinného „jádra“ sloučeniny

¹¹ tzv. „kompot“ či „herbata“, „himka“, „širka“, zneužívaná zejména v Polsku a pobaltských zemích

¹² tedy surové opium

¹³ podle některých dělení též antidepresiva

¹⁴ ecstasy a další „taneční drogy“ vykazují kombinované stimulační a halucinogenní vlastnosti (zřejmě v důsledku substituce na aromatickém jádře)

Přestože existují poměrně přesné techniky, jak vyjádřit každý z těchto okruhů škod, způsobovaných drogami, váhu všech tří indikátorů při určení společenské nebezpečnosti té které drogy v zásadě určuje hodnotový systém jedince či společnosti a tak je absolutní (celospolečenský nebo dokonce celosvětový) konsensus v podstatě nemožný.

Problémem také je vzájemné odlišení škod, které působí psychotropní látka *per se*, a škod, které jsou způsobeny nezákonným statutem těchto látek, jenž způsobuje jejich vysokou cenu a tak spouští další řetěz příčin a následků. Podle některých autorů¹⁵ je prohibice drog mechanismem, jenž se ve snaze zabránit škodlivým účinkům drog jako takových dopouští škod nepoměrně vyšších díky prostředkům, kterých používá.

Nejčastěji uváděným argumentem ve prospěch tohoto tvrzení je skutečnost, že sekundární drogová kriminalita¹⁶ rozsahem škod i společenskou závažností přesahuje konsensuální¹⁷ primární drogové trestné činy a přesahuje je i co do nákladů na svou prevenci a na represivní opatření.

Vyjádřením „společenské nebezpečnosti“, „posuzované v kulturním kontextu“¹⁸ konkrétní společnosti, je zákonný status jednotlivých látek. Pro psychotropní látky historicky existují čtyři možnosti: prohibice, dekriminalizace, neprohibiční regulace a legalizace.

I) prohibice

– látka je zakázána; není dovoleno s ní nijak nakládat, tedy ji vyrábět, obchodovat s ní nebo ji předávat jinému; dovoleno není ani ji užívat / držet jinak než pro vědecké účely, přičemž v takovém případě je pro nakládání s ní třeba zvláštního povolení; typickým příkladem látky s tímto režimem je heroin a typickým příkladem země s jednotným prohibičním režimem, uvaleným na všechny typy psychotropních látek s výjimkou alkoholu a tabáku (a kofeinu apod.) jsou Spojené státy americké

II) dekriminalizace

– zakázány jsou výroba, obchod, předávání atd.; držení drogy ani její užívání samo o sobě není trestné; zeměmi s tímto režimem platným pro všechny drogy, jsou např. Itálie, Portugalsko, Španělsko; jen pro některé typy drog tento režim nastolila Velká Británie, některé australské státy, některé německé spolkové země a další státy

III) neprohibiční regulace

– na (některé) psychotropní látky je uvalen zvláštní režim; obchod s nimi není principiálně zakázán, je ale podroben přísným podmínkám; průkopníkem tohoto typu regulace návykových látek bylo Nizozemí,¹⁹ které ji zavedlo již v roce 1977 výhradně pro

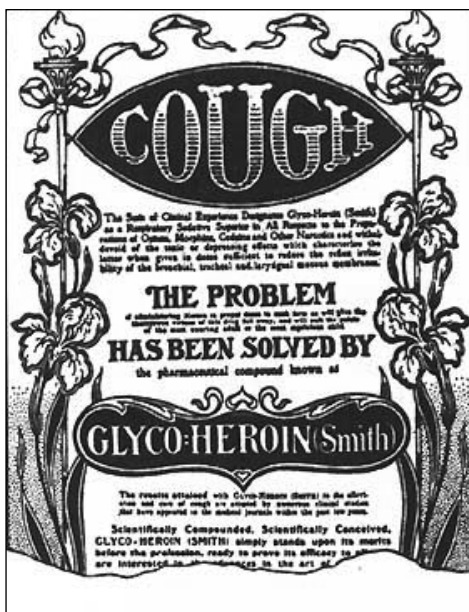
¹⁵ z nichž zřejmě nejautoritativnějším je nositel Nobelovy ceny za ekonomii Milton Friedman – viz např. (Friedman, 1972; Friedman, 1991; Friedman, 1998)

¹⁶ kriminalita, jež je páchána za účelem obstarání si drogy nebo prostředků na ni – především drobná majetková kriminalita, ale i násilná kriminalita typu loupeží atd.

¹⁷ v tomto kontextu trestné činy, které nemají přímou „obět“ – všichni zúčastnění (výrobce, dealer, kupující, uživatel) jednají ve vzájemné shodě (konsensu)

¹⁸ tradicí, převažujícím náboženstvím/světovým názorem, mírou rozšíření/užívání té které látky atd.

¹⁹ Nizozemí zavedlo v roce 1977 kontrolovaný prodej konopí a hašiše v tzv. coffee shopech, jež musí splňovat tzv. „AHOJ-G“ kritéria: A (žádná reklama), H (žádný prodej tvrdých drog), O (žádné rušení veřejného pořádku), J (vynucování zákazu vstupu pro nezletilé), G (prodej jen do 5 gramů); dohled nad těmito obchody má místní samospráva, která je v případě nedodržení pravidel bez výstrahy ruší; majitel pak už nemá právo v tomto oboru dále podnikat ani na jiném místě, a to jak coby fyzická osoba tak v rámci právního subjektu



obrázek 1: reklama na heroinový sirup proti kašli
(USA 1903)

konopné výrobky; dalšími v řadě jsou dnes např. Belgie a Švýcarsko

IV) legalizace

– psychotropní látky nejsou nijak regulovány (s výjimkou zákazu prodeje dětem a mladistvým) a jsou volně propagovány za účelem zvýšení prodeje; dnes jsou v západní kultuře takovými drogami typicky alkohol a tabák; ještě na začátku dvacátého století podléhal nicméně stejnému režimu např. kokain nebo heroin (viz obr. 1).

1.3 Zneužívání (ab/usus) drog

Zneužívání (návykové) látky nastává, pokud je relevantní *přiraditelný podíl*²⁰ větší než nula, tj. pokud užívání takové látky negativně ovlivňuje uživatelské zdraví (medicínská definice).

Podle definice *Mayovy nadace pro vzdělání a výzkum* je zneužíváním „konzumace jakékoliv drogy (omamné či psychotropní látky) za účelem, lišícím se od účelu, jenž byl zamýšlen, ve způsobu konzumace nebo v množství.“

Ekonomické vyjádření, které zahrnuje nezdravotní náklady typu nehod a prosazování zákona, by zněla nejspíše „zneužívání (návykových) látek nastává, pokud užívání takových látek zahrnuje kromě nákladů na obstarání látky i čisté společenské náklady“ (Collins & Lapsley, 1991). Zneužívání tedy nastává, pokud společnost v jeho důsledku utrpí čistou (v ekonomickém smyslu) škodu.

Zneužívání OPL může – ale nemusí být – závislostním (adiktivním) užíváním. Tak například dopravní nehoda pod vlivem alkoholu nebo marihuany může být způsobena zneužitím (návykové) látky, které nemusí být součástí návykového užívání. Proto se např. politická strategie minimalizace škod (harm minimization, harm reduction) v případě alkoholu soustřeďuje na měřitelné dopady zneužívání, jako jsou zdravotnické náklady a zhoršený zdravotní stav, dopravní nehody a náklady na předčasnou mortalitu.

Z toho potom vyplývá dilema při měření zneužívání OPL. Nezákonné drogy nepřed-

²⁰ Přiraditelný podíl, též etiologický faktor: statisticky vyjádřená příčinná souvislost mezi noxou, rizikovým chováním atd. na straně jedné a vznikem patologického stavu na straně druhé; tak například etiologický faktor 0,12 pro vztah mezi zneužíváním opiátů a suicidem vyjadřuje, že při hypotetické neexistenci opiátů by vůbec nedošlo k 12% sebevražd. Etiologický faktor pro vztah *zneužívání opiátů* → *somatická závislost na opiátech* je pak logicky roven jedné.

stavují homogenní kategorii a jejich definice včetně těch, jež užívá tento text, jsou nutně podmíněny časem.

Nepochybně nicméně je, že **konvenční definice, podle které je abusivní konzumace synonymem ilegální konzumace, neposkytuje přiměřený základ ani pro medicínské použití, ani pro kalkulaci nákladů, a tak ani nepředstavuje použitelný politický nástroj.**

1.3.1 Vývojové stupně zne/užívání drog

Ve společnosti přetrvává dichotomní názírání na (zne)užívání drog (a na závislost) jako na nespojitý stav zdraví/smrt s krátkými mezistupni v sekvenci neodvratně fatálního vývoje. Takový náhled je samozřejmě zcela chybný; duševní poruchy a poruchy chování, způsobené užíváním psychoaktivních látek, jsou nemocmi (v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí jsou jim přiřazeny kódy F10–F19).

Jako každá nemoc má i zneužívání drog svá stádia a předstupně. Jako pro každou jinou nemoc i pro zneužívání drog platí, že nemoc zachycená v nižším (časnějším, méně závažném) stádiu je snáze léčitelná s menším počtem trvalých poškození – a že nižší stádium nemoci může a nemusí přejít do pokročilejšího; jinými slovy že existují chronici s relativně nerozvinutou nemocí.

Systematických členění stádií zneužívání návykových látek existuje celá řada. Pro přehlednost uvádíme „psychiatrické členění“ (Kudrle podle Deitsch, 1995) a nejčastěji používané „epidemiologické členění“ (např. podle Premier's Drug Advisory Council, 1996).

1.3.1.1 Stádia užívání, vedoucí k závislosti

I. Experiment

Experimentátor bere drogy s druhými, jen pokud je mu to nabídnuto, poznává euforické zážitky. Zdraví není narušeno, pracovní způsobilost a výkonnost rovněž ne. Tento druh užívání neovlivňuje ani finance dotyčného. V emocionální sféře převažuje zvědavost.

II. Stádium aktivního vyhledávání.

V této fázi se uživatel drog sdružuje s ostatními uživateli, vyděluje se od původního okruhu lidí. Vytváří si vlastní zdroje a zásoby drog, dělí se s druhými, kteří berou s ním. Zdraví je většinou nenarušeno, dostávají se první „dojezdy“ a „kocoviny“. Pracovní aktivita je někdy tímto dotčena, utrácí již peníze za drogy. Na pocitové úrovni vyhledává slast, prožívá však již i dysforie.

III. Stádium zaujetí drogou.

Spotřeba drog narůstá, s tím i utrácené peníze za drogy, distancuje se od původního prostředí, mění své postoje. Objevují se poruchy výživy, spánku. Na pracovišti podává horší výkony, mívá výpadky, vypadá neupraveně, mění svůj vzhled, distancuje se od druhých. Utrácí nadměrné částky za drogy, zadlužuje se. Na pocitové úrovni jsou častá střídání nálad, pokusy kontrolovat situaci a nepříjemné stavy

IV. Stádium závislosti.

Všichni přátelé berou drogy. Lže, krade, prodává drogy, vypůjčuje si peníze na dluh. Bere často i sám a často již vysoké dávky drog. Zdraví je narušeno mnohočetnými

fyzickými i duševními problémy, mívá neupravený zevnějšek. Ztrácí práci, má výrazné finanční problémy. Bere, aby se cítil normál-

ně, překonává pocity viny, je plně zaujat drogami (Kudrle podle Deitsch, 1995).

1.3.1.2 Vývojové stupně užívání psychotropních látek v perspektivě věku jedince

I. Příležitostně-experimentální

zřídka, sporadické užívání; ne více než 5× za život, jako experiment a pouze za jistých úvodních podmínek; nejčastěji konopné drogy – *experiment, zvědavost* – „*výjimka*“



II. Rekreční

mírně časté; jedinec nekupuje drogy přímo, ale neodmítá jejich nabídku; užívá je na večercích nebo při jiných společenských a oddechových příležitostech – *životní styl, způsob chování, stereotyp rekreačních aktivit* – „*odreagování*“



III. Příležitostné

častější; jedinec sám nakupuje drogy, které užívá za určité situace, při určité příležitosti (pro povzbuzení, aby se vyrovnal s obtížemi, aby získal odvahu apod.) – *instrumentalizace užívání drog jako takových, počátek/hrozba patologického stavu / nemoci* – „*zvyk*“



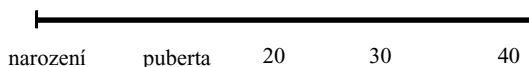
IV. Intenzivní

velice časté; jedinec má stále menší kontrolu nad drogou; užívá ji při stále obvyklejších příležitostech, až se dostane ke každodennímu užívání; stále si udržuje iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání – *rozvinutí nemoci, obvykle nutná odborná pomoc* – „*návyk*“



V. Nucené (závislostní) užívání

nezbytné a nucené užívání drog, denně nebo i vícekrát za den; jedinec je neschopen být bez drogy, která mu pokrývá všechny potřeby; je nucen ve stále rostoucí míře riskovat, aby si byl schopen zajistit drogu nebo peníze nutné k jejímu nákupu; není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní cizí pomoci – *plně rozvinutá nemoc, jen zcela výjimečně řešitelná bez poskytnutí vysoce odborné léčby* – „*závislost*“



1.4 Rizika / škodlivé důsledky zneužívání drog

Pro nelegální psychotropní látky platí to, co pro jakékoliv chemické látky obecně: jejich externí dodávání narušuje homeostázu organismu²¹ a může mít patologické následky.

Situace se komplikuje faktem, že v současných podmínkách má způsob užívání drog a kontext, v němž k němu dochází, častější a závažnější škodlivé následky než látka sama.

„Drogy“ (nelegální psychotropní látky) jsou představovány chemicky velmi nesourodou skupinou. Systematizovat škodlivé důsledky jejich zneužívání je proto poměrně komplikované a kromě systematizace, uvedené v tomto textu, se lze v literatuře setkat i s řadou podobných nebo odvozených.

Systemizace, používaná v tomto textu, rozlišuje typy rizik²² podle oblastí, v nichž vznikají, na

- zdravotní (ve smyslu psychického i somatického zdraví)
- kriminální
- ekonomické

Přičemž poslední (ekonomické) dělení je v drogové epidemiologii považováno za syntetické, zahrnující v sobě pomoci převodu na peněžní ukazatele obě předchozí oblasti.

1.4.1 Zdravotní rizika

Systematicky lze dělit zdravotní rizika zneužívání drog buď podle nositele škody

(toho, komu je škoda způsobena) nebo podle mechanismu vzniku škody.

1.4.1.1 Individuální (interní)

Nese je přímo uživatel drog(y).

1.4.1.1.1 Přímá

Vznikají přímo v důsledku interakce účinné psychotropní látky s organismem.

1) somatické škody

- předávkování (opiáty a těkavé látky; udušení; stimulancia; poruchy srdečního rytmu;)
- poškození RES (např. halucinogenní houby)
- poškození CNS (solventy)
- poškození sliznic (solventy, stimulancia)
- kancerogenní efekt (solventy)
- atd.

2) psychická poškození

- poruchy vnímání a prožívání
- akutní poruchy výbavnosti a vřtipivosti
- toxická psychóza

1.4.1.1.2 Nepřímá

Nevznikají v přímém důsledku působení dané látky (nevplývají z její chemické podstaty, jsou způsobeny jinými faktory).

1) rizika/škodlivé důsledky cizorodých / nezamýšlených látek v dávkách drog

- intoxikace cizorodou látkou (jako příměsí k naředění drogy se například u heroinu používá směs kofeinu a fenacetin, někdy jiná farmaka, ale též cyankáli, prací přípravky atd; „ecstasy“ často obsahuje zcela jiné látky; nejistota co do typu a obsahu účinné látky platí pro každý černý trh obecně)

²¹ různým způsobem, v různé míře a různou rychlostí – podle typu látky

²² tedy potenciálních škod

- embolie z cizorodé látky (viz výše; v injekčních drogách se někdy objevují i směsné látky typu omítky, hašeného vápna apod.)
- 2) **důsledky způsobu aplikace**
 - poškození nosní přepážky (šňupání)
 - poškození plic (kouření)
 - povrchová poškození kůže (injekční aplikace)
 - hlubší záněty až po abscesy (dtto)
 - poškození a záněty periferních cév (dtto)
 - flebitidy, trombózy a embolizace trombem (dtto)
 - endokarditidy (dtto)
 - myokarditidy apod. (dtto)
 - krví přenosné infekce (dtto)
 - atd.
- 3) **důsledek socioekonomických poměrů (problémových)²³ uživatelů OPL**
 - nutriční poruchy
 - poruchy imunity
 - jiné než krevní infekce
 - poškození chrupu
 - automutilace
 - atd.
- 4) **důsledek kontextu, v němž se osoba pod vlivem psychotropní látky nachází**
 - dopravní a jiné nehody, jejichž aktivní účastníci byli pod vlivem psychotropní látky

- dopravní a jiné nehody, jejichž aktivní účastníci byli pod vlivem psychotropní látky a poškození byli i neaktivní účastníci nehody

1.4.2 Rizika kriminální povahy

Nezákonné drogy jsou z definice spjaté s nezákonnými aktivitami.

V drogové epidemiologii (kriminality) se rozlišují dva typy trestných činů:

1.4.2.1 Primární drogové trestné činy

Držení, výroba, prodej atd. nezákonných drog jsou tč. ze zákona trestnými činy nebo přestupky (z definice trestné).²⁴

Tento typ drogové kriminality je jako jediný (na rozdíl od všech předchozích typů) označován jako „primární drogová kriminalita“.

V České republice to jsou trestné činy podle paragrafů 187, 187a, 188 a 188a Trestního zákona a přestupky podle § 30 Přestupkového zákona.

1.4.1.2 Populační (externí)

Nesou je i jiné osoby než je sám uživatel drog(y). Představují tedy riziko pro populaci jako celek.

- šíření krevně přenosných nemocí via injekční nářadí, sexuální styk atd. – udržování poolu (zásobárny) pro další infekce
- indukce psychopatologického stavu (partneři uživatelů)
- nitroděložní poškození plodu a/nebo postnatální závislost

1.4.2.2 Sekundární drogové trestné činy

Ostatní trestné činy, které jsou páchaný v jakékoliv souvislosti s drogami nebo pod jejich vlivem; tyto trestné činy nejsou definovány specificky „drogovou legislativou“.

²³ viz definice v kapitole 2.2.4

²⁴ tautologická formule – v logice označuje formuli, jejíž pravdivostní hodnota je vždy „pravda“ bez ohledu na dosazení hodnot za její proměnné; klasickou tautologickou formulí je jakákoliv variace na větu „drogy jsou nezákonné, protože jsou nezákonné“ (defidiendum a defniens obsahují tentýž pojem); podobná variace byla použita i v textu výše

1.4.2.2.1 Páchání trestných činů pod vlivem drog

Jde o okruh, který široká veřejnost považuje za nejtypičtější „drogovou kriminalitu“. Ve skutečnosti k trestným činům, kdy pachatel je pod vlivem nezákonných drog, dochází poměrně výjimečně;²⁵ pokud existuje klasická „droga zločinu“, zvyšující připravenost páchat trestné činy, pak je jí bez jakékoliv pochyby alkohol.²⁶

1.4.2.2.2 Páchání trestných činů za pomoci drog

Poměrně nová kategorie trestných činů; ve světě – zvláště v USA – jde především o použití „znásilňovací drogy“²⁷ při sexuálních trestných činech; v ČR jde především o používání Rohypnolu® a dalších hypnotik „uspávačkami“.²⁸

1.4.2.2.3 Páchání trestných činů za účelem obstarání prostředků na drogy

Nejčastější typ drogových trestných činů. Jedná se především o drobnou majetkovou kriminalitu,²⁹ jen výjimečně o násilné trestné činy.

V České republice jen tento typ trestných činů představuje v kontextu policejní práce dvojnásobné zatížení oproti zatížení z primární drogové kriminality; pro státní zastupitelství a soudy již jde o šestinásobek oproti primární drogové kriminalitě a co do zatížení vězeňství o pětinašobek (Zábranský et al. 2001a).

1.4.2.2.4 Násilné, zastrašující a korumpující chování obchodníků s drogami

Černé trhy³⁰ vyvolávají násilné a korumpující chování – nejen proto, že přitahují osoby se „sklony ke zločinu“, ale také proto, že na černém trhu neexistují instituce, jež by řešily spory, vynucovaly pravidla a/nebo garantovaly kvalitu. Místo volné soutěže o podíl na trhu jsme svědky násilných aktů, zastrašování a vražd.

1.4.2.2.5 Hospodářská kriminalita a korupce

Prostředky, pocházející z obchodu s nelegálními drogami,³¹ nelze standardním způsobem zdanit, uložit je v bance atd. Obvyklým postupem je pak tzv. praní špinavých peněz – jejich reinvestice a nepřehledné převody, na jejichž konci jsou legální, čisté peníze a narušení legálního trhu, kam jsou „vyprané“ peníze umístěny.

²⁵ podle dostupných informací Policie ČR (PČR) v necelém procentu (0,82 %) zjištěných trestných činů

²⁶ v roce 2002 bylo v ČR pod vlivem alkoholu spácháno 13 % všech násilných trestných činů a 23 % vražd

²⁷ „rape drug“ – GABA = gamahydroxybutyrát

²⁸ prostitutky, které zákazníka uspí pomocí hypnotika vmíchaného do nápoje a pak jej okradou

²⁹ typu vykrádání aut, krádeží v obchodech, ve sklepech domů, falšování receptů a vylupování lékáren apod.

³⁰ toto pravidlo platí pro černé trhy obecně, nejen pro ty s nelegálními drogami, ale např. také pro trhy s kradeným nebo pašovaným zbožím, s padělkami značkového oblečení atd.

³¹ OSN odhaduje roční obrát obchodu v cenách z roku 1995 na 400 miliard amerických dolarů (UNDCP, 1997)

Takový proces vyžaduje přímou spolupráci části finančního sektoru, represivního sektoru a dalších jednotlivců i institucí. OSN uvádí, že z celkového objemu prostředků, pohybujících se v obchodu s drogami (400–500 miliard USD), se pro korupci a investice („praní“ špinavých peněz) použije cca 70 % (UNDCP, 1997).

společnosti) je analýza společenských nákladů zneužívání návykových látek.³³ Tyto studie jsou v současnosti dobře standardizovány a jsou tedy mezinárodně srovnatelné. V současnosti platí 2. revize směrnic pro jejich provádění, která vznikla pod vedením prof. Erica Singlea (Single et al. 2001).

1.4.3 Ekonomické škody

Ekonomické škody jsou považovány za nejuniverzálnější ukazatel zátěže, která společnosti či jednotlivci vzniká v důsledku (zne)užívání drog.

Principiálně vzato lze ekonomické škody považovat za monetární (peněžní) vyjádření všech předchozích škod.

Fakt, že monetární vyjádření je v současné společnosti prokazatelně nejuniverzálnějším ukazatelem, 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.

Základem nejrozumnějších ekonomických vyjádření³² škod, plynoucích z nemoci / negativního jevu obecně, je ocenění těchto škod. Od šedesátých let je za standard takového postupu považována metodika *Nákladů na nemoc (Cost of Illness – COI)*, která kromě zdravotních nákladů zpracovává i náklady dalších sfér společnosti (viz např. Rice, 1967).

1.4.3.1 Náklady na nemoc – nástroj vyjádření společenské zátěže

Nejkomplexnějším nástrojem pro odhad společenských nákladů (škod, způsobených

1.4.3.2 Přehled metodologie

Studie COI kombinují epidemiologické databáze s finančními daty, aby dospěly k sumě v monetárních (peněžních) jednotkách, jejichž významem je forma vyjádření nákladů, jež nese společnost v souvislosti s existencí jisté nemoci (Single et al. 2001).

COI studie se zabývají společenskými náklady na zdroje, vynaložené na léčbu, prevenci, výzkum a prosazování práva (represi), peněžně vyčíslují ztráty produktivity, 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 předcházení či řešení následků nemoci), 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.

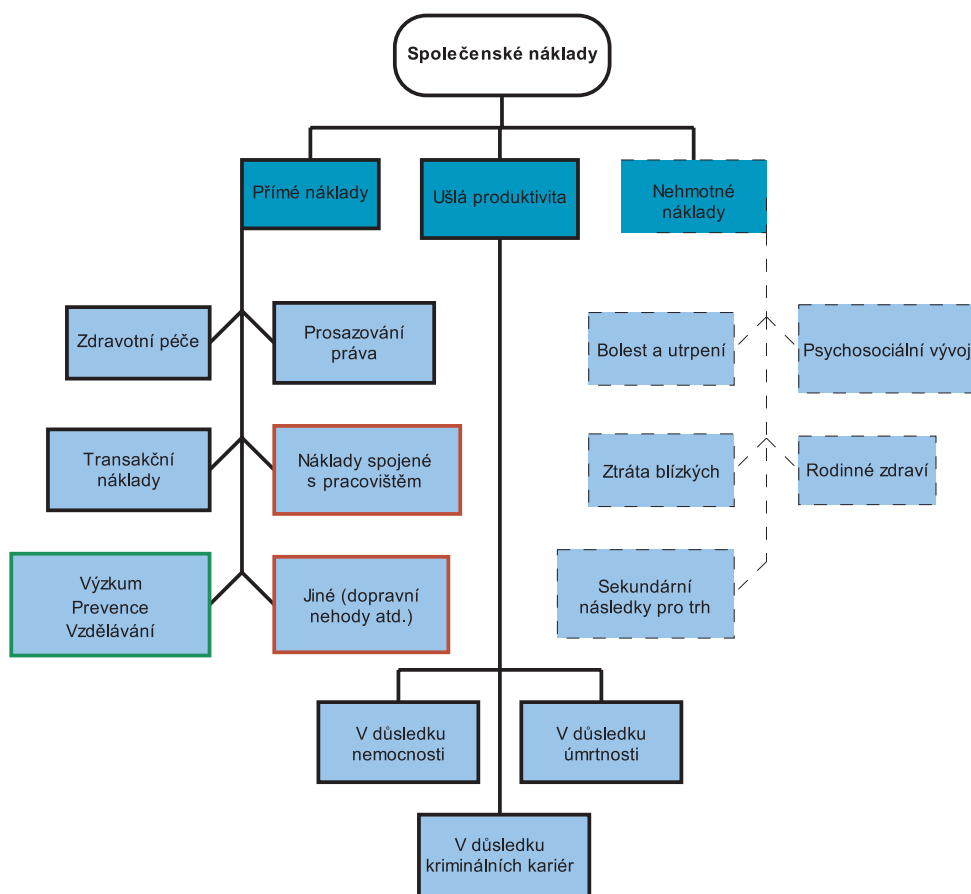
³² a ekonomických evaluačních studií

³³ bez ohledu na jejich zákonný status

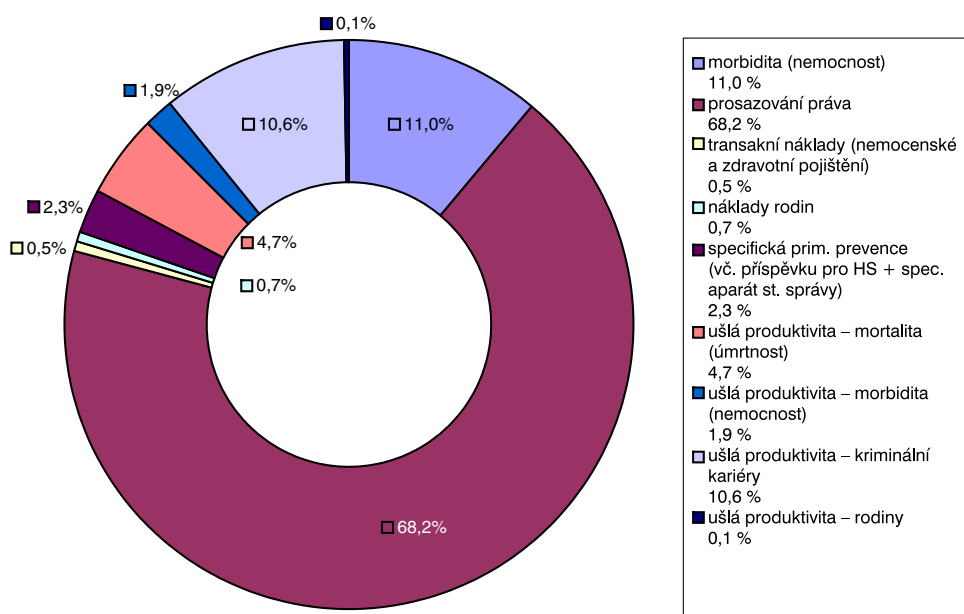
Bez ohledu na to, jak jsou rozličné ekonomické náklady klasifikovány, představují náklady ve své nejjednodušší ekonomické koncepci: zaznamenávají první realokaci zdrojů, které jsou danému ekonomickému systému dostupné. Klíčovým aspektem těchto nákladů je úvaha, podle které jsou v důsledku užívání OPL 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 věci, 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 prak-



obrázek 2: Členění společenských nákladů (škod) na zneužívání návykových látek



obrázek 3: Struktura společenských nákladů na zneužívání nelegálních drog v ČR 1998

tických aplikací této teorie představuje např. Systém státního (národního) účtu, jenž je základním analytickým nástrojem ekonomů na národní úrovni, a Analýza nákladů a výnosů,³⁴ která je metodou evaluace (zhodnocení) alternativních způsobů intervencí (například léčby).

