

*RACIONÁLNÍ
PROTIDROGOVÁ
POLITIKA*

V O T O B I A

*RACIONÁLNÍ
PROTIDROGOVÁ
POLITIKA*

Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?

LIBOR GRONSKÝ
IVAN LANGER
VIKTOR MRAVČÍK
TOMÁŠ ZÁBRANSKÝ

Za cennou pomoc při sestavování tohoto materiálu děkujeme zejména Dr. C.S. J. Fazeyové (United Nations International Drug Control Programme, Vídeň, Rakousko), MUDr. Johnu Marksovi, MB, ChB, MRCPsych (Chapel Street Clinic, Widnes, Cheshire, Velká Británie), MUDr. Robertu Hämmigovi (Integrierter Drogenbereich der Universität Psychiatrischen Dienste Bern, Švýcarsko), RNDr. Břetislavu Smyslovi, CSc. (Ústav soudního lékařství LF UP Olomouc), Mgr. Markétě Záleské (Poslanecká kancelář Dr. Ivana Langer, Olomouc), Michalu Hlívkovi (Generace Praha) a Internetu jako fenoménu.

Za recenzi textu a cenné připomínky děkujeme PhDr. Ivanu Doudovi (Drop-In Praha), profesoru MUDr. Aloisi Kosatíkovi, CSc. (Ústav soudního lékařství a medicínského práva LF UP Olomouc), Mgr. Petru Opletalovi (Nadace Pastor Bonus), MUDr. Jiřímu Preslovi (Drop-In Praha), MUDr. Juraji Rektorovi CSc. (Psychosociální centrum Přerov) a Mgr. Daně Syslové (VFN Apolinář Praha).

© MUDr. Tomáš Zábranský, 1997

© Votobia, 1997

ISBN 80-7198-250-4

Obsah

Úvod

- 1. NEGATIVNÍ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG**
 - 1.1. Důsledky zdravotní 9**
 - a) individuální 9
 - b) populační 15
 - 1.2. Důsledky kriminální povahy 17**
 - a) Páchání trestných činů pod vlivem nezákonných drog 17
 - b) Páchání trestných činů pod vlivem zákonných drog 18
 - c) Páchání trestných činů za účelem obstarání prostředků na nezákonné drogy 19
 - d) Násilné, zastrašující a korumpující chování obchodníků s drogami 20
 - e) Doprovodná finanční kriminalita 21
 - f) Drogy a korupce 22
 - g) Tautologický důsledek 23
 - 1.3. Důsledky ekonomické**
 - a) Plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog přímo 24
 - b) Plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog nepřímo 25
 - c) Plynoucí ze zdravotních důsledků rizikového užívání drog 27
- 2. CO NAVRHUJEME**
 - Předběžný návrh postupu 36

- 3. CO OD TOHOTO PŘÍSTUPU OČEKÁVÁME**
- 3.1 Zvýšení úspěšnosti v léčení závislostí 42**
- 3.2 Zlepšení individuálního fyzického zdravotního stavu závislých 43**
- 3.3 Zlepšení zdravotního stavu populace odbouráním některých rizik 44**
- 3.4 Snížení s drogami spjaté kriminality**
 - a) přímé 45**
 - b) nepřímé 45**
- 3.5. Snížení negativních ekonomických důsledků 48**

- 4. Některé často vznášené otázky 50**

- 5. Vědecké údaje, dokumentující zkušenosti s obdobným přístupem k protidrogové politice 62**
 - Rollestonská protidrogová politika 62**
 - Liverpolský model 68**
 - Švýcarská heroinová preskripce (PROVE) 72**

- 6. Krátký exkurs do drogové historie 78**

- 7. Odkazy 117**

- 8. Příloha: Schematický graf toku finančních prostředků, které mají přímou vazbu na nezákonné drogy 119**

Úvod

Tento materiál má především informační a analytickou funkci. Autoři si uvědomují, jak složitou a komplexní problematikou racionální protidrogová politika je. Kapitola *Co navrhujeme* se bezprostředně dotýká jen jedné z jejích složek, totiž léčebné. Jsme nicméně přesvědčeni, že námi navrhovaný postup, který dosud v České republice chybí, je potřebné zavést, a to v neposlední řadě i pro jeho pozitivní dopady na další oblasti protidrogové politiky, tj. represí, prevenci a ekonomické faktory. Diskusi na toto téma považujeme za mimořádně potřebnou zvláště v době, kdy se některé složky politického spektra chápou tohoto problému coby politika a hranice jednotlivých oblastí protidrogové politiky a jejich vztahy jsou rozmlžovány k neviditelnosti – například tvrzením, že nejlepší prevencí je represe.

za realizační tým

MUDr. Tomáš Zábranský, srpen 1997

1. NEGATIVNÍ NÁSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG

1.1 Důsledky zdravotní, a to

- a) individuální
- b) populační

1.2 Důsledky kriminální povahy, a to

- a) páchání trestných činů pod vlivem nezákonných drog
- b) páchání trestných činů pod vlivem zákonných drog
- c) páchání trestných činů za účelem obstarání prostředků na nezákonné drogy
- d) násilné, zastrašující a korumpující chování obchodníků s drogami
- e) doprovodná finanční kriminalita
- f) drogy a korupce
- g) tautologický důsledek

1.3 Důsledky ekonomické, a to

- a) plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog přímo
- b) plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog nepřímo
- c) plynoucí ze zdravotních důsledků rizikového užívání drog

Jak dokazuje historická zkušenost lidstva (*viz kap. 6*) je nesmyslné (a domýšlivé) domnívat se, že se drogy nebo závislost na nich podaří z jakékoliv společnosti odstranit (či „vymýtit“). Vždy bude existovat jisté procento populace – podobně jako jsou přibližně 4 % populace vrozeně a nezvratně homosexuální – jehož zástupci *chtějí* unikat před realitou pomocí „umělých rájů“ a také před ní – přes jakékoliv překážky, jež jim společnost či právní systém naklade do

cesty – tímto způsobem unikat *budou*. To je axiom prověřený tisíciletími, axiom pro tento materiál vychází.

Rezignujeme-li však na donkichotskou snahu měnit lidskou přirozenost, nemůžeme rezignovat na trvalé a neochabující úsilí o minimalizaci negativních důsledků existence těchto látek a jejich zneužívání, důsledků, které by se v ideálním případě měly limitně blížit nule. Pro větší přehlednost jsme je rozdělili do tří základních oddílů (viz tabulka vlevo).

1.1 Důsledky zdravotní

a) individuální

O tom, že drogy jako skupina chemických látek mají v drtivé většině negativní důsledky pro zdraví individua, není třeba nikoho přesvědčovat. Proto jen stručně*:

I. Způsobené přímým působením drogy na organismus:

Tabák, resp. dehtové látky obsažené v jeho kouři, je prokázaným karcinogenem, významně zvyšujícím incidenci plicních novotvarů v České republice. Zvyšuje též riziko rakoviny hrtanu a jazyka. Jiné jeho složky se podílejí na poškozování cévní stěny a s ním spojeným zvýšeném riziku infarktů, mozkových příhod a uzávěrových chorob dolních končetin. Při užívání v těhotenství dochází ke sta-

* Uvádíme jen v ČR nejčastěji zneužívané drogy; v Brně bylo např. zaznamenáno izolované zneužívání kathu (tradiční arabská droga), na severní Moravě se ve větší míře než v ostatních oblastech ČR vyskytuje injekční aplikace Alnagonu (analgetikum, skládající se z kodeinu, fenobarbitalu, kyseliny salicylové a kofeinu).

tisticky významnému snížení porodní váhy plodu, zvýšenému počtu předčasných porodů a potratů. **Nedochází u něj ke vzniku somatické (fyzické, tělesné) závislosti, může na něj vzniknout závislost psychická** (podobně jako na Celaskon, Acylpyrin, mrkev nebo televizní seriál).

Marihuana a jí příbuzné produkty z Cannabis sativa – podobně jako tabák – při inhalačním užívání zvyšují riziko nádorových onemocnění plic. Snižují fertilitu (plodnost) a při dlouhodobém a chronickém užívání snižují vštěpovací schopnost mozku. Při užívání v těhotenství je prokázána snížená verbální schopnost dětí v předškolním věku. **Nedochází u ní k somatické (tělesné) závislosti, může vzniknout závislost psychická.**

Alkohol je obecně známým jaterním jedem. Kromě toho má on sám i jeho produkty, vznikající v těle, toxické účinky na centrální nervovou soustavu. Dalšími zdravotními důsledky jsou poškození ledvin, slinivky břišní, sliznice trávicí soustavy. Při užívání v těhotenství dochází k malformacím plodu, potratům, zvýšení počtu vrozených vad a k souboru poškození, souhrnně označovaných jako FAS (Fetal Alcohol Syndrom). **U predisponovaných (a zejména mladých) jedinců může vzniknout somatická závislost (manifestující se kromě jiného známým delíriem tremens), v naší populaci je celkem obvyklá (a společensky tolerovaná) závislost psychická.**

Pervitin a další **stimulancia** (včetně relativně nové subkulturní drogy – *MDMA (extáze)* – a *kokainu*) způsobují poruchy stravovacích návyků, při dlouhodobějším pravidelném užívání duševní poruchy až po psychózy, podobné schizofrenii, a stihomam. Ve světě je každoročně zaznamenáváno několik desítek úmrtí na hypertermii (přehřátí organismu) a akutní dehydrataci (fatální nedostatek tekutin v těle) po požití extáze. Méně často jsou zaznamenávána úmrtí, způsobená akutním převodněním organismu a následným edémem (otokem) mozku nebo plic. Při deletrvajícím šňupání („sniffing“ – jeden ze způsobů užívání stimulancií) dochází k poškození nosní přepážky až k jejímu zborcení. Další skupinu zdravotních rizik, související s injekčním způsobem přijímání drogy (které platí v našich podmínkách zejména pro pervitin a heroin), shrneme ve zvláštním odstavci. **U predisponovaných jedinců dochází ke vzniku somatické závislosti, při častějším užívání pravidelně vzniká závislost psychická.**

Trankvilizéry a sedativa* (zejména *benzodiazepiny* a *barbituráty*). Rizikem dlouhodobého užívání tlumivých látek jsou zejména poruchy vstřípivosti, rizika poškození plodu a snížená schopnost koncentrace. Především barbituráty často fatálně poškozují ledviny. **U predisponovaných jedinců dochází ke vzniku somatické závislosti, už po několika týdnech užívání vzniká silná závislost psychická.**

* *Hypnotika, anxiolytika* atd. Nomenklatura těchto látek je nejednotná a značně nepřehledná; pro potřeby tohoto materiálu bude nadále užíván pracovní název *trankvilizéry a sedativa*.

Heroin a jiné opiáty (*morfin, dolsin, kodein, methadon, LAAM atd.*) Bezprostředně po užití zvyšují pocení, působí znachovění kůže, u cca 30 % populace vzbuzují zvracení a další soubor účinků, související s jejich parasymptikomimetickým* účinkem. Samy opiáty jsou nejčastěji „řezanými“ (tedy cizorodými látkami včetně jedů typu cyanáli ředěnými) injekčními drogami.** Po krátkém užívání se vbudovávají do tělesného metabolismu a stávají se jeho nezbytnou součástí. U opiátů dochází k rychlému vývoji tolerance a nutnosti zvyšování dávek, které v době rozvinuté toxikomanie již uživatelé nepřinášejí obluzení – slast – v míře, známé z první fáze užívání, ale jen mu umožňují víceméně „normálně“ fungovat. **Už po několika dávkách bez výjimek dochází k navození silné somatické závislosti. Psychická závislost jeví se v této souvislosti méně významnou.**

Rozpouštědla a další těkavé látky. V rozporu s obecným přesvědčením vůbec nejnebezpečnější skupina omamných jedů. V důsledku jejich užívání dochází ke vzniku nejrůznějších nádorů (plic, močového měchýře, zažívacího ústrojí atd.), přímým poškozením plic a mozku s rapidní degradací osobnosti, k poškozením dalších orgánů,

* Parasymptikomimetický – stimulační účinky parasymptické části vegetativního systému.

** Což představuje výrazné zvýšení jejich nebezpečnosti, neboť je prokázáno (14), že byl i několik desítek let trvající užívání lege artis připraveného, stoprocentně čistého heroínu v dávkách, tolerovaných organismem, nezpůsobuje žádné signifikantní fyzické škody. V opačném případě obvykle užívané příměsi poškozují játra, ledviny a další parenchymatózní orgány, a to až po nevratné zničení a smrt.

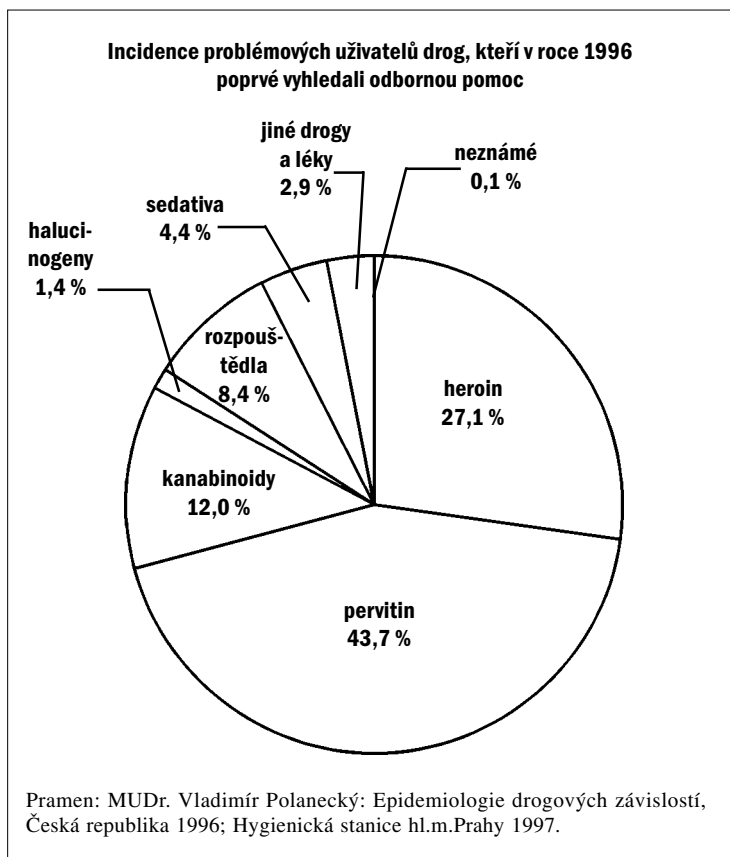
k poškozením sliznic a kůže, při užívání v těhotenství k poškozením a znetvořením plodu a obecně k velmi častým úmrtím na předávkování (protože neexistuje způsob, jak inhalačně užívaná rozpouštědla spolehlivě nadávkovat) a udušení (je-li k inhalaci používán plastický sáček, což je nejobvyklejší způsob). V uzavřených prostorech může dojít k požáru nebo explozi. **Jen velmi zřídka dochází ke vzniku fyzické závislosti, psychická – spíše sociálně podmíněná – závislost je obvyklá.**

LSD a jiné halucinogeny (*psylocybin* [jejž obsahuje v ČR sezónně zneužívaná houba *Lysohlávka česká*], *mezkalin apod.*) Největším rizikem všech halucinogenů je možnost nezvratného nebo jen těžko léčitelného delarování latentního psychotického onemocnění – tedy vyvolání těžké duševní nemoci, která jinak mohla zůstat po celý život skryta. Sporným bodem je některými americkými prameny popisované (jinak ale nepotvrzené) poškození genetické výbavy. **Není známa fyzická závislost, psychická se vyvíjí zřídka – není ale vyloučena** (viz výše).

II. Způsobené injekční aplikací drog

Všechny injekčně vpravované látky (u nás jsou jejich typickými zástupci *heroin a pervitin*) v sobě obsahují obrovské riziko šíření infekcí, a to až do stupně epidemií (jak tomu bylo všude v západní Evropě a zejména v USA poté, co se objevilo HIV – AIDS). I česká epidemiologie zná menší epidemie šíření různých typů hepatitid (virových zánětů jater) mezi tuzemskými narkomany. Dalším rizikem, které podobně jako předchozí souvisí s nehygienickými jehlami a stříkačkami, je vznik abscesů (zánětlivých

opouzdřených ložisek), trombů (přisedlých krevních sraženin) a embolií (ucpání cév – včetně plicních, mozkových a srdečních – těmito tromby, které se odtrhnou od podkladu), často se smrtelnými důsledky. Zejména u injekčně vpravovaných drog je zvýšeno riziko úmrtí z předávkování (protože množství účinné látky v daném obje-

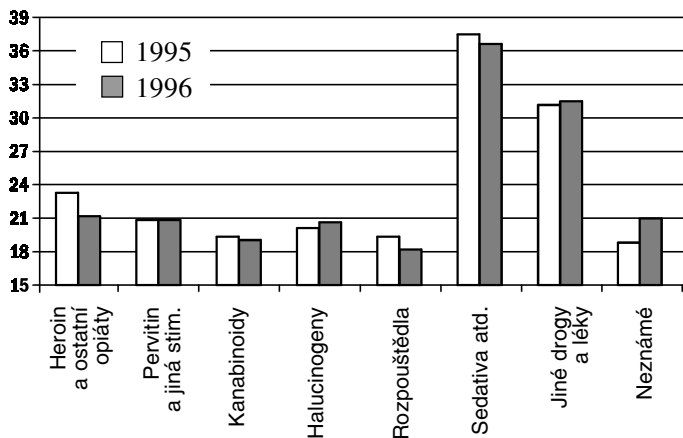


mu zakoupené dávky není nikdy jisté) nebo ze znečištění drogy cizorodou látkou (přidanou prodejcem za účelem zvýšení objemu a tedy zisku).

b) Populační

Kromě obecných populačních důsledků, které jsou přímým důsledkem začlenění jednotlivce do populace – tedy zhoršení průměrného statistického zdravotního stavu obyvatelstva (v této souvislosti je mimořádně alarmující fakt, že jde převážně o adolescentní a obecně mladou, tedy teoreticky tu nejzdravější část populace – viz graf) – jde i o důsledky, ji-

**Průměrný věk poprvé zjištěných problémových uživatelů drog
v letech 1995 a 1996**



Pramen: MUDr. Vladimír Polanecký: Epidemiologie drogových závislostí, Česká republika 1996; Hygienická stanice hl.m.Prahy 1997.

miž narkomané ovlivňují zdravé, drogami jakéhokoliv typu nezasazené jedince.

V tomto ohledu jde zejména o již zmíněné šíření krví přenosných nákaz, které u nás prozatím (zejména díky úspěšnému praktikování *harm reduction* programů s výměnou stříkaček a injekčních jehel* a díky důslednému prověřování dárců krve) nepředstavuje ve srovnání s jinými zeměmi výrazný problém; mohlo by se ale po přijetí represivních opatření, navrhovaných rozličnými politickými subjekty – a potenciálně významně ztěžujících práci kontaktních středisek – objevit v netušené míře. Tyto nákazy jsou většinou přenášeny i při nechráněném pohlavním styku, a tak se mohou šířit i v populaci nenarkomanů.

Dále sem patří i šíření infekcí krví normálně nepřenositelných. Zde je dobrým příkladem hepatitida A: od epidemického výskytu v roce 1979 je nízká promořenost zejména mladší populace; prakticky už dorostla celá generace, která má proti této nemoci nízkou hladinu kolektivní imunity, a bude-li tedy vystavena této infekci, která se mezi narkomany (zejména pražskými) vyskytuje ve zvýšené míře, s vysokou pravděpodobností se objeví nová epidemie těžko odhadnutelného rozsahu.

Právě tak málo obecně známa je skutečnost, že se krevní cestou může šířit i syfilis, u níž pak díky této neklasické bráně vstupu do organismu nedochází ke vzniku známých alarmujících příznaků na pohlavním ústrojí, což významně ztě-

* K-centrum (MUDr. Minařík) uvádí 3 podmínky nešíření infekce HIV v subpopulaci toxikomanů: séroprevalence, nepřesahující 5 %; dostatečná informovanost o rizicích a způsobech ochrany; dostupná výměna použitých injekčních nástrojů za sterilní.

žuje její identifikaci nemocným a zvyšuje pravděpodobnost vzniku nového ohniska epidemie.

Dalším zdravou populaci zatěžujícím faktorem jsou problémy, plynoucí z psychických a sociálních potíží narkomanů, zatěžující jejich rodinné příslušníky a okolí vůbec. S tím souvisí i obecně nižší životní úroveň rodin tam, kde je narkoman v pozici živitele rodiny.

Třetím – a také jíž zmíněným – faktorem, spadajícím do této skupiny důsledků, jsou poškození plodů matek, užívajících drogy.

2) Důsledky kriminální povahy

Je možné je v zásadě rozdělit do sedmi okruhů:

a) Páchání trestných činů pod vlivem nezákonných drog

Právě toto spojení vnímají občané (a tedy elektorát) nejcitlivěji. Na první pohled se zdá očividné, že některé drogy zločiny přímo „způsobují“. V posledních letech si tuto pověst vydobyl kokain, a to (zejména v USA) ve formě tzv. „cracku“; v šedesátých a sedmdesátých letech ji měl heroin a ještě předtím marihuana.

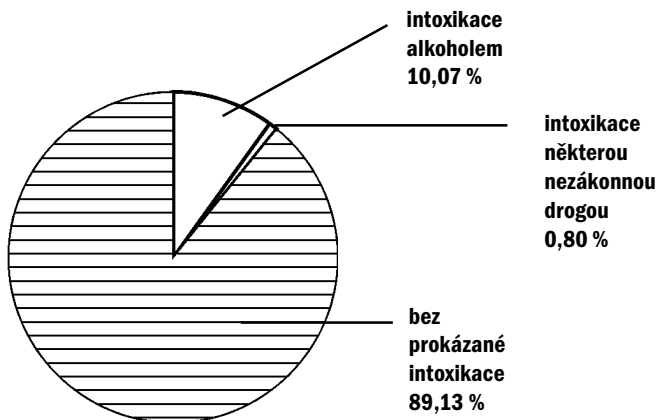
Je možné, že kokain k této pověsti přišel stejně nezaslouženě jako látky před ním. Rozhodně zatím neexistuje žádný signifikantní důkaz, že by intoxikace nelegální drogou prolamovala bariéry a zvyšovala ochotu páchat trestné činy – jinými slovy, že by ke spáchaným trestným činům, které např. registruje naše policie (viz graf), nedošlo i bez této intoxikace, resp. že intoxikace nebyla nesouvisejícím jevem

a rozhodnutí k zločinu samo nebylo způsobeno jiným faktorem – například finanční nouzí, do které se každý závislý dříve či později dostane.

b) Páchání trestných činů pod vlivem zákonných drog

Žádná nezákonná droga není natolik spojena s násilným zločinem jako alkohol. I ve Spojených státech, kde je obecně drogová situace a drogová kriminalita nejhorší na světě, udávalo v roce 1983 54 % všech usvědčených z násilného zločinu, že před jeho spácháním požili alkohol. (Jen na okraj: i americké policejní prameny (7) připouštějí, že jakýkoliv přesun od konzumace alkoholu k marihuaně by téměř jistě snížil počet trestných činů.)

Trestné činy v ČR v roce 1995 podle zjištěné intoxikace některou drogou



Pramen: Zpráva o stavu a vývoji ve věcech drog v ČR za rok 1996; PS Parlamentu ČR 1997, tisk 198.

