

**Bulletin**  
**Národní protidrogové centrály**

**Vydavatel :**  
Národní protidrogová centrála ÚOOZ S  
KP P ČR

**Vedoucí redakční rady:**  
npor. Miloš Vaněček

**Adresa :**  
Policie ČR, PS 41/V5, 156 08 Praha 5,

**Vydává :**  
oddělení vydavatelství obchodního  
odboru Tiskárny MV, Hybernská ul.č.2,  
112 19 Praha 1,  
tel: 24212671 fax :24217313

**Tiskne:**  
Tiskárna MV, p.o.Bartůňkova 4,  
149 01 Praha 4  
tel.7957011 fax 7952603  
Vychází 4x ročně, cena 63,- Kč  
Roční předplatné 252,-Kč  
Objednávky přijímá a vyřizuje Obchodní  
odbor Tiskárny MV, Hybernská 2, 112 19  
Praha 1

**Distribuci a předplatné pro Slovenskou  
republiku zabezpečuje :**

Magnet-Přes Slovakia s.r.o.  
P.O.Box 169, 830 00 BRATISLAVA  
tel./fax: předplatné 07/525 45 59  
(07/444 545 59)  
tel./fax: administrativa 07/525 46 28  
(07/444546 28)  
sídlí firmy :  
Teslova 12, 821 02 Bratislava

Za věcnou správnost příspěvků ručí autoři  
Přetisk povolen pouze se souhlasem  
redakční rady

Podávání novinových zásilek povolila  
Česká pošta s.p., Odštěpný závod Praha,  
čj.6119/96 ze dne 15.10.1996

Určeno pro služební potřebu policie ČR,  
obecní policie, SZ, soudů a vybraných  
institucí

Povoleno MK ČR - 7834  
ISSN 1211 - 8834

Grafické zpracování titulní strany:  
Zbyněk PROKOP

**Obsah:**

- 1) **Argumenty aneb ne drogové liberalizační  
loby v ČR.**  
*JUDr. Jiří KOMOROUS*  
strana
- 3) **Centrum aplikace injekčních uživatelů drog  
CAIUD**  
*PaedDr. Petr PŘECECHTĚL, Miloš VANĚČEK*  
strana
- 4) **Úmrtí osob po předávkování OPL**  
*Jaroslav ŠEJVL*  
strana
- 5) **Boj proti drogové závislosti**  
*Doc.Ing. Renata ŠTABLOVÁ, Mgr. Pavel  
DANIŠ, Miloš VANĚČEK*  
strana
- 6) **Konopí - CANNABIS**  
*Miloš VANĚČEK*  
strana
- 7) **Co nám přinášejí látky z konopí**  
*Doc.MUDr. Herbert HANUŠ Csc.*  
strana
- 8) **Theophrastus Bombastus vov Hohenheim**  
*Miloš VANĚČEK*  
strana
- 9) **Knihovnička Bulletinu**  
*Miloš VANĚČEK*  
strana

# **ARGUMENTY ANEB NE DROGOVÉ LIBERALIZAČNÍ LOBBY V ČR**

**(JUDr. Jiří KOMOROUS)**

Celá 90.léta a zejména v posledním období se neustále silně a aktivně projevuje v České republice skupina „odborníků“ na drogovou problematiku, která se snaží různými způsoby, zejména pak prostřednictvím médií prohloubit některé velice nebezpečné liberalizační tendence v dané oblasti řešení drogového problému v ČR.

NPDC se domnívá, že tyto velice nebezpečné tendence mají zcela pragmatické a finanční pozadí, a protože řada argumentů liberalizační lobby (dále LL) by v případě uskutečnění měla pro ČR katastrofické důsledky, přičemž lze velice snadno ověřit jejich pravdivost či funkčnost na základě zahraničních zkušeností, zpracovala NPDC pro odbornou veřejnost, zejména pak protidrogové koordinátory v ČR stručný výtah z posledních západoevropských, amerických, ale i českých studií jako soubor argumentů a odpovědí na nejčastější teze LL.

## **ÚVOD**

### **Výbor OSN pro mezinárodní kontrolu drog INCB 1998**

#### **KULTURA TOLERUJÍCÍ REKREAČNÍ UŽÍVÁNÍ DROG PODKOPÁVÁ ÚSILÍ PREVENCE**

Výbor vyjadřuje realistický názor, že všechny formy experimentování s drogami, jejich užívání a zneužívání nebudou nikdy zcela vymýceny. To by však neměl být důvod k tomu, abychom se vzdali konečného cíle preventivních snah, totiž společnosti bez drog.

Mají-li národní vlády zájem o úspěšné zabránění dalšího šíření zneužívání omamných látek na národní i mezinárodní úrovni, musejí být připraveny postavit se proti těm, kdo udávají tón a aktivně vytvářejí „přátelsky nakloněné“ prostředí vůči drogám. (Výroční zpráva Výboru pro mezinárodní kontrolu drog, vydaná 24.2.1998)

V letošní zprávě se soustřeďuje na otázku snížení poptávky a otázku prevence. Výbor konstatuje, že nejvíce znepokojivým vývojem v této souvislosti je kultura „přátelského přístupu“ k drogám, jež očividně nabývá na významu.

Výbor INCB je velmi znepokojen tím, že ti, kdo podporují legalizaci jiného než lékařského užívání drog, nabývají na síle a ovlivňují politické činitele. Úsilí redukovat zneužívání drog na světě bude méně účinné, jestliže programy směřující ke snížení poptávky budou podkopávány zastánci legalizace drog. INCB ve své zprávě vyzývá všechny vlády, aby přísně dodržovaly mezinárodní smlouvy o drogách, na nichž se dohodly.

HAMID GHODSE  
prezident INCB

## KOMENTÁŘ NPDC:

Neexistuje autoritativnější a vrcholovější mezinárodní orgán světového společenství v problematice OPL.

Nechť si čtenář laskavě porovná vyhlášení tohoto nadnárodního světového orgánu a obecnou mediální praxi v ČR, včetně veřejně proklamovaných tezí některých velmi známých reprezentantů LL v ČR o možnosti experimentování s drogami, o kriminalizaci resp. nutnosti dekriminalizace, o „normálnosti“ drog ve společnosti, požadavcích na legalizaci marihuany, projektech na otevírání tzv. „šleháren“ a další a další.

Jsem přesvědčen, že pokud kompetentní orgány ČR v širokém konsensu a při zachování vyváženého přístupu represe a prevence nestanoví základní strategický cíl protidrogové politiky státu ve smyslu výzvy INCB, a to „společnosti bez drog“, kterému se podřídí veškeré aktivity, programy a strategie, tak se nadále budeme pohybovat v bludném kruhu bojů různých lobistických skupin a situace se bude jen zhoršovat.

## ARGUMENTY

**I. LL:** Represe nic neřeší. Jako jednoznačný příklad negativního příkladu jsou USA.

(Nejčastější a argument LL v ČR podporovaný mediálně, a navíc např. rockovými koncerty pod stejným logem zaměřených na ovlivňování mladší a nejmladší generace.)

## SKUTEČNOST:

Silné protidrogové represy (vynucování dodržování zákonů) ve Spojených státech je úměrné snižování kriminality, užívání drog a úrovní snižování drogové závislosti. Vliv tvrdších protidrogových sankcí byl zastíněn převládajícím mýtem, že americká drogová represe se stala příliš „trestající“ nebo je neúspěšným přístupem, který by měl být nahrazen strategií veřejného zdravotnictví pomocí přesměrování represivních zdrojů na léčebné programy.

Tento mýtus byl připraven a propagován mnohamiliónovou prodrogovou legalizační lobby, volnomyšlenkáři a zmýlenými akademickými výzkumníky ve veřejných médiích. Historická zkušenost nás varuje, že oslabení drogové represe vede k zvýšeným sociálním nákladům a problémům.

Základní předpoklad, že USA použily více trestající politiku vůči drogám, je nepřesný a založený na chybných hlediscích. Když „tvrdość“ je zde definována z množství zatčení a uvěznění, aby odrážela poměr zadržených ke skutečně uvězněným, zjistíme, že období tolerance vůči drogám byl v rozmezí 1960 až 1980 (USA).

V tomto období drogová tolerance a slabých trestních sankcí dramaticky narostla kriminalita a násilnosti se rozšířily po USA.

Poměr uvězněných za drogové delikty sice klesl o 79% mezi roky 1960 a 1980, ale, užívání drog mezi mládeží stoupl o více než 500%.

Rostla závislost na drogách u heroinu stoupla o 900%.

Násilné zločiny vzrostly o 270%, v průměru o 13% ročně.

Zločiny proti majetku vzrostly o 210%.

Vloupání vzrostla o 230%.

Vraždy narostly o 100%.

Loupeže narostly o 318%.

Poté, co se poměr uvězněných zvýšil za drogové delikty o 447% mezi roky 1980 a 1995:

Počet vražd poklesl o 21%. (Odhad 27% 1980-96)

Počet loupeží poklesl o 10%.

Počet vloupání klesl o 41%. (Odhad 44% 1980-96)

Závažné zločiny poklesly o 11%. (Odhad 14% 1980-96)

Majetková trestná činnost klesla o 13%. (Odhad 14% 1980-96)

Počet mládeže užívající drogy se snížil o více než třetinu.

Zpomalil se nárůst násilné trestné činnosti z 13% na 1% ročně.

Počet vražd poklesl o 7%.

Silné užívání kokainu kleslo o 11% a heroinu o 17% od roku 1988.

Hodnoty byly aktualizovány podle nové úplné zprávy z roku 1997.

Pouze, když USA opustily protidrogovou politiku dominovanou tolerantním léčením, se podařilo snížit nárůst užívání drog a zločinnost.

Šéfové americké policie věří, že nejpřímější cesta k poklesu zločinnosti je snižování užívání drog. Stanovení závazných minimálních trestních sazeb za drogové delikty v roce 1988, bylo následováno největším národním poklesem užívání drog. Poměr vražd spojených s narkotiky také poklesl s tvrdšími trestními praktikami a zavedením základních minimálních zákonů.

## **ZÁVĚR:**

Úspěch tvrdé drogové represe ukazuje mnohé mýty a nedorozumění o vlivu tvrdší represe a varuje před návratem k tolerantní drogové politice sedmdesátých let.

Prevence a léčení musí být základem boje proti drogám, nicméně bez represe i držitelů drog bude stejně neúčinná, jako by byla snaha bojovat proti alkoholu za volantem pouze osvětou.

## **KOMENTÁŘ NPDC:**

Shora uvedená fakta z americké studie jednoznačně vyvracejí jeden ze základních argumentů LL v ČR a dosvědčují, jak nebezpečná je tato základní teze cílevědomě a dlouhodobě rozšiřovaná v ČR zastánci LL.

NPDC se domnívá, že situace v ČR v současné době je obdobná situaci v USA v rozmezí let 1960 - 1980.

**II. LL:** a) Ilegální charakter, šíření a konzumace by způsobily nárůst zločinnosti a násilí.

b) Kdyby drogy byly vydávány legálně, zmizely by obrovské zisky z drog, stejně jako černý trh a kriminální aktivity spojené s potřebou získat peníze na nákup drog.

## **SKUTEČNOST:**

Fórum proti legalizaci drog - srpen 1994 - QUANTICO - VIRGINIE.

a) Legalizace drog nesnižuje kriminalitu násilí. Zločiny se páchají nejen proto, že lidé chtějí kupovat drogy, ale zejména a častěji proto, že lidé drogy konzumují! Užíváním drog se mění chování lidí a podněcuje jejich kriminální činnost.

b) Kriminální činnost se v důsledku legalizace nesnižuje, stejně jako odvoláním prohibice alkoholu nezmizeli gangsteři.

III. LL: a) Boj proti drogám se nedá ve skutečnosti vyhrát.

b) Příkladem, jak je takováto snaha marná, je příklad USA.

#### **SKUTEČNOST:**

Efekt národního programu boje proti drogám v USA

1979 - 24.000.000 aktivních konzumentů drog v USA

1994 - 13.000.000 aktivních konzumentů drog v USA

1980 - 33,7% konzumovalo marihuanu

1994 - 19% konzumovalo marihuanu

IV. LL: Cesta k řešení neutěšené drogové situace v ČR je v otevření tzv. „šleháren“, míst legální aplikace drog pod lékařským dohledem:

#### **SKUTEČNOST:**

Zkušenost Velké Británie s běžně dostupným heroinem ukazuje nárůst jeho spotřeby a závislosti!

VB umožnila lékařům předepisovat narkomanům heroin. V polovině 80.let nastal explozivní nárůst počtu osob závislých na heroinu, který se ročně zvyšoval o 30%!!!

(Lancet - 9.1.1982)

V roce 1970 registrováno 2657 osob závislých na heroinu, v roce 1980 registrováno 5107 osob závislých na heroinu.

(po shora uvedeném experimentu heroin na lékařský předpis)

MUDr. Robert L. Du PONT, bývalý ředitel ústavu NATIONAL INSTITUT on Drug ABUSE - USA

Legalizace jakýchkoliv drog vede k velkému nárůstu užívání legalizovaných drog.

Britský systém nefungoval. Konzumace drog se zvyšovala, zvláště mezi mladistvými, a mnoho narkomanů se rozhodlo bojkotovat legální experiment a nakupovat dále heroin u překupníků.

Podle Johna KAPLANA ze Stranford University se počet narkomanů zvýšil na pětinasobek. James Q. WILSON uvádí, že pokus britské vlády o kontrolovanou distribuci heroinu skončil přinejmenším třicetinasobným nárůstem počtu narkomanů v průběhu deseti let.

Dalším negativním příkladem je Švýcarsko, které se stalo přitažlivou zemí pro narkomany z celého světa. Jedna z hlavních zkušeností, kterou evropské státy získaly, je skutečnost, že zvýšená tolerance v otázce konzumace drog přivede do země mnoho nevídaných hostů. V roce 1987 povolilo město Curych užívání a prodej drog v části města zvané Platzspitz, přezdívané „Park jehel“. O pět let později byl experiment ukončen vzhledem k neúnosnému přílivu narkomanů a rostoucímu počtu úmrtí a násilných trestných činů. V roce 1992 mluvčí radnice v Curychu Andres OHLER v rozhovoru pro New York Times prohlásil, že počet pravidelných narkomanů na Platzspitz vzrostl z několika set v roce 1987 na 20.000 v roce 1992.

V. LL: Marihuana není problém. Dekriminalizovat! Marihuana je méně nebezpečná než alkohol či tabák. Marihuana má léčivé účinky. Legalizovat užívání!

## SKUTEČNOST:

V červenci roku 1995 uspořádalo Ministerstvo zdravotnictví USA první výzkumnou konferenci týkající se marihuany. Na konferenci byly zveřejněny nové informace o dlouhodobých nebezpečích užívání marihuany, např.:

PhDr. Peter FRIED z Carleton University v Ottawě zjistil, že užívání marihuany během těhotenství má škodlivé účinky na intelektuální schopnosti dětí ještě po deseti i více letech po narození.

PhDr. Billy MARTIN z Virginia Commonwealth University dokázal pokusy na zvířatech, že nucené užívání marihuany může vyvolat závislost podobně jako u jiných nelegálních drog.

PhDr. Roger ROFFMAN a PhDr. Robert STEPHENS, z University of Washington dokázali, že marihuana může způsobit vážné dýchací potíže u osob, které po dlouhém užívání marihuany chtějí konzumaci ukončit.

V prohlášení American Medical Association (AMA) se o marihuaně mimo jiné uvádí: „Tento názor AMA není nový, byl přijat již v roce 1969 a znovu potvrzen v roce 1994.“

## MARIHUANA

V šedesátých a sedmdesátých letech byla marihuana v USA považována za neškodnou a nenávykovou. Mnoho lidí tvrdilo, že kouření marihuany je méně škodlivé než kouření cigaret nebo pití alkoholu. V té době bylo jen několik málo odborných studií, které vylučovaly tato tvrzení. Populární hudba a film se snažily prokazovat, že užívání marihuany je sociálně přijatelné. (Současná situace ČR 90.léta - poznámka zpracovatele)

Většina výzkumů dnes potvrzuje, že marihuana může být návyková a má na uživatele negativní mentální, emocionální a fyzický dopad.

Marihuana, dokonalá malá chemická továrna, obsahuje 426 chemikálií. Tyto se při kouření promění ve 2000 nových chemikálií. Více než 70 z nich jsou cannabinoidy. Jeden z těchto cannabinoidů je delta 9 tetrahydrocannabinol (THC), což je psychoaktivní cannabinoid, který způsobuje ten známý pocit intoxikace či stav podobný opilosti. Síla marihuany je dána množstvím THC, který obsahuje. Čím víc THC je v ní obsaženo, tím se **stává silnější a škodlivější!**

THC a ostatní cannabinoidy jsou ukládány do tukových tkání jater, plic, mozku, sleziny a sexuálních orgánů a mohou být v moči nalezeny i sedm až deset dní po vykouření jediné cigarety marihuany. Takže jestli je někdo „běžný“ kuřák (dvě marihuana cigarety za týden po šest měsíců), pak tukové části těla jsou kompletně prosyceny touto drogou a THC může být u něj v těle nalezen i po několika měsících.

Marihuana mění chemii v mozku, může vyprodukovat agresi nebo paniku a úzkost způsobuje toxickou psychózu. Při požití ústy je velké riziko předávkování. Snižuje schopnost učit se a způsobuje krátkodobou paměť, vytváří tzv. „flash back“. Poškozuje tkáň, znásobuje duševní problémy, oslabuje imunitní systém.

Kouření cannabis produktů má škodlivější efekty než kouření tabáku. Oproti tabákovému kouři bylo v kouři marihuany nalezeno o 50% více chemikálií, které způsobují rakovinu (benzopyrin a benzothracin). Marihuana snižuje schopnost plic bránit se proti infekcím a má škodlivější vliv na plicní stěny než tabák.

**MUŽI:** Kouření marihuany snižuje testosterony (hlavní mužské hormony). Užívání může způsobit snížení počtu spermií a jejich mobility, která je důležitá pro oplodnění vajíčka, a zvýšit abnormalitu ve spermiích, což má vliv na deformitu, či abnormalitu plodu.

ŽENY: Kouření marihuany má za následek snížení plodnosti. Chemikálie mohou být toxické pro vyvíjející se embryo, což může způsobit potrat, zapříčinit různé deformace narozeného dítěte, někdy i **jeho smrt v předporodním období**. Tzv. „fatal marihuana syndrom“, který je charakteristický nižší porodní váhou a vyvinutými abnormalitami, je registrován **pětkrát častěji** než „fatal alkohol syndrom“.

Má velmi špatný vliv na veškerou činnost, která vyžaduje mentální, psychickou a fyzickou koordinovanost např. u řízení motorových vozidel.

Negativní účinky marihuany mohou na člověka působit **až 24 hodin po užití**.

#### KOMENTÁŘ NPDC:

Zvláště ta část americké studie popisující situaci 60. a 70.let v USA ohledně snah hudby, filmu a médií o prokazování, že užívání marihuany je sociálně přijatelné, zcela koresponduje současnou situaci v České republice.

Situace je o to horší, že dlouhodobé analýzy celosvětové, ale dnes již i některé výzkumy v ČR potvrzují, že až 70% uživatelů marihuany dříve nebo později přechází na tvrdší razantnější typy drog.

Špatnou situaci nadále prohlubuje fakt, že dlouhodobý psychologický a mediální tlak LL na nejmladší generaci v ČR dosáhl toho efektu, že drtivá většina dnešních -náctiletých je skutečně přesvědčena, že marihuana není droga a není problém.

VI. LL: Novelizace TZ v oblasti trestnosti držby OPL v ČR povede k tomu, že policie ČR začne v rámci čárkového systému honit nebohé toxikomany na úkor odhalování závažných drogových deliktů, policie ČR bude odchyťovat toxikomany před K-centry, ztíží se práce street-worků, novelizace bude mít jednoznačně negativní dopad na drogovou scénu.

#### SKUTEČNOST:

Policie ČR v rozmezí leden - srpen 1999 odhalila 4.038 drogových deliktů. Z tohoto čísla bylo 305 přestupků dle § 187a) a 250 tr. činů dle téhož paragrafu, tedy je tak jednoznačně vyvrácen argument LL o zneužití novelizace k tzv. čárkovacímu systému, čili není potvrzen avizovaný trend, že policie ČR se v rámci tzv. čárkovacího systému vrhne po 1.1.1999 na realizování případů prosté držby na úkor potírání distribuce a dealerů OPL. Vyjma vyjimečných excesů nedošlo ze strany policie ČR k významnějšímu narušení práce K-center, zejména spočívající v avizovaném „odchyťování“ toxikomanů před těmito zařízeními. Bylo zaznamenáno několik případů nepochopení práce street-worků K-center ze strany příslušníků hlídkové služby, které se řeší operativně v rámci školení a metodického usměrňování v rámci policie ČR.

Bylo zaznamenáno ztížení fungování distribučních sítí drogových organizací s nejzákladnějším zatížením odrazem novelizace snížením dostupnosti OPL pro prvokonzumenty !

VII. LL: Kriminalizace držby drog je špatná cesta. Toxikomanie je nemoc, kterou je třeba léčit, nikoli trestat, riziko zneužívání kriminalizace ze strany policie, nárůst ceny drog a další.

#### SKUTEČNOST:

(Pozn. V následujícím textu jsou použity vybrané pasáže z materiálu JUDr. Oldřicha Heina - Právní rozhledy č. 4/1999 se kterýmžto materiálem se NPDC zcela ztotožňuje, neboť vyjadřuje realistická a pravdivá hlediska ke shora uvedeným argumentům LL v ČR.)

Zásadně nemohu souhlasit s názorem, že tzv. „drogová represe“ vůči držitelům drog či toxikomanům, kteří drží omamnou či psychotropní látku pro vlastní potřebu, je morálně nepřipustná. Je třeba si jednou pro vždy vyjasnit tyto otázky:

1. Je konzument drogy skutečně pouze nevinnou obětí, nebo je vědomým podílníkem na obchodu s drogami?
2. Je toxikomanie skutečně jen „oprávněným“ sebepoškozováním pramenícím z přirozeného a základního práva rozhodovat sám o sobě a o svém zdraví, nebo je svévolným sekundárním ohrožením svého bezprostředního okolí a koneckonců celé společnosti?

**Ten, kdo drogu žádá a kupuje, se nikoliv z hlouposti, ale naprosto vědomě a úmyslně na obchodu s drogami podílí.**

Lze konstatovat:

1. Boj proti drogové (byť začínající) závislosti vyžaduje především intenzivní, maximální a všestrannou prevenci.
2. Nikdo nesmí zneužívat svých lidských práv k poškozování svých spoluobčanů, rodinných příslušníků a celé společnosti a žádat ohledy proto, že se úmyslně, vlastním přičiněním přivedl do stavu drogové závislosti.
3. Ten, kdo bere drogy, je stejný viník jako ten, kdo drogy vyrábí nebo distribuuje. Stupeň společenské nebezpečnosti a výše postihu je věc jiná.
4. Nemorální je brát drogy a podílet se na jejich šíření.
5. Shovívavý a „rádoby humánní“ přístup k držitelům drog a k osobám drogově závislým je bez náležitého „trestněvýchovného zázemí“ stejně škodlivý jako naprosté ignorování tohoto závažného protispolečenského jevu.

Každý z nás má v životě své povinnosti - a nikdo není oprávněn se jich zříci a jednostranně zdůrazňovat svá nezadatelná „lidská práva“. Omlouvání takového chování je stejně škodlivé jako jeho přímá podpora.

## **ZÁVĚR**

Národní protidrogová centrála ukončila v rozmezí leden 1993 - červen 1999 739 operací, při nichž bylo zatčeno 1.246 pachatelů, z toho bylo 193 cizinců, kteří byli celkově obviněni z 1.831 trestných činů. V rámci těchto operací bylo zajištěno 98103,05 kg drog, tedy zhruba 98 tun.

Vezmeme-li četná zahraniční ocenění a vyznamenání české policejní NPDC, můžeme konstatovat, že oněch 98 tun je cca 20-30% drog, které jinak celkově doputují na nelegální drogový trh. Tedy představme si ten obrovský x-násobek, který spotřebuje nelegální drogový trh.

