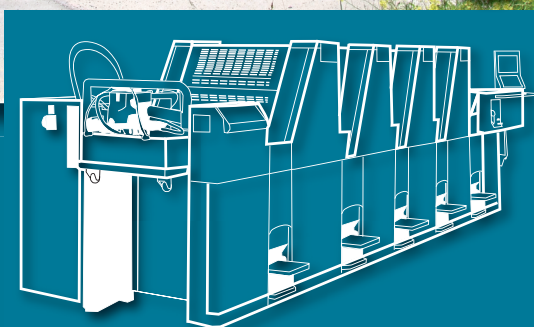




B U L L E T I N



TISKÁRNA MINISTERSTVA VNITRA

*Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o.,
Bartůňkova 4/1159
149 01 Praha 4
Tel.: 974 887 315, 348, 318, fax: 974 887 395
E-mail: zakazky@tmv.cz
www.tmv.cz*



Tiskárna Ministerstva vnitra je vybavena ofsetovou a knihtiskovou technologií, která je především zaměřena na merkantilní výrobu hospodářsko-úředních tiskovin. Je schopna zajišťovat i výrobu časopisů a publikací ve vazbě šité drátem a ve vazbě lepené. Tuhé vazby zajišťujeme kooperačně s jinými tiskárnami. Strategie naší tiskárny je založena na kvalitní polygrafické výrobě a kromě toho i na operativnosti výroby, kterou vyžadují jak naši zákazníci, tak i tisk Sbírky zákonů a ostatních státních zakázek. Postupnou modernizací rozšiřujeme výrobní kapacity v oblasti barevného tisku. Tiskárna je vybavena vlastním reprografickým studiem a moderním DTP.

**BULLETIN
NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ CENTRÁLY**

Vydavatel:

Policie České republiky
Národní protidrogová centrála
Služby kriminální policie a vyšetřování

Vedoucí redakční rady:

Miloš Vaněček
Tel.: 974 836 429

Adresa:

Policejní prezidium
České republiky
Poštovní příhrádka 62/NPC
170 89 PRAHA 7
bulletinnpc@centrum.cz

Vydává:

oddělení vydavatelství obchodního odboru
Tiskárny MV, nám. Hrdinů 1634/3, 140 00 Praha 4
tel. 974 816 485, 974 816 486
fax. 974 816 843

Tiskne:

Tiskárna MV, p. o., Bartůňkova 4,
149 01 Praha 4
tel. 272 957 001 fax 974 887 395
Vychází 4x ročně, cena 63,- Kč
Roční předplatné 252,- Kč
plus distribuční poplatky

Objednávky přijímá a vyřizuje

Tiskárna MV, p. o., obchodní úsek,
149 01 Bartůňkova 1159/4, Praha 4-Chodov
tel. 974 887 334, 335, 341
fax. 974 887 333
e-mail: pavel.komarek@tmv.cz

Distribuci vyřizuje

Jindřich MATOUŠ – distribuce tiskovin

Za věcnou správnost příspěvků ručí autoři

Přetisk povolen

pouze se souhlasem redakce

Podávání novinových zásilek
povolila Česká pošta s. p.,
Odštěpný závod Praha,
čj. 6119/96 ze dne 15. 10. 1996

Určeno pro služební potřebu Policie ČR,
obecní policie, SZ,
soudů a vybraných institucí
Povoleno MK ČR – 7834
ISSN 1211-8834

Titulní strana:
Broučci z Lišova

Grafické zpracování:
Pavel Vlasák



Co psát? Co psát, když se těžko hledají slova. Říkal jsem, již ne, již toho bylo dost. Proč musím v poslední době tak často vyplňovat černý rámeček. V květnu přišla nečekaná SMS zpráva – zemřela moje Lucka, Honza. I když je to k neuvěření, je to tak. V květnu 2007 zemřela Lucka Ptáčková.

I s odstupem doby se těžko hledají slova, a tak jsem si vybral závěr XVI. sonetu Williama Shakespeara v překladu Miroslava Macka.