Tento fakt je zcela zřejmý i na situaci v České republice:

Přímé spojení nezákonných drog s protispolečenským chováním – které ve společnosti existuje a může a nemusí být opodstatněné – je často směřováno s druhým spojením, které zcela jistě opodstatněné je a také je společensky přitomno:

c) Páchání trestných činů za účelem obstarání prostředků na nezákonné drogy.

Na rozdíl od závislých na alkoholu, kteří si svou návykovou látku obstarávají pomocí poměrně nízkých finančních obnosů, závislý člověk na nelegální droze (vyjma marihuany, která je prozatím v ČR extrémně levná a v některých oblastech prakticky neobchodovatelná) vydá na vrcholu svého návyku 1000–5000 Kč denně (podle druhu a množství drogy), což je částka legálními prostředky fakticky nezískatelná.

To závislé na droze logicky žene do trestné činnosti – ať už do klasické majetkové (krádeže, loupeže), nebo do nejefektivnějšího systému pyramidového obchodu v lidských dějinách – do dealerství. Závislí se s cenami na černém trhu mohou vyrovnat buď krádežemi, nebo tím, že nakoupí více, než potřebují, zverbují nové zákazníky a svůj přebytek prodají dál („pyramidový prodej“). Tento systém je při zvyšování spotřeby extrémně úspěšný, jak dobře vědí stovky společností a podniků, které takto operují i na našem trhu. Dosud „jen“ nemocní závislí se tímto zapojením do obchodu s nelegální drogou dostávají do kriminální sféry, stávají se závislými zločinci. A pokaždé, když je droga prodávána dál, je naředěna

příměsí, aby se dorovнала hmotnost, čímž výrazně klesá čistota a zvyšuje se riziko koncového uživatele.

Jedním z nejrozšířenějších mýtů, spojených s drogami, je obraz pouličního dealera, nabízejícího drogy před školou. Podle všech dostupných amerických i západoevropských pramenů je v drtivé většině případů tím, kdo prvouživatele seznámí s drogou, spolužák, kamarád atd., tedy vrstevník z téže sociální skupiny. Obvyklá a pochopitelná zvědavost ze strany prvokonsumenta je maximálně povzbuzována přímým ekonomickým zájmem toho, kdo mu drogu obstarává, zájmem, jenž je popsán v předchozím odstavci.

Čtvrtým okruhem je

d) Násilné, zastrašující a korumpující chování obchodníků s drogami

Černý trh (a lhotejno, zda s drogami nebo s pašovaným šatstvem v pouličních stáncích) vyvolává násilné trestné chování, a to nejen proto, že přitahuje osoby k zločinu predisponované, ale i proto, že neexistují legální instituce, které by řešily spory. Za americké alkoholové prohibice byly na denním pořádku násilné boje mezi podloudnickými gangy a silniční únosy aut, naditých lihovinami. Dnešním světovým ekvivalentem jsou naivní ochranné pasti kolem marihuanových polí, karibští piráti, přepadávající lodě s narkotiky, a už i od nás známé ozbrojené boje mezi jednotlivými gangy, soupeřícími o trh – při nichž čas od času k újmě přijdou i nevinní kolemjdoucí. Většina amerických policejních úředníků souhlasí s názorem, že dramatický vzestup měst-

ské kriminality v posledních letech je třeba přičítat v podstatě výhradně zvýšenému počtu vražd drogových dealerů.

Zřejmě největší obětí drog v USA jsou zákony dodržující obyvatelé ghatt (7). Lze s naprostou jistotou tvrdit, že dealeri, řešící vzájemné spory pomocí střelných zbraní, pro ně představují mnohem větší problém než ve vchodu slumů se klátící narkomani. Zároveň mnozí mladí obyvatelé ghatt vnímají dealery jako hrdiny a atraktivní sociální vzor. Tam, kde kdysi děti (podobně jako nyní u nás) začínaly prodávat drogy pár let nebo měsíců poté, co je začaly brát, je dnes pořadí často obrácené.

Do všech sfér života a do makroekonomických ukazatelů se promítá

e) Doprovodná finanční kriminalita

Je zřejmé, že peníze, získané z nelegálního obchodu s drogami, nelze normálním způsobem zdanit či jinak legalizovat, stejně zřejmé ovšem je, že ten, kdo je takto získává, je nezískává proto, aby je nemohl dále použít. Z logiky věci před ním tedy vyvstává nutnost peníze „vyprat“, a vzhledem k tomu, že za úspěch se považuje dvacetiprocentní výnos „čistých peněz“ z původní částky, cca 80 % drogovým dealerům a výrobcům zůstává na další „přidružené náklady“ včetně korupce. Vzhledem k obrovským objemům těchto peněz (odhaduje se, že mezi výrobou samotné drogy a jejím prodejem finálnímu uživateli se její cena zvýší cca tisíckrát, což představuje rabat sto tisíc procent, nemající obdoby u žádné jiné komodity) se pak do legální ekonomiky přelé-

vají obrovská kvanta nezdaněných peněz, získaných v neregulární, extrémně tvrdé, násilnými a jinými smrtmi dlážděné hospodářské soutěži, a ty vstupují do soutěže s penězi, získanými legální cestou. Že to není rovná soutěž, je nabíledni. Že je to demoralizující faktor, ničící společnost, taktéž.

f) Drogy a korupce

Všude tam, kde je jakýkoliv obchod (legální či nelegální) odvislý od lidského faktoru, a to jak na straně obchodujícího, tak na straně kontrolujícího nebo regulujícího orgánu, existuje riziko korupce. Tato skutečnost se nevyhýbá ani problematice obchodu s drogami. Paradoxně (byť tuto skutečnost lze v praxi verifikovat jen velmi obtížně) můžeme důvodně spekulovat o tom, zda s rostoucí tvrdostí represe a posilováním působnosti represivního aparátu nerostou rovněž i rizika korupce v této oblasti. Jako příklad je možno v této souvislosti uvést Spojené státy americké (neboť tam s tvrdě represivní drogovou politikou mají nejdelší a nejpodrobněji zdokumentované zkušenosti): V Miami bylo zatčeno na tucty policejních úředníků za úplatky, propouštění drogových dealerů, a dokonce přímo za obchod s drogami. V policejním okrsku New York vyústila korupce spojená s drogami v největší policejní skandál od osmdesátých let. V celých USA je rok co rok odsouzeno za drogovou korupci něco přes sto policejních úředníků.(7)

Není těžké odvodit, kde tato korupce pramení. Finanční pokušení má přímý vztah k základním lidským požadavkům, ať už oprávněným nebo neoprávněným. Vyžaduje jen

malé úsilí. Mnozí policisté jsou demoralizováni pohledem na stav drogového obchodu, netečností valné většiny občanů, pramalým uznáním své práce a zdánlivou zbytečností svého snažení: i při regulérním zatýkání drogových dealerů na uprázdněné místo jednoho nastupují neprodleně další. Někteří policisté si také uvědomují, že jejich společenskou úlohou není ani tolik chránit oběti před dravci, ale regulovat nezákonný trh, který nemůže být ve skutečnosti nikdy zcela potlačen, který si ale valná část společnosti přeje držet v podzemí.

Opatření, které jsou v USA v poslední době zaváděna (tj. především zvýšené množství interních inspekcí), jsou velmi drahá a setkávají se s nulovým úspěchem.

Poslední spojení mezi drogami a zločinem je **tautologické**:

g) Tautologický důsledek

(a podle některých návrhů i držení) drogy je zločinem samo o sobě, jenž je dnes páchán po celé zemi (a po světě) mnohotisíckrát (resp. mnohomilionkrát) denně. Jen v roce 1987 přestoupilo drogové zákony 30 milionů Američanů a 750 000 z nich bylo uvězněno – většina za pouhé držení, nikoliv za prodej drogy.

3. Důsledky ekonomické

– jsou ty, které přímo i nepřímo zatěžují státní rozpočet a tedy kapsu voliče, daňového poplatníka.

a) Plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog přímo

V ČR bylo v roce 1996 nově zjištěno 3252 problémových uživatelů (8), z nichž 2807 užívá jako primární či sekundární drogu pervitin nebo heroin* (1757 a 1050). S jistou mírou zjednodušení lze pak říci, že v loňském roce *přibylo nejméně* dalších 2807 lidí, kteří souhrnně vydají sumu dalších cca 2,8 milionu Kč za svou dávku *denně*, což dělá cca 1 miliardu Kč za rok. Znovu zdůrazňujeme, že jde o známé navýšení injekčních uživatelů za loňský rok, nikoliv o reálné počty, o nichž lze předpokládat s pravděpodobností, blížící se jistotě, že jsou několikanásobně vyšší.**

Podle MUDr. Pavla Béma (sekretář Meziresortní protidrogové komise vlády ČR) odhadují drogoví specialisté prvního kontaktu, že průměrný narkoman závislý na tzv. „tvrdých drogách“ ukradne nebo jiným nezákonným způsobem získá zboží za cca 10 000 Kč denně (9), za něž pak dostává buď přímo drogu, nebo peníze na ni (s obrovským, 100 % převyšujícím rabatem překupníků kradeného zboží). Není těžké tuto částku vynásobit novou incidencí pervitinových a heroinových narkomanů a provést výpočty, obdob-

* Ceny heroínu a pervitinu se v současnosti pohybují (v závislosti na čase a regionu, v němž k prodeji dojde, a v závislosti na čistotě drogy – tedy zejména u heroínu na příměsích, jimiž se droga ředí, a to až na pouhých 15–30 % účinné látky), zhruba mezi 600 a 800 Kč za gram pervitinu (Národní protidrogová centrála (19) uvádí pro rok 1996 800–1000 Kč) a 800 až 2000 Kč u heroínu (podle NPDC (19) v roce 1996 400–800 Kč /!!!/). U těchto výpočtů byla pro zjednodušení zvolena částka 1000 Kč za gram hypotetické ideální drogy (heroínu nebo pervitinu) průměrné dostupné čistoty.

** O tom, že kriminalizace držení drogy zákonitě mívá za důsledek jejich další razantní zdražení a na spotřebě se neprojeví nijak nebo jejím zvýšením, nelze pochybovat – historických příkladů je nespočet.

né těm v předchozím odstavci. Takže jen závěrečné číslo: v souvislosti s uživateli drog se loni v České republice „přelilo“ z legální (a zdaněné) do nelegální (a nezdaněné) sféry zhruba 10 miliard korun,* ať už přímými krádežemi a jinou majetkovou trestnou činností, nebo vydáním legálně získaných (od rodičů, vydělaných, získaných prodejem legálně získaného zboží) peněz za nelegální komoditu.

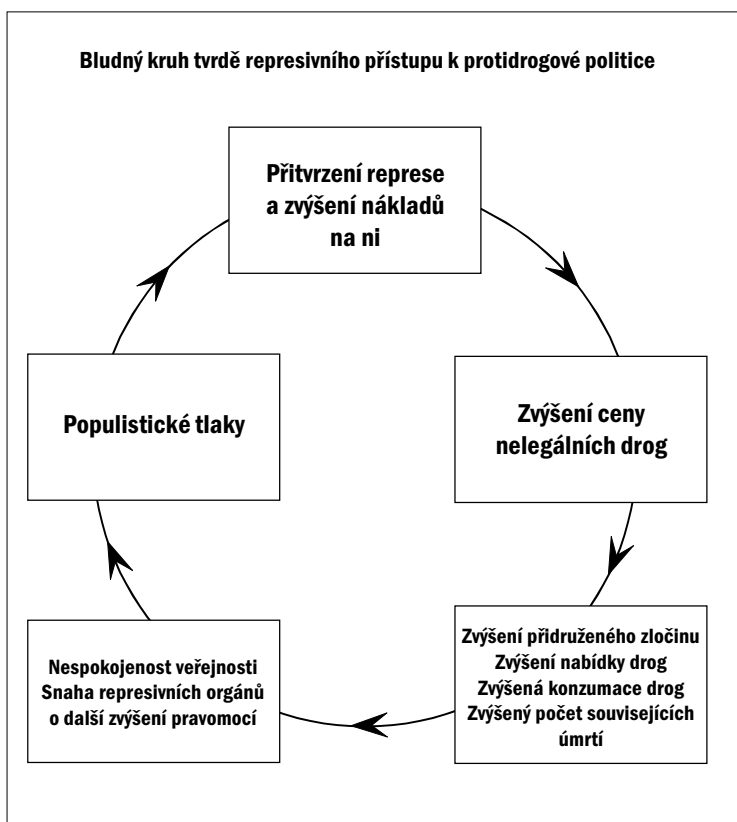
Znovu je třeba zdůraznit, že jde o velmi hrubé odhady, jejichž přesnost je limitována nemožností určit okamžitou tržní cenu drogy i faktem, že valná většina narkomanů se díky momentálně praktikovanému systému kontaktu se státními zařízeními a zdravotnickými subjekty spíše vyhýbá. Odborníci jejich reálné počty odhadují na pěti- až patnáctinásobek počtu, který s nimi do kontaktu přijde. Vzhledem k tomu, že ve dvou předcházejících odstavcích se zabýváme přírůstkem oficiálně známých problémových narkomanů, lze s vysokou mírou pravděpodobnosti říci, že skutečná čísla se pohybují zcela jistě v násobcích našich výpočtů a velmi pravděpodobně o řád výše.

b) Plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog nepřímo

Tady jde o horentní náklady, vydávané na s drogami související činnost policie. Nedosahují-li u nás *prozatím* takové výše (a to ani procentuálně) jako ve státech s tvrdě prohibicionistickou legislativou, je třeba to přičíst jednak beztrestnosti držení drogy pro vlastní potřebu a jednak nedokonalé metodice: policie totiž nemá nástroje, kterými by spolehlivě zjistila, zda má ta která krádež či loupež atd. vztah k drogám

* 10 000 Kč × 2807 nových problémových uživatelů × 365 dní.

– a je třeba se obávat, že takový spolehlivý nástroj v demokratických státech ani nemůže existovat. I v zemích, kde se takové statistiky vedou, u nich existuje jisté pravděpodobnostní rozmezí, získané interpolací z činů, u nichž je takový vztah nepochybný. Třetí nepominutelnou skutečností je fakt, že Česká republika jako otevřená, demokratická společnost čelí problému drog jen velmi krátkou dobu, takže se dosud nestačil uzavřít bludný kruh, známý z USA a států,



které se americkou drogovou politikou pokusily aplikovat: přitvrzení represe a zvýšení nákladů na ni → zvýšení ceny nelegálních drog → zvýšení přidruženého zločinu a poptávky po drogách, zvýšený počet úmrtí na zdravotní komplikace atd. → nespokojenost veřejnosti, snaha represivních orgánů o další zvýšení vlastních pravomocí → populistické tlaky → přitvrzení represe a zvýšení nákladů na ni. Čtvrtým a posledním faktorem je skutečnost, že díky celé řadě vlivů, které vyplývají z tohoto materiálu jako celku a nebudou proto taxativně vyjmenovávány, u nás ve srovnání se západní Evropou drogy dosud nepředstavují problém, který by svou závažností byl srovnatelný s jejich. Musíme doufat, že prokážeme dost uvážlivosti a nebudeme se snažit zopakovat jejich chyby, které se těžko napravují a jejich náprava ještě hůře prosazuje.

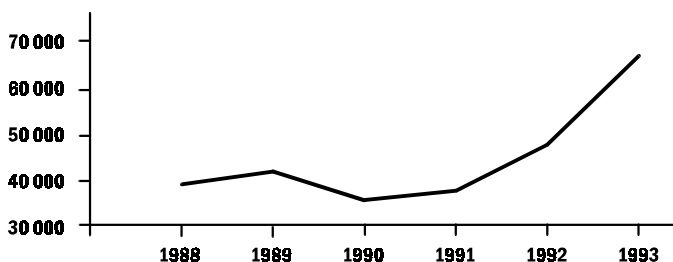
Dalšími souvisejícími náklady jsou náklady na činnost soudů a státních zastupitelství (viz historický příklad státu New York, kde byly soudy ke konci minulého desetiletí přílivem drogových kaus dokonale ochromeny), náklady na vězeňský aparát a náklady na navrhované *nucené* léčby (které jsou obecně naprosto neúčinné). Jejich přesné vyčíslení je obtížné a toho času nejsou dostupné materiály, které by je umožňovaly, jistě je nicméně lze uložit příslušným složkám státní správy.

c) Plynoucí ze zdravotních důsledků rizikového užívání drog

Sem patří náklady na léčení narkomanů (nikoliv na léčení jejich závislosti, ale na léčení těch nemocí, jež si svým návykem přivodili). Prozatím nejčastěji jde o léčení poškoze-

ní, způsobených injekční aplikací drogy (ať už z předávkování nebo zanesením infekcí), o léčení psychických potíží a celkově špatného stavu, pro něž měla předválečná česká terminologie půvabný termín „celková sešlost“. Znovu by bylo lze argumentovat alkoholem, soustředme se ale na drogy nezákonné, a z nich na zřejmě nejničivější – heroin.

Odhadované absolutní počty hospitalizací se vztahem k heroinu na lůžkách akutní péče v USA (1):



Pramen: Preliminary Estimates from the U.S. Drug Abuse Warning Network: 1993 Preliminary Estimates of Drug-Related Emergency Department Episodes Substance Abuse and Mental Health Services Administration, December, 1994.

Tento masivní vzestup akutních hospitalizací (a úmrtí z předávkování) v posledních několika letech je dáván do souvislosti se zvýšením průměrné čistoty heroinu na amerických ulicích (podle zprávy *DEA** vzrostla čistota pouličně prodávaného heroinu z průměru 34 % v roce 1990 na 66 % v roce 1994), způsobené potřebou minimalizovat ob-

**DEA*, U.S. *Drugs Enforcement Administration*; americká vládní organizace pro boj s drogami a souvisejícími kriminálními delikty, vybavená „zvláštními pravomocemi“.

jem nezákonné drogy a tím riziko jejího odhalení. Pro narcomany to ovšem znamená další zdůraznění obrovského rizika, vždy přítomného u pouličního prodeje: nikdy nevědí, kolik účinné látky do sebe vlastně vpraví (a kolik příměsí a jaké kvality; přičemž účinek nitrožilně vpravovaných příměsí je bez výjimky škodlivější než heroin sám o sobě, a to až po bezprostřední smrtelné následky). Paradoxně se tu se zvyšující mírou represe zvyšují negativní dopady těchto závislostí, dopady, které si tatáž represe klade za cíl potírat.

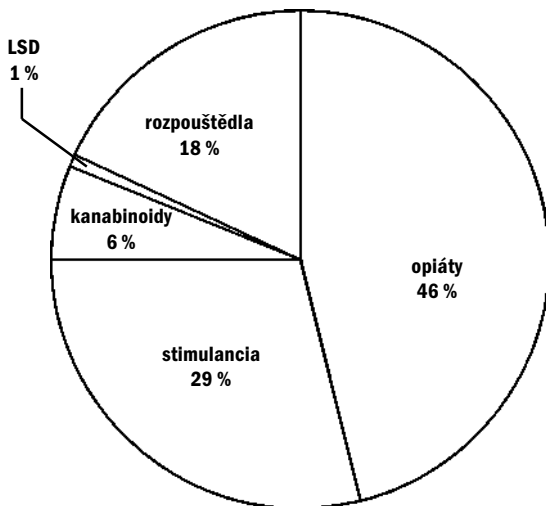
Ekonomické dopady přinášejí tyto průvodní jevy:

- INTOXIKACE

Přestože se (nezmění-li se nějak podmínky, resp. změní-li se ve směru k represivnímu přístupu) dá podobný trend očekávat i u nás, obdobné údaje z ČR jsou k dispozici pouze z tzv. sentinelových pracovišť, zhruba pokrývajících bývalá krajská města a v některých regionech i vybraná okresní města. Je tedy velmi obtížné provést seriózní zhodnocení (8). Lze se domnívat, že reálné počty jsou výrazně vyšší. Odhady odborníků, pracujících přímo se závislými, se pohybují od pěti- do patnáctinásobků. Nicméně zaznamenaný počet akutních intoxikací (předávkování) je 885* (v roce 1995 to bylo 489, jde tedy o nárůst o 81 %). Každá taková hospitalizace představuje náklady ve výšce řádově několika desítek tisíc Kč.

* Z toho 298 nelegálními drogami, 379 sedativy včetně barbiturátů a benzodiazpinů, 165 jinými drogami nebo léky a 43 nebylo zjištěno.

Zjištěné akutní intoxikace nelegálními drogami v roce 1996



Pramen: MUDr. Vladimír Polanecký: Epidemiologie drogových závislostí, Česká republika 1996; Hygienická stanice hl.m.Prahy 1997.

- ÚMRTÍ

Údaje o úmrtích v souvislosti s užíváním drog zůstávají nadále velmi nekompletní, což je dáno jednak roztržitostí potenciálních zdrojů informací (policie, záchranné služby, oddělení ARO, JIP atd.), jednak chybějící vzájemnou informovaností, nejasnostmi v klasifikaci příčin úmrtí a často i chybějícím toxikologickým vyšetřením.(8) Hygienické službě se podařilo zjistit v roce 1996 celkem 20 případů úmrtí, kde byly jako nejčastější příčina udávány morfin a pervitin.

HEPATITIDA

Dalším statisticky podchyceným onemocněním, souvisejícím s užíváním drog, je virová hepatitida (zánět jater) všech tří nejobvyklejších podtypů (A, B a C). Ty jsou získávány pomocí automatizovaného systému hlášení infekčních onemocnění EPIDAT.

Národní koordinátor drogové epidemiologie a primární prevence v této souvislosti upozorňuje na shodu věkové struktury drogově závislých s věkovou strukturou nemocných hepatitidou, alarmující zvláště u hepatitidy typu C, která se v ČR dá nazvat hepatitidou „narkomanskou“. (8)

Jinak je **hepatitida A** rozšířena zejména v Praze, kde dochází k její plíživé epidemii mezi narkomany, jejich přáteli, sexuálními kontakty a i jejich rodinnými příslušníky (8). (Celkem v ČR 2086, z toho osoby s prokázaně rizikovým chováním (míněno v převážně většině ve vztahu k drogám) 200.)*

Hepatitida B je možnou narkomanskou distribucí zasažena jen částečně, protože její podíl je jen 5,7 %. 39 narkomanů z celkem 680 nakažených.)

Hepatitida C: Přes velmi dlouhou inkubační dobu tento typ hepatitidy koreluje s incidencí nově evidovaných narkomanů v regionu Severní Čechy, kde tvoří 53 % ze všech diagnostikovaných hepatitid typu C. Více než $\frac{1}{3}$ hepatitidy C (celkem 281, z toho „rizikovní“ 102) v ČR se vyskytuje u injekčních narkomanů (8). To je o to závažnější, že u podtypu

* Přestože je u hepatitidy A možný i krevní přenos, hlavním principem je nákaza alimentární (potravní); jde o klasickou „nemoc špinavých rukou“ a jako takovou jí je zasažena zejména sociálně slabší populace s problematickými hygienickými návyky.

C je zdokumentováno 82–90 % z celkového počtu, u kterých dochází k chronickým následkům a úmrtí.

AIDS

HIV-AIDS našťestí prozatím nepředstavuje ve vztahu k drogově zasaženým výraznější problém (k 31. 3. 1997 9 z 313), jak však správně upozorňuje MUDr. Pavel Bém (9), to se vzhledem k potenciální dynamice šíření tohoto viru může změnit během několika málo měsíců.