Při všech rezervách a nedostacích policie se domnívám, že policie ČR svůj úkol snižování nabídky za stávajících podmínek plní. I v případě ještě dalšího zlepšení efektivity naší práce již nedojde k zásadnějšímu posunu v oblasti záchytu a paralyzace drogových sítí.

Pozitivní změna nastane, až se podaří „zlomit“ tendence v oblasti poptávky, tj. snížení zájmu o drogy, zejména v mladé generaci, a tomu je třeba podřídit veškeré protidrogové aktivity vládních i nevládních organizací.



Splnění tohoto kardinálního úkolu lze dosáhnout splněním základních výchozích postupů:

1. Stanovit principiální strategický cíl drogové politiky státu - společnost bez drog. Tomu podřídí veškeré aktivity včetně financování různých programů.
2. Maximálně omezit mediální působení LL např. vhodnou daňovou a licenční politikou orgánů státní správy s důsledným využitím i stávajících platných právních norem.
3. Zapojit do oblasti primární prevence, zejména v oblasti volnočasových aktivit mládeže, veškeré vládní i nevládní instituce.
4. Využít maximálně zkušeností ze zahraničí z podobných programů v aplikaci na naše podmínky (např. Národní strategie boje proti drogám v USA v letech 1980 - a dále).
5. Vytvořit Protidrogovou asociaci vládních i nevládních institucí, organizací, zástupců médií, poslanců, politiků, lékařů, odborné veřejnosti a dalších jako koordinačního prostředku vůči liberalizační lobby v ČR.

# **CENTRUM APLIKACE INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG - CAIUD -**

---

**PaedDr. Petr PŘECECHTĚL, Miloš Vaněček, NPDC**

---

Stanovisko Národní protidrogové centrály k předloženému projektu takzvaných „ŠLEHÁREN“. Součástí tohoto stanoviska jsou i zahraniční zkušenosti ze Švýcarska. Přestože již byly v Bulletinu NPDC publikovány, uvádíme je znovu pro porovnání uváděných informací.

**CAIUD JE PROJEKT PŘEDLOŽENÝ EVŽENEM KLOUČKEM RADĚ MĚSTSKÉ ČÁSTI  
PRAHA 1**

*(Materiál pro rozhodnutí Rady MČ Praha 1)*

## **I. Projekt CAIUD**

### **NÁVRH:**

#### **1. popis problematiky, kterou projekt řeší :**

##### **Otevřená drogová scéna**

Jak v předešlých letech, tak i v roce 1998 byla lokalita obvodu Prahy 1 nejvíce frekventovaným prostředím pro prodej a užívání omamných látek. V průběhu roku se sice měnila místa, kde docházelo k výše popsaným jevům, nicméně stále se vše podstatně odehrávalo na obvodu Prahy 1.

Trh s omamnými látkami se na začátku roku 1998 přesunul z náměstí Republiky do Kaprovy ulice. Na tomto trhu se nejvíce nabízel heroin v ceně, která i nadále zachovávala úroveň roku 1997 tj. 800-1000 Kč za gram. Trh se přestěhoval z náměstí Republiky z důvodů podstatně zvýšeného rizika obchodu v důsledku aktivity Policie České republiky. Došlo tedy k situaci, kterou jsem popisoval v předešlých bilančních zprávách. Nekoncepční tlak represivních složek státu na otevřenou drogovou scénu posunul její místo o několik stovek metrů dál, bez vlivu na její fungování či ohrazení na lokalitu, která by pro ni byla vhodnější z hlediska města Prahy nebo obvodu Prahy 1.

Navíc se dá konstatovat, že ke spontánnímu umístění trhu s omamnými látkami do Kaprovy ulice došlo v době, kdy se opravovala stanice metra A Staroměstská a nebylo tedy možné využít k injekční aplikaci WC zařízení metra. To mělo za následek, že uživatelé při hledání vhodného místa k aplikaci nakoupené drogy využívali záchodů Filosofické fakulty na náměstí J. Palacha. Škola tento přísun nevídaných zájemců o jejich služby řešila za asistence bezpečnostní agentury, což vyvolalo rozsáhlou konfrontaci se studenty FF UK. K tomuto vývoji situace došlo proto, že vedení školy svoje rozhodnutí a důvody, které k němu vedly předem nekonzultovalo se studenty FF UK, kteří se pak cítili jakoby pod dohledem.

Uživatelé drog posléze zaplavili okolní podniky a ulice, kde si aplikovali dávky bez ohledu na postoje majitelů podniků či občanů, kteří ulicemi procházeli. Následkem toho docházelo k velice konfliktním situacím, které zotřovaly celou atmosféru v centrální lokalitě Prahy, která je velmi frekventovanou turistickou trasou.

Dalšími lokalitami, kde se nacházel v roce 1998 trh s omamnými látkami, bylo okolí stanice metra trasy A Můstek a trasy B Národní třída. I když se nedá hovořit, alespoň zatím, o specializaci jednotlivých trhů na určité látky, na uvedených lokalitách byl v prodeji pervitin, i když v omezeném množství. Cena pervitinu stejně jako heroinu zůstala na úrovni roku 1997, tj. 800-1000 Kč za gram. Situace na Můstku a Národní třídě byla z hlediska viditelnosti scény přeci jen odlišná. Přispěla k tomu možnost využití WC metra a obchodního domu Tesco

(Národní třída) k aplikaci drogy a fakt, že obě lokality se vyznačují větší frekvencí pohybů občanů, a tím i určitou neviditelností obchodu s omamnými látkami.

Národní třída byla také specifická soustředěností bezdomovců a alkoholiků v okolí stanice metra.

Existence otevřených drogových scén na obvodu Prahy 1 měla vedle negativních aspektů i přínos. Ten vidím v tom, že pracovníci programu streetwork OS Sananim a nadace DROP IN (nyní DROP IN op.s) měli možnost dobrého přístupu k uživatelům drog. To se promítlo do efektivity programu snižování rizik při injekčním užívání drog. Počty vyměněných stříkaček a jehel, distribuce desinfekčních tamponů a distribuce klientů do nízkoprahových zařízení výše uvedených institucí stoupl. Tím se i do určité míry omezily rizikové prvky chování uživatelů omamných látek a zároveň stoupla důvěra této specifické populace k pracovníkům programu péče o uživatele drog. Tento fakt je však nyní již minulostí v souvislosti s novou právní úpravou drogové problematiky.

Spolupráce mezi terénními programy obou institucí nebyly, podle mého názoru, na optimální úrovni, což se projevovalo například tím, že docházelo ke zdvojení pracovníků v určité lokalitě a nejednotnosti v typech nabízených pomůcek. Tím docházelo k oslabení dostupnosti a nabízené šíří programu terénního pracovníka s uživateli omamných látek. Zde by mohla městská část Praha 1 sehrát koordinační úlohu za předpokladu vstřícného postoje a následně užší spolupráce s oběma institucemi.

Existence otevřené drogové scény na obvodu Prahy 1 staví před nás otázku, jak z hlediska dostupných prostředků úřadů můžeme situaci pozitivně ovlivnit. Vedle represivních prostředků, kterými, jak je vidět z vývoje situace v obvodu Prahy 1, nejde existenci otevřených drogových scén dostatečně ovlivnit, jsou možné i jiné alternativy řešení. Jsou však velmi, především politicky těžko prosaditelné. Jde o to pojmenovat nejvíce negativní jevy existence otevřených drogových scén a přijmout fakt, že jejich naprosté potlačení represivními prostředky je nereálné.

Co tedy nejvíce zatěžuje občany a instituce, kteří jsou v kontaktu s výskytem drogových scén ?

Z mých zkušeností je to :

1. viditelná injekční aplikace drog,
2. odhozené použité stříkačky a jehly,
3. pouliční kriminalita uživatelů drog.

Zatímco třetí bod je mimo kompetenci městské části Prahy 1, můj návrh do určité míry eliminuje první dva za pomoci ustavení Centra Aplikace Injekčních Uživatelů Drog (CAIUD). Jde o to vybudovat z hlediska lokality existence otevřené drogové scény snadno dosažitelné centrum, které by se specializovalo na program snižování rizik a mělo k dispozici místnost pro aplikaci drog. To by se dělo anonymně za asistence zdravotnického personálu, který by dohlížel na hygienickou a zdravotní „nezávadnost“ výše uvedené aktivity uživatelů drog. Zdravotní personál by mohl v případě nastalé krizové situace, například předávkování, poskytnout nezbytnou první pomoc.

Existence projektu CAIUD by zahrnovala i poskytování pomůcek v rámci programu snižování rizik, a tím by doplňovala existující terénní programy a nízkoprahová centra v hlavním městě Praze. Celý systém péče o aktivní injekčně aplikující uživatele drog by se tím stal celistvějším a efektivnějším. Ve svých důsledcích by ustavení aplikační místnosti mělo za následek vedle zklidnění občanů i úsporu finančních prostředků státu vynaložených na předávkované uživatele drog a na léčbu různého typu infekčních onemocnění

## STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY :

### 1. Popis problematiky, kterou projekt řeší :

Pravděpodobně se jedná o naznačení východisek projektu.

Popis otevřené drogové scény v lokalitě obvodu Prahy I je neaktuální, nepřesný a jednostranně účelový. *(Nelze souhlasit s tvrzením, že trh se přestěhoval z nám. Republiky, že nekoncepční tlak represivních složek státu na otevřenou drogovou scénu jen posunul její místo o několik stovek metrů dál bez vlivu na její fungování, že na uvedených lokalitách byl v prodeji i pervitin, i když v omezeném množství.)*

Diskutabilní je i tvrzení, že existence uvedených otevřených drogových scén měla i přínos v tom, že pracovníci programu streetwork měli možnost dobrého přístupu k uživatelům drog, což se promítlo do efektivity programu snižování rizik inj. užívání drog ve smyslu zvýšeného počtu vyměněných stříkaček. Zmíněný „přínos“ může být přirozeným důsledkem zvýšeného počtu uživatelů (viz. *INCIDENCE problémových uživatelů drog - Hygienická stanice hl.m. Prahy, studie za rok 1998*). Navíc tato skutečnost se nejeví tak „pozitivně“ v kontextu se zvýšeným počtem osob, zejména dětí poraněných o „odhozené“ stříkačky, a již vůbec nekoresponduje se zvýšeným počtem případů uživatelů, kteří onemocněli virovou hepatitidou typu B.

Kategoricky nelze souhlasit s vágním tvrzením, že v souvislosti s novou právní úpravou drogové problematiky došlo k snížení důvěry uživatelů k pracovníkům programu péče o uživatele drog. Uvedené tvrzení by bylo vhodné autorem konkrétně doložit, neboť je zcela v rozporu s dosud získanými výsledky aplikace příslušných norem v praxi.

Spolupráce mezi terénními programy OS Sananim a DROP IN op.s., která dle vyjádření autora není v dané lokalitě na optimální úrovni a návrh, aby tento problém byl řešen MČ Prahy I, která by zde měla dle návrhu sehrávat koordinační úlohu, není svojí podstatou zcela na místě, neboť je to problém pouze těchto zmíněných institucí, které jsou k tomuto zcela fundované, finančně dobře vybavené, a předpokládá se jejich napojení na koordinátora MČ Prahy I, který by měl z titulu své funkce za tuto koordinaci zodpovídat.

Zcela nelze souhlasit s dogmatickým a zde účelově uvedeným tvrzením, že *naprosté potlačení existence otevřených drogových scén represivními prostředky je nereálné*. Zde by bylo vhodnější a v kontextu s uvedeným úprimnější poukázat na fakt, že **represe musí směřovat k maximálnímu snížení nabídky a prevence k maximálnímu snížení poptávky**.

Jako zavádějící se zde rovněž jeví výčet a pořadí toho, co nejvíce zatěžuje občany a instituce, kteří jsou v kontaktu s výskytem drogových scén. Dle našich zkušeností se jedná zejména o:

1. **vlastní nabídku, prodej a distribuci drog** a vše, co s tímto negativním jevem úzce souvisí (obtěžování občanů, výtržnictví, hluk, rušení nočního klidu, pocit nejistoty a bezpečí, ataky ze strany prodávajících, v případě institucí, obchodů, hotelů, restaurací apod. se jedná o narušení image, serióznosti, odrazení klientely atd.) a nyní následuje výčet autora projektu ovšem se změnou pořadí dle významnosti,
2. pouliční kriminalitu uživatelů drog,
3. odhozené použité stříkačky, a jehly,
4. viditelnou injekční aplikaci drog.

Dále následují tvrzení, kterými se autor snaží opodstatnit vybudování CAIUD, ale tato jsou mnohdy v naprostém rozporu se skutečnostmi uváděnými v dalších částech materiálu, a zejména se zkušenostmi uvedenými v materiálu **Přehled dostupných zkušeností a výzkumu** (autor MUDr. Tomáš Zábranský) a dále v materiálu **Návrh procesu interaktivního rozhodování týkající se vytvoření aplikačních místností na Praze I** (autor ředitel Agora Central Europe p. Eric Berman), tedy v materiálech, které by měly celý projekt podpořit. V uvedeném smyslu se jeví jako rozporuplné tvrzení, že *zařízení by mělo fungovat na principu anonymity za asistence zdrav. personálu v rozporu s tvrzením o identifikaci*

*klientů (viz. ad.4), dále, že zařízení by mělo být nízkoprahové s principem maximální otevřenosti v rozporu s již uvedeným a výběrem klientů (viz ad4).*

Tvrzení, že zdrav. personál by mohl v případě nastalé krizové situace, např. předávkování poskytnout, první pomoc se jeví jako logické, zůstává však medicínskou otázkou, do jaké míry je reálné poskytnutí pomoci u fatálních případů aplikace drogy s dopředu neznámým % účinné látky ve vztahu k individuální toleranci typické u heroinu, což se aktuálně jeví jako nejčastější příčina úmrtí, a nebo u případů, kdy se potíže z předávkování dostaví s významným časovým odstupem po aplikaci v souvislosti s jinými zdravotními indispozicemi konkrétního uživatele, tedy v době, kdy aplikační místnost opustí. Uvedenou skutečnost lze aktuálně doložit následujícími fakty : od počátku roku 1999 do současné doby bylo na území hl.m. Prahy zaznamenáno cca 45 případů úmrtí následkem předávkování drogou, z toho se v min. 5 případech jednalo o drogu pervitin a v min. 10 případech o drogu heroin, z celkového počtu případů byly pouze 3 případy zaznamenány v lokalitě Prahy 1 ( např. v Praze 3 bylo těchto případů nejvíce, t.j. 6) tedy v lokalitě, kde se dle návrhu zvažuje zřízení CAIUD, jehož zřízení by dle uvedeného bylo významnější např. v lokalitě Prahy 3.

Rovněž tak nelze zcela jednoznačně souhlasit s tvrzením, že *ve svých důsledcích by ustanovení aplikačních místností mělo za následek vedle zklidnění občanů i úsporu finančních prostředků státu vynaložených na péči o předávkované uživatele drog a na léčbu různého typu inf. onemocnění.* Zmíněné tvrzení je zejména ve své první části v naprostém rozporu s již citovaným podkladovým materiálem t.j. Návrh procesu interaktivního rozhodování týkající se vytvoření aplikačních místností na Praze 1, kde autor E. Berman již v úvodu uvádí, že : „ **Skutečnost, že uvidí drogově závislé do této místnosti vcházet a vycházet, spolu s obavou, že takovéto zařízení bude fungovat jako magnet pro uživatele drog a drogové dealery, budou vnímány jako přímé ohrožení kvality života a bezpečnosti v okolí. Je také možné očekávat obavy ekonomického charakteru, jako například pokles hodnoty nemovitostí a pokles ekonomických aktivit ohrožujících majitele obchodů v oblasti přibližně 100 metrů kolem aplikační místnosti. Jsou to obavy opodstatněné**“.. Druhá část tvrzení týkající se úspory finančních prostředků se jeví, tak jak je zde formulována , jako naprosto spekulativní, neboť není nikterak doložena.

## **NÁVRH:**

### **1. pro koho je projekt určen – cílová populace:**

Centrum se ve své činnosti zaměří výhradně na injekční uživatele drog. Těm bude poskytovat své služby (viz metody).

Z hlediska počtu uživatelů injekčních ilegálních drog, kteří služby CAIUD budou využívat, je nutné před spuštěním projektu provést dotazníkové šetření u klientů střediska a terénních programů DROP IN, K Centra a terénního programu Sananim. Z tohoto šetření bude možné odhadnout počet klientů, a tedy i nutnou kapacitu CAIUD.

## **STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY**

### **2. Pro koho je projekt určen - cílová populace:**

S ohledem na doposud známá fakta (viz. již zmíněná studie Hygienické stanice hl.m. Prahy) nelze přijmout jako jednoznačně pozitivní odůvodnění, že *CAIUD bude zaměřeno výhradně na injekční uživatele*, neboť celý projekt včetně nemalých finančních nákladů nepostihne nikoliv nevýznamnou část z celkového počtu uživatelů drog.

Nelze souhlasit se záměrem provést dotazníkové šetření ve smyslu odhadnutí počtu uživatelů potencionálně využívajících zařízení CAIUD před spuštěním projektu, neboť zmíněné šetření a výsledky z něj plynoucí by měly být zřejmě k dispozici ještě před schvalovacím řízením, měly by tedy být součástí navrhovaného materiálu. A s ohledem na

významnost těchto šetření pro rozhodovací proces, zejména pak v rámci objektivitu, by bylo vhodné stanovit takového garanta prováděných šetření, který by neměl být na případném zřízení CAIUD nikterak přímo zainteresován.

#### **NÁVRH:**

##### **3. cíle nebo cíle projektu:**

1. poskytnout uživatelům drog lékařskou péči a méně riskantní, hygieničtější podmínky,
2. vytvořit atmosféru, která potlačí rizika plynoucí z konzumace drog z černého trhu (prevence krevně přenosných nemocí, profylaxe akutních zdravotních poškození),
3. rozšířit kontakty (se záměrem poskytovat lékařskou péči, zasahující co největší díl cílové skupiny); CAIUD by podle této teze mělo sloužit jako nástroj k zasažení té části populace uživatelů drog, která nebyla oslovena dosavadní nabídkou služeb,
4. zbavit veřejné prostory „otevřené konzumace“ (zvláště intravenózní), která může veřejnost obtěžovat a znepokojovat.

#### **STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY:**

##### **3.cíl nebo cíle projektu:**

Cíle projektu, tak jak jsou v materiálu formulovány, se jeví s ohledem na celý záměr, jako velmi úzké, neboť jsou zaměřené výhradně na injekční uživatele drog, bez ohledu na širší okolí, tedy zejména na občany, školní mládež, podnikatelské a jiné subjekty, turistický ruch, veřejný pořádek, bezpečnostní situaci a vše, co se zřízením zařízení v uvažované lokalitě souvisí. V uvedeném smyslu pak tyto cíle působí příliš jednostranně, bezohledně, až egocentricky. V souvislosti s uvedenými cíli materiál naprosto postrádá bližší specifikaci, jak konkrétně budou tyto naplňovány, resp. jak budou realizovány (metody, formy, prostředky, způsoby apod.), tedy jakýsi manuál činnosti CAIUD, který by pravděpodobně měl být zpracován před rozhodovacím procesem s tím, že by zřejmě měl být součástí předložených materiálů.

Na pozadí shora uvedeného se pak jeví jako vágní formulace prvního cíle, kde je zmíněna lékařská péče, aniž by bylo zřejmé, v čem tato péče, bude konkrétně spočívat, což nelze dovodit ani z formulace Zdravotní a hygienický servis uvedené v následující kapitole ad 4). Nejasná formulace je i v druhém z cílů tj. *vytvořit atmosféru, která potlačí rizika plynoucí z konzumace drog z černého trhu*, neboť prakticky veškeré z uvažovaných drog pochází vždy z tzv. černého trhu, a tak není zřejmé, která rizika v uvedeném smyslu má zde autor na mysli. Prevence krevně přenosných nemocí je již součástí programu snižování rizik, který je již delší dobu realizován formou různých finančně pravděpodobně méně náročných aktivit. Rovněž tak není zcela jasné, v čem by měla konkrétně spočívat profylaxe akutních zdravotních poškození, pokud by zřejmě nešlo o inj. aplikaci přímo „pod lékařským dohledem“.

Čtvrtý z formulovaných cílů se s ohledem na již shora uvedené, zejména ad4) v 1. kap., nezdá být tak významný.

#### **NÁVRH:**

##### **4.prostředky a metody k dosažení zvoleného cíle projektu:**

Centrum bude poskytovat v lokalitě nejvíce postižené existencí otevřené drogové scény komplexní programovou nabídku v oblasti snižování rizik.

Maximální otevřenost Centra pro všechny zájemce o pomoc bude klást zvýšené nároky na systém poskytování služeb.

Z tohoto důvodu je nutné vypracovat manuál činnosti CAIUD, který se stane výchozím praktickým materiálem pro zahájení projektu CAIUD.

Manuál činnosti by měl zahrnovat konkrétní řešení provozu CAIUD :

- denní časový plán poskytování služeb
- pravidla činnosti
- výběr klientů
- identifikace klientů
- kontrolu a sankce dodržování pravidel
- ochranu centra před nežádoucími aktivitami klientů a prodejců drog

Spektrum služeb CAIUD lze shrnout do 6 oblastí:

- navázání důvěryhodného kontaktu s injekčními uživateli návykových látek
- výměnný program stříkaček a jehel
- bezpečnou a hygienickou aplikaci
- zdravotní a hygienický servis
- informace o prevenci před HIV/AIDS a jinými infekčními onemocněními
- poradenství a konzultační služby

## **STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY:**

### **4. Prostředky a metody k dosažení zvoleného cíle projektu:**

Vzhledem k již uvedenému se tato část jeví jako nedostatečně konkrétní a rozpracovaná. Prakticky zde nejsou uvedeny žádné metody a prostředky (pokud pomineme výčet toho, co by měl obsahovat avizovaný manuál činnosti, případně zmíněné spektrum služeb).

K úvaze o nutnosti vypracovat manuál činnosti CAIUD lze pouze doplnit, že by pravděpodobně bylo vhodné v rámci objektivního a komplexního posouzení celého projektu, tento zpracovat a předložit jej jako součást materiálu k rozhodovacímu procesu. Potom by bylo také zřejmé, jak budou prakticky realizovány zde deklarované činnosti, jako je výběr klientů (v rozporu s tvrzením o max. otevřenosti a nízkoprahovosti vstupu), identifikace klientů (v rozporu s tvrzením o anonymitě), příp. ochrana centra před nežádoucími aktivitami klientů a prodejců drog.

## **NÁVRH:**

### **5. jak je zajištěno finanční krytí projektu:**

Vzhledem k tomu, že projekt CAIUD je projektem novým, bude nutné finanční prostředky teprve zajistit.

Jako možný zdroj získání finančních prostředků vedle městské části Prahy 1 jsou tyto instituce státní správy :

- mezirezortní protidrogová komise,
- Ministerstvo zdravotnictví ČR,
- Magistrát hlavního města Prahy.

Ostatní zdroje finančních prostředků jsou v oblasti zahraničních fondů, které se problematikou snižování rizik u injekčních uživatelů drog zabývají .

Jsou to :

- Open society fund
- Program PHARE

Je však třeba říci, že první fázi přípravy projektu a zahájení činnosti CAIUD bude nést z českých subjektů městská část Praha 1. K tomuto účelu již byl sepsán požadavek městské části Praha 1 z prostředků Všeobecné pokladní správy na rok 1999 ve výši 150.000,-Kč. Tyto prostředky by měly být k dispozici na podzim letošního roku.

Určitá osamocenost městské části Praha 1 ve financování projektu CAIUD je dána tím, že ostatní subjekty státní správy své granty na přiznání finančních prostředků na projekty v oblasti drogové problematiky na rok 2000 budou vypisovat nejdříve na podzim letošního roku a prostředky pro vybrané projekty budou poukázány nejdříve v dubnu příštího roku.