*Jen když se rozdáš, dojdeš svého cíle.
Žít budeš stále ve svém krásném díle.*

*Děk za všechny z Malé policejní akademie,
dík za nás za všechny,
kteří jsme měli možnost se s Tebou potkat.*

Miloš Vaněček



OBSAH:

3. ÚČINKY KRÁTKODOBÉHO A DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ KANABINOIDŮ
CSÉMY L., Kabíček P. 2, 3, Hamanová J. 3, Hellerová P. 4
19. DROGOVÁ SCÉNA V ČESKÉ REPUBLICE PO R. 1989
PhDr. Ivana TRÁVNÍČKOVÁ, CSc. IKSP Praha
30. ZDRAVOTNÍ RIZIKA POČÍTAČOVÝCH HER A VIDEOHER
Prim. MUDr. Karel NEŠPOR, CSc. a PhDr. Ladislav CSÉMY
36. NÁVYKOVÉ LÁTKY NA HROMADNÝCH AKCÍCH
Mgr. Marek BLAŽEJOVSKÝ, NPC
42. LEGALIZACE DROG VERSUS REPRESÉ II.
Mgr. Marek BLAŽEJOVSKÝ, NPC
45. BUDOUCNOST VÝZKUMU PSYCHEDELIK
Miloš VANĚČEK, NPC
52. MALÁ POLICEJNÍ AKADEMIE POKRAČUJE
npor. Mgr. Dagmar ŽÁKOVÁ – SKPV Rum-burk, npor. Václav LACINA – OOP Varnsdorf, nprap. Mgr. Aneta ZDOBYLAKOVÁ – PIS OŘP Děčín
53. MALÁ POLICEJNÍ AKADEMIE
ŠKOLNÍ ROK 2006 – 2007
Miloš VANĚČEK, NPC
54. SLAVNOSTNÍ PŘEDÁNÍ CEN VÍTĚZNÝM PREVENTIVNÍM PROJEKTŮM
Jana MALÍKOVÁ, ředitelka odboru a tisková mluvčí, Odbor tisku a public relations MV
55. BROUČCI Z LIŠOVA
Irena Březinová, MŠ Lišov
57. MEZINÁRODNÍ POLICEJNÍ SETKÁNÍ – III. – SEMINÁŘ SBĚRATELŮ-POLICISTŮ
nprap. Martin MICHAL, Preventivně informační skupina OŘ PČR Praha IV.
59. POUŽITÍ ZBRANĚ – ŠAVLE, PŘÍSLUŠNÍKEM STRÁŽE BEZPEČNOSTI POLICEJNÍHO ŘEDITELSTVÍ V PLZNI
Tomáš HERAJT
64. KNIHOVNIČKA
Miloš VANĚČEK, NPC

ÚČINKY KRÁTKODOBÉHO A DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ KANABINOIDŮ

Psychiatrické centrum, Praha 1

ředitel prof. MUDr. C. Höschl, DrSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství UK 1. LF a VFN, Praha 2 přednosta doc. MUDr. J. Hoza, CSc.

Subkatedra dorostového lékařství IPVZ, Praha 3

ředitel MUDr. A. Malina, Ph. D., MBA

Psychiatrická klinika UK 1. LF a VFN, Praha 4

přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

Souhrn

Článek podává přehled poznatků o účincích krátkodobého a dlouhodobého užívání kanabinoidů. Epidemiologické studie potvrzují, že kanabinoidy jsou ve vyspělých zemích nejvíce užívanou ilegální psychoaktivní látkou, přičemž rozšíření užívání mezi českými dospívajícími a mladými dospělými je značné (44 % celoživotní prevalence, 23 % opakované užívání)...

Akutní účinky kanabinoidů na psychiku jsou popisovány v oblasti emocí (mírná euforie, pocity uvolnění, ale také stavy úzkosti nebo deprese) a v oblasti percepčně kognitivních funkcí (zhoršení výkonu v testech pozornosti, krátkodobé paměti, verbálního učení). Efekty dlouhodobého užívání se kromě již zmíněných poznávacích funkcí (snížená výkonnost ve zpracování informací, delší reakční časy, zhoršení verbálních a matematických dovedností) promítají i do oblasti duševního zdraví (vyšší výskyt afektivních a úzkostných poruch u osob závislých na kanabinoidech). Opakovaně se potvrdila schopnost kanabinoidů vyvolávat psychotické symptomy. Užívání kanabinoidů zvyšuje u disponovaných jedinců riziko vzniku schizofrenního onemocnění.

V somatické oblasti je akutní intoxikace doprovázena řadou příznaků, nejčastěji excitací, sníženou sebekontrolou, mydriázou, tachykardií, dysrytmií, zvýšením teploty a třesem. Intoxikace kanabinoidy ovlivňuje činnost oběhového aparátu (např. zrychlení pulzu, vazodilatace), činnost vegetativního systému (neurovegetativní dysbalance) a funkce bronchiální svaloviny. Dopady dlouhodobého užívání jsou dokumentovány v oblasti dýchacího ústrojí (zvýšení rizika karcinomu dýchacích cest), animální modely naznačují možné ovlivnění imunitních funkcí působením kanabinoidů. Není jednoznačný závěr o dopadu užívání kanabinoidů na lidskou reprodukci, nicméně jejich mutagenní působení bylo prokázáno na pokusech se zvířaty.