Dalším problémem, jenž může být důvodem takto nízkých čísel u narkomanů, injekčně si aplikujících drogu (IUD) je jejich nízká protestovanost jako subpopulace: celkem bylo provedeno 5 938 894 vyšetření na HIV, připadá tedy přibližně jeden pozitivní na 20 000 vyšetřených. Kumulativní počet vyšetřených IUD jako subpopulace je 2903 což je 1/2000 všech vyšetření. Nezbyvá než zdůraznit obecnou nemožnost závislého k takovému vyšetření přinutit a stávající absenci podmínek, které by jej do ordinace přivedly dobrovolně.

NÁKLADY NA LÉČENÍ

Celkově lze říci, že v nákladech na léčení se u hepatitid A a B pohybujeme v řádech desetitisíců, u hepatitidy C a AIDS v řádech statisíců korun na jednotlivce.

Zároveň je třeba zdůraznit, že k doposud uvedeným nákladům (na korigování individuálně zdravotních důsledků braní drog) je třeba ještě připočítat náklady na léčení těch, kteří od narkomanů získají některou z infekcí – ať už zaviněně nebo nezaviněně; důsledek pro státní pokladnu je týž. Dále je třeba připočítat fakt, že narkomané jsou obecně vní-

mavější k běžným nákazám – chřipkou počínaje a v poslední době znovu aktuální TBC nebo zmíněnou hepatidou A konče –, a tak odčerpávají další fondy, určené na zdravotnictví, nemluvě o dalším šíření těchto nákaz.

2. Co navrhujeme

Bylo již jednou konstatováno, že vždy bude existovat jisté procento občanů, které bude chtít přijímat omamné jedy, a také je navzdory jakékoliv překážce přijímat bude. Je obecně známo, že drogy jsou běžně k dostání – za vysoké sumy nebo protislužby – i ve věznicích v České republice i jinde ve světě.* Nedokáže-li průniku drog dovnitř sebe sama zabránit ani natolik represivní – totalitní – systém, jako je vězeňství, lze se domnívat, že to někdy může dokázat otevřená – demokratická – společnost? Tvrdíme, že odpověď zní NE.

Těž ale tvrdíme, že stát je povinen co možná nejvíce ochránit své občany před důsledky konání takto nemocných, důsledky, které jsme se pokusili shrnout v kapitole 2.

Poslední – možná ale nejdůležitější premisou, z níž při formování tohoto návrhu vycházíme, je náhled na narkomany jako na nemocné občany; o tom, že závislost – v tomto případě závislost na omamném jedu – je nemocí, není mezi odbornou veřejností sebemenších pochyb. Ani účinné péče o ně se stát *nesmí* zříci,** jakkoliv se to může – krátkozrace a neoprávněně – zdát lákavé a krátkodobě politicky působivé na neinformovanou populaci.

* Ředitel edinburghského vězení Saughton Prison (Skotsko): „...Tam, kde existuje migrace lidí, nemůže kontrabandu ve vstupu do instituce zabránit žádný – jakkoliv bezpečný – systém.“(10)

**První kroky tímto směrem již byly učiněny:

Podle oficiálních údajů Národního koordinátora drogové epidemiologie ČR (8) bylo v naší republice k posledními prosinci 1996 z 298 pozitivně testovaných na přítomnost viru HIV pouze 8 toxikomanů, tedy 2,68 % ze všech pozitivních, resp. zlomky procenta z celkového počtu registrovaných narkomanů, resp. zlomky promile z odhadovaného počtu všech narkomanů. V zá-

Zjednodušeně řečeno:

Navrhujeme vyjmout narkomany z působnosti policie (nepáchají-li ovšem delikty kriminální povahy) a naopak je přiblížit lékařům, kterým jediným péče o ně přísluší.

Navrhujeme minimalizovat zdravotní a sociální rizika, plynoucí z problémového užívání drog.

Navrhujeme dát odborníkům do ruky nástroj, který jim umožní drogově závislou subpopulaci kontaktovat, dohlížet a pozitivně na ni působit ve směru k odvykacím procedurám

padní Evropě se tato čísla pohybují mezi 30–40 %, polští odborníci uvádějí, že v jejich zemi je virem HIV nakaženo strašlivých 70 % narkomanů. Tuto mimořádně výhodnou situaci můžeme přičíst třem faktorům:

1) Komparativní „výhodě“, kterou vzhledem k západní Evropě představuje fakt, že jsme do roku 1990 žili v uzavřené, téměř dokonale represivní společnosti, které se – spíše jako vedlejší produkt obecné nesvobody – dařilo po čtyřicet let vytlačet drogový problém na okraj společnosti, dokonale jej ideologizovat a následně kriminalizovat bez ohledu na důsledky, které to přináší závislým a jejich okolí. Za uplynulých sedm let jsme pak logicky nemohli dospět k situaci ani číslům, které charakterizují zbytek světa, jenž se hlásí k západní kultuře. Existují tu ovšem dvě ale: a) z příkladu Polska vyplývá, že ani tento fakt není samospasitelný, b) to nepředstavuje důvod, proč chyby západoevropských a severoamerických států opakovat;

2) Od roku 1990 zaváděnému odbornému přístupu „*harm reduction*“ (*minimalizace škod*), spočívající v našich podmínkách zejména v důsledném a systematickém (byť pracném a na nepochopení úředních míst často narážejícím) vyměňování injekčních jehel a stříkaček a nesmělých a ještě pracnějších pokusech o systematické zavádění substituční terapie (methadon a nejnověji LAAM). (Průkopníkem obou postupů u nás bylo pražské středisko DROP-IN, v současnosti první z nich s úspěchem praktikují – mimo jiných – i mnohé Okresní hygienické stanice /OHS/.) To přirozeně významně snížilo (byť nevymýtilo) přenos infekcí sdílenými injekčními nástroji.

3) Bohužel i výše zmíněné nemožnosti účinně vyšetřit všechny IUD, nebo alespoň jejich signifikantní část.

a následné abstinenci, nebo alespoň k přechodu na substituční, společensky méně nebezpečné preparáty.

Navrhujeme zbavit závislé nutnosti obstarávat si prostředky na drogy nezákonnou činností a drogové dealery valné části jejich příjmů.

Navrhujeme zbavit policii značné (a při setrvávání v současném trendu, nebo dokonce jeho přitvrzením dále rostoucí) části její práce, a tak jí uvolnit ruce pro stíhání pachatelů společensky více nebezpečné trestné činnosti.

V krátkosti: navrhujeme učinit logický krok v přístupu, spočívajícím v prevenci škod – tedy dovést prakticky proveditelnou prevenci do důsledku.

Navrhujeme upravit zdravotní a zákonné předpisy tak, aby bylo umožněno terapeutům – psychiatrům – ve vybrané síti zdravotnických zařízení podávat závislým čisté, *lege artis* připravené drogy – respektive opiáty (tedy heroin) a v modifikovaném přístupu i metamfetamin (pervitin).

Předběžný návrh postupu:

1) Navrhujeme **vytvořit síť zdravotních zařízení** ve vybraných městech (cca 15–20; předběžně 2–3× Praha, 1–2× Brno, 1× Ostrava, 1× Karviná nebo Havířov, 1× Zlín, Plzeň, Hradec Králové, Olomouc, Liberec, Teplice, Ústí nad La-

bem, Děčín, Sokolov, Chomutov, Opava, České Budějovice) a přidružit ji jako detašovaná pracoviště ke stávající síti Hygienických stanic (*OHS a KHS*); to zejména vzhledem k tomu, že OHS disponují prostory, laboratořemi, nutným úřednickým aparátem, jsou rutinně zvyklé na práci s poloanonymními klienty (AIDS testy), mají pro ně vypracovány patřičnou metodiku a problém drogové epidemiologie spadá do jejich působnosti, stejně jako úzce související problém krví přenášených nákaz. Navíc se účastí Okresních nebo Krajských hygienických stanic využije výhody jejich informační sítě – nezbytnou součástí bude vytvoření centrálního registru takových pracovišť, a HS jsou na shromažďování a analýzu informací vybaveny (mimo jiné i softwarově).*

2) Tato zařízení navrhujeme **konkursem obsadit lékaři s minimálně první atestací z oboru psychiatrie**. Je na další úvaze, zda bude pro každé zařízení určen jeden lékař, resp. jeden stabilní tým, pro nějž bude tato práce představovat hlavní pracovní poměr (což se nám z důvodu výše zmíněného individuálního přístupu k pacientům zdá v tomto okamžiku výhodnější), nebo zda půjde o tým psychiatrů,

* Na podkladě připomínek recenzentů lze navrhnout druhý systém, který by mohl fungovat buď alternativně, nebo se s prvním výhodně doplňovat (například formou supervize): Jde o využití stávající sítě dvanácti toxikologických laboratoří při soudně lékařských pracovištích, které jsou obecně pro tyto účely vybaveny lépe než laboratoře hygienických stanic, a zvážit využití existující, i když v posledních letech značně zanedbávané sítě AT poraden.

V první i druhé variantě (i jejich případné kombinaci) by úlohu kontrolního orgánu měla sehrávat Národní referenční laboratoř pro forenzní toxikologii (Praha), zapojená vídeňským Úřadem pro narkotika (UNDCP) do mezinárodního systému hodnocení a kontroly správnosti laboratorních výsledků; tato laboratoř je i účastníkem britského programu UKNEQAS.

kteří se na tomto pracovišti budou podle stanoveného harmonogramu střídat. Podobným způsobem budou vybrány zdravotní sestry, vyškolené v zacházení s infekčním materiálem a se sociálně deprivovanými pacienty – nejlépe opět sestry s praxí v psychiatrii.

3) Ta by po vybavení nezbytnými, z následujícího textu vyplývajícími prostředky fungovala zhruba podle následujícího schématu:

3.1) Na pracoviště přichází toxikoman, a to

- a) buď jako prvopacient,
- b) nebo odeslaný svým lékařem či pracovníkem centra krizové pomoci apod.

ad a) psychiatr odebere vzorek moči (krevní diagnostika v ČR dosud není zavedena) nebo – preferenčně – vlasový vzorek. To sice bude vyžadovat zavedení této poměrně nové a drahé metody na daných OHS či toxikologických pracovištích*, obrovskou výhodou však je, že na rozdíl od všech ostatních (kasetové, proužkové metody, Abbott) nevyžaduje zacházení s infekčním materiálem a především prokazuje nejen přítomnost návykové látky v dané tělesné tekutině, ale i dlouhodobost či krátkodobost jejího užívání. Tím se vyloučí možnost (byť u erudovaného terapeuta značně nepravděpodobná) podání drogy – resp. v daném případě již medikamentu – pacientovi, který je

* Ukáže-li se to ekonomičtěji, je možno vypracovat v součinnosti s Národní referenční laboratoří pro forenzní toxikologii alternativní postup, založený na diagnostice z moči.

ve stádiu experimentátora nebo snad dokonce prvoužívatel.

ad b) byl-li odesílajícím pracovníkem psychiatr a příkládá anamnézu, je možno, aby terapeut od vyšetření ustoupil; v opačném případě viz a.

3.2) *Po odebrání vzorku a jeho zhodnocení** psychiatr registruje narkomana (při zachování Ústavou zaručeného lékařského tajemství) a podává mu nitrožilně (nebo – svolí-li pacient – jinou, zdravotně méně rizikovou metodou**) preparát, na němž je pacient závislý. Za tento preparát vyinkasuje částku, rovnající se výrobní ceně. Tu prozatím nelze přesně stanovit, lze ji však odhadnout: použijí-li se k její výrobě normálně produkované suroviny (morfin k výrobě heroinu, efedrin k výrobě pervitinu), pak půjde v prvním případě o cca 50–100 Kč za gram, ve druhém 30–50 Kč (pouliční cena: 450–1000 Kč) za gram. Pacient odchází a – projeví-li zájem – předem upozorňuje na svou další návštěvu, případně se u terapeuta informuje na možnosti substituční, nebo odvykací terapie.

* *Ceny v ČR zavedených metod: proužkové, kazetové metody: 100–200 Kč za vyšetření; Abbott AD_x (umožňující i jistou kvantifikaci látky): 300–350Kč za vyšetření.*

** Podle metodiky dr. Markse (dále rozvíjené Švýcary a vpsledku Australany, Dány a Holandany) zejména formou heroinových či amfetaminových (se všemi výhradami, jež se k této formě podávání amfetaminů vážou) cigaret nebo orální cestou; obecně je třeba zdůraznit, že lékař musí vhodným způsobem pacienta k těmto formám užívání neustále vést. Zároveň je třeba přechod na méně rizikové formy užívání považovat jen za mezistupeň na cestě k cíli, představovanému uvědomělou a trvalou abstinencí.

3.3) *Při další návštěvě* lékař nebo sestra již rutinně aplikuje preparát, na nějž je pacient navyklý, a podle vlastní odborné erudice a profesionálního citu ve vhodném okamžiku navazuje s pacientem kontakt, vysvětluje mu rizika jeho konání a nabízí alternativu, a to podle pořadí a metodiky, jejíž vypracování je na odborné, za tímto účelem sestavené mezinárodní komisi; ta by se měla skládat zejména z lékařů, kteří mají s tímto problémem a tímto typem pacientů zkušenosti, tedy z terapeutů – psychiatrů – prvního kontaktu, z pracovníků hygienických stanic, a v neposlední řadě z odborníků, zabývajících se lékařskou etikou. Ideálním cílem je pacientovo *uzdravení* – tedy trvalá, uvědomělá a dobrovolná abstinence od drogy.

3.4) *Tato metodika* by pracovně mohla spočívat – zjednodušeně – v řetězci podávání návykové látky – odborné psychiatrovo působení – podávání substitučního preparátu, který je společensky méně škodlivý (typu methadonu nebo LAAM u opiátů, (případně nasazení buprenorfinu, smíšeného opiového agonisty-antagonisty, u nějž americké prameny (21) uvádějí pozoruhodné úspěchy) euforizujících účinků zbavených amfetaminových derivátů u pervitinu*) – další psychiatrovo působení – odvykácí terapie (nejlépe ústavní; v této souvislosti je třeba upozornit na akutní nedostatek detoxikačních lůžek v celé ČR) – následná péče, s tím, že autoři tohoto materiálu si uvědomují některá rizika substituční

* Přičemž je jasné, že zatímco u opiátů je oprávněnost takového postupu ověřená a nezpochybnitelná, pravidla pro zacházení s pacienty, závislími na stimulantech, je třeba ještě dále a podrobněji prozkoumat formou pilotních pokusů; v tomto ohledu doporučujeme zvláštní pozornosti podrobné výsledky experimentu PROVE, jež by měly být zveřejněny v září 1997.

terapie a nevyklučují možnost ve vhodných případech tento článek vynechat. Lze nicméně konstatovat, že ať se pacient zastaví na kterémkoliv stupni tohoto předběžně navrženého „žebříčku“ – a to včetně ustrnutí na udržování na droze *lege artis* s minimalizovanými zdravotními důsledky – bude to znamenat úspěch a významný přínos pro společnost.

3.5) Má-li být uzdravení trvalé, musí být vyléčení fixováno: pacientovi musí být nabídnuta přijatelná alternativa dalšího životního stylu; tady se díky delegalizaci závislých a jejich vlastnímu zájmu o kontakt se státním aparátem, vyplývajícímu z potřeby levné drogy** (v první fázi terapie a u některých z nich navždy) či substituce nebo odvykací terapie či klasické psychoterapie (v případě léčebného úspěchu ve fázích dalších), otevírá obrovský prostor pro sociální síť, nestátní organizace, chráněná pracoviště, zapojení vyléčených závislých do „peer“ programů atd.

** Nebo drogy zdarma.

3. Co od tohoto přístupu očekáváme

1. Zvýšení úspěšnosti v léčení závislosti

Během 10 let se z výchozího počtu narkomanů vyléčí 50 % z nich, a to je procento úspěšnosti, které nemá při žádném jiném přístupu obdoby.

Obširné a podrobné studie, shrnuté Vaillantem, (11) prokázaly, že trvání závislosti neovlivní žádná vnější intervence. Nejlepší terapií tedy je zajistit *zdravého*, se zákony nekolidujícího, *živého* pacienta (*Editorial, Lancet, 1987*). Současná praxe přispívá naopak k tomu, že tito pacienti mají být automaticky kriminalizováni, že jsou nemocní vinou užívání znečištěných drog a předávkování a 10–20 % z nich umírá (*Stimson & Oppenheimer, 1982*), což je úmrtnost, srovnatelná s pravými (černými) neštovicemi. Takový stav je přinejmenším hrubou nedbalostí a nepřilíš dobrým vysvědčením pro náš systém zdravotní a sociální péče.

Bschor (12) prokázal jednu výjimku z Valliantova důkazu inertnosti závislosti na vnějších vlivech: zatímco spontánní remisní* poměr činí 3 % za jeden rok,** kterého se pacient dožije, přidělování drogy pacientovi („udržování, udržovací terapie“) *zvyšuje* remisní poměr na 5 % za rok.

Aplikace navrhovaného přístupu, která zohledňuje tyto výzkumy, umožní závislým dožít se v relativním zdraví doby, kdy budou schopni pochopit a ochotni uznat škodlivost a nedůstojnost svého návyku a nevýhody s ním spojeného životního stylu.

* Remisní poměr: z latinského *remisio*, *remise* (ochabnutí, vymizení projevů nemoci); procentuálně vyjadřuje počet uzdravených na sto nemocných.

** Prokázány výzkumy Stimsona & Oppenheimerova.

2. Zlepšení individuálního fyzického zdravotního stavu závislých

Pravidelný kontakt závislého s lékařem umožní kontrolu zdravotního stavu závislého, aktivní lékařovu reakci na jeho zhoršení a prevenci takového zhoršení. Lze důvodně očekávat, že se zdravotní stav závislých markantně zlepší.

Tím, kdo toxikomanovi jeho návykovou látku prodá a podá, bude lékař. Ten to učiní odborně, sterilní jehlou a stříkačkou.* Návyková látka bude připravena *lege artis*, bude zaručen její účinný objem – její „síla“ – a čistota.

Tak budou odbourány všechny nejčastější příčiny úmrtí a zdravotních komplikací narkomanů, shrnuté ve 2. kapitole jako společná rizika *všech injekčně vpravovaných látek*: zmizí riziko nákazy infekcí, riziko vytváření abscesů, trombů a dalších přidružených komplikací, riziko nitrožilního vpravení jiných látek, které dealeri používají k ředění drog, i riziko předávkování. Lékař navíc díky svému každodennímu styku s pacientem bude mít možnost monitorovat jeho zdravotní stav (např. obligátně se vyskytující podvýživu) a v případě potřeby nasadit patřičnou terapii nebo pacienta odeslat k příslušnému specialistovi. Bude nabízet nárazové krevní testy a v pravidelných časových intervalech odebírat vzorky a ve spolupráci s orgánem, k němuž bude jeho detašované pracoviště příslušet – danou OHS – je vyhodnocovat; tak bude významným přínosem v mapování epidemiologie infekčních nemocí a dalších epidemiologických

* Přičemž tyto nástroje budou vzápětí zničeny podle zásad, obecně ve zdravotnictví platných pro zacházení se specifickým materiálem (podle zákona o odpadech a vyhl. 297/92 Sb. O hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení).

ukazatelů mezi touto rizikovou populací, v časném záchytu takového výskytu a jeho případném léčení.

3. Zlepšení zdravotního stavu populace odbouráním některých rizik

Bude-li zdravější závislý, bude zdravější i populace jako průměr a riziko šíření infekcí se sníží.

Pomineme-li skutečnost, že závislí jsou součástí populace a jako takoví snižují průměrnou úroveň jejího zdravotního stavu, jde v tomto případě zejména o snížení rizik šíření infekcí, tak jak to vyplývá z předchozího odstavce.

Dalším důležitým faktorem je skutečnost, že aby se závislý dostal ke své návykové látce, bude mít zájem se setkávat s psychiatrem, a to velmi pravidelně, resp. denně. Ten pak může citlivou terapií léčit nebo alespoň korigovat psychické problémy, kterých závislí mají mnohonásobně více než zdravá populace a kterými nezdědka negativně působí na své blízké, a tak indukovaně zhoršují jejich – nejen – psychický stav. Dalším kladným důsledkem „vytažení“ narkomanů z ilegality je možnost napojit je na sociální síť a další resocializační programy.

4. Snížení s drogami spjaté kriminality

Narkoman bude mít sám zájem vyhledat lékaře, tedy součást státní zdravotní sítě, a tak vystoupí z ilegality. Nebude pužen krást ani stát se dealerem. Ze systému bude vyňata valná část nelegálních peněz a tedy i jejich důsledky. Z ulic zmizí dealeri.

a) přímé

Nelze dost dobře odhadnout, sníží-li se počet trestných činů, spáchaných pod vlivem nelegálních omamných látek, a to zejména proto, že jejich počet není (a nikdy nebyl) v rámci pilotních pokusů, z nichž tento materiál vychází, dost přesně znám. Jisté pochybnosti jsou na místě i u metodiky, kterou provádí Národní protidrogová centrála (viz graf v kapitole 1.2.).

Výrazné snížení však lze očekávat v oblasti trestných činů, páchaných za účelem obstarání si prostředků na drogy: vydá-li toxikoman u lékaře za svou denní dávku o zaručené kvalitě řádově 100 Kč, tedy částku, kterou lze hradit z běžného příjmu a v podstatě i ze sociálních dávek, zanikne nejsilnější popud, jenž nutí toxikomana krást nebo jiným způsobem si nezákonně opatřovat zboží za cca 10 000 Kč a prodávat je za zlomek jeho reálné ceny, aby si obstaral tisícovky korun na nečistou drogu nejisté síly.*

b) nepřímé

Samotným principem tohoto návrhu je: vyjmout z problému závislosti na omamných jedech jeho hnací motor – peníze.

Další snížení – resp. zamezení nárůstu – lze očekávat v oblasti kriminality, která je spjata s drogovými dealery. Budou-li mít toxikomani možnost obstarat si svou návykovou látku u lékaře za víceméně výrobní cenu, nebudou si ji kupovat za deseti- a vícenásobek u pouličních a jiných dealerů. Ti nebudou s to cenu na úroveň výrobních nákladů snížit

* Přičemž autoři dávají k další diskusi, nebylo-li by vhodnější hradit veškerou navrhovanou péči ze státních prostředků nebo zákonného pojištění.

– vytratil by se totiž hlavní motor jejich „podnikání“ – tedy zisk –, nehledě na skutečnost, že vzhledem k tomu, že prodej a výroba omamných látek bude nadále nezákonná (výjma institucí, jejichž zřízení vyplývá z tohoto návrhu), riziko jejich konání se nijak nesníží. Smysl by nemělo ani přechodné snížení cen pod úroveň výrobních nákladů za účelem získání nové klientely, protože dealeri musí očekávat, že každý takto vytvořený závislý si pro svou dávku nebude chodit za nimi, ale za lékařem, a oni tak nebudou mít možnost dumpingovou cenu opět zvýšit a „zahojit se“ – klienty jim totiž „přebere“ zdravotnický sektor. Podle dostupných zkušeností ze zemí, kde se podobný přístup praktikuje – zejména Velké Británie* – lze očekávat snížení podloudného obchodu s omamnými jedy a tedy incidenci odborně nesledovaného užívání těchto látek o cca 90 %, tedy na méně než desetinu původního stavu. Takový trh už pro valnou většinu „velkodealerů“, kteří představují největší nebezpečí, ztrácí na atraktivitě, a jako trh s výrazně menším objemem finančních prostředků bude také přitahovat méně kriminálních živlů. Tento návrh si neklade za cíl vyřešit problém experimentátorů, kteří budou existovat vždy – nepředstavují však společenské nebezpečí. Lze předpokládat, že malý (odhadem oněch zbývajících 8–10 % původního stavu) trh pro tyto jedince bude vždy existovat. Do daného oddílu je nutno zahrnout i „klubové drogy“ typu extáze, jejichž nebezpečí však tkví jinde než ve vyvolání závislosti a v následných společensko-zdravotních problémech.