Je pochopitelně možné počkat se zahájením činnosti až na dobu, kdy bude jasné, že projekt CAIUD je finančně zajištěn z více zdrojů. V tomto případě se však vzhledem ke společensky kontroverznímu předmětu projektu dá předpokládat daleko větší tlak na zastavení projektu v souvislosti se skandalizací záměru ze stran médií a neochoty zainteresovaných odpovědných činitelů podílet se na zahájení projektu.

Strategie financování projektu bude zároveň sledovat možnosti zahraničních fondů. Ty mají svoji politiku přidělování finančních prostředků z vypsaných grantů daleko pružnější a vypisují je čtyřikrát do roka.

## **STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY:**

### **5. jak je zajištěno finanční krytí projektu:**

Jelikož objem finančních prostředků předpokládaných na tento projekt (blíže viz kap. 11. rozpočet) je nemalý, bylo by vhodné v kontextu s již realizovanými aktivitami v dané lokalitě Prahy 1, ve smyslu programu snižování rizik inj. užívání drog - harm reduction (sít nízkoprahových zařízení, terénní programy, program streetwork, státní i nestátní specializovaná zdrav. zařízení, aktivity občanských sdružení, nadací apod.) komplexně a objektivně posoudit, zda aktuálně či dlouhodobě nedochází k jisté disproporci vynakládaných finančních prostředků ve prospěch zmíněných aktivit, tedy směřovaných do terciální prevence na úkor prevence primární, neboť pak by tyto prostředky byly vynakládány zejména na **zmírňování následků, nikoliv paralyzaci příčin.**

Za vrcholně nevhodné a netaktní lze považovat naznačené obavy a taktický záměr autora týkající se zajištění finančních zdrojů v souvislosti se zde uvedeným tvrzením, že *je pochopitelně možné počkat se zahájením činnosti až na dobu, kdy bude jasné, že projekt CAIUD je finančně zajištěn z více zdrojů*, v kontextu s tvrzením, že *v tomto případě se však vzhledem ke společensky kontroverznímu předmětu projektu dá předpokládat daleko větší tlak na zastavení projektu v souvislosti se skandalizací záměru ze stran médií a neochoty zainteresovaných odpovědných činitelů podílet se na zahájení projektu.*

## **NÁVRH :**

### **6.charakteristiky polohy a velikosti CAIUD:**

Program, který je náplní CAIUD, je nutné poskytovat v prostoru, kde se nacházejí ve větším počtu potenciální zájemci o služby poskytované CAIUD. Proto je jasné, že Centrum musí sídlit v lokalitě, kde se vyskytují otevřené drogové scény. Jak je patrné z přehledu zahraničních zkušeností, nutnou podmínkou efektivit poskytováných služeb CAIUD je co největší nízkoprahovost vstupu do zařízení.

Nízkoprahovost existujících zařízení v drogové oblasti je dána těmito charakteristikami :

- umístěním zařízení,
- bezpečností zařízení před možnými ohroženími ze strany represivních složek,
- dosažitelné požadavky zařízení pro klientelu,
- důvěrou klientů v pracovníky zařízení,
- poskytovanými službami, které vycházejí v potřeb klientů.



### Poloha zařízení CAIUD

Poloha prostor určených pro projekt CAIUD by měla mít tyto charakteristiky :

- umístění by mělo být v souladu s polohou otevřených drogových scén, tedy ideální poloha by zahrnovala prostor mezi stanicemi metra Národní třída, Můstek a Staroměstská,
- prostory by měly být v přízemí,
- prostory by měly být v rozloze 100 m<sup>2</sup>,
- členění prostor na čtyři místnosti :
- aplikační místnost,
- oddechová místnost,
- místnost personálu,
- sklad materiálu,
- prostory by měly být v souladu s hygienickými předpisy pro zdravotnické zařízení.

### STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY :

#### 6. Charakteristiky polohy a velikosti CAIUD:

Jednoznačně lze zřejmě souhlasit s tvrzením, že CAIUD by mělo sídlit v lokalitě, kde se vyskytují otevřené drogové scény, ovšem v kontextu s tím, že společnost má maximální zájem na tom, aby tyto scény byly regulovány do lokalit, kde s ohledem na svojí podstatu budou maximální měrou minimalizovány její negativní dopady, tedy do míst mimo centrum obcí, mimo dosah školských zařízení, sportovišť a míst, kde dochází ke kumulaci mládeže, mimo centra turistického ruchu, obchodních a dalších ekonomických aktivit apod.. Zde je nanejvýše vhodné upozornit na skutečnost, že místo nabídky, distribuce a prodeje drog do značné míry implikuje i místo jejich zneužívání, z čehož vyplývá, že nelze tyto jevy od sebe uměle oddělovat, a to ani ve smyslu jejich dalších negativních dopadů na bezprostřední okolí.

Zcela nejasné jsou zde také uvedené formulace týkající se charakteristik podmiňujících nízkoprahovost zařízení jako je *bezpečnostní zařízení před možnými ohroženími ze strany represivních složek a dosažitelné požadavky zařízení pro její klientelu*.

### NÁVRH :

#### 7. rozvržení projektu z hlediska času:

Projekt CAIUD bude s hlediska přípravy velmi náročný na časový harmonogram. Je třeba počítat se dvěma paralelními strategiemi.

První strategie by sledovala technickou, finanční a personální připravenost projektu pro zahájení vlastní činnosti. Tato strategie počítá s úzkou spoluprací s odborným garantem projektu.

Druhá strategie by zahrnovala připravenost projektu z hlediska seznámení veřejnosti s cíli projektu, odborné společnosti a profese, které se k projektu CAIUD budou vyjadřovat či s ním budou spolupracovat. V této oblasti by městské části Prahy 1 velmi pomohla spolupráce technologie práce s veřejností holandské organizace v čele s panem E. Bermanem. Byly již zahájeny přípravy na vypracování konkrétní strategie v této oblasti.

#### I. strategie odborné přípravy projektu CAIUD:

- červen 1999 ... schválení projektu Obvodní radou městské části Prahy 1,
- červenec 1999 ... výzkum postojů klientely nízkoprahových zařízení a terénních projektů se zaměřením na zřízení CAIUD,
- červenec – srpen ---podání projektu CAIUD do grantů zahraničních fondů,
- červenec – září 1999 ...výběr prostor pro CAIUD,
- červenec-říjen 1999 ... výběr pracovníků,
- srpen 1999 ... vypracování projektu, zjišťování efektivity provozu (ZEP) CAIUD ,

- září-říjen 1999.... úprava prostor pro provoz CAIUD,
- září 1999 ... podání projektů CAIUD a ZEP na MPK,
- listopad 1999... vybavení prostor vybavením nutným pro provoz CAIUD,
- listopad 1999 ... stážové pobyty vybraných pracovníků v zahraničních zařízeních obdobného typu,
- prosinec 1999 ... vypracování manuálu činnosti CAIUD,
- leden 2000 ... zahájení činnosti.

## II. strategie mediální a profesní přípravy projektu CAIUD:

- červen 1999 ... schválení projektu Obvodní radou městské části Prahy 1,
- červenec 1999 ... vypracování projektu konkrétní koncepce práce s veřejností (KVP) a profesními skupinami,
- červenec-srpen 1999... výzkum zkušeností a postojů majitelů domů a obchodů v blízkosti otevřených drogových scén,
- srpen 1999... získání financí na projekt KVP od PHARE,
- srpen 1999 ... příprava materiálů pro osvětu v médiích,
- září-prosinec 1999... mediální kampaň se zaměřením,
- na zahraniční zkušenosti s obdobnými projekty jako je CAIUD,
- na situaci v obvodu městské části Prahy 1 v souvislosti s existencí otevřených drogových scén,
- na zařízení CAIUD,
- srpen- září 1999 ... příprava odborných seminářů na téma zahraniční zkušenosti s projekty podobného typu jako je CAIUD pro profesní skupiny,
- lékaři a psychologové působící v drogové oblasti,
- pracovníci hygienických stanic,
- policie,
- právníci,
- říjen-listopad 1999... konání seminářů pro profesní skupiny,
- prosinec 1999 ... setkání s veřejností obvodu Prahy 1 na téma zřízení CAIUD,
- leden 2000 ... pokračování mediální kampaně a průběžné seznamování veřejnosti s výsledky práce CAIUD.

## STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY:

### 7.Rozvržení projektu z hlediska času:

Jako nepochopitelná a výrazně účelová se jeví strategie odborné přípravy projektu, kdy schválení projektu OP MČ Praha 1 předchází takovým krokům, jako je např. výzkum postojů klientely nízkoprahových zařízení a terénních projektů se zaměřením na zřízení CAIUD, nebo vypracování manuálu činnosti CAIUD bezprostředně před zahájením činnosti. Naznačená strategie se pak, bez ohledu na naznačenou strategii mediální a profesní přípravy, jeví v naprostém rozporu s kroky doporučenými ACE (blíže viz. Návrh procesu interaktivního rozhodování týkající se vytvoření aplikačních místností na Praze 1, autor E. Berman), neboť bez znalostí výstupů ze strategie II nelze komplexně a objektivně celý projekt posoudit a jeho zřízení případně schválit. V uvedeném smyslu se zdá jako naprosto nekorektní a nesprávné např. realizovat setkání s veřejností obvodu Prahy 1 na téma zřízení CAIUD až po schválení projektu a dle uvedeného bezprostředně před zahájením činnosti zařízení.

## **NÁVRH :**

### **8. materiální a personální zajištění projektu:**

Materiální a personální zajištění projektu úzce souvisí se zřízením nestátního zdravotnického zařízení, které musí vyhovět jak předpisům z oblasti hygienických předpisů, tak i požadavku na odbornou zdatnost pracovníků CAIUD.

Jedním z požadavků v rámci hygienických předpisů je i počet sociálních zařízení, osvětlení, velikost místností a jejich stavební vybavení. To vše bude nutné ve vytipovaných a přidělených prostorách vybudovat.

Z hlediska vybavení odborným materiálem půjde především o dohodu mezi lékařem CAIUD a profesní komorou, jak a čím bude pracoviště vybaveno.

<b>PROFESE</b>	<b>ÚVAZEK</b>	<b>PLAT</b>
Lékař s atestací ARO	1.0	16.000,- Kč
3 zdravotní sestry se zkušeností v oblasti první pomoci	3x1.0	12.000,-Kč u jedné sestry
Sociální pracovník	1.0	11.000,-Kč
Odborná garance-supervize	0,5	6.000,-Kč

Materiální zajištění projektu:

- nábytek
- koberce
- dlaždičky
- počítač
- tiskárna
- modem s přístupem na Internet
- vybavení materiálem pro první pomoc
- odborný materiál
- jehly a stříkačky
- desinfekční tampony
- telefon

## **STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY:**

### **8. Materiální a personální zajištění projektu:**

Bez komentáře.

## **NÁVRH :**

### **9. jakým způsobem bude hodnocena efektivita projektu:**

Hodnocení efektivitu programu bude zpracováno v rámci přípravy projektu CAIUD, ale již nyní je možno pojmenovat některá kritéria efektivitu.

Jsou to :

- snížení veřejné aplikace na obvodu Prahy,
- snížení rizik vyplývajících z hygienických podmínek injekční aplikace drog,
- snížení předávkování při injekční aplikaci drog,
- zlepšení sociální adaptace injekčních uživatelů drog,
- vtáhnutí takzvané skryté populace injekčních uživatelů do systému péče v rámci snižování rizik,
- zlepšení mapování drogové scény.

## **STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY:**

### **9. Jakým způsobem bude hodnocena efektivita projektu:**

Nelze posoudit, neboť to, jakým způsobem (metodou, formou, v jakém časovém harmonogramu, jakým způsobem bude prováděn sběr dat, způsob vyhodnocení, zajištěna relevantnost, validita získaných výstupů apod.), příp. kdo bude garantem šetření prováděných ve smyslu naznačených kritérií efektivity, zde není uvedeno s odůvodněním, že toto bude zpracováno až v rámci přípravy projektu, tudíž není zcela zřejmé, zda tomu tak bude do doby schvalovacího řízení.

### **NÁVRH :**

#### **10. odborný garant projektu**

MUDr. Jiří Presl

- absolvent LF UK Praha
- atestace obor psychiatrie
- od roku 1982 vedoucí lékař střediska drogových závislostí při FN
- od 1991 zakladatel nadace DROP in
- od 1991 vedoucí lékař střediska nadace DROP in
- od roku 1999 vedoucí lékař střediska DROP in o.p.s

Publikace :

Kniha „Drogová závislost“, 1995 Maxdorf

## **STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY :**

### **10. Odborný garant projektu**

Je otázkou, zda spojení zamýšleného projektu prostřednictvím osoby MUDr. Jiřího Presla se střediskem Drop in o.p.s. je nezbytné, eventuálně vhodné nebo výhodné.

### **NÁVRH :**

#### **11. rozpočet projektu**

Druh finančních prostředků	Celkový rozpočet
1. investiční (kapitálové) celkem :	385.000,-
2. neinvestiční (běžné) celkem :	2.338.500,-
Z toho a) věcné celkem :	1.435.000,-
Z toho:	
1. materiálové : včetně DHIM*	850.000,-
2. energie	35.000,-
3. Služby	220.000,-
4. cestovní náklady	15.000,-
5. oprava, údržba	50.000,-
6. odvody (zdrav. a soc. pojištění)	260.000,-
b) mzdové celkem	903.500,-
Z toho	
1. mzdy (plat zaměstnanců)	816.000,-
Ostatní osobní náklady	87.500,-
<b>Celkem</b>	<b>2.623.500,-</b>

## 11. a podrobný rozpis nákladů

### A. kapitálové výdaje - 1. Hmotné investice nad 20.000,-Kč

Položka	Suma
PC včetně monitoru	40.000,-
Tiskárna	10.000,-
Nábytek + zařízení	50.000,-
Koberce	20.000,-
2x psací stroj	10.000,-
Modem	10.000,-
Úprava prostor	200.000,-
Celkem	340.000,-

### 2. nehmotné investice nad 40.000,-Kč

Položka	Suma
Software	45.000,-
Celkem	45.000,-

### A. neinvestiční výdaje

#### 1. materiál

Položka	Suma
Papír	10.000,-
Nápoje	20.000,-
Kancelářské potřeby	50.000,-
Odborná literatura	10.000,-
Metodické materiály	10.000,-
Odborné vybavení lékaře	150.000,-
Stříkačky a jehly	500.000,-
Desinfekční tampóny	100.000,-
Celkem	850.000,-

#### 2 energie

Položka	Suma
Voda	7.500,-
Plyn	7.500,-
Elektřina	20.000,-
Celkem	35.000,-

#### 3. služby

Položka	Suma
Telefonické poplatky	45.000,-
Nájemné	60.000,-
Kopírování	10.000,-
Školení – stáže	60.000,-
Administrativa	5.000,-
Dopravné	5.000,-
Překlady	5.000,-
Další vzdělávání	10.000,-
Úklidové prostředky	10.000,-
Celkem	220.000,-

#### 4. cestovní náklady

Položka	Suma
Náhrady za používání soukromého vozidla k pracovním účelům	15.000,-
Celkem	15.000,-

#### 5. opravy a údržba

Položka	Suma
Malování	10.000,-
Opravy	40.000,-
Celkem	50.000,-

#### 6. odvody

Položka	Suma
Zdravotní a sociální pojištění	260.000,-
Celkem	260.000,-

Celková požadovaná suma na kapitálové a neinvestiční výdaje 1.435.000,-

V Praze dne 20.6. 1999 Evžen Klouček

### STANOVISKO NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY :

#### 11. Rozpočet:

S ohledem na již shora uvedené (nenatypované prostory, neznámou kapacitu zařízení a zejména na nezjištěné nebo dosud nepředložené výsledky avizovaného výzkumu postojů potencionální klientely ve smyslu využívání zařízení) nelze seriózně posoudit reálnost navrhovaného rozpočtu a to ve všech jeho položkách: jak v investičních, tak i v neinvestičních nákladech.

#### ZÁVĚREM

Bez ohledu na výroky MUDr. Jiřího Presla (navrhovaného odborného garanta projektu) uveřejněné v reportáži Zdeňka Michory (sobotní příloha Práva z 21.08.1999), kde v posledním odstavci jmenovaný uvedl : „*Dalším krokem by mělo být zařízení tzv. šleháren, jako už fungují například ve Švýcarsku. Jde o místa, kde narkomané, u nichž selže všechno včetně metadonu, dostanou zdarma dávku heroinu i čisté náčiní k jeho aplikaci a drogu si píchnou pod dohledem*“, kde je patrný naprostý rozpor mezi tím, co je veřejně proklamováno a tím, co je předkládáno ke schválení, doporučujeme posouzení navrhovaného projektu i v souvislosti s případnými dalšími požadavky ze strany navrhovatelů, neboť jak je ve zmíněné reportáži jmenovaným dále uvedeno: „*Zase bude křik, ale my jsme zvyklí. Vzpomeňte si, jaký se strhnul povyk, když jsme v polovině osmdesátých let začali narkomanům vyměňovat stříkačky. Dnes je to normální. A my musíme pokračovat dál*“. Jde tedy také mimo jiné o to, zda navrhovaný projekt není součástí jakési podivné dlouhodobé strategie v oblasti řešení tak závažného sociálně patologického jevu, jakým je zneužívání drog a vše, co s tímto jevem souvisí. V uvedeném smyslu také zvážit, zda tyto a podobné aktivity nejsou v příkrém rozporu se zájmy společnosti, zejména pak občanskými zájmy subjektů, kterých se v dané lokalitě budou přímo dotýkat. V úvahu je nutno také vzít skutečnost, že případné schválení projektu

bude pravděpodobně sloužit jako precedens pro podobné aktivity v dalších lokalitách a obcích.

S ohledem na závažnost rozhodnutí by bylo vhodné doplnit ze strany navrhovatelů předkládaný projekt o skutečnosti vyplývající z provedené oponentury a tuto vzít také v úvahu v rozhodovacím procesu.

## ŠVÝCARSKÁ DROGOVÁ POLITIKA: VNITROPOLITICKÉ A ZAHRANIČNÍ DOPADY

---

Florian Ricklin

---

### Vývoj švýcarské politiky za poslední 10 let

Rád bych podal přehled situace ve švýcarské drogové politice tak, jak se vyvíjela za posledních 10 let. Soustředím se především na Curych, kde žiji, protože Curych je pro pochopení švýcarské drogové politiky v mnoha ohledech příkladný. Hrál totiž v posledních deseti letech ústřední úlohu v poslední liberalizaci přístupu k omamným látkám.

Tento vývoj nenásledovaly všechny části Švýcarska. Zákon o omamných prostředcích, který ve Švýcarsku platí, zcela jasně jakékoli zacházení s omamnými látkami zakazuje: dokonce i jejich konzum je zakázán natolik výslovně, že takovou formulaci najdete jen v málo zemích. V mnoha švýcarských kantonech se zákon také dosud uplatňuje. V jiných kantonech, např. v Curychu, se však dnes již vůbec nedodrhuje. Naopak: je zde možné podávat závislým heroin ve speciálních střediscích, státních i soukromých, a policie ani justice nezasahuje. V celém Švýcarsku dnes máme asi 800 takových center pro závislé. A je to teprve začátek - tzv. pokusná fáze, která se má později uplatnit v širším měřítku. Vedle toho existuje řada ilegálních drogových scén, jež úřady tolerují: např. tzv. sociální byty placené městem, kde se drogy konzumují a prodávají, aniž by tomu kdo bránil.

Jak k tomu došlo?

**V průběhu osmdesátých let se v městě Curychu začala stále více tolerovat otevřená heroinová scéna.** To znamená, že policie přestala důsledně zamezovat a postihovat intravenosní aplikaci drog i obchod s heroinem na veřejných místech. **Současně začaly být ve většině médií potlačovány informace o nebezpečích a škodlivých účincích heroinu, kokainu a konopí, takže se mezi obyvatelstvem začalo šířit určité znejistění v přístupu k drogovému problému. Zatímco ještě několik let předtím panovalo obecné přesvědčení, že omamné látky jsou škodlivé a jejich konzum nežádoucí, slyšeli jsme náhle názory, že samotné požívání drog není problémem, že je pouze třeba naučit se s nimi správně zacházet.** Tak např. v roce 1985 tvrdil curyšský profesor psychiatrie Hans Kind v Neue Zürcher Zeitung, že čistý heroin je neškodný. V roce 1989 zaujal jeden lékař v oficiálním švýcarském lékařském časopise názor, že se mladiství musí naučit správně zacházet s hašišem. Žádal proto, aby bylo ve školách zavedeno zvláštní drogové vyučování.

**S nástupem AIDS začal být lidem závislým na heroinu usnadňován přístup ke stříkačkám a jehlám - nejprve v lékárnách, později ve speciálních centrech. Toto opatření se v Curychu prosadilo díky masivnímu tlaku médií, a to proti odporu tehdejšího městského hygienika, který nabádal k opatrnosti a varoval, že požívání drog bude narůstat. Skutečně není dosud nijak doložen užitek vydávání stříkaček pro prevenci HIV.**

V téže době se začal rozšiřovat methadonový program, který byl do té doby používán jen velmi omezeně pro malý počet chronických narkomanů a za řádně kontrolovaných

podmínek. Před rokem 1987 bylo v kantonu Curych 300 osob, jimž byl aplikován methadon. Dnes je jich asi 15.000, což představuje téměř polovinu všech švýcarských narkomanů.

**Od poloviny osmdesátých let začala vznikat v režii curyšského sociálního úřadu ovládaného levicí drogová scéna na Platzspitzu, která pod názvem "Needle park" smutně proslavila město Curych. V zimě roku 1988/89 začala být tato původně malá scéna za velké pozornosti médií podporována, přičemž městské úřady pod hezky znějícím heslem "Záchrana života narkomanů" nejen tolerovaly konzum drog a obchod s nimi, ale poskytly jim i infrastrukturu.**

**Současně začala v médiích dosud nebyvalá propagační ofenzíva za legalizaci, resp. - jak se tomu říká - dekriminalizaci drog, zvláště hašiše. Přírozený odpor obyvatelstva proti drogám byl oslabován záplavou televizních vysílání a novinových článků o tom, že drogová závislost je údajně normální a vyskytovala se vždy a všude.**

Následky byly dramatické. Drogová scéna prodělala explozi. Jakousi představu vám dá počet vyměněných injekčních stříkaček: počátkem roku 1989 bylo vyměněno asi 300 stříkaček denně, v září 1991 to bylo 12.000 stříkaček denně, v roce 1994 průměrně 15.000 stříkaček denně. Problém Platzspitzu se rozšířoval i v dalších ohledech: vznikl zde prostor, z něhož vymizelo právo. Začali se tu zcela volně pohybovat zločinci všeho druhu. Před očima policie tu vznikl trh pro všechny druhy kradeného zboží a kriminalita hrozivě stoupla i v blízkém okolí. Proto narůstala opozice proti laxnímu postoji městské správy a v roce 1992 musel být park uzavřen.

**V této době vzniklo také hnutí, které se postavilo proti trendu doby: národní iniciativa "Mládež bez drog". Podpořily ji široké vrstvy obyvatelstva, ale jen málo komunálních a špičkových politiků. Bezprostředním podnětem pro vznik této iniciativy se stalo zjištění, že kruhy, které si vepsaly na prapory legalizaci drog, chtějí prosadit jako první krok na cestě k legalizaci tzv. pokusné vydávání heroinu narkomanům.**

Asi rok po uzavření parku Platzspitzu se drogová scéna přesunula o několik set metrů dále, do areálu uzavřeného nádraží Letten, kde dále narůstala a byla měsíc od měsíce brutálnější. Lettenský areál byl pevně v rukou překupníků, jejichž gangy se tam opakovaně střetaly. Přestřelky a potyčky na nože, po nichž zůstávali ranění a mrtví, byly v létě 1994 na denním pořádku. V následujícím roce byla také tato scéna za obrovského policejního nasazení vyklizena. Od té doby se podařilo - za velkého úsilí policie - zabránit etablování drogových scén na veřejných místech. To ovšem neznamená, že se drogová politika zásadně změnila. Nová je bohužel jen taktika: drogový konzum a obchod se rozptýlil po celém městě, přičemž iniciativy se podjal opět sociální úřad, který dal drogovému obchodu k dispozici sociální byty, útulky a noclehárny.