Pokud jde o léčebné využití kanabinoidů, nebylo prokázáno, že by nějaké nemoci léčily. Užití kanabinoidů však může mírnit příznaky některých vážných a chronických nemocí (bolest, zvracení, nechutenství, svalovou ztuhlost). Užívání psychoaktivních látek, tedy i kanabinoidů, v době dospívání je považováno za součást syndromu rizikového chování, který vede k poruchám v tomto specifickém vývojovém období. V prevenci zneužívání kanabinoidů je zdůrazněn význam individuálně zaměřené primární prevence a význam působení praktických lékařů, pediatrů a odborných dorostových lékařů.

Klíčová slova: kanabinoidy, psychické účinky, somatické účinky, dospívající, prevence, abúzus drog.

Úvod

Konopné drogy (marihuana, příp. hašiš) jsou celosvětově nejvíce užívanými ilegálními psychoaktivními látkami. Užívání těchto látek je velmi rozšířené zejména mezi dospívajícími a mladými dospělými. V posledních letech se ve společnosti dostává stále většího prostoru laickému názoru o zdravotní neškodnosti užívání marihuany. Domníváme se, že lékařům a zdravotníkům vůbec by se mělo dostat více diferencovaných a odborně podložených poznatků. Ztotožňujeme se s názory amerických pediatrů, kteří upozorňují, že užívání marihuany mezi dospívající mládeží zůstává neúnosně vysoké a je doprovázeno společenskou rezignací, navzdory skutečnosti, že se zvýšila účinnost psychoaktivní složky zneužívané látky a přibýlo nevyvratitelných poznatků o její návykovosti [1].

V článku se pokusíme podat informaci o rozsahu užívání kanabinoidů (dále K) v ČR a přehlédnout poznatky o jeho zdravotních souvislostech.

I. Epidemiologie

Užívání konopných drog v populaci

Poznatky o rozšířenosti a trendech užívání poskytují epidemiologická šetření. Pokud jde o užívání drog v populaci dospívající mládeže, jsou v Evropě nejvíce využívány výsledky získané v rámci studie ESPAD [2, 3]. Jejich výhodou je mezinárodní srovnatelnost výsledků a možnost sledování trendů od roku 1995: Podle této studie mělo v roce 2003 zkušenost s konopnými drogami průměrně 21 % mladých lidí ve věku 16 let, přičemž se prevalence celoživotní zkušenosti pohybovala v rozmezí 3–44 % (tab. 1). V letech 1995, 1999 a 2003 docházelo ve většině zemí k nárůstu užívání konopných drog. Nejinak tomu bylo v České republice, která již od prvního měření v roce 1995 patřila mezi skupinu zemí s nejvyšším rozšířením užívání. V roce 1995 uvedlo zkušenost s marihuanou 22 % dotázaných, v roce 1999 35 % a v roce 2003 44 %. Chlapci udávali více zkušeností s marihuanou než dívky (48 % oproti 40 % v roce 2003), avšak nárůst prevalencí byl u obou pohlaví přibližně stejný. Ve sledovaném období se měnil podíl dotázaných, kteří uváděli opakované užívání marihuany. Častěji než pětkrát užívalo marihuanu v roce 1995 6 % dotázaných, v roce 1999 12 % a v roce 2003 23 %.

Tab. 1 Užívání konopných drog ve vybraných evropských zemích (podle Hibella et al., 2004)

Země	Kanabinoidy Celoživotní prevalence	Kanabinoidy užívání v posledních 30 dnech
Belgie	32 %	17 %
Česká republika	44 %	19 %
Dánsko	23 %	8 %
Estonsko	23 %	6 %
Finsko	11 %	3 %
Francie	38 %	22 %
Holandsko	28 %	13 %
Irsko	39 %	17 %
Itálie	27 %	15 %
Litva	13 %	6 %
Lotyšsko	16 %	4 %
Maďarsko	16 %	6 %
Německo	27 %	12 %