* Viz obšírnější shrnutí v kapitole 5.

Podají-li se takto dramaticky zmenšit nezákonný trh s omamnými jedy, sníží se i objem finančních prostředků a zisky těch, kteří se takových obchodů účastní. Ty už nebudou dosahovat objemů, jimiž by (byť třeba i v budoucnosti) bylo možno výrazněji ovlivňovat legální ekonomiku. Je také sporné, vyplatí-li se potenciálním distributorům drog za účelem „vyprání“ takto nízkého finančního objemu složitě a nákladně budovat mechanismy, které to mají zajistit.

Nebude-li existovat černý trh v podobě, jak ji známe dnes od nás nebo dokonce ze západoevropských či severoamerických států, významně se sníží násilná kriminalita, která se ke každému černému trhu váže (viz kap. 2), a vytratí se obrovský podíl nezdaněných příjmů ve prospěch zdaněných.

Nebude-li v drogovém obchodu dostatek peněz, vytratí se motiv pro korupci státních úředníků (protože nebude existovat důvod, proč si korupcí zajišťovat beztrestnost pro nelukrativní kriminálně-obchodní činnost).

Nebude-li užívání návykové látky z rukou atestovaného lékaře (zařazeného do vytvořené sítě), její obstarání a ani její – státními institucemi řízená – výroba trestným činem, výrazně se sníží zatíženost policie způsobená objasňováním takových deliktů, které budou omezeny na již zmíněné experimentátory a subkulturní scénu (kde se na trestnosti výroby a prodeje drog nic nezmění); tak se jí uvolní ruce pro objasňování jiných, s drogovou scénou nesouvisejících trestných činů (a v neposlední řadě na stíhání pouličních a dalších dealerů).

5. Snížení negativních ekonomických důsledků

Finanční náklady na tento způsob zacházení se závislími o řád nižší než na jiné přístupy. Společenské náklady na nápravu dovodných jevů jsou nižší dokonce o několik řádů.

Narkoman náklady na výrobu drogy uhradí sám a odborné zacházení mu bude poskytnuto v rámci státem garantované zdravotní péče. Lze ovšem uvážit, nebylo-li by vhodnější, aby i na tuto položku nějakou poměrnou částkou přispíval.

I za předpokladu, že by si závislý svou dávku nehradil (a podle tohoto návrhu si ji hradit má), je poměr společenských výdajů cca 100 Kč : 10 000 Kč čistých nákladů za denní dávku, tedy 1:100. Není totiž pochyb, že zboží za výše zmiňovaných 10 000 Kč, jež jinak narkoman nezákonně získá, v konečném důsledku hradí právě společnost. K oněm 100 Kč je nicméně třeba připočíst honorář lékaře a sestry, pronájem prostorů, jednorázové vyšetření na přítomnost omamných jedů v organismu. Celkově se tak zvýší objem prostředků na jednoho narkomana a den o dalších cca 25–50 Kč (podle jejich počtu a mzdových nároků zdravotnického personálu). I tak jde o poměr cca 67:1 ve prospěch tímto materiálem předkládané koncepce.

V důsledku skutečnosti, že toxikoman si nebude muset prostředky na obstarání návykové látky obstarávat nezákonně, se významně sníží množství a podíl takových trestných činů a tedy i prostředků, které musí společnost na vyšetřování těchto deliktů vynakládat. Vzhledem k již zmiňované neexistenci evidence takových trestných činů policií je ob-

tížné tuto úsporu nějak kvantifikovat, z předchozího je nicméně jasné, že se znovu bude jednat o více než 80 %, tedy poměr cca 4:1 ve prospěch našeho návrhu. Tím si také policie uvolní finanční i lidskou kapacitu pro objasňování jiných zločinů.

Významně poklesnou (resp. nevzniknou) náklady na soudnictví, na vězeňství a další represivní aparát, které by jinak s narkomany nakládaly místo lékařů. V této souvislosti je třeba podotknout, že zatímco náklady na jeden rok věznění jedné osoby se pohybují kolem 150 000 Kč, náklady na jeden rok trvajícím ústavním léčením (které by mělo být předstupněm *vyléčení závislého*) dosahují výše zhruba 80 000 Kč, tedy poloviční.

Významně se sníží náklady na léčení nemocí, vznikajících díky rizikovému braní drog. Bude-li narkoman brát svou návykovou látku čistou, bude-li mu aplikována odborným způsobem – rukou lékaře, který dokáže určit skutečné množství efektivní látky, již narkoman potřebuje, budou zcela minimalizována rizika, která narkomana normálně čekají, a výrazně se sníží i potřeba a četnost hospitalizací narkomana – s výjimkou ústavních odvykacích kúr. Tak se významně sníží náklady, vyčíslené v poslední části druhé kapitoly.

4. Některé často vznášené otázky

Nebude tento způsob léčby závislých demotivující? Proč by se měli vzdávat drog, když budou moci dostávat heroin zadarmo nebo za poměrně velmi nízké ceny?

U těch, kteří jsou na drogách závislí a nemají v úmyslu na tom nic změnit, nezní alternativy: okamžitá detoxikace, nebo drogy z ambulance, ale: drogy z ambulance, nebo z černého trhu.

Jednáme-li s uživateli drog, máme co do činění s lidmi, kteří jsou připraveni obelhávat, podvádět a okrádat své nejbližší příbuzné a přátele, jen aby se dostali k droze. Přitom riskují, že budou zatčeni a uvězněni, ztlučeni a terorizováni drogovými dealery, že díky „řezání“ nebo dokonce naprostému zfalšování drogy onemocní či přijdou o život. Existuje snad horší trest než odcizení rodiny a přátel, ztráta osobní svobody, chudoba, nemoc nebo smrt? Pokud je neodrazuje toto, pak jsou možné škody, způsobené čistým, lékařem podaným heroinem (resp. jinými lege artis připravenými a podanými látkami), zcela zanedbatelné, a jsou více než vyváženy snížením jiných, závažnějších škod.

Vaillant (1984), Sobell (1990) a další výzkumy, shrnuté Schneiderem (1988) (II) dokázaly, jak netečná je psychika závislého na zvnějšku přicházející intervence. Podle Stimsona (1982) je závislost chronickým stavem, který trvá po léta. Pokud během tohoto času závislého nedokáže nic přimět přestat, pak nejlepším, co může lékař udělat, je snažit se takto postiženého zachovat naživu a zdravého. A právě to se

děje plně uváženým, časově neomezeným podáváním čistých, farmaceuticky vyráběných drog. Takovému podávání lze říkat třeba „udržovací terapie“, neboť drogově závislý je udržován při životě, dokud není sám připraven přestat. Vynucené nebo předčasné „lечение“ vede u nemocného k opětovnému upadnutí do područí závislosti a u zúčastněného personálu k deziluzi. (14) Pro další reference viz kapitola 3.5.

Nevyšleme aplikováním tohoto přístupu k prvouživatelům a experimentátorům signál, že si mohou s drogami libovolně zahrávat, protože až je přestanou zvládat „stát se o ně postará“? Nebudeme tak vlastně nepřímo podporovat vznik jejich návyku?

Ne. Celý přístup je založen na rozvoji demotivujících faktorů a odstranění těch faktorů, které rozvoj závislosti podporují.

Navrhovaná koncepce drogové politiky si na rozdíl od jiných přístupů* klade za cíl vytyčit jasnou a nezpochybnitelnou hranici mezi závislými, tedy oběťmi drog, a dealery či obchodníky s drogami, kteří z drog tyjí, a to bez ohledu na škody, které tím společnosti jako celku a jejím jednotlivým členům způsobují.

* Tyto přístupy se obecně spíše snaží (byť to přímo neprohlášují) buď tuto hranici prakticky posunout směrem k závislým a zacházet s nimi stejně jako s dealery bez ohledu na to, jaký je jejich vztah k droze a jaké to bude pro jednoho každého z nich mít důsledky – to v případě tzv. „důsledně represivních“ přístupů –, nebo tuto hranici naprosto zrušit a z omamných jedů a psychotropních látek udělat běžnou komoditu, což civilizovaná společnost přirozeně a právem (byť nedůsledně – viz alkohol, tabák, kofein) považuje za nepřijatelné – to v případě přístupů tzv. „liberálních“.

Navrhovaná koncepce jako celek a každou svou částí dává jasně najevo, že problémové uživatele drog nepovažuje za společenské nebezpečí, ale za oběti drogových dealerů, což je v souladu s principy protidrogové politiky, jak byly Českou republikou formulovány v roce 1992*. Ti naopak za nebezpečí považováni jsou a jako s takovými je s nimi nakládáno.

Narkomani pak jsou považováni za „příťaž společnosti“, za *in-validy*, za vlastní vinou nemocné, a tudíž jim je nabídnuta léčba. Pokud k této léčbě svolí (a všechno je k tomu nabádá, snahou o zachování sebe sama počínaje a možností vymanění se z kriminálního prostředí a hrozby bezprostředního trestu konče), stávají se součástí státního systému, tyjí z něj a podřizují se mu. Pak je otázkou, co zbude ze „vzpoury proti systému“, jež, jak známo, je jedním z nejdůležitějších popudů trvalejšího užívání drog. Drogy pozbývají nimbu prostředku společenské vzpoury.

* Ministr spravedlnosti ČR Jiří Novák: *„Náš trestní zákon nesankcionuje uživatele drog a osoby závislé na drogách jako takové, nýbrž pachatele dalších deliktů přímo či nepřímo souvisejících se zneužíváním omamných a psychotropních látek. V souladu se zásadou, že sebepoškozování není trestný čin, nahlédíme na tyto oběti vlastního experimentování i úmyslné trestné činnosti jako na nemocné, případně nemocí ohrožené lidi. V praxi již byly odstraněny nejrůznější nepřímé postihy toxikomanů a došlo tak k jejich faktické dekriminální, depenalizaci i ke zmírnění jejich společenské stigmatizace.*

Ostří naší trestní politiky se naopak obrátilo proti obchodníkům s drogami, výrobcům a prodejcům drog, překupníkům, drogovým kurýrům aj. kriminálním živlům, kteří – zřídka sami drogově závislí – cizopasí na nezkušenosti, naivitě a neštěstí jiných. Zvláště tvrdé sankce postihují pachatele zapojené do různých forem a podob organizované, zejména mezinárodně organizované drogové kriminality.“ (Úvodní slovo na semináři „Alternativy k trestům odnětí svobody pro uživatele drog“, pořádaném Skupinou Pompidou Rady Evropy a Meziresortní protidrogovou komisí ČR dne 7. listopadu 1994)

Znovu nelze neocitovat britské policejní prameny (*viz kapitola 5 a v ní uvedené odkazy*): v regionu Merseyside způsobilá lékaři prováděná distribuce heroinu a kokainu snížila meziročního přírůsteku narkomanů o 92 %, tedy na jednu dvanáctinu stavu, který panoval díky dvacetiletému praktikování tvrdě represivní politiky.

Nebylo by lepší místo toho, abychom drogy podávali, závislé přesvědčovat a radit jim, jak se se svou nemocí vypořádat?

Ano, pokud závislý souhlasí.

Když ale někdo jde do hostince a tam musí předtím, než dostane své pivo, vyslechnout dvacetiminutovou přednášku o škodlivosti a nechutnosti alkoholu, brzy začne chodit na pivo jinam. Ať už mají pravdu či ne, závislí na svou konzumaci drog nahlízejí stejně jako my na pití piva (nebo dokonce kávy). Drtivá většina uživatelů drog považuje nevyžádané rady za nepřipustné vměšování do svého života a rázně je odmítá. Pacient, který přijde do ambulance, v níž mu drogy odeprou a budou jej jen přesvědčovat, s vysokou pravděpodobností přesune své peníze na konto mafie a koupí si za ně „řezané“, nečisté, komparativně pro jeho zdraví výrazně škodlivější drogy – tak jako to narkomané běžně činí dnes u nás i v mnoha dalších státech, nejčastěji (a nejvíce) v USA.

Je správné, aby daňoví poplatníci hradili léčbu závislých, kteří ve-směs do státní pokladny žádné prostředky nepřinášejí? Proč rovnou nedávat zlodějům své šperky?

Je to správné, protože celý zdravotní i sociální systém je od základu založen na principu solidarity, který znamená, že se výdělečně činní s vyššími příjmy o část svého výděлку dělí s občany z nižších příjmových skupin nebo výdělečně nečinnými. Zdraví se podílejí na léčbě nemocných.

V Sokratových Dialozích a dále například u Rosseaua je formulována teze, podle níž je společnost založena na smlouvě mezi jednotlivcem a státem. Jednotlivec je připraven řídit se zákony státu a stát za to přebírá úlohu tyto zákony zaručovat a zajišťovat svobodu. Je-li však svoboda prosazována násilím, například tím, že po sobě dva z nás vzájemně střílí, pak minimálně pro jednoho z nás už mnoho svobody nezbude. To vede k paradoxnímu výsledku, kdy některá omezování obecné svobody zákony vedou ke zvyšování průměrné svobody jednotlivce. Nedostatečné, nevyhovující (ve smyslu neprosaditelné) zákony vedou k anarchii, která dříve či později přeroste v diktaturu. Obecně je optimální, když je zakázáno každé chování, vedoucí k omezení svobody ostatních, a každé chování, jež k tomu nevede, zakázáno není. Má-li být občan zodpovědný, pak se musí o svém konání rozhodovat svobodně, a to i o takovém chování, které mu může způsobit škodu, a o jeho zodpovědnost k ostatním se musí postarat zákon; jinak není zodpovědným občanem. Optimálně svobodná společnost tedy přenechává

sebeomezování a sebeprosazování na zodpovědném občani. Toto omezení státu – nevměšovat se do osobního života jednotlivce (a dohlížet, aby míra jeho působení na okolí na tomto okolí nepáchala škody, resp. páchala škody co možná nejmenší) – je dějinně vzato poměrně nové. Je například relativně málo známo, že alabamský zákon z roku 1809 zakazoval vykonávat manželský milostný akt v jiné než tzv. „misionářské“ (tedy když žena leží na zádech a partneři jsou čelem k sobě) poloze. Pomiňme absurdní nemožnost zákon takového druhu prosazovat a soustředme se na setrvalý ústup od takového vměšování do privátní sféry a stále silnější nastolování principu „vzájemného svolení dospělých v privátní oblasti“, díky jemuž došlo k dekriminální homosexualitě, prostituce, sebevraždy či autointerruptce. Holanďtí pozorovatelé zastávají názor, že celý drogový problém vznikl jen díky vpádu veřejného práva do privátní neřesti. Pokud někdo chce promarnit vlastní život, má na to plné právo. Pokud ale potom vyjde ven a v maximálním opojení ohrožuje svobody jiných lidí, nebo – zejména – když v tomto stavu řídí automobil, pak na něj musí ruka zákona dopadnout se vší vahou. Takto nahlíženo není správné dávat zloději své šperky, neboť zloděj nemá právo odnímat nám svobodu své šperky nosit. (14)

Ve výčepech podáváme alkohol alkoholikům. Tady by měla být nastolena kontrola. Prohibice byla nicméně krokem zpět. Kdyby někdo z nás například žil v Chicagu třicátých let a právě ukradl portmonku své babičky, aby si od pana Capona koupil hlt hnusného, pančovaného methylalkoholu za nekřesťanskou cenu, pak by podle nejlepšího svědomí a vědomí lékaře existoval dost dobrý důvod předepsat

takovému jedinci sklenici té nejlepší skotské whisky. (14) Bez ohledu na to, jak absurdní se tyto vývody mohou někomu na první pohled zdát, došlo k několika empirickým, vědecky zhodnoceným pokusům, a ty je potvrzují (viz kapitola 5).

Je správné, aby lékaři podávali závislým drogu, tedy látku, již se závislí vlastně ničí?

Ano. Na tento postup je třeba nahlížet jako na „udržovací terapii“.

Náhlé odříznutí těchto závislých od drogy jim může způsobit následky mnohem těžší a okamžité, stejně jako obstarání si této látky na ulici, kde není zaručena její čistota ani síla. Jedná se jen o účinnou prevenci poškození na drogách závislých pacientů, o účinnou preventivní terapii.

Závislost je nemoc – nemoc snad povýtce psychosociální, ale proti tomu, že nemocí vskutku je, nemůže být relevantních námitek a lze předpokládat, že ani nebudou vznášeny. Nemocí je i bolest, úzkost, manické či depresivní poruchy a několik dalších stavů; lékaři již dávno úspěšně obhájili možnost léčit tyto stavy použitím „nebezpečných“ léků, za něž obecně můžeme označit léky s výraznějšími vedlejšími účinky a nepominutelnými riziky, jako je morfin, benzodiazepiny, analeptika* atd. Závislost mezi ně patří také, a jak dokázal již zmíněný Bschor (12), poskytování kontrolovaných dávek drog urychluje zbavení se návyku. Tento způsob jasně převyšuje jiné přístupy, jež selhaly a bohužel i nadále selhávají. (11)

* Anebo – v jiné souvislosti – cytostatika.

Nevznikne nebezpečí, že lékaři budou moci s drogami, k nimž budou mít snadný přístup, obchodovat?

Jistě. Nebezpečí selhání jedince se nedá stoprocentně vyloučit v žádném systému. Toto nebezpečí nicméně existuje i za současného stavu.

Medicínský personál běžně zachází s pervitinovým prekursorem (efedrinem), a to jak v čisté formě, tak coby se složkou mnoha léků (Solutan, Ipecarin atd.), i s opiáty (morfin, dolsin, Valetol, Diolan atd.). Pro zacházení s omamnými látkami ve zdravotnictví existují již řadu let závazné předpisy (naposled *Výklad k právním předpisům**, upravujícím zacházení s omamnými látkami [Ministerstvo zdravotnictví a soc. věcí ČR, květen 1990]), jejichž dodržování plně dostačuje k signifikantnímu snížení takového rizika. Není důvodu tyto předpisy nevztáhnout i pro provoz v námi navrhovaných zařízeních.

Existují další dvě závažné překážky podobného chování medicínského personálu:

- 1) Riziko prozrazení je mezi narkomanskou komunitou obrovské.
- 2) Je otázkou, komu by takovou drogu lékař prodal za cenu vyšší, než za jakou ji je povinen podávat ve své ordinaci; svou profesionální činností si bude ničit trh. Např. v USA dnes není ani stopy po černém trhu s alkoholem,

* Nařízení vlády ČSR č. 192/1988, Instrukce MZSV č. 9/1989, vyhláška č. 61/1990.

tolik rozšířeném před pětadesáti lety. Podobný efekt lze očekávat i u drog v případě, že budou závislým, tedy potenciálním zákazníkům černého trhu, podávány legálně a kontrolovaně (a *lege artis*).

Neexistuje nebezpečí, že lékaři budou moci své pacienty vydírat?

Tato otázka, jakkoliv častá, je naprosto absurdní. Vyrazení lékařského tajemství má pro lékaře tak fatální následky, že neexistuje situace, v níž by se mu vyplatilo.

Navíc podobnou možnost (tedy vydírat pacienty důvěrnými údaji, jimiž disponuje) má téměř každý lékař – a psychiatři zvlášť – už dnes, a není znám případ, že by se to doopravdy stalo.

***Nebude mít zdravotnický personál k droze snazší přístup?
Neexistuje nebezpečí, že bude návykové látky zneužívat sám?***

Jistě. Stejně je tomu ovšem i dnes. Obecně platí tatáž odpověď, jako na otázku 5.

Nebudeme přijetím takového modelu jednat proti závazně přijatému doporučení OSN z roku 1961 a 1988?

Ne.

Autentický komentář k Jednotné úmluvě o omamných drogách z roku 1961 říká: „Smluvní strany *nejsou obligatorně zavázány stíhat a trestat držení drog*, pokud jsou určeny pro osobní potřebu, neboť tyto případy nejsou subsumovány pod pojem závažného trestného činu.“

Čl. 3 (Trestné činy a tresty), odst. 2 Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z 20. prosince 1988 zní: „*S výhradou svých ústavních principů a základních zásad svého právního systému* přijme každá smluvní strana taková opatření, jež mohou být potřebná k uznání za trestné činy podle vlastního právního řádu, pokud jsou vykonávány úmyslně, přechovávání, získávání nebo pěstování jakýchkoliv omamných nebo psychotropních látek pro osobní potřebu při porušení Úmluvy z roku 1961, Úmluvy z roku 1961 s doplňky nebo Úmluvy z roku 1971.“ [Citováno v: *Sdělení FMZV 462/1991 Sb.*]

Neumožníme tím, že budeme závislým jejich drogu dávat bez ohledu na to, zda se chtějí léčit či nikoliv, těmto individuím blažený, bezpracný život? Není to demoralizující?

Důsledky, které vyplývají z jiných systémů zacházení se závislými, jsou demoralizující mnohem více a tyto systémy jsou neskonale méně efektivní.

Skutečně takovým závislým značně zjednodušíme život. Nebudou si muset denně obstarávat obrovské finanční prostředky – především nelegální činností –, nebudou se muset obávat trestního stíhání, nebudou se muset bát nečisté drogy

ani předávkování a následné hospitalizace nebo smrti. Tvrdíme ovšem, že je společensky výhodnější a méně demoralizující jim připravit takto „blažený a bezpracný“ život (protože žít s dlouhodobou závislostí je všechno jiné, jen ne blažené), než je stavět do situace, která je žene do páchání kriminální činnosti a nakonec vždy ústí v mnohem větší společenské náklady na léčení zdravotních poškození a hrazení dalších škod, uvedených v kapitole 1. Obecně lze říci že „blažený a bezpracný“ život v tomto smyslu umožňuje každý euroamerický sociální systém, a to zdaleka ne jen drogově závislým či závislým obecně. Je ovšem otázkou, zda je takový život plnohodnotný.

Navic je očividné, že vzhledem k historickému selhání tzv. „důsledně represivní politiky“ jako prostředku řešení drogové problematiky je její praktické provádění demoralizující mnohem více. Vžijme se do situace občana, kterému je zdůrazňována nutnost navyšování prostředků, plynoucích z jeho daní, do aparátu, jenž má drogový problém vyřešit nebo alespoň zmírnit, a on přitom ve svém okolí a nezdědka i vlastní rodině vidí jeho soustavné a plynulé zhoršování a vyostřování. Dříve či později (pravděpodobně v nepřímé úměře míry tohoto času k jeho obecnému rozhledu a vzdělanosti) se nutně musí ptát, kam tyto prostředky plynou a zda by mu nebylo bez zmíněného aparátu lépe. Takový občan se pak v lepším případě může soustředit na snahu takový systém změnit, v horším (a pravděpodobnějším) propadnout apatii k nefunkčnímu systému jako takovému a apatii k supersystému – společnosti –, jejíž součástí je tento systém. To pak vede k právnímu nihilismu a ke vzrůstající míře anarchie ve společnosti, od níž vede již jen krůček k reakci,

spočívající ve volání po vládě „pevné ruky“ a nastolení některé z forem diktatury, ať už maskované nebo nezastřené.

Nevznikne nebezpečí, že drogy z ordinace vynese závislý na černý trh?

Ne, protože všechny drogy, které v ordinaci dostane, mu budou okamžitě aplikovány lékařem (nebo si je pod lékařským dozorem aplikuje sám). Z ordinace nikdy s obchodovatelnou drogou nevyjde.