Souběžně se od konce roku 1993 začaly provádět tzv. pokusy s lékařským vydáváním heroinu závislým. Byly rozvrženy na tři roky, takže by koncem roku tohoto měly končit. 800 závislých tak dostává několikrát denně své injekce heroinu.

**Není náhodou, že uzavření velké drogové scény nejen v Curychu, ale i ve všech větších městech německy mluvícího Švýcarska následovalo po zahájení těchto heroinových pokusů. Zjevně negativní účinky drogové závislosti tak mohou být poněkud zastřeny a vytlačeny z veřejného povědomí. Je tu celkem zjevný cíl dosáhnout u obyvatelstva lepšího přijetí heroinového programu.**

Pro strategii legalizace drog je to velmi důležité, protože Švýcarsko je přímou demokracií, kde o politických změnách v posledku rozhodují oprávnění voliči. Je sice možné pod záminkou vědeckého pokusu předběžně heroinový program zavést, ale o tom, zda bude pak pokračovat, rozhodne hlasování.



To ovšem nebrání odpovědným politikům v tom, aby už teď požadovali prodloužení heroinového programu za pokusnou fázi. S tím se právě teď vyrovnáváme.

Žádosti o prodloužení heroinového programu se teď projednávají. V parlamentu se rovněž projednává návrh na změnu zákona o omamných prostředcích, podle něhož má být požívání, držení a obstarávání drog pro vlastní potřebu dekriminalizováno.

O naší iniciativě "Mládež bez drog" má v příštím roce proběhnout referendum. Pokud obyvatelstvo tuto iniciativu přijme, bude do švýcarské ústavy doplněn článek, který by bránil legalizaci omamných látek (příčemž heroin, kuřácké opium, kokain, konopí a tzv. syntetické drogy budou uvedeny výslovně).

**V tomto roce se asi stovka zástupců ze všech oblastí hospodářství vyslovila pro částečnou legalizaci drog. Jednalo se zjevně o akci načasovanou drogovou lobby, nicméně to jasně ukazuje, jak ani vedoucí osobnosti mnoha odvětví hospodářství nechápou, že společnost, jež akceptuje a konzumuje drogy, není prostě slučitelná s prosperující ekonomikou.**

Další světlo na současnou náladu v zemi vrhá nová propagační ofenzíva za hašiš a marihuanu. Za příslušného tlaku médií jsou rolníci nabádáni, aby zavedli pěstování konopí. Ve všech městech vznikají obchody, kde se nabízejí konopné produkty - kosmetika, oděvy a potraviny. Je tendence zastírat v řeči médií rozdíl mezi konopím jako vláknem a konopím jako drogou. Posledním výkřikem z tábora přátel konopí je pivo, které vyrábí jeden curyšský pivovar: používá se tu konopí místo chmele, takže pivo obsahuje malé množství aktivní látky THC.

Další indicií slábnoucího odporu proti drogám je nová drogová scéna, která vzniká na tzv. technoparties, kde se polykají velká množství tzv. syntetických drog. V první řadě se jedná o "ecstasy", prostředek z amfetaminové řady, který v posledních letech doslova zaplavil Evropu a způsobil už řadu úmrtí. V Curychu se každoročně v létě koná tzv. "Street Parade", průvod s ohlušující technohudbou, kde pochodují tisíce mladých lidí. V noci po tomto průvodu se všude konají technoparties, taneční zábavy, které trvají až do rána. Účastníci vypovídají, že se tam téměř bez výjimky požívá ecstasy nebo jiné drogy. Tyto podniky, které v zásadě slouží prodeji ecstasy, městské úřady podporují a spolufinancují.

#### Vnitropolitické dopady

Jaké účinky má tato drogová politika?

Především bych rád zdůraznil, co je nejvýraznějším účinkem drogové politiky směřující k volnému držení drog: nárůst požívání drog. Dobré statistiky o požívání drog jsou však nedostatkovým zbožím. Relativně jasným indikátorem rozšíření požívání drog je počet úmrtí způsobených drogami. Bohužel však v různých zemích platí různá kritéria v tom, která úmrtí se do drogových úmrtí počítají. Graf zobrazuje srovnání mezi Švýcarskem a Švédskem, přičemž Švédsko je země s tradičně restriktivní drogovou politikou a se srovnatelným počtem obyvatelstva jako Švýcarsko (8 a 7 milionů). Je patrné, že ve Švýcarsku vzrostl za posledních deset let počet drogových úmrtí čtyřikrát, zatímco čísla ve Švédsku jsou konstantní. V první řadě grafu figurují čísla za kanton Curych, který má při pouhém milionu obyvatel srovnatelné množství drogových úmrtí jako celé Švédsko s 8 miliony obyvatel.

Toto je bezprostřední účinek liberalizace drogové politiky, a přitom jde jen o špičku ledovce. Pod hladinou se skrývají škody na zdraví, sociální problémy, finanční dopady a lidské utrpení, které lze jen těžko změřit.

Je třeba mít na zřeteli i nepřímé politické dopady.

V prvé řadě bych poukázal na enormní nárůst nákladů na zdravotnictví a sociálních výdajů. S každým drogově závislým vznikají nejen vysoké zdravotní výdaje kvůli následným onemocněním: závislí také v krátké době vypadnou z pracovního života, je třeba se o ně starat za veřejné peníze. Přitom jde téměř výhradně o mladé lidi - s každým z nich mizí na desítky let jedna pracovní síla.

Nelze také podceňovat společenskou destabilizaci, kterou drogová epidemie vyvolává. Přítomnost organizované kriminality a stoupající následná kriminalita přispívají ke znejištění veřejného života a oslabení pořádku v zemi. Kriminální statistiky prokazují, že velká část všech trestných činů se páchá pod vlivem drog.

Napětí mezi obyvatelstvem vyvolává také právní nejistota, která vzniká tam, kde stát narkomany všemožně šetří, zatímco jiní občané jsou důsledně trestáni i za poměrně malé přechyby např. v silničním provozu. Je otřesena důvěra v právní stát, jehož občané jsou si rovni.

Toto není jen nějaký průvodní projev vývoje drogové politiky. Analyzujeme-li pozadí a především iniciátory drogové propagandy, nelze nedospět k závěru, že právě tato destabilizace společnosti je jedním z cílů těch kruhů, jež vycházejí z neomarxistického tábora revolucionářů roku 1968.

Jak asi víte, odehrávala se v západním světě koncem 60. let revolta studentské Nové levice, která si dala za cíl rozložit nenáviděný měšťácký stát zevnitř. Myšlenkovými vůdci tohoto hnutí byli neomarxisté tzv. Frankfurtské školy, např. Herbert Marcuse. Když zjevně ztroskotala proletářská revoluce, rozvinuli tyto myslitelé koncept dosažení moci cestou kulturní hegemonie a orientace na extrémní skupiny. Mnozí z těchto studentů mají za sebou onen "dlouhý pochod institucemi", který - v návaznosti na Mao Ce Tungův "dlouhý pochod" - navrhl tehdejší německý studentský vůdce Rudi Dutschke. Tito lidé dnes sedí u řadicích pák politiky a mj. provádějí i švýcarskou drogovou politiku. Souběh politických zájmů s kriminálními zájmy drogových kartelů činí z tohoto hnutí skutečně nebezpečnou moc. Není to specificky švýcarská aliance: podobnou součinnost extrémní politické levice s drogovými kartely najdeme např. v latinskoamerických drogových republikách, jako je Kolumbie.

#### Mezinárodní dopady

Taktický postup švýcarské drogové lobby má také mezinárodní pozadí. Tím se dostávám k poslední části své argumentace - k mezinárodním souvislostem švýcarské drogové politiky.

V roce 1995 vyhlásila mezinárodní legalizační lobby na svém výročním zasedání ve Florencii, že Švýcarsko stojí z celosvětové perspektivy v popředí legalizačních snah. Švýcarsko zde bylo velebeno jako vzor a model pro praktickou realizaci volného přístupu k drogám.

Proč se právě Švýcarsko pro tuto roli zvláště hodí? Jsou tu dobré důvody:

- je to malá země,
- leží ve středu západní Evropy,
- je politicky neutrální a nezávislé,
- nepatří k EU,
- má ve světě dobrou pověst jako čistá, bohatá, konzervativní země s dlouhou humanitární tradicí, např. jako sídlo Mezinárodního červeného kříže,
- má staré a etablované demokratické struktury,

- je to federálně uspořádaný stát, to znamená, že jeho 26 kantonů (se čtyřmi různými úředními jazyky) má v řadě oblastí (např. zdravotnické nebo policejní) různé zákony.

Všechny tyto faktory činí ze Švýcarska ideální místo pro uskutečnění pilotního projektu mezinárodně organizované legalizační lobby. Tak jako drogová politika Curychu působí na celé Švýcarsko, tak švýcarská drogová politika působí na celou Evropu a ještě dále.

Tato strategie není novou myšlenkou. Už v minulém století bylo napsáno: "Malé země, jako Belgie a Švýcarsko, jsou moderními politickými laboratořemi, pokusnými políčky, kde se sbírají zkušenosti, jež se pak dají využít ve větších státech. Velmi často vychází právě z těchto malých zemí první podnět hnutí, jemuž je souzeno otrástit Evropou". Tento citát nepochází od nikoho menšího než od Bedřicha Engelse (Sebrané spisy Marxe a Engelse, sv.39) a ukazuje směr dnešního vývoje v drogové oblasti. Cílem je otrástit Evropou. A otrěs to skutečně je.

**Ve všech evropských zemích, s nimiž jsem v kontaktu, uvádějí vlivné legalizační lobby v drogové diskusi Švýcarsko jako vzor. Holandsko se právě chystá po švýcarském vzoru zavést pokusný program vydávání heroinu. V Rakousku požaduje Strana zelených lékařské vydávání všech drog podle švýcarského vzoru. Německá vláda, která dosud stála pevně, je pod silným tlakem sociálně demokratických vlád spolkových zemí a městských samospráv (např. Frankfurt), aby připustila programy vydávání drog. Podobné náznaky zaznamenáváme v Norsku, v Dánsku, ale také v Austrálii, která má obdobnou vůdčí roli v legalizaci hašiše.**

Ze Švýcarska vyšlo také hnutí některých evropských měst, která založila svaz podporující legalizaci - European Cities on Drug Policy, ECDP. Jeho základní dokument, tzv. frankfurtskou rezoluci, podepsal Curych, Amsterdam, Hamburg a Frankfurt. Tento dokument požaduje beztrestný konzum a obstarávání drog a možnost legálního vydávání všech drog. Takové iniciativy, které prosazují po celé Evropě s příslušnou mediální odezvou, připravují náladu evropské veřejnosti na to, aby se později v jejich zemích provedla legalizace drog - a to po švýcarském způsobu, to jest v postupných krocích. Existují i další mezinárodní organizace pro legalizaci drog, které tu nebudu široce uvádět: jako příklady zmíním jen Mezinárodní ligu proti drogové prohibici (IAL) a Nadaci pro drogovou politiku (DPF) v USA, nebo v Itálii Partito Radicale a Radikální ligu proti drogové prohibici (CORA). Všechny tyto skupiny mají propojení i do Švýcarska a disponují zpravidla velkými finančními zdroji.

Je tedy zřejmé, že liberální postoj Švýcarska vůči omamným látkám má významné mezinárodní dopady.

Protidrogový konsensus zemí, který je vyjádřen v úmluvách OSN z roku 1961, 1971 a 1988, je těmito experimenty ohrožen a může se prolomit. Zástupci OSN jsou nad vývojem ve Švýcarsku hluboce znepokojeni: právem, protože mezinárodní boj proti drogám předpokládá mezinárodní solidaritu. Experti tohoto boje jsou dnes zajedno v tom, že při řešení drogového problému je třeba vycházet od konzumentů. Je samozřejmě nutné potírat také nabídku drog, mezinárodní drogový obchod, a to společně a všemi prostředky. **Ale stabilní a dlouhodobě slibnou strategii v boji proti omamným látkám je možné rozvinout jen tehdy, když se zemím podaří snížit konzum drog. Toto lze docílit prevencí, informacemi o nebezpečí drog a společenským odstupem od nich. Legalizace drog, i kdyby se podařila jen v jedné maličké zemi, prolamuje tuto mezinárodní solidaritu.**

V němčině existuje přísloví, které zní: „Řetěz je jen tak silný, jak je silný jeho nejslabší článek“. Toto přísloví se velmi hodí na mezinárodní solidaritu v boji s drogami. Švýcarsko se za posledních deset let - díky trvale tolerované otevřené drogové scéně -

stalo velmi slabým článkem řetězu, ohniskem, které přitahuje drogové konzumenty z celé Evropy. Už tímto způsobem byl švýcarský drogový problém exportován do řady regionů. Dnes vidíme, že vydávání heroinu - tak jak se ve Švýcarsku provádí - je požadováno již v řadě dalších zemí, a také další krok, to jest vlastní legalizace drog jakožto odstranění zákonného zákazu omamných látek, bude požadován v celé Evropě, přijme-li ho Švýcarsko.

Doufám, že se mi podařilo ukázat, že je i ve vašem zájmu, abyste se postavili proti fatálnímu vývoji ve Švýcarsku. Může-li ještě něco Švýcarsko zarazit na jeho děsivé cestě k legalizaci drog, pak je to masivní mezinárodní protest. Možná (a já bych si to velice přál), že k tomu trochu přispějete.

---

## **„HARM - REDUCTION „ KROK NA CESTĚ K LEGALIZACI**

---

**Francisca Hallerová**

---

### *Definice*

Pro pojem „harm-reduction“ jsou v různých zemích používány analogické výrazy jako „pomoc k přežití“, „minimalizace škod“, „omezení škod“ nebo „akceptující drogová práce“. Obecně však tento pojem znamená taková opatření ve prospěch drogově závislých, která na nich nevyžadují ukončení konzumu drog. Je proto logické, že se k této koncepci pojí i požadavek „dekriminalizace“ konzumu ilegálních drog, jejich vydávání a obchodu s nimi - přinejmenším tam, kde jde o vlastní potřebu. Proto je třeba označit „harm reduction“ za krok na cestě k odstranění zákazu drog. Vůdčí obhájci tohoto konceptu to také říkají zcela jasně: tak např. Irmgard Vogtová na munsterském kongresu spolku „Akzept e. V.“ v říjnu 1994 řekla: „Sepsala jsem, co všechno patří k úsilí o minimalizaci škod: jsou to nízkoprahová zařízení, kavárny a centra pro závislé s nabídkou, která k tomu patří. Jsou to noclehárny, ale také nabídka na trávení volného času. Dále jde o zprostředkování práce pro závislé a substituované. Pak substituční programy, kontrolované vydávání originálních látek, heroinové programy (ve Švýcarsku se tak neoznačují, ale to má spíše politické než věcné důvody). A jako hlavní linie drogové politiky sem patří dekriminalizace držení a konzumu drog, popřípadě jejich legalizace. To všechno bych akceptovala jako ucelený soubor opatření.“

Můj příspěvek chce ukázat, že pojem „harm reduction“ otevírá dokořán dveře legalizaci drog. Je používán také proto, aby se závislým umožnilo legální vydávání drog. Ve své zprávě ze 7. Září 1994 zmiňuje např. švýcarská spolková rada pod heslem „pomoc k přežití“ jedině „rozšíření pokusů s lékařským předepisováním omamných látek“.

*K pojmu „harm reduction“ jako „pomoc k přežití“*

Výrazy jako „minimalizace škod“ a „pomoc k přežití“ spontánně vyvolávají pozitivní dojem. Jednak používají pozitivně vnímané pojmy, jichž se užívá např. v neodkladné lékařské péči, jednak sugerují, že škody, jež se mají zmírnit, jsou nevyhnutelné. Mnoho lidí proto věří, že taková opatření závislým skutečně pomáhají - vždyť každé úsilí o mezilidskou pomoc je velmi úctyhodné. Přitom by se ale nemělo přehlížet, co v konkrétní situaci člověku skutečně pomáhá a co mu škodí. „Harm reduction“ znamená ve skutečnosti odklon od cíle, jímž je konečná abstinence. Problém je v tom, že se v této koncepci nepomáhá závislému, ale jeho závislosti: „harm reduction“ neudrží život, ale závislost. Je to tedy v posledku všechno jiné jen ne pomoc k návratu do lidsky důstojného života. Pod pláštíkem lidskosti se zde prodlužuje utrpení.

Samotný pojem „harm reduction“ vznikl - jak z uvedeného vyplývá - v kruzích, které podporují legalizaci drog. Vedle důležitých kroků k udržení života, k nimž patří lékařská první pomoc na drogové scéně, zahrnuje zřizování a provoz aplikačních místností a vydávání drog závislým. Správně by se tedy mělo mluvit o „pomoci při konzumu drog“ nebo o „maximalizaci škod“, popř. by se dal použít termín „harm production“.

Tato koncepce odporuje vědeckým principům léčby závislosti, tak jak se provádí např. u alkoholiků, i všem zkušenostem, které s drogovým problémem máme. Torpéduje slibná preventivní opatření, protože zmenšuje odstup od konzumu drog a oslabuje společenský konsensus, který dosud požívání drog striktně odmítal. Díky koncepci „harm reduction“ jen dnes velmi ztíženo omezování nabídky a poptávky, protože se užívání drog začíná ve společnosti tolerovat a v povědomí mladistvých se stává něčím normálním, běžným (dá se též mluvit o jisté „normalizaci“). Nebezpečí, že se mladiství dostanou do kontaktu s drogami a budou s nimi experimentovat, se tak zvětšuje.

#### *Pojem „aktivní fáze závislosti“*

Za koncepcí „harm reduction“, uplatňovanou jako vydávání drog závislým, stojí chybný názor, že drogová závislost představuje určitou životní fázi, která zpravidla po deseti letech pomine. Vysvětluje-li se drogová závislost jako „životní fáze“, přestává se závislost chápat jako nemoc a důsledná léčba i péče se stávají přebytnými. O nějaké motivaci k abstinenci se během této „pomoci v průběhu aktivní fáze závislosti“ nedá vůbec mluvit. Vychází se totiž z toho, že se fáze závislosti „přežije“ i bez léčby - vlastně se „prožije“. Pak se bohužel setkáváme s takovými opatřeními, která mají vlastně zajistit, aby požívání drog v této fázi proběhlo „zdravě“.

Přitom se zcela pomíjí skutečnost, že požívání drog ničí tělo i duši a do značné míry ji poškozuje nevratným způsobem. Léta a zkušenosti ztracené závislostí už nelze nikdy nahradit. A navzdory vši péči stojí na konci „aktivní fáze závislosti“ často smrt.

#### *Závislý člověk je odepsán*

Údajná „harm reduction“ - má-li formu vydávání drog závislému - vlastně znamená, že jsme se vzdali vlastního cíle, jímž je osvobození od drog - i kdyby šlo jen o přechodné řešení. Závislý člověk je tak považován za nevléčitelný případ, který nemá smysl léčit. To ukazuje drasticky např. tento dopis člověka, který trpěl závislostí:

„Jak to, že se činí tak důležité rozhodnutí, jakým je vydávání heroinu, aniž by se někdo ptal postižených na jejich mínění? Heroin ničí člověka, ať se vydává s lékařskou asistencí nebo bez ní. My chceme věřit, že i po drogách existuje život. Dejte nám k tomu příležitost, otevřete detoxikační stanice, centra společenské rehabilitace, centra, kde se mohou setkávat závislí a jejich rodiny, ale neservírujte nám drogu na podnose!“

Na tomto místě je třeba znovu zdůraznit, že závislost a zanedbanost je výsledkem toxického působení drog. Vlastním motorem udržování konzumu drog je působení těchto substancí - a to i při „legálním“ vydávání. Servíruje-li se droga „na podnose“, pohrývá motivaci k uzdravení. Zkušenosti terapeutických stanic totiž ukazují, že i pro těžké případy drogové závislosti lze vytvořit cestu k životu bez drog, je-li jim poskytnuta příležitost a nutná podpora.

#### *Zvyšování rizika*

Některé podoby strategie „harm reduction“ znamenají přímé ohrožení konzumentů drog. Přítomnost lékaře na drogové scéně nebo v aplikační místnosti vede u

**závislých k falešnému pocitu jistoty, protože při krátkodobé zástavě dechu nebo selhání srdečního oběhu jsou po ruce oživovací opatření. Proto se závislí nebojí přiblížit nebezpečné hranici.** Právě jen díky této podobě „harm reduction“ mohla vzniknout a přetrvávat např. drogová scéna na Platzspitzu a později na lettenském nádraží: výsledkem byl zhoršený zdravotní stav mnoha závislých.

**Hans Frei, který až do roku 1992 vedl největší drogové centrum ve Švýcarsku, napsal v roce 1990 článek s titulem „Pomoc k životu - ne pomoc k přežití“, kde píše:**

**„Za poslední dva roky se velmi změnil osobnostní typ drogově závislého člověka....Přibývá závislých mladších 20 let. Drogová kariéra, tedy období od začátku experimentování do chvíle, kdy je závislý zcela sociálně dekompenzován, se velmi zkrátilo (mezi půl rokem a dvěma lety).“ O čtyři roky později, v průběhu parlamentní debaty o drogách, musel poslanec Philippe Pidoux za FDP (v říjnu 1994) konstatovat, že se situace nezlepšila, spíše naopak:**

**„To, co se odehrálo na Platzspitzu a co se odehrává na lettenském nádraží, je důsledek chyb exekutivy, omylů profesorů a laxnosti politických vůdců. Selhali. Chtěli - a to byl oficiální cíl jejich pokusů na lidech - resocializovat nemocné a přivést je znovu do práce. Ve skutečnosti svými injekcemi a jedy, financovanými státem, vedli mladé lidi na smrt. Na Lettenu, kde pěstní právo zatlačilo pravidla právního státu, vybudovali něco naprosto odporného.“**

Zkušenosti s curyšskou drogovou scénou ještě před uzavřením Platzspitzu ukazují, že se takovým postupem u závislých podporuje rizikové chování. Po uzavření druhé velké veřejné drogové scény na Lettenu došlo naopak k tomu, že počet zásahů neodkladné péče drasticky poklesl. Městský rada Wolfgang Nigg k tomu říká:

**„Od 25. února 1995 má záchranná služba v průměru jeden až dva výjezdy denně, a to na celém území města. Tento pokles znamená velké ulehčení, protože ještě loni to bylo v průměru 8-10 výjezdů, v roce 1993 dokonce až 15 výjezdů.“**

V téže zprávě poukazuje městský rada Nigg na to, že klesající tendence výskytu abscesů po vpichu je v přímé souvislosti s uzavřením veřejné drogové scény. Na tomto místě je třeba poznamenat, že na veřejné drogové scéně policie dealery už ani nestíhala, že sterilní stříkačky se vydávaly v nadbytečném množství (asi 15.000 stříkaček a asi 8.000 náhradních jehel v průměru na den). Přesto - nebo právě proto - počet abscesů klesl teprve tehdy, když bylo požívání drog ztíženo.

*Tzv. „pomoc k přežití“ není dobrou prevencí HIV*

Nejpádňějším argumentem pro „harm reduction“ byla a je její hodnota pro prevenci HIV. To však nelze doložit ani pro vydávání stříkaček, ani pro nízkoprahový methadonový program.

**Dlouhodobé (mnohaleté) methadonové programy nepodávají v souvislosti s prevencí HIV žádný důkaz účinnosti. (Krátkodobé vydávání methadonu na překlenovací dobu může při pečlivé lékařské asistenci mít v jednotlivých případech smysl.) Právě Curych ukazuje jednoznačně negativní důsledky nízkoprahových, špatně vedených methadonových programů. Více než 25% methadonu končí na černém trhu. Většina methadonových pacientů bere ještě další drogy, především kokain. Z narkomanů, kteří byli v zimě 1993/4 zadrženi policií na drogové scéně v Lettenu a odvedeni do odvykacího centra v Hegibachu, byla třetina na methadonovém programu, což znamená, že curyšské dlouhodobé methadonové programy nedokázaly odvést závislé od konzumu drog.**

„Harm reduction“ v podobě vydávání drog ulehčuje konzum drog a fixuje závislost. Závislí si nevybudují motivaci, která by je vedla k - pro ně namáhavé - terapii orientované na abstinenci. Směřují-li opatření k akceptaci drog („normalizaci“), ztěžuje se závislým cesta k abstinenci a účinné terapii - nebo se jim zcela zablokuje. Závislý pak přijímá pomoc pasivně, aniž by se posilovala jeho vlastní odpovědnost. Těžko se pak může rozvinout pozitivní perspektiva cesty ven z drogové závislosti. Hlavním „životním obsahem“ zůstává nejbližší dávka drogy.