Země	Kanabinoidy Celoživotní prevalence	Kanabinoidy užívání v posledních 30 dnech
Norsko	9 %	3 %
Polsko	18 %	8 %
Portugalsko	15 %	8 %
Rakousko	21 %	10 %
Řecko	6 %	2 %
Slovensko	27 %	10 %
Slovinsko	28 %	14 %
Švédsko	7 %	1 %
Švýcarsko	40 %	20 %
Velká Británie	38 %	20 %

Výsledky výzkumu také ukázaly, že některé rodinné, demografické a sociální faktory mají významnou souvislost s výskytem zkušeností s marihuanou. Zkušenosti s marihuanou se méně vyskytovaly u dospívajících vyrůstajících v úplné rodině a v rodině s vyšším vzděláním rodičů. Výrazně více zkušeností s marihuanou měli studenti učňovských škol (54 %) ve srovnání se studenty gymnázií (30 %) a středních odborných škol (49 %) [4]. Obdobně vysoké rozšíření užívání marihuany jako studie ESPAD potvrzují i jiné nezávisle provedené studie [5, 6, 7].

Velmi často se užívání marihuany objevuje spolu s užíváním jiných návykových látek. U dospívajících je to nejčastěji pití alkoholu a kouření [8]. U českých dospívajících jsme zaznamenali statisticky významnou souvislost mezi častým pitím nadměrných dávek alkoholu a kouřením marihuany [4, 9]. V naší situaci (obecně značně rozšířené a nemírné konzumace alkoholu) jde o okolnost značně nepříznivou vzhledem k potenciaci účinků těchto látek při současném užívání [10].

Údaje o léčbě poruch vyvolaných užíváním konopných drog

S růstem užívání konopných drog v obecné populaci narůstal v ČR počet případů, kdy jejich užívání vedlo ke zdravotním problémům. Csémy et al. [11] uvádí, že **mezi roky 1995 a 2003 vzrostl počet osob ambulantně léčených pro poruchy vyvolané užíváním marihuany nebo hašiše z 383 na 1718**. V roce 2003 tvořili dospívající mladší 19 let více než třetinu všech ambulantně léčených pacientů. Časté a pravidelné užívání marihuany může vést k závažnějším poruchám, které vyžadují ústavní formu léčení. Těchto poruch je pochopitelně méně než těch, které působí užívání heroinu nebo pervitinu, ale jejich počet strmě stoupá. Od roku 1995 do roku 2005 bylo celkem 1175 psychiatrických hospitalizací, kdy základní diagnózou byly poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů (diagnostická skupina F12. x podle Mezinárodní klasifikace nemocí). Zatímco v roce 1995 to bylo pouze 46 hospitalizací, v roce 2005 již 210. V souvislosti s tímto sdělením není bez zajímavosti, že u 23 % hospitalizací byla hlavní diagnózou závislost na kanabinoidech (F12. 2) a v 17 % psychotická porucha v souvislosti s požíváním konopných drog (F12. 5).

II. Základní farmakokinetické údaje

Kanabinoidy jsou obsaženy v konopí (*cannabis sativa*, *cannabis indica*): v jeho sušeném a drceném listí, květenství, event. semenech a stoncích – tj. v marihuaně, eventuálně v alkoholovém extraktu z kvetoucích vrcholků a v hašiši (pryskyřice ze samičích rostlin).

Po inhalaci se kanabinoidy rychle dostávají do krve - vstřebává se až 20 %. Plný účinek se dostavuje asi po 5 až 15 minutách a trvá 2–3 hodiny. Po p. o. požití je nástup pomalejší (hodina i více), ale účinek trvá déle (8–24 hodin) [12]. Ze zažívacího traktu se vstřebává asi 6 % účinných látek, ale p. o. mohou

být požitý nekontrolovaně vysoké dávky [13]. Toxická dávka je 0,5–3 g THC, letální při p. o. požití je pak 2–8 g/kg tělesné váhy [14].

Účinnou látkou je především delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) a delta-8-THC. Ty se metabolizují v játrech na více než 20 psychoaktivních metabolitů. Jeden z nich, 11-hydroxy-THC, je nejméně tak účinný jako delta-9-THC [15]. Kanabinoidy (K) interagují s kanabinoidními receptory – CB1 (v centrálním nervovém systému a v periferních tkáních) a CB2 (pouze v periferních tkáních – hojně v buňkách imunitního systému) [16]. Tyto receptory mají také endogenní ligandy, anandamid (derivát kyseliny arachidonové) a 2-arachidonoyl glycerol. Oba mají menší účinky než delta-9-THC a vážou se na receptory kratší dobu. Endogenní kanabinoidní systém moduluje řadu funkcí, jako náladu, kontrolu pohybu, percepci, paměť a kognitivní proces, chuť k jídlu, spánek a imunitní reakce.