Nebudeme takovým plynulým podáváním návykové látky jen rozvíjet narkomanův návyk? Nepovede to jen k dalšímu extenzivnímu zvyšování dávek?

Ne, protože dávkování bude po dohodě s nemocným určovat lékař.

Navíc existuje zajímavý výsledek švýcarského experimentu PROVE (viz kapitola 5), podle něžž se sami závislí zvyšování dávky brání. Vysoké dávky je totiž připravují o počáteční slastné obluzení po aplikaci dávky („rauš“, „nájezd“).

5. Vědecké údaje, dokumentující zkušenosti s obdobným přístupem k protidrogové politice

Mezi léty 1870 a 1960 byly drogově závislým drogy kontrolovaně předepisovány v celé Velké Británii. Že byl tento systém funkční, je historicky doloženo (viz dále). Prohibice ve Spojených státech a v menší míře i v Británii od roku 1960 způsobila alarmující vzestup konzumace drog, a čím více peněz bylo na prosazování prohibice věnováno, tím více vzrostla konzumace.

Obdoby racionální protidrogové politiky, kterou navrhuje, probíhaly a probíhají v různém rozsahu a na různých místech po celém světě. V této kapitole se zabýváme třemi z nich, dvě probíhají dodnes a všechny tři mají vztah k západoevropské oblasti, do níž historicky i kulturně patříme.

Rollestonská protidrogová politika (1920–1960)

Do roku 1870 v Anglii existovala jen velmi malá nebo vůbec žádná kontrola návykových látek a intoxifikace se šířila endemicky. Po *Zákonu o lécích (Pharmacy Act)* z 19. století a přijetí závěrů *Rollestonovy komise* byl počet závislých redukován na 500 v populaci, čítající 50 milionů obyvatel (tedy na 0,01 promile, což je statisticky vzato nula).

Po první světové válce souhlasili všichni signatáři Versailleské smlouvy, že budou regulovat psychoaktivní drogy (viz její článek 295), ale způsob regulace byl ponechán na vůli daného státu. Amerika si vybrala totální prohibici veškerých drog včetně alkoholu. Anglie, v níž do té doby uží-

valo až 20 % populace laudanum*, zvolila cestu přidělování drog s využitím medicínských pracovníků (*Zákon o nebezpečných lécích*, 1920). Mezi léty 1920 a 1926 probíhala debata, jakým způsobem mají být takové drogy rozdělovány. Argumenty policejních složek, které požadovaly nastoupení americké prohibiční cesty, byly brzy vyvráceny a rozhodnutí nakonec vzešlo z konkurenčního boje mezi farmacií a medicínou o kontrolu nad tehdejšími nejúčinnějšími léky na bolest, úzkost a několik dalších stavů. Lékaři možnost léčit tyto stavy použitím takových léků úspěšně obhájili.

V roce 1926 byla ustavena komise, která nakládání s drogami kontrolovala. Vedl ji Dr. Henry Rolleston, podle něž byla tato politika později pojmenována.

Tato komise ustavila princip, podle něž bylo předepisování (zejména opia) oprávněné, nemohl-li být pacient zbaven závislosti bez vážných abstinčních příznaků nebo podrobil-li se pacient postupnému snižování dávek nebo potřeboval-li drogu, aby mohl vést užitečný a normální život.

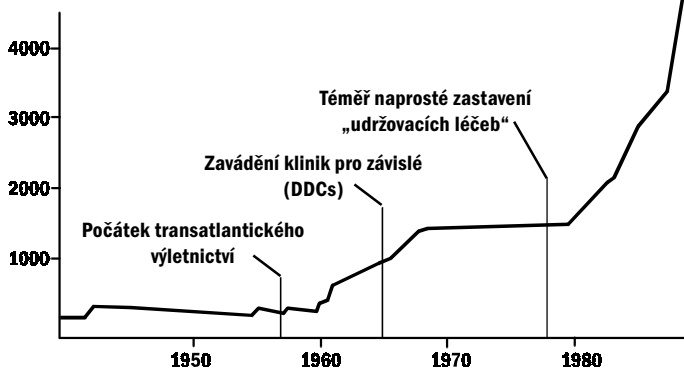
Paralelně k tomu byly ustaveny poměrně přísné – ne ale prohibiční – předpisy, omezující dostupnost alkoholu na veřejných místech i v denním čase, byly na něj uvaleny vysoké daně a k výrobě a dodávkám alkoholu byla třeba licence.

Zvážíme-li úmrtí na cirhózu jater a soudní rozsudky, vynášené ve spojitosti s opilstvím a stavy intoxikace, byla tato kritéria mimořádně úspěšná.

V USA se mezitím zvedla hrůzná vlna zločinnosti, k níž došlo v souvislosti s prohibicí alkoholu. Kriminální delikty

* Laudanum – opiový roztok; ve světle tohoto faktu pozbývají jádra námitky, že rollestonská politika byla ustavena „na poli neoraném“, tedy v drog prosté společnosti.

Počet registrovaných závislých v Anglii mezi léty 1945–1985



Pramen: „Drug addicts“ notified after World War II, archív Chapel Street Clinic, Cheshire; Halton General Hospital; NHS Trust.

a vzrůstající náklady na prosazování takového přístupu nakonec Ameriku donutily se prohibice alkoholu vzdát, prohibiční přístup k opiátům ale přetrvál.

Na přelomu padesátých a šedesátých let se problém markantně vzrůstající zločinnosti v USA vynořil znovu, tentokrát ale v souvislosti s nealkoholovými drogami. Ve Velké Británii vznikla v roce 1960 k posouzení problému zneužívání drog zvláštní k tomu vytvořená komise (*Brain Committee*). Vyslovila spokojenost nad stavem ve své zemi a zděšení z „americké zkušenosti“.(18)

Pak došlo ke snížení cen zámořské dopravy a následnému „transatlantickému výletnictví“. Tento jev dodnes čeká na důkladnější sociologický rozbor, a to zejména z americké

strany, faktem nicméně zůstává, že do Velké Británie cestoval zvýšený počet mladých Američanů a že někteří britští praktičtí lékaři začali předepisovat enormní dávky drog. Mezi britskou mládeží se – indukovaně – objevilo tzv. „drogové třesnění (*drug craze*)“ – užívání drog se stalo módou. To vedlo k ustavení nové *Brain Committee*, jíž se nepodařilo dojít k uspokojivým závěrům.* Británie vyhlásila v roce 1967 na americký nátlak** Zákon o nebezpečných drogách (*The Dangerous Drugs Act*) a omezila předepisování drog závislým na licensované kliniky.

Zdálo se, že stav není nepodobný alkoholu v roce 1917. Jenže klinik bylo ustaveno jen málo a kromě toho stále trvala módnost drog – ba byla ve vrcholném rozkvětu. Británie nicméně udělala první krok po americké cestě. Přesto se co do počtu závislých podařilo ustavit nový rovnovážný stav (*viz graf*).

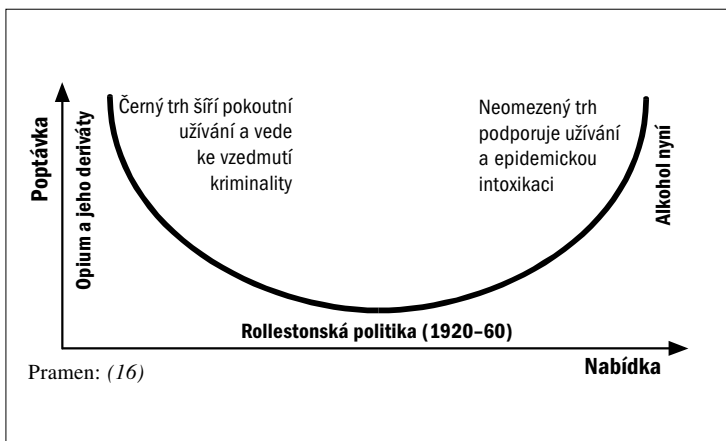
S nastoupením na prohibiční cestu začala i Anglie opakovat americký vývoj: s každým dalším krokem k naprosté prohibici („důsledné represí“) se zhoršovala situace. Rozkvétal černý trh, jenž odstrašoval lékaře od léčení závislých, a dokonce i tam, kde se ministerstvu vnitra podařilo kliniky ustavit, bylo těžké získat psychiatry, kteří by byli ochotni podstoupit riziko, že se stanou oběťmi agrese, spojené s předepisováním drog závislým. (18)

* „Informace, jež máme k dispozici, se neshodují s těmi, které chceme. Informace, které chceme, nejsou těmi, jež potřebujeme. Informace, jež potřebujeme, nejsme schopni získat.“

** A to přes zřejmý paradox skutečnosti, že ke změně protidrogové politiky nutila úspěšnější země země výrazně méně úspěšná; nikoliv poprvé a ani naposledy ustoupila pragmatická hlediska politice – nebo možná spíše politikaření.

A tak došlo v roce 1980 na další americký nátlak (a s pomocí tzv. londýnské psychiatrické školy) k téměř naprostému zastavení udržovacích léčeb. Efekt byl bezprostřední a strašlivý: exponenciální růst počtu závislých (viz graf), zvýšení cen na černém trhu, vzestup zločinnosti a podílů násilných trestných činů, a to i s použitím střelných zbraní.

Zároveň byla od roku 1960 systematicky rozkládána kontrola dostupnosti alkoholu; došlo k neúprosnému vzestupu jeho konzumace. Současně tvrdě prosazovaná prohibice ostatních drog měla za následek paralelní nárůst v užívání drog. Vzestupy a pády konzumace alkoholu a opia a jeho derivátů naprosto přesně provázejí změny ve fiskální a právní politice a jejich dopad na legální dostupnost těchto látek. Jenže povaha vztahu mezi nabídkou a poptávkou je kvadratická, a nikoliv exponenciální, jak se očekávalo v šedesátých letech:



Oficiální údaje britského ministerstva vnitra:

Po čtyřiceti letech Rollestonké politiky bylo v Anglii v roce 1965 celkem 927 registrovaných závislých.

Po třiceti letech od zavedení americké politiky (prohibice) bylo v roce 1995 v Anglii 37 164 registrovaných závislých.

Od poloviny osmdesátých let se datuje sílící úsilí britských lékařů odstranit neosvědčivší se represivní politiku, úsilí, pojící se zejména se jménem MUDr. Johna Markse. Přesto ani po jednoznačných zkušenostech se zemi, která dlouhodobě „ověřovala“ všechny tři možné přístupy k protidrogové politice (neomezená nabídka do roku 1870, regulovaná nabídka mezi léty 1920–1960 a zostrující se prohibiční politika amerického typu od roku 1965), zatím nedaří vrátit plnohodnotně k té z nich, která se ukázala nejefektivnější. „Americká cesta“ má totiž tvar zrychlující se spirály, a jakmile se jednou roztočí, produkuje populistické tlaky, jímž se ochotně poddává část politického spektra bez ohledu na racionální argumenty a suchá, emocí zbavená čísla a vědecky ověřené údaje. I to je ovšem cenná zkušenost, z níž bychom měli čerpat.

Nová (labouristická) britská vláda přiznává neudržitelnost současného stavu a přehodnocením protidrogové politiky se nyní (srpen 1997) intenzivně zabývá – podle dostupných informací i ve smyslu využití osvědčivších se domácích zkušeností.

Britské minulé i novější zkušenosti jsou nicméně využívány Švýcary (viz dále) a v omezenější míře i Australany, Nizozemci a Němci.

Liverpoolský model (od 1985)

Pod názvem *Liverpoolský model* se obecně rozumí model, podle něž smí každý státem k tomu pověřený lékař závislým předepisovat drogy, a ti si je mohou odnášet domů. K těmto drogám patří kromě jiných i kokain a heroin. Nicméně i ve Velké Británii existují drogy, které být předepisovány nesmí. Toho času jde především o cannabis (marihuana, hašiš) a momentálně velmi oblíbené deriváty methylen-dioxy-amfetaminu (extáze, MDMA, MDA, MDE).

Sám pojem „liverpoolský model“ není právě přesný, protože v Liverpoolu samotném se s tímto pojmem spojované sociální programy neprovádějí. V zásadě se týkají dvou distriktů: *Haltonu* (k němuž patří distrikt *Widnes* a *Runcorn*) a distriktu *Warrington*; oba se nalézají mimo území vlastního Liverpoolu. (13)

Britský zdravotní systém – National Health System (NHS):

Nejde o státní systém, podle něž by lékaři dostávali peníze za léčení či diagnostiku pacientů, kteří nejsou pojištěni u soukromých pojišťoven. Lékaři jsou dosazováni z rozhodnutí tohoto úřadu, jinak jsou ale suverénními subjekty, co se volby metod zacházení s pacienty týče. Každý člověk v Británii má svého „všeobecného lékaře“ (*General Practitioner, GP*). Jen po návštěvě u něj se může dostat ke specialistovi. To platí i pro zacházení s drogově závislými, kteří jsou svým *GP* odesíláni k lékaři pro drogově závislé, na kliniky pro drogové závislosti (*Drug Dependency Clinic, DDC*) nebo na jednotky pro drogově závislé (*Drug Dependency Unit, DDU*).

NHS je členěn podle regionů. Jedním z regionů je *Merseyside*, oblast po obou březích řeky Mersey, do níž patří i město Liverpool. Regionální zdravotnický úřad pro *Merseyside* (*Merseyside Regional Health Authorities, MRHA*) zahrnuje deset distriktů. Péče o pacienta je zajišťována pro každý distrikt zvlášť. V rámci některých zdravotnických služeb se některé distrikty sdružují.

V obou (resp. všech čtyřech) výše zmíněných distriktech vykonává funkci konzultantního psychiatra (*Consultant Psychiatrist*), jenž je zodpovědný za péči o pacienty v tomto oboru, MUDr. John A. Marks. Předepisování heroínu a kokainu je silně spjato s jeho osobou, neboť jeho kolegové v dalších distriktech se z nejrůznějších důvodů omezují na předepisování methadonu (13).

Programy MUDr. Johna Markse jsou součástí širšího konceptu minimalizace škod (*Harm Reduction*). Cílem minimalizace škod je udržovat negativní důsledky, způsobované konzumací drog, tak nízko, jak jen to je reálně možné. Tento koncept souvisí se snahou věnovat co největší pozornost možnému šíření epidemie AIDS mezi drogově závislími. Přeneseno do konkrétní práce, jde o:

- *snahu dostat se do kontaktu s co možná největším počtem závislých*
- *a snahu změnit jejich chování směrem k bezpečnému sexu a bezpečnému užívání drog*

Do minimalizace škod patří jak možnost udržovací terapie (viz kapitola 5, otázka 1 a 5), tak abstinční terapie, tedy terapie, jejímž cílem je naprostá a uvědomělá abstinence; nejsou navzájem nijak v rozporu, naopak na sebe nava-

zují. K minimalizaci škod patří také výměna použitých jehel a stříkaček za nové, sterilní. V oblasti *Merseyside* to provádějí jednak ambulantní zařízení, jednak terénní pracovníci (*Outreach Workers*). Těmito terénními pracovníky vesměs nejsou profesionální sociální pracovníci, ale spíše bývalí narkomani nebo lidé, zahrnutí do programu předepisování drog. Nejvyšším zodpovědným úředníkem za program minimalizace škod je velitel policejního Úřadu pro omamné jedy, šéfinšpektor Derek O'Connell. Policie má příkaz, aby konzumenty drog při prvním přistižení nezatýkala*, ale jen je varovala. K tomu jsou předvedeni na policejní služebnu, kde je policejní důstojník v uniformě napomene, aby už nebrali drogy a aby v případě, že budou mít problémy, vyhledali DDU. Podle O'Connella se policie s 85 % takto varovaných už znovu nesetkává, což považuje za úspěch.

Specifikem „liverpoolského modelu“ je fakt, že závislí si smějí své navykové látky odnášet domů. To okamžitě implikuje otázku, zda takto získané drogy „neprosáknou“ díky této benevolenci na černý trh. V praxi je udržován těsný vztah s místními protidrogovými oddíly policie. V zásadě je tolerováno půjčování drogy mezi závislými, kteří jsou součástí programu, ale prodej lidem mimo program je striktně zakázán. Kliničtí pracovníci žádají protidrogový oddíl o dohled nad pacienty, které podezírají z podvodného jednání. Z tisíců pacientů šlo prozatím (do roku 1991) o necelý tucet

* Tak dochází i v Británii k faktickému nedodržování represivních „protidrogových“ zákonů, v daném případě rozkazem policejního velitele; zákon o držení drogy pro vlastní potřebu je nicméně všude v Západní Evropě až na dvě výjimky klasicky proklamativním, jen velmi fakultativně (a někdy účelově) prosazovaným zákonem; je na místě vyjádřit pochybnosti, lze-li takový zákon vůbec prosadit a tedy má-li jeho existence jakýkoliv kladný smysl.

pacientů, kteří byli z tohoto důvodu stíháni.(16) Liverpoolská protidrogová jednotka v roce 1987 u všech zatčených závislých po šest měsíců prověřovala původ návykových látek, které měli při sobě. Po půl roce byl tento průzkum ukončen se závěrem, podle nějž ani jeden závislý neměl drogu z jiné kliniky, než ke které příslušel. (17)

Region *Merseyside* patřil v celoanglickém měřítku k okrskům s nejvyšším počtem závislých, kteří si drogu aplikují injekčně. To má úzkou souvislost se stavem v Liverpoolu a jeho okolí, kdysi jednom z nejvíce prosperujících měst na světě, jež má dnes jednu z největších mír nezaměstnanosti ve Velké Británii, velmi nízké možnosti uplatnění pro mladé lidi, a jehož kdysi vzkvétající těžký – zejména loďařský – průmysl prakticky přestal existovat.

V *Merseyside* ale přesto od roku 1989 nepřibyl ke čtrnácti dosavadním ani jeden HIV pozitivní narkoman. Jinde v Anglii těchto případů naopak přibývá neustále.

Signifikantní, policejními a vládními zdroji ověřené výsledky, znějí takto:

Přidružená kriminalita (podle policejních zdrojů):

patnáctinásobné snížení (o 96 %).

Počet nově nakažených HIV a dalšími krví přenosnými infekcemi:

0

Počet úmrtí na předávkování nebo aplikaci znečištěné drogy:

0

Přírůstek nových narkomanů:

dvanáctinásobné snížení (o 92 %)

Existuje několik vzájemně nezávislých studií liverpoolského modelu; jednu z nejobsáhlejších* vypracovala Dr. C. S. J. Fazeyová (Program pro kontrolu drog OSN, Vídeň).

Švýcarská heroinová preskripce (PROVE) (od 1994)

Švýcarská vláda prodává heroin notoricky závislým uživatelům drog. Když to ale dělá, nejde o nedbalé usnadňování zneužívání drog: provádí v celonárodním měřítku vědecký experiment, jenž má rozhodnout, zda předepisování heroínu, morfinu a injekčního methadonu ušetří Švýcarsku peníze i utrpení tím, že sníží kriminalitu, nemoci a úmrtnost.

Experiment, na jehož formulaci začali Švýcaři pracovat v roce 1991 ustavením odborných vědeckých a etických komisí, začal po schválení Mezinárodním úřadem OSN pro kontrolu narkotik (UNDCP) a Světovou zdravotnickou organizací (WHO) fungovat 1. ledna 1994.

Lékařská preskripce v rámci Narkotického programu (PROVE) má právní oporu v Nařízení Federální vlády o redukci problémů, jež mají vztah k drogám, z 20. února 1991, a ve Federálním dekretu o „Vědeckém výzkumu prevence zneužívání drog a zlepšení životních podmínek drogově závislých“ z 21. října 1992 podle článku 8, části 5, a článků 15 a 30 Zákona o omamných jedech z 3. října 1961. „Preskripce“ tu je definována jako „vědecký experiment pro testování a vyhodnocení nových léčebných přístupů a metod ve vztahu k drogově závislým.“

*„evaluation study“

Po přípravných pracích byl výzkumný plán předložen ke schválení: politicky *Federální vládě*, eticky *Národní etické komisi Švýcarské akademie lékařských věd*, vědecky *Expertní skupině pro narkotika Federálního ministerstva zdravotnictví* a pro zajištění ochrany dat *Federálnímu úřadu pro ochranu dat*.

PROVE zahrnuje několik druhů programů. Jednotlivé programy se v některých ohledech liší, většina ale poskytuje doplňkové dávky orálního methadonu, psychiatrickou a psychologickou pomoc a další služby. Některé jsou umístěny do velkoměst, jako je Curych, jiné do měst, jako je Thun, které leží na úpatí Bernských Alp. Některé poskytují jen jednu drogu, zatímco jiné poskytují širší nabídku. Některé dovolují klientům, aby měnili svou dávku každý den, zatímco jiné pracují s klienty na ustavení stabilního dávkování. Jeden z curyšských programů je určen především ženám. Druhý curyšský program umožňuje závislým, aby si domů odnášeli cigarety, napuštěné heroinem, známé jako „reefers“ nebo „cukrkandl“ (protože heroinu se mezi švýcarskými narkomany říká „cukr“). V jeho rámci proběhl také paralelní pokus, v němž byly 12 klientům po dobu 12 týdnů předepisovány kokainové cigarety. Ten měl smíšené výsledky, protože mnozí ze závislých je sledovali nedostatečnými.

Prozatím lze *Švýcarský experiment* rozdělit do dvou fází:

1. fáze: 1994–1995, která byla uzavřena první oficiální *Předběžnou zprávou o lékařské preskripci v rámci narkotického programu*. Ta dospěla k následujícím závěrům: (15)

Heroinová preskripce je proveditelná, a neměla za následek žádný černý trh s rozdělováním heroinem.

Zdraví závislých, kteří se účastnili programu, se jasně zlepšilo.

Samotná preskripce heroinu nemůže vyřešit problémy, které k heroinové závislosti vedly v první řadě.

Předepisování heroinu není ani tak lékařským programem, jako spíše sociálně psychologickým přístupem ke komplexním osobním a sociálním problémům.

Heroin per se, je-li užíván kontrolovaně a podáván v hygienických podmínkách, způsobuje jen velmi malé – pokud vůbec nějaké – problémy.

Na podkladě těchto výsledků rozhodl švýcarský Federální sněm (nejvyšší orgán Švýcarské federace) o rozšíření experimentu na 1 000 pracovišť, jež budou tímto způsobem se závislými pracovat. Ze zmíněné tisícovky se 800 pracovišť zabývá heroinovou preskripcí, 100 morfinovou a 100 pracuje s injekčním methadonem. Doplňkovým programem je zjišťování možností uspokojivé udržovací preskripce budi-
vých drog (kokain, pervitin atd.)

Tím začala

2. fáze: od 1996 dodnes

Závěry 2. *předběžné zprávy*, kterou předkládal vědecký tým (*Institut für Suchtforschung Bindung mit der Universität Zürich* a *Institut für Social- und Präventmedizin der Universität Zürich*) v čele s prof. Ambrosem Uchtenhagenem, zní takto: (16)

Druhá fáze prokázala, že *Rozdělovací a léčebná střediska* fungují v dobré spolupráci s příslušnými kantonálními a komunálními úřady.

Bezpečnost účastníků, personálu *Rozdělovacích středisek* a jejich pracovního prostředí byla bez výjimky zaručena; neexistují žádné zprávy o jakémkoliv vážném incidentu.

Účastníci, kteří souhlasili se svým zařazením do léčebné studie, byli do značné míry podobni těm, kteří se tak zachovali v roce 1994; to znovu prokazuje, že i z cílové skupiny závislých, trpících dlouhodobou heroinovou závislostí, je možné pacienty vyjmout.