Jak jsme už vysvětlili, je motivace k terapii rozhodujícím způsobem závislá na vnějších faktorech a podnětech, jakými jsou tlak ze strany rodičů nebo partnera, nedostatek peněz a obtíže při shánění drogy, strach z těžkostí ve škole a v zaměstnání, trestní následky atd.

**„Harm reduction“ odstraňuje právě ty faktory, které se pro závislého člověka mohou stát podnětem k úspěšnému rozchodu s drogou. Závislí se stále chtějí na jedné straně s drogou rozejít, na druhé straně sahají po stříkačce. Bez vnějšího podnětu by bylo hotovým zázrakem, kdyby našli motivaci a sílu k trvalému životu bez závislosti na drogách. „Harm reduction“ tedy není jen falešným východiskem, ale přímo brání motivaci k léčbě, a tím i každé opravdové pomoci.**

Souhrnně lze říci, že negativní dopady takové „harm reduction“ na prevenci jsou patrně nejzávažnějším důsledkem chybné drogové politiky.

### *Východisko*

Skutečně humánní, etickou pomocí je drogová politika orientovaná na abstinenci, kdy se dělá vše pro to, aby člověk znovu nepropadl drogám: aby se dostal z jejich bludného kruhu, aby se mu dostalo pomoci úměrné jeho stavu, aby byl opět schopen převzít svou odpovědnost ve společnosti a konstruktivně přispívat obecnému dobru. Proto vznikla ve Švýcarsku celonárodní iniciativa „Mládež bez drog“, která požaduje od státu drogovou politiku orientovanou na bezprostřední abstinenci. Během 6 měsíců jsme pro ni získali přes 140.000 podpisů: proto se o ní bude v příštím roce konat referendum. Účinná ochrana mladých lidí před drogami je možná. Nejdůležitější je na jedné straně jasný zákaz drog, důsledný postih obchodu s drogami, přiměřené poučení o tělesných, duševních a společenských škodách, a na druhé straně posilování osobnosti mladistvých. Včasný záchyt a pomoc zvyšují u mladistvých šanci na uzdravení a znovu začlenění do společnosti. Závislý potřebuje pravou lidskou pomoc - tedy pomoc, která ho osvobodí z jeho závislosti. V dlouhodobé perspektivě je toto zaměření pomoci i levnější: je třeba zabránit dalšímu rozšiřování drogového neštěstí.

Preventivní úsilí i léčebná opatření mohou být úspěšná jen tehdy, udrží-li se mezi obyvatelstvem široký konsensus o tom, že drogy nelze do naší společnosti integrovat. Rodina může poskytnout dítěti i mladistvému nutnou jistotu i v těžkých chvílích. Proto je ovšem třeba, aby rodiče i učitelé měli potřebnou podporu a ochranu pro svůj nesnadný úkol - aby jejich úsilí nebylo ohroženo a ničeno klimatem, jež drogy akceptuje.

Pravá prevence vychází z etického základu a její výchovné působení v sobě spojuje věcné informace se zprostředkováním tradičních hodnot.

*Literatura:*

- 1) Frei, H.: Drogenpolitik aus der Praxis. Lebenshilfe statt Überlebenshilfe. Hongger, 2.3.1990
- 2) Bocker, F.M.: Methadon und Aids. In: Aids-Aufklärung Schweiz (Hrsg.): HIV und Drogen. Zurich 1993, s. 5-12.
- 3) Zajmi, L. - Wettstein, A.: Zurcher Drogenszene Winter 93/94. Intercura Nr. 47, 1994, s.2.
- 4) Florian Ricklin, Francisca Hallerová : DROGOVÁ POLITIKA:ŠVÝCARSKÁ ZKUŠENOST, Bulletin OI č. 62, říjen 1996, otištěny v Bulletinu NPDC č. 2,3/1997



# ÚMRTÍ OSOB POD VLIVEM OPL

Jaroslav ŠEJVL, Úřad vyšetřování hl.m. Prahy

V roce 1999 jsme byli svědky prudkého nárůstu úmrtí osob, které si intravenózně aplikují omamné nebo psychotropní látky (dále jen OPL) - zejména heroin.

Tato úmrtí však nejsou těmi „zlatými ranami“, které se v současnosti tolik proklamují a jež mají tuto úmrtnost zdůvodnit a pro společnost alibizovat. Jedná se zejména o úmrtí prvokonsumentů anebo osob, které zneužívají OPL nepravidelně - příležitostní víkendoví experimentátoři. Pravidelní uživatelé těchto látek se ve statistice úmrtí ukazují periodicky a jejich nárůst není lineární, jako je to u osob shora uvedených. nehledě na skutečnost, že tito pravidelní uživatelé jsou zkušení a jejich smrt přichází zpravidla až po totální devastaci organismu, způsobené dlouhodobým zneužíváním OPL.

K pojmu statistika, který je uveden v předešlém odstavci, je nutno přiznat, že se nejedná o žádnou oficiální statistiku, neboť jak bylo zjištěno, u policie a ani u jiných státních orgánů neexistuje přesná evidence osob, jež podlehly aplikaci OPL a u nichž v kolonce pitevního protokolu - příčina úmrtí - figuruje zdůvodnění „po aplikaci ....“

Tento materiál čerpá ze Svodek Správy hl. m. Prahy, jednotlivých poznatků a evidenci operativních pracovníků OŘ v Praze, údajů Ústavů soudních lékařství a oddělení patologií na území hl. města a databáze OBOZu. Uvedená čísla jsou započtena za rok 1999.

**Z hlediska citovaného prudkého nárůstu úmrtí konzumentů OPL je důležitým datem konec loňského a počátek letošního roku. Někdy počátkem prosince roku 998 se na území hl. města Prahy poprvé objevil, resp. poprvé byl zdejší součástí zaznamenán výskyt tzv. „bílého heroinu“. Tento heroin se oproti tzv. „hnědému“ liší v několika směrech. „Hnědý“ je v podstatě heroinová báze se špatnou rozpustností. Z důvodu této špatné rozpustnosti se tato substance ředí kyselinou citrónovou a poté se na lžičce zahřívá zapalovačem. Oproti tomu již zmiňovaný „bílý“ heroin je hydrochlorid, který je koncentrovanější. Ze současných poznatků Kriminalistického ústavu (dále je KÚ) vyplývá, že zatímco „hnědý“ heroin Dyacetylmorfin obsahuje účinné látky kolem 25 – 30%, u tohoto „bílého“ byly policií zajištěny vzorky obsahující mírně přes 90 % účinné látky.**

Pokud srovnáme informace plynoucí z expertiz KÚ dostáváme naprosto jednoduchou odpověď na příčinu úmrtí. Pokud osoba zneužívající OPL si nepravidelně (ale i pravidelně ) aplikuje intravenózně 1 g „hnědého“ heroinu denně s účinností kolem 30 % a poté si aplikuje 1 g „bílého“ heroinu s účinností látky kolem 85 - 90 %, nelze se podívat výslednému efektu.

Zdroj	počet doložených úmrtí
ÚSL	91
OBOZ	18
SKP OŘ	25
Svodky	23

Z této tabulky jasně vyplývá spodní hranice, tedy počet osob, které opravdu zemřely po aplikaci OPL, kdy tato skutečnost je doložitelná pitevními protokoly jednotlivých ÚSL (pouze při toxikologickém rozboru požadovaném při soudní pitvě ve smyslu ust. § 115 odst. 1 tr. ř). Diskutabilní je však určení horní hranice, resp. prostoru (tolerance) osob, jež zemřely na aplikaci OPL.

Do této horní hranice je třeba mimo jiné započítat relevantní informaci uvedenou v Bulletinu NPDC č. 3/99, kde pracovník Záchrané služby hl. m. Prahy pan Kálal uvádí smutnou skutečnost, že častokrát k úmrtím uživatelů OPL v centru Prahy není volána Policie ČR, neboť to „nemá cenu“.

Proto jsme za pomoci jednotlivých pracovníků OŘ Prahy 1 - 10 vytvořili shrnutí počtu zjištěných úmrtí na celkem 21 osob. Při toleranci, kterou je nutno akceptovat vzhledem k neexistenci oficiálních statistik, s ohledem na určitou, již shora citovanou latenci, a vzhledem ke všem relevantním skutečnostem, které znesnadňují vedení takovýchto statistik, odhadujeme horní hranici počtu osob, které zemřely za prvních devět měsíců tohoto roku v důsledku užití OPL, na 55 - 60.

V současné době není jednoduché uvést přesný podíl jednotlivých látek zastoupených v počtu úmrtí v této evidenci, které měly příčinou souvislost a jejichž účinek byl pro konzumenta smrtelný. Přesné číslo lze vystopovat pouze ze zdroje ÚSL v Praze. Nutno uvést, že na přesném čísle této statistiky se podílely ÚSL 1. - 3. LF UK, ÚSL ZS Praha a oddělení patologie ÚVN ve Střešovicích.

Látka	počet doložených úmrtí
heroin	42
pervitin	23
heroin + pervitin	2
pervitin + metadon	4
benzodiazepiny	9
antidepresiva	3
cannabis	1
MDMA	2
alkohol + léky	5
<b>celkem</b>	<b>91</b>

Většina zde uvedených aplikovaných OPL byla užita intravenózně, pouze antidepresiva, MDMA, alkohol s léky byly užity perorálně.

Dalším kritickým faktorem, který zasluhuje pozornost a který je v současné době velkým varováním, je věk konzumentů. Věková hranice u osob, které nepřežily experimentování s OPL se pohybuje kolem 24 let. Mužů bylo 58 a žen 33.

# BOJ PROTI DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

**Doc. Ing. Renata ŠTABLOVÁ, Mgr. Pavel DANIŠ, Miloš VANĚČEK**

## PŘEDCHÁZENÍ DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Konec dvacátého století jakoby splácel dluh touze po zrychlení vývoje. Nejde již jen o rozkošné postřihy začátku století. Společnosti jsou sužovány stále ničivějšími pokusy o revoluční zvraty vývoje v dobré víře urychlení pokroku. Naše psychika je fascinována vším, co jen trochu zavání zkratkou na cestě k žádoucímu psychickému stavu. Drogy jsou stále více tím, co náš stav upravuje a zpočátku nic nežádá. To, že se stáváme pomalu ale jistě otroky, kterým v konečném stádiu droga kontroluje celý život a nevynechává ani naše bližní, nám zastírá opar právě nastupující či vyprcháující drogy. Právě ten určuje, co budeme v příští chvíli prožívat a dělat.

Závislost na drogách je jevem, který lidstvo vždy provázel, avšak teprve nyní se svým bujením stává symbolickým problémem naší doby na všech možných úrovních.

Prevence se zdá být stále ještě v zajetí pohledu „jak předcházet nemocem“. Tento problém je však mnohem větší. Svým významem možná přerůstá i nejmodernější pojetí týkající se kvality našeho života či duchovního růstu. Svoboda v překračování hranic nám ukazuje svoji odvrácenou tvář. Co nás čeká za další zatačkou? Ještě tam však nejsme. A drogová mafie musí zatím připravit podmínky k tomu, abychom začali věřit, že :

- Drogy nevymýtíme
- Drogy se stávají trpěnou součástí našeho života
- Drogy se stávají součástí našeho života jako jiné věci
- Drogy nám vlastně v mnohém mohou pomoci
- Drogy nám život usnadňují
- Drogy nám život umožňují, jsou našim každodenním chlebem
- Drogy nám život dovolují a jen díky jim můžeme tíhu života nést

Mafie jsou uzavřená společenství, pracující velmi podobně jako energetické agens každé drogy – slibují vše a berou vše.

Společnost se v legislativním vztahu k drogám pohybuje v jakémsi bludném kruhu. Ve své snaze být liberální a přinášet svobodu dovoluje snadný přístup k drogám a zaujímá k tomuto jevu postoj shovívavého pochopení. Podcenění drog vede při nárůstu problémů s toxikomany ke stále většímu omezování svobod jiných. To dává prostor hlasům volajícím po zákonných ustanoveních s přísnějším dohledem nad tímto jevem. Pocit ohrožení roste a policie dostává stále větší kompetence ke své činnosti až do stupně, kdy její výkonná moc vyvolává svou kontrolou až obtěžováním jedinců jasnou nevoli občanů. Jestliže stát nedokáže tuto rovnováhu dostatečně udržovat, spěje společnost nezadržitelně opět k místu, odkud v bludném kruhu vyšla – k uvolnění postoje k drogám. Boj proti kriminalizaci toxikomanů a poukazování na neefektivnost tzv. války proti drogám jsou faktory, které připravují opět liberální postoj. Jakoby samozřejmě se přitom vnucuje společnosti uznání bezmocnosti vůči šíření drog a není náhodou, že takové atmosféře se daří právě ve společnostech, kde dochází ke zhroucení dosud platných morálních struktur.

Pro šíření epidemie drog jsou v každé společnosti nezbytné tyto podmínky :

- Růst vědomí o psychoaktivních možnostech drogy
- Dostupnost drogy
- Ujišťování přátel či expertů o určité omezenosti drogy škodit
- Možnost pozorovat přímé abuzéry, kteří zatím nenesou stopy postižení

- Ochota překračovat převládající sociální normy pro určité skupiny, překračovat omezování jako takové a překračovat normy přímo pro drogy  
Z hlediska celospolečenského lze epidemii drog snižovat hlavně :
  - Uvědomováním si rizika poškození
  - Růstem nesouhlasu u vrstevníků
  - Snižováním motivace být pod drogou
  - Vytrácí-li se tradiční podmínky pro drogu

## PRIMÁRNÍ PREVENCE

V primární prevenci se snažíme, aby ti, co vliv drog ještě neznají, se užití drog vyhnuli. Lze to provést třím způsobem :

- a) Ukazovat, kam vlastně droga vede. Tato informace je základní a nikdy nesmí být opomenuta. V zásadě právě tato informace je v primární prevenci nakonec nejefektivnější. Proč bychom se jinak něčeho, na první pohled tak skvělého, vzdávali?
- b) Ukazovat na jiné cesty a snažit se přesvědčit, že tyto cesty jsou zajímavější. Učit orientaci a uspokojivější adaptaci v těchto jiných oblastech. Navozovat např. zkušenosti, po kterých lze úspěšněji zvládat potencionálně obtížné životní situace nebo libidinózní prožitky související s pojetím nás samotných
- c) Učit strategii a taktiku, jak se chovat při styku s drogou a jak se udržet čistým. I za touto na první pohled technickou záležitostí jednoduchých nácviků chování se může skrývat imputování určitého zdravějšího životního stylu.

## SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

V sekundární prevenci jde o to, abychom těm, kteří se již ocitli v problémech s drogami, pomohli prorazit jejich cestu zpět do života a pomohli jim zvládat hrozící recidivy.

## TERCIÁLNÍ PREVENCE

Terciální prevence hlavně sleduje zamezení šíření nákazy a zmírňování následků škod, které již droga způsobila. Patří sem například výměna injekčních stříkaček, prevence AIDS, případně substituční programy.

V širším smyslu poskytujeme základní existenční i sociální pomoc, v nejhorších případech se snažíme i o detenci. Nicméně, i zde při záchytech těch nejhorších případů se stává, že takový jedinec se přece jen rozhodne k pokusu o lepší život a s podporou ostatních se mu to někdy i podaří.

### ÚLOHA PČR V OSVĚTOVÉ ČINNOSTI MEZI ŽÁKY ZÁKLADNÍCH A STŘEDNÍCH ŠKOL V OBLASTI DROGOVÉ PROBLEMATIKY

Policisté mohou velmi účinně přispět k protidrogové prevenci mezi mládeží. V zahraničí jsou již dlouhodobě dobré zkušenosti. Také naši policisté mají s prací na školách již řadu zkušeností. V současné době hledáme vhodné způsoby a konkrétní postupy jak rozšířit efektivní protidrogovou osvětu mezi školní mládeží, která je tímto sociálně patologickým jevem zasažena nejvíce. Úspěšné rozvíjení takového programu vyžaduje však systémový přístup, k jakému již dospěli v řadě zemí Evropské Unie.

Velmi bohaté zkušenosti z působení policistů ve školách má např. policejní sbor v Manchesteru, kde vyvinuli strategii pro činnost policie v protidrogové prevenci, při níž působí nejen na žáky, ale současně spolupracují s jejich učiteli a rodiči. Tato strategie je součástí

komplexního preventivního programu Manchesterské policie, který spočívá na čtyřech základních principech obecnějšího charakteru:

- vytvářet a upevňovat zdravé vztahy mezi policií a mladými lidmi,
- informovat mládež, pedagogy a rodiče o úloze policie ve společnosti,
- pomáhat ve zlepšování úrovně komunální bezpečnosti,
- podporovat školu a širší okolí v ochraně mládeže před nebezpečím,
- povzbuzování řádných občanů,
- odrazování mládeže od antisociálního a kriminálního chování.

Také naši policisté jsou často žádáni buď okresními protidrogovými koordinátory nebo přímo učiteli, aby přišli do školy a promluví k žákům o riziku braní drog či kriminálního chování. Chceme proto nabídnout několik užitečných rad.

Než půjdete do školy, vyjasněte si s pedagogy zda mají zájem o dlouhodobé cílené působení, či zda se jedná o jednorázovou záležitost (zpravidla reakci na bezprostřední nález drogy nebo žáka ovlivněného drogou). Pokud budete na škole působit dlouhodobě, a tak by to mělo být, pak je nezbytné, abyste si předem se školou vyjasnili tři základní aspekty:

1. obsah a rozsah vzdělávání
2. jak se škola hodlá zachovat, když najde u žáka drogu, jehlu a pod.
3. jak hodlá škola naložit s žákem, jestliže zjistí, že bere nebo šíří drogy (disciplinární aspekty).

Stává se totiž často, že škola se obrací na policistu, aby on navrhl opatření, která pak škola vesměs nechce přijmout. Je proto nutné, aby pedagogové i rodiče zaujali zásadní stanovisko k bodu 2 a 3.

Pokud jde o obsah vzdělávání, doporučujeme diferencovat podle věkových skupin, např. takto:

**5 až 7 let-** v předškolní výchově není vhodné zapojení policie. Děti se učí hrou. Úplně postačí, když učitelka seznámí děti se základními pravidly hygieny a poskytne jim informace o lécích

**7 až 11 let** - v tomto věku již děti začínají samostatně myslet, oddělují postupně fakta od fantazie. O drogách již nějaké informace slyšely, ale jsou zmateny. Většina si myslí správně, že drogy jsou špatné. Policista by měl začít informacemi o alkoholu, cigaretách, ukazovat jim na možnosti jiných volnočasových aktivit, např. sportu

**11 až 14 let** - děti začínají dospívat, hledají svoji identitu. Otevírá se jim svět, vstřebávají informace, jsou ovlivněny masmedii, reklamou, staršími lidmi. Začínají se cítit dospělými.

Pro tuto věkovou skupinu sehrává zapojení policie s hlediska prevence **klíčovou úlohu**. Vedle informací o zdravotním riziku spojeném s užíváním drog je velmi vhodné seznamovat již tuto mládež se **zákony** a následky jejich porušování.

**14 až 16 let** - jedná se rovněž o velmi náročné období života, neboť mladí začínají na sebe brát rizika, jsou častými návštěvníky diskoték, zapojují se do různých part, začínají mít peníze a stávají se předmětem zájmu dealerů

Policie by se měla zde soustředit především na informace o následcích užívání drog, případně kriminálního chování pro celý budoucí život mladého člověka, zdůrazňovat

odpovědnost za vlastní život, poukazovat na jejich úlohu ve společnosti a snažit se, aby se zapojovali do různých volnočasových aktivit.

**nad 16 let-** řada těchto mladých lidí opouští domov ať už z důvodů pracovního zapojení či profesionální přípravy. Jsou vystaveni mnoha pokušením, na které nejsou připraveni, a proto by policie měla k nim hledat cesty a působit na ně, aby se stali řádnými občany.

Policisté, kteří se připravují na úkol lektora, mohou využít konzultací např. s pracovníky Národní protidrogové centrály, Policejní akademie ČR a při vlastní přípravě přednášek mohou čerpat z velkého množství odborné literatury.

Ve struktuře Národní protidrogové centrály je vytvořeno speciální pracoviště, a to SKUPINA KOORDINACE A METODIKY, která se zabývá prevencí. Pracovníci této skupiny již absolvovali celou řadu různých besed a programů pro děti různého věku. Nyní se na obrátil i Odbor prevence MV se žádostí o metodiku pro oblast protidrogové prevence. Žádná metodika však zpracovaná není. Uvedené pracoviště se již delší dobu snaží o zavedení preventivního programu D.A.R.E pro policisty P ČR. V současné době probíhá jednání o možnosti zavedení tohoto programu, ale vše je odvislé od finančních prostředků. V případě, že se tyto prostředky nepodaří zajistit, je připravena další alternativa programu protidrogové prevence pro policisty. Z jakých zkušeností tento program vychází? Hned na úvod lze souhlasit s myšlenkou Jiřího Vacka, který v dvoudílném televizním filmu Amsterdam východu prohlásil, že samotná přednáška, na kterou nenavazuje žádný komplexní program je vlastně tou nejhorší prevencí. V současné době již na školách pracují školní protidrogoví koordinátoři, kteří mimo jiné museli vypracovat minimální preventivní program pro jejich školu. Je samozřejmé, že tyto programy budou různé úrovně, ale je to začátek. A právě tady je dostatečně velký prostor pro policisty, aby vešli ve styk s těmito koordinátory a případně se na tomto programu podíleli. Vzhledem k těmto školním aktivitám je již zbytečné vykládat dětem o jednotlivých skupinách drog. Tyto informace již většinou děti mají, včetně upozornění na rizika, která jsou spojena s jejich užíváním. Z tohoto stavu věci vycházíme při přípravě **besed** na jednotlivých školách. Záměrně jsem napsal besed a nikoli přednášek. Jak jsem již uvedl, děti mají celou řadu informací, i když někdy zkreslených. Proto na začátku hodiny dostanou pouze aktuální informace, například o riziku z konzumace bílého heroinu, který se objevil počátkem roku 1999. V současné době je samozřejmě aktuální novela přestupkového a trestního zákona ve vztahu k držení drog pro vlastní potřebu. Je na místě připomenout i věk pro trestní odpovědnost, který děti často zaměňují za věk pro plnoletost. Po těchto základních informacích následuje beseda, která může probíhat i formou dotazů na lístečkách. Učitelé většinou dodržují dohodu, že po zahájení besedy nechávají děti samotné.

Před příchodem na školu, kam máme jít poprvé, si od pracovníka, který besedu sjednává, zjistíme, v jakém rozsahu a v jaké formě na této škole probíhá minimální preventivní program, a na základě tohoto zjištění upravujeme obsah našeho úvodního vystoupení, aby nedošlo ke zbytečnému dublování. Pokud zjistíme, že aktivita školy je minimální, a beseda s policistou by měla být vlastně jedinou akcí, tak účast odmítáme. Je to ovlivněno i kapacitou tohoto pracoviště. Již třetí rok probíhá experimentální projekt se Základní školou v Praze 4, Písnická ulice, kde ve spolupráci s učitelem občanské výchovy byly připraveny osnovy pro jednotlivé ročníky druhého stupně do hodin občanské výchovy. Tato hodina je vyhrazena policistovi, který v netradičním prostředí knihovny pracuje s dětmi. Dosavadní výsledky nasvědčují tomu, že byť jedna hodina, na kterou ale navazuje celá řada aktivit školy, začíná nést svoje ovoce. Přesto se ukazuje, že jedna takto netradičně vedená hodina nestačí. Při práci s dětmi je patrné, že je nutné dávat dětem ucelený přehled, nezkreslené a pravdivé informace k dané problematice, korigovat a utvářet jejich názory a jednání, které jsou mnohdy nevhodnými informacemi, nedostatečným a jednostranným výkladem v médiích zkreslovány.