K jsou vysoce rozpustné v tucích. Mají tedy vysokou afinitu ke tkáním s vysokým obsahem tuku, jako je mozek [17] nebo varlata [18]. Mají proto dlouhý biologický poločas a mohou tak perzistovat v organismu až několik týdnů. Mimoto většina metabolitů je vylučována do střeva, odkud se reabsorbují.

V moči mohou být prokázány ještě za 2–8 dnů při epizodickém užívání a za 14–48 dnů u užívání chronického [19]. V menším množství mohou být nalezeny i ve vlasech, v potu a slinách. Biologický poločas jednotlivé dávky K je přibližně jeden týden.

Základním farmakologickým účinkem K je alterace psychiky, časté je ovlivnění oběhového systému. Mohou mít i další somatické účinky (viz níže). Od 70. let minulého století se obsah THC v konopí zvýšil až 15krát, takže starší údaje o jeho účincích již nejsou dostatečně relevantní [15].

III. Vliv na psychiku

1. Působení kanabinoidů na mozek

Psychoaktivní látky v marihuaně, zejména THC, mají výrazné účinky na mozek, které jsou v mnoha rysech podobné účinkům jiných drog. Při užívání marihuany jsou aktivovány kanabinoidové receptory, které se nalézají v různých oblastech mozku. Aktivaci kanabinoidových receptorů dochází k ovlivnění několika funkčních mozkových okruhů, mezi nimi těch, které se podílejí na pocíťování emocí (zejména jde o pocity libosti a uspokojení), na přijímání a zpracování informací (senzorické vnímání, vnímání času, paměť, pozornost, myšlení) a na pohybové koordinaci. Zdá se, že pro vytvoření návyku, resp. závislosti na kanabinoidech má rozhodující význam působení THC na mozkový systém odměny (reward system) prostřednictvím stimulace vylučování dopaminu. Stimulace mozkového systému odměny vyvolává pocity příjemnosti, libosti, euforie. Příjemná zkušenost spojená s užitím drogy se uloží jako paměťová stopa. Při vyvolání vzpomínky může dojít k touze znovu vyvolat euforii prostřednictvím opětovného užití drogy [20, 21].

2. Účinky krátkodobého užívání kanabinoidů

Komplexní účinky kanabinoidů lze rozdělit na akutní neboli krátkodobé, tj. ty, které nastávají v průběhu užívání látky, a dlouhodobé, které nastávají v důsledku pravidelného užívání drogy po delší dobu. Z akutních účinků v oblasti psychiky byly vedle změn v oblasti emocí nejčastěji sledovány **změny v oblasti paměťových, kognitivních a percepčních funkcí.**

Z psychických účinků se nejčastěji popisuje mírná euforie často doprovázená pocitem uvolnění [22, 23]. Vedle pozitivně hodnocených emočních stavů se v literatuře popisují také stavy úzkosti, deprese a někdy i panického strachu, vyvolané po užití marihuany [24, 25, 26].

Zhoršení kognitivních funkcí je prokázáno opakovanými výzkumy. Solowij et al. [27] porovnávali výkonnost v kognitivních testech u dlouhodobých, krátkodobých uživatelů marihuany a u kontrol. Probandům bylo administrováno celkem 9 neuropsychologických testů zaměřených na paměť, pozornost, exekutivní funkce a verbální učení. Výsledky ve výkonových testech výrazně korelovaly s délkou užívání marihuany, přičemž obě skupiny uživatelů dosahovaly horších výsledků oproti kontrolní skupině.

Marihuana a dopravní nehody

Účinek K na kognitivní funkce je asociován s významnými riziky pro řízení motorového vozidla [28].

Je to dáno jejich vlivem **snížujícím psychomotorickou reaktivitu a manuální obratnost**, a to až 28 dnů po zahájení abstinence u těžkých uživatelů – pro pomalé vylučování K z organismu [29]. Více se zhoršení schopnosti řídit projevuje u mladých, nezkušených řidičů a také u letců. Podle jedné studie trvalo zhoršení jmenovaných funkcí v pokusu na leteckém тренаžeru ještě 24 hodin po vykouření jediné marihuanové cigarety [30]...