1.4.3.3 Typy nákladů v COI studiích

Rozeznáváme tři typy nákladů, zahrnované do COI studií v oblasti psychotropních látek (viz obrázek 2):

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

Ty schematicky zahrnují:

- a) Náklady zdravotní a sociální péče
- b) Náklady na prosazování práva

c) Transakční (provozní) náklady systému, který přerozděluje dávky sociálního a zdravotního pojištění

d) Náklady, spojené s pracovištěm (typu testů na alkohol či drogy v rizikových provozech)

e) Náklady na prevenci, výzkum a vzdělávání

f) Náklady rodin (privátní náklady na nehraznou péči, právní zastoupení atd.)

g) 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.

³⁴ Cost and Benefit Analysis, CBA

- Do této kategorie se standardně zahrnují:
- Ztráty produktivity v důsledku nemocnosti
 - Ztráty produktivity v důsledku úmrtnosti
 - Ztráty produktivity v důsledku kriminálních kariér
 - Ztráty produktivity rodin

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

3) *Nehmotné náklady* představují ekonomicky nejefemérnější kategorii nákladů. Již z názvu je jasný problém, který vzniká při jejich ekonomickém oceňování. Pro tyto účely se v zásadě používá dvou systémů: metody QALY³⁵ 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:

1.4.3.4 COI studie v České republice

Prozatím jedinou domácí studií společenských nákladů zneužívání nelegálních látek je COI studie (Zábranský et al. 2001a), podniknutá v rámci výzkumného projektu *Analýza dopadů novelizace drogové legislativy (Zábran-*

POLOŽKA		VÝŠE
NÁKLADY PŘÍME	Náklady na lékařskou péči, hrazené pojišťovnami a zvláštní dotací MZ ČR pro prevenci a léčbu HIV/AIDS	202 661 584,– Kč
	Náklady na léčbu a služby, nehrazené pojišťovnami	106 259 774,– Kč
	Transakční náklady pojišťovenského a zdravotního systému	14 959 888,– Kč
	Náklady na 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 podlouductví	26 767 250,– Kč
	Náklady rodin	20 017 790,– Kč
	PŘÍME NÁKLADY CELKEM	2 320 024 026,– Kč
NÁKLADY NEPŘÍME	Ušlá produktivita v důsledku mortality (úmrtnosti)	131 171 672,– Kč
	Ušlá produktivita v důsledku morbidit (nemocnosti)	52 548 394,– Kč
	Ušlá produktivita v důsledku kriminálních kariér	297 838 576,– Kč
	Ušlá produktivita rodin	3 937 343,– Kč
	NEPŘÍME NÁKLADY CELKEM	485 495 985,– Kč
CELKEM VŠECHNY TYPY NÁKLADŮ		2 805 520 011,– Kč

tabulka 1: Společenské náklady zneužívání drog v ČR v roce 1998 – nominální hodnoty

³⁵ QALY = Quality Adjusted Life Years; poměrně složitou metodikou stanovené vyjádření zhoršení kvality života v důsledku různých onemocnění nebo poškození, když za základ je brána hodnota 1,000, vyjadřující „plně zdraví / komfort“; tak například podle metodiky WHO používání francouzské hole může snížit QALY o 0,0600 (na 0,940), dušnost až o 0,257 (na 0,743) atd.

ský et al. 2001b). Tato studie se řídila mezinárodními standardy pro provádění COI studií v oblasti zneužívání psychotropních látek a je tedy mezinárodně srovnatelná.

1.4.3.5 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).

Analogickou metodologií lze vyčíslit i personální škody obětí trestných činů, páchaných v souvislosti s existencí nezákonných drog: 1.928.995.780,- Kč. Někteří autoři i tyto škody zařazují do systému COI (viz zejména Uhl, 2003).

2 Použití standardních epidemiologických indikátorů v drogové epidemiologii

V drogové epidemiologii se pro měření frekvence nemoci / nemoci používá standardních indikátorů: prevalence, incidence a rizika (kumulativní incidence).

Zatímco první dva (prevalence a incidence) jsou používány pro měření frekvence řady stavů, **použitelnost kumulativní incidence (rizika) je vzhledem ke skrytému charakteru (zneužívání drog a jeho obvykle krátkému průběhu velmi omezeno.**

2.1 Indikátory na incidenční bázi

2.1.1 Incidence užívání drog

Počet resp. frekvence nových uživatelů drog je ukazatelem, jenž je za přijatelných nákladů nemožné přímo zjistit jinak než **longitudinální studií na malém vzorku.** Praktická použitelnost (zobecnění výsledků, získaného na vzorku, pro populaci) pro jiný než daný konkrétní vzorek je však v zásadě nulová.

U chování, jež je považováno za protispolečenské, se incidence dotazníkovými metodami zjišťuje jen velmi problematičticky a s velmi malou validitou a reliabilitou. „**Incidence užívání drog**“ se proto pro populace prakticky nepoužívá.

2.1.2 Incidence požadavků o léčbu/službu (First Treatment Demand)

Udává incidenci osob, jež v daném časovém období vyhledaly léčbu nebo službu v souvislosti se zneužíváním drog(y). Udává se jako absolutní číslo pro definované území resp. populaci, která na tomto území žije. Vzhledem k povaze zneužívání drog, které nastává v nízkém věku a ve vyšším věku se vyskytuje jen velmi vzácně, se frekvenčně vyjadřuje jen pro jednotlivé věkové kohorty a ne pro populaci jako celek.

Příklad: V ČR v roce 2001 požádalo poprvé ve svém životě o léčbu a/nebo službu v souvislosti se (svým) užíváním drog 4233 osob. Frekvenční údaj vztahený na celou populaci (41,2 / 100 000 obyvatel) nemá žádný praktický význam; naproti tomu údaj o 3996 „prvožadatelích“ ve věkové skupině 15–39 let je pochopitelnější a použitelnější frekvenčně (106,1 / 100 000). Zřejmě nejčinnější informací pro veřejnozdrazovnit politiku pak bude údaj, že 41,6 % z výše uvedených 4233 osob bylo ve věku 15–19 let a že tedy věkově specifická incidence léčby nebo služeb v roce 2001 pro věkovou kohortu 15–19 byla 246 / 100 000.

2.1.3 Mortalita

Udává počet (nově) zjištěných úmrtí v souvislosti s drogami během určitého časového období. Platí, že smrt je registrována jako smrt v souvislosti s drogami, jen pokud existuje zcela zřejmé kauzální spojení s užíváním drog (nebo substituentů). Za drogové úmrtí tedy nelze automaticky považovat každé úmrtí za přítomnosti drog(y).

„Drogová“ mortalita se za ideálních podmínek dále člení na čtyři podskupiny (Püschel, 1998):

(1) úmrtí v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování

- neúmyslné předávkování (neznalost koncentrace užívané látky, „došlehávání“ atd.)
- sebevražda předávkováním („zlatá rána“)

(2) úmrtí v důsledku dlouhodobého zneužívání drog

- v důsledku infekce HIV/AIDS, získané infikovanou injekcí
- v důsledku cirrhotického jaterního selhání po obdobně získané virové hepatitidě typu B nebo C
- selhání organismu v důsledku malnutrice (např. imunitní selhání)
- úmrtí ze sepse, endokarditid
- atd.

(3) sebevraždy, spojené se závislostí na drogách

- sebevraždy pod vlivem drog
- sebevraždy v abstinčním stavu

(4) smrtelné nehody, ovlivněné drogami.

- dopravní nehody pod vlivem drog
- pády z výšek pod vlivem drog
- atd.

Skupiny (2), (3) a (4) jsou extrémně heterogenní co do morfologických a toxikologických nálezů; také rozlišení mezi náhodným a sebevražedným předávkováním může být velmi obtížné.

Rovněž personální a časová aktivita oddělení soudních lékařství nedovoluje ve všech případech kvalitní forenzní šetření; u kategorie (2) často nebývají k dispozici katemnestické údaje (a (ex)uživatel OPL mohl v době úmrtí na chronické onemocnění již dlouhodobě abstinovat) a prokazování pří-

činné souvislosti u kategorií (3) a (4) bývá často velmi obtížné až nemožné; prakticky u této kategorie často dochází k přecenění odhadu, když bývá bez přesnějšího zdůvodnění prostá koincidence³⁶ prohlášena za příčinný vztah.

Příklad koincidence: Během *Global Street Party* v roce 1997 byl v pražské Vodičkově ulici nalezen zemřelý cizí státní příslušník. Při soudní pitvě byly v jeho těle objeveny (neaktivní) metabolity δ -9-THC³⁷ a média spolu s Policií ČR prohlásily jeho smrt za „drogovou.“ Bližším prozkoumáním pitevního protokolu bylo ale možno zjistit, že mladý muž byl v době smrti silně podnapilý (obsah alkoholu 2,3 ‰) a trpěl vrozenou oboustrannou srdeční vadou; srdeční selhání bylo také vlastní příčinou smrti, k němuž neměla konzumace konopí (k níž mohlo dojít kdykoliv v době pěti týdnů před úmrtím), žádný vztah.

Prakticky se proto drogová mortalita dělí do dvou velkých skupin: přímá a nepřímá úmrtí:

2.1.3.1 Přímá drogová úmrtí

Za přímá drogová úmrtí (předávkování) jsou považována všechna úmrtí, kdy byl prokázán farmakodynamický mechanismus smrti – tedy selhání životních funkcí v důsledku (bio)chemických vlastností zjištěné drogy.

Příklady:

- selhání dýchacího systému v důsledku útlumu center prodloužené míchy při předávkování opiáty
- srdeční selhání v důsledku poruchy převodního systému při předávkování kokainem nebo drogy amfetaminového typu
- otrava těkavou látkou nebo udušení v důsledku její inhalace

³⁶ koincidence – současný výskyt dvou jevů bez definovaného vztahu mezi nimi; tzv. „shody okolností“

³⁷ hlavní účinná látka konopných drog

2.1.3.2 Nepřímá drogová úmrtí (jiná úmrtí za přítomnosti drogy)

Všechny případy, kdy byly v tělních tekutinách nebo tkáních zemřelého/ho identifikovány metabolity drogy(y), nelze ale bez pochyb určit, že úmrtí spadá do kategorie přímých úmrtí.

Tato kategorie je extrémně heterogenní (zahrnuje jak případy, kdy mělo užití drogy příčinnou souvislost k úmrtí, tak případy, kdy žádná příčinná souvislost neexistovala) **a tak je spíše obrazem rozšíření užívání drog v populaci než výrazem skutečných veřejnozdrazotních rizik té které drogy.**

2.1.4 Specifická mortalita

Určuje, jaký podíl ze specifické skupiny (v tomto případě z populace uživatelů drog) zemře během určitého časového období – obvykle během kalendářního roku – a to z jakékoliv příčiny.³⁸

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*, udávající, kolikrát vyšší pravděpodobnost úmrtí má uživatel drogy(y) ve srovnání s průměrným zástupcem své věkové skupiny.

2.1.5 Incidence (krví přenosných) infekcí

Udává počet nebo frekvenci uživatelů drog, kteří se v za definovanou časovou jednotku nakazí infekcí, přenosnou krví (obvykle HIV, VHB nebo VHC).

Zjišťuje se longitudinální studií v populaci nenakažených (seronegativních) uživatelů drog.

2.2 Indikátory na prevalenční bázi

2.2.1 Celoživotní prevalence (užití drogy)

Celoživotní prevalence udává absolutní počet nebo frekvenci osob, které alespoň jednou v životě aktivně užily nelegální drogu.

Aktivní užitím je chápáno takové užití, ke kterému došlo nikoliv z terapeutických příčin se souhlasem dané osoby a za vědomí, že jde o drogu.

2.2.2 Prevalence současného užívání

Prevalence současného užívání udává frekvenci osob, které v definované populaci užívají drogu/drogy.

Nejčastější operační definice „současného užívání“ je „alespoň jednou v posledním měsíci.“

2.2.3 Prevalence (drogové) závislosti

Udává počet nebo frekvenci osob v definované populaci, které splňují klinická kritéria závislosti.

V posledních letech se odstupuje od dělení závislosti na „somatickou“ (fyzickou) a „psychickou“.

Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 1992) je závislost definována jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvíjejí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje (i) silné přání užít drogu, (ii) porušené ovládání při jejím užívání, (iii) přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, (iv) vyšší přednost dávána užívání drogy před ostatními aktivitami

³⁸ tedy bez ohledu na to, zda byla či nebyla prokázána spojitost úmrtí s užíváním drog

a závazky, (v) zvýšenou tolerancí drogy a někdy (vi) somatický odvykací stav.

Do značné míry jde o centrální skupinu zájmu drogové epidemiologie – problémoví uživatelé jsou nositeli drtivé většiny kriminálních, zdravotních i ekonomických škod, které společnosti plynou z užívání drog.

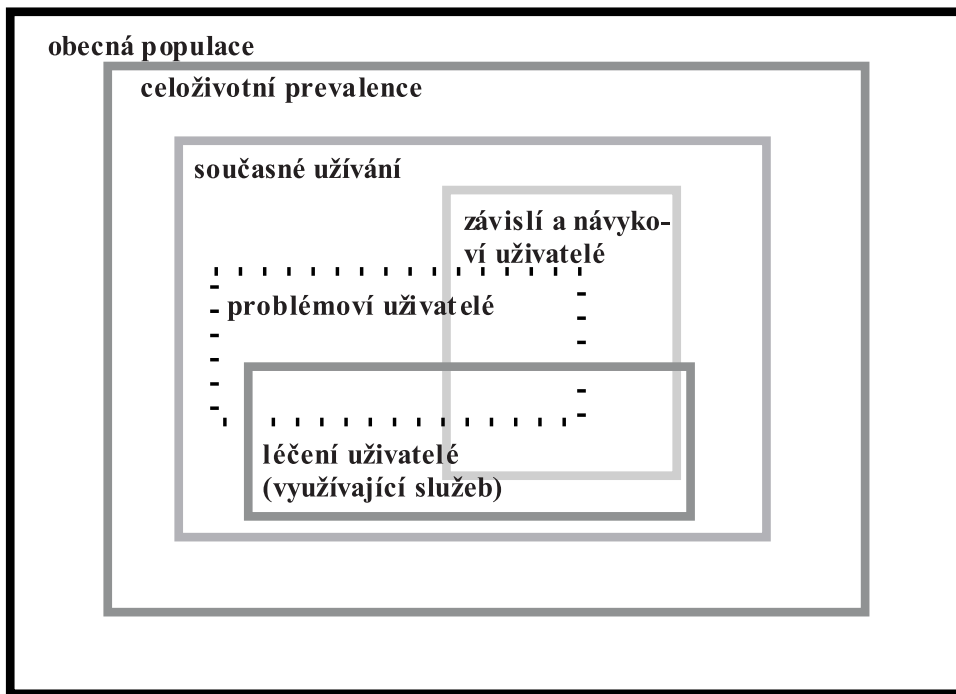
2.2.4 Prevalence problémového užívání

Udává počet nebo frekvenci osob, které splňují kritéria „problémového užívání“.

Problémové užívání je podle EMCDDA (EMCDDA & Institute for Therapy Research: 1998) definováno jako intravenózní užívání drog (IDU) a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání ecstasy a konopí.

2.2.5 Prevalence využívání léčby / služeb

Udává počet nebo frekvenci osob z definované populace, které využívaly v definovaném časovém období léčby nebo služeb, poskytovaných v přímé souvislosti s jejich zneužíváním drog(y).



obrázek 4: Typy prevalence

2.2.6 Vztahy mezi jednotlivými typy „drogové prevalence“

Jednotlivé typy prevalence jsou často zaměňovány (zejména v médiích, ale i v politické sféře a někdy i mezi profesionály z oboru). Na podkladě takových záměn se potom často dospívá k zavádějícím, nesprávným závěrům. Často jsme svědky směšování „celoživotní prevalence“ s „prevalencí závislosti“ nebo „prevalencí problémového užívání“, případně „problémového užívání“ s „prevalencí využívání léčby.“ *Obrázek 4* si neklade nároky na proporčnost mezi jednotlivými typy prevalence, měl by ale znázornit vzájemné vztahy a překryvy mezi „prevalencemi.“

2.2.7 Komorbidita

Přestože je komorbidita³⁹ ukazatelem, který může být založen na prevalenční i incidenční bázi, v praxi drogové epidemiologie se užívá spíše jeho **prevalenční vyjádření**. Nejčastěji jde o souběh celoživotní prevalence užívání drog(y) s některým ze souvisejících onemocnění, především s HIV/AIDS, virovou hepatitidou B (VHB) a virovou hepatitidou C (VHC). V poslední době se (zejména s ohledem na situaci v rozvojových zemích a v zemích bývalého SSSR) zařazuje i komorbidita s TBC a se syfilis a dalšími pohlavními nemocemi.

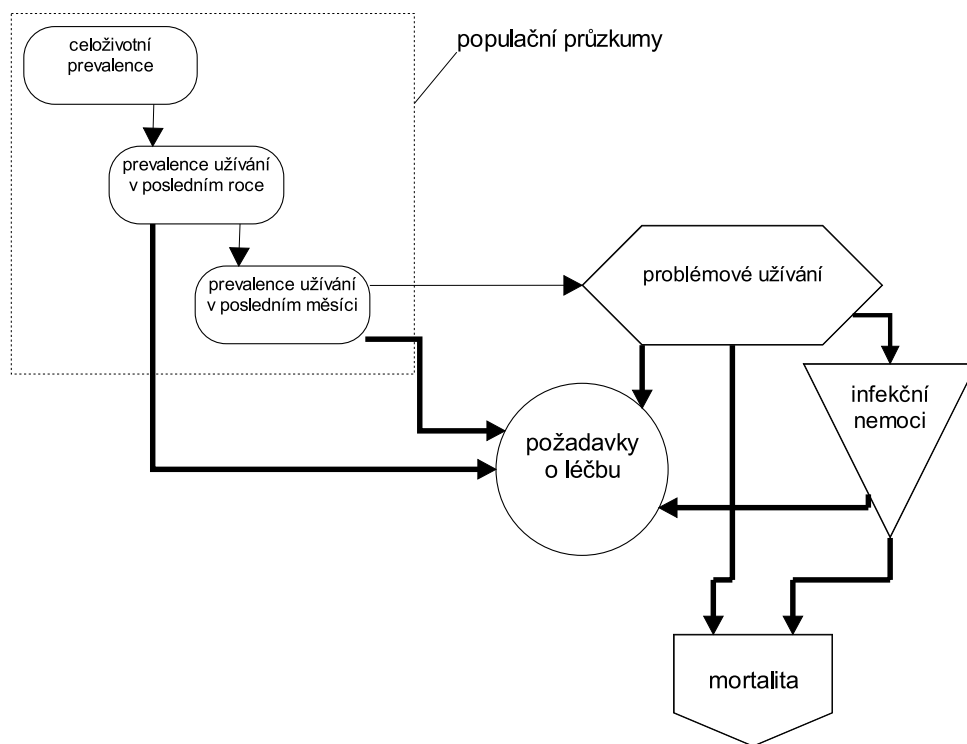
³⁹ souběh onemocnění – udává počet osob, trpících daným (patologickým) stavem a zároveň jiným(i) (obvykle souvisejícím(i)) patologickým(i) stavem/stavy

3 Harmonizované klíčové indikátory EMCDDA a jejich interpretace

Epidemiologické indikátory, popsané v předchozí části, představují důležité střípky informací o drogové situaci v definované populaci a/nebo na definovaném území. Profesionálové a jejich instituce, zúčastněné na sběru příslušných dat, někdy mají tendence přeceňovat „vlastní“ data a podceňovat data jiných institucí nebo sbíraná jinou metodikou. Je-li takto nevědecký přístup systematic-

ký, vede k nutnému znepřehlednění situace a prakticky k nemožnosti jejího posouzení.

V evropské drogové epidemiologii⁴⁰ bylo během devadesátých let určeno „5 harmonizovaných indikátorů“. Ty představují minimální soubor dat, umožňující kvalifikovaně a srovnatelně zhodnotit míru a závažnost zneužívání OPL na mezinárodní, národní, regionální či lokální úrovni.⁴¹



obrázek 5: Harmonizované klíčové indikátory EMCDDA

⁴⁰ konkrétně díky programu oddělení epidemiologie Evropského monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (EMCDDA) pod vedením Richarda Hartnolla

⁴¹ Ke každému z indikátorů existuje množství metodické literatury, přehledně shromážděné na webu <http://www.emcdda.eu.int>. České překlady některých z nich jsou k dispozici na webu Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti <http://www.drogy-info.cz>.

Žádný z „harmonizovaných indikátorů“ není „důležitější“ nebo „méně důležitý“ než ostatní.

V následujícím textu jsou harmonizované indikátory stručně popsány spolu s náčrty možných interpretací.

3.1 Průzkumy užívání nelegálních drog v populaci

3.1.1 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.⁴²

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
- (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, existuje u nich i při nejspolehlivějším zaručení anonymizace riziko zkreslení reálného stavu. Působí tu proti sobě dva faktory:

- 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 metodiky – reprezentativitou vzorku, korektností odběru, (ne)odfiltrováním simulací a desimulací statistickými a sociologickými metodami⁴³ apod., jednak kulturními podmínkami – především společenskou atmosférou ve smyslu míry společenské marginalizace menšinového chování.

⁴² ideální by bylo do populačních průzkumů dospívajících a mladých dospělých zahrnout věkové kohorty až do 24–25 let, kdy podle všech známých údajů v populaci vrcholí prevalence současného užívání (Hartnoll, 2002); problémem pro kohorty nad 20 let ale je fakt, že s výjimkou vysokých škol nejsou zástupci této věkové kohorty nikde koncentrovaně k zastížení a proto by náklady na takový průzkum značně vzrostly (a vysokoškolská populace ve většině zemí není reprezentativním vzorkem své věkové kohorty)

⁴³ např. vhodně vloženou otázkou na užití neexistující drogy

3.1.2 Možné interpretace pro praktické rozhodování o intervencích

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

Rozdíly v prevalenci mezi věkovými skupinami upozorňují na dlouhodobější trendy a mohou sloužit jako podklad pro další prognostické odhady; vysokou důležitost v tomto směru hraje srovnání delších časových řad pro tutéž věkovou kohortu.

Zjednodušeně řečeno lze především často užívaný ukazatel „celoživotní prevalence“ interpretovat v delší časové řadě jako vyjádření toho, jak v dlouhodobém horizontu funguje primární prevence. Nedošlo-li k výrazné změně sociálních a/nebo demografických podmínek a hodnoty se zvyšují (případně roste gradient nárůstu), pak působení rodiny, preventivní programy ani „odstrašující funkce represe“ nesplnily svou roli – neodradily stoupající procento zkoumané populace od přinejmenším jednorázového užití či užívání nelegální drogy.

O dopadu všech výše uvedených preventivních faktorů v relativně krátkodobém měřítku informuje celoživotní prevalence v tzv. „rizikových kohortách“ (tzv. středoškolské dotazníkové průzkumy). Ty ovšem nezastihují podstatnou část nejrizikovější, sociálně deprivované populace. Drtivá většina „problémových uživatelů drog“ ve smyslu

definice EMCDDA (viz dále) střední školy a učiliště nenavštěvuje.

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“) **umožňuje tento ukazatel posoudit míru závažnosti / problematičnosti / 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 nutno vždy výsledky této skupiny indikátorů posuzovat ve spojitosti s předchozími, a to podle věkových kohort.

3.2 Odhady prevalence problémového užívání drog

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

3.2.1 Nevhodné metody pro zjištění problémového užívání

Pro problémové užívání platí, že dotazníkovými ani jinými přímými metodami nelze spolehlivě zjistit jeho rozsah, a to zejména vzhledem k tomu, že

- prevalence tohoto jevu je relativně nízká (0,5–1 % v Evropě, 2–2,5 % v USA) a proto významně klesá pravděpodobnost zachytnosti; výskyt jevu je pod hranicí citlivosti (statistické chyby) přímých metod a jejich smplování (výběru vzorku)
- je považováno za protispolečenský jev a jako takové má přirozenou tendenci se skrývat
- 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 a/nebo při kombinaci několika metod lze dosáhnout vysoké míry přesnosti.

3.2.2 Metody pro odhad prevalence problémového užívání drog v populaci

Metody pro odhad prevalence problémového užívání drog (včetně tzv. skryté populace⁴⁴) jsou bez výjimky poměrně složité a vyžadují účast kvalifikovaného epidemiologa a/nebo statistika. Pro přehlednost uvádím jen jejich stručný (a ne zcela úplný) výčet s krátkým komentářem:

3.2.2.1 Multiplikační metody

Spočívají v co nejpřesnějším zjištění velikosti definované podskupiny populace problémových uživatelů drog, zjištění poměru mezi velikostí celé této populace a podskupiny (např. v lokálním měřítku) a jeho vztahování na tuto populaci v měřítku širším (krajském, národním atd.).

Zjednodušeně řečeno tedy stojí na předpokladu, že multiplikátor, zjištěný v lokálním nebo regionálním měřítku, platí i pro vyšší – v tomto případě národní – měřítko.

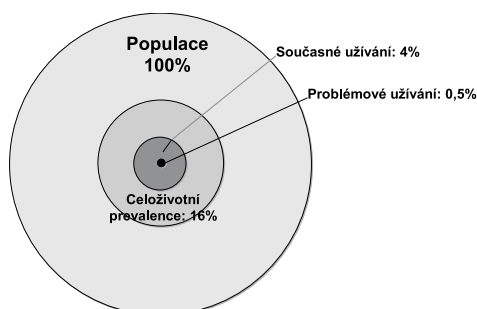
Příklad: Zjistíme-li, že ve třech krajích využívá služeb a léčby v průměru 25 % problémových uživatelů a známe počet uživatelů léčby a služeb na národní úrovni, dospějeme k odhadu počtu problémových uživatelů vynásobením klientů služeb a léčby na národní úrovni čtyřmi.

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).

Ideální je kombinovat nejméně dva typy těchto odhadů a statisticky určit jejich přesnost resp. interval spolehlivosti (confidence interval – CI).

⁴⁴ tedy těch problémových uživatelů drog, kteří nejsou a nebyli v kontaktu s žádnou pomáhající, represivní ani jinou relevantní institucí

- Multiplikační metoda za využití dat o léčbě (tj. o skupině využívající léčbu)
- Multiplikační metoda za využití policejních dat o uživatelích, s nimiž přišla do kontaktu (tj. o zjištěné skupině v konfliktu se zákonem)
- Multiplikační metoda za využití dat o mortalitě (tj. o skupině, jež zemřela v důsledku užívání drog)
- a další



obrázek 6: Kvantitativní poměry mezi některými typy prevalence v ČR v roce 2001

3.2.2.2 Metoda zpětného záchytu (capture-recapture)

Poměrně sofistikovaná 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 zdrojů jednoho typu; ta výrazně rozšiřuje interval spolehlivosti odhadu (snižuje jeho reliabilitu).

3.2.2.3 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 hlavní komponenty (*principal component analysis*).

3.2.2.4 Metoda zpětné kalkule

Používá se zejména pro odhad prevalence injekčního užívání pomocí matematických modelů šíření HIV/AIDS a virové hepatitidy B a C; tyto modely používají metodu zpětné kalkule (back calculation podle Brookmeyer & Gail, 1994).

3.2.3 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 obrázek 6) nese drtivou většinu negativních následků, které si široká veřejnost obvykle s drogami resp. libovolným typem jejich užívání spojuje.