Tento program není nějakým uzavřeným projektem. Právě praxe s dětmi ukázala, že se v budoucnu bude celý program rozšiřovat o další jednu vyučovací hodinu, která by svým obsahovým zaměřením, metodou a formou výuky navazovala na předešlou hodinu. Zároveň bude tato část projektu obohacena nejen o vybrané a vhodně volené videozáznamy k dané problematice, ale také bude kladen důraz na větší zapojení dětí do samotné realizace projektu. Budou se samy podílet na řešení jednotlivých problémů k dané problematice a celý projekt bude gradovat samostatnou činností dětí.

Neznamená to ale, že drogy na škole nejsou, nebo že se škole vyhýbají. Pouze děti mají větší spektrum informací.

K samotným lektorům je třeba uvést, že se jedná o velice náročnou práci, vždy ne zcela doceněnou. S výhledem na možnost dlouhodobějších projektů na základních školách je přínosem činnost preventivně informačních skupin, které mají spoustu věcí v náplni práce a půjde jenom o jejich realizaci. Další a to nepodstatná výhoda je, že by tím měly odpadnout problémy s uvolňováním na tyto akce. Je otázka dalšího směru vzdělávání. Těžko asi dosáhneme specializace na drogy. Vždy se bude jednat spíše o pojetí prevence v širším slova smyslu ve vztahu k policii – tedy nejen drogy ale i trestnou činnost a podobně. Tento rozsah bude klást zřejmě na přednášející dost velké nároky. Pokud se týká oblasti drog, rozsah kladených otázek zahrnuje celou řadu oborů: legislativa, dějiny, biologie, chemie, z lékařství vznik závislostí a jejich léčení, vliv drog na vývoj plodu, psychologie...

Na základě své odbornosti si musí lektor sám připravit jednotlivé přednášky. Ty musí obsahovat minimálně základní informace k přednášenému tématu a lektor by měl zvládnout odpovědi na otázky, které vyplynou z přednášeného tématu. Je proto nezbytné vytvořit podmínky pro práci lektorů. Jednak zajištěním potřebné odborné literatury, účastí na odborných seminářích případně stážích na profesních pracovištích.

Doporučená literatura pro lektory:

PhDr. Miroslav NOŽINA: **Svět drog v Čechách**

Zdena KAŠPAROVÁ, Tomáš HOUŠKA: **Sám sebou I-IV, pro šestou až devátou třídu základních škol, Sám sebou V pro střední školy a učiliště**

Doc. Ing. Renata ŠTABLOVÁ, CSc. a kolektiv: **Drogy, kriminalita a prevence**

MUDr. Martin VOKURKA: **Praktický slovník medicíny**

Prim. MUDr. Karel NEŠPOR, Csc. PhDr. Ladislav CSÉMY: **Alkohol, drogy a vaše děti**

Jiří PRESL: **Drogová závislost**

Peter T. FURST: **Halucinogeny a kultura**

Nicholas SAUDERS: **Extáze a technoscéna**

Richard E. SCHULTES, Albert HOFMANN: **Rostliny bohů**

BULLETIN Národní protidrogové centrály

Prof. Ing. Pavel VALÍČEK, DrSc. a kolektiv: **Rostlinné drogy**

Použitá literatura:

PhDr. Magdalena FROUZOVÁ - Prevence, léčba a doléčování závislosti na drogách; Sborník přednášek DROGY ZE VŠECH STRAN, Filia, svazek 2, 1995

# KONOPI – *CANNABIS* L

Miloš VANĚČEK, Národní protidrogová centrála

## BOTANIKA

Moderní, současná botanika si udržuje pojetí, že existuje jeden druh konopí s mnoha lokálními variacemi. Často se činí rozdíl mezi vláknovým konopím a indickým konopím. V průběhu dějin botaniky byla publikována následující označení jednotlivých druhů nebo variant konopné rostliny :

*Cannabis sativa* LINNÉ 1737  
*Cannabis Lupulus* SCOPOLI 1772  
*Cannabis indica* LAMARCK 1783  
*Cannabis foetens* GILIBERT 1792  
*Cannabis eratica* SIEVERS ex PALLAS 1796  
*Cannabis macrosperma* STOKES 1812  
*Cannabis generalis* KRAUSE 1905  
*Cannabis americana* HOUGHTON et HAMILTON 1908  
*Cannabis gigantea* CREVOST 1917  
*Cannabis ruderalis* JANISCHEWSKY 1924  
*Cannabis pedemontana* CAMP 1936  
X *Cannabis intersita* SOJAK 1960

Podle novějších zkoumání a průzkumů polí působení dřívějších botanických autorit Richarda E. Schultese a Williama Embodena jsou jen tři Taxa valide; tím má konopí tři druhy :

### 1. *Cannabis sativa* LINNÉ 1737

Rostliny rostou velmi vysoké(až 4m), mají silný, vláknovitý stonek, jsou jen velmi málo rozdvojeny a mají řidší listy. Obsah psychoaktivních působících látek je velmi nízký, mnohdy se vůbec nevyskytují.

### 2. *Cannabis indica* LAMARCK 1783

Rostliny jsou nízké (do 1,2m) a velmi husté, stonek není tolik vláknitý, jsou silně rozdvojeny a mají velmi husté listy. Obsah psychoaktivních působících látek je velmi vysoký.

### 3. *Cannabis ruderalis* JANISCHEWSKY

Rostliny jsou velmi malé (60 cm), mají tenký, slabě vláknovitý stonek, nejsou téměř vůbec rozdvojeny a listy není příliš husté, oproti tomu listy jsou poměrně velmi velké. Obsah působících látek není ani nízký ani vysoký.

Všechny druhy konopí jsou dvoudomé, to znamená vytváří samičí a samčí rostliny. Samičí rostliny jsou zpravidla menší a méně rozdvojené než samčí. Dochází ovšem také k obojakým útvarům. Z hlediska kulturního jsou samičí rostliny mnohem důležitější. Vytvářejí pevnější vlákna a více psychoaktivních látek, stejně jako výživných semen.

Původně bylo konopí přiřazováno do řádu *Urticaceae* (kopřivovité). Konopí patří ale podle novějších výzkumů do řádu *Cannabaceae* (konopné), čeledi *Moraceae* (morušovité). Nejblíže příbuzným konopí je chmel *Humulus lupulus*, který přináleží ke stejné rodině jako *Cannabaceae*. Další příbuzní doposud nebyli ještě popsáni.



Je možné, že se ony tři druhy konopí vyvinuly na základě pěstění a selekce člověkem. V dějinách konopí rozlišuje Schultes tři fáze : divokou formu, kulturní formu a zdivočelou formu

## CHEMIE A FARMAKOLOGIE

Konopná rostlina vytváří v různé míře s rozdílnou koncentrací působících látek pryskyřici, která je vylučována především na samičích květenstvích, ovšem je ji možno najít rozdílně roztroušenou na všech ostatních částech rostliny s výjimkou semen a kořenů. Chemické složení pryskyřice je mezitím již velmi dobře známé.

Čistá pryskyřice (hašiš) obsahuje čtyři hlavní komponenty, Cannabinoidy D<sup>1</sup> – Tetrahydrocannabinol (THC) se třemi variantami, ze kterých dvě vznikají teprve ukládáním pryskyřice jako artefaktu, Cannabidiol (CBD) a Cannabinol (CBN). Tyto látky jsou zodpovědné za psychoaktivní působení konopí. Dále jsou objasněny struktury dalších asi 30 Cannabinoidů se slabším nebo žádným psychoaktivním působením. Navíc se v pryskyřici vyskytují ještě éterické oleje (Caryophyllen, Humulen, Farnesen, Selenin, Phellandren, Limonen), různé cukry, flavonoidy (Cholin, Trigonellin, Piperidin, Betain, Prolin, Neurin, Hordenin, Cannabissavitin), stejně jako chlorofyl, které jsou pro psychoaktivní účinky bezvýznamné.

Struktura, farmakologický význam a vztahy struktury a působení byly objeveny týmem Raphaela Mechoulama. Ten také objevil cestou syntézy THC. Obsah THC je extrémně rozdílný. U některých rostlin se rovná nule, u jiných vytváří až 25% pryskyřice. Psychoaktivně působící dávka činí 4-8 mg. „Vzhledem k psychotropní dávce je toxicita THC velmi nízká. Akutní letální dávka při ústním dávkování se u krys pohybuje okolo 600 mg/kg, je tedy 6000 krát vyšší nežli dávka působící na člověka.“

THC způsobuje účinnou dávkou 4-8 mg (odpovídá přibližně jednomu jointu s 0,5 g hašiše nebo 1 gramu marihuany) „asi tři hodiny trvající stav omámení, který je charakterizován pocitem oddělenosti, která umožňuje meditativní ponoření nebo oddání sensorickým stimulům. Všeobecně nedochází k optickým a akustickým halucinacím, které mohou nastoupit při požití trojnásobné nebo čtyř až pětinasobné dávky. Subjektivně je zesílena pocitová intenzita při poslechu hudby, pozorování obrazů, při jídle a pití a sexuální aktivitě.

V semenech, která jsou využívána jako zdroj obživy, oleje a lék, je obsažen vzácný vitamín K. k tomu přistupují oleje, kyseliny olejů, vitamíny a minerální látky.

## HISTORIE

### • HOSPODÁŘSKÉ VYUŽITÍ

Podle indické tradice věnovali bohové konopí člověku proto, aby mohl poznat rozkoš, odvahu a zvýšit své sexuální touhy. Z nebes se snesl démon Amrita a v místech, kam jeho kapky dopadly na zem, vyrostlo konopí.

Konopí člověka doprovází přinejmenším 10 000 let – již od samých počátků zemědělství ve Starém světě. Je jednou z nejstarších pěstovaných plodin a jeho použití je vskutku všestranné. Získává se z něj olej a pevné vlákno, mimoto poskytuje jedlé nažky. Díky obsaženým látkám je konopí nejen důležitým narkotikem, ale i cenným prostředkem při léčení celé řady nemocí používaných jak v lidovém, tak v moderním lékařství.

Původní účel pěstování konopí dnes již stěží určíme. Užívání hospodářských rostlin se obvykle vyvíjí od nejjednoduššího k složitějšímu, a proto lze předpokládat, že člověka na konopí nejprve zajímalo odolné vlákno. Jeho zbytky, staré 6000 let, se podařilo objevit

v kolébce asijské civilizace, v Číně. Objevení papíru bylo také důsledkem konopí. Z jeho stonku byl v severní Číně vyroben první papír lidstva. Na území Turkestánu archeologové našli konopný provaz a konopnou nit z období před 3000 let př. n. l. V Tchaj-wanu byly objeveny starověké pozůstatky paliček na roztloukání konopného vlákna a otisky konopného provázku ve vypálené keramice. Na území Turecka se dochovaly konopné tkaniny pocházející z 18. století př.n.l. V jedné z egyptských hrobek byl objeven vzorek sporného druhu konopí, starého 3-4 tisíce let.

Konopí bylo známé také ve Svaté zemi. V Talmudu je označována jako *kanbus* a považuje se především za dodavatele vláken. Jako takové je uvedeno i v bibli (např. Exodus 35:10, 17, 18; Ezekiel 27:19) (výroba oblečení, provazů, sítí atd.). bylo také použito při výstavbě Šalamounova chrámu. Ačkoli v bibli není doslovná zmínka o lékařském užití konopí, bylo přesto užíváno jako prostředek proti bolestem.

Do Evropy konopí proniklo ze severu. Ve starém Řecku a Římě se konopí pro výrobu vlákna zpočátku nepěstovalo, ale již od 3. století př.n.l. se konopné vlákno dováželo z Galie, jak se o tom v 1. století př.n.l. zmiňuje řecký spisovatel Lucilius. Římský úředník a polyhistorik Plinius Starší (23-79) popisuje způsoby přípravy a různé stupně kvality konopného vlákna. V Anglii byly nalezeny pozůstatky římských osídlení z období 140-180, obsahující též zbytky konopných provazů. Není zcela jasné, jestli konopných provazů používali Vikingové, nicméně na základě nálezů konopného pylu víme, že pěstování konopí v Anglii zaznamenalo prudký nárůst od počátku anglosaského období až po pozdní saské období a během normanského období (400-1000).

Konopí se v Anglii ve větší míře začalo pěstovat za vlády Jindřicha VIII. Během anglické námořní nadvlády, v alžbětinském období, zájem o tuto surovinu prudce vzrostl, aby mohla být dodávána kvalitní konopná lana pro lodě. Konopí se začalo pěstovat i v britských koloniích Nového světa, nejprve roku 1606 v Kanadě, posléze roku 1611 ve Virginii. Puritánští osídlenci je do Nové Anglie přivezli roku 1632. Před americkou revolucí se konopné vlákno používalo dokonce na výrobu pracovních oděvů. Nezávisle na britském území se konopí rozšířilo také do španělských kolonií, roku 1545 do Chile a 1554 do Peru.

Výroba konopného vlákna je bezpochyby velmi stará, je však možné, že jedlá semena se používala jako potrava již dlouho předtím. Semena jsou velice výživná a bylo by tedy velmi nepravděpodobné, kdyby je naši předci, věčně hledající nové zdroje potravy, přehlédli. Archeologické nálezy konopných semen v Německu, staré nejméně 2500 let, naznačují právě tento způsob využití.

## • LÉČITELSTVÍ

Vůbec nejstarší způsob využití této hospodářsky velmi důležité rostliny byl pravděpodobně v lidovém léčitelství a je nutno dodat, že halucinogenní vlastnosti byly často neoddelitelnou součástí léčebného procesu.

## ČÍNA

Konopí stojí na počátku čínské civilizace, konopí bylo první rostlinou, která byla současně s usídlováním s usídlováním severních kmenů kultivována. V nejstarší čínské dochované knize *Shing-Ching*, „KNIZE PÍSNÍ“, která vznikla mezi 9. – 6. stoletím př.n.l. v severní Číně, ale odvolává se přitom na prameny až o 2000 let starší, je konopí často zmiňováno. Je počítáno ke „stovce obilí“. Za mýtického zakladatele čínského bylinného umění a farmacie je považován Shen-Nung. Naučil člověka používat pluh a pěstovat „patro druhů obilí“, ke kterým také patřilo konopí. Ve farmakologii Shen\_nung, která byla podle legendy sestavena v roce 2737 př.n.l., ale ve skutečnosti vznikla až v 1. století, se praví, že „konopí léčí ženské slabosti, dnu, revmatismus, malárii, zácpu a duševní nepřítomnost.“

V roce 1578 sepsal Li-Shih-Chen svou slavnou knihu bylin *Pen-Ts ao*, která je dosud základní knihou čínského bylinného lékařství. Podle ní je možno léčit mnoho nemocí konopím :nervozitu, senilitu, ženský výtok, porodní komplikace, otrávení sírou, olovem nebo oměj, zácpu, těžké zvracení, kožní vyrážky, vředy, rány, vypadávání vlasů, pocit suchosti v jícnu, píchnutí štírem, nepravidelnou menstruaci, zadržovanou moč, měchýřové kameny, hemeroidy. Li-Shih-Chen poznamenává, že nadměrná konzumace způsobuje „halucinace a nejistý krok“.

## JAPONSKO

V roce 414 n.l. bylo v Japonsku oficiálně zavedeno čínské lékařství korejskými lékaři. V průběhu následujících století bylo japonské lékařství stále více ovlivňováno korejskými lékaři, kteří pracovali převážně na čínské bázi.

V roce 562 n.l. přišel čínský mnich Chu-Ts ung do Japonska. Měl ve svém cestovním zavazadle 164 lékařských knih, mezi nimi i slavnou knihu bylin *Pen-Ts ao*. Tak se později rozšířily vědomosti o lékařském použití konopí v japonském lékařství. Všechny pozdější japonské lékařské knihy se na tuto čínskou knihu odvolávají.

Základní dochované japonské dílo o využívání bylin, *Honzowamyo*, „Japonská jména rostlin“ od Sukahito Fukae, pochází z roku 918 n.l.Jedná se o adaptaci velkých a mnohem starších čínských lékařských nauk. V roce 1607 se dostalo čínské vydání knihy *Pen-ts ao kang-mu* do vlastnictví osobního lékaře šoguna. Mělo velký vliv na lékařsko-farmaceutické posuzování rostlin, které se pěstovaly a nacházely v Japonsku. Konopí je zmiňováno také ve velmi raném díle lékařských nauk, převzatém z Číny, *Shino-Honzo-Sutra*, „Nauce o bylinách“, kde je označováno jako Masho. O jeho působení se píše : „Toto konopí léčí patero nemocí a sedm druhů zranění. Při větším požití ovšem hrozí ztráta sil. Mashinin se používá jako laxační prostředek u starých lidí, dětí, těhotných a kojících matek a u těch, kteří jsou ještě oslabeni po těžké nemoci. Je také lékem proti rýmě a kašli. V uplynulých stoletích byla využívána pryskyřice konopí jako tišící prostředek proti bolestem.“

## INDIE

Vědy nebo védské spisy vytváří nejstarší literaturu Indie. Věda znamená vědění, védské spisy až dodnes zosobňují prapůvodní moudrost indických kultur. Soubor lékařských textů a zaklínadel Atharvaveda, která pochází asi ze 7. století př.n.l., se zmiňuje konopí jako léčivý prostředek pod jménem Vijaya – vítěz. Ayurvédské lékařství v sobě spojuje moudrost, umění života, náboženství, jógu a vědu o bylinách. Konopí a jeho produkty hrají důležitou roli ve dvou posledních skupinách ayurvedy. Konopí je jen jednou ze sta rostlin, které zaujímají pevné místo v ayurvédské farmakologii. Ayurvédská farmacie využívá čtyři druhy produktů z konopí :

- charas – pryskyřice setřená rukama ze samičích květenství
- ganja – čerstvé nebo sušené, nejlépe bezsemenné samičí květenství
- bhang – horní lístky samičí rostliny
- semena

Všechny čtyři produkty jsou součástí mnoha léků, které slouží k léčení průjmů, cholery, žloutenky, tetanu, revmatismu, poruch spánku, bolestem, kašli, zažívacích problémů, malárii, alkoholismu. Konopí hraje velmi důležitou roli v lidovém léčitelství všude v Indii a Nepálu, které je velmi ovlivněno ayurvédskými koncepty.

## KONOPÍ V TIBETSKÉM LÉKAŘSTVÍ

Tibetské lékařství bylo poměrně silně ovlivněno kulturní výměnou s Čínou a Mongoly. Tak splynuly vlivy taoismu, čínské alchymie, mongolské nauky o bylinách a

lidových přírodních znalostí vysokohorských nomádů. Konopí je odpradáвна pevnou součástí tibetské farmakologie. Zmínky nacházíme ve „Čtyřech Tantrách“ a je zobrazeno ve dvou různých formách v klasických lékařských thangkas. Obě rostliny jsou samičí. Kromě rostlin jsou zobrazena semena a slupky. Jedna rostlina je označována pouze *myan rtsi spras*, „konopí“; ta druhá má přídomek „podřadné konopí z Tibetu“.

Konopí je pittala, a je proto užíváno při nemocích a poruchách, které jsou způsobeny žlučí (pitta). Konopí je předepisováno na základě svého antiflegmatického (slizu zabraňujícího) působení především u onemocnění nerovnováhy, nemocí trávicích orgánů, dýchacích cest, kůže, mízy. Listina nemocí, které jsou léčeny konopím, zahrnuje revmatismus, kousnutí zvířetem, uštknutí štírem, zanícení, lepru, křeče, průjem, choleru, zadržování moči, rýmu, kašel a intestiniální červy.

Konopí je pro Tibetany posvátnou rostlinou, která je často pěstována při kláštorech a dvorech. Klášterní knihy byly již od převzetí buddhismu tištěny na konopném papíře.

### KONOPÍ V RUSKÉM LIDOVÉM LÉČITELSTVÍ

V tak velké zemi jako bylo Rusko, mělo již odpradáвна lidové léčitelství neobvyklý význam. V mnoha odlehlých územích bylo lidové lékařství po mnoho století jedinou lékařskou péčí o velké skupiny obyvatelstva. V popředí ruského lidového lékařství stojí užití bylin. Konopí je pravděpodobně nejstarší léčivou rostlinou mezi ruskými lidovými léky. Původ konopné rostliny je lokalizován mnoha botaniky do blízkosti Kaspického moře, kde také tato rostlina dosud divoce roste. Odsud se také pravděpodobně prostřednictvím skytských kočovných národů rozšířila do všech oblastí centrální a západní Asie. Konopné květy a semena byly po staletí jediným známým lékem proti bolesti zubů nejen v Rusku, ale i v Polsku a Litevsku. Přípravky z konopí se používaly i při jiných bolestech. Konopí se také používalo v lidovém lékařství zvířat.

### KONOPÍ VE STARÉM ORIENTU

V mezopotámském lékařství byl kladem velký důraz na zdraví a dodržování správného životního způsobu. Mezopotámská Materie Medica byla velmi podobná egyptské. Bylo užíváno mnoho plodů, obilí, koření, ovoce, zeleniny, pryskyřice stromů, minerálů a organicky vyloučených látek. „Mezi nejsilněji působící léčivé prostředky patřila čemeřice, blín, mandragora, opium a konopí.“

Konopí patřilo v Mezopotámii k často užívaným léčivým prostředkům. Bylo užíváno při bolestech měchýře, nespavosti, revmatismu a bolestné brontichidě. Rostlina azallů byla označována také jako „rostlina na zapomenutí starostí“.

Konopí ve svém lékařství užívali především Asyřané. O konopí a hašiši vypovídají četné tabulky psané klínovým písmem. Kořeny byly předepisovány při těžkých porodech. Při bolestech těla byla rostlina vyvařena a podávána jako krystýr.

Konopí bylo známé také ve Svaté Zemi. Ačkoli v bibli není doslovná zmínka o lékařském užití konopí, bylo přesto užíváno jako prostředek proti bolestem.

Konopí znali i v Egyptě. Z lékařských nápisů v pyramidách vyplývá mnohostranné užití konopí jako léčebného prostředku. V antice je konopí rostlinou, která je používána k pletení silných provazů. Většina lékařských autorů následujících Galena zmiňuje konopí jako léčebný prostředek proti bolestem ucha. V islámsko-arabských naukách uvedl súfský lékař al-Razi (865-925), že konopné listy jsou lékem při bolestech ucha. Jako první popsal léčivou sílu konopí při epilepsii. Slavný lékař Arábie Abu Ali Ibn Sina, nazývaný Avicenna (980-1037), rozlišoval vláknové konopí od konopí indického: zatímco indické konopí shledával omamným, vláknové konopí předepisoval při bolestech ucha.

- ZNEUŽÍVÁNÍ

Indické vědy opěvují konopí jako jeden z božských nektarů, který člověku zaručí cokoli – počínaje dobrým zdravím, přes dlouhý život, zjevením bohů konče. Staroíránská Zendavesta, pocházející z období kolem roku 600 př.n.l., se zmiňuje o omamných účincích konopné pryskyřice.

Podle zápisů čínské dynastie Čou (700-500 př.n.l.) můžeme soudit, že používání konopí nazývaného *ma* bylo považováno za projev nízkých mravů. Toto opovržení pramenilo především z jeho ohlupujících účinků. Je pravděpodobné, že zmíněný názor časově předchází dílu Pen Tsao Ching z roku 100 n.l., které popisuje historii Číny až do období legendárního císaře Šen-nung z 2000 př.n.l. Na základě těchto důkazů lze předpokládat, že o halucinogenních vlastnostech konopí věděli již staří Číňané a se vši pravděpodobností jich využívali. Jistý taoistický kněz v 5.století př.n.l. píše, že věštcí používají konopí a žen-šen, aby mohli putovat časem a vyjevovat budoucí události. Užívání konopí pro jeho halucinogenní účinky bylo v raném období nepochybně spjato s čínským šamanismem. Když však v 15. století začali do Číny pronikat první Evropané, šamanství bylo na úpadku a používání omamných rostlin postupně ochabovalo, až nakonec upadlo v zapomnění a konopí se používalo pouze jako zdroj odolného vlákna.