Kanabinoidy jsou v ČR nejčastější nealkoholovou drogou za volantem i nejčastější nealkoholovou drogou u zemřelých účastníků dopravních nehod (u 4 % řidičů a 2,9 % chodců). Až 25 % řidičů – účastníků dopravních nehod – bylo pod vlivem zejména kanabinoidů, s průměrným věkem 20,5 let (u alkoholu 39,1 let) [31]. Ze 1652 účastníků nočních klubových akcí, zaměřených na elektronickou taneční hudbu, řídilo auto alespoň jednou pod vlivem K 56 % (z toho 3 % měla autonehodu), 42 % pod vlivem alkoholu (z toho 10,5 % mělo autonehodu) [32, 33]. Z těchto všech studií vyplývá nutnost prevence užívání K u mladých mužů [31].

3. Účinky dlouhodobého užívání

Převážná část výzkumných prací věnovaných psychologickým efektům dlouhodobého užívání kanabinoidů se koncentruje na sledování dopadů v oblasti kognitivních funkcí, v oblasti duševního zdraví a psychiatrické nemoci a na výzkum vzniku a rozvoje závislosti na K...

Vliv dlouhodobého užívání kanabinoidů na poznávací funkce

Sledování vlivu dlouhodobého užívání K na poznávací funkce je spojeno s řadou metodologických problémů, které spočívají v nutnosti kontroly dalších proměnných, jež mohou ovlivnit výsledky měření. Kontrola spolupůsobících proměnných je možná v laboratorních experimentech. Výsledky takto uspořádaných experimentálních pokusů prokázaly, že dlouhodobí uživatelé K mají **sníženou výkonnost ve zpracování informací** (větší chybovost) a horší reakční časy [34]. Horší výsledky v testech pozornosti u pravidelných uživatelů K prokázali Pope et al. [35]. Dlouhodobé užívání K se odrazilo také v testech sledujících úroveň verbálního vyjadřování a úroveň matematických dovedností [36]. Další práce uvádějí sníženou výbavnost krátkodobé paměti [37, 38]. Mezi odborníky převládá shoda, že přes prokazatelné nepříznivé ovlivnění kognitivních funkcí užíváním kanabinoidů nedochází zpravidla k hrubým poškozením funkcí, ani k prokazatelným hrubým strukturálním změnám na úrovni CNS [39, 40]. Je možné, že výzkum mozkových funkcí a struktur pomocí moderních zobrazovacích metod přinese poznatky, které povedou ke korekci těchto závěrů. Byly publikovány práce, které za použití magnetické rezonance a pozitronové emisní tomografie prokázaly odlišnosti v prokrvení některých mozkových struktur u chronických uživatelů K oproti kontrolám [41], resp. morfologické změny mozku u dlouhodobých uživatelů K s raným začátkem častého úzu (před 17. rokem věku) [42]. Tyto poznatky podporují teorii, podle níž chronická expozice K může v kritickém období dospívání nepříznivě ovlivnit vývoj nervové soustavy.

Dlouhodobé užívání kanabinoidů ve vztahu k duševnímu zdraví

V oblasti duševního zdraví jsou sledovány souvislosti mezi užíváním K a depresivitou a úzkostí. Degenhardt et al. [25] prokázali v rozsáhlé epidemiologické studii **2 až 3krát vyšší výskyt afektivních a úzkostných poruch** u osob, které splňovaly kritéria závislosti na K ve srovnání s osobami, které K neužívaly. Vyšší výskyt klinicky závažné deprese u osob zneužívajících K přinesla i metodologicky pečlivě provedená americká studie [43]. Milich et al. [44] zjistili vyšší míru depresivity jak u experimentátorů, tak u častých uživatelů K oproti abstinentům, avšak vyšší míru úzkosti vykazovali jen častí uživatelé marihuany. I když je v mnoha publikovaných pracích dokumentována souvislost mezi K a depresí, poznatky v této oblasti nejsou zcela jednoznačné. Svědčí o tom nedávno publikovaná práce [45], v níž kauzální vztah mezi užíváním marihuany a velkou depresí nebyl prokázán. Bez ohledu na kauzalitu mezi užíváním K a afektivními poruchami ukazuje řada prací na zvýšené riziko suicidálních ideací a také sebevražedných pokusů u adolescentů a mladých dospělých s depresí a užívajících současně K [46, 47, 48].