Rozdělovací a léčebná střediska byla uspokojivě schopna integrovat pacienty do svých terapeutických programů na více než dvanáct měsíců. Výstupní koeficient (dropout rate), jenž je 11 %, zůstává významně nižší, než tomu je u jiných metod léčení; je třeba dále zjistit, jak úspěšná bude léčba těch 17 % z výstupního koeficientu, kteří přešli na jiné formy léčení (především methadon). Ačkoliv došlo k několika úmrtím – zejména ve vztahu k již dříve existujícím infekčním nemocím (AIDS) a izolovaným případům sebevražd –, úmrtnost zůstala pod úrovní, známou z jiných výzkumů závislých na heroinu.

Během prvních dvanácti měsíců, po něž byli účastníci součástí léčebného programu, byla stabilizována všechna zlepšení zdravotní a sociální situace účastníků a mohla být dále rozvíjena; dosud nebyla zaznamenána žádná sekundární „nedbalost“. Zejména je třeba zdůraznit, že se významně snížila delikvence.

Ocitujme z druhé *Předběžné zprávy* (15) několik dalších údajů:

Účastníci musí platit zvýšený poplatek za jeden den léčeni (15 švýcarských franků místo 10).

Nadále byla věnována velká pozornost bezpečnostním otázkám. Dosud nedošlo k žádnému fatálnímu incidentu, k žádným masivním výhrůžkám personálu, nenastaly žádné významné problémy v okolí center.

V květnu 1996 navštívila několik *Rozdělovacích a léčebných středisek* a výzkumný tým mezinárodní skupina expertů, pověřená Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Byl jim poskytnut zevrubný výklad programu a výtisk důvěrné zprávy. Návštěva byla obecně hodnocena kladně, a to jak co do terapeutických a praktických hledisek, tak co do vědeckého přístupu. Bylo navrženo několik vylepšení, která byla v nejvyšší možné míře zavedena.

Změny v sociálním chování a fyzickém stavu účastníků během prvního roku léčení (v závorkách stav před vstupem do programu):

Denní ilegální konzumace heroínu: 3 % (86 %)

Denní ilegální konzumace kokainu: 7 % (31 %)

Denní konzumace benzodiazepinů: 14 % (20 %)

Uspokojivé, stálé bydlení: 70 % (64 %)

Hlavní nebo vedlejší pracovní poměr bez kontaktu s drogovou scénou: 50 % (16 %)

Bez zaměstnání, s častými kontakty s drogovou scénou: 36 % (35 %)

Pravidelný kontakt se zneužívatelem drog: 15 % (41 %)

Významná zadluženost: 70 % (85 %)

Finanční podpora, soukromá a/nebo veřejná sociální síť: 79 % (76 %)

Ilegální příjem (založeno jen na údajích účastníků*): 14 %
(70 %)

„Poloilegální“ příjem (založeno jen na údajích účastníků*):
7 % (46 %)

Velmi špatný fyzický stav: 10 % (27 %)

Velmi špatný duševní stav: 18 % (48 %)

Údaje účastníků o delikvenci a kontaktech s drogovou scénou byly ověřeny podle policejních záznamů a výsledky tohoto ověření budou zveřejněny v závěrečné studii, která má být vypracována na přelomu července a srpna 1997.*

Ještě jeden údaj, získaný z *PROVE*, je mimořádně zajímavý: Vedoucí programů našli jen mizivou podporu pro rozšířenou domněnku, že touha závislých po heroinu je neukojitelná. Když jim byla nabídnuta prakticky neomezená množství heroinu (až 300 miligramů čisté drogy třikrát denně), závislí brzy zjistili, že jim maximální dávky poskytují méně „flashe“** než nižší dávky, a následně si své dávky sami snížili.

* Na podkladě Souhrnu závěrečné zprávy (*Summary of the Synthesis Report*) vedoucího experimentu prof. Ambrose Uchtenhagena (a Felixe Gutzwillera a Aniji Dobler-Mikola) z července 1997 lze dodat, že údaje účastníků byly ověřeny podle policejních záznamů a byla konstatována jejich spolehlivost. Závěrečná zpráva bude v plném znění zveřejněna v září 1997.

** flash – též „rauš“, v argotu závislých stav slastného obluzení, následující těsně po aplikaci dávky

6. Krátký exkurs do drogové historie

Problém drog (tedy pro potřeby tohoto materiálu látek ovlivňujících psychiku) je starý jako lidstvo samo. Odkazy na drogy nacházíme ve Starém zákoně i starších náboženských textech, drogy byly (a zůstávají) součástí všech kultů a náboženství, a to včetně toho, které tvoří základní kámen euroamerické civilizace: křesťanství. Požívání vína při eucharistii není ničím jiným než požíváním psychotropní (nebo chcete-li opojné) látky, obdobou požívání kaktusů, praktikovaného americkými indiány, nebo kouření konopí v Indii. Drogy, ať už legální či nelegální, se od počátků věků užívají coby „sociální mazadlo“(6) a od počátků věků též způsobují problémy.

5000 let př. Kr.: Sumeřané užívají opium (dokládá se skuteností, že pro něj měli ideogram, který zní HUL a překládá se jako „radost“ nebo „veselí“. [Alfred R. Lindesmith, *Addiction and Opiates*. str. 207])

3500 př. Kr.: Nejranější historické záznamy o výrobě alkoholu (popis pivovaru v egyptském papyru). [Joel Fort, *The Pleasure Seekers*, str. 14]

3000 př. Kr.: Předpokládaný počátek užívání čaje v Číně.

2500 př. Kr.: Nejranější historický doklad požívání makových semínek mezi obyvateli, usídlenými v Jezerní oblasti dnešního Švýcarska. [Ashley Montagu, *The long search*

for euphoria, *Reflections*, 1:62–69 (May–June), 1966; str. 66]

2000 př. Kr.: Nejranější příklad prohibicionistické výuky (egyptský kněz napsal svému uční: „Já, představený tvůj, tobě zapovídám chodit do taveren. Neb jsi pak jak zvíře.“). [W. F. Crafts *et al.*, *Intoxicating Drinks and Drugs*, str. 5]

350 př. Kr.: Přísloví, 31:6–7: „Dej silný nápoj tomu, kdož hyne, a víno tomu, kdož v hořkém zoufalství; nech je pít a zapomeň na jejich strážě, a nevzpomínej jejich ubohosti.“

300 př. Kr.: Theophrastus (371–287 př. Kr.), řecký přírodovědec a filozof, zmiňuje ještě ranější odkaz na požívání makové šťávy.

250 př. Kr.: Žalmy, 104:14–15: „Nechť ten, díky jemuž tráva roste dobytku a rostliny člověku, kterýž je pěstuje, nechť On dá krmiti ze země a víno k potěše.“

350 našeho letopočtu.: Nejranější zmínka o čaji (v čínském slovníku).

4. století n.l.: Sv. Jan Chrysostom (345–407), biskup Konstantinopole: „Slyším, jak lidé vykřikují: ‚Kéž by nebylo víno!‘ Ó bláhovosti! O bláznovství! Copak víno způsobuje toto zneužívání? Ne, neboť to je, jako když řeknete: ‚Kéž by nebylo žádné světlo!‘ kvůli špiclům, a kvůli cizo-

ložství: ‚Kéž by nebyly ženy.‘ “ [Citováno v: Berton Roueche, *The Neutral Spirit*, str. 150–151]

450: Babylónský Talmud: „Vino je v čele všeho léčení; kde chybí vino, je třeba léků.“ [citováno v: Burton Stevenson (Ed.), *The Macmillan Book of Proverbs*, str.21]

kolem 1000: V Číně a na Dálném východě je široce užíváno opium. [Alfred A. Lindensmith, *The Addict and the Law*, str. 194]

14. století: Sv. Kateřina Sienská (1347–1380) píše: „Opíjejte se krví Kristovou, opíjejte se tak, až se tím opilstvím sami zničíte“. (citováno v: Martin C. Putna; *Svatá Kateřina Sienská: „Přeji si vás vidět lepšího“*; Lidové noviny 19. dubna 1997, Národní II)

1493: Kolumbus a jeho posádka představují Evropě po návratu z Ameriky tabák.

kolem 1500: Podle J. D. Rollestona, briského historika lékařství, se středověké léčení opilství v Rusku skládalo z „kusu vepřového, na devět dní tajně vloženého do postele Žida; ten byl pak v prášku podán pijanovi, jenž se odvrátil od pití jako Žid od vepřového“ [citováno v: Roueche, op. cit. str. 144]

kolem 1525: Paracelsus (1490–1541) zavádí do praktického lékařství laudanum – tinkturu z opia.

16. století: V Egyptě po zákazu pražení a pití kávy prudce stoupá její spotřeba.

1600: Shakespeare: „Falstaffe. . . . Kdybych měl tisíce synů / Prvním lidským, co bych je naučil / by byla střídmost a návyk na měch (If I had a thousand sons the / first human principle I would teach them should / be, to foreswear thin portion and to addict themselves to sack.“) [„Sack“ je obsolentním označením pro sladké víno typu sherry]. [William Shakespeare, *Second Part of King Henry the Forth*, Akt IV, scéna III, verše 133–136]

17. století: Princ miniaturního státu Waldeck platí deset tolarů každému, kdo oznámí pijana kávy. [Griffith Edwards, Psychoactive substances, *The Listener*, March 23, 1972, str. 360–363; str.361]

17. století: Ruský car Michal Fjodorovič trestá každého, u koho se najde tabák. „Car Alexej Michajlovič nařizuje, aby každý, kdo bude přichycen s tabákem, byl mučen, dokud nevyzradí jméno toho, od koho tabák má.“ [tamtéž]

1613: John Rolf, manžel indiánské princezny Pocahontas, vysílá z Jamestownu do Anglie první loď s virginským tabákem.

kolem 1650: V Bavorsku, Sasku a Curychu je zakázáno užívání tabáku, prohibice je ale neefektivní. Osmanský sultán Murad IV. nařizuje za kouření tabáku trest smrti: “Kamkoliv se sultán vydal na cesty nebo na vojenskou

výpravu, jeho zastávky byly vždy rozpoznatelné podle strašlivého nárůstu poprav. Dokonce i přes to, že když i na bitevním poli, přistihl-li překvapené muže při kouření, trestal je stětím, pověšením, čtvrcením či drčením rukou a pálením... přes to přese všechno vášeň pro kouření přetrvala.“ [Edward M. Brecher et al., *Licit and Illicit Drugs*, str. 212]

1680: Thomas Syndenham (1625–80): „Mezi léky, které se Bohu Všemohoucímu zachtělo dát člověku, aby mu ulevil od utrpení, není žádný tak univerzální a účinný jako opium.“ [citováno v: Louis Goodman and Alfred Gilman, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, First Edition (1941), str. 186]

1690: V Anglii je vydán „Zákon pro podporu destilace brandy a alkoholů z obilí (The Act for the Encouraging of the Distillation of Brandy and Spirits from Corn)“. [Rou-eche, op. cit. str. 27]

1691: V německém Lunebergu je trestem za kouření (tabáku) smrt.

1717: V Middlesexu (Anglie) jsou licence k výrobě alkoholu vydávány jen těm, „kdož složí přísahu poslušnosti a víry v královu nadřazenost nad církví“. [G. E. G. Catlin, *Liquor Control*, str. 14]

1736: V Anglii je přijat „Zákon o ginu“ se záměrem, aby se výroba alkoholu „stala tak drahou, aby chudí konzumenti

nebyli s to propadnout jejich nemírnému užívání“. Výsledkem této snahy se stalo obecné porušování zákona; zákonu se nepodařilo zastavit ani setrvalý nárůst užívání legálně vyráběné a prodávané lihoviny. [tamtéž, str. 15]

1745: Magistráty jedné z londýnských částí vyžadují, aby „hostinští a kupci s vínem přísahali, že proklínají doktrínu transubstanciací“. [tamtéž, str. 14]

1762: Thomas Dover, anglický lékař, zavádí předepisování „diaforetického* prášku“, který doporučuje především při léčení dny. Tento lék, brzy pojmenovaný „doverský pudr“, se na příštích 150 let stává nejmasověji užívaným opiovým přípravkem.

1785: Benjamin Rush zveřejňuje svůj „Výzkum účinků ardenského truňku na lidské tělo a mysl“; v něm nazývá nemírné užívání destilovaných lihovin „nemocí“ a odhaduje roční počet úmrtí kvůli alkoholu ve Spojených státech na „ne méně než 4000“. Tehdy v USA žilo šest milionů lidí. [citováno v: S. S. Rosenberg (Ed.), *Alcohol and Health*, str. 26]

1789: V connecticutském Litchfieldu se formuje první protialkoholické hnutí. [Crafts et. al., op. cit., str. 9]

1790: Benjamin Rush přesvědčuje své kolegy na lékařské fakultě ve Philadelphii (Philadelphia College of Physicians), aby poslali Kongresu výzvu k „uvalení tak těžkých

* pocení povzbuzujícího;

daní na všechny destilované alkoholy, aby potlačily jejich nemírné užívání v zemi.“ [citováno tamtéž]

1792: V Číně je vyhlášen první prohibiční zákon proti opiu. Za držení opia je trest uškrcením.

1792: V západní Pensylvánii propuká „Whiskyové povstání“ – protest farmářů proti federální dani na lihoviny – a je potlačeno vojenskou přesilou, vyslanou Georgem Washingtonem. Samuel Taylor Coleridge píše pod vlivem opia „Kublaj chána“.

1800: Napoleonova armáda po návratu z Egypta přináší do Francie cannabis (hašiš a marihuanu). Pařížští avantgardní umělci a spisovatelé si vyvíjejí vlastní kanabisové obřady, vedoucí v roce 1844 k založení „Klubu hašišinů (Le Club de Haschischins)“. [William A. Emboden, Jr., *Ritual Use of Cannabis Sativa L.: A historical-ethnographic survey*, in Peter T. Furst (Ed.), *Flesh of the Gods*, str. 214–236; str. 227–228]

1801: Na Jeffersenovo doporučení byla zrušena federální daň na lihoviny. [Catlin, op. cit., str. 113]

19. století: Britští lékaři líčí čaj jako „smrtný jed“. [Dr. Paul D. Miller: *Drugs of Abuse and Addiction*, podle RCPSych, 1989]

1804: Edinburhský lékař Thomas Trotter, vydává „Lékařský, filozofický a chemický esej o opilství a jeho účincích na lidské tělo“: „Přísně vzato, považuji opilství lékařským jazykem řečeno za nemoc, způsobenou vzdálenou příčinou a vyvolávající v lidském těle děje a pohyby, které ničí zdraví. Návyk pijanství je nemocí myslí.“ [citováno v: Roueche, op. cit. str. 87–88]

1805: Německý chemik Friedrich Wilhelm Adam Serturner izoloval a popsal morfium.

1822: Je vydána „Zpověď anglického jedlíka opia (Confessions of an English Opium Eater)“ Thomase De Quinceyho. Autor poznamenává, že návyku na opiu se je třeba – tak, jako jiným návykům – naučit: „Když si vyhradím jistou toleranci pro tělesné rozdílly, mohu říci, že ‘za 120 dní’ se nedá v žádném případě vypěstovat tak silný návyk na požívání opia, aby jeho zřeknutí se, a to i náhlé, vyžadovalo nějak zvlášť silné sebeovládání. V sobotu jste jedlík opia, a v neděli už ne.“ [Thomas De Quincey, *Confessions of an English Opium Eater* (1822), str. 143]

1826: V Bostonu je založena Americká společnost pro podporu střízlivosti (The American Society for the Promotion of Temperance). V roce 1833 již existuje 6000 odboček s více než milionem členů.

1839–42: První opiová válka. Britové ovládají čínský trh s opiem – obchod, který Číňané prohlásili za nezákonný. [Montagu, op. cit. str. 67]

1840: Anglický kněz Benjamin Parsons prohlašuje: "...alkohol vysoko vyniká nade všemi zhoubami... Nikdy jsem nepoznal šílence, jenž by neměl zvyk pít každý den dávku alkoholu." Pak Parsons vyjmenovává dvaatřicet rozličných chorob, jež mají být způsobeny alkoholem – mezi nimi zánět mozkových blan, krtice, mánii, vodnatelnost, zánět ledvin a dnu. [citováno v: Roueche, op. cit. str. 87–88]

1841: Dr. Jacques Joseph Moreau používá v Bicetre pro léčení duševně chorých pacientů hašiš.

1842 Abraham Lincoln: „Podle mého soudu ti z nás, kteří se nestali oběťmi, byli ušetřeni spíše pro nedostatek apetitu než pro jakousi duševní nebo morální nadřazenost nad těmi, kteří ušetřeni nebyli. Vpravdě, věřím, že vezmeme-li pravidelné pijáky jako druh, jejich hlavy a srdce budou výše než hlavy a srdce kteréhokoliv jiného druhu.“ [Abraham Lincoln, *Temperance address*, in Roy P. Basler Ed.; *The Collected Works of Abraham Lincoln*, Vol. 1, str. 258]

1844: Byl izolován čistý kokain.

1845: Ve stát New York je zaveden zákon, zakazující veřejný prodej lihovin. V roce 1847 byl odvolán.

1847: Založena Americká lékařská společnost (The American Medical Association).

1852: Susan B. Anthony zakládá v New Yorku Státní společnost žen pro střízlivost (Women's State Temperance Society of New York), první takovou organizaci zformovanou ženami. Vroucnými prohibicionistkami byly také mnohé z raných feministek – např. Elizabeth Cady Stantonová, Lucretia Mottová a Abby Kellyová. [Andrew Sinclair, *Era of Excess*, str. 92]

1852: Založena Americká farmaceutická společnost (The American Pharmaceutical Association). Zakládací listina společnosti z roku 1856 uvádí jako jeden ze svých cílů: „Co možná nejvíce omezit rozdělování a prodej léků na patřičně vyškolené drogisty a lékárníky.“ [Citováno v: David Musto, *The American Disease*, str. 258]

1856: Druhá opiová válka. Britové s francouzskou pomocí rozšiřují svůj vliv na distribuci opia v Číně.

1862: Vnitřní důchodový zákon (Internal Revenue Act) uvaluje na maloobchodníky s alkoholem jednorázový dvacetidolarový licenční poplatek, na každý barel (159 litrů) piva jeden dolar a na galon (4,543 litru) lihoviny dvacet centů. [Sinclare, op. cit. str. 152]

1864: Devětadvacetiletý asistent Friedricha Augusta Kekuleho (objevitele molekulární struktury benzenu) Adolf von Baeyer syntetizoval v Ghentu kyselinu barbiturátovou – první barbiturát.

1868: Dr. George Wood, profesor teoretické a praktické medicíny na University of Pennsylvania, prezident Americké filozofické společnosti a autor nejdůležitější soudobé americké učebnice „Pojednání o terapii“, popisuje farmakologický efekt opia následovně: „V hlavě vzniká vjem plnosti, brzy následovaný všeobecným pocitem rozkošného uvolnění a klidu s pozdvižením celé morální a intelektuální povahy, kteréžto, myslím, jest nejtypičtějším z účinků... Zdá se, že dočasně vytváří lepšího a většího člověka... Halucinace, delirické představy alkoholové intoxikace, obecně chybí. Spolu s tímto emočním a intelektuálním vzestupem zvyšuje se i svalová energie a schopnost k činům, a potlačování únavy jest snazším. [Citováno v Musto, op. cit. str. 71–72]

1869: Založena Prohibiční strana (The Prohibition Party). Dvojnásobně neúspěšný abolicionistický prezidentský kandidát Gerrit Smith – přítel Johna Browna a fanatický prohibicionista – prohlašuje: „Naši nedobrovolní otroci jsou osvobozeni, milion dobrovolných otroků ale stále chřestí řetězy. Osud doslovného otroka, kterého zotročili jiní, je vpravdě zlý; je nicméně rájem proti osudu toho, kdo sám sebe uvrhl do otroctví alkoholu.“ [Citováno v: Sinclair, op. cit. str. 83–84]

1870: Velká Británie vydává Zákon o léčích (*Pharmaceutical Act*), omezující dostupnost léků na licensované lékárníky.

1874: V Clevelandu je založena Ženská křesťanská jednota za střízlivost (The Woman's Christian Temperance Uni-

on, WCTU). V roce 1883 vůdkyně WCTU Frances Willardová ustavuje Světovou ženskou křesťanskou jednotu za střízlivost.

1875: Ve 27 státech USA je vyhlášen zákaz kouření opia, následován sedminásobným vzrůstem spotřeby.

1882: Ve Spojených státech i jinde ve světě zákon ukládá veřejným školám „vzdělávání ke střízlivosti (*temperance education*)“. V roce 1886 ustavuje Kongres takové vzdělání povinným v Districtu of Columbia a na územních, vojenských a námořních školách. V roce 1900 mají tento zákon už všechny americké státy. [Crafts et. al., op. cit. str. 72]

1882: Je založena Americká liga za osobní svobodu (*The Personal Liberty League of the United States*), aby vzdorovala vzrůstajícímu vlivu hnutí za nucenou abstinenci od alkoholu. [Catlin, op. cit. str. 114]

1883: Německý armádní psychiatr dr. Theodor Aschenbrandt si zajišťuje od farmaceutické firmy Merck dodávky čistého kokainu; podává jej bavorským vojákům při manévrech a publikuje zprávu o jeho prospěšném účinku: schopnosti vojáků vzdorovat únavě. [Brecher et. al. op. cit. str. 272]

1884: Sigmund Freud léčí svou depresi kokainem a píše o pocitu „rozjaření a vytrvalé euforie, která se nijak neliší od běžné euforie zdravé osoby... Zažíváte zvýšenou se-

bekontrolu a vládnete větší vitalitou a schopností pracovat... Jinými slovy, jste prostě normálnější, a brzy jste jen těžko s to věřit, že jste pod vlivem drogy“. [citováno v Ernest Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, Vol. 1, str. 82]

1884: Zákony nařizují protialkoholní vyučování ve státě New York. Následujícího roku se podobně zachovává Pensylvánie, vzápětí další.

1885: Zpráva britské Královské komise o otázkách opia dochází k závěru, že opium je spíše obdobou západních lihovin než látkou, jíž je třeba se obávat a opovrhovat jí. [citováno v: Musto, op. cit. str. 29]

1889: V marylandském Baltimoru se otevírá nemocnice The John Hopkins Hospital. Jeden z jejích zakladatelů, dr. William Stewart Halsted, je závislý na morfiu. Morfium bere ve velkých dávkách po celou dobu fenomenálně úspěšné profesionální kariéry až do své smrti v roce 1922.