Řecký historik a spisovatel Hérodotos popisuje v 5. století př.n.l. skvostné lázně výbojných, kočovných Skythů, kteří z kavkazských hor pronikali na východ i na západ. Z Hérodotových zápisů víme, že „do země zatloukali tři tyče, neprodyšně je zakryli vlněnými houněmi a uvnitř vyhloubili malou díru, do které vložili rozpálené kameny. Na ně potom hodili několik konopných semen, čímž se vytvořil dým tak hustý, jaký není vidět ani v řeckých parních lázních. Skythové potěšeni tímto kouřem radostně povykovali. Archeologům se ve střední Asii podařilo odkrýt zamrzlé skythské hroby pocházející z roku 500-300 př.n.l., v nichž našli trojnožky, vlněné houně, pánve na žhavé uhlíky a dřevěné uhlí se zbytky konopných lístků a semen. Tento důležitý nález potvrzuje domněnku, že Skythové rozšířili používání konopí na západ do Evropy.

Staří Řekové a Římané omamné vlastnosti konopí znali, nicméně není jasné, do jaké míry jich využívali. Od řeckého filozofa Démokrita se dovídáme, že Řekové konopí občas pili s vínem a myrhou a že tento nápoj navozoval jasnovidné stavy.

Prvním Evropanem, který popsal konzumaci hašiše, byl údajně Marco Polo. Ve své zprávě z cest na konci 13. století líčí exotické a zároveň barbarské zvyklosti sekty, kterou založil perský náčelník Al-Hasan ibn al-Sabbahčili Aladin nebo také Stařec z hor. Tato mohamedánská sekta známá i pod názvem assassíni sestávala z fanatických politických teroristů, jejichž cílem prý bylo zbavit muslimský svět falešných proroků. Členové sekty se ničeho nezalekli a své nevyhnutelné dopadení, mučení a nakonec smrt považovali za výsadu.

Jednali tak pravděpodobně pod vlivem nějakého lektvaru podávaného Aladinem a jeho následníky. Mezi lidem se vyprávělo, že tento nápoj obsahoval i konopí. V Aladinově horské pevnosti měl vyrůst neskutečný ráj, doplněný nádhernou zahradou, vílami a čtyřmi fontánami, z nichž teklo víno, mléko, med a voda. Mladí členové sekty byli drogou omámeni, a když se probudili, mysleli, že jsou v ráji, nebo jim bylo řečeno, že jde přinejmenším o malý kousek rajske země. Když byli potom vyzváni k nejvyšší oběti, s radostí položili své životy. Alespoň Marco Polo to tvrdí. Assassíni však nepochybně existovali a od 12. století se jich obávala Evropa i Asie. Etymologie slova assassín je také dobře známa – je odvozeno z arabského slova hashashin, které znamená „požívač hašiše“. Zprávy z cest Marca Polo obrátily pozornost Evropanů k hašiši a slovo assassín vešlo do slovníků.

Konopí se až do Napoleonova tažení na Blízký východ v Evropě příliš nepoužívalo. Rostlinu a s ní spojený návyk přivezli Napoleonovi vojáci a také britští lékaři, kteří se vraceli ze služebních cest do Indie. Kulturního vrcholu dosáhla spotřeba konopných produktů

v Evropě v 19. století, když francouzští spisovatelé založili výběrový klub s názvem „*Le club des Hashishins*“. K předním členům tohoto klubu patřili Charles Baudelaire, Honore de Balzac a Théophile Gautier. Většina z nich se zmiňuje, že berou hašiš, aby zlepšili svůj umělecký výkon.

## Charles BAUDELAIRE – BÁSEŇ O HAŠIŠI

### *Kapitola V – MRAVNÍ PONAUCENÍ*

#### *Úryvek*

*Ale následující den! Strašný den! Všechny orgány skleslé, unavené, nervy ochablé, lechtání k pláči, nemůžete se věnovat souvislé práci, a to vše vám dává kruté ponaučení, že jste hráli zakázanou hru. Ohybná lidská přirozenost, zbavená svého včerejšího osvětlení, se podobá truchlivým troskám, které zbývají po slavnosti. Obzvlášť vůle je zasažena, nejdrahocennější schopnost ze všech. Říká se, že hašiš nepůsobí tělesné obtíže, aspoň ne vážné, a je to skoro tak. Lze ale tvrdit, že člověk, který je neschopen činnosti a hodí se jen ke snění, je opravdu zdrav, i kdyby všechny jeho údy byly v dobrém stavu? Vždyť známe dostatečně lidskou povahu, abychom věděli, že člověk, který si lžičkou zavařeniny může okamžitě opatřit všechny nebeské a pozemské statky, nikdy si ani jejich tisícinu nedobude prací. Dovedete si představit stát, kde by se všichni občané opájeli hašišem? Jací by to byli občané! Jací bojovníci! Jací zákonodárci! I na Východě, kde je požívání hašiše natolik rozšířeno, jsou vlády, které pochopily, že je ho nutné vyplnit.*

*Co kdyby aspoň člověk za cenu důstojnosti, ze cenu počestnosti a svobodné vůle mohl čerpat z hašiše velká duševní dobrodiní, učinit z něj jakýsi stroj na myšlení, vydatný nástroj? Když na okamžik připustíme, že hašiš dává nebo aspoň zvyšuje genialitu – zapomínáme ale, že je v povaze hašiše oslabovat vůli, a že tedy hašiš, co na jedné straně dá, to na druhé ubere, totiž, že dá obrazotvornost, ale ne schopnosti ji využít. Musíme mít na zřeteli jiné, osudné a strašlivé nebezpečí, které v sobě mají všechny návyky. Každý zvyk se brzy mění v nutnost. Kdo se bude utíkat k droze pro myšlenky, nedokáže za chvíli myslet bez drogy.*

Drogy vyrobené z konopí užívá v nejrůznějších formách velké množství lidí. Na Dálném východě, zvláště v Indii, se konopí podává ve třech formách. Relativně slabý *bhang* a dva silné pryskyřičné přípravky – *ganja* a *charas*, získané z kvetoucích vrcholků vybraných divokých odrůd rostliny. Na Blízkém východě převládá hašiš, zatímco v Africe se listy usuší a pak se kouří spolu s tabákem. V minulosti domorodci vdechovali kouř z hromady páleného konopí.

Rekreační konzumace konopí se mezi Američany poprvé objevila kolem roku 1910 v New Orleansu a několika pohraničních městech, kam s sebou marihuanové cigarety přinesli mexičtí dělníci. Marihuana se mezi strážci hranic a na řekách rychle uchytila jako levná náhražka alkoholu a během pěti let se užívání rozšířilo po toku Mississippi až do údolí Ohia. Odtud pokračovalo konopí směrem na východ, až do New Yorku (především Harlemu).

V roce 1951 byly ve věstníku Spojených národů *Bulletin of Narcotic Drugs* uveřejněny výsledky průzkumu, odhadující celosvětový počet konzumentů konopí v té době přibližně na 20 milionů lidí.

V roce 1961 jevíli Američané o psychický účinek marihuany všeobecně malý zájem, přestože rekreační konzumace „čaje“ byla v beatnických, jazzových a uměleckých kruzích poměrně hojně rozšířena. Ke konci šedesátých let pak zájem o LSD a „magické houby“ pozměnil i představu o konopí – mnozí lidé je začali považovat za podobnou látku se slabšími

účinky. Novou „image“ významně pomáhali utvářet rockoví a folkoví hudebníci nepřímými narážkami i odkazy v textech.

V polovině 60. let pak záplava článků, knih, nahrávek dramaticky změnila představu o marihuaně a s konopím se začalo experimentovat ve všech vrstvách společnosti.

## **ZPŮSOB APLIKACE**

Nejobvyklejší formou konzumace marihuany a hašiše je kouření, tedy inhalace splodin kouření těchto látek. Dým z obou látek obsahující účinné látky dobře proniká přes alveolokapilární membránu do krve. Hašiš se obvykle kouří v malých dřevěných či hliněných dýmkách s malým vnitřním objemem s hustým kovovým sítkem uvnitř hlavičky dýmky, nebo se kouří ve vodních dýmkách. V nich kouř probublává přes vodní lázeň. Marihuana se v dýmce kouří velice zřídka, výlučně převládá balení a kouření marihuanových cigaret. Ty jsou na koncích stočené, aby se z cigaret nevysypala marihuana. Hašišový olej se pro svou vysokou toxicitu samostatně nepoužívá. Těžce závislé osoby si jej přikapávají do dýmky a nebo na cigaretu.

Hašiš a marihuana se inhaluje hlubokým nádechem s následným zadržením dechu na několik sekund. Kuřáci marihuany drží cigarety obvykle mezi sepnutými prsty sevřených rukou směrem nahoru, přičemž se nadechují přes štěrbinu k sobě přiložených palců. Tento rituál kouření je charakteristický pro zkušené kuřáky marihuany, kteří se podle tohoto způsobu kouření dají snadno rozpoznat.

## **AKUTNÍ OTRAVA**

Začátečníci při kouření hašiše nebo marihuany zpočátku nemusí na sobě subjektivně pociťovat účinky drogy, a to ani po třech nebo více dávkách. Postupně se však účinky objeví u všech. Základní účinná látka (delta – 9 – THC) je mírný halucinogen. Osoba v počátečních fázích pociťuje celkové uvolnění, euforii a někdy lehkou ospalost. Mění se orientace v čase a v prostoru. Osoby pociťují změněnou propriocepci stávají se citlivější k akustickým podnětům. Dochází k poruše chuti. Delta- 9 – THC zvyšuje až o 25 % vnitrooční tlak. Ve stádiu akutní otravy po konzumaci marihuany bývá světloplachost, dvojité vidění, dochází k rychlým mimovolným pohybům očí a ke zpomalení akomodace. Při vyšší dávce může dojít k narušení stability a k lehkému třesu rukou. Mohou se rozvinout fenomény pseudohalucinací i pravé halucinace, případně až exaltické stavy. Při velmi vysokých dávkách delta – 9 THC může vzniknout až akutní toxická psychóza s paranoidním laděním, pocity depersonalizace a výrazný motorický neklid. Obvyklé bývají stavy úzkosti, jindy stavy těžké paniky s totální dezorientací v prostoru a v čase. Při kontaktu s intoxikovanou osobou je na místě opatrnost pro její možné agresivní případně autoagresivní reakce i s možností sebevražedného útoku nebo napadení jiné osoby. Těžší otrava může u disponovaných osob odhalit latentní schizofrenii.

Ve stavu akutní otravy dochází i nástupu somatických účinků. Nastávají pocity sucha v ústech a krku, objevuje se tachykardie, dochází k mírnému poklesu krevního tlaku a tělesné teploty. Po úplné metabolizaci bývají bolesti hlavy, skleslost a pocity vnitřní prázdnoty.

## **ROZVINUTÁ DROGOVÁ ZÁVISLOST**

U dlouhodobých konzumentů kanabisových drog dochází zpočátku k poměrně diskrétním psychickým změnám, obvykle ve smyslu introvertní orientace osobnosti, poruchám interpersonální komunikace, ztrátě výkonnosti a poklesu libida. Postupně, zejména u konzumentů hašiše, dochází k závažnému rozkladu osobnosti a k celkovému tělesnému

úpadku. Povahové změny konzumenta kanabisových drog jsou výrazné a zřetelné i pro laika. Chroničtí konzumenti ztrácí celkový zájem o dění kolem sebe, bludy, že jsou pronásledováni, se prohlubují, případná agresivita narůstá. Průvodní jsou i těžkosti jako chronická bronchitida, astmatická bronchitida spastického typu a suchý úporný kašel. Spirometrickým měřením lze zjistit emfyzematické změny plic i u mladých jedinců. Protože se při kouření kanabisových drog dostává do organismu i značné množství karcinogenů typu benzyrenu, významně narůstá riziko vzniku nádorů respiračního systému. U těhotných žen chronicky užívajících kanabisové drogy byl prokázán vyšší počet narozených dětí z nízkou porodní váhou. U pravidelných uživatelů lze prokázat i oslabení imunitního systému.

U osob navyklých na konzumaci kanabisových drog může při náhlém odnětí drogy dojít k těžké, úzkostné reakci s možným sebevražedným pokusem. Tělesná závislost se na kanabisových drogách projevuje celkovou podrážděností, ztrátou chuti k jídlu, anebo paradoxně zvýšeným apetitem. Jsou obvyklé poruchy spánku. U těžce závislých může vynucená závislost vést k rozvinutí závažných zdravotních problémů.

## **MORFOLOGICKÝ NÁLEZ PŘI SMRTELNÉ OTRAVĚ**

Smrt z přímého předávkování kanabisovými drogami je celkem zřídka. Chronický uživatel tohoto typu drog zpravidla umírá na jiné přidružené nespecifikované onemocnění, které se v oslabeném organismu může dobře rozvíjet. Jde většinou o bronchopneumonie. Dále jsou v této kategorii drogové závislosti častými příčinami smrti akutní koronární selhání při celkově rozvinutých arteriosklerotických změnách cév bez ohledu na nízký věk konzumenta. Histologickým vyšetřením výstelky dýchacích cest je možné někdy zjistit oploštění epitelu a polymorfie celurálních jader, nezřídka až charakteru předrakovinového stavu. Ztenčení a prořídnutí alveolárních přepážek i u mladších jedinců nápadně připomíná senilní atrofický emfyzem plic.

## **PRODUKCE CANNABISU**

- **LATINSKÁ AMERICA**

Je nutné připomenout, že USA zaujímají se 4000 tun marihuany z roku 1992 místo druhého největšího producenta této drogy hned za Mexikem (7000 tun). Tato produkce určená výhradně pro vnitřní trh vynáší 10 miliard dolarů.

- **SUBSAHARSKÁ AFRICA**

Afrika se vyvíjí nejen v důležité ohnisko obchodu se všemi drogami, což se týká zejména Tanzanie, Nigerie a Jihoafrické republiky, ale stává se rovněž významnou oblastí pěstování cannabisu. V tomto světadílu se ve skutečnosti přechází od domácího pěstování, utajovaného mezi běžnou potravinářskou produkcí, ke kulturám rozkládajícím se na mnoha hektarech, ba na desítkách hektarů, patřících jednomu vlastníkovi. Tento jev je patrný zvláště v Gambii, Senegalu, v Nigeru, Čadu, Nigerii a Ghaně..

Rozšiřování kultur cannabisu nabízí nejprizpůsobivější odezvu na nové možnosti trhu. Rolník, který se pod tlakem světové poptávky specializoval na pěstování rentabilní kultury, si přirozeně vybírá plodiny, které dosahují na místním či světovém trhu výhodných cen. Je příznačné, že rolníci z Pobřeží slonoviny seji téměř v celé zemi mezi kakaovníky cannabis.

Momentálně je nedovolená produkce v západní Africe určena hlavně pro místní odbytový trh. Jde pravděpodobně o přechodnou etapu, a bude-li poptávka na světovém trhu růst, přejdou zemědělci k produkci hašiše a dalších rostlinných drog, k pěstování máku a keřů koky, neboť se zde spojily všechny pedologické a klimatické podmínky pro jejich pěstování.



- DOMÁCÍ PRODUKCE

Obecně lze říci, že konopí seté je v zemích České koruny pěstováno již od dávných dob. Jsou zde pro pěstování těchto plodin vhodné klimatické podmínky a v minulosti bylo pěstování a následné zpracování jedním ze zdrojů obživy obyvatelstva. Tato plodina má tedy v českých zemích dlouholetou tradici (výroba sukna, provazů, oleje ad.).

Postupem technického vývoje bylo pěstování konopí vytlačeno nástupem výroby syntetických látek, pěstování konopí se omezilo pouze pro pokusné účely výzkumných ústavů. Pěstuje se pro semeno jako krmná směs pro okrasné ptactvo.

Při pěstování konopí setého pro výzkumné účely a pro terapeutické účely musí pěstitel požádat Ministerstvo zdravotnictví ČR, oddělení inspektorátu OPL o povolení k pěstování za konkrétním účelem.

Celkově lze říci, že větší plochy oseté rostlinou konopí setého jsou za účelem zemědělského využití. Tyto plodiny a jejich osevní plány jednotlivých pěstitelů nejsou nikde centrálně evidovány, čímž je znemožněno předběžné mapování terénu, kde k pěstování konopí dochází.

Z důvodů, že není stanovena pro pěstitele konopí, kteří pěstují tuto plodinu pro technické účely, žádná povinnost tuto činnost hlásit, není ani stanovena povinnost pěstěné plodiny a jimi oseté plochy střežit nebo tuto činnost provozovat v oplocených nebo snadno přehledných lokalitách. Nelze tudíž zabránit drancování těchto lokalit nájezdy skupin toxikomanů, ale i jednotlivců, kteří na těchto polních lokalitách odcizují buď celé rostliny, nebo dle vegetačního období odstřihují vrchní části rostlin, které obsahují větší procento delta - 9 - tetrahydrokanabinolu (THC). Sušením takto nelegálně získanou rostlinu poté upravují na drogu zvanou marihuana, kterou poté mají buď pro vlastní potřebu, či pro své přátele nebo s ní obchodují v různých hernách a rockových klubech či diskotékách.

Narkomani považují drogu marihuana za drogu doplňkovou.

V omezeném množství je často konopí seté pěstováno v domácích poměrech jako např. na balkonech panelové zástavby v truhlících na okrasné květiny, za okny bytů. Pěstitelé dosahují u takto pěstovaných rostlin výšky cca 60 - 100 cm s bohatým počtem listů. Je-li rostlina pěstována za sklem, může při vhodně zvoleném vyšlechtění semen na bohatost THC a příhodných klimatických podmínkách v určitém vegetačním období obsahovat až 9 % THC.

Tímto způsobem si někteří narkomani pěstují konopí seté, aniž by ve svém okolí či dokonce v rodině vzbudili sebemenší podezření z protizákonné činnosti výroby OPL. V případě nemožnosti zajistit potřebné důkazy k nedovolené výrobě OPL pěstitel většinou argumentuje, že rostliny pěstuje pro semeno jako krmení pro okrasné ptactvo.

V těchto podmínkách je značné množství narkomanů vlastními samozásobiteli a v některých případech jim marihuana vydrží i do příští sklizně.

Dalším způsobem nelegálního pěstování konopí setého je systém osamocených políček na odlehlých či málo přístupných místech. Zde pěstitel připraví plochu přibližně o dvou až třech metrech čtverečních. Zde vysazené rostliny nepravidelnými návštěvami ošetřuje a zavlažuje. Možnost odhalit a stíhat takového majitele této miniaturní polnosti je ztížena vědomostí pěstitele, že takto činí nezákonně, a v případě přistižení tvrdí, že se na místě vyskytuje poprvé a náhodně.

Na domácí scéně je droga marihuana značně zdomácnělá, tvoří značný podíl z celkové spotřeby drog. Je zneužívána experimentátory, kdy ji mládež často zkouší jako svou první drogu, je zneužívána osobami, které si ji "aplikují" nepravidelně, v léčebných centrech jsou evidovány osoby, které marihuanu uvádějí jako drogu, na které jsou závislé. Marihuana je pro osoby těžce závislé tzv. "doplňkovou drogu", kterou si zpříjemňují chvíle mezi aplikacemi tvrdé drogy.

V poslední době naráží policisté na různý výklad zákona, co se týče stíhání pachatelů pěstování konopí. Každý vyšetřovatel si zákon vykládá po svém a najde se i takový, který odmítá zahájit trestní stíhání takovéto osoby. Z tohoto důvodu bylo požádáno Vrchní státní zastupitelství ČR, odbor trestního řízení, o právní posouzení takových případů a ze sdělení tohoto vyplývá, že pokud není možno dokázat, že byla již vyrobena marihuana, není možno postupovat sdělením obvinění dle § 187 trest. zákona, ale možno dle dané situace sdělit obvinění dle § 188 trest. zákona, a to jako "držení, či výroby předmětu určeného k výrobě OPL.

Výroba hašiše z konopí nebyla v podmínkách ČR doložena.

## **DOVOZ ZE ZAHRANIČÍ**

Domácí produkce marihuany není však jediným zdrojem uživatelů této drogy. Do ČR je též dovážena nelegálně ze zahraničí. Jedná se o kvalitnější drogu než z domácí produkce. V domácích poměrech konopí obsahuje přibližně hodnotu 3 - 10 % THC, u marihuany pašované ze zahraničí lze u jednotlivých zásilek najít vzorky blízké se obsahem THC až k 20 %.

Hašiš je do ČR pašován především z Maroka, ať již jako výsledek samostatných aktivit českých občanů, nebo je pašování hašiše organizováno osobami arabského původu.

Další trasou vedoucí do ČR je cesta z jihovýchodní Asie.

Na pašování marihuany i hašiše ve velkém se v současné době soustřeďuje pozornost západoafrických zločineckých struktur, zejména Nigerijců, kteří obchodují s produkty pocházejícími přímo z Nigérie.

## **INCIDENCE PROBLÉMOVÝCH UŽIVATELŮ DROG V ČR VE 3. ČTVRTLETÍ 1999**

V průběhu 3. čtvrtletí 1999 bylo v ČR evidováno celkem 820 nových problémových uživatelů drog (incidence 8,0 / 100 000 obyvatel). 114 uživatelů kanabinoidů (prakticky výlučně marihuany – 113 osob, 13,9 % ze všech uživatelů) je na třetím místě. První jsou uživatelé pervitinu a na druhém místě konzumenti heroinu. Marihuanu jako sekundární nebo terciální drogu uvedlo 254 osob (167 mužů a 87 žen) což je 31,0 %, hašiš 16 osob (8 mužů a 8 žen) což jsou 2,0. V pořadí oblíbenosti či dostupnosti drog je marihuana na druhém místě za pervitinem stejně jako ve stejném období v roce 1998.