Poznatky o roli užívání kanabinoidů při vzniku psychotických symptomů a schizofrenního onemocnění

Velmi rozsáhlá je klinickým i epidemiologickým výzkumem podložená evidence souvislosti mezi užíváním K a psychotickými symptomy, resp. psychotickým onemocněním. Velmi důkladná a vlivná byla longitudinální studie prováděná na velkém souboru švédských branců [49, 50]. Badatelé po 26letém sledování (1970 až 1996) zjistili, že jakákoli zkušenost s marihuanou zvyšuje riziko pozdějšího vzniku schizofrenie 1,9krát, avšak u častých uživatelů (užití 50krát a častěji) bylo riziko vzniku schizofrenie vyšší již 6,7krát. Efekt užívání kanabinoidů ve vztahu k psychózám potvrdila také studie z Německa, která navíc podtrhla zvýšený podíl užívání K na vznik psychóz u predisponovaných jedinců [51]. Fergusson et al. [52] potvrdili, že zneužívání K vede ke zvýšenému výskytu psychotických symptomů u dospívajících, a to 2,3krát oproti neuživatelům, přičemž i po kontrole možných dalších spolupůsobících faktorů zůstává relativní riziko dané užíváním kanabinoidů statisticky významné (RR = 1,8). Pokud jde o riziko vzniku psychotického onemocnění, došli k prakticky stejným závěrům také holanští autoři, navíc však upozornili, že vztah mezi užíváním kanabinoidů a psychotickými symptomy může být obousměrný, tj. užívání K provokuje vznik psychotických (P) symptomů, avšak objevení se P symptomů u osob, které neměly dříve zkušenost s K, vede ve zvýšené míře k vyhledávání kanabinoidů [53].

Rovněž čeští psychiatři se setkávají s psychotickými stavy v souvislosti s užíváním K, svědčí o tom jednak data, která jsme uvedli v epidemiologické části, a vedle toho také praktické zkušenosti českých dorostových psychiatrů [54]. Poznatky z výzkumů podporují hypotézu o schopnosti K provokovat psychotické poruchy a dokládají, že zejména u disponovaných jedinců, může užívání kanabinoidů může být jedním z rizikových faktorů pro vznik schizofrenního onemocnění.

Závislost na kanabinoidech – fikce nebo realita?

Relativně dlouho panovala nejistota či pochybnost, zda užívání K může vést k závislosti ve smyslu psychiatrické poruchy. Tyto pochybnosti byly zejména spojovány s absencí masivního odvykacího stavu, jaký je možné pozorovat u závislosti na alkoholu či opiátech. Vývoj neurověd a poznatky o fungování kanabinoidního receptorového systému v CNS však potvrdily existenci závislosti na K mimo vši pochybnost [20]. Linsky et al. [55] zjišťovali podíl genetických faktorů u závislosti na K za pomoci studie na dvojčatech (n = 6265). Pomocí standardního genetického modelování zjistili, že genetické faktory se na závislosti na K podílejí 45 %, 20 % lze připsat vlivu faktorů sdíleného prostředí a 35 % faktorům nesdíleného prostředí. Vliv genetických faktorů potvrzují i další práce [56], z nichž některé udávají podíl genetických vlivů jako podstatně vyšší (58–62 %) [57]. I když **genetická predispozice hraje rozhodující úlohu v tom, u koho vznikne závislost na K, faktory prostředí ovlivňují to, kdo začne kanabinoidy užívat.** Tato skutečnost má podstatný význam pro prevenci [58].

Vznik závislosti na K má souvislost jak s raným začátkem užívání, tak se subjektivními účinky v době první zkušenosti. V longitudinální studii bylo prokázáno, že u adolescentů, kteří měli první zkušenost s kanabinoidy před 16. rokem věku, a u těch, kdo udávali více pozitivních (příjemných) účinků při prvních zkušenostech, došlo výrazně častěji v pozdějším období k rozvoji závislosti [59].

Stanovit, kdy se v případě déleodobého užívání K může jednat ještě o abúzus a kdy jde již o závislost, je úkol pro lékaře specialistu. V případech, kdy se pediatri setkají u dospívajícího pacienta s častým užíváním K, zvláště je-li doprovázeno absencemi ve škole, zhoršeným prospěchem a změnami v chování, měli by se obrátit na dětského a dorostového psychiatra nebo lékaře se specializací pro návykové nemoci.

Je užívání kanabinoidu rizikem pro užívání jiných drog?