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 se jedná skutečně o „ústřední specifickou zájmovou skupinu drogové politiky“ – hlavní objekt zájmu represe, léčby i harm reduction.⁴⁵ 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 nebo prevencí přechodu k nim) znamená výrazné snížení rizika pro jedince a škod pro společnost. Stejně blahodárně působí posílení vztahu „problémové užívání → poptávka pro léčbu“, 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 úspěšná preventivní opatření, zacílená na obecnější populaci.

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

3.3 Zájem o léčbu a/nebo specializované služby v souvislosti s užíváním drog (treatment demand)

Tento indikátor na podkladě semianonymních údajů⁴⁶ podává zprávu o počtu těch, kteří v libovolné souvislosti s drogami⁴⁷ požádali o léčbu nebo jinou službu.

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 započeti, frekvenci, ke zdravotnímu stavu klientů, protestovanosti a promořenosti na vybrané nemoci (především přenosné krví) apod.

Sbírání 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 charakteris-

⁴⁵ 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

⁴⁶ zaslepených tak, aby bylo na jedné straně možno odstranit vícenásobné zápočty, na straně druhé aby byla znemožněna nebo významně ztížena možnost přesné identifikace konkrétní osoby

⁴⁷ zdravotní potíže somatické nebo psychické povahy, ekonomické a sociální problémy apod.

tiky. 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.

Kruciální 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 personálním vztahy mezi sběratelem a poskytovatelem dat, tak ekonomickými a dalšími zájmy poskytovatelů); tuto skutečnost (tzv. **observační bias**) je nutno při interpretaci „tvrdých dat“ i časových trendů pečlivě vyhodnotit.

3.3.1 Metody zjišťování

Tyto údaje se standardně sbírají pomocí dotazníků, vyplňovaných přímo zařízeními, jež poskytující léčbu a/nebo služby v souvislosti s užíváním drog.⁴⁸

3.3.2 Možné interpretace a vztahy

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

- prevalenci problémového užívání
- prevalenci jiných typů užívání

Porovnáním charakteristik a velikosti těchto souborů s incidenčním i prevalenčním 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 mortalita uživatelů drog

Tzv. „úmrtí v souvislosti s drogami“ jsou považována 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.

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 otravou aditivy)

⁴⁸ V České republice za distribuci a sběr dotazníků zodpovídá Hygienická služba, koordinovaná Hygienickou stanicí hl. m. Prahy

- 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)

Klasifikaci těchto úmrtí a ideálním členěním do čtyř skupin podle doručení EMCD-DA se podrobněji zabývá kapitola 2.1.3.

3.4.1 Metody zjišťování

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/á oddělení soudního lékařství resp. jeho/jejich toxikologickou/é laboratoř(e).

3.4.1.1 Možné interpretace

Každé zvýšení tohoto indikátoru je důvodem pro pečlivý přezkum „drogové situace“ na předmětném území. Signalizuje její závažné změny – ať už ve smyslu rozšíření rizikového chování, změny spektra užívání drog, zasažení dosud nezasazené (nezkušené) populace atd.

3.4.2 Specifická mortalita (úmrtnost) uživatelů drog

Pro definici viz kapitola 2.1.4.

3.4.2.1 Metody zjišťování

Pro zjišťování tohoto indikátoru se používá dvou základních typů studií:

- **retrospektivní kohortové studie**, které měří všechna úmrtí známých uživatelů drog na daném území; pokud existují dobré zdroje dat⁴⁹ s dobrým pokrytím, je tato metoda proveditelnější a méně časově i materiálně nákladná; je ale také nepřesnější a interpretačně omezenější než
- **longitudinální (prospektivní) 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

3.4.2.2 Možné interpretace

Mortalita uživatelů drog je přímo závislá na

- prevalenci problémového užívání drog v populaci (efektivitě primární prevence a represe)
- způsobu (rizikosti) problémového užívání (efektivitě terciární prevence)

⁴⁹ o léčbě, o policejních zadrženích, o infekčních nemocech v souvislosti s intravenózním užíváním drog atd.

- 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 3–18⁵⁰) 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.⁵¹

3.5.1 Podíl uživatelů drog na nových hlášených 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 roste⁵² a podíl uživatelů na infekcích virové hepatitidy B a především virové hepatitidy C roste, když se počet těchto infekcí získaných jinou cestou snižuje.

3.5.1.1 Metody pro zjišťování

Ve většině zemí existuje **národní systém sledování incidence** těchto (hlášených) onemocnění,⁵³ který zjišťuje i způsob nákazy. Umožňuje také **místní** (geografické) **určení incidence**. Pro drogovou epidemiologii má ale 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 pro drogovou epidemiologii jen velmi nízkou vypovídací schopnost.**

3.5.2 Prevalence a incidence mezi uživateli drog

Představují mnohem validnější a pro plánování intervencí užitečnější indikátor než předchozí.

3.5.2.1 Prevalence onemocnění (promořenost) 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.

⁵⁰ přičemž významně vyšší jsou hodnoty především v oblastech s vysokým výskytem HIV/AIDS v populaci uživatelů drog

⁵¹ v poslední době se na evropské i národní úrovni znovu diskutuje o zařazení tuberkulózy a syfilidy

⁵² neplatí pro ČR; na evropské úrovni se nárůst ve druhé polovině 90. let zastavil

⁵³ v ČR automatizovaný sběrný systém EPIDAT pro hepatitidy a Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS v rámci Státního zdravotního ústavu (www.szu.cz)

3.5.2.2 Incidence onemocnění v populaci uživatelů drog

Je nejpřesnějším ukazatelem toho, jak účinná jsou opatření snižování škod / rizik (harm reduction).

Pro definici viz kapitola 2.1.5.

3.5.2.3 Metody pro zjišťování

- seroprevalenční a seroincidenční studie (serologické přehledy) na populacích uživatelů drog v léčbě
- studie na uživatelích drog, využívajících nízkoprahové služby
- kombinace předchozích dvou postupů spolu se sondami mezi „skrytou populací“ se záměrem získat co nejreprezentativnější vzorek aktuální uživatelské scény
- studie na vězněných uživatelích drog
- studie těhotných matek, užívajících drogy
- jiné speciální sentinelové studie

3.5.3 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.⁵⁴

Pak jsou faktory, ovlivňujícími 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). Standardem při séroprevalenčních studiích je i sběr základních informací o testovaném jedinci; kombinace těchto údajů poskytuje cenné informace o chování a sociálních situacích, které zvyšují riziko nákazy některou z testovaných krevně přenosných nemocí. Takové informace jsou životně důležité pro efektivní a hospodárné plánování preventivních a léčebných intervencí.

⁵⁴ za předpokladu, že se hlásný mechanismus během sledovaného času nijak nezměnil

4 Kvalitativní metody v drogové epidemiologii

Kvalitativní metody jsou pro drogovou epidemiologii plně rovnocenným partnerem kvantitativních metod. Výzkum skrytých jevů a výzkum vysoce rizikové populace za použití výhradně kvantitativních metod je v zásadě nemožný. Kvalitativní přístup představuje ve vědě a výzkumu způsob chápání jevů prostřednictvím jejich kvality, tedy prostřednictvím nekvantifikovaných vlastností těchto jevů.

Předchozí kapitola se zabývala „možnými interpretacemi“ některých ze setu pěti harmonizovaných indikátorů EMCDDA. Možné interpretace nicméně nejsou než „možné“. **Zadáním drogové epidemiologie při mapování situace a při evaluacích (ověřováních) intervencí je ale popsat nejenom CO se děje, ale také PROČ se to děje – a to s nejvyšší dosažitelnou mírou přesnosti.**

Podle Miovského (2001) se nejčastěji kvalitativních metod užívá pro

- Předvýzkum a orientační výzkum.
- Ověření výsledků statistické analýzy na úrovni případových studií a jejich zpětná verifikace.
- Tzv. „podbarvení“ výsledků statistické analýzy (oživení a srozumitelnost).
- Samostatný výzkumný projekt (povaha výzkumného úkolu a cíle vyžaduje užití výhradně kvalitativních metod).

V následujícím textu se použití kvalitativních metod v drogové epidemiologii věnujeme podrobněji.

4.1 Role kvalitativních metod

4.1.1 Formování designu kvantitativního výzkumu

Zřejmě nejlépe zavedenou rolí kvalitativního výzkumu je získávání informací, nutných

pro vytvoření designu kvantitativního výzkumu a pro vytváření designu analýz a jejich interpretací.

Rhodes (2000) uvádí několik příkladů, kdy etnografický výzkum mezi injekčními uživateli drog pomohl zformovat celou baterii epidemiologických metod pro odhad prevalence a distribuce rizika, spojeného se sdílením injekčních nástrojů (viz např. Grund et al. 1992).

Nemusi přitom jít pouze o cíl zmapovat prostředí, do něhož se chystáme výzkumně vstoupit a přitom dosud nevíme, jaké zvyklosti a pravidla zde existují. Často se jedná také o možnost vyzkoušet / ověřit navržené metody a postupy a zjistit, zda přinášejí očekávanou kvalitu dat. Nejčastěji jde o situace, kdy

- oblast zvolená pro výzkum je doposud málo zkoumána, mnoho se o ni neví, panuje nedostatek publikací, málo autorů atd.
- pojetí plánovaného výzkumu je natolik netradiční, že zcela vybočuje ze zaběhlých a ověřených způsobů výzkumu v dané oblasti
- v publikacích v dané oblasti panuje vysoká nejednotnost, rozporuplnost; autoři přinášejí výsledky, které se vzájemně vylučují a vyvracejí. Chybí jednotná kritéria nebo jsou zpočtybněna atd. (Miovský, 2001)

Kvalitativní výzkum tedy hraje také nezastupitelnou roli v interpretování nálezů kvantitativního výzkumu. Statistické modelování totiž může nalézt korelační vztahy mezi proměnnými, nedokáže ale určit, proč nebo jak tyto vztahy existují, ani co vlastně znamenají. Triangulace několika metod a datových zdrojů a zejména kombinování kvantitativních a kvalitativních metod umožňují vzájemně prověřit závěry a tak zvýšit validitu interpretací (Denzin, 1970). I v českých podmínkách byl rozsáhlý kvalitativní výzkum použit jako podklad pro interpretaci a potvrzení zjištění kvantitativních populačních průzkumů a statistického modelu (viz Miovský & Zábranský, 2001a)

4.1.2 Doplnění a kontrola kvantitativního výzkumu

Klasická epidemiologie se tradičně zaměřuje na vzájemné vztahy trojice „agens“, „příjemce“, a „prostředí“. Kvalitativní výzkum se snaží lépe porozumět mechanismům, kterými „příjemce“ interaguje s „prostředím“ (Agar, 1997). Porozumění významu a kontextu užívání drog (viz dále) je klíčovým faktorem správného designu epidemiologické studie. To vedlo ke vzniku „etno-epidemiologie užívání drog“. V tomto oboru se etnografie s epidemiologií spojily; příčinou bylo selhání moderní epidemiologie rizik(ových faktorů) a poznání, že epidemiologické modely je třeba ověřovat etnografickými metodami (Rhodes, 2000).

4.1.3 Vyhledávání a výzkum skryté populace

Užívání drog je činnost, která má tendence se skrývat. V důsledku toho ve většině států většina uživatelů drog nepřichází do kontaktu s léčbou a specializovanými službami – a ti, kteří do kontaktu přicházejí, často nepředstavují reprezentativní vzorek (problémových) uživatelů. Proto bylo nutno vypracovat mechanismy výběru vzorku (samplu) pro případy, kdy neznáme přesně rozsah a reprezentativní zastoupení cílové populace.

Překonání metodických překážek (dostupnost, důvěryhodnost, bias) vedlo k řadě metodologických inovací v samplování – především za použití etnografických metod (Rhodes, 2000).

Pomocí zmíněných metod jsme pak schopni určit velikost vzorku a jeho charakteristiky pro kvantitativní výzkum.

Pro vytváření těchto vzorků jsou rozsáhle využívány především metody „přímého pozorování“, „klíčových informátorů“, a „analýzy sítí“ (viz dále).

4.1.4 Porozumění osobní zkušenosti a významu užívání drog

Užívání nelegálních drog je sociální aktivitou, při níž sám akt užití drogy získává symbolickou důležitost a má sociální význam, závisející na kontextu užití (Becker, 1997).

Tam, kde se standardní kvantitativní výzkum soustřeďuje na distribuci způsobů užívání drog a jejich následků, kvalitativní výzkum se snaží určit, proč k takovému chování dochází a jak je chápáno v různých kontextech různých sociálních skupin (Rhodes, 1995).

Zjednodušeně: zatímco (deduktivní) kvantitativní výzkum se snaží testovat předem definované hypotézy a teoretické systémy, vzniklé na podkladě předchozího výzkumu, kvalitativní výzkum hypotézy generuje a vede k nalézání subjektivních významů užívání.

4.1.5 Porozumění sociálnímu kontextu užívání drog

Sociální význam jakéhokoliv chování je závislý na okolním prostředí (kontextu) a kvalitativní výzkum se snaží pochopit souvislost mezi „významem“ a „kontextem“ (Agar, 1997). V této souvislosti je rolí kvalitativního výzkumu odlišení vlivů sociálního, ekonomického a kulturního kontextu na způsoby užívání drog, jejich význam a interpretaci (Rhodes, 2000).

4.1.6 Vývoj účinné intervence a politické strategie

Zásadní role kvalitativního výzkumu ve formování intervencí a politik je dvojitá

- pomáhá zacílit intervence ve shodě s místními normami užívání drog a odpovídajícími praktikami
- umožňuje pochopit sociální procesy, které formují každodenní užívání drog, a tak je nutný pro vytvoření intervencí, jež mají smysl pro uživatele samotné a jsou pro ně užitečné.

Obvykle se jako největší přínos kvalitativního výzkumu pro vývoj intervencí a politické strategie uvádí (Rhodes, 2000)

- pochopení potřeb intervencí, jak je subjektivně pociťuje uživatel drog, a pochopení jeho zkušeností / vnímání intervencí již proběhlých
- pochopení vnímání poskytovatelů léčby a péče co do potřeby služeb, jejich organizace a efektivity
- prozkoumání sociálních a kontextuálních procesů, které ovlivňují efektivitu poskytnutí služby a její dopad.

4.2 Základní metody v kvalitativním drogovém výzkumu

Kvalitativní výzkum používá observační metody (přímé a v rámci účasti na pozorovaném ději), interview (otevřená, řízená, hloubková), široké nebo cílené životní historie, diskusní skupiny (s klíčovými informátory, ohniskové), analýzy sociálních sítí a modelování kulturního rozhodování – to vše s cílem získat detailní znalost situací a chování cílové skupiny v nich.⁵⁵

4.2.1 Etnografie a zúčastněné pozorování

Etnografický výzkum byl vyvinut v antropologii a kvalitativní sociologii. V nejobecnější definici zahrnuje všechny procesy, procedury a techniky, jež výzkumníkovi umožňují volit, sbírat, zaznamenávat, uspořádat a analyzovat kvalitativní (etnografická) data.

Etnografie (coby předchůdce respektive zdroj kvalitativních metod) je považována za „proces“. Jako taková zahrnuje celou řadu strategií sběru dat s cílem písemného zachycení všech klíčových prvků definované společnosti (Trotter, 1991).

Drogový výzkum je v kontextu takového klasického etnografického projektu vnímán spíše jako jen jeden z rozměrů holistického popisu kultury a v tomto kontextu často dochází k interpretaci, podle níž jsou problematické aspekty užívání drog ve společensky běžném pohledu neúměrně přeháněny (podrobněji viz Room, 1992).

Naproti tomu novější – čistě kvalitativní – metody se soustřeďují na roli drog v subkulturách jejich uživatelů.

WHO (2000) uvádí jako typický příklad zúčastněného pozorování newyorskou *Street Research Unit*, již kvalitativní výzkum díky znalosti pouličního slangu a chování a zvyků uživatelů drog umožnil průběžně získávat informace, které jsou konvenčními epidemiologickými metodami nezjistitelné: druhy a množství nabízených, prodávaných a užívaných drog; počty prodejců a uživatelů; náklady a variabilitu cen; místa prodeje drog; posuny na drogové scéně; nálepky a další identifikační znaky prodávaných balení drog; informace o prodeji a používání parafernálií; obecné charakteristiky prodejců a uživatelů a jejich názory na dění na drogové scéně.

⁵⁵ (podle Trotter and Medina-Mora, 2000)

Tuzemským příkladem komplexního využití kvalitativních metod k získání jinak nezjistitelných dat jsou kvalitativní části studie PAD (Miovský et al. 2001; Miovský & Zábranský, 2001a).

4.2.2 Přímé pozorování

Máme-li pochopit rizikové chování a jeho zasazení do sociálního a behaviorálního kontextu, je často nezbytné jeho přímé pozorování. Je to důležitá metoda pro zjištění podobností a rozdílů mezi tím, co lidé o svých činech říkají (ideální kulturní model) a mezi tím, co se doopravdy děje, když užívají drogy (reálná kultura v kontextu). Tyto typy studií jsou neocenitelné při vytváření v realitě zakotvených intervencí (na rozdíl od intervencí, založených na teoriích). (Trotter and Medina-Mora, 2000).

WHO (2000) uvádí příklad studie NIDA, která zjistila, že v důsledku lepší informovanosti o epidemii AIDS došlo ke snížení sdílení stříkaček a jehel. Tato studie zároveň ale popsala proces sdílení drog mezi uživateli, kteří ekonomicky sdružovali finanční zdroje na nákup drog (zejména heroinu a kokainu). Předávání připravené drogy z jedné stříkačky do druhé bylo identifikováno jako hlavní potenciální zdroj infekce HIV – bez ohledu na to, zda docházelo ke sdílení stříkaček a jehel.

4.2.3 Kvalitativní interview

Druhým okruhem kvalitativních metod sběru dat jsou hloubková kvalitativní interview.

4.2.3.1 Studie klíčových informátorů

Kvalitativní výzkum je kruciólně závislý na opakovaných interview s přímo angažova-

nými osobami, které jsou s to popsat, zhodnotit, reflektovat a shrnout klíčové prvky vlastní kultury. Tito jedinci jsou v kvalitativním výzkumu nazýváni „klíčoví informátoři“ a poskytují výzkumu základní znalost kultury, již má studovat. Každý výzkum tohoto typu životně závisí na schopnosti výběru a interview rozsáhlého vzorku klíčových informátorů (Trotter, 1991).

Takoví informátoři mohou zahrnovat personál, jenž je v přímém styku s cílovou populací – pracovníky nízkoprahových zařízení, streetworkery, duchovní, personál restaurací a barů, policisty atd. – všechny, kteří se s cílovou populací přímo stýkají a mají o ní nějakou znalost.

Stejně důležitá je skupina klíčových informátorů přímo z prostředí uživatelů drog, kteří jsou přímo účastní zkoumaného životního stylu a tedy jej znají nejlépe. Tato skupina poskytuje znalosti, které „externí“ klíčoví informátoři nemají – např. o faktorech rozhodujících o vstupu do léčby. Při výběru této skupiny je nicméně třeba základní znalost prostředí; tak např. (ani excesivní) uživatel marihuany nebude s to poskytnout bezprostřední znalosti o injekčním užívání drog.

4.2.3.2 Ohniskové skupiny (focus groups)

Na rozdíl od předchozích skupiny jde o interview, pořízená v rámci skupin. Jejich výhodou oproti individuálním interview je možnost zaznamenávat a analyzovat reakce interviewovaných na postoje a interpretace jiných osob a na jiné osoby samotné. Druhou pozitivní vlastností je možnost shromáždit relativně velké množství dat za relativně krátkou dobu. Nevýhodou je, že s jejich pomocí lze získat vesměs jen informace o tématech, o nichž lidé chtějí diskutovat veřejně a tedy je zde nebezpečí získání zkreslené nebo žádné informace o tématech, která jsou v rámci ohniskové skupiny považována za citlivá.

WHO (2000) uvádí příklad efektivního využití ohniskových skupin ve dvanácti mexických městech, znepokojených nekonzistencí kvantitativních dat o užívání heroinu: ta na jednu stranu prokazovala jeho významné zvýšení, na straně druhé nebylo známo nic o nových skupinách uživatelů nebo nárůstu jejich počtu. Díky fokusním skupinám se známými uživateli heroinu byly identifikovány rozsahem nevýznamné skupiny nových uživatelů; vysvětlení nekonzistence nicméně spočívalo ve zvýšení konzumace heroinu dlouhodobými uživateli heroinu (tzv. „veterány“), kteří v reakci na riziko nákazy HIV/AIDS ve vzrůstající míře přecházeli z injekčního užívání heroinu na vdechování jeho výparů, což vzhledem k nízké koncentraci pouličního heroinu vyústilo v potřebu vyššího množství drogy.

4.2.3.3 Systematické přístupy ke kvalitativním interview

V posledních dvaceti letech byla vyvinuta řada nových technik sběru dat, které dále rozvíjejí klasické etnografické resp. kvalitativní techniky. Poskytují možnost analýzy kulturně definovaných kognitivních systémů, vývoje kulturních modelů nemoci a výzkum kulturního konsensu o problémech a přesvědčeních ve vztahu k užívání drog (Trotter and Medina-Mora, 2000).

Lze je rozdělit do tří hlavních podskupin:

- **Určování obsahu a omezení (zdravotní) oblasti⁵⁶** (reprezentovaný zejména metodou „volně konstruovaných seznamů“)
- **Analýza strukturálních prvků kulturních oblastí** (např. vizuální metoda „třídění hromad“)
- **Popis domény z konsensuálního pohledu** (kombinace kvalitativních přístupů a analytických matematických modelů s cílem získat popis situace či chování z pohledu toho, co je v dané kultuře považováno za „obecnou pravdu“)

4.2.3.4 Analýzy (sociálních) sítí

Mnohé z problémů, souvisejících s užíváním drog, nelze vyjasnit pouhým studiem jednotlivců. Jako důležitý rizikový faktor (zne)užívání drog byl identifikován vliv (sociálních) vrstevníků. Takový vliv může mít řadu podob – od tlaku na započetí užívání drog po sociální podporu vstupu zneužívatele drog do léčby (Trotter and Medina-Mora, 2000).

Metody analýzy odrážejí tři hlavní teorie sociálních sítí (Needle et al. 1995):

Intenzivní kvalitativní mapování (sociálních) sítí

- Výzkumník popisuje zevrubně participanty, jejich chování, spřízněnost a přátelská pouta a následky existence malých ohraničených uživatelských skupin pro společnost.
- **Osobní (egocentrický) přístup k sociálním sítím**

Popisuje zvoleného jedince (ego) a všechny jedince, které prvně jmenovaný identifikuje jako spojené se sebou sama specifickým sociálním vztahem.

- **Analýzy plných (relačních) sociálních sítí**

Výzkumník identifikuje přirozeně vzniklou drogovou síť a zkoumá vztahy mezi všemi členy sítě.

4.3 Výhody a omezení kvalitativních metod

Výhodou kvalitativních metod je schopnost zkoumat neznámé oblasti zájmu – kulturu, životní styl či každodenní chování dosud neprozkoumané populace.

Kvalitativní výzkum je také metodou první volby pro monitorování měnících se podmínek – zvláště tehdy, když je povaha změn neznámá nebo nepředpověditelná.

Další výhodou je, že zkoumané osoby se mohou vyjadřovat podle vlastního uvá-

⁵⁶ v angl. originále determining the content and limits of (health) domains

žení, zatímco výzkumník je zodpovědný za identifikaci a potvrzení kulturních vzorců a za prezentaci nálezu. Sama slova však pocházejí od osob, kterých se problematika bezprostředně dotýká a v rámci jejich kulturního prostředí jsou platná (pravdivá). Dobrému kvalitativnímu výzkumu rozumí „každý“; je prezentován stejným způsobem, jakým je v jakékoliv kultuře prezentován každodenní život – pomocí příběhů, příkladů, popisů a diskuse o procesech (WHO a NIDA, 2000). Kvalitativní výzkum tedy „polidštuje“ někdy příliš sofistikovaný a složitě⁵⁷ prezentovaný vědecký výzkum drogové problematiky.

Zároveň samozřejmě existuje řada výzkumných otázek, na něž lze adekvátně odpovědět pouze pomocí kvantitativního výzkumu – především v případě experimentálních a quasi-experimentálních podmínek a v případech potřeby široce reprezentativních nebo statisticky zpracovaných dat (průzkumy populace, klasické epidemiologické studie, získávání a zpracování demografických dat atd.).

Nejsilnějším designem (epidemiologického) výzkumu drogové problematiky tedy je vzájemné kombinování kvantitativních a kvalitativních metod a vzájemná kontrola jejich výsledků a interpretací při pečlivém zohlednění výhod a nevýhod obou přístupů.

⁵⁷ „fachidiotštinou“

5 Přehled metod drogové epidemiologie

Výzkumná otázka	Metody	Výhody	Omezení
Jaký je rozsah problému?	Průzkumy obecné populace	široké pokrytí	validita a reprezentativita
		při opakováních trendová data	nákladné a náročné na výcvik tazatelů
		přesnost	nezastihuje uživatele všech drog
		standardizovaná vědecká metodika	nezastihne „skrytou“ populaci
	Průzkumy specifické populace	cílené pokrytí	validita a reprezentativita
		informace o uživatelích specifických drog	nákladné a náročné na výcvik tazatelů
		informace o „skryté populaci“	obtížné samplování (výběr vzorku)
	Metodika rychlého odhadu (Rapid Assessment Methods)	rychlá, levná a všestranně použitelná metoda	validita a reprezentativita
		přímý vztah k plánování intervencí	potřeba zevrubného výcviku
Charakteristiky postižených osob	Průzkumy obecné populace	široké pokrytí	validita a reprezentativita
		při opakováních trendová data	nákladné a náročné na výcvik tazatelů
		přesnost	nezastihuje uživatele všech drog
		standardizovaná vědecká metodika	nezastihne „skrytou“ populaci
	Průzkumy specifické populace	cílené pokrytí	validita a reprezentativita
		informace o uživatelích specifických drog	nákladné a náročné na výcvik tazatelů
Povaha problému	(Pre)existující data	levné	validita a reprezentativita
		dostupné	postihuje jen „známé“ uživatele
			náchylná k observačnímu a selekčnímu biasu – například v důsledku změn drogové politiky na národní nebo lokální úrovni
	Klíčová informátoři, ohniskové (fokusní) skupiny a další kvalitativní metody	levné	validita a reprezentativita
		zastihuje „skryté populace“	potřeba výcviku
	Metodika rychlého odhadu (Rapid Assessment Methods)	rychlá, levná a všestranně použitelná metoda	validita a reprezentativita
		přímý vztah k plánování intervencí	potřeba zevrubného výcviku

Výzkumná otázka	Metody	Výhody	Omezení
Faktory a procesy, spojené s počátkem užíváním drog a pokračováním v užívání	Longitudinální studie	identifikuje faktory, asociované s rizikem nebo se snížením rizika zneužívání drog (rizikové a ochranné faktory)	velmi drahé a časově náročné
			nutný výcvik
Následky a další faktory	Longitudinální studie	identifikuje faktory, asociované s rizikem nebo se snížením rizika zneužívání drog (rizikové a ochranné faktory)	velmi drahé a časově náročné
			nutný výcvik
	(Pre)existující data	Levné	validita a reprezentativita
		Dostupné	postihuje jen „známé“ uživatele
			náchylná k observačnímu a selekčnímu biasu – například v důsledku změn drogové politiky na národní nebo lokální úrovni
	Studie přirozené historie / případové studie	trendová data	velmi drahé a časově náročné
			nutný výcvik
	Speciální studie	trendová data	velmi drahé a časově náročné
		spojuje užívání s následky	nutný výcvik

tabulka 2: Přehled metod drogové epidemiologie (podle Smart and Sloboda, 2000)

6 Drogová politika

Drogová politika je komplexní soubor preventivních, léčebných a sociálních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální (makro), komunitní (mezzo) a individuální (mikro) úrovni, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog a/nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání drog nastat.⁵⁸

Užívání psychotropních látek je jevem, který byl po staletí součástí sociálních rituálů; jejich zneužívání je rovněž již po věky jedním z projevů sociálně patologického chování.⁵⁹

Drogové politiky lze vnímat jako kulturní a sociální produkty jednotlivých společností. Jsou výsledkem toho, jaký hlavní koncept daná společnost pro drogový problém⁶⁰ a uživatele drog používá. Významnou roli při definici tohoto konceptu sehrává politický vliv rivalizujících příslušníků různých profesí, který se může měnit v čase i sociálním prostředí (volně dle Stimson, 2003).