1894: Je zveřejněna Zpráva Komise o otázkách indické konopné drogy (The Report of the Indian Hemp Drug Commission) o třech tisících stran. Toto šetření, uložené a financované britskou vládou, dospělo k závěru: „Neexistuje důkaz jakékoliv váhy o mentálních či morálních škodách, které by byly způsobeny umírněným užíváním těchto drog... Umírněnost v konopí nevede k excesům o nic více než alkohol. Pravidelné, mírné užívání ganji či bhangu ma za následek tentýž výsledek, jako střídme

a pravidelné dávky whiskey.“ Návrh komise, aby byl bhang zdaněn, nebyl nikdy přijat; zčásti nejspíše proto, že jeden ze členů komise, který byl Ind, varoval před skutečností, že muslimský zákon a hinduistický obyčej zakazuje „zdaňovat cokoli, co dává potěšení chudým“. [citováno v: Norman Taylor, *The pleasant assassin: The story of marihuana*, v: David Solomon (Ed.) *The Marijuana Papers*, str. 31–47, str. 41]

1894: Norman Kerr, anglický lékař a prezident Britské společnosti pro výzkum alkoholismu (British Society for the Study of Inebriety), prohlašuje: „Opilství se obecně přijímalo... jako charakterová vada, nebo zločin... [Ale] nyní tu je shoda inteligentních názorů, že navyklá a periodická opilost je často spíše příznakem nebo následkem nemoci... Oběť už nemůže [alkoholu] vzdorovat o nic více, než člověk se zimnicí může vzdorovat třasu.“ [citováno v: Roueche, op. cit., str. 107–108]

1898: V Německu je syntetizován diacetylmorphin (heroin). Po celém světě je veleben coby „bezpečný přípravek, prostý vlastností navozujících závislost“. [Montagu, op. cit. str. 68]

1900: Ve svém svolání k Ekumenické misionářské konferenci prohlašuje reverend Wilbur F. Crafts: „Neproběhla žádná křesťanská oslava završení devatenáctého století. Existuje snad nějaká lepší než všeobecné přijetí – ve formě oddělených a společných akcí velkých národů světa – nové politiky civilizace, jejímž vůdcem je Velká Británie,

politiky prohibice pro domorodé rasy, právě tak v zájmu obchodu jako svědomí; neboť lihoviny, putující mezi dětskými národy ještě více než v civilizovaných zemích, ještě zřejměji poškozují všechn ostatní obchod tím, že způsobují bídu, nemoci a smrt. Nahlíženo hlouběji, je naším cílem vytvořit příznivější prostředí pro dětské rasy, jež jsou civilizované národy povinny zcivilizovat a pokřesťanštit.“ [citováno v: Crafts, et. al., op. cit., str. 14]

1900: James R. L. Daly v „Bostonském časopise lékařů a chirurgů (Boston Medical and Surgical Journal)“ prohlašuje: „[Heroin] má oproti morfinu mnoho výhod... Nemá hypnotické účinky, a neexistuje nebezpečí osvojení si návyku...“ [citováno v: Henry H. Lennard et. al. Methadone treatment (letters), *Science*, 179:1078–1079 (březen 1906), 1973; str. 1079]

1901: Senát přijímá usnesení, navržené Henrym Cabotem Lodgeem, jež zakazuje americkým obchodníkům s opiem a alkoholem „prodávat domorodým kmenům a necivilizovaným rasám“. Tato opatření byla později rozšířena tak, aby zahrnovala „necivilizované elementy v Americe samotné a na jejích teritoriích, jako jsou indiáni, Aljaščani, obyvatelé Havaje, železniční dělníci a imigranti ve vstupních přístavech“. [Sinclar, op. cit. str. 33]

1902: Komise pro zjišťování drogových závislostí Americké farmaceutické asociace prohlašuje: „Pokud se Číňan nedokáže obejít beze své ‚drogy‘, my se dokážeme obejít bez něj.“ [citováno tamtéž, str. 17]

1902: George E. Petty v „Alabamském lékařském časopise (Alabama Medical Journal)“ poznamenává: “Mnoho článků, které se během posledních dvou let objevují v lékařské literatuře, vychvaluje tento nový prostředek... Zvážíme-li, že heroin je derivátem morfinu... nezdá se doloženo, že by takové tvrzení mělo dobrý podklad. Je nedobré, že takové tvrzení může někoho svést, a že mezi zástupci našeho povolání jsou takoví, kteří je potvrzují a opakují, aniž by je podrobili těm nejprísnejším testům, ale prostě jako fakt.“ [citováno v: Lennard et. al., op. cit. str. 1079]

1903: Je změněno složení coca-coly. Kofein, který nahradil kokain, je její součástí podnes. [Musto, op. cit. str. 43]

1904: Charles Lyman, prezident Mezinárodního úřadu pro reformu (International Reform Bureau), zasílá prezidentu Spojených států petici, v níž jej žádá „přimět Velkou Británii zbavit Čínu nuceného obchodování s opiem. Není třeba podrobně připomínat, že Čína zakazovala prodej opia pro jiné než lékařské účely až do doby, kdy jí byl v roce 1840 Opiovou válkou tento obchod nucen...“ [citováno v Crafts et al., op. cit. str. 230]

1905: Senátor Henry W. Blair v dopise reverendu Wilburu F. Craftsovi, superintendentovi Mezinárodního úřadu pro reformu: „Hnutí za střídmost musí zahrnovat všechny jedovaté látky, které vzbuzují nepřirozené choutky, a cílem budiž mezinárodní prohibice.“ [citováno tamtéž.]

- 1906:** Přijat první Zákon o čistých potravinách a drogách (Pure Food and Drug Act); do tohoto okamžiku bylo možné v obchodech nebo poštou kupovat jako léky morfin, kokain nebo heroin, aniž by byly označeny.
- 1906:** „Squibb’s Materia Medical (Squibbův seznam léčiv)“ uvádí heroin jako „velmi cenný lék... je užíván i jako náhrada morfinu v boji s morfiiovým návykem.“ [citováno v: Lennard et al., op. cit. str. 1079]
- 1909:** Spojené státy proklamativně zakazují federálním zákonem zavlečení nákazy kouření opia. [Lawrence Kolb, *Drug Addiction*, str. 145–146]
- 1910:** Dr. Hamilton Wright, jehož někteří považují za „otce amerických protidrogových zákonů“, uvádí, že američtí podnikatelé „dávají svým černošským zaměstnancům kokain, aby ti pro ně lépe pracovali“. [Musto, op. cit. str. 180]
- 1912:** Dopisovatel časopisu „Century“ prohlašuje: „Vztah tabáku, a to zvláště ve formě cigaret, a alkoholu a opia je velmi těsný... Morfin je zákonitým důsledkem alkoholu, a alkohol je zákonitým důsledkem tabáku... Cigarety, pití, opium – to je logické a obvyklé pořadí.“ A lékař připojuje: „[Není] energie ničivější pro duši, mysl a tělo, ani větší rozvraceč dobré morálky než cigarety. Boj proti cigaretě je bojem za civilizaci.“ [Sinclar, op. cit., str. 180]

1912: V Haagu se schází první Mezinárodní konference o opiu a doporučuje pro mezinárodní obchod s opiem různé normy. Další konference o opiu se konají v letech 1913 a 1914.

1912: Do léčby je pod jménem Luminal zaveden fenobarbital.

1913: Je přijat Šestnáctý dodatek (americké Ústavy), zakládající zákonné oprávnění pro federální daň. Během let 1870–1915 zajišťovala daň z lihovin dvě třetiny veškerého federálního důchodu Spojených států, a na přelomu století dosahovala ročního výnosu 200 milionů dolarů. Šestnáctý dodatek umožnil přijetí Osmnáctého dodatku o sedm let později.

1914: Dr. Edward H. Williams cituje dr. Christophera Kochse: „Většina útoků na bílé ženy, které se odehrávají na jihu, je přímým důsledkem černošských mozků, zblblých kokainem.“ Dr. Williams vyvozuje, že „...černošští kokainoví zloduší jsou nyní prokletím Jihu“. [New York Times, 8. února 1914]

1914: Je přijat Harrisonův zákon o narkotikách (The Harrison Narcotic Act), upravující prodej opia, opiových derivátů a kokainu.

1914: Alabamský kongresman Richard P. Hobson prohlašuje při naléhání na přijetí prohibičního dodatku Ústavy: „Lihoviny dělají z negra vlastně hovado, nutí jej páchat

nepřirozené zločiny. Účinek na bílého je stejný, protože je ale běloch vyvinutější, sestup na tutéž úroveň mu trvá déle.“ Černošští vůdci se připojují k tažení proti alkoholu. [tamtéž., str. 29]

1916: „Pharmacopoeia Spojených států“ vyjímá whisky a brandy ze svého seznamu léků. O čtyři roky později začínají američtí lékaři předepisovat tyto „léky“ v množstvích, která nemají do té doby obdobu.

1917: Prezident Americké lékařské společnosti (American Medical Association) schvaluje celonárodní prohibici. Sbor delegátů Společnosti (The House of Delegates of the Association) přijímá usnesení, jež zní: „Přijato; Americká lékařská společnost je proti užívání alkoholu coby nápoje; a nechť je dále: Přijato, že od užívání alkoholu jako terapeutického prostředku bude odrazováno.“ Do roku 1928 vydělávali lékaři předepisováním whisky přibližně 40 milionů dolarů ročně [tamtéž. str. 61]

1917: Americká lékařská společnost přijímá usnesení, že „sexuální zdrženlivost je slučitelná se zdravím a je nejlepší prevencí pohlavních infekcí“, a že jednou z nejlepších metod omezení syfilidy je omezení alkoholu.

1917: Tajemník Námořnictva Spojených států Josephus Daniels zakazuje další rozdělování prostředků proti početí, doposud rozdáváných námořníkům při krátkých vyloděních v přístavech, a Kongres přijímá zákony, zavádějící „suché a mravné oblasti“ kolem vojenských táborů.

„Mnozí majitelé barů jsou pokutováni za prodej lihovin uniformovaným mužům. Jen na Coney Islandu mohou vojáci a námořníci přijmout milosrdnou anonymitu koupacích obleků a popíjet bez obtěžování kolemjdoucích vlastenců.“ [tamtéž, str. 117–118]

1918: Liga proti výčepům (The Anti-Saloon League) prohlašuje „obchod s lihovinami“ za „neamerický, proněmecký, vzbuzující zločin, ničící mládež a domovy [a] zrádný“. [citováno tamtéž, str. 121]

1919: K Americké ústavě je připojen Osmnáctý (Prohibiční) dodatek. Odvolán je v roce 1933. V témže roce se snižuje násilný zločin o dvě třetiny a nedosahuje úrovně z roku 1933 až do II. světové války.

1920: Americké ministerstvo zemědělství (U.S. Department of Agriculture) zveřejňuje výzvu, aby Američané pěstovali konopí (marihuanu), v níž uvádí, že jde o velmi ziskové podnikání. [David F. Musto, An historical perspective on legal and medical responses to substance abuse, *Villanova Law Review*, 18:808–817 (květen), 1973; str. 816]

1920–1933: Ve Spojených státech je zakázáno užívání alkoholu. Jen v roce 1932 je za „alkoholové zločiny“ uvězněno přibližně 45 000 lidí. Během prvních jedenácti let platnosti Volsteadova zákona je do Prohibičního úřadu dosazeno 17 971 osob. 11 982 odchází „bez příčiny (without prejudice)“ a 1604 je propuštěno pro korupci, vydí-

rání, krádeže, falšování záznamů, spiknutí, padělání a křivopřísežnictví. [Fort, op. cit. str. 69]

1921: Americké ministerstvo financí vydává pravidla, vymezující léčbu závislostí, dovolenou Harrisonovým zákonem. V Syrakusách ve státě New York udávají lékaři z narkotických klinik devadesátiprocentní úspěšnost v léčbě závislých. [Lindesmith, *The Addict and the Law*, str. 141]

1921: MUDr. Thomas S. Blair, ředitel Úřadu pro drogy (Bureau of Drug Control) pensylvánského ministerstva zdravotnictví, zveřejňuje v „Journal of the American Medical Association“ článek, v němž charakterizuje indiánskou peyoteovou církev jako „navyklý požitek v jistých kaktusech“, nazývá systém víry „pověrou“, ty, kteří peyote prodávají, „dodavateli drog“, a naléhá na schválení zákona, který by indiánům užívání peyoteu zakázal. „Velká obtíž při potlačování tohoto návyku mezi indiány spočívá ve skutečnosti, že komerční zájmy jsou v obchodu s peyotem silně zakořeněny, a že indiány vykořisťují... Nádavkem tu je pověřivost indiánů, kteří věří v Peyoteovou církev. Při dosavadních snahách o potlačení pyoteu se zdvihl křik, že jde o neústavní konání a o zasahování do náboženské svobody. Zdá se, že černoši na Jihu mají ‚Kokainovou církev‘!“ [Thomas S. Blair, Habit indulgence in certain cactaceous plants among the Indians, *Journal of the American Medical Association*, 76:1033–1034 (9. duben), 1921; str. 1034]

1921: Cigarety jsou ve čtrnácti státech nezákonné; ve dvaceti osmi dalších státech je přijato devadesát dva „anticigaretových zákonů“. Dívky jsou za kouření cigaret vykazovány z vysokých škol. [Brecher et al., op. cit. str. 492]

1921: Sněm Společnosti amerických lékařů (The Council of the American Medical Association) odmítá potvrdit rezoluci téže společnosti o alkoholu z roku 1917. V prvních šesti měsících po přijetí Volsteadova zákona se o licenci na předepisování a prodej lihovin hlásí více než 15 000 lékařů a 57 000 lékárníků. [Sinclair, op. cit., str. 492]

1921: MUDr. Alfred C. Prentice, člen Komise pro omamné drogy Americké lékařské společnosti, prohlašuje: „Veřejné mínění, přijímající neřest drogové závislosti, bylo úmyslně a soustavně korumpováno propagandou lékařského i laického tisku... Povrchní předsudek, že drogová závislost je ‚nemoc‘, ... byl nastolen a prosazován ve svazcích ‚literatury‘ samozvaných ‚odborníků‘.“ [Alfred C. Prentice, *The Problem of the narcotic drug addict, Journal of the American Medical Association*, 76: 1551–1556; str. 1553]

1924: Ve Spojených státech je zakázána výroba heroínu.

1925: Robert A. Schless: „Věřím, že většina dnešní drogové závislosti je přímým důsledkem Harrisonova antinarkotického zákona, jenž zakazuje prodej narkotik bez lékařského předpisu ... Závislí, kteří jsou švorc, působí jako ‚agent provocateurs‘ pro podloudné obchodníky a jsou

odměňování heroinem nebo příslibem dodávek. Harrisonův zákon vytvořil podloudné obchodníky s drogami, a ti vytvořili drogově závislé.“ [Robert A. Schless, *The drug addict*, *American Mercury*, 4:196–199 (Feb.), 1925; str. 198]

1926: Ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska vzniká komise, řízená Dr. Henry Rollestonem, která řídí zacházení s návykovými látkami (včetně alkoholu).

1928: V celostátním rozhlasovém vysílání, nazvaném „Zápas lidstva proti jeho smrtelnému nepříteli (The Struggle of Mankind Against Its Deadliest Foe)“, oslavujícím druhý Výroční týden vzdělávání o drogách, Richmond P. Hobson, křižák prohibice a protinarkotický propagandista, prohlašuje: „Řekněme, že se oznámí, že mezi lidem je na milion malomocných. Pomyslete, jaký by to způsobilo šok! A přitom je drogová závislost mnohem nevyhléditelnější než lepra, mnohem tragičtější pro své oběti, a šíří se jako morální a tělesná metla... Nyní je známo, že většina krádeží za bílého dne, drzých loupežných přepadení, krutých vražd a podobných násilných zločinů je spojena s drogově závislými, kteří tvoří primární příčinu naší alarmující kriminální vlny. Drogová závislost je sdělitelnější a méně vyléčitelná než malomocenství... Na tomto problému závisí přetrvání civilizace, osud světa a budoucnost lidské rasy.“ [citováno v: Musto, *The American Disease*, str. 191]

- 1928:** Je potvrzeno, že každý stý německý lékař je závislý na morfinu, a užívá 0,1 gramu nebo více tohoto alkaloidu denně. [Eric Hesse, *Narcotics and Drug Addiction*, str. 41]
- 1929:** Do podloudně prodáváných lihovin je rozředěn zhruba jeden galon průmyslově denaturovaného lihu. Vinou ilegálního alkoholu umírá každý rok zhruba čtyřicet Američanů z milionu, vesměs na otravu methylalkoholem (dřevitým lihem). [Sinclare, op. cit. str. 201]
- 1930:** Je založen Federální úřad pro narkotika (The Federal Bureau of Narcotics). Většina jeho agentů, včetně prvního ředitele Harry J. Anslingera, byla dříve prohibičními agenty.
- 1935:** Americká lékařská společnost přijímá usnesení, podle něhož jsou „alkoholici plnocennými pacienty“. [citováno v: Neil Kessel and Henry Walton, *Alcoholism*, str. 21]
- 1936:** Formuje se Panamerický úřad pro kávu, aby tento nápoj podporoval ve Spojených státech. Mezi léty 1938 a 1941 se konzumace kávy v USA zvýšila o 20 % – stejně jako od roku 1914 do roku 1938. [Coffee, *Encyclopedia Britannica* (1949), Vol. 5, str. 975A]
- 1937:** Krátce před Zákonem o dani z marihuany (Marijuana Tax Act) píše komisař Harry J. Anslinger: „Kolik vražd, sebevražd, zločinných napadení, přepadení, loupeží a smrtí z mánií způsobuje [marihuana] rok co rok – to se

můžeme jen dohadovat.“ [citováno v: John Kaplan, *Marijuana*, p. 92]

1937: Přijat Zákon o dani z marihuany.

1938: Od přijetí Harrisonova zákona v roce 1914 do tohoto okamžiku bylo 25 000 lékařů obžalováno ze zločinů, spojených s narkotiky, a 3 000 z nich bylo odsouzeno do káznic. [Kolb, op. cit. str. 146]

1938: Chemik z basilejských laboratoří firmy Sandoz, dr. Albert Hoffman, syntetizuje LSD. O pět let později z nepozornosti požře jeho malé množství a pozoruje na sobě účinky, o nichž podává zprávu: „Kvůli pocitu zvláštního neklidu jsem musel přerušit práci v laboratoři a odejít domů. Pociťoval jsem také lehkou závrať. Doma jsem si lehl. Upadl jsem do zvláštního, ale rozhodně ne nepříjemného stavu, vyvolaného intoxikací. Byl charakterizován výrazně zvýšenou představivostí a změněným vnímáním a uvědomováním si okolního světa. Jak jsem tak omámený ležel se zavřenýma očima, začaly ze mě tryskat rychle se měnící fantastické obrazy, jeden za druhým, plně neobyčejné a okouzující reality, s velikou hloubkou, a střídaly se s velice živou, kaleidoskopickou hrou barev. Tento stav postupně během tří hodin pomínul.“ [citováno v: Josef Rauwolf, *Kyselinka*, Reflex 23/1992, str.74]

1941: Generalissimus Čankajšek nařizuje naprosté potlačení pěstování máku; jsou přijaty zákony, podle nichž je trest smrti za pěstování této rostliny, za výrobu opia nebo

za jeho nabízení k prodeji. [Lindesmith, *The Addict and the Law*, 198]

1943: Plukovník J. M. Phalen, editor časopisu „Vojenský lékař (Military Surgeon)“, prohlašuje v editoriale, nazvaném „Marihuanový strašák (The Marijuana Bugaboo): „Kouření listů, květů a semen *Cannabis sativa* není o nic škodlivější než kouření tabáku... Lze jen doufat, že ve vojsku nezačne hon na čarodějnice kvůli problému, který vůbec neexistuje.“ [citováno tamtéž, str. 234]

1946: Podle některých odhadů je v Číně na 40 000 000 kuřáků opia. [Hesse, op. cit. str. 24]

1949: Ludwig von Mises, jeden z vůdčích duchů moderní tržní ekonomie a sociální filozof: „Opium a morfin jsou dozajista nebezpečnými drogami, vytvářejícími návyk. Ale jakmile je přijat princip, že povinností vlády je chránit jednotlivce před jeho vlastní hloupostí, nelze proti jeho dalšímu rozšiřování vznést žádnou seriózní námitku. Dobrým příkladem může být výhodnost prohibice alkoholu a nikotinu. A proč omezovat dobročinnou prozíravost vlády jen na ochranu jednotlivcova těla? Copak škody, které si člověk může způsobit na mysl a na duši, nejsou ještě ničivější než jakékoliv tělesné zlo? Proč jej neochránit před čtením špatných knih a díváním se na špatné hry, před špatnými obrazy a sochami a nasloucháním špatné hudbě? Škody napáchané zlými ideologiemi jsou pro jednotlivce i pro celou společnost dozajista mno-

hem zhoubnější než cokoliv, co mohou napáchat omamné drogy.“ [Ludwig von Mises, *Human Action*, str. 728–729]

1949: V USA je prosazen zákon o zpřísněných opatřeních pro předepisování barbiturátů. V následujících letech se spotřeba těchto sedativ zvyšuje až o 800 %.