ZÁKLADNÍ DROGA PODLE POHLAVÍ 3Q 1999										
	MUŽI				ŽENY				CELKEM	
	Počet		%		Počet		%			
Marihuana	77		67,5		37		32,5		114	
UŽIVATELÉ DROG PODLE SKUPIN										
	3.čtvrtletí 1998				3. čtvrtletí 1999					
	Počet		%		Počet		%			
Kanabinoidy	158		17,6		114		13,9			
PRŮMĚRNÝ VĚK PROBLÉMOVÝCH UŽIVATELŮ DROG PODLE SKUPIN ZÁKLADNÍ DROGY										
	3.čtvrtletí 1998				3. čtvrtletí 1999					
	Počet		Průměrný věk		Počet		Průměrný věk			
kanabinoidy	156		18,3		113		18,6			
ZÁKLADNÍ DROGA PODLE VĚKU JEJÍHO PRVNÍHO POUŽITÍ										
	Do 15		15-19		20-24		25 a víc		Neznámý	
	N	%	N	%	N	%	A	%	A	%
kanabinoidy	24	21,1	80	70,2	4	3,5	3	2,6	3	2,6

#### Literatura:

Dr. RÄTSCH Christian – KONOPÍ LÉČEBNÝ PROSTŘEDEK V DĚJINÁCH LIDSTVA, nakladatelství DATEL 1994

SCHULTES Richard E, HOFMANN Albert – ROSTLINY BOHŮ

nakladatelství VOLVOX GLOBÁTOR 1996

MANN John – JEDY, DROGY, LÉKY

nakladatelství ACADEMIA Praha 1996

STAFFORD Peter – ENCYKLOPEDIE PSYCHEDELICKÝCH LÁTEK

nakladatelství VOLVOX GLOBÁTOR 1997

Prof.MUDr. NOVOMESKÝ Csc. – DROGY, HISTORIE – MEDICÍNA – PRÁVO

vydavatelství ADVENT ORION Martin 1996

FURST Peter T. – HALUCINOGENY A KULTURA

nakladatelství DHARMA GAIA a MAŤA 1996

BAUDELAIRE Charles – BÁSEŇ O HAŠIŠI

Nakladatelství VOLVOX GLOBÁTOR 1991

POLESNÝ Zbyněk – DIPLOMOVÁ PRÁCE – STANOVENÍ OBSAHU ÚČINNÝCH LÁTEK VE VYBRANÉM SORTIMENTU DRUHU RODU CANNABIS L

HYGIENICKÁ STANICE HL.M. PRAHY – INCIDENCE PROBLÉMOVÝCH UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V ČESKÉ REPUBLICE ZA 3. ČTVRTLETÍ

MUDr. VOKURKA Martin – PRAKTICKÝ SLOVNÍK MEDICÍNY, 3 rozšířené vydání

Vydal MAXDORF Praha 1995

LABROUSSE Alain – DROGY, PENÍZE A ZBRANĚ

nakladatelství THEMIS Praha 1998

# CO NÁM PŘINÁŠEJÍ LÁTKY Z KONOPÍ

**Doc. MUDr. Herbert HANUŠ, CSc.**

V posledních letech se v lékařské literatuře objevují články navrhuující použití látek z konopí (*Cannabis sativa* L.) jako léku. Příkladem může být sdělení Johna Wardena v časopisu *British Medical Journal* z května 1998 nebo Philipa Robsona v témže časopisu v dubnu 1998. První článek cituje názor Britské lékařské asociace, která došla k závěru, že je možné provádět klinické pokusy s kanabinoidy, a že by bylo žádoucí provádět klinické kontrolované pokusy s těmito látkami, které by mohly nemocným sloužit jako léky proti zvracení při chemoterapii zhoubných nádorů nebo jako léky při chronických nemocech, provázených křečovitými bolestmi, které nereagují na jiné léky. V této souvislosti se oba články zmiňují o syntetickém kanabinoidu nabilonu a dronabizolu, z nichž první je již registrován ve Spojeném království. V článku Philipa Robsona je údaj o tom, že dronabizol je látka, povzbuzující chuť k jídlu u nemocných AIDS. Má také účinky proti zvracení a pravděpodobně účinky proti bolestem, úzkosti, mohla by mít účinek hypnotický a antidepressivní. Je námětem k dalšímu výzkumu, což navrhuje i americká Food and Drug Administration, volně přeloženo Úřad pro kontrolu potravin a léků (FDA). Oba články ovšem popisují i možné závažné vedlejší účinky, které si budou vyžadovat velmi pečlivý výzkum.

Tolik pro ilustraci z oficiálního postoje lékařské vědy.

Konopí je velmi stará kulturní rostlina. O jeho používání pro výrobu tkanin či provazů máme například zprávy z doby před sedmi tisíci lety ze staré Babylonie. Z rostliny, která pochází pravděpodobně ze západních svahů Himálaje a Kašmíru, se však také vyrábí marihuana a hašiš, nejrozšířenější halucinogeny. Účinnou látkou je 9-tetrahydrokanabinol. Používá se ve formě marihuanových cigaret, hašiše nebo hašišového oleje. Většinou se kouří v cigaretách, někdy také v dýmkách včetně nargilé - vodních dýmek, v Indii se vyrábějí sladké hašišové zákusky, v Sýrii bonbony plněné hašišem.

Zneužívání hašiše trvá již více než 2500 let, původně v Asii a Africe. Herodotos popisuje zneužívání konopí u Skythů, kteří se uváděli do extáze vdechováním kouře ze semen konopí, pokládaných na žhavé uhlíky. V Evropě se začaly alkaloidy z konopí zneužívat v Řecku, do Ameriky bylo zneužívání těchto látek přeneseno asi v 16. století, a to zejména do Brazílie. Návyk se pak rozšířil zvláště v Mexiku (název marihuana) a v letech 1910-1920 proniklo kouření marihuanových cigaret do Spojených států, odtud potom postupně do zbytku světa.

Drogy z konopí se vylučují z těla velmi pomalu, mají tendenci se ukládat v tukové tkáni. Po vykouření jedné cigarety lze prokázat drogu v buněčných tělesných membránách ještě po 48 - 138 dnech. Při pravidelném zneužívání se pak drogy hromadí v organismu.

Drogy z konopí patří mezi halucinogeny. Patří mezi ně také lysergamid a psilocybin, které byly v minulosti využívány v psychoterapii, ale po zjištění a ověření jejich škodlivých účinků vyhlásily farmaceutické firmy dobrovolné moratorium a přestaly halucinogeny vyrábět.

Mezi hlavní projevy intoxikace drogami z konopí patří rozšířené zornice, zarudlé oči, zrychlený puls, kašel, pach potu po spálené trávě, zhoršení paměti na nedávné události, únava a nezáměr. Může se objevit přechodné zlepšení nálady, ale také úzkost a deprese, v popředí je intenzivní změna prožívání a vnímání.

Dlouhodobější příjem drogy vede ke kolísání nálad, zhoršení schopnosti soustředění, u studentů se zhoršuje školní prospěch. Prodlužuje se reakční čas, školní prospěch je horší i

mimo období intoxikace. Dále se objevuje nepravidelný menstruační cyklus, neobratnost, neochota přebírat zodpovědnost, zpomaluje se životní rytmus, zvyšuje se podrážděnost. Závislost na drogách z konopí vzniká pomaleji než u opioidů nebo pervitinu, může se projevit zneužíváním drogy při zcela nevhodných příležitostech. Je vyšší riziko úrazů a dopravních nehod. Závažné je riziko neplodnosti u mužů a poškození plodu u těhotných žen. Časté jsou chronické záněty spojivek a dýchacích cest. Prohlubují se povahové změny, je větší riziko duševních poruch, zneužívání marihuany může vyprovokovat vznik schizofrenie. Protože marihuana obsahuje větší množství rakovinotvorných látek než tabák, je při kouření marihuany daleko větší riziko vzniku plicní rakoviny. Je prokázáno oslabení imunity. Je vyšší riziko plicních onemocnění včetně tuberkulózy. Dále jsou v marihuaně spory houby *Aspergillus*, které se při kouření neničí, a mohou se tudíž dostat do plic a způsobit vážné plicní onemocnění. Drogy z konopí zvyšují tepovou frekvenci a mohou ohrozit lidi s nemocným srdcem.

Halucinogeny, včetně drog z konopí, mohou způsobit toxické děle trvající duševní poškození, mohou vést k sebevražděnému a vražděnému jednání, mohou vyvolat úzkostné panické reakce, (tzv. *flashbacks*), kdy se objeví prožitky intoxikace bez nové aplikace drogy. Závažné je samozřejmě poškození chromozomů, které bylo popsáno po lysergamidu, marihuaně a hašiši. Toto tzv. mutagenní působení může nepříznivě ovlivňovat dědičné vlastnosti a zdraví budoucích generací.

Když si uvědomíme všechna rizika zneužívání drog z konopí, musí se nám jakákoliv snaha o legalizaci marihuany jevit zcela absurdní.

V uvedeném textu jsem kromě shora citovaných zahraničních autorů použil práce profesora Myslivečka a profesora Vondráčka z roku 1956, profesora Hynie z roku 1995, profesora Švestky z roku 1995, MUDr. Nešpora a MUDr. Provazníkové z roku 1996, profesora Višňovského a Mgr. Bečkové z roku 1998 a vycházel jsem i z vlastních klinických zkušeností.

# THEOPHRASTUS, BOMBASTUS VON HOHENHEIM

Miloš VANĚČEK, NPDC

K titulní straně.

Theophrastus Bombastus von Hohenheim spatřil světlo světa v poslední třetině roku 1493 v Eisiedeln ve Švýcarském kantonu Schwyz. Při křtu dostal jména Philippus Theophrastus. Jméno Aureolus, které se vyskytuje v plném pojmenování Aureolus Philippus Theophrastus von Hohenheim, lze považovat za jméno pouze lichotivé. Německy to znamená „Zlatohlávek“, jak na něj asi volali rodiče. Nápadné je druhé jméno Theophrastus, které dal otec synovi zřejmě z úcty k Theophrastovi, velkému příteli a žákovi řeckého filozofa Aristotela. Tento Theophrastus napsal proslulé dílo o rostlinách. A konečně jméno PARACELSUS je jen volným překladem jména Hohenheim.

Jeho otec byl v Einsiedelnu lékařem. Lékařské povolání se tehdy netěšilo příliš velké úctě a často se sotva odlišovalo od povolání ostatních živnostníků. Když bylo Paracelsovi osm let, zemřela mu matka. Krátce po její smrti přesídlil s otcem do korutanského města Villachu v údolí řeky Drávy. Zde otec působil jako městský lékař. Protože neměl na syna dostatek času, vzali na sebe mniši z kláštera v St. Paul v údolí Lavantu úkol vštípit Paracelsovi základní znalost latiny a další vzdělání.

Kolem roku 1510 se Paracelsus vypravil z Villachu do města Ferrary, kde se nechal zapsat ke studiu na univerzitě. Ferrara byla na vrcholu své slávy, a také na lékařské fakultě přednášeli nejvýznamnější učenci té doby. Paracelsus nastoupil na univerzitu dychtivý po vědění. První, co však překvapilo, byl způsob přednášek. Profesor na katedře předčítal z knih. Studenti a profesori trávili svůj čas učenými rozhovory, při nichž záleželo na výmluvnosti, ale s lékařskou vědou a uměním to nemělo vůbec nic společného. Když toto student zvládl, dostal se k pramenům lékařské vědy. Nejednalo se však o současné poznatky, ale předčítaly se a vysvětlovaly jako neomylné texty, které napsali před staletími řečtí, arabští a židovští lékaři. Byly to texty Hippokratovi, Galenovi a Avicenovi. Paracelsus byl tímto zjištěním velice zklamán.

V letech univerzitních studií se Paracelsus přesvědčil, že medicína jeho doby se skládá ze studia starých textů a diskusí o nich. Nebraly se přitom ohledy na skutečný stav nemocných, kteří čekali na ošetření. A tak přišel den, kdy to Paracelsa hnalo pryč od čtení a planých diskusí zpátky ke všemu, co se dá vnímat smysly, protože již jako chlapec velice často navštěvoval nemocné spolu se svým otcem. Sám to později přiznává slovy. „Kdybych se byl sám neobrátil ku zkušenosti, staří lékaři by mne ponechali v slepotě, nevidomého.“ Začíná svůj boj za zkušenost jako základ lékařských pokusů. Již tehdy Paracelsus poznal, že léčení nemocných je sice prvním a jediným cílem, ale je až posledním krokem skutečného lékařství. Dříve než bude možné člověka vyléčit, je nutné jej poznat. Je nutné vědět, co je nemoc a co je zdraví, jestliže má být člověk vyléčen. Je nutné znát účinky jednotlivých léků, aby mohly být správně používány. Studia ve Ferrare zakončil Paracelsus doktorskou zkouškou.

Paracelsovi ani po doktorské promoci nedávaly pokoje všechny ty pochybnosti a problémy, se kterými se setkal během studií. Co mu neposkytly knihy, se snažil vypátrat venku, v přírodě. Během cest často trpěl depresemi a výčitkami svědomí, když se mu nepodařilo některého z nemocných vyléčit. Nejednou hrozilo, že jej tato zklamání a neúspěchy donutí, aby svého léčení zanechal. Jeho vytrvalost ho však přivedla k poznání, že lékařské neúspěchy nezavíňují zlí duchové, ale nevědomost, neznalost a povrchnost lékařů. Toto zjištění jej provokovalo k dalším cestám.

Když přijel Paracelsus do některé země, snažil se ji opravdu poznat, nenavštívil jenom několik obcí nebo měst, ale snažil se poznat krajinu, přírodu, podnebí, přírodní podmínky. Porovnával účinky okolní přírody na domorodé obyvatelstvo a na sebe, na cizince. Poznával také tradice a zvyky obyčejných lidí. Setkával se s lidovou medicínou a v ní objevil mnohý léčebný prostředek. Mimo jiné poznával i různé formy výživy. Mnoho zkušeností získal také jako ranhojič ve vojenských leženích.

Po krátkém pobytu v domě svého otce ve Villachu odjel roku 1524 na další cesty. Až do konce roku 1526 se Paracelsus objevuje v jihozápadním Německu. Zaujaly jej četné přírodní lázně a léčivé prameny. O přírodních lázních, o „lázních zdraví“, jak je Paracelsus nazval pojednávají jeho dva nejranější spisy. Jako první poznal, že prameny v Baden-Badenu, Wildbachu a Liebenzellu mají společný původ. Co nepřesněji popisuje složení a účinnost celé řady jiných lázní a vidí v horkých vodách léčebný prostředek právě tak důležitý, jako jsou léčivé byliny. Chemický rozbor léčivých pramenů dovedl Paracelsa k poznání, že teplé vody jsou bohatší na minerály než vody studené. Usoudil, že příroda to uspořádala tak, že voda, kterou denně pijí lidé, zvířata, traviny a stromy, neobsahuje léčivé látky. Je dobrá pro zdravé. Léčivé prameny jsou pro nemocné. Příroda sama tedy oddělila, co je a co není lék.

V prosinci 1526 navštívil Paracelsus Štrasburg. Zapsáním do knihy občanů zde získal i měšťanské právo. Za svého pobytu zde dokončil jedno z nejvýznamnějších děl HERBARIUS – BYLINÁŘ. Paracelsus psal o vlastních zkušenostech s bylinami, kořeny, semeny a listy, které mohl vyzkoušet při návštěvách v různých zemích. Jeho vlastní recepty byly prosté a srozumitelné a hlavně pomáhaly.

Úspěšné vyléčení Frobeny, občana Basileje, vedlo k nabídce městské rady města Basileje, aby obsadil uvolněné místo městského lékaře. Současně mu udělili povolení k přednáškám na místní universitě. Na jaře roku 1527 se tedy Paracelsus přestěhoval do Basileje. Záhy však došlo k roztržkám s místními profesory a nakonec i radními. Paracelsovi bylo vytýkáno, že znevažuje lékařský řád používáním němčiny, opětovným popuzováním studentů proti stávajícím léčebným metodám. Nakonec tento boj prohrává a v únoru 1528 Basilej navždy opouští.

Z Basileje se Paracelsus odebral ke svým přátelům do Kolmaru. Většinu svého času na tomto místě věnoval dokončení svých spisů o syfilidě, v nichž zevrubně vylíčil tuto nemoc. Tato nemoc, která se před třemi desítkami let náhle objevila jako zhoubná epidemie, upoutala jeho zájem. Byla to nová, záhadná a neprobádaná nemoc. Tehdejší lékaři, kteří se jí z počátku nechtěli ani zabývat, stáli před ní bezradní, protože se o ní ve starých lékařských knihách nic nedočetli. Vojáci se svými ženskými družinami ji zanášeli z místa na místo, ze země do země. Kde války nebyly, tam se šířila díky hygienickým podmínkám z veřejných lázní, takže ušetřila málokoho. Protože postihovala všechny bez rozdílu, tak se z počátku ani nepoznalo, že se jedná o pohlavní nemoc. Poprvé se objevila se zběsilou prudkostí v posledních letech XV. století. Velmi brzo se ujalo podezření, že pochází z Ameriky, odkud ji zavlekli Kolumbovi námořníci. Potom každá země obviňovala svého souseda, že je původce této pohromy. Francouzové mluvili o neapolské nemoci, Italové o nemoci francouzské, Poláci o nemoci německé. Název syfilis zavedl teprve v roce 1521 Fracastoro. Také Paracelsus vidí jednu z příčin této hrozné epidemie v úpadku mravů.

Paracelsus poznal, jaký význam pro léčení syfilidy má rtuť. Sám si rtuť připravoval s největší možnou pečlivostí a podával návod, jak připravovat různé rtuťové preparáty. Rovněž zdůrazňoval, že je nutné používat přípravek na správném místě na těle, zatímco tehdejší lékaři používali rtuťové preparáty na celé tělo, což vedlo k mnoha úmrtím, Paracelsus používal tyto preparáty pouze lokálně. Paracelsus se snažil odstranit i další chybu v léčení syfilidy. Snažil se jednotlivé případy posuzovat individuálně s přihlédnutím na rasu, pohlaví, věk, prostředí a podobně. Paracelsus doufal, že jeho spisy o syfilidě budou v Kolmaru vydány. Když se tak nestalo, vydal se na další cestu. Po krátkém pobytu opouští město

Norimberk. Před svým odchodem z tohoto města zadal do tisku třetí spis o původu a vzniku syfilidy. Jeho první dvě knihy vzbudily velikou pozornost a bylo to poprvé, co se mu podařilo dostat svoje myšlenky k většímu počtu čtenářů. Lékaři se však cítili Paracelsovými myšlenkami ohroženi, a tak nakonec prosadili, že norimberský senát zakázal Paracelsovo dílo o původu a vzniku syfilidy, a navíc ještě zakázal tisk všech Paracelsových děl. Nic nepomohlo, ani Paracelsovo odvolání. To bylo 4. března 1530 zamítnuto.

O svém poslání píše ve svém díle PARAGRANUM. V něm Paracelsus naznačuje základy lékařského umění, které buduje na čtyřech základech – filozofii, astronomii, alchymii a etice. Filosofie pro Paracelsa znamená poznání přírody a přírodních zákonů. Poznávat vlastnosti jednotlivých bylin a využívat je v lékařské praxi. Vedle filosofie staví Paracelsus i astronomii, protože podle něj nebe a člověk patří k sobě jako nebe a země, a proto musí být člověk poznáván i z nebe.

Třetím základem je chemie, která má vylepšovat účinky dosud známých léků a objevovat nové, které příroda dosud ukrývá. Sám Paracelsus říká: „Slavím umění alchymie, neboť odhaluje tajemství léku a poskytuje pomoc ve všech zoufalých nemocech. Musím chválit toho, kdo dovede přírodu přivést k tomu, aby byla nápomocná, kdo dobré odhalí a zlé odvrhne.“ Jed pro Paracelsa není stálou veličinou, záleží na formě použití a na správné přípravě. Příroda poskytuje suroviny: dřevo, železo, byliny, vodu. Jejich využití je věcí člověka, v medicíně alchymisty a lékaře. Mezi velice oblíbenými bylinnými přípravky, které Paracelsus používal, byla jeho *opiová tinktura*, kterou nazval **laudanum (chvalitebný)** podle latinského slova laudare – chválit.

Poté, co bylo v roce 1530 Paracelsovi zamítnuto odvolání, vydal se další cesty. Nejprve prošel některá města ve Švýcarsku. Při svých návštěvách se stále setkával s odporem stávajících lékařů a některých měšťanů, které odpuzoval svým zjevem. Oblečen byl do prostého šatu, byl opálený a využíval netradiční metody léčení. I z těchto důvodů neuspěl při léčení morové epidemie v červnu 1534 v Sterzingu. Snažil se přitom využít několik vyzkoušených receptů a zůstal nepochopen, a proto odešel.

Koncem roku 1535 začal zabývat dalším dílem – Velkým ranhojičstvím, jak se tehdy říkalo chirurgii. To v této době nebylo považováno za rovnoprávný lékařský obor. Paracelsus naopak prosazuje jednotu medicíny a chirurgie. Po svých zkušenostech se od počátku se svým Velkým ranhojičstvím obrací na mladé lékaře. Na počátku roku 1536 bylo dílo vytištěno a do konce roku byl náklad již vyprodán, a proto vyšlo druhé vydání.

V roce 1537 zavítal Paracelsus i na území Království českého. Povolal jej k sobě Jan III. z Lipé do Moravského Krumlova.. Vyšetřením zjistil, že pan z Lipé trpí celou řadou nemocí. V pořádku nebyla slezina, játra, žaludek a střeva. Když zjišťoval příčiny onemocnění, zjistil, že je to důsledek nesprávné životosprávy. Proto jedním z hlavních opatření je úprava životosprávy. V září 1537 odešel z Moravského Krumlova do Vídně, kde strávil zimu.

V roce 1538 se vrátil do svého někdejšího korutanského domova. Při návštěvě města Villachu si vyžádal od rady města úřední zprávu o skonu svého otce. Poté, co ji v květnu 1538 převzal pokračuje ve své cestě. V září 1538 obdržel Paracelsus slib korutanských stavů, že mu vydají jeho spisy. V Korutanech zůstal až do roku 1540, kdy stále čekal na splnění slibu korutanských stavů. Nedočkal se. Jeho poslední cesta vede do Salzburgu. V roce 1540 se poprvé objevují zprávy o špatném zdravotním stavu Paracelsa. 21. září 1541 v přítomnosti císařského notáře sepsal závěť a dne 24. září 1541 zemřel. Poslední místo odpočinku našel v kostele sv. Šebestiána, kam byl umístěn i jeho náhrobní kámen.

*Zde leží Philippus Theophrastus slavný doktor lékařství, jež strašlivé rány, malomocenství, pakostnici, vodnatelnost a jiné nevyléčitelné nemoci s podivuhodným uměním léčil a svůj majetek k rozdělení mezi chudé určil. Roku 1541 dne 24. září zaměnil život za smrt  
Mír živým, věčný klid mrtvým.*



**Tim RHODES : TERÉNNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG, ZÁSADY A PRAXE**

V roce 1999 vydalo nakladatelství ALBERT Boskovice  
ISBN 80-85834-71-5

Ukazuje se, že v každé evropské zemi existují skupiny lidí, které lze jen obtížně oslovit prostřednictvím tradičních postupů zdravotnické osvěty a existujících zdravotnických a sociálních služeb. Jsou to lidé, kteří se ocitli v mezních situacích, nebo stojí mimo systém zdravotních a sociálních služeb. Proto vznikl koncept terénní práce, která představuje řadu aktivit vycházejících z nejrůznějších oborů a zahrnujících širokou škálu iniciativ.

Tato příručka vychází ze závěrů sympozia o terénní práci, které se konalo v Bergenu v únoru 1993. Shrnuje zásady a metody terénní práce s uživateli drog. Instrukce jsou určeny pro pracovníky, kteří se podílejí a provádí tuto práci, jsou odpovědní za její vývoj a jsou garanti v oblasti zdravotnické výchovy a prevence HIV mezi uživateli drog. Nalezne tak jistě uplatnění mezi pracovníky nízkoprahových zařízení, která se často terénní prací zabývají.

**Michal MIOVSKÝ, Tomáš URBÁNEK : NEAD 98**

V roce 1999 vydalo nakladatelství ALBERT Boskovice  
ISBN 80-85834-73-1

Nealkoholové drogy 1998 – přehled hlavních výsledků výzkumné studie.

Úspěšně dokončený výzkum na 4900 respondentech, tvořících reprezentativní soubory dle typu střední školy a věku středoškoláků v pěti okresech jižní Moravy, zcela jednoznačně prokázal, že k velmi významné diferenciaci ve významných údajích o drogové scéně dochází již právě na této úrovni. Z výsledků je zřetelné, že z hodnot na úrovni kraje není možné příliš přesně usuzovat na konkrétní hodnoty v konkrétních okresech, ale že je k tomu třeba jít o jednu úroveň níže, to je na úroveň jednotlivých okresů.

Výsledky dále jednoznačně potvrdily, že lokální intervenující faktory mohou mít na konečnou situaci na místní drogové scéně tak zásadní vliv, že při vzájemném porovnání se i takzvané venkovské regiony mohou v celkovém měřítku jevit jako mnohem horší (ve sledovaných ukazatelích a hodnotách) než velké město. A dále, že díky těmto lokálním vlivům může mít místní drogová scéna diametrálně odlišnou podobu, s množstvím různých ojedinělých výkyvů a odchylek, které však mají naprosto zásadní vliv na její celkový charakter. Co se jevilo v jednom regionu zcela standardně, to v jiném znamenalo extrémní hodnotu s ojedinělým výskytem.

Současně upozorňuji na předchozí titul od Michala MIOVSKÉHO – DROGY UŽ, ANEBO JEŠTĚ? vydané nakladatelstvím ALBERT v Boskovicích v roce 1997,  
ISBN 80-85834-44-8

**Andrew PRESTON : DROGY NA PŘEDPIS II. – VŠE O METADONU**

V roce vydalo nakladatelství VOTOBIA Olomouc  
ISBN 80-7198-383-7

Kniha obsahuje podrobné informace o substituční metadonové léčbě.