S postupem doby se vnímání a společenský postoj k užívání psychotropních látek významně měnily. V posunu vnímání problematiky psychotropních látek jako už nikoliv soukromé (ale veřejné) záležitosti lze jasně vysledovat vliv monoteistických náboženství, společenských hnutí včetně rasismu (Mandelson, 1999) a vnímání lidské sexuality (Kohn, 1992); značný vliv na dro-

govou politiku měly také nejrůznější ekonomické zájmy.⁶¹

V literatuře je zdůrazňován význam drog jako nevědomého symbolu strachu většinové společnosti (viz např. Gusfield, 1963; Helmer, 1975) v důsledku jejich asociace se sociálními či národnostními skupinami, jež jsou vnímány jako potenciálně nebezpečné, tj. nonkonformní v měřítku dobové morálky.

Takovou roli sehráli např. tzv. „Bohémové“⁶² kolem r. 1840 v Paříži (Gossop, 2000). Od r. 1870 začali být Číňané v Austrálii, Kanadě a v USA spojováni s užíváním opia, vzápětí černí Američané s užíváním kokainu a Mexičané s marihuanou.

Nejhorší vlastností drog podle amerických moralistů 19. století bylo, že jejich prostřednictvím svádějí příslušníci jiných ras mladé bílé ženy. Drogy nicméně houfně užívali i bílí gambleři, prostitutky a delikventi. Tento trend vyvrcholil v roce 1900, kdy se mezi příslušníky pouličních gangů ze slumů v New Yorku a v dalších amerických městech východního pobřeží rozšířilo užívání heroínu. USA tak měly kolem roku 1914 – jako vůbec první země v historii – moderní drogovou scénu se všemi atributy: drogovými subkulturami, společenskou hysterií, specifickou drogovou politikou a prohibičními zákony.

USA si na mezinárodním poli zajistily souhlas dalších zemí s přijetím legislativy zavádějící restrikci opia, heroínu, morfia a kokainu. Tyto iniciativy v USA vyvrcholily koncem roku 1914 schválením zvláštního zákona (tzv. Harrison Narcotic Act – viz Wilson et al. 1914), který vůbec poprvé v novodobé historii zavedl prohibici některých psychotropních látek.

⁵⁸ podle (Radimecký, 2003; Stimson, 2003)

⁵⁹ v Mezopotámii se opium vyrábělo již 5 000 let př. n. l. (Lindesmith, 1968), v Evropě máme doklady o požívání nezralých makových semínek v oblasti dnešního Švýcarska z období kolem roku 2500 př. n. l. – a již roku 2000 př. n. l. psal egyptský kněz svému učni: „Já, představený tvůj, tobě zapovídám chodit do taveren, neb jsi pak jak zvíře.“ (Crafts et al. 1909)

⁶⁰ např. problém (1) medicínský, (2) morální, (3) kriminální, (4) sociální, (5) veřejného zdraví atd.

⁶¹ v této souvislosti bývá nejčastěji citován aktivní a (a úspěšný) lobbying amerických výrobců umělých vláken, sdružených kolem koncernu DuPont, za zákaz pěstování konopí včetně jeho nepsychotropních odrůd na americké i celosvětové úrovni v třicátých letech minulého století (viz např. Herer & Conrad, 1991)

⁶² v mnoha ohledech předchůdci hippies ze 60. let minulého století

Novodobou historii „postojů k drogám“ (od konce 19. století) lze velmi schematicky rozdělit na 4 období (volně podle Berridge, 1997; Kalina, 2003; Stimson, 2003):

6.1 Postoje k užívání „nelegálních drog“ v novodobé historii

- 1) **Asi do r. 1960** byly drogy a jejich užívání považovány převážně za odborný problém. Závislost byla vnímána jako nemoc jednotlivce. Drogy užívali převážně příslušníci střední třídy (často ženy), umělci a zástupci lékařské profese (lékaři, lékárníci, sestry), kteří měli k drogám snadný přístup a nepůsobili vážné společenské problémy. Experti byli specializovaní lékaři a psychiatři v léčbě a (nespecializovaní) kriminalisté při potírání trestné činnosti. Drogové politiky v dnešní podobě (vládní strategie, specifické rozpočty a programy prevence a léčby atd.) neexistovaly.
- 2) **V 60. letech** se drogy stávají ve vyspělých zemích problémem společenským. Závislost je nadále vnímána jako nemoc, ale již „infekční“ ve smyslu svého šíření do různých sociálních vrstev, skupin či profesí. Enormní nárůst užívání drog s sebou nese vážné zdravotní a sociální důsledky. Odborníky na léčbu jsou zejména psychiatři, ale zvolna vstupují i další profese. Postupně se vytvářejí specializované skupiny kriminalistů pro potírání výroby a distribuce drog. Zhoršující se situace vyžaduje cílenější řešení v prevenci, v léčbě i represí a větší zapojení výzkumu. To ústí ve zpracování specifických intervencí a strategií – zárodku drogových politik. Vlády mnoha zemí v čele s USA vyhlašují tzv. „válku proti drogám“.
- 3) **Na přelomu 80. let** se objevuje hrozba infekce HIV. Z užívání drog se stává celospolečenský

problém, začíná být nazíráno jako komplexní jev ovlivněný biologickými, psychologickými a společenskými faktory. To se promítá i do konceptu závislosti jako bio-psycho-sociálního modelu (Edwards et al. 1983). V rolích expertů se objevují nové profese – psychologové, sociální pracovníci a epidemiologové. S posledními se objevuje koncept veřejného zdraví (public health concept), zaměřený na důsledky užívání drog pro veřejné a individuální zdraví. Za větší hrozbu než užívání drog *per se* je považováno související riziko HIV/AIDS. V západní Evropě se postupně prosazuje přístup harm (risk) reduction.⁶³ Problémem drog se zabývají vlády zemí, stávající i nově vznikající mezinárodní instituce. Jimi přijatá opatření však v převážné míře stále kladou důraz na „válku proti drogám“ – tedy na prioritní roli represe.

- 4) **Od počátku 90. let** dochází po změnách v postkomunistických zemích, díky rozmachu informačních technologií a v důsledku produkce tzv. „nových syntetických drog“ k novému drogovému boomu. Valné shromáždění OSN označuje ve svém akčním plánu (1991) drogy za globální problém. Výzkumy přinášejí nové pohledy a pojmy,⁶⁴ zpochybňují koncept závislosti jako nemoci a abstinence jako jediného řešení. Za největší hrozbu jsou považována zdravotní a sociální rizika injekčního užívání. Evropa⁶⁵ ustupuje od „války proti drogám“, zatímco USA u tohoto konceptu setrvávají. Koncept veřejného zdraví postupně proniká i do postkomunistických zemí. Bez ohledu na politické priority jednotlivých kultur vládne – alespoň na oficiální úrovni – v mezinárodních orgánech a napříč jednotlivými zeměmi široce sdílené přesvědčení o komplexním charakteru užívání drog, jež vyžaduje širokou mezioborovou, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci, mapování a analýzu potřeb, sjednocení sběru dat a koordinaci aktivit. V Evropě vznikají národní a nadnárodní koordinační orgány

⁶³ podle Stimsona (2003) se tzv. harm reduction primárně zaměřuje na snižování rizik, jež mohou v důsledku užívání drog potenciálně vést ke vzniku škod/poškození. Proto navrhuje pro tento přístup spíše název risk reduction

⁶⁴ např. ostré rozlišení mezi (i) experimentálním, (ii) rekreačním a (iii) problémovým užíváním

⁶⁵ s výjimkou některých skandinávských zemí

a strategie.⁶⁶ Přinejmenším ve veřejných dokumentech a prohlášeních je důraz kladen na rovnováhu mezi represí (strana nabídky) a prevencí a léčbou (strana poptávky); prakticky se však míra této „rovnováhy“ mezi státy i v rámci nižších správních celků uvnitř nich významně liší.

(EU, NAFTA), státních a regionálních či lokálních (proti)drogových politik.⁶⁸

Složky – tedy intervence – drogových politik se obvykle člení do dvou velkých okruhů – preventivního a represivního.

6.2 Složky drogové politiky

Řídící silou drogové problematiky jsou tržní mechanismy ve své nejsyrovější podobě – tedy nabídka a poptávka a volná soutěž o místo na černém trhu, který nemá žádná formální pravidla.⁶⁷ Stejně jako na kterémkoliv jiném trhu jsou i zde strana poptávky a nabídky vzájemně provázány – a vzájemně na sebe reagují.

Strana nabídky odpovídá na potřeby uživatelů a sama tyto potřeby 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 (Kalina, 2003).

Bylo by nesprávné domnívat se, že jednorázovým nebo izolovaným opatřením na straně nabídky či poptávky lze drogovou problematiku „vyřešit“. Potřeba komplexnosti drogové politiky se v různé míře odráží ve formulaci globálních (OSN), nadstátních

6.2.1 Prevence

Pod prevencí obecně rozumíme předcházení nemoci⁶⁹ nebo předcházení zhoršení nemoci⁷⁰ nebo předcházení zhoršení celkového stavu nemocného.⁷¹

6.2.1.1 Primární prevence

Cílem primárně (proti)drogových preventivních aktivit je předejít zneužívání drog a/nebo oddálit první setkání dětí a mladých lidí s drogami do (co nej)pozdějšího věku (volně podle Meziresortní protidrogová komise vlády ČR, 2000).

Cílovou skupinou (primární) prevence je dosud nezasazená populace. Jejím obecným cílem je „odradit od užívání nelegálních drog“ resp. poskytnout podklady k vědomému rozhodnutí abstinovat od užívání (nelegálních) psychotropních látek.

Protidrogová primární prevence v ČR představuje část protidrogové politiky, opticky vzbuzující dojem velké obsazenosti a působení velkého množství programů (Miovský, 2002).

⁶⁶ především na platformě Rady Evropy a později také Evropské unie

⁶⁷ která by platila např. pro řešení sporů, vynucování standardů kvality apod.; svým způsobem jde tedy o laissez faire ve vlastním smyslu slova

⁶⁸ V české oficiální terminologii dosud přežívá termín „protidrogová politika“; s výjimkou států bývalého sovětského bloku se ale ve všech jazycích standardně používají termíny, odvozené od anglického „drug policy“; tento výstižnější termín se postupně prosazuje i v ČR.

⁶⁹ postupy aplikované s cílem zabránit vzniku onemocnění či úrazu (heslo primární prevence v Vokurka et al. 2002)

⁷⁰ snaha o detekci co nejranějších stádií onemocnění, u kterých je léčba zahájena v časnějším stadiu nemoci účinnější a vede k lepší prognóze (heslo sekundární prevence v Vokurka et al. 2002)

⁷¹ prevence zaměřená proti vzniku komplikací určité nemoci (heslo terciární prevence v Vokurka et al. 2002)

Jako primární prevence nicméně jsou velmi často prezentovány nejrůznější volnočasové – především sportovní – aktivity, v některých případech značně kuriózní.⁷² Účinnosti těchto volnočasových aktivit ve smyslu prevence užívání drog lze jen stěží hodnotit a dostupné studie ji zpochybňují;⁷³ obecně řečeno je významně nižší než účinnost specifických programů a v mezinárodní terminologii nejsou volnočasové aktivity mezi primární prevencí zařazovány.⁷⁴

Mnemotechnická pomůcka říká, že pojem (specifická primární) protidrogová prevence označuje takové preventivní aktivity, jež by neexistovaly v hypotetickém případě neexistence drog (volně podle Single et al. 2001).

6.1.1.2 Sekundární prevence

Cílem je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život.

Léčebné a resocializační programy jsou v zásadě dvou typů:

- nízkoprahové programy, které na pacientech / klientech nevyžadují bezpodmínečnou abstinenci jako podmínku vstupu do programu; nabízejí léčbu somatických škod,⁷⁵ psychologické a sociální poradenství atd. a ve vhodných případech též léčbu k abstinenci; jako takové jsou

dostupnější pro větší část klientů (častěji odpovídají jejich subjektivně vnímaným potřebám) a představují významný mezistupeň mezi životem bez kontaktu s pomáhající institucí a přechodem do druhého typu programů, jimiž jsou

- programy vysokoprahové, jež podmiňují účast v programu abstinencí; nabízejí psychiatrickou / psychologickou pomoc a v některých případech sociální servis s cílem vytvořit nebo posílit abstinenční chování a návyky⁷⁶

V kontextu drogové politiky jde zejména o

- aktivní zavádění programů včasné intervence a programů zvyšujících dostupnost péče (i v podmínkách typu výkonu trestu odnětí svobody)
- vytváření komplexního a vzájemně provázaného systému léčebně-resocializační péče o postižené skupiny či jednotlivce
- vzdělávání odborných pracovníků, trvalé zvyšování kvality a efektivity poskytnuté péče

6.2.1.3 Terciární prevence

Terciární prevence je zaměřena na ty uživatele drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni se užívání drog vzdát. Cílem intervencí/opatření je předejít či změnit rizikové cho-

⁷² Včetně velmi exkluzivních sportů typu golfu, tenisu či bowlingu, asijských bojových sportů, bezmotorového létání apod.

⁷³ v našem regionu bývají citovány dvě práce: bratislavská (Okruhlica et al. 2001) studie, která co do rozsahu a intenzity minulých sportovních aktivit neprokazuje žádný rozdíl mezi uživateli heroinu a průměrnou populací stejně starých středoškolských studentů a maďarská studie (Vingender and Sipos, 2001), podle níž není účast ve sportovních aktivitách ochranným faktorem užívání drog; opouštění (výkonnostně orientovaných) sportovních aktivit je naproti tomu podle téže studie významným rizikovým/prediktivním faktorem jejich (zne)užívání

⁷⁴ systematicky by tyto aktivity bylo možno zařadit do primordiální prevence všech sociálně patologických jevů mládeže (primordiální prevence: snaha předejít tomu, aby byly osoby exponovány faktorům prostředí, jež by vedly k zvýšení rizika onemocnění, či aby si osvojily chování a životní styl vedoucí ke zvýšenému riziku nemoci (Vokurka et al. 2002)

⁷⁵ a tedy fakticky paliativní léčbu škod, plynoucích z rizikového užívání

⁷⁶ a tak jsou spíše než léčbou *per se* spíše doléčováním

vání, jež může mít za následek poškození či zhoršení jejich zdravotního stavu a/nebo jejich sociální situace.

Pod pojmem terciární prevence je také někdy uváděna resocializace či sociální rehabilitace klientů po abstinenci léčbě či abstinujících od nelegálních drog díky substituční léčbě (viz např. Kalina et al. 2001).

Tento text nicméně terciární prevenci ztotožňuje s jejím epidemiologickým významem a (kauzálně) léčebné modalitě *per se* tudíž na rozdíl od výše citovaného autora řadíme do prevence sekundární.

Typické aktivity zahrnují

- vzdělávání uživatelů drog o zásadách hygieny, možnostech zdravotní péče atd., o rozdílných rizicích a následcích rozdílných způsobů užívání drog
- poskytování nutriční a vitaminové podpory
- aktivní podpora změny chování uživatelů k méně rizikovým vzorcům/způsobům (patterns) užívání drog
- poskytování a výměna sterilních pomůcek pro užívání drog
- testování drog za účelem zjištění látek, které obsahují (kontrola „kvality“)
- diferencovaný výkon trestu pro odsouzené osoby, závislé na drogách

6.2.2 Represe⁷⁷

Široká škála aktivit s cílem zastavit nebo alespoň podstatně omezit výrobu a distribuci nelegálních drog. Zaměřuje se na výrobce, dopravce a distributory drog.

Represe v oblasti psychotropních látek (a v jiných oblastech) v sobě obsahuje vždy dva prvky: prohibiční a regulační. Ty jsou v různých státech vyjádřeny různě silně (podle typu/modelu drogových politik) – vždy jsou však přítomny oba.

6.2.2.1 Prohibice

Prohibice⁷⁸ znamená vynucování a kontrolu absolutního zákazu nakládání s některými drogami, případně uvalování sankcí za porušení takového zákazu.

6.2.2.2 Regulace

Regulace znamená omezení dostupnosti některých drog tak, aby byly společenské škody co možná nejnížší (množstvím, podle věku případných konzumentů, jejich zranitelnosti rizikům atd.), a vyloučení drog z některých situací (řízení vozidel, ovládání těžkých strojů apod.).

Mezi regulační opatření se řadí také zákaz reklamy a jiných forem zvyšování poptávky. Teoreticky je klasickou regulovanou drogou v západní kultuře alkohol – sama regulace je však v tomto případě velmi laxní (viz např. Rehn et al. 2001).

Mezi hlavní represivní intervence patří:

- prosazování (prohibičního) práva (vyhledávání a potlačování výroby, dopravy a distribuce drog a postih pachatelů trestné činnosti podle národně platné legislativy⁷⁹)
- (prohibiční a regulační) kontrola státních hranic (vyhledávání, kontrola a postih neoprávněného převážení a pašování psychotropních látek, prekurzorů a pomocných látek)
- regulace (a kontrola) chemických látek (např. povinné licencování výroby a zacházení s OPL, prekurzory a pomocnými látkami)
- regulace dostupnosti (např. omezená dostupnost některých psychotropních látek prostřednictvím lékařů a lékárníků)

Mezi další intervence tohoto typu, realizované speciálními agenturami OSN⁸⁰ patří podpora alternativního vývoje v zemědělství (v tradičních produkčních zemích např.

⁷⁷ potlačení, vytěsnění (Encyklopedický dům, 1993)

⁷⁸ z latinského prohibitio – zákaz

⁷⁹ tedy v některých zemích včetně užívání nelegálních drog, jinde jen včetně jejich držení atd.

⁸⁰ kde výkonnou složkou je především UNODC (United Nations Office of Drugs and Crime)

opia či koky) a monitorování pěstování zakázaných plodin. Pěstování výchozích plodin pro výrobu ilegálních drog bývá v některých případech potlačováno prostřednictvím vojenských operací proti pěstitelům a chemickými a biologickými metodami ničení jejich plodin (typicky např. operace USA v zemích Jižní Ameriky).

V České republice jsou hlavními výkonnými složkami represivní části protidrogové politiky

- **Inspektorát pro omamné a psychotropní látky** Ministerstva zdravotnictví ČR
- **Policie ČR** (všechny složky s důrazem na koordinační roli Národní protidrogové centrály PČR)
- **Státní zastupitelství a soudy**
- **Celní služba Ministerstva financí ČR** (a její speciální Protidrogové oddělení Odboru boje s podloudnictvím)
- **Vězeňský systém** Ministerstva spravedlnosti ČR

6.3 Strategie v drogové politice

Stimson (2003) uvádí, že současné drogové politiky zpravidla tvoří tři široké strategie:

- **potlačování nabídky** (represe a regulace)
- **snížování poptávky** (prevence a kauzální léčba)
- **minimalizace rizik a škod** (terciární prevence a paliativní léčba)

6.3.1 Potlačování nabídky drog

Cílem je snížit jejich dostupnost prostřednictvím potlačování nabídky. Intervence se zaměřují na výrobu a distribuci.

6.3.2 Snížování poptávky po drogách

Cílem je snížit poptávku a tím předejít, zastavit nebo snížit užívání, snížit počty všech uživatelů a především počty problémových uživatelů. Intervence se zaměřují na užívání drog.

6.3.3 Minimalizace rizik a škod z užívání drog (harm / risk reduction)

Cílem je snížit škody z užívání látek u jedinců a ve společnosti. Preventivní a léčebné intervence se zaměřují především na rizikové způsoby, jimiž jsou drogy užívány.

Důvodem pro systematické vyčlenění těchto aktivit byl masivní výskyt řady onemocnění (především krevně přenosných infekcí) mezi uživateli drog a poznání, že tato onemocnění představují pro uživatele drog a následně pro celou společnost větší veřejnozdravotní nebezpečí a ekonomickou zátěž než užívání drog samo o sobě (viz kapitola 6.4.2). Harm reduction tedy čelí populačním veřejnozdravotním rizikům pomocí snižování nepřímých individuálních zdravotních rizik (viz kapitola 1.4.1).

Snížování nabídky a poptávky jsou v konečném důsledku zaměřeny především na snížení užívání drog.

Oproti tomu přístup harm reduction (explicitní strategie a společenské hnutí, jež se vyvinulo především ve vztahu k ilegálním drogám), se zaměřuje na rizika, jež mohou potenciálně vést ke škodám. Podporuje méně rizikové chování u osob, jež návykové látky užívají, a tak pomáhá snižovat negativní dopad jejich užívání na jednotlivce i na celou společnost.⁸¹

⁸¹ a jako takové mají obdobu v oblasti legálních drog: klasické (represivní) opatření harm / risk reduction je vzdělávání zaměřené nikoliv k abstinenci, ale k vystříhání se řízení vozidel či strojů pod vlivem alkoholu; podobný koncept je reprezentován zaváděním nekuřáckých (nebo kuřáckých) zón s cílem oddělit kuřáky tabáku a nekuřáky a tak snížit veřejnozdravotní rizika, plynoucí z pasivního kouření

6.3.4 Kompatibilita jednotlivých strategií v drogové politice

Zastánci jednotlivých přístupů často tvrdí, že tyto tři strategie jsou navzájem inkompatibilní. Taková polarizace je však z pragmatické perspektivy veřejného zdraví krajně neproduktivní. Všechny popisované přístupy a intervence ve vztahu k užívání drog totiž sledují cíl v maximální možné míře předcházet škodám u jednotlivců a společnosti.

- prohibicionisté chtějí eliminovat škody prostřednictvím eliminace užívání
- redukcionisté chtějí snížit škody prostřednictvím snížení užívání
- zastánci harm reduction chtějí snížit škody prostřednictvím snížení rizik (Stimson, 2003).

Drogové politiky jsou tedy charakterizovány jako různě vyvážený mix zpravidla tří základních strategií / přístupů (potlačování nabídky, snižování poptávky, minimalizace rizik / škod).

6.4 Typy drogové politiky

Typ drogové politiky je do značné míry určen proklamativním cílem společnosti ve vztahu k užívání drog, (převažujícím) charakterem realizovaných opatření a definicí problému, který daná společnost pro užívání drog a jejich uživatele používá.

Cohen (1997) uvádí tři základní modely:

- represivní model
- model minimalizace rizik a škod
- model kulturní integrace

Názvy prvních dvou typů drogové politiky navozují představu, že se každá z nich omezuje jen na jednu ze základních strategií (potlačování nabídky resp. minimalizaci škod) a žádná jiná tedy není přítomna. „Čistá“ jednosložková drogová politika nicméně neexistuje a názvy cha-

rakterizují spíše důraz na tu kterou strategii. I represivní model obsahuje intervence ze strategie snižování poptávky, tj. prevence a léčby, nemusí však – jako je tomu v případě USA – na politické úrovni akceptovat strategii minimalizace škod. Model minimalizace škod, který je v současnosti v zemích EU nejrozšířenější, existuje v prostředí úplné nebo částečné prohibice a tedy zahrnuje silné represivní prvky. Ani model kulturní integrace nijak nerezignuje na represivní metody regulace psychotropních látek, a to především ve vztahu k dětem a mládeži – ale nejen k nim – jako je tomu např. v případě Nizozemí.

6.4.1 Represivní model

Jeho hlavním cílem je potlačit užívání všech nelegálních drog. Drogový problém pro zastánce tohoto modelu znamená více či méně problém (celoživotní) drogové prevalence,⁸² tedy počtu osob, které někdy v životě přišly alespoň jednou do kontaktu s jakoukoliv nelegální drogou (podle Cohen, 1997).

Celoživotní prevalence je ovšem indikátorem s omezenou výpovědní hodnotou a jeho změny směrem ke snížení jsou poměrně nepravděpodobné. Z definice celoživotní prevalence vyplývá, že o takovou zkušenost se už nikdy nedá přijít. To znamená, že v obecné populaci nemůže dojít k rychlému poklesu celoživotní prevalence – a to bez ohledu na to, kolik osob je přestane užívat nebo kolik s užíváním díky prevenci nezačne.

Otázkou také je, jak takový model legitimizovat. Zdánlivě nejúčinnějším způsobem, jak dosáhnout cíle represivní drogové politiky, by bylo všechny (známé) uživatele drog vyvraždit a tak jejich počet (a prevalence) limitně přiblížit nule. Problémem ovšem zůstává, že taková logika už byla několikrát v dějinách v souvislosti s různými látkami nastolena a v některých zemích vládně dodnes. Právě ony země – např. země tzv. „Zlatého trojúhelníku“⁸³ – však patří mezi největší producenty nezákonných drog a prevalence užívání drog je tam vysoká.

⁸² tedy prevalence těch, kteří se někdy v životě dopustili chování, jež je zastánci této politiky vnímáno jako protizákonné, amorální, deviantní, protispoločenské atd.

⁸³ Thajsko, Barmá, Laos; trest smrti za užívání a/nebo držení jakéhokoliv množství nelegálních drog ale platí i v několika dalších asijských státech

Jiným klasickým příkladem jsou Spojené státy. Země s nejrepresivnější drogovou politikou ze států západní kultury má nejvyšší celoživotní prevalenci užívání nelegálních drog a i jiné ukazatele (problémové užívání, zdravotní poškození, sociální škody) mluví v neprospekch jejího přístupu.

6.4.2 Model minimalizace rizik a škod

Dalším je model **minimalizace rizik a škod**. Jedním z dílčích cílů tohoto modelu nadále zůstává snížení užívání všech (zákonných i nezákonných) drog, důraz se nicméně již neklade na trestní zásahy proti uživatelům, nýbrž na prevenci potenciálně škodlivých účinků užívání drog a pohybu drog. Snížení prevalence současného užívání drog je tedy vnímáno jako prostředek resp. jeden z prostředků pro snížení škod, připouští se tu nicméně, že užívání drog existuje od nepaměti a bude existovat i nadále.

Politiky, kteří se řídí modelem minimalizace škod, bude jako měřítko úspěšnosti nejspíše zajímat počet uživatelů drog, kteří trpí zdravotními, psychickými a/nebo socioekonomickými škodami, jež získali v souvislosti se (zne)užíváním drog.

Vlastním důvodem pro masivní zavádění takové politiky (především v zemích EU) se stal nástup „moru 20. století“ – epidemie HIV/AIDS. Tam, kde byla politika minimalizace škod zavedena včas, bylo zvládnuto šíření viru uvnitř (sub)populace uživatelů drog i jeho šíření navenek této skupiny (Stimson, 1995). Jiné země zavedením této politiky reagovaly na vypuknutí epidemie a dokázaly prevalenci alespoň stabilizovat (Grund, 1998). Ve Spojených státech i nejkonzervativnější studie připouštějí, že nezavedení programu výměny jehel, jenž je klasickým nástrojem politiky minimalizace škod, měly jen do roku 1996 za následek nejméně 4394 až 9666 případů infekce HIV, jimž se dalo zabránit (Lurie & Druecker, 1997).

6.3.3 Model kulturní integrace

U třetího modelu drogové politiky – **modelu kulturní integrace** – již potlačení užívání drog *per se* cíl nepředstavuje. Obecným cílem je podříditi užívání drog normálním regulačním mechanismům, které si společnosti vyvinuly, aby kontrolovaly „přijatelné“ chování a přiřazovaly chování smysl (význam) (Cohen, 1997).

Holandané tento model (přístup) nazývají „normalizace užívání drog“ (Engelsman, 1989); to znamená, že problémy, k nimž dochází nebo může dojít ve spojení s užíváním drog, nejsou považovány za mimořádné nebo principiálně odlišné od dalších forem problémového chování typu alkoholismu a jiných obsedantních návyků, neúplných rodin, bezdomovectví apod. a k jejich zvládnutí jsou přijímána systémově obdobná opatření.

Závěrem považuji za nutné připomenout, že všechna tři stadia lze vystopovat v nedávné i dávější historii pro všechny psychotropní látky: nejznámější příklady ostře prohibičních režimů pro substance, u nichž se dnes uplatňují jiné politické modely, zahrnují např.

- zákaz pražení a pití kávy v Egyptě 16. století a tentýž zákaz v 17. století v mnoha státech Evropy
 - mučením vynucované udávání držitelů tabáku v Rusku a zákaz tabáku v německých státech a Curychu v 17. století
 - podmiňování udělení licence na prodej alkoholických nápojů prokletím náboženské doktríny transsubstanciacie v Londýně v roce 1745
 - alkoholovou prohibicí v USA v letech 1919–1932
- (Pro podrobnější historický přehled odkazují např. na Szasz, 1997).