1951: Podle odhadů Organizace spojených národů je ve světě přibližně 200 milionů uživatelů marihuany; přičemž nejvíce jich je v Indii, Egyptu, Severní Africe, Mexiku a Spojených státech [Jock Young, *The Drug Takers*, str. 11]

1951: V čínském Kantonu je veřejně spáleno dvacet tisíc liber opia, tři sta liber heroinu a nejrůznější nástroje ke kouření opia. Na jihozápadě Číny je popraveno dvacet sedm závislých na opiu. [Margulies, *China has no drug problem – why? Parade*, Oct. 15 1972, str. 22]

1954: Čtyři pětiny Francouzů, dotázaných, co si myslí o vínu, odpověděly, že „je dobré pro zdraví“, a jedna čtvrtina je měla za „nepostradatelné“. Odhaduje se, že produkce či prodej alkoholických nápojů je zdrojem veškerého příjmu nebo jeho části u jedné třetiny francouzských voličů a že obstarává pracovní příležitost pro každého pětáctýřicátého obyvatele země. [Kessel and Walton, op. cit. str. 45, 73]

1955: Prezidium německého lékařského dne (Präsidium des Deutschen Arztes) prohlašuje: „Léčení drogově zá-

vislých by mělo být prováděno na uzavřených odděleních psychiatrických léčeben. Ambulantní léčení je neúčinné a navíc v rozporu s medicínskou etikou.“ Tento názor je v roce 1962 souhlasně citován Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako reprezentant přístupu, podle něž „většina autorů doporučuje napojení na instituci“. [World Health Organization, *The Treatment of Drug Addicts*, str. 5]

1955 Íránský šáh zakazuje pěstování a užívání opia, které se v zemi praktikovalo po tisíce let; prohibice vytváří kvetoucí černý trh s opiem; v roce 1969 je prohibice zrušena, pěstování opia je pod státním dozorem znovu zavedeno a více než 110 000 osob dostává opium od lékařů a lékáren coby „registrovaní závislí“. [Henry Kamm, „They shoot opium smugglers in Iran, but . . .“ *The New York Times Magazine*, Feb. 11, 1973, str. 42–45]

1956: V USA je přijat Zákon o kontrole narkotik (The Narcotics Control Act); uzákoňuje kromě jiného trest smrti na doporučení poroty, prodal-li plnoletý heroin osobě pod osmnáct let. [Lindesmith, *The Addict and the Law*, str. 26]

1958: Deset procent orné půdy v Itálii slouží vinařství; z produkce nebo prodeje vína tam naprosto nebo zčásti žijí dva miliony lidí. [Kessel and Walton, op. cit., str.46]

1960: Zpráva Spojených států pro Komisi OSN pro narkotické drogy za rok 1960 uvádí: „K 31. prosinci 1960 bylo v USA 44 906 závislých . . .“ [Lindesmith, *The Addict and The Law*, str. 100]

1961: 10. března 1961 je ratifikována „Jednotná úmluva OSN o omamných drogách“. Mezi závazky signatářských států stojí: „Čl. 42. Známí uživatelé drog a osoby, obviněné z porušení tohoto zákona, mohou být vyšetřujícím soudcem umístěni do sanatoria... Tato pravidla pro léčení v sanatoriích se též vztahují na nepřesvědčené (rozuměj ty, kteří se nechtějí léčit) toxikomany a na nebezpečné alkoholiky. (Art. 42. Known users of drugs and persons charges with an offense under this Law may be committed by an examining magistrate to a nursing home. . . . Rules shall be also laid down for the treatment in such nursing homes of unconvicted drug addicts and dangerous alcoholics.)“ [Charles Vaille, A model law for the application of the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, *United Nations Bulletin on Narcotics*, 21:1–12 (April–June), 1961]

1961: Podle článku 36, odstavce 1 téže úmluvy se smluvní strany zavazují učinit opatření nutná k tomu, aby za trestný čin bylo považováno držení drogy bez ohledu na motiv a její určení. Autentický komentář k textu téže úmluvy uvádí, že „smluvní strany nejsou obligatorně zavázány stíhat a trestat držení drog, pokud jsou určeny pro osobní potřebu, neboť tyto případy nejsou subsumovány pod pojem závažného trestného činu“. [citováno v: *Stanovisko k poslaneckému návrhu novelizace trestního zákona (tisk 2026 MS ČR)*]

1963: Příjmy amerického tabákového průmyslu dosahují 8,08 miliardy dolarů, z nichž jsou 3,3 miliardy odvedeny

na federální a místní daně. Tiskový orgán tabákového průmyslu prohlašuje: „Tabákové produkty proudí přes prodejní přepážky rychleji než cokoliv jiného – vyjma peněz.“ [Tobacco: After publicity surge Surgeon General's Report seems to have little enduring effect, *Science*, 145:1021–1022 (Sept. 4), 1964; str. 1021]

1964: Britská lékařská společnost (British Medical Association) v memorandu ke Stálému podvýboru pro alkoholismus poradního sboru vlády (Standing Medical Advisory Committee's Special Subcommittee on Alcoholism) prohlašuje: „Domníváme se, že v některých obzvláště těžkých případech je jedinou nadějí na úspěšné vyléčení zákonem vynucené držení v nemocnicích... Věříme, že někteří alkoholici budou za nucené držení a léčení až do úspěšného závěru vděční.“ [citováno v: Kessel and Walton, op. cit. str.126]

1964: Editorial v novinách „The New York Times“ upozorňuje na skutečnost, že „vláda nadále zůstává největším reklamním agentem tabákového průmyslu. Za poslední fiskální rok vydalo ministerstvo zemědělství 16 milionů dolarů na dotace cen tabáku, a nadále vydává ještě více, protože právě získalo dotace, které dostanou pěstitelé tabáku s letošní úrodou. V téže době se program ‚Potraviny pro mír (Food for Peace)‘ zbavuje přebytku tuzemských tabákových zásob vývozem“. (Food for Peace program is getting rid of surplus stocks of tobacco abroad.) [Editorial, Bigger agricultural subsidies. . . even more for tobacco, *The New York Times*, Feb. 1, 1964, p. 22]

1966: Senátor Warren G. Magnuson zveřejňuje program, sponzorovaný americkým ministerstvem zemědělství, který má přispět ke „snaze zvýšit v zahraničí spotřebu cigaret... Ministerstvo platí v Japonsku, Thajsku a Rakousku na podporu reklam cigaret 210 000 dolarů – za zvýšení četnosti kouření cigaret v cestopisných filmech“. Mluvčí ministerstva zemědělství potvrzuje, že „tyto dva programy byly připraveny z pověření Kongresu, aby rozšířily zámořský trh pro americké zemědělské komodity“. [Edwin B. Haakinsom, Senator shocked at U.S. try to hike cigarette use abroad, *Syracuse Herald-American*, Jan. 9, 1966, str. 2]

1966: Americký Kongres přijímá Zákon o rehabilitaci závislých na narkotikách (Narcotics Addict Rehabilitation Act), zahajující program resocializace závislých na federální úrovni.

1966: C. W. Sandman, Jr., předsedající Newjerseyské komisi pro výzkum omamných drog (New Jersey Narcotic Drug Study Commission), prohlašuje, že LSD je „největším nebezpečím, které dnes hrozí zemi... větším než Vietnamská válka“. [citováno v: Brecher et al., op. cit. str. 369]

1967: Ve státě New York vstupuje v platnost „Program pro kontrolu závislosti na narkotikách (Narcotics Addiction Control Program)“. Odhaduje se, že během prvních tří let stál 400 milionů dolarů; guvernérem Rockefellerem je přivítán jako „začátek nekonečné války...“ Podle nového

zákona mohou soudci odsoudit závislé k nucené léčbě v délce až pěti let. [Murray Schumach, Plan for addicts will open today: Governor hails start, *The New York Times*, April 1, 1967]

1967: Americký tabákový průmysl vydává na propagaci kouření přibližně 250 milionů dolarů. [Editorial, It depends on you, *Health News* (New York State), 45:1 (March), 1968]

1968: Americký tabákový průmysl dosahuje hrubých příjmů 8 miliard dolarů. V témže roce Američané vykouřili 544 miliard cigaret. [Fort, op. cit. str. 21]

1968: Kanaďané si koupili přibližně 3 miliardy tablet aspirinu a přibližně 56 milionů standardních dávek amfetaminů. V Kanadě také bylo vyrobeno nebo tam dovezeno kolem 566 milionů standardních dávek barbiturátů. [Canadian Government's Commission of Inquiry, *The Non-Medical Uses of Drugs*, str. 184]

1968: Šest až sedm procent všech předpisů, vypsanych v tomto roce ve Velké Británii, zní na barbituráty; odhaduje se, že je pravidelně užívá zhruba 500 000 Britů. [Young, op. cit. str. 25]

1968: Brooklynský radní Julius S. Moskowitz vznáší obvinění, že práce Newyorské městské agentury pro práci se závislými (New York City's Addiction Services Agency) pod jejím penzionovaným šéfem dr. Efrenelem Ramiere-

zem byla „podvod“ a že „nebyl vyléčen ani jeden jediný narkoman“. [Charles G. Bennett, Addiction agency called a „fraud,“ *New York Times*, Dec. 11, 1968, p. 47]

1969: Americká produkce a cena některých medicínských přípravků: barbituráty: 800 000 liber*, 2,5 milionu dolarů; aspirin (vyjma kyseliny salicylové): 37 milionů liber, cena „neuvedena, protože ji jednotliví výrobci odmítli prozradit“; kyselina salicylová: 13 milionů liber, 13 milionů dolarů; trankvilizery (sedativa): 1,5 milionu liber, 7 milionů dolarů. [*Statistical Abstracts of the United States*, 1971 92nd Annual Edition, p. 75]

1969: Rodiče šesti tisíc studentů středních škol v Cliftonu ve státě New Jersey dostávají dopisy od Výboru pro vzdělání (Board of Education), který je žádá o svolení k prozkoumání slin jejich dětí a určení, zda neužívají marihuany. [Saliva tests asked for Jersey youths on marijuana use, *New York Times*, Apr. 11, 1969, p. 12]

1970: Dr. Albert Szent-Gyorgyi, laureát Nobelovy ceny za medicínu a fyziologii, odpovídá na otázku, co by dělal, kdyby mu dnes bylo dvacet: „Spolu se svými spolužáky bych odmítal celý svět, takový, jaký je. Je nějaký smysl ve studiu a práci? Smilnění – aspoň to za něco stojí. Co se dá jinak dělat? Smilnit a brát drogy navzdory strašné snaze všech těch idiotů, kteří vládou světu.“ [Albert Szent-Gyorgyi, in *The New York Times*, Feb. 20, 1970, citováno v Mary Breasted, *Oh! Sex Education!*, str. 359]

* libra je cca 0,453 kg

1971: Americký prezident Nixon vyhláší, že „americkým veřejným nepřítelem číslo jedna je zneužívání drog“. Ve Zprávě Kongresu prezident žádá vytvoření Speciálního výkonného úřadu pro prevenci zneužívání drog (Special Action Office of Drug Abuse Prevention). [The New Public Enemy No. 1, *Time*, June 28, 1971, str. 18]

1971: Americká vláda nutí setrvalým politickým nátlakem vládu Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku ke změně pragmatické a komparativně výrazně úspěšnější protidrogové politiky. Přesto se v Británii tento přístup daří zachovávat na bázi hrabství a velkoměstských oblastí. (6) Další nátlak vrcholil v roce 1991, Britové si zmiňovaný přístup přesto dodnes místně zachovávají pomocí různých administrativních úskoků.

1971: 30. června 1971 turecký prezident Cvedet Sunay rozhoduje, že počínaje podzimem 1972 bude v Turecku zakázáno pěstování máku a výroba opia. [Patricia M Wald et al. (Eds.), *Dealing with Drug Abuse*, str. 257]

1972: Myles J. Ambrose, zvláštní asistent vrchního státního zástupce Spojených států: „Pokud v roce 1960 Úřad pro narkotika odhadoval, že někde v našem sousedství žije na 55 000 závislých, ...nyní jeho odhad udává 560 000. [citováno v: *U.S. News and World Report*, April 3, 1972, str. 38]

1972: Úřad pro narkotika a nebezpečné drogy navrhuje omezení užívání barbiturátů na základě toho, že „jsou

nebezpečnější než heroin“. [Restrictions proposed on barbituate sales, *Syracuse Herald-Journal*, Mar 16, 1972, str. 32]

1972: Sněmovna reprezentantů přijímá poměrem 366 ku 0 rozhodnutí „vydat 1 miliardu dolarů na tři roky trvající federální útok proti zneužívání drog“. [\$1 billion voted for drug fight, *Syracuse Herald-Journal*, March 16, 1972, str. 32]

1972: V káznici v Bronxu jsou čtyřem stům vězňům z celkových sedmi set osmdesáti podávány trankvilizéry (sedativa) jako Valium, Elavil, Thorazine a Librum. „Myslím, že by jim [vězňům] bylo bez některých těch léků lépe,“ říká kpt. Robert Brown z vězeňské stráže. Dále říká, že mu tyto léky svým způsobem ztěžují práci... Mísťo aby se uklidnil, dodává, „vězeň, který se stal závislým, spíše udělá cokoliv, když to nedostane.“ [Ronald Smothers, Muslims: What's behind the violence, *The New York Times*, Dec. 26, 1972, str. 18]

1972: V Anglii je lékárenská cena heroinu 0,04 dolaru za grain (60 mg.), nebo 0,00067 dolaru za miligram. Ve Spojených státech se pouliční cena pohybuje mezi 30 a 90 dolary za grain nebo 50 centy až jedním dolarem za miligram. [Wald et al. (Eds.) op. cit. str. 28]

1973: Gallupův výzkum veřejného mínění zjišťuje, že 67 % oslovených dospělých „podporuje návrh guvernéra státu

New York Nelsona Rockefellera, aby prodejci tvrdých drog byli uvězněni na doživotí bez možnosti předčasného nebo podmíněčného propuštění. [George Gallup, *Life for pushers, Syracuse Herald-American*, Feb. 11, 1973]

1973: Michael R. Sonnenreich, výkonný ředitel Národní komise pro marihuanu a zneužívání drog (National Commission on Marijuana and Drug Abuse), prohlašuje: „Zhruba před rokem jsme vydali na veškeré federální úsilí na poli zneužívání drog dohromady 66,4 milionů dolarů... Letos jsme vydali 796,3 milionů a podle odhadů to příští rok bude miliarda. Když to děláme, stáváme se – a nemám lepší termín – průmyslovým komplexem, jehož základem je zneužívání drog.“ [Michael R. Sonnenreich, *Discussion of the Final Report of the National Commission on Marijuana and Drug Abuse, Villanova Law Review*, 18: 817–827 (May), 1973; str. 818]

1972: Probíhá operace Zadržení (Operation Intercept). Na Nixonův příkaz jsou prohlížena všechna vozidla, vracející se z Mexika. Vznikají dlouhé řady; obchodu s drogami se to – jako obyčejně – nijak nedotkne.

1977: Smíšená komise Společnosti newyorských právníků (The Joint Committee of the New York Bar Association) dochází k závěru, že přestože jsou Rockefellerovy zákony nejpřísnější v celé zemi, nijak se jim nepodařilo snížit užívání drog, zato ale zahltily soudní dvory a kriminalistický systém až k naprosté neúčinnosti.

1981: Kongres ruší Posse Comitatus Act z roku 1878, jenž zakazuje ozbrojeným silám prosazovat civilní právo, takže vojsko může napříště poskytovat k represivním účelům pozorovatelské letouny a lodě.

1984: Spojené státy zabavují na mexických farmách 10 000 liber marihuany. Zabavené množství, získané na pěti farmách v odlehlých částech státu Chihuahua, vedlo k 70 % nárůstu v odhadech, podle nichž se v USA. v roce 1982 spotřebovalo 13–14 tisíc tun drogy. Zabavené množství navíc přispělo k téměř osminásobnému zvýšení původního údaje 1300 tun, které měly být podle výpočtu amerických úřadů vypěstovány v Mexiku v roce 1983. [the San Francisco Chronicle, Saturday, November 24, 1984]

1985: Pentagon vydává na represivní účely 40 milionů dolarů. V roce 1990 Nejvyšší statistický úřad vydává zprávu, podle níž úsilí vojska nemělo na obchod s drogami žádný zjistitelný efekt.

1985: Ve čtyřech distriktech v okolí britského Liverpoolu se rozbíhá program předepisování heroinu a kokainu závislým, vedený MUDr. Johnem Marksem, šéfpsychiatrem této oblasti, jenž do té doby po celé Británii roztržitěně a nesystematické aktivity tohoto typu zavádí v daném regionu jako normu. Funguje dodnes: ke spokojenosti obyvatel, policejních i správních úředníků, lékařů a v neposlední řadě i samotných závislých. V roce 1986 o něm podává zprávu dr. Fazeyová z vídeňské úřadovny OSN. (viz kapitola 5)

1986: Tehdejší tajemník moskevského výboru KSSS Boris Jelcin prohlašuje, že moskevský školský systém je prolezlý drogovou závislostí, opilstvím a úplatkářstvím. Drogová závislost se podle něj stala takovým problémem, že v Moskvě je na 37 000 registrovaných závislých. [The San Francisco Chronicle, Sept. 22, 1986, str. 12]

1987: Ve Svazu sovětských socialistických republik je v rámci protialkoholní politiky tehdejšího generálního tajemníka KSSS Michaila Gorbačova direktivně snížena výroba alkoholu na polovinu. Vzápětí narůstá o 40 % pálení samohonky, příprava domácích vín o 300 % a 200 000 lidí je obžalováno z ilegální výroby alkoholu.

1988: 20. prosince 1988 je přijata Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami, k níž se 7. prosince 1989 připojuje tehdejší ČSSR. Čl. 3 (Trestné činy a tresty), odst. 2, zní: *S výhradou svých ústavních principů a základních zásad svého právního systému přijme každá smluvní strana taková opatření, jež mohou být potřebná k uznání za trestné činy podle vlastního právního řádu, pokud jsou vykonávány úmyslně, přechovávání, získávání nebo pěstování jakýchkoliv omamných nebo psychotropních látek pro osobní potřebu při porušení Úmluvy z roku 1961, Úmluvy z roku 1961 s doplňky nebo Úmluvy z roku 1971.* [Citováno v: *Sdělení FMZV 462/1991 Sb.*]

1990: Od roku 1987 do roku 1990 USA vydaly na „válku proti drogám“ 10 miliard dolarů; současně je zveřejněno,

že 1/3 populace nad 12 let má zkušenost s marihuanou, 22,7 % populace mezi 12 a 17 lety má zkušenost s nějakou drogou.

1991: Ve Švýcarsku vzniká vědecký tým, jenž má podrobně ve všech oblastech (lékařská, vědecká, etická a pro ochranu dat) připravit experimentální projekt podávání medicínsky vyráběného heroínu (a ve druhé fázi i kokainu) závislým. Experiment si klade za úkol zjistit zdravotní, ekonomické a společenské dopady takového přístupu. Po schválení švýcarskou vládou a Federálním sněmem je spuštěn ve dvou extenzivně se rozšiřujících stupních v roce 1994. Prozatím byly vypracovány dvě předběžné zprávy a jedna zpráva pro Světovou zdravotnickou organizaci (WHO), jež byla po prostudování experty této organizace schválena a označena za důvěrnou, tj. její zveřejnění bylo embargoováno. Závěrečná zpráva se očekává v létě 1997, už dnes je nicméně jasné, že experiment potrvá nejméně do roku 1998 včetně. (*viz kapitola 5*)

1996: Přes razantní odpor DEA* a některých federálních orgánů je ve státě Kalifornie referendem a rozhodnutím Nejvyššího soudu schváleno užívání marihuany z lékařské indikace.

* DEA (Drug Enforcement Administration) americkou vládou ustavená organizace, vybavená zvláštními pravomocemi, zahrnujícími kromě jiného i vyhlášení závazných předpisů o váze zákona bez jakýchkoliv předchozích konzultací; jedním z nejtragičtějších takových nařízení jeví se kriminalizování „nezákonného“ držení injekčních jehel a stříkaček v některých oblastech, podivuhodně korelující s nárůstem nově infikovaných HIV.

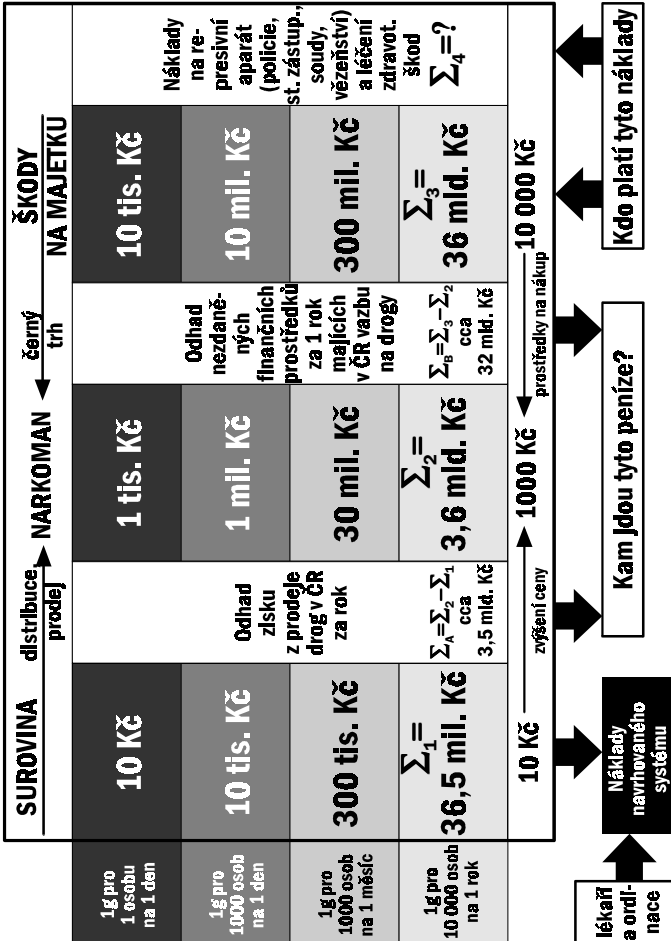
7. Odkazy

- 1.) John A. Bowersox, NIDA Notes Contributing Writer: Heroin Update: Smoking, Injecting Cause Similar Effects; Usage Patterns May be Shifting; U.S. National Institute for Drug Abuse, únor 1997
- 2.) The Future Results from the 1996 Monitoring the Future Study, released on December 19, 1996 (Lloyd Johnston, et al). U.S. National Institute for Drug Abuse, únor 1997
- 3.) A Promising Future: Alcohol and Other Drug Problem Prevention Services Improvement. CSAP Prevention Monograph 10 (1992) BK191
- 4.) National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1990 (1991) BKD67
- 5.) Mosher, J.F. and Yanagisako, K.L. "Public Health, Not Social Warfare: A Public Health Approach to Illegal Drug Policy," Journal of Public Health Policy 12(3):278–322, 1996
- 6.) Dr. John Marks, MB, ChB, MRCPsych: Accidy, Addiction and the Prohibition; ©Addiction Research, 1996. An Editorial
- 7.) Shooting Up: Crime and the Drug Laws; Nadelmann, Ethan A. "Shooting Up: Crime and the Drug Laws." New Republic Jun. 1988:16–17.
- 8.) MUDr. Vladimír Polanecký: Epidemiologie drogových závislostí, Česká republika 1996; Hygienická stanice hl.m.Prahy 1997.
- 9.) Seminář KDU–ČSL k jejich návrhu drogové legislativy ze dne 8. dubna 1997; PS Parlamentu ČR 1997.
- 10.) Dr John Marks, MB, ChB, MRCPsych: Prevention of Drug Mis-Use; Psychiatry On-Line, Volume 1, Issue 7, Paper 2.
- 11.) Vaillant /in Schneider, W. (1988) Zur Frage von aussstiegschanzen und sebstheilung bei opiatabhängigkeit. Suchtgefahre. 3. 472–490.
- 12.) Bschor F. et al (1984): Risiken und Perspektiven der Drogenabhängigkeit. Deutsche Med. Woche 109, 1101–1105.
- 13.) R. B. Hämmig: Das sog. Liverpooler Modell: Eine Einführung; StreetCorner, Zeitschrift für sociale Arbeit, 1/92, str. 3–5

- 14.) John A. Marks: Staatlich abgegebene Drogen: Eine absurde Politik? StreetCorner, Zeitschrift für sociale Arbeit, 1/92, str. 4–36
- 15.) Nadelmann, Ethan A. „Switzerland’s Heroin Experiment.“ National Review 10 Jul., 1995: 46–47.
- 16.) J. A. Marks: The North Wind and the Sun; Záznam ze zasedání Královské společnosti lékařů v Edinburghu, červenec 1991, svazek 21, č. 3
- 17.) Minutes of the 22nd Meeting of the Liverpool District Dependency Problem Team. Minute 153: 10 June 1987
- 18.) J.A. Marks: Opium – The Religion if the People; The Lancet: Point of View, June 22, 1985
- 19.) Bulletin Národní protidrogové centrály 1/97; NPDC, Praha, 1997
- 20.) Dr. C.S.J. Fazey – The Evaluation of Liverpool Drug Dependency Clinic; The First Two Years; Research, Evaluation and Data Analysis. 8, Beach Lawn, Waterloo, Liverpool L22 8QA
- 21.) Barbara H. Hermann, PhD. and Frank Vocci, PhD.: Understanding Drug Addiction In the Brain; publikováno v The Medical Prescription of Narcotics; Hogrefe & Huber Publishers 1994

Kapitola 6 vznikla z podstatné části překladem textu z internetové adresy <http://www.druglibrary.org/schaffer/history/histsum.htm>, kde je umístěna bez uvedení autora a autorských práv.

8. Příloha:



Schematický graf toku finančních prostředků, které mají přímou vazbu na nezákonné drogy při odhadovaném počtu 10 000 problémových toxikomanů a průměrné tržní ceně drogy 1000 Kč/g

RACIONÁLNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA

Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?

Vzniklo pro Poslaneckou kancelář dr. Ivana Langer (ODS),
ul. 28. října 2, Olomouc

Realizační tým:

MUDr. Libor Gronský

MUDr. Ivan Langer

MUDr. Viktor Mravčík

MUDr. Tomáš Zábranský

Obálku s použitím koláže Libora Gronského

„Sakra, není tu nějak moc koček?“ navrhla Jiřina Vaclová

Typografie a sazba DTP VOTOBIA

Vydalo nakladatelství Votobia

v Olomouci roku 1997

ISBN 80-7198-250-4

Upozornění: Na tento materiál jako celek a všechny jeho části se vztahují platná ustanovení autorského zákona. Přetištění, kopírování nebo šíření jakýmkoliv médií včetně elektronických sítí je přípustné jen s písemným svolením autora.