6.5 Úrovně intervencí v drogové politice

Intervence v drogových politikách jsou zpravidla realizovány na třech úrovních:

- **strukturální** – zaměřuje se na makro úroveň – tj. na strukturální kontext. Usiluje

o ovlivnění chování např. přijímáním zákonů, „politik“, úmluv, předpisů apod. Intervence jsou vytvářeny tak, aby ovlivňovaly chování celé populace nebo jejích částí (cílových skupin).

- **komunitní** – zaměřují se na mezzo úroveň – tj. na sociální kontext, v němž jsou návykové látky užívány, tj. na sociální normy určitých (sociálních) skupin, které dané chování ovlivňují.
- **individuální** – zaměřuje se na jednotlivé uživatele drog nebo na jejich potenciální uživatele s cílem změnit jejich chování.

V ideálním případě probíhají intervence, které sledují shodný cíl, na dvou nebo více úrovních. Tak např.

na strukturální úrovni

- zákon (např. o státním rozpočtu) aktivně podporuje účinnou specifickou prevenci

- trestní zákon nestihá užívání drog a podporuje výměnu injekčního materiálu

na komunitní úrovni

- komunity aktivně vytvářejí účinné programy specifické prevence a zdravého životního stylu pro děti a zejména pro rizikovou mládež
- každodenní okolí (zástupci léčby a služeb, sociálního servisu, sociální vrstevníci) ovlivňuje v rámci strukturovaného přístupu normy injekčních uživatelů ve vztahu k výměně starých injekčních stříkaček za nové

na individuální úrovni

- se snižuje počet nových experimentátorů a/nebo pravidelných uživatelů,
- uživatelé volí méně rizikové drogy či způsoby jejich užívání
- díky nižšímu sdílení jehel a zodpovědnějšímu sexuálnímu chování klesá riziko nákazu hepatitidou, HIV, STD atd. na individuální úrovni jak uvnitř skupiny injekčních uživatelů drog, tak i navenek.

7 Drogová situace v ČR na počátku nového tisíciletí – trendy podle drog

7.1 Souhrn

Devadesátá léta, charakterizovaná otevřením naší společnosti a jejím postupným návratem k (západo)evropské kultuře, s sebou přinesla i některé nežádoucí jevy. Na poli drogové problematiky je to zejména postupné přibližování všech důležitých ukazatelů (rozšíření nelegálních drog a různých typů jejich užívání, související zdravotní poškození, primární a sekundární drogová kriminalita atd.) k typickému obrazu středo/severoevropské země (typu Belgie, Rakouska, Německa či Dánska).

S jistou mírou zjednodušení tak lze český vývoj v posledních třinácti letech prohlásit za akcelerovaný obraz toho, co západní Evropa prožila a prožívá od konce let šedesátých.

Počátek druhého tisíciletí charakterizuje především:

- setrvalý vzestup v experimentálním a pravidelném (rekreačním) 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 zvyšování dostupnosti heroinu 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 co do dostupnosti nicméně v ČR oproti EU (a USA) ještě

stále výrazně příznivější, jedná se tedy spíše o „přibližování“ k okolní situaci

- poslední vývoj (2002 a 2003) pak v mnoha ohledech nasvědčuje postupnému vyhasínání „heroinové epidemie“ devadesátých let – a to přesto, že dostupnost této drogy v republice nijak neklesá (viz výše); opiáty v ČR tedy ani během dosavadního vrcholu svého užívání – ať už problémového nebo experimentálního – na konci devadesátých let nedosáhly úrovně okolních zemí (členských a kandidátských zemí EU) ani (ještě vyššího) rozsahu tohoto problému, jak jej známe z USA nebo postsovětských zemí
- zmenšování relativně uzavřené pervitinové scény, skládající se z malých skupinek, seskupených kolem „vaříče/ky“,⁸⁴ a
- 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 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;

⁸⁴ držitel know-how přípravy pervitinu z čistého efedrinu nebo (pseudo)efedrinu, obsaženého v léčivech; v druhém případě musí takový vaříč ovládat i postup extrakce z léku

- narůstající komercializace a „standardizace“ původně subkulturní taneční scény, od počátku spjaté s rekreačním užíváním tzv. „tanečních drog“ (extáze a její napodobeniny, halucinogeny, konopné drogy); nárůst popularity a komercializace těchto volnočasových aktivit představuje celosvětový fenomén.

Obrovská komerční atraktivita taneční scény je jasně patrná v reklamních sloganech a grafických prvcích reklam na nejrůznější zboží a služby, jež masivně využívají identifikační symboliky taneční (sub)kultury ve snaze oslovit mladou klientelu. V oblasti užívání psychotropních látek je výrazným jevem jasné soustředění marketingových aktivit výrobců legálních drog do tohoto prostředí. Tabákovky nejmladší generaci reklamně zviditelňují své značky cigaret např. masivní podporou festivalů taneční hudby; výrobci alkoholu se soustředí na výrobu a reklamní podporu „módních“ nápojů, jež jsou obvykle koktejlem destilátu a některé populární limonády (cola, sprite) nebo energy-drinku atd. Šíře marketingových strategií výrobců legálních drog je mnohem rozmanitější a jejich podrobný popis jde za rámec této publikace.

7.2 Konopné drogy

Konopné drogy představují v České republice – stejně jako v ostatních zemích tzv. „euroamerické civilizace“ – třetí nejrozšířenější drogu po alkoholu a tabákových výrobcích.

7.2.1 Rozšíření v populaci

Podle údajů mezinárodního výzkumu GENACIS⁸⁵ přiznává alespoň jednu zkušenost s konopnou drogou (marihuana, hašiš) kdykoliv v životě 21,1 % české populace ve věku mezi

18 a 64 lety, užití konopí v posledním roce pak 10,9 % (Psychiatrické centrum Praha, 2003). To představuje celoživotní zkušenost cca 1,4 miliónu osob a užití konopné drogy v posledním roce u 740 000 osob – vždy ve věku mezi 18 a 64 lety. Pro skupinu osob ve věku 15–17 let můžeme použít údaje ze zatím nejčerstvější studie, založené na metodice ESPAD (Polanecký et al. 2001); ta uvádí celoživotní prevalenci na středních školách a učilištích pro konopné drogy 46,2 %;⁸⁶ přepočtem docházíme k hodnotě 192 000 učňů a studentů se zkušeností s konopím.

Celoživotní prevalence užití konopné drogy v ČR v roce 2002 tedy byla vyšší než 1,5 miliónu obyvatel.

Experimentální a rekreační způsob užívání nelegálních drog má standardní průběh: minimální procento osob se zkušenostmi s nelegální drogou se objevuje v populaci kolem 12 let, aby narostlo až na hodnoty mezi 40–50 % kolem osmnáctého roku. Podíl osob, které rekreačně či experimentálně užívají nelegální psychotropní látky, pak dále vzrůstá až po věkové kohorty kolem 25 let, aby se vzápětí začal zvolna snižovat (EMCDDA & Hartnoll, 2002). Výše řečené se týká všech nelegálních drog, drtivou většinu celoživotní prevalence užití ilegální drogy nicméně lze přičíst právě konopným látkám.

Nejtypičtější nelegální rekreační drogou v ČR i jinde ve světě je konopí. Školní průzkumy poskytují cenný vhled do rozsahu a vzorců užívání drog ve (věkem) vysoce rizikové skupině. Pro srovnání dlouhodobějšího časového trendu v užívání konopí je možno použít šestnáctileté, kteří byli jako jediná věková skupina sledováni ve všech dostupných celostátních i regionálních školních studiích.

Takto pojatá analýza, podniknutá v rámci studie PAD (Mravčík & Záborský, 2001), prokazuje **dlouhodobě vzestupný trend všech sledovaných typů zkušeností s konopím mezi**

⁸⁵ Gender, Alcohol & Culture International Survey; v ČR jej realizovalo PCP Praha (www.pcp.lf3.cuni.cz)

⁸⁶ podrobnější členění – např. podle ročníků – není v citované publikaci k dispozici

šestnáctiletými, který vzdoruje dosavadním preventivním i represivním opatřením včetně zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu (viz obrázek 7).

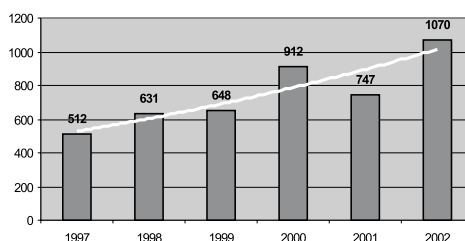
Třetí český běh mezinárodní školní studie ESPAD proběhl v roce 2003, jeho výsledky však v době redakční uzávěrky této publikace nebyly známy.

7.2.2 Léčba a služby v souvislosti s konopím

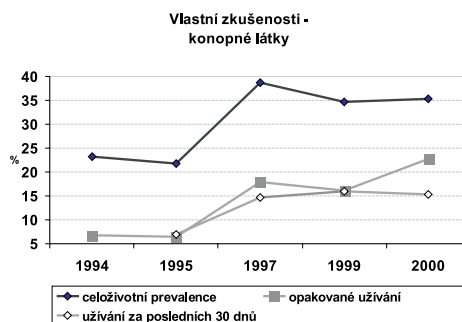
Podíl i absolutní počet klientů, žádajících o léčbu nebo službu v souvislosti s konopnými drogami, má s drobnými odchylkami zvolna vzestupný trend. To může být jednak vyjádřením zvyšující se prevalence užívání těchto látek v populaci, jednak v čase se zlepšujícím pokrytím jednotlivých zařízení hlášeným systémem Hygienické služby, jednak chybnou diagnostikou či klasifikací některých zařízení, která špatně vykazují polyvalentní užívání drog⁸⁷ a/nebo duální diagnózy.⁸⁸

Na počátku roku 2003 vznikla zvláštní analýza dat pacientů a klientů, kteří vyhledali pomoc nebo službu v souvislosti s konopím (Studničková, 2003); Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti na podkladě těchto dat podniklo zvláštní dotazníkové šetření v zařízeních, která „konopných“ klientů vykazovala nejvíce, s cílem zjistit jejich charakteristiky.

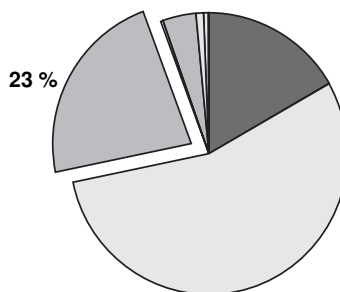
Obě šetření prokázala značnou míru nejistoty, co se předmětných klientů/pacientů týče; dostupné údaje do značné míry zpochybňují konopnou drogu jako etiologické agens; velmi pravděpodobnou se jeví hypotéza, že konopné drogy jsou ve většině těchto případů spíše symptomem jiného onemocnění, případně jsou tyto případy chybně vykazovány jako „konopné“, přestože jde o souběh užívání



obrázek 7: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním konopí a/nebo jeho derivátů v letech 1997–2002 (zdroj dat: HS HMP)



obrázek 8: Procentuální zastoupení 16letých žáků a studentů s jednotlivými typy zkušenosti s konopím (zdroj dat: Mravčík & Zábranský, 2001)



obrázek 9: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2002 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním konopných látek (zdroj dat: HS HMP)

⁸⁷ užívání (mnohdy chaotické) řady legálních a nelegálních drog současně nebo v krátkých následných periodách

⁸⁸ v tomto kontextu vlastně komorbidita – souběh užívání některé drogy (např. konopné) a psychického onemocnění nebo osobnostní poruchy

konopí s užíváním nebezpečnějších drog a alkoholu.

Předchozí odstavec by v žádném případě neměl vést k podcenění možných rizik marihuany, a to zejména u nedospělých osob; tak například v roce 2002 Psychiatrická léčebna Bohnice hospitalizovala nejméně tři mladistvé pacientky v psychotickém stavu, u nichž podle všech dostupných informací bylo spouštěcím mechanismem právě užívání marihuany (Csémy 2002: osobní rozhovor). Výše popsané chyby ve vykazování a diagnostice ze strany nezdravotnických – ale i zdravotnických – zařízeních nicméně neumožňují tyto vzácné zdravotně závažné případy⁸⁹ odlišit.

V roce 2002 byl v České republice zaveden systém sledování všech žádostí o léčbu;⁹⁰ ze všech registrovaných pacientů a klientů zařízení, která poskytují léčbu či jinou péči v souvislosti s užíváním OPL, jich v souvislosti konopnými drogami bylo celkem 1489, tj. 16 %. Jinými slovy: z odhadovaného počtu 1,5 milionu osob se zkušenosti s konopím se v roce 2002 léčilo či požadovalo službu/y v souvislosti s užitím či užíváním této drogy nejvýše jedno promile; z těch, kteří drogu užívají „v současnosti“ (během posledního roku) pak jde o dvě promile (dvě tisíciny).

7.2.3 Výroba a dovoz

V České republice existují v zásadě čtyři zdroje konopných látek:

- dovoz z pěstitelských zemí (Indie, Pákistán, Maroko, Afghánistán, Nigérie, Nizozemí, Belgie, Libanon atd.)
- venkovní pěstování v ČR (zahrady, pole, lesní paseky, maskovaná pěstitelská mís-

ta v lánech jiných plodin, nejtypičtěji v kukuřici) – tzv. „outdoor“

- maloobjemová pěstování ve sklenicích, ale i v běžných bytech atd. v ČR – tzv. „indoor“; a
- průmyslová produkce tuzemských organizovaných skupin; ta představuje relativně nový jev

Vzhledem k faktu, že trh s touto plodinou je nelegální a represivním složkám se daří zadržovat jen zcela zanedbatelnou část předpokládané konzumace (viz dále), jsme v informacích o trhu s marihuanou odkázáni na sdělení jeho „zákazníků“. Podle výsledků poslední studie na toto téma (Miovský a Zábranský, 2001b) **došlo ke znatelnému odklonu od tuzemského „samozásobitelského“ venkovního pěstování a k nahrazování tohoto zdroje ze strany rekreačních i habitálních uživatelů buď pěstováním v poměrně sofistikovaných zařízeních, umístěných v domácnostech (indoor) nebo – častěji – zakupováním marihuany či hašiše na černém trhu.**

Ten se v důsledku popsaného procesu významně zvětšil a ve stále vyšší míře se propojuje s trhem s jinými, nebezpečnějšími druhy drog.

To potvrzují i policejní zdroje: podle zprávy NPDC (NPDC, 2003) se do obchodu s dováženým hašišem⁹¹ zapojují především státní příslušníci Tuniska a osoby arabského původu obecně; zároveň působí na českém trhu jako překupníci heroinu od kosovsko-albánských gangů.

V roce 2002 bylo Policií ČR také poprvé v historii odhaleno rozsáhlé – „průmyslové“ – zařízení na hydroponní pěstování marihuany ve velkokapacitní hale (Doležal, 2002).

⁸⁹ současná věda usuzuje, že marihuana sice není příčinou psychotických atak, může však odbrzdít psychotickou poruchu u predisponovaných jedinců (viz např. Hall & Solowij, 1998); ti by se obecně měli vystříhat konzumace jakýchkoliv psychoaktivních látek bez ohledu na jejich legalitu či ilegalitu

⁹⁰ tedy nejen těch pacientů a klientů, kteří požádali o léčbu poprvé, jako tomu bylo do té doby

⁹¹ příznačné je, že Výroční zpráva NPDC za rok 2002 se v kapitole s názvem „Obchod s cannabisem“ zabývá v cca polovině svého rozsahu praktikami obchodu s vysoce rizikovými drogami – především heroinem

7.2.4 Prosazování práva

Český statistický úřad (Vopravil, 2001) odhaduje, že se v ČR ročně zkonsumuje cca **25 tun konopných drog**. Podle údajů Společného analytického pracoviště Policie ČR a Generálního ředitelství cel (SAP) zabavily v roce 2002 české represivní orgány celkem 112,12 kg marihuany a hašiše a 3173 rostlin. **Míru zabavení lze tedy odhadnout (při uvažované⁹² hmotnosti 50 gramů „výnosu“ marihuany⁹³ z jedné rostliny) na nejvýše 1 %.**

Z osob, jež byly stíhány Policií ČR podle kteréhokoliv z „drogových“ paragrafů (§§ 187–188a), jich celkem 748 (34,7 %) bylo stíháno v souvislosti s konopnou drogou (a nikoliv pro kteroukoliv z dalších, nebezpečnějších nelegálních drog).

U trestného činu „držení drog pro vlastní potřebu“ (§ 187a) došlo ke stíhání v souvislosti s marihuanou ve 40 % případů; zatímco u všech drogových činů představují konopné látky druhou nejčastěji zastoupenou skupinu drog (po met/amfetaminech), u § 187a je zastoupena nejčastěji.

Členění „drogových“ přestupků podle typu drog není v ČR prozatím k dispozici; stejně tak nejsou podle typu „hlavní“ drogy vykazovány ani statistiky v působnosti Ministerstva spravedlnosti.

7.2.5 Úmrtnost

Tak jako v předchozích letech, ani v roce 2002 nebylo zaznamenáno úmrtí předávkováním konopnými drogami. **Smrtelná dávka pro člověk není známa.**

7.3 Syntetické drogy

Syntetické drogy představují celosvětově stále rozšířenější a poměrně nestejnou skupinu drog. Česká republika má se svou historií zneužívání podomácku připravovaného pervitinu, sahající až do sedmdesátých let, v evropském kontextu tradičně zcela výsadní postavení, stále více se však také šíří rekreační užívání „tanečních“ syntetických drog – především extáze.

Užívání amfetaminu (benzedrinu a/nebo dexedrinu) se v ČR objevuje jen velmi vzácně v příhraničních oblastech s Polskem a v dalším textu se jím nebudeme zabývat; hojněji se vyskytuje jen jako příměs nebo náhrada MDMA ve falšovaných tabletách, prodáváných jako extáze. Spíše s experimentálním (a vzácněji i rekreačním) užíváním se spojuje LSD, sezónní charakter má výskyt podobně působících a podobně – tedy experimentálně a vzácněji i rekreačně – užívaných halucinogenních hub (které nepatří mezi syntetické drogy, pro přehlednost a vzhledem k stejné charakteristice uživatelů je však v textu shrneme spolu s LSD).

7.3.1 Pervitin

7.3.1.1 Rozšíření v populaci

Pervitin představuje v České republice nejrozšířenější problémově zneužívanou drogu. Podle studie GENACIS udává celoživotní zkušenost s amfetaminy 2,3 % zkoumané populace ve věku 18–64 let, jejich užití v posledním roce pak 1,1 %. Prevalence užívání pervitinu je tedy natolik nízká, že stejně jako u problémového užívání jiných drog je na hranici citlivosti celopopulačních průzkumů

⁹² spíše nadhodnocené

⁹³ tj. sušených okvětních lístků samičích rostlin

a s touto výhradou je třeba k svrchu citovaným údajům přistupovat.

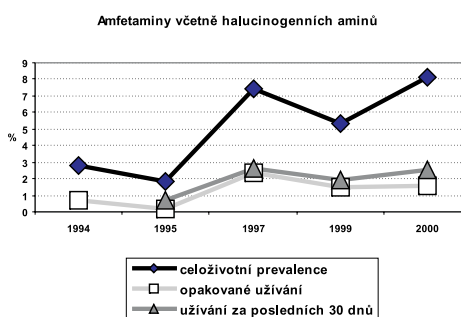
Jsmo tedy odkázáni na sofistikovanější metody statistických výpočtů. První takový výpočet v historii ČR byl proveden v roce 2000⁹⁴ a dospěl k hodnotě cca **22 500** (18–27 tisíc) **problémových uživatelů⁹⁵ pervitinu** (Mravčík & Zábranský, 2002). V každém případě se jedná o nejvíce rozšířenou vysoce rizikovou drogu; její (pravidelní) uživatelé představují cca 2/3 všech problémových uživatelů drog na našem území.

Školní studie ve svých analýzách striktně neoddělovaly pervitin a jiné amfetaminy od skupiny „halucinogenních aminů“ (tanečních drog) a tak je mírný vzestup ve skupině „všech amfetaminů a příbuzných látek“ (viz obrázek 10) nehodnotitelný. Vzhledem ke snižování celoživotní prevalence užití opiátů v těchto průzkumech a vzhledem k výsledkům několika dlouhodobých a každoročně opakovaných lokálních školních studií lze ale usuzovat, že se **míra celoživotních zkušeností s pervitinem a jinými (než „tanečními“) amfetaminy zhruba od roku 1997–8 snižuje.**

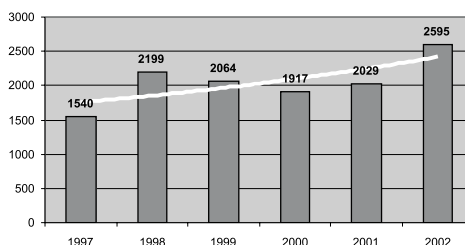
7.3.1.2 Léčba a služby v souvislosti s pervitinem

Pervitin představuje od začátku provozu hlášeného systému o (prvních) žádostech o léčbu či službu (FTD) nejčastěji zastoupenou drogu; tak tomu bylo i v roce 2002. Dočasný sestupný trend počtu „pervitinových“ pacientů a klientů se zvrátil již v roce 2001 a i v roce 2002 jejich počet dále rostl.

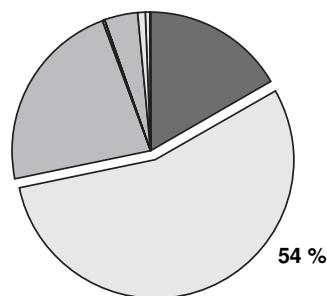
Mezi všemi žádostmi o léčbu či službu byly v roce 2002 amfetaminy zastoupeny



obrázek 10: Celoživotní prevalence (alespoň jednorázového užití) jakékoliv amfetaminové drogy (vč. halucinogenních aminů) mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík & Zábranský, 2001a)



obrázek 11: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním pervitinu a/nebo jiných amfetaminů v letech 1997–2002 (zdroj dat: HS HMP)



obrázek 12: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2002 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním amfetaminů (zdroj dat: HS HMP)

⁹⁴ NMS v současnosti pracuje na dalším zpřesnění tohoto odhadu

⁹⁵ podle definice EMCDDA je problémové užívání drog definováno jako intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo drog amfetaminového typu (EMCDDA & Institute for Therapy Research: 1998)

4831 případem (52,3 %), z toho pervitin 4589 případy (49,7 %).

To znamená, že ze všech „pravidelných“ uživatelů amfetaminových drog využívalo léčbu nebo službu v souvislosti s jejím užíváním zhruba 20 % (jedna pětina) z nich.

Pro rok 2002 nejsou k dispozici podobné údaje, které by celorepublikově pokrývaly i kontakty terénních služeb.

7.3.1.3 Výroba a dovoz

Podle všech dostupných informací je kompletní konzumace pervitinu zajišťována tuzemskou výrobou; nemáme žádné zprávy o dovozech metamfetaminu z Asie (ice, crystal) ani Spojených států (meth, bathtub crank). Výrobu lze rozdělit na dva velké okruhy:

- „kuchyňská výroba“ v malých improvizovaných domácích „laboratořích“, kdy jednoduché výrobní vybavení⁹⁶, vstupní suroviny a katalyzátory dodává nevelká skupina osob, soustředěná kolem výrobce/držitele know-how; tato skupina také valnou část takto vyrobeného pervitinu spotřebovává a jen malé „přebytky“ prodává na černém trhu,
- organizovaná výroba, kdy „patronát“ nad domácími laboratořemi a z nich vzápětí vznikajícími „profesionálními“ laboratořemi o velké kapacitě přebírá (především ruskojazyčný, ale i tuzemský) organizovaný zločin; jeho zástupci dodávají suroviny i laboratorní vybavení a odebírají kompletní produkci, kterou pak dále distribuují na

domácím i zahraničním (především německém a rakouském) trhu.

Podle dostupných zpráv (NPDC, 2002a) zapojení organizovaných (především ruskojazyčných) zločineckých skupin do pervitinového trhu stále vzrůstá. **Tyto skupiny také hledají nové trhy v zahraničí.**

Kromě policejních a celních vyšetřování tomuto trendu nasvědčují i zprávy ze sousedních zemí: největší slovenské terapeutické zařízení zažívá v posledním roce příliv pervitinových pacientů, pro nějž nelze nalézt obdobu ani z let existence česko-slovenské federace (Okruhlica 2002: osobní rozhovor); terapeutická zařízení a terénní pracovníci v Německu (zvl. v Bavorsku, ale i jinde – např. ve Frankfurtu n./M.) a Horním Rakousku se začínají setkávat s klienty/problémovými uživateli, užívajícími „Fliegersalz“⁹⁷ – podle všech známek opět pervitin (Haas 2002: osobní rozhovor).

Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (dále jen NPDC) i její velitel (Komorous & Šimsová, 2002) poukazují také na případy, kdy jsou čeští výrobci drogy najímáni pro výrobu drogy v zahraničí – především v Německu.

Přeskupení směrem k ryze komerčním a vysoce organizovaným skupinám zrychluje činnost Policie ČR, které se stále častěji daří rozbíjet malé svépomocné skupinky „kuchyňských vařičů a konzumentů“ a tak uvolňovat trh pro vysoce strukturované organizace, pracující na bázi vysokého utajení.⁹⁸

Jako výchozí suroviny pro výrobu pervitinu se využívá jednak preskripčních i volně prodejných léků s obsahem efedrinu nebo pseudoefedrinu (z nichž si malovýrobci drogy tyto prekursory poměrně jednoduchou metodou sami extrahují), jednak čistého efedrinu z výrobních provozů.

Spektrum léků se průběžně mění v závislosti na jejich dostupnosti a ceně.⁹⁹ Nejdů-

⁹⁶ i když zkušební „vařič“ dokáže poměrně kvalitní pervitin vyrobit z dostupných surovin pouze s pomocí teploměru, kuchyňského nádobí a několika dalších volně prodejných pomůcek

⁹⁷ německy „letecká sůl“

⁹⁸ tento vývoj v zásadě opakuje to, co západní Evropa zažila na přelomu 60. a 70. let a je zřejmě nevyhnutelný vzhledem k charakteru policejní práce, jež se musí řídit platnou legislativou podle zásad legality a oficiality, a vzhledem k zákonitostem černého trhu

⁹⁹ k již dříve používanému Solutanu®, Nurofenu®, Disofrolu®, Modofenu® atd. podle policejní zprávy (NPDC, 2003) v roce 2002 nově přibyl Paralen Plus®

ležitějším zdrojem efedrinu pro český černý trh¹⁰⁰ nicméně stále je továrna v Roztokách u Prahy; objevuje se však i čistý efedrin z jiných zdrojů – velmi pravděpodobně pocházející z oblasti bývalého SSSR.¹⁰¹

7.3.1.4 Prosazování práva

Český statistický úřad (Vopravil, 2001) odhaduje, že se v ČR ročně zkonsumuje cca 4,5 tuny pervitinu (jiné amfetaminové drogy s výjimkou extáze ČSÚ pomíjí pro jejich nevýznamnost). Podle údajů SAP v roce 2002 zabavily represivní orgány v ČR celkem 4,3 kg pervitinu a 0,41 kg jiných amfetaminů. Míru zabavení lze tedy odhadnout na 0,1 %.

Z osob, jež byly stíhány Policií ČR podle kteréhokoliv z „drogových“ paragrafů (§§ 187–188a), jich celkem 781 (39,1 %) bylo stíháno v souvislosti s amfetaminy (s vyloučením extáze, jež je vykazována zvlášť).

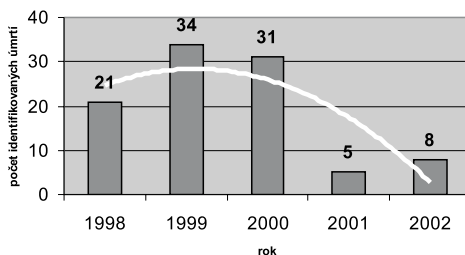
U trestného činu „držení drog pro vlastní potřebu“ (§ 187a) došlo ke stíhání v souvislosti s amfetaminy ve 37 % případů; u všech drogových činů tedy představují amfetaminy nejčastěji zastoupenou skupinu drog, u § 187a zauímají druhé místo (po konopných drogách).

Členění „drogových“ přestupků podle typu drog není v ČR prozatím k dispozici; stejně tak nejsou podle typu „hlavní“ drogy vykazovány ani statistiky v působnosti Ministerstva spravedlnosti.

7.3.1.5 Úmrtnost

Smrtelná předávkování pervitinem prodělala mezi lety 2000 a 2001 prudký pokles (viz obrázek 13). Nejpravděpodobnější vysvětlení zahrnuje některou z kombinací následujících faktorů:

- Zlepšené vykazování fatálních předávkování toxikologickými laboratořemi (resp. postupné zavádění přesného automatizovaného systému hlášení); duplicitní vykazování jednoho kombinovaného předávkování opiáty a pervitinem jako dvou případů tak už nadále není možné.¹⁰²
- Druhým faktorem může být snížení rozdílů v kvalitě pervitinu, související s pozvolným přechodem trhu do rukou vysoce organizovaného zločinu, a to především v Praze a dalších velkých městech. Takový stav by významně snižoval pravděpodobnost předávkování z neznalosti koncentrace látky resp. jejího kolísání.
- Posledním a možná nejvýznamnějším faktorem může být stárnutí populace problémových uživatelů pervitinu – jinými slovy stále se zmenšující počet pervitinistů–nováčků, kteří jsou předávkováními ohroženi nejvíce (viz např. EMCDDA, 2003).



obrázek 13: předávkování pervitinem v ČR 1998–2002

¹⁰⁰ tedy důležitějším než veškerá produkce z léků

¹⁰¹ NPDC ve své Výroční zprávě nicméně uvádí jako možné zdrojové země „Ukrajinu, Maďarsko, Rakousko, Rumunsko nebo Bulharsko“

¹⁰² a je nyní podle standardů EMCDDA vykazováno jako jedno úmrtí „předávkování opiáty za přítomnosti jiných drog“

7.3.2 Extáze

Extáze je drogou, jejíž užívání se stále šíří v Evropě, USA, ale i v Asii a Jižní Americe. Je užívána v zásadě výhradně rekreačně (nikoliv „problémově“). Její užívání se od počátku devadesátých let pojilo především s alternativní „taneční“ scénou, v současné době představuje především v zemích euroamerické kultury nejnovější z drog, které se pojí s rekreačními aktivitami „nočního života“ všeobecně – spolu s alkoholem, tabákem a marihuanou (prostav v EU viz např. EMCDDA et al. 2002). Tento trend se nevyhnul ani České republice.

7.3.2.1 Rozšíření v populaci

Podle výsledků posledního celopopulačního průzkumu (Psychiatrické centrum Praha, 2003) mají alespoň jednu zkušenost s užitím extáze (nebo s tím, co je za extázi vydáváno) 4 % populace ve věku 18-64 let (přibližně 275 000 osob), užití v posledním roce pak 2,5 % (cca 170 000 osob). Podle výsledků poslední publikované školní studie (Polanecký et al. 2001), uvádějí respondenti na středních školách a učilištích celoživotní prevalenci pro extázi 6,8 %;¹⁰³ přepočtem docházíme k hodnotě 27 000 učňů a studentů se zkušeností s extází. Celoživotní prevalence užití extáze v ČR je tedy vyšší než 300 tisíc obyvatel.

7.3.2.2 Léčba a služby v souvislosti s extází

Mezi lety 2001 a 2002 se zvýšil počet prvožadatelů o službu nebo léčbu v souvislosti s extází ze 48 na 193 osob, což představuje celkem 4,9 % ze všech prvožadatelů v roce 2002. Celkem bylo v loňském roce všech (nikoliv jen prvních) žádostí o léčbu celkem 218, tj. 2,4 % ze všech léceb a služeb.

Ze současných („minuloročních“) uživatelů si tedy léčbu nebo službu vyžádalo cca 0,11 % (jedno promile). Takový propočtení je ve shodě s aktuálními poznatky o nízkém závislostním potenciálu extáze resp. „tanečních drog“ a o jejich nízké akutní zdravotní nebezpečnosti.

Za mnohem významnější potenciální nebezpečí je považováno riziko poškození neuronálních zakončení buněk centrálního nervového systému (CNS) při extenzivním a/nebo chronickém užívání extáze; přestože dosud není spolehlivě prokázána relevance především zvířecích studií pro lidský organismus a přestože není spolehlivě vyřešena otázka reverzibility výše popsaných poškození (viz např. Ainsworth, 2002; Olszewski, 2002), samotná možnost takových zdravotních rizik je obecně považována za natolik znepokojivou, že ji EMCDDA doporučuje jako hlavní z preventivních zpráv, jež by měly být potenciálním i současným uživatelům „tanečních“ drog předávány (EMCDDA et al. 2002).

Uživatelé těchto drog nevykazují žádné znaky přítomné např. u uživatelů pervitinu nebo heroinu: nedopouštějí se tzv. sekundární kriminality¹⁰⁴, nedochází u nich (alespoň prozatím) k závažným zdravotním poškozením a sociálně jsou spíše příslušníky středních a vyšších středních vrstev.

Zároveň ale dochází k pronikání dealerů „tvrdých drog“ do tohoto prostředí; podobně jako obchodníci s legálními drogami (alko-

¹⁰³ podrobnější členění – např. podle ročníků – není v citované publikaci k dispozici

¹⁰⁴ majetková, příp. násilná trestná činnost za účelem obstarání prostředků na drogy

hol a tabák) i narkodealeři rychle pochopili sílící ekonomický potenciál dané skupiny mladých lidí (viz *tabulka 4*). Spojování trhů „tanečních“ a „tradičních“ (legálních i nelegálních) drog tak představuje významný potenciální problém. Dalším problémem – jak již bylo naznačeno ob odstavce výše – je typ a způsob předání preventivních informací.

Represivní aktivity v tomto prostředí jsou za neúčinné považovány i na celoevropské úrovni a např. EMCDDA opakovaně zdůrazňuje, že primárním úkolem v tomto prostředí je snižování škod/rizik a že represe nemůže být v tomto smyslu považována za účinnou strategii (viz EMCDDA et al. 2002).

Všeobecně zaměřené „osvětové“ kampaně u cílové skupiny osob z technoscény a taneční scény nemají dopad a cílená kampaně je vzhledem k jejich sociální různorodosti nemožná – s jedinou výjimkou. Tou jsou místa a společenské akce, kde se mladí lidé – potenciální uživatelé „nových syntetických

drog“ – scházejí, tedy „raves“, „parties“, „dance events“, „taneční kluby“ atd.

Protože indoktrinační metody prevence u této populace selhávají, prokazatelně nejúčinnější jsou služby typu harm-reduction, které jsou spojeny s nenásilnou distribucí preventivních informací a vzdělávacích materiálů; v tomto případě se jako základní harm-reduction modalita, která vychází vstříc subjektivně vnímaným potřebám uživatelům a umožňuje tak pomáhajícím institucím tyto uživatele kontaktovat, nejlépe osvědčují projekty testování tablet na přítomnost MDMA (pro přehled viz Kriener et al. 2001) pro jejich konzumenty a ustavení institutu tzv. „bezpečných klubů“, podle pravidel, garantovaných veřejnými orgány (jako je např. britský systém Safer Clubbing podle Webster et al. 2002).

Zkusil drogu / pohlaví	Muži (%)	Ženy (%)
Alkohol	77,8	74,9
THC	73,6	71,4
Extáze	47,0	48,6
LSD	44,3	43,6
Lysohlávky	34,7	33,2
Pervitin	30,9	29,8
Amfetaminy	17,7	16,8
Kokain	16,5	16,5
Poppers	10,8	7,8
GHB	9,0	7,5
Heroin	8,9	7,2
Barbituráty	4,9	4,3
Rozpouštědla	4,1	3,5
Crack	2,4	1,2

Tabulka 3: Zkušenosti s drogami mezi návštěvníky parties a diskoték podle pohlaví (Kubů et al. 2000)

Zkusil drogu / utratí na party	Do 300 Kč (%)	Do 500 Kč (%)	Nad 500 Kč (%)
Alkohol	82,6	87,3	86,5
THC	77,1	82,3	87,8
LSD	40,9	48,9	62,4
Extáze	39,6	54,9	75,5
Lysohlávky	32,8	35,5	48,5
Pervitin	21,2	36,5	50,2
Amfetaminy	11,7	18,5	34,2
Kokain	8,7	17,5	39,7
GHB	7,0	6,2	21,1
Poppers	7,0	8,9	21,1
Heroin	5,3	8,6	16,9
Rozpouštědla	3,6	2,9	7,2
Barbituráty	3,6	5,5	7,2
Crack	1,3	1,2	5,5

Tabulka 4: Zkušenosti s drogami mezi návštěvníky parties a diskoték podle množství peněz „k útratě“ (Kubů et al. 2000)

Aktivita „testování tablet na místě“ spojené s předáním preventivních informací se v ČR objevily již na konci devadesátých let (průkopníky byla sdružení Drop-In a Podané ruce) a dále se rozvíjejí – i za extenzivního využití internetu, jenž je v cílové populaci vnímán jako primární informační médium.¹⁰⁵

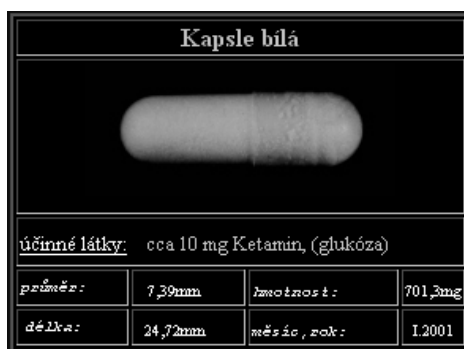
Speciálně sestavená pracovní skupina Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RV-KPP) na počátku roku 2002 vypracovala speciální materiál, obsahující bezpečnostní a preventivní zásady pro různé typy tanečních akcí (Kubů & Zábranský, 2003); RVKPP vzala tento materiál spolu s návrhem postupu kvalitativního testování tablet pro nestátní neziskové organizace (Valnoha, 2003) na svém zasedání na vědomí a doporučila jej k přijetí pořadatelům tanečních akcí i pomáhajícím organizacím, jež operují v tomto prostředí.

7.3.2.3 Výroba a dovoz

Podle policejních a celních analýz (viz např. NPDC, 2002a) od roku 1995, kdy byla v Středních Čechách těsně před uvedením do provozu odhalena rozsáhlá a sofistikovaná továrna na výrobu a tabletování MDMA, neexistuje na území ČR významnější zdroj domácí výroby „tanečních drog“ včetně extáze.

Podle aktuálních policejních zdrojů (NPDC, 2003) jsou zdrojovou zemí většiny tablet extáze na českém trhu především Holandsko a Belgie. V roce 2002 byly Policií ČR ve spojitosti s výskytem PMA na evropském trhu uváděny také zprávy o polských výrobnách „extáze“ (vesměs nekvalitních, falšovaných, významně nebezpečnějších, jiné sloučeniny než MDMA obsahujících tablet).

Do obchodu s extází a jejího dovozu jsou zapojeni především čeští občané (NPDC,



obrázek 14: Kapsle ketaminu, prodávaná v lednu 2001 na českém trhu jako „extáze“ (převzato z www.lf3.cuni.cz/drogy/)

2003). Cena extáze se od roku 1993, kdy byla poprvé zjišťována, prudce snižuje (z 350 Kč v roce 1993 na cca polovinu v roce 2002). To nasvědčuje setrvalému přebytku nabídky nad poptávkou; vzhledem k faktu, že i poptávka se v posledních nejméně deseti letech stále zvyšuje, lze dosavadní potlačování nabídky charakterizovat jako neúspěšné.

7.3.2.4 Prosazování práva

Korigovaný odhad ČSÚ odhaduje roční konzumaci v ČR na cca 840 000 tablet (Vopravil 2003: osobní komunikace). Podle údajů SAP bylo Policií ČR a Celní správou v roce 2002 zachyceno celkem 82 237 tablet. To představuje míru zabavení cca 10 %. Přestože je tento ukazatel značně zkreslen faktem, že v záchytech je zahrnuto zabavení velké zásilky, určené pro skandinávský trh, lze tuto míru zabavení označit za komparativně nejvyšší pro všechny nelegální drogy.

Z osob, jež byly stíhány Policií ČR podle kteréhokoliv z „drogových“ paragrafů (§§ 187–188a), jich celkem 140 (7 %) bylo stíháno v souvislosti s extází.

¹⁰⁵ pro bližší informace viz <http://www.extc.cz> resp. <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/> příp. <http://www.drogmem.cz>

U trestného činu „držení drog pro vlastní potřebu“ (§ 187a) došlo ke stíhání v souvislosti s extází v 9 % případů (tj. ve dvaceti případech).

Členění „drogových“ přestupků podle typu drog není v ČR prozatím k dispozici; stejně tak nejsou podle typu „hlavní“ drogy vykazovány ani statistiky v působnosti Ministerstva spravedlnosti.

7.3.2.5 Úmrtnost

V roce 2002 nebylo zaznamenáno ani jedno úmrtí předávkováním extází ani jejími napodobeninami. To odpovídá poznatkům o velmi nízké akutní nebezpečnosti „pravé“ extáze (MDMA) při zachování elementárních bezpečnostních zásad; nejvýznamnější akutní riziko pro konzumenty představuje možnost záměny s jinou, nebezpečnější látkou.

V historii České republiky není zatím znám případ předávkováním extáze na taneční party; celkem byla v historii ČR identifikována 3 úmrtí v souvislosti / spolupůsobením tanečních drog a/nebo jejich napodobenin.

V roce 2001 se v lednu objevila fatální otrava osmadvacetiletého Asiaty v Plzni, který se během soukromé oslavy v úzkém kruhu předávkoval v Německu zakoupenou drogou, obsahující látku PMA a prodávanou jako extáze (Petrová 2001: osobní rozhovor).

Druhým případem fatálního následku v souvislosti s extází byla brněnská sebevražda, při níž si v roce 2000 pětadvacetiletý sebevrah vpravil injekčně do oběhu smrtelnou směs pervitinu a roztoku MDMA (Samková et al. 2001).

Třetí resp. chronologicky první případ byl zaregistrován v roce 1998 v Praze, kdy sedmnáctiletá dívka požíla kombinaci extáze, pervitinu, antidepresiva/inhibitoru MAO, kávy a alkoholu; tato neuvěřitelná směs způsobila maligní hypertermii a syndrom multiorgánového selhávání, jemuž dívka přes veškerou péči zdravotníků podlehl (Anděl, 2000: osobní rozhovor).

7.3.3 LSD (a další halucinogeny)

LSD představuje nejznámější syntetický halucinogen; podle všech dostupných poznatků je jeho závislostní potenciál v zásadě nulový a v ČR je zneužíván především experimentálně (uživatelé se k jeho konzumaci vracejí jen zřídka nebo vůbec ne). V České republice je rozšířena rovněž celá řada halucinogenních rostlin a hub, z nichž nejčastěji jsou sezónně užívány lysohlávky – konkrétně lysohlávka kopinatá (*Psilocybe semilanceata*), lysohlávka tajemná (*Psilocybe arcana*) a lysohlávka česká (*Psilocybe bohemica*). Vzácněji se objevuje vysoce zdravotně nebezpečné zneužívání durmanu,¹⁰⁶ muchomůrky červené¹⁰⁷ a dalších rostlin a hub.

Dietylamid kyseliny 25-lysergové (LSD) je poměrně silný halucinogen.

Dávky LSD, které jsou v současnosti v České republice prodávány především ve formě papírků, nasáklých účinnou látkou, jsou výrazně menší než „psycholytické“.¹⁰⁸ Namísto mohutných halucinačních stavů dochází spíše k jakési excitaci a „zjitřenému vnímání“. Lze se domnívat, že dávky jsou výrobci této drogy úmyslně sníženy na úroveň, která účinky přibližuje populární extázi; spolu s ní také bývá LSD často distribuováno a někdy jsou prodávány jako tablety extáze i směsi LSD, amfetaminu a celulózy (nebo jiného pojidla).

Lysohlávky a vzácněji i jiné houby s obsahem halucinogenů jsou na přelomu léta a podzimu sbírány a požívány nesořodou skupinou lidí. I tento halucinogen je poměrně populární na taneční scéně, jeho užívání má ale jen sezónní charakter.

¹⁰⁶ obsahující deliřogenní atropin a skopolamin

¹⁰⁷ obsahující psychotropní muskarin

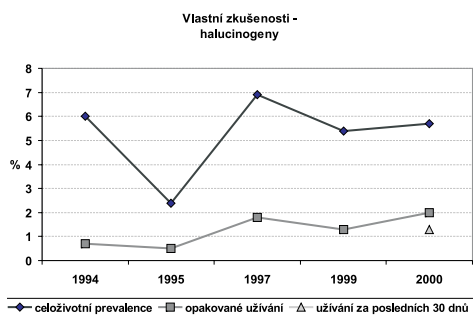
¹⁰⁸ tj. maximálně 50 mikrogramů (μ) oproti dávkám v rozmezí 100–500 μ, jež byly běžné v „psychedelických“ šedesátých letech

Rostlin a hub s omamnými/delirogenními účinky v ČR roste velké množství – a některé z nich se běžně pěstují pro okrasné účely nebo rostou divoce ve volné přírodě, na kompostech a úhorech a zneužívají se v evropských podmínkách jen výjimečně nebo vůbec ne – typicky např. petúnie (*Petunia violacea*), durman (*Datura stramonium*), ruta (*Ruta graveolens*), mandragora (*Mandragora officinarum*), blín (*Hyosciamus niger*), chrastice (*Phalaris arundinacea*), locika (*Lactuca virosa*) atd.

7.3.2.1 Rozšíření v populaci

Podle údajů mezinárodního výzkumu GENACIS¹⁰⁹ přiznává alespoň jednu zkušenost s LSD kdykoliv v životě 2,2 % české populace ve věku mezi 18 a 64 lety (tj. cca 150 000 osob), užití LSD v posledním roce pak 1,0 % (tj. cca 70 000 osob) (Psychiatrické centrum Praha, 2003).

Ve školních průzkumech je užívání LSD sdruženo s dalšími halucinogeny – především halucinogenními houbami (viz *obrázek 15*). Stejně s LSD nakládá ČSÚ, které je ve svém odhadu řadí co do počtu osob s jednorázovou zkušeností s LSD na roveň extáze, co do frekvence užívání asi na úroveň jedné šestiny frekvence u extáze.



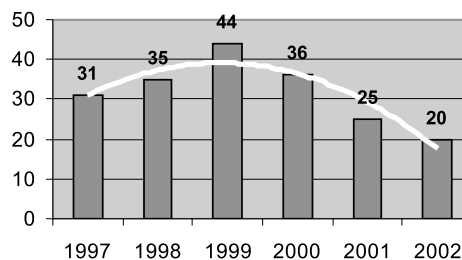
obrázek 15: Celoživotní zkušenost s halucinogeny mezi šestnáctiletými žáky a studenty v letech 1994–2000 (zdroj dat: Mravčík & Zábanský, 2001)

Podle výsledků posledního publikovaného školského průzkumu (Polanecký et al. 2001) má zkušenost s LSD a jinými halucinogeny 9,1 % všech studentů a učňů. Analogickou metodikou jako v předchozích kapitolách docházíme k závěru, že v ČR má alespoň jednu zkušenost s halucinogeny cca 190 000 osob.

7.3.2.2 Léčba a služby v souvislosti s halucinogeny

Nízký absolutní počet i podíl prvožadatelů o léčbu/službu v souvislosti s halucinogeny podporuje poznatky o nízkém závislostním potenciálu a nízkém zdravotním riziku této skupiny drog. Absolutní počet i podíl „halucinogenních“ klientů a pacientů na všech prvožadatelích o léčbu či službu má dlouhodobě klesající tendenci.

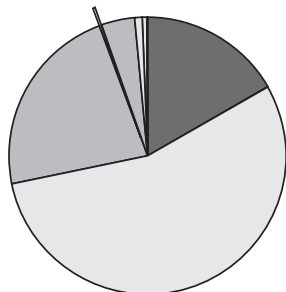
Mezi všemi žádostmi o léčbu či službu byly v roce 2002 halucinogeny zastoupeny 47 případy (0,5 %), z toho LSD 34 případy (0,4 %). Data o „pravidelném“ či „minuloročním“ užívání nejsou v důsledku nízkého rozšíření těchto jevů k dispozici.



obrázek 16: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním LSD a/nebo jiných halucinogenů v letech 1997–2002 (zdroj dat: HS HMP)

¹⁰⁹ Gender, Alcohol & Culture International Survey; v ČR jej realizovalo PCP Praha

0,42 %



obrázek 17: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2002 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním halucinogenů (zdroj dat: HS HMP)

7.3.2.3 Výroba a dovoz

Česká republika patří mezi významné výrobce prekursorů výroby LSD – ergotaminu, ergometrinu a kyseliny lysergové, vyráběných v opavské IVAX, a. s. Příslušné orgány (Inspektorát OPL, NPDC) monitorují pohyb těchto surovin; v roce 2002 ve spolupráci se švýcarskými represivními orgány odhalily na podkladě sledování analogů výše jmenovaných látek velkou laboratoř pro výrobu syntetických drog ve Švýcarsku (NPDC, 2003).

Neexistují poznatky o výrobě LSD na území ČR; divoce rostoucí rostliny, obsahující halucinogeny, jsou sbírány a užívány sezónně podle vegetačního cyklu příslušné rostliny nebo houby, jejich konzumace je ale marginální.

7.3.2.4 Prosazování práva

Korigovaný odhad ČSÚ uvádí roční konzumaci v ČR na cca 70 000 dávek / impregnovaných papírků (Vopravil: osobní komunikace). Podle údajů SAP bylo Policií ČR a Celní správou v roce 2002 zachyceno celkem 107 „tripů“. **To představuje míru zabavení cca 0,1 %.**

Z osob, jež byly stíhány Policií ČR podle kteréhokoliv z „drogových“ paragrafů (§§ 187–188a), byly celkem 3 (0,2 %) stíhány v souvislosti s LSD.

U trestného činu „držení drog pro vlastní potřebu“ (§ 187a) došlo ke stíhání v souvislosti s LSD v jednom případě (0,5 %).

Členění „drogových“ přestupků podle typu drog není v ČR prozatím k dispozici; stejně tak nejsou podle typu „hlavní“ drogy vykazovány ani statistiky v působnosti Ministerstva spravedlnosti.

7.3.2.5 Úmrtnost

Fatální předávkování typickými halucinogeny je považováno za velmi nepravděpodobné a ani v ČR v roce 2002 nebylo zachyceno.

Historicky byly pouze v roce 2000 popsány dvě smrtelná předávkování skopolaminem a atropinem, obsaženými v durmanu.¹¹⁰

Za jediný známý případ úmrtí v souvislosti s halucinogenem je v ČR považován brněnský případ z roku 1995, kdy americký student tamní vysoké školy vyskočil – zřejmě v panické atace – z okna nemocnice, kam jej přivezli díky úzkostným a panickým stavům v důsledku intoxikace blíže nezjištěným množstvím lysohlávek (Nožina, 1997a).

¹¹⁰ skopolamin a tropin nejsou ze systémového hlediska halucinogeny, ale delirogeny; durman je nicméně užíván pro halucinační stavy, které v (sub)deliriu po jejich požití nastávají

7.4 Heroin a další opiáty

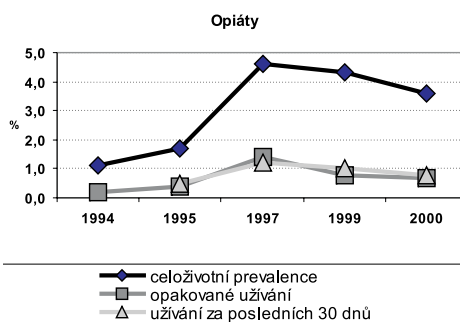
V České republice¹¹¹ bylo již od sedmadesátých let značně rozšířeno zneužívání medikamentů, obsahujících opiáty, a to jak samostatně,¹¹² tak v kombinaci s alkoholem a/nebo s jinými drogami (pervitinem). Značného rozšíření dosáhlo též zneužívání tzv. braunu – směsi opiátů¹¹³ podomácku vyráběné z dostupných léčiv. Medikamenty i braun byly mezi lety 1993–1997 vytlačeny importovaným heroinem především z Prahy a Severních Čech; mezi lety 1999 a 2001 se heroin rozšířil do všech zbylých oblastí ČR, kde se postupně dostává co do dostupnosti na roveň donedávna jednoznačně dominujícího pervitinu.

V posledním roce na černý trh v některých oblastech ČR poměrně silně pronikl farmaceutický opioid Subutex®, obsahující buprenorfin.

7.4.1 Rozšíření v populaci

Heroin je obecně považován za nejnávykovější a s ohledem na nejistotu co do složení a koncentrace směsí, prodávaných jako heroin na černém trhu, také zdravotně neškodlivější drogu.

I této pověsti zřejmě vděčí za svou pozici nejméně „oblíbené“ nelegální psychotropní látky v obecné populaci. Podle studie GENACIS udává celoživotní zkušenost s opiáty 0,7 % zkoumané populace ve věku 18–64 let, jejich užití v posledním roce pak je nulové. Prevalence užívání heroinu je tedy natolik nízká, že stejně jako u problémového užívání



obrázek 18: Celoživotní zkušenost s opiáty mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík & Zábranský, 2001a)

pervitinu je na hranici citlivosti celopopulačních průzkumů a s touto výhradou je třeba k svrchu citovaným údajům přistupovat.

Při použití statistických metod odhadu prevalence problémového užívání (viz např. Mravčík & Zábranský, 2002) docházíme k hodnotě zhruba 14–15 000 problémových uživatelů opiátů – především heroinu. Tento počet je považován zhruba od roku 1998 za stabilní.

Vzestupný trend (alespoň jednorázové) zkušenosti s opiáty mezi šestnáctiletými žáky a studenty vyvrcholil v roce 1997 a od té doby se snižuje (viz obrázek 18). Jako možné vysvětlení se nabízí kombinace preventivních aktivit a konfrontace dospívajících s otevřenou drogovou scénou a jejím neatraktivním stavem.

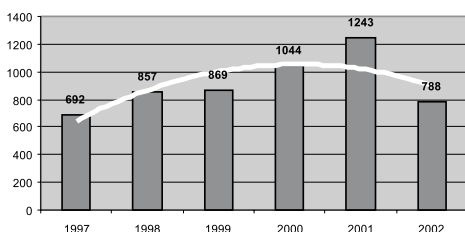
7.4.2 Léčba a služby v souvislosti s opiáty

Absolutní počet (i podíl) pacientů a klientů, kteří o léčbu a/nebo jinou službu

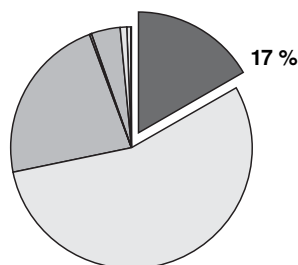
¹¹¹ resp. ČSSR a později ČSFR

¹¹² orálně i injekčně

¹¹³ ideálně hydrokodonu, obvykle ale hydrokodonu a kodeinu, někdy dokonce s příměsí hydromorfinu a morfia



obrázek 19: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním opiátů (především heroinu) v letech 1997–2002 (zdroj dat: HS HMP)



obrázek 20: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2002 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním opiátů (zdroj dat: HS HMP)

požádali v souvislosti s užíváním opiátů, od roku 1997 až do roku 2001 víceméně plynule rostl. Zároveň jsme byli v těchto letech svědky setrvalého nárůstu věku (prvo)žadatelů o léčbu či službu v souvislosti s opiáty (viz Šejda & Studníčková, 2002). Tento vývoj byl v roce 2002 následován (ne zcela neočekávaným) prudkým poklesem počtu prvožadatelů (viz obrázek 19).

To vše nasvědčuje obrazu pozvolného utlumování heroinové epidemie. Možné příčiny mohou zahrnovat

- snižující se přírůstek nových uživatelů opiátů, pro nějž svědčí data o prvních žádostech o léčbu i kvalitativní informace z drogové scény
- nestabilitu trhu s heroinem a jeho kolísavou kvalitou (koncentrací)
- výskyt farmaceutického opiodu Subutex® na černém trhu (zejména v Praze a Severních Čechách), obsahujícího oproti ilegálním opiátům relativně bezpečnější buprenorfin, jimž se uživatelé „divoce“ substituují
- rozšíření substituční léčby metadonem (ve specializovaných centrech)

V roce 2002 léčbu či službu v souvislosti s užitím či užíváním opiátů využívalo celkem 2352 osob – tedy cca 17 % odhadovaného počtu. To je nicméně třeba považovat za podhodnocený údaj – zejména vzhledem

k faktu, že nezahrnuje pacienty substituční léčby metadonem ani buprenorfinem, a to ani ve specializovaných centrech, ani v ordinacích ambulantních lékařů. Po započtení těchto pacientů se dostáváme k odhadu cca **25 % z celkového počtu problémových uživatelů opiátů, využívajících specializovanou léčbu nebo službu.**

Pro rok 2002 nejsou k dispozici podobné údaje, které by celorepublikově pokrývaly i kontakty terénních služeb.

7.4.3 Výroba a dovoz

Heroin je droga, pro níž se výrobní část tržní pyramidy bez výjimky nachází mimo území republiky. Drtivá většina heroinu na českém trhu pochází z Afghánistánu, Pákistánu a Iránu (tzv. „Zlatý pŕlměsíc“), zatímco význam producentů z oblasti tzv. „Zlatého trojúhelníku“ (Myanmar, Thajsko, Laos) a Jižní Ameriky (Kolumbie, Bolívie, Peru) je pro Českou republiku spíše marginální.

Česká republika leží na tzv. balkánské trase pašování heroinu z Turecka přes Bulharsko dále do zemí Západní Evropy a Skandinávie; Policie ČR již řadu let spekuluje o existenci velkých mezikladů heroinu na našem území (viz naposled tvrzení o jejich přesouvání do Polska a na Slovensko

v NPDC, 2003), zatím ale nebyl nikdy žádný odhalen.

Podle Výroční zprávy NPDC byla v roce 2002 ve zvýšené míře využívána jižní větev balkánské trasy, a to buď po moři, nebo přes území Bulharska, Řecka, Makedonie, Kosova a Albánie. Bulharsko je rovněž uváděno jako významné překladiště pro další tranzit.

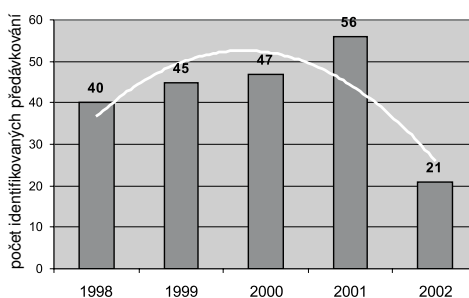
Není jasné, zda a nakolik se mezi lety 2001 a 2002 změnila dostupnost heroinu v jednotlivých regionech ČR; jeho cena nicméně je dlouhodobě stabilní a Policie ČR ve svých zprávách (NPDC, 2000; NPDC, 2002a; NPDC, 2002b; NPDC, 2003) opakovaně poukazuje na jeho zvyšující se dostupnost; takový údaj je ve shodě i s výzkumnými kvalitativními poznatky (Mioviský & Zábranský, 2001b). Policejní prameny i kvalitativní výzkum rovněž vypovídají o značně rozkolísané čistotě (variující od velmi vysokého podílu vlastního heroinu v pouliční dávce kolem 90 % až po pouze stopová množství kolem 5 %), přičemž zastoupení „nekvalitního“, méně koncentrovaného heroinu se na trhu zvýšilo.

Pro ředění heroinu se ve vyšších etážích tržní pyramidy používá především paracetamol, na úrovni pouličních dealerů se ale lze setkat s nejrůznějšími, někdy zdraví velmi nebezpečnými látkami.

Novým – a pozoruhodným – fenoménem roku 2002 je rozšíření farmaceutického substitučního opioidu¹¹⁴ Subutex® na černém trhu, a to především v Praze a okolí a v Severních Čechách – tedy v oblastech, které byly užíváním heroinu zasaženy nejdříve a je v nich nejvíce rozšířeno.

7.4.4 Prosazování práva

Český statistický úřad (Vopravil, 2001) odhaduje, že se v ČR ročně zkonsumuje cca 5,4 tun heroinu. Podle údajů Společného ana-



obrázek 21: Vývoj identifikovaných smrtelných předávkování opiáty v ČR mezi lety 1998 a 2002

lytického pracoviště Policie ČR a Generálního ředitelství cel v roce 2002 zabavily represivní orgány v ČR celkem 34,4 kg heroinu. Míru zabavení lze tedy zkalkulovat na 0,6 %.

Z osob, jež byly stíhány Policií ČR podle kteréhokoliv z „drogových“ paragrafů (§§ 187–188a), jich celkem 157 (7,9 %) bylo stíháno v souvislosti s heroinem.

U trestného činu „držení drog pro vlastní potřebu“ (§ 187a) došlo ke stíhání v souvislosti s heroinem v 7,7 % – tedy u 16 ze všech takto stíhaných osob.

Členění „drogových“ přestupků podle typu drog není v ČR prozatím k dispozici; stejně tak nejsou podle typu „hlavní“ drogy vykazovány ani statistiky v působnosti Ministerstva spravedlnosti.

7.4.5 Úmrtnost

Heroin od počátku celorepublikového pokrytí sledování smrtelných předávkování OPL potvrzoval svou pověst „nejnebezpečnější“ drogy, jsa předstížen pouze smrtelnými předávkováními psychotropními léky (z nichž k řadě došlo vědomě v sebevražedném úmyslu a/nebo v kombinaci s alkoholem).

¹¹⁴ obsahujícího parciálního opiátového atomistu/antagonistu buprenorfin

Přestože si své postavení „nejsmrtelnější“ nelegální drogy udržuje i nadále, došlo v roce 2002 k prudkému snížení počtu fatálních předávkování heroinem a dalšími opiáty (jichž loni bylo pouze o 7 více než předávkování těkavými látkami).

Možné (spolu)působící faktory zahrnují:

- výskyt Subutexu® na černém trhu, jímž si uživatelé opiátů v nejpostiženějších oblastech často nahrazovali dražší a výrazně nebezpečnější pouliční heroin
- vyhasínání heroinové epidemie a menší zastoupení mladších uživatelů opiátů, kteří jsou riziku předávkování vystaveni nejvíce (viz např. EMCDDA, 2003)
- další rozvoj substituční léčby v ordinacích ambulantních lékařů a v metadonových centrech
- zlepšená diagnostika
- menší ochota Policie ČR hradit vyšetření na OPL u zemřelých

7.5 Kokain a crack

Drogy kokainového typu jsou v České republice poměrně velmi málo rozšířeny. Na pouliční scéně a v tanečních klubech se spíše jen sporadicky objevuje kokain (resp. hydrochlorid kokainu),¹¹⁵ který jinak zůstává výsadou vyšších středních vrstev¹¹⁶ – i tam je však vnímán spíše jako „kuriozita“.

Pravděpodobnou příčinou je přítomnost podobně působícího, ale několikanásobně levnějšího pervitinu, jenž má v ČR dlouhou tradici (a jenž působí déle).

Pokusy o výrobu a/nebo prodej cracku (kokainové báze) nebyly dosud zaznamenány.

7.5.1 Rozšíření v populaci

Užívání kokainu představuje v ČR marginální jev, jehož četnost je pod hranici citlivosti populačních průzkumů i statistických odhadů.

7.5.2 Léčba a služby v souvislosti s kokainovými drogami

V roce 2002 o léčbu nebo službu v souvislosti s užíváním kokainu požádali podle údajů HS HMP celkem 3 klienti (všichni v souvislosti s hydrochloridem kokainu); celkem v loňském roce léčbu nebo službu využívalo v souvislosti s kokainem 10 osob (9 hydrochlorid, 1 báze).

7.5.3 Výroba a dovoz

V České republice se kokain nevyrobí a není známo ani nic o jeho případné úpravě na crack, ředění anebo jiné zpracování.

Česká republika ale byla v období kolem poloviny devadesátých let minulého století významou tranzitní zemí při pašování kokainu do zemí EU z Jižní Ameriky. V tomto období zaznamenala Celní správa řadu záchytů – především na ruzyňském letišti. V posledních letech se ale počet záchytů snížil, což by mohlo svědčit pro sníženou aktivitu pašeráckých gangů resp. snížené využívání této letecké cesty.

Policie ČR nicméně nově upozorňuje na „aktivity přicházející z Jižní Ameriky, které hovoří o snaze zorganizovat pašování kokainu z jihoamerických destinací do Evropy pomocí letecké dopravy ve velkém množství“ (NPDC, 2003). Podle téhož zdroje mají „některé zásilky také směřovat přes Českou republiku“.

¹¹⁵ Berszi: osobní komunikace

¹¹⁶ (NPDC, 2003)

7.5.4 Prosazování práva

V roce 2002 zabavily české represivní orgány celkem 6,04 kg kokainu; to by hypoteticky znamenalo zabavení cca 11 % z odhadované domácí spotřeby kokainu, jak ji uvádí ČSÚ (Vopravil, 2001). Drtivá většina v ČR zabaveného kokainu nicméně nebyla určena pro domácí trh.

V souvislosti s kokainem bylo policií pro jakýkoliv „primárně drogový“ trestný čin stíháno 10 osob, pro držení kokainu pro vlastní potřebu jedna osoba; to představuje v obou případech 0,5 % všech případů.

Členění „drogových“ přestupků podle typu drog není v ČR prozatím k dispozici; stejně tak nejsou podle typu „hlavní“ drogy vykazovány ani statistiky v působnosti Ministerstva spravedlnosti.

7.5.5 Úmrtnost

Předávkování kokainovou drogou nebylo v ČR dosud zaznamenáno.

Případná úmrtí „drogových mul“¹¹⁷ po protržení obalu s kokainem, jenž bývá tímto způsobem pašován v trávicím traktu, nejsou podle definice EMCDDA do drogových úmrtí zahrnována.

7.6 Těkavé látky

Užívání těkavých látek má v ČR poměrně dlouhou tradici. Již ze šedesátých let existují dobře zdokumentované případy „glue sniffingu“ a podle některých autorů čichání ředidel v ČR na přelomu šedesátých a sedmdesátých let nabralo „téměř epidemického rozšíření“ (Nožina, 1997b)

7.6.1 Rozšíření v populaci

Dosavadní poměrně kusé údaje o míře rozšíření a povaze zneužívání prchavých látek naznačují, že poměrně častý je jednorázový experiment s těmito snadno dostupnými, legálními sloučeninami – a že se k němu valná většina experimentátorů z majoritní populace již více nevrací. Naopak v (sociálně) marginalizované populaci k těmto experimentům dochází v ranějším věku a periody užívání bývají podstatně delší. Tomu nasvědčuje i analýza pilotního průzkumu v romských komunitách (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2003).

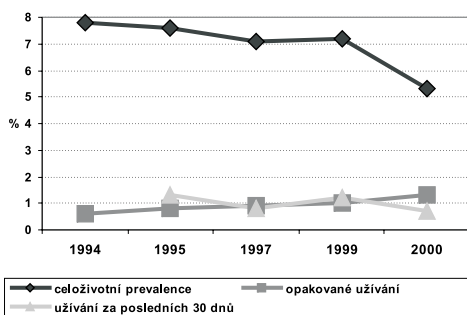
V tomto průzkumu (který se nezabýval alkoholem a tabákem) jsou rozpouštědla druhou nejužívanější drogou – užívání toluenu je udáváno ve 44 % analyzovaných romských komunit. To potvrzuje starší poznatky z mezinárodního kvalitativního výzkumu Evropské komise a Open Society Institute (Grund et al. 2000).

Poslední průzkum v obecné populaci (Psychiatrické centrum Praha, 2003) užívání těkavých látek vůbec neuvádí. Podle posledního školního průzkumu (Polanecký et al. 2001) udává alespoň jednu zkušenost s těkavými látkami v životě u 5 % ze všech studentů a žáků. Tento údaj je ovšem vzhledem k popsané koncentraci užívání těchto látek do marginalizovaných a handicapovaných skupin obyvatelstva třeba považovat pro danou věkovou skupinu (15–18 let) za podhodnocený: užívající populace v drtivé většině střední školy ani učiliště nenavštěvuje.

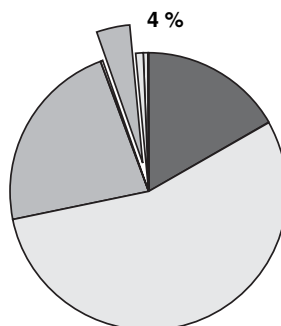
Klesající zastoupení rozpouštědel v celoživotní prevalenci¹¹⁸ šestnáctiletých tak nelze

¹¹⁷ pašeráci kokainu příp. jiných drog, kteří jsou obvykle v producentských zemích najímání k propašování větších množství drog do cílové nebo tranzitní země pomocí jejich polknutí v inertních obalech (např. prezervativech);

¹¹⁸ alespoň jednorázovém užití



obrázek 22: Celoživotní prevalence užití těkavé látky mezi českými 16letými středoškoláky v letech 1994–2000 (zdroj dat: Mravčík & Zábranský, 2001a)



obrázek 23: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2002 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním těkavých látek (zdroj dat: HS HMP)

považovat za známku zlepšující se situace, nýbrž spíše za druhotný projev přetrvávající sociální segregace ve školství, kdy početná populace, užívající rozpouštědla, není žádným z těchto průzkumů zastižena.

7.6.2 Léčba a služby v souvislosti s těkavými látkami

Zařízení léčby a služeb pro uživatele kokopných látek vesměs nejsou personálně ani jinak schopna vyjít vstříc potřebám uživatelů těkavých látek a dlouhodobě jimi nejsou navštěvována. Proto je zastoupení uživatelů těchto sloučenin v prvních i všech požadavcích o léčbu tradičně nízké.

7.6.3 Výroba a dovoz

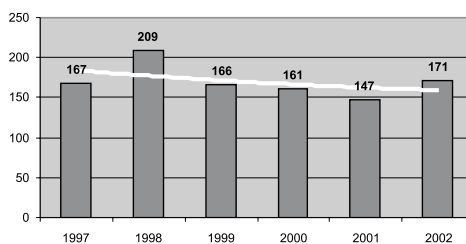
Zneužívané těkavé látky jsou převážně domácí výroby. Jedná se zejména o

- průmyslová rozpouštědla (toluen, trichlorethylen, benzen)
- benzín a další pohonné látky
- těkavé náplně do plynových zapalovačů

Jinou povahu než průmyslová rozpouštědla mají oxid dusný (medicínální anestetikum a náplň bombiček pro výrobu šlehačky) a (iso) butylnitrát – původně lék na anginu pectoris, později používaný rovněž jako afrodiziakum. Obě látky se periodicky objevují především na taneční scéně; jejich zdravotní nebezpečnost je ve srovnání s rozpouštědly významně nižší a účinek odlišný. Přesto jsou někdy do těkavých látek zařazovány.

7.6.4 Prosazování práva

Vzhledem k legalitě výše jmenovaných substancí nebyl za užívání či držení těkavých látek nikdo stíhán.



obrázek 24: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním těkavých látek v letech 1997–2002 (zdroj dat: HS HMP)

Neúspěchem skončil i pokus brněnské Policie ČR stíhat prodáváče oxidu dusného na tanečních parties za šíření toxikomanie (§ 188a).

7.6.5 Úmrtnost

Spolehlivě se smrtelná předávkování těkavými látkami sledují až od roku 2001; do té doby nebylo možno je spolehlivě odfiltrovat od pracovních otrav rozpouštědly, používanými např. jako vehikulum průmyslových hnojiv v zemědělství.

V roce 2001 bylo identifikováno 15 smrtelných otrav zneužívanými rozpouštědly, v roce 2002 to bylo 14 otrav. To představuje plné dvě třetiny počtu otrav opiáty.

7.7 Polyvalentní užívání

Polyvalentní užívání je mezi českými uživateli drog velmi rozšířeno. Uživatelé drogy kombinují, plynule mezi nimi přecházejí podle situace na černém trhu a velmi často je kombinují i s legálním alkoholem, tabákem a psychotropními léky, z nichž nejoblíbenější jsou léky benzodiazepinové řady a z nich zejména Rohypnol®.

Často se tak mezi sebou kombinují opiáty a pervitin – pervitinista si pomocí heroinu přivozuje spánek po několikadenním užívání pervitinu nebo si jím dokonce „léčí stíhu“. Naopak heroinista při přílišném utlumení sahá po pervitinu, aby „fungoval“. Mimořádně nebezpečný fenomén „českého speedballu“, ¹¹⁹ který se okrajově objevoval ve větších městech v polovině devadesátých let, se naštěstí nerozšířil.

Tak např. v roce 2001 ze 4233 uživatelů drog, resp. z 3242 problémových uživatelů drog¹²⁰, kteří požádali o první léčbu, sekundární (nelegální) drogu užívalo 2172 osob, z nichž 756 užívalo ještě drogu třetí.

Kvalitativní substudie PAD (Miovský & Zábranský, 2001a) popisuje nahrazování užívání pervitinu užíváním průmyslových rozpouštědel (zejména toluenem), které se rozšířilo v roce 1999 mezi problémovými uživateli zejména na Střední Moravě v reakci na krátkodobé výpadky v zásobování pervitinem a zostření policejního postupu.

Mezi uživateli všech nelegálních drog se stále vzrůstající popularitě těší (zne)užívání preskripčních léků a z nich zejména anxiolytik benzodiazepinové řady. Vzorce jejich užívání jsou různé – od málo častého užívání běžných terapeutických dávek „při dojezdu“ nebo „špatném tripu“ přes kombinování s opiáty po zneužívání desítek tablet benzodiazepinů denně. V takovém případě již jde o primární závislost na benzodiazepinech, projevující se agresivními stavy, hypoxií, při déletrvajícím užívání epileptickými záchvaty a ztrátami vědomí.

Velké „popularity“ v tomto směru dosahuje zejména Rohypnol® (flunitrazepam). Represivní složky registrují každoročně nelegální dodávky Rohypnolu na domácí i zahraniční černý trh, obvykle za účasti českého zdravotnického a/nebo farmaceutického personálu. Takto odhalená trestná činnost v roce 2001 se týkala téměř dvou miliónů tablet Rohypnolu.

Standardní užívání alkoholu a tabáku a kombinování těchto legálních drog s nelegálními platí odhadem pro více než 90 % problémových uživatelů drog. Tabák a především alkohol jsou pro tyto uživatele také naprosto pravidelně „vstupními drogami“ – tedy prvními psychoaktivními látkami, jež užívají.

¹¹⁹ tj. směs pervitinu a heroinu v jedné injekční dávce

¹²⁰ podle platné definice EMCDDA

7.8 Alkohol a tabák

Česká republika patří mezi země se značným rozšířením užívání alkoholu a tabáku a s vysokou společenskou tolerancí k nim. Alkohol a tabák také naprosto pravidelně představují vůbec první psychotropní látky v drogové kariéře pozdějších problémových uživatelů drog.

Česká republika tradičně zaujímá nejvyšší místa ve světovém žebříčku konzumace čistého alkoholu na osobu, absolutního prvenství dosahujeme v konzumaci piva.¹²¹ Podobně se řadíme mezi země s nejvíce rozšířeným kuřáctvím tabáku v Evropě – u obou legálních návykových látek nás tak naše postavení jednoznačně zařazuje mezi postkomunistické, „východní“ země.

Extrémně vysoká tolerance k legálním návykovým látkám se odráží i ve skutečnosti, že čeští šestnáctiletí mají podle výsledků prozatím posledního mezinárodního výzkumu ESPAD (Hibbell et al. 2000) v Evropě nejvyšší zkušenost s alkoholem: plných 98 % z nich. Šestnáct procent z nich si svou první opilost zažilo již ve třinácti letech nebo dříve.

Výzkum ESPAD zjistil znepokojivý nárůst téměř všech ukazatelů „problémového

4 krát týdně nebo častěji	8 %
2–3 krát týdně	17 %
2–4 krát za měsíc	31 %
1 krát měsíčně nebo méně často	40 %
NEVÍ	4 %

tabulka 5: Frekvence užívání alkoholu v populaci mezi 15–64 lety (Glasová & Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002)

užívání alkoholu“ mezi šestnáctiletými, který shrnuje tabulka 6.¹²²

Jinými slovy: čtvrtina českých, moravských a slezských žáků a studentů ve věku 16 let vypila během posledního měsíce 6 a více piv; více než osmina šestnáctiletých žáků a studentů se v posledním měsíci více než 3x opila.

Kořeny tohoto stavu lze ilustrovat faktem, že – jak vyplývá ze sekundární analýzy školní studie ESPAD – plných 75 % českých šestnáctiletých pije alkoholické nápoje v komerčních zařízeních (Zábranský 2003): v restauracích, barech a na diskotékách, a to přesto, že podávání alkoholu osobám mladším 18 let je nezákonné. Vynucování práva v tomto ohledu lze tedy označit jako zcela neúčinné.

Alkohol za posledních 30 dnů	Chlapci		Dívky		Studenti celkem	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Pivo 6x a více	26,7	37,4	6,9	12,1	17,8	24,1
Víno 6x a více	5,8	6,3	3,7	7,5	4,8	7,0
Destiláty 6x a více	13,0	15,5	9,7	10,1	11,5	12,7
Nadměrné pití 3x a více	19,9	24,0	6,6	10,4	13,9	16,8
Opilost 3x a více	14,3	18,5	5,5	8,2	10,3	13,1

tabulka 6: Vybrané ukazatele návykového chování šestnáctiletých podle pohlaví v procentech (Csémy et al. 2000)

¹²¹ 156l piva na jednoho obyvatele ČR včetně nemluvnat v roce 2001

¹²² je nutno připomenout, že jde o ty šestnáctileté, kteří pravidelně navštěvují některou ze středních škol nebo učilišť různých typů; důvodně se lze domnívat, že v populaci s horším sociálním statutem bychom zjistili horší stav

Stránky s drogovou tematikou na českém internetu

Primární českou internetovou adresou pro zájemce o drogovou problematiku je rozsáhlý web Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti: <http://www.drogy-info.cz>.

Ten obsahuje mj. databázi „Web a drogy“, zahrnující několik set českých i zahraničních webových stránek, zabývajících se drogovou problematikou.

Tato databáze s pokročilými možnostmi vyhledávání je na adrese <http://www.drogy-info.cz/link/category/1/> a má formu komentovaných odkazů na stránky nejružnějšího druhu – oficiální, národní i mezinárodní, neoficiální soukromé i „undergroundové“ atd.

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané oficiální stránky klíčových institucí v oblasti prevence, léčby, výzkumu a monitorování užívání drog v ČR.

Výzkum a monitorování

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti:

<http://www.adiktologie.cz/>

Centrum epidemiologie a mikrobiologie SZÚ: <http://www.szu.cz/cem/hpcem.htm>

Centrum pro výzkum veřejného mínění

– Sociologický ústav AV ČR:

<http://www.cvvm.cas.cz/index.php3?rubrika=O&oblast=B>

Časopis Psychiatrie: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/Index.htm>

Česká neuropsychofarmakologická společnost: <http://www.cnps.cz/>

Český statistický úřad: <http://www.czso.cz/>

Drogové stránky II. LF UK:

<http://bfu.lf2.cuni.cz/alena/adam/base.971230.win/styl/drogy/index.htm>

Hygienická stanice hl. m. Prahy:

<http://www.hygp Praha.cz/>

Informační centrum OSN v Praze:

<http://www.unicprague.cz/>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci:

<http://portal.justice.cz/justice/iksp.nsf/Stranky/Uvod>

Kriminalistický ústav: <http://www.mvcr.cz/policie/ku/index.html>

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti:

<http://www.drogy-info.cz/> (česky)

<http://www.focalpoint.cz/> (anglicky)

Newton IT – Přehled tisku s tematikou drog:

<http://imm.newtonit.cz/drogy.newton.cz.asp>

Psychiatrické centrum Praha:

<http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/>

Soudní lékařství v ČR:

<http://www.nemcb.cz/soudni/>

Státní zdravotní ústav: <http://www.szu.cz/>

Ústav farmakologie 3. LF UK – neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky: <http://www.uzis.cz/>

Prevence, léčba a služby

A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí: <http://www.asociace.org/>

Drogová poradna:

<http://www.drogovaporadna.cz>

Drogový Informační Server (Sananim, o.p.s.): <http://www.sananim.cz/>

Nadace DROP-IN: <http://www.dropin.cz/>
Podané ruce, o.p.s.:
<http://www.podaneruce.cz/>
Národní program boje proti AIDS ČR:
<http://www.aids-hiv.cz/>
EXTC – prevence zneužívání syntetických
drog: <http://www.extc.cz/>
Metadonová substituce:
<http://www.methadone.cz/>
Česká asociace streetwork:
<http://streetwork.ecn.cz/>
Česká lékařská společnost JEP:
<http://www.cls.cz/>
Česká lékařská společnost JEP – hledání
v časopisech: <http://www.clsjep.cz/hledani.asp>
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze:
<http://www.vfn.cz/>

Prosazování práva a regulace

Antidopingový výbor České Republiky:
<http://www.antidoping.cz/>
Celní správa ČR: <http://www.cs.mfcr.cz/>
Národní protidrogová centrála Policie ČR:
<http://www.mvcr.cz/policie/npdc.html>

Probační a mediační služba ČR:
<http://portal.justice.cz/justice/pms.nsf/>
Stranky/Uvod
Útvar pro odhalování organizovaného
zločinu: <http://www.mvcr.cz/policie/zlocin.htm>
Vězeňská služba ČR: <http://www.vscr.cz/>

Exekutiva a legislativa

Praha 1 proti drogám:
<http://drogy-praha1.cz/>
Ministerstvo spravedlnosti – české soudnictví: <http://portal.justice.cz/>
Ministerstvo práce a sociálních věcí:
<http://www.mpsv.cz/>
Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: <http://www.msmt.cz/>
Ministerstvo vnitra: <http://www.mvcr.cz/>
Ministerstvo zdravotnictví:
<http://www.mzcr.cz/>
Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR,
podvýbor pro problematiku drog
a toxikomanie: <http://snemovna.cz/sqw/fsnem.sqw?id=669>
Rada vlády pro koordinaci protidrogové
politiky: <http://wtd.vlada.cz/vrk/vrk.htm>

Seznam odkazů

- Agar, M. (1997) Ethnography: an overview. *Substance Use & Misuse* **37**, 1155-1173.
- Ainsworth, C. New Scientist (2002) Extáze on the Brain (Editorial). *New Scientist* **174** (1329):3
- Becker, H.S. (1997) Outsiders: studies in the sociology of deviance. 2nd edn, New York, London: Free Press of Glencoe, Collier-Macmillan. 0684836351 (pbk), 0029021405, 0029022002. Cambridge; Durham; Glasgow; Imperial; Leeds; Liverpool; London School of Economics; Manchester; Newcastle; Oxford; SAS; Sheffield; Southampton; Trinity College Dublin; UCL; ULL; Warwick. Notes: Chapter 10, „Labelling theory reconsidered,” copyright 1973 – t.p. verso „First Free Press Paperback Edition 1966“ – t.p. verso. New chapter „Labelling theory reconsidered.” Refers specifically to marijuana smokers & dance band musicians.
- Berridge, V. (1997) Two Tales of Addiction: Opium & Nicotine. *Human Psychopharmacology* **12**, 45–52.
- Brookmeyer, R. & Gail, M.H. (1994) AIDS epidemiology: a quantitative approach. New York: Oxford University Press. 0195076419 (alk. paper). Notes: LC Control Number: 92048337 Includes bibliographical references (p. 317–342) & index
- Cohen, P. D. A. (1997) The Relationship between Drug Use Prevalence Estimation & Policy Interests. In: EMCDDA, (Ed.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug use in Europe*, 1st edn. pp. 27–34. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities]
- Collins, D. J. & Lapsley, H.M. (1991) Estimating The Economic Costs of Drug Abuse in Australia. Canberra: Commonwealth Dept. of Community Services & Health.
- Crafts, W. F., Leitch, M. W. & Leitch, M. (1909) Intoxicating drinks & drugs in all lands & times a twentieth century survey of intemperance, based on a symposium of testimony from one hundred missionaries & travelers. Rev. 10th ed edn, Washington, D.C: International Reform Bureau. Notes: Includes bibliographical references & index
- Csémy, L., Sovinová, H. & Sadílek, P. (2000) Pítí alkoholu a užívání drog u dospívajících v České republice – Srovnání změn během druhé poloviny 90. let (Alcohol drinking & drug use among teens in Czech Republic – comparison of changes in late 90s). In: Csémy, L., Sovinová, H. & Sadílek, P., (Eds.) *ESPAD 99: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika, 1999 – Přehled hlavních výsledků*, 1 edn. pp. 1–13. Praha: MPK]
- Deitsch, D. A. (1995) Addiction – Stages. Praha : Meziresortní protidrogová komise vlády ČR. Slide Presentation.
- Denzin, N. (1970) The Research Act. Chicago: Aldine.
- Doležal, J. X. (Oct 24, 2002) Zločinci a oběti. *Reflex* **42** Praha: Ringier CZ, a. s. Notes: www.reflex.cz
- Edwards, G., Arif, A., Jaffe, J. & World Health Organization (1983) Drug use & misuse cultural perspectives: based on a collaborative study by the World Health Organisation. London: Croom Helm. 0312219881. Notes: Includes bibliographies & index
- EMCDDA. Prevention of overdoses. 2003. 2003. Notes: http://www.emcdda.org/responses/themes/overdose_prevention.cfm
- EMCDDA & Hartnoll, R. (2002) Measuring Prevalence & Incidence of Drug Use. *Drugs in Focus - Briefing* **3** (1): 1681–5157. Notes: http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_3/pb_03_EN.pdf
- EMCDDA & Institute for Therapy Research: (1998) Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States. EMCDDA Project (CT.97.EP.04), Lisboa/München: EMCDDA. Notes: http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/situation/study_national_pdu_report.pdf
- EMCDDA, Olszewski, D., Burkhart, G., Nilson, M. & Wallon, A. (2002) Recreational drug use – a key EU challenge. *Drugs in focus* **1** (6): 1681-5157. Notes: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_06_EN.pdf

- Encyklopedický dům (1993) Encyklopedický slovník. Praha: Odeon & Encyklopedický dům. 80-207-0438-8.
- Engelsman, E. (1989) Het Nederlandse drugbeleid in W. Europees perspectief. In: Groenhuijsen, M.S. & van Kamthout, A.M., (Eds.) *Drugsbeleid in Westeuropes Perspectief*, 1st edn. pp. 137-144. Arnhem: Gouda Quint]
- Friedman, M. (May 1, 1972) Prohibition & Drugs. *Newsweek* New York: Newsweek Inc.
- Friedman, M. (Mar 7, 1991) A War We Are Losing. *Wall Street Journal* New York: WSJ Inc.
- Friedman, M. (Jan 11, 1998) There's No Justice in the War on Drugs. *New York Times* (1):19 New York: The New York Times Company.
- Glasová, A. & Centrum pro výzkum veřejného mínění (2002) Problematika drog očima veřejnosti (Drugs in View of Public). Praha: CVVM.
- Gossop, M. (2000) Living with drugs. 5th edn, Aldershot: Arena/Ashgate. 1840149353. 1840149396. Notes: Bibliography: p.219-226 & index
- Grund, J.-P. (1998) Není všeobijmájcich řešení: Potřeba inovace a poučení debaty o drogové politice; Doslov k českému vydání (No Golden Bullets: Contextualizing the Need for Innovation & Informed Debate in Drug Policy. Epilogue to the Czech Edition). In: Kolektiv autorů, (Ed.) *Drogy na předpis - lékařská preskripce narkotik (Medical Prescription of Narcotics)*, 1st edn. pp. 356-392. Olomouc: Votobia]
- Grund, J.-P. C., Öfner, P.J. & Verbraeck, H.T. (2000) Marel o Del, kas kamel, le Romes duvar. (God hits whom he chooses; the Rom gets hit twice.): An Exploration of Drug Use & HIV Risks among the Roma of Central & Eastern Europe. Final Research Report to the International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, New York. Amsterdam-Rotterdam-Frankfurt/M: DV8 Research, Training & Development.
- Grund, J.-P. C., Stern, L.S., Kaplan, C.D., Adrians, N.F.P. & Blanken, P. (1992) Drug use contexts & HIV-consequences: the effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam & the Bronx. *Brittish Journal of Addiction* 87, 381-392.
- Gusfield, J. R. (1963) Symbolic crusade status politics & the American temperance movement. Urbana: University of Illinois Press. 0252745183 (hard). Notes: LC Control Number: 63010314 Bibliographical footnotes
- Hall, W. & Solowij, N. (1998) Adverse Effects of Cannabis. *The Lancet* 352, 1611-1616.
- Helmer, J. (1975) Drugs & minority oppression. New York: Seabury Press. 0816492166. Notes: LC Control Number: 75002114 Includes bibliographical references & index
- Herer, J. & Conrad, C. (1991) Hemp & the marijuana conspiracy: The emperor wears no clothes. Rev. 1991 7th ed edn, Van Nuys, CA (5632 Van Nuys Blvd., Van Nuys 91401): HEMP Pub. 1878125001. Notes: LC Control Number: 90164252 Includes bibliographical references
- Hibbell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2000) The 1999 ESPAD Report. Alcohol & Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm: CAN & Pompidou Group.
- Kalina, K. (2003) Úvod do drogové politiky: Základní principy, pojmy, přístupy a problémy. Kolektiv autorů, (Ed.) Praha: Úřad vlády ČR & Filia Nova.
- Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Miovský, M. & Nešpor, K. (2001) Glosář pojmů z oblasti drog a závislosti (Glossary of Terms in the Field of Drugs & Addictions). Praha: Úřad vlády ČR / Filia Nova / Group Pompidou. 80-238-80144.
- Kohn, M. (1992) Dope girls. London: Lawrence & Wishart.
- Komorous, J. & Šimsová, E. (2002) Protidrogová brigáda (Drug Squad). Liberec: Závislosti a my & Mostecká uhelná.
- Kriener, H., Billeth, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P. & Schmid, R. (2001) An Inventory of On-Site Pill-Testing Interventions in The EU. Vienna, Lisbon: EMCDDA, Verein Wiener Socialprojekte, CheckIt! Notes: www.checkyourdrugs.at
- Kubů, P., Křížová, E. & Csémy, L. (2000) Anketa Semtex Dance 2000. *Tripmag* (4): 24-30. Praha: imédia s.r.o. Notes: <http://www.drogmem.cz/html/projekty/anketa.htm>

- Kubů, P. & Zábranský, T. Pracovní skupina RVKPP „Prevence zneužívání syntetických drog“, (Ed.) (2003) Bezpečnější tanec (Safer Dance). Praha: sRVKPP. Notes: www.drogy-info.cz
- Lindesmith, A.R. (1968) Addiction & opiates. Chicago: Aldine Pub. Co. Notes: LC Control Number: 68019870 Bibliography: p. 267–287
- Lurie, P. & Druecker, E. (1997) An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle exchange programme in USA. *Lancet* **349**, 604–608.
- Mandelson, D. (1999) Symbolism & racism in drug history & policy. *Drug & Alcohol Review* **18**, 179–186.
- Národní protidrogová strategie 2001–2004 (National Drug Policy Strategy 2001–2004). (Oct 13, 2000) Vládní usnesení (Governmental Resolution No.) 1045/2000, Notes: http://wtd.vlada.cz/files/rvk/rvkpp/dokumenty/mpk_strategie_cz.pdf
- Miovský, M. (2001) Kvalitativní přístup ve výzkumu závislosti: teoretická východiska a aplikační možnosti (he qualitative approach in addiction research: theoretical basis & application possibilities). *Adiktologie* **1**, 70–83. Notes: http://www.adiktologie.cz/online/2001_01_6.pdf
- Miovský, M. (2002) Primární prevence. Zábranský, T., Radimecký, J., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Petroš, O., Korčíšová, B., Miovský, M., Vopravil, J., Csémy, L. & Kuda, A., (Eds.) Výroční zpráva edn. 1. 85–90. Praha: Úřad vlády ČR. 80-238-9912-0. www.drogy-info.cz.
- Miovský, M., Gajdošíková, H., Skutilová, K. & Zábranský, T. (2001) Přehled výsledků substudie provedené s policisty, vyšetřovateli, kriminalisty a soudci ve vztahu k trestné činnosti uživatelů nelegálních psychoaktivních látek: kvalitativní analýza (Overview of the Qualitative Substudy with Policemen, Investigators, Criminalists & Judges). *Adiktologie Supplementum: Substudie Analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Substudies of the Impact Analysis Project of New Drug Legislation)* **1** (1):80–97.
- Miovský, M. & Zábranský, T. (2001a) Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a pracovníky zdravotnických zařízení a významnými poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog (Summary of Results of a Substudy Carried Out with Users of Illicit Psychoactive Drugs & Workers at Medical Facilities & Significant Providers of Services for Illicit Drug Users). *Adiktologie Supplementum (Vybrané substudie analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR / Selected Substudies of the Impact Analysis Project of New Drugs Legislation in The Czech Republic)* **1**, 41–75.
- Miovský, M. & Zábranský, T. (2001b) Přehled výsledků substudie 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 & Care & Treatment Providers). *Adiktologie Supplementum: Substudie Analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Substudies of the Impact Analysis Project of New Drug Legislation)* **1** (1):41–75.
- Mravčík, V. & Zábranský, T. (2001) Sekundární analýza školních studií 1994–2000 (Secondary Analysis of School Surveys 1994–2000 in Czech Republic). *Adiktologie Supplementum (Vybrané substudie analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR / Selected Substudies of the Impact Analysis Project of New Drugs Legislation in The Czech Republic)* **1**, 22–43. Notes: Assistance & data provided by: Csémy, Ladislav; Studničková, Běla, Miovský, Michal
- Mravčík, V. & Zábranský, T. (2002) Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR – syntéza dostupných dat (The prevalence estimate of problem drug use in Czech Republic – synthesis of available data). *Adiktologie Supplementum (Vybrané substudie analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR / Selected Substudies of the Impact Analysis Project of New Drugs Legislation in The Czech Republic)* **1** (1):22–43.
- Needle, R. H., Coyle, S. L. & Trotter, R. T. (1995) Social Networks, Drugs Abuse & HIV Transmission. 1st edn, Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Nožina, M. (1997a) Česká drogová scéna 90. let (Czech Drug Scene in 90s). Nožina, M., (Ed.) 1 edn, 223–302. Praha, & Orlik nad

- Vltavou: KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone. 80-85917-36-X.
- Nožina, M. (1997b) *Drogová historie*. Nožina, M., (Ed.) 1 edn, 49-126. Praha, & Orlik nad Vltavou: KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone.
- Nožina, M. (1997c) *Svět drog v Čechách*. 1st edn, Praha, & Orlik nad Vltavou: KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone. 80-85917-36-X.
- NPDC (2000) *Výroční zpráva NPDC (National Drug Squad Annual Report)*. Ministerstvo vnitra České republiky . Praha.
- NPDC (2002a) *Výroční zpráva – Situace v oblasti drog v roce 2001 v České republice (Annual Report 2001 – Illicit drugs situation in Czech Republic 2001)*. Praha: Policie ČR.
- NPDC (2002b) *Drogová současnost (Drugs up-to-date). Policista 5/2002, Příloha (Addendum) Notes: <http://www.mvcr.cz/casopisy/policista/2002/05/npdc.html>*
- NPDC (2003) *Výroční zpráva – Situace v oblasti drog v roce 2002 v České republice (Annual Report – Illicit drugs situation in Czech Republic 2002)*. Praha: Policie ČR. <http://www.mvcr.cz/policie/npdc/r2002.html>.
- Okruhlica, L., Kaco, J. & Klempova, D. (2001) Sports activities in the prevention of heroin dependency. *Eur Addict Res* 7 (2):83-86. 1022-6877. Center for Treatment of Drug Dependencies, PO Box 512, SK-82105 Bratislava, Slovak Republic. idz@drogy.sk. Notes: 21347454
- Olszewski, D. (2002) Feature E is for Evidence. *Drugnet Europe* 36, 4
- 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 & Addictive Substances in Czech Republic: Trends 1994–1997–2001)*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy. 80-238-8200-7.
- Premier's Drug Advisory Council (1996) *Drugs & our Community: Report of the Premier's Drug Advisory Council*, Melbourne: Victorian Government.
- Psychiatrické centrum Praha (2003) *GENACIS (Gender, Alcohol & Culture International Survey)*. Csémy, L., (Ed.) www.pcp.lf3.cuni.cz.
- Püschel, K. (1998) Determining the Number of Drug-Related Deaths. In: EMCDDA, (Ed.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use*, pp. 127–135. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities]
- Radimecký, J. (2003) The potential impact of EU drug policy implementation in the Czech Republic. Stimson, G., (Ed.)
- Rehn, N., Room, R. & Edwards, G. (2001) *Alcohol in the European Region – consumption, harm & policies*. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe.
- Rhodes, T. (1995) Researching & theorising „risks:“ notes on the social relations of risk in heroin users' lifestyles. In: Aggleton, P., Hart, G. & Davies, P., (Eds.) *AIDS: Sexuality, Safety & Risk*, 1st edn. London: Taylor & Francis]
- Rhodes, T. (2000) The Multiple Roles of Qualitative Research in Understanding & Responding to Illicit Drug Use. In: EMCDDA, (Ed.) *Understanding & responding to drug use: the role of qualitative research*, 1st edn. pp. 21-38. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities]
- Rice, D. P. (1967) Estimating the cost of illness. *Am J Public Health Nations Health* 57, 424-40.
- Room, R. (1992) Paradigms of social research on alcohol & drug use & dependence. In: Cohén-Yáñez, J., Amezcua-Gastélum, J. L., Villereal, J. & Zavala, L.S., (Eds.) *Drug Dependence: From the Molecular to the Social Level*, pp. 213-220. Amsterdam: Elsevier Science Publishers]
- Notes: Revised from a presentation at an International Symposium on Drug Dependence: From the Molecular to the Social Level, Mexico City, 22-25 January, 1991. <http://www.bks.no/paradigm.htm>
- Samková, H., Brzobohatá, A., Pivnička, J., Špačková, M. & Hirt, M. (2001) Fatal Poisoning with Methyldioxymethamphetamine (MDMA). *TIAFT 2001 Prague – Programme & Abstracts* 39, 115(Abstract)
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P. & Wilson, E. (2001) *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. 2nd edn, Toronto: Canadian Centre on Substance Abuse. No-

- tes: <http://www.ccsa.ca/Costs/Guidelines/intguid.htm>
- Smart, R. G. & Sloboda, Z. (2000) Defining the Initial Problem (Initial Assessment of the Situation). In: WHO & NIDA, (Eds.) *Guide to Drug Abuse Epidemiology*, pp. 27–46. Geneva: World Health Organisation]
- Stimson, Gerry. MSc. Imperial College Course: Drug use – evidence based drug policy & intervention. 2003. London, Imperial College. (GENERIC)
- Stimson, G.V. (1995) AIDS & injecting drug use in the United Kingdom, 1987–1993: The policy response & the prevention of the epidemic. *Social Scientific Medicine* **41**, 699–716.
- Studničková, B. (2003) Uživatelé konopí a žádosti o léčbu v r. 2002. HS HMP, (Ed.) Notes: Analýza zpracovaná pro účely Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002
- Szasz, T. (1997) Historie jedné hysterie (History of hysteria). In: Szasz, T., (Ed.) *Drogy: historie jedné hysterie*, 1st edn. pp. 10–101. Olomouc: Votobia]
- Trotter, R. T. I. (1991) Ethnographic Research methods for Applied Medical Anthropology. In: Hill, C. E., (Ed.) *Training anual in Applied Medical Anthropology*, Washington: American Anthropology Association]
- Trotter, R. T. I. & Medina-Mora, M.E. (2000) Qualitative Methods. In: WHO & NIDA, (Eds.) *Guide to Drug Abuse Epidemiology*, pp. 91–124. Geneva: World Health Organisation]
- Uhl, A. (2003) Economic analyses of policy & interventions. In: IHRA, (Ed.) *14th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm – Book of Abstracts*, 1st edn. Chiang-Mai: International Harm Reduction Association]
- UNDCP (1997) Economic & Social Consequences of Drug Abuse & Illicit Trafficking. Vienna: UNDCP.
- United Nations (1977a) Article 2 – Scope of Control of Substances. In: United Nations, (Ed.) *Convention on Psychotropic Substances: Convention on psychotropic substances, 1971 including final act & resolutions, as agreed by the 1971 United Nations Conference for the Adoption of a Protocol on Psychotropic Substances, & the schedules annexed to the convention*, New York: United Nations] Notes: LC Control Number: 78102869 //r852
- United Nations (1977b) Article 2 – Substances under Control. In: United Nations, (Ed.) *Single Convention on Narcotic Drugs: Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic drugs, 1961, including schedules, final acts & resolutions as agreed by the 1961 United Nations Conference for the Adoption of a Single Convention on Narcotic Drugs & by the 1972 United Nations Conference to Consider Amendments to the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, respectively*, New York: United Nations] Notes: LC Control Number: 77151214
- United Nations (1988) Article 12: Substances Frequently Used in the Illicit Manufacture of Narcotic Drugs or Psychotropic Substances. In: United Nations & Economic & Social Council, (Eds.) *United Nations convention against illicit traffic in narcotic drugs & psychotropic substances adopted by the conference at its 6th plenary meeting, on 19 December 1988*, Vienna: Economic & Social Council, United Nations]
- Valnoha, J. Pracovní skupina RVKPP „Prevence zneužívání syntetických drog“, (Ed.) (2003) Doporučený postup při kvalitativním testování tablet extáze. Praha: sRVKPP. Notes: www.drogy-info.cz
- Vingender, I. & Sipos, K. (2001) Social integration deviances drug consumption (with due regard to the potential protective & predictive factors of sports. In: Mészáros, I., (Ed.) *Kalokagathia. Review of the Faculty of Physical Education & Sport Sciences*, Budapest: Semmelweis University]
- Vokurka, M., Hugo, J. & kolektiv (2002) Velký lékařský slovník. 2nd edn, Maxdorf. Notes: <http://www.maxdorf.cz/maxdorf/vls/index.php?ctest=1>
- Vopravil, J. Český statistický úřad, (Ed.) (2001) Nelegální ekonomika v ČR v roce 2000 (drogy, prostituce). Praha: Český statistický úřad.
- Webster, R., The Drugs Prevention Advisory Service & London Drug Policy Forum (2002) Safer Clubbing – Guidance for Licensing Authorities, Ckub Managers & Promoters. The

- Drugs Prevention Advisory Service, (Ed.) London: Drug Prevention Advisory Service. 1840827807.
- WHO (1992) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10. WHO, (Ed.) Praha: World Health Organisation & Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- WHO (1994) Lexicon of Alcohol & Drug Terms. Geneva: WHO. 92-4-154468-6.
- WHO (1997) Drug Epidemiology. Curych: WHO Publications Office.
- WHO & NIDA (2000) Guide to Drug Abuse Epidemiology. WHO/MSD/MSB/00.3. 360 Geneva: World Health Organisation.
- Harrison Narcotics Tax Act. (Dec 17, 1914) Public Acts of the Sixty-Third Congress of the United States. Notes: <http://www.druglibrary.org/schaffer/history/e1910/harrisonact.htm>
- Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Kalina, K. & Vopravil, J. (2001a) Ekonomické náklady společnosti na zneužívání nelegálních („pouličních“) drog v České republice 1998 (The Social Costs of Illicit Drugs Abuse in Czech Republic 1998). *Adiktologie Supplementum (Vybrané substudie analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR / Selected Substudies of the Impact Analysis Project of New Drugs Legislation in The Czech Republic)* 1 (1):142–189.
- Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H. & Miovský, M. (2001b) PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva) – PAD: Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report). Praha: ResAd / Scan. 80-86620-01-8 (Czech version), 80-86620-02-6 (English version). Notes: Assistance Bullington, B & Rasmussen, D.
- Zábranský, T. (2003) Drug and Alcohol Use among Young People. In: EMCDDA, (Ed.) 2003 Regional Report on the Drug Problem in the EU Candidate and Accessing Countries, 1st edn. Luxembourg: Office for Official Publications of European Union.

Rejstřík

A

abstinence 54
 aktivity 18, 30, 56, 57, 72, 80
 volnočasové 56
 alkohol 9, 10, 16, 17, 22, 25, 30, 36, 37, 57, 58,
 63, 64, 66, 72, 74, 83, 84, 87
 amfetamin 15, 67, 68, 70, 74
 analýza 23, 39, 45, 46, 47, 49, 64, 65, 81, 84,
 89, 92
 dopadů nové drogové legislativy (PAD) 48,
 64, 83, 89, 92
 kvalitativní 89
 aplikace 21
 Asociace nestátních organizací (A.N.O.) zabý-
 vajících se prevencí a léčbou drogových
 závislostí 85

B

braun 9, 77
 buprenorfin 15, 77, 78

C

cena 79
 Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociolo-
 gického ústavu Akademie věd ČR 88
 crack 15, 80

Č

Česká asociace streetwork 86
 čin
 trestný 16, 21, 22, 27, 81

D

durman 15, 75
 důsledky 9, 10, 13, 21, 54
 škodlivé 20

E

ecstasy 73
 efedrin 70
 efektivita 13, 44, 47, 56
 EMCDDA 11, 32, 35, 37, 42, 43, 45
 EMCDDA (European Monitoring Centre on
 Drugs and Drug Abuse) 64, 70, 71, 72,
 80, 81, 87, 88, 90
 ESPAD (školní průzkum „European School

Survey Project on Alcohol and Other
 Drugs“) 64, 65, 84, 87, 88

evaluační 14, 25
 Evropská unie 55, 59, 60, 63, 71, 80, 87, 88, 90

F

Friedman, Milton 16, 88

H

halucinogeny 14, 15, 64, 74, 75, 76
 harm reduction 17, 40, 44, 54, 58, 59, 72
 harm/risk reduction 54, 58, 59, 72, 90
 Hartnoll, Richard 35, 36, 64, 87
 hepatitida 24, 39, 43
 heroin 10, 15, 16, 17, 20, 48, 49, 53, 56, 63, 66,
 71, 77, 78, 79, 80, 83, 90
 HIV/AIDS 30, 31, 33, 39, 43, 48, 49, 54, 60, 61,
 86, 87, 88, 89, 90, 91
 Hygienická stanice hl. m. Prahy (HS HMP) 65,
 68, 75, 76, 78, 80, 82, 91
 hypertermie 74

I

incidence 29, 41, 43, 44
 intoxikace 20, 76

K

kokain 15, 17, 80
 konopí 10, 16, 30, 32, 36, 37, 54, 64, 65, 66, 91
 hašiš 10, 15, 16, 64, 66, 67
 marihuana 9, 10, 15, 17, 48, 64, 66, 67
 kontext 9, 16, 20, 21, 22, 46, 47, 48, 56, 60, 61,
 67
 konzistence 43, 49
 korupce 22
 kouření 21, 58
 Kudrle, Stanislav 18, 19
 kvalita 26, 44, 45, 55, 56, 57, 78

L

léčba 13, 25, 29, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 42, 44,
 46, 47, 48, 49, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61,
 78, 80, 82, 85
 legalizace 16, 17
 legislativa 26, 53, 57, 86, 89, 92
 léky 79, 83
 LSD 15, 67, 72, 74, 75, 76

lysohlávky 15, 74

M

MAO (monoaminoxidázy) 74

MDMA (ecstasy) 15, 20, 32, 64, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 90, 91

metadon 15, 78

Ministerstvo

práce a sociálních věcí 86

školství, mládeže a tělovýchovy 86

vnitřní 86, 90

zdravotnictví 86

množství 17, 35, 47, 48, 49, 56, 57, 59, 72, 75, 76, 79, 80

monetární (peněžní) 23

morfin 15

mortalita 23, 30, 31, 40, 41, 42

N

náklady 92

společnosti 92

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) 35, 85

Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPDC) 66, 69, 73, 76, 79, 80, 90

National Institute on Drug Abuse (NIDA) 13, 14, 48, 50, 91, 92

novela 26, 89, 92

O

odhad 23, 38, 39, 45, 73, 76, 89

prevalence 38, 39, 45

odnětí svobody 56

otrava 30, 41, 74

P

péče 25, 47, 56, 57

pervitin 15, 68, 69, 77, 83

Policie ČR 22, 30, 58, 66, 67, 69, 70, 73, 76, 78, 79, 80, 83, 86, 90

politika 11, 13, 14, 40, 41, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 86, 88

(proti)drogová 43, 55, 58, 73, 86

protidrogová 13, 55, 59

polyvalentní užívání 65

poradna 85

právo 16, 57, 67, 70, 73, 76, 79, 81, 82, 84, 86

prosazování 23, 25

prevalence 29, 31, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 59, 60, 64, 65, 68, 71, 77, 89

celoživotní 33, 37, 59, 64, 68

problémového užívání 33, 38, 44, 77

prevence 13, 16, 23, 25, 37, 40, 42, 43, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 72, 85, 86, 89

aktivity 56

problémové užívání 32, 37, 38, 40, 41, 60

prohibice 16, 59

Protialkoholický obzor 9

předávkování 20, 30, 41, 70, 76, 79, 80, 83

psilocybin 15, 74

R

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) 73, 89, 91

regulace 16, 57, 58, 59, 86

represe 13, 37, 40, 42, 54, 55, 58, 72

rizika 15, 20, 21, 29, 31, 36, 37, 39, 40, 43, 44, 45, 49, 52, 54, 56, 58, 61, 71, 74

zdravotní 20

Rohypnol® 22, 83

rozpočet 54

Ř

řízení 57, 58

S

služba 24, 29, 32, 38, 40, 41, 43, 44, 47, 58, 61, 64, 65, 68, 69, 71, 72, 75, 77, 78, 80, 82, 85, 86, 89

Spojené státy americké 10, 16, 22, 38, 53, 54, 58, 59, 60, 63, 71, 89

správa 80, 86

standardy 23, 26

Státní zastupitelství 58

strategie 13, 17, 47, 54, 55, 58, 59, 89

streetwork 86

Studie 56, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 77, 84, 87

studie 23, 26, 27, 36, 42, 43, 44, 46, 48, 50, 52, 56, 60, 64, 65

studie nákladů na nemoc (Cost of Illness) 23, 24, 25, 26, 27

substituce 15, 86

Subutex® 77, 78, 79, 80

Světová zdravotnická organizace (WHO) 13, 14, 26, 31, 47, 48, 49, 50, 90, 92

syndrom 74

multiorgánového selhávání 74

Š

školy 37, 76, 81, 82, 86

T

tabák 9, 16, 17, 25, 36, 37, 58, 60, 72, 83, 84

taneční drogy 15, 64, 68, 71, 73, 74

techno

parties 72, 83

těkavé látky 10, 11, 14, 15, 20, 81, 82

benzín 11, 82

čikuli 9

toluen 9, 81, 82

testování 57, 72, 73, 91

tablet tanečních drog 72, 73, 91

THC 30, 72

trendy 13, 14, 37, 44, 53, 63, 64, 65, 68, 71, 77, 90

trest 59

U

úmrtnost 18, 25, 29, 30, 31, 41, 42, 43, 67, 74, 76, 81

usnesení 89

užívání 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 71, 74,

75, 77, 81, 82, 83, 84, 85, 87

drog 9, 13, 15, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 85, 87

V

vazba 13

vězeňství 22

výkon 57

trestu 56, 57

Z

zabavení 67, 70, 73, 76, 79, 81

zákon 10, 14, 17, 21, 39, 41, 53, 61

zařízení 40, 41, 48, 65, 66, 69, 84, 89

léčby a služeb: Drop-In 73

léčby a služeb: Podané ruce 73, 86

léčby a služeb: Sananim 85

závislost 11, 14, 17, 18, 21, 30, 31, 33, 35, 37, 54, 65, 69, 83, 85, 88, 89

zkušenost (s drogou) 46, 47, 59, 64, 66, 67, 68, 71, 75, 77, 81, 84

zločin 9

organizovaný 69, 70, 86

zneužívání 10, 13, 17, 18, 20, 23, 26, 27, 29, 30, 32, 35, 52, 53, 55, 67, 74, 77, 81, 83, 86, 89, 91, 92

MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

DROGOVÁ EPIDEMIOLOGIE

Určeno posluchačům Lékařské fakulty UP a pro odbornou veřejnost

Odborná redakce: prof. MUDr. Vladimír Janout, CSc.

Odborná oponentura: PhDr. Michal Miovský, Ph.D., MUDr. Viktor Mravčík,
Mgr. Josef Radimecký

Výkonný redaktor Prof. Ing. Jan Hálek, CSc.

Odpovědný redaktor Mgr. Jana Kreiselová

Technický redaktor Mgr. Petr Jančík

Návrh obálky: Hana Valihorová (www.missing-element.com)

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

www.upol.cz/vup

email: vup@upol.cz

Přípomínky a návrhy autorovi: tomas@zabransky.cz

Vytiskl TISKSERVIS Ostrava, P. Kříčky 24, 702 00 Ostrava

Olomouc 2003

1. vydání

Ediční řada – Učebnice

ISBN 80-244-0709-4