Otázka, zda užívání K otevírá bránu k užívání jiných, zejména tvrdých drog, je diskutována již déle než 30 let. Skutečně tzv. teorie průchozí drogy (gateway theory) nebo také sekvenční teorie [60] má řadu zastánců i oponentů. Důvodem ostré kontroverze jsou implikace této teorie pro drogovou politiku a prevenci. Oponenti teorie průchozí drogy tvrdí, že zkušenost s marihuanou nijak nepřispívá k riziku užití jiné, nebezpečnější drogy. Politickým důsledkem je pak zpravidla úsilí o společenské přijetí marihuany, přičemž se často poukazuje na zdravotní a společenskou nebezpečnost „legálních drog“ – alkoholu a tabáku. Střízlivý a vědecky korektní přehled této problematiky podali Hall a Lyn-

skey [61]. Nepřiklání se jednoznačně pro ani proti a zdůrazňuje existující rozdíly v pojmání konceptu průchozí drogy.

Pro nálezy, které podporují funkci marihuany jako vstupní drogy, uvádějí tyto argumenty vycházející z epidemiologických studií, simulačních modelů, ze studií na dvojčatech a z pokusů provedených na laboratorních zvířatech: 1) silnými uživateli K se selektivně stávají osoby s preexistujícími osobnostními (a částečně i genetickými) rysy, které je ve větší míře predisponují k užívání celé škály jiných drog, 2) uživatelé K se dostávají do prostředí osob užívajících také jiné drogy a díky takové afiliaci mají více příležitostí užívat jiné drogy, a to často i v raném věku, 3) na socializaci uživatelů K se podílí drogová subkultura, jejímž rysem jsou pozitivní postoje k užívání drog, 4) animální studie naznačují, že užívání kanabису může vyvolat takové farmakologické účinky na funkce mozku, které zvyšují pravděpodobnost užití jiných drog.

V souladu s řadou zahraničních studií i naše práce potvrzují, že užívání jiných drog bylo předcházeno užitím K. Užívání marihuany často navazuje na tabák a alkohol, zkušenosti s tvrdou drogou pak na marihuanu [62]. Gohlert [63] uvádí, že kdo užívá nikotin, alkohol, marihuanu nebo extázi, je připraven manipulovat své pocitové stavy a začal s nimi každý závislý na tvrdých drogách. Podobně vyznívá práce Sydowa [64]: užívající K mají zvýšené riziko, že budou užívat ostatní drogy.

IV. Somatické účinky

1. Účinky krátkodobého užívání

Obraz akutní intoxikace

Excitace až ztráta sebekontroly, dysartrie. Bolesti na prsou, kašel, dech páchne po spálené trávě. Mydriáza bez fotoreakce, tachykardie, dysrytmie, zvýšení teploty až hypertermie, studené končetiny, třes. Zpočátku hyperreflexie, později snížené reflexy, omezení pohyblivosti, event. křeče. Stupor, kóma, apnoe. Nausea a zvracení, při požití p. o. hyperglykémie [14, 65, 66].

Psychický stav při intoxikaci: pocit blaženosti, euforie, zpomalení času, poruchy časové i prostorové orientace, barevné fantazie, zpomalené myšlení, ztráta soudnosti, střídání nálad (euforie a strach), až záchvaty zuřivosti, úzkost, deprese, odstranění zábran. Méně často se objevují až panické reakce, paranoidní bludy a halucinace. Po velkých dávkách výrazná úzkost, přechodné psychotické symptomy nebo i delirium. Jsou popisovány i pozdější „flashbacks“ (intenzivní zrakové nebo pocitové reminiscence, příp. vizualizace minulých psychotických obrazů nebo událostí, které mají až halucinatorní charakter) i dlouho po akutní intoxikaci.

V ČR se objevují případy závažných **intoxikací kanabinoidy v důsledku požívání pokrmů**, připravených podle příručky Vaříme s konopím [67]. Těchto případů je již více než desítka. Pro ilustraci uveďme jeden z nich – hromadnou otravu 9 studentů na chatě, kteří vypili „kakao“ z marihuany. Asi po 45 minutách začali trpět halucinacemi, neschopností se pohybovat, začali zvracet, upadat do bezvědomí. Všichni museli být hospitalizováni s diagnózou: hromadná intoxikace neznámou látkou. Toxikologické vyšetření ukázalo u všech v moči pozitivní K, v krvi nález negativní. Intoxikace odezněla po několika dnech, podle dosavadních nálezů bez následků. Mohlo ovšem snadno dojít k aspiraci zvratků, k pádům v terénu a úrazům, podchlazením atd. [66].

V rozboru **úmrť**í zaviněných ilegálními drogami v ČR v letech 1998-2004 nebylo prokázáno žádné úmrtí na předávkování samotnými K [68, 32].

Díky automatizovanému systému sběru dat o drogových úmrtích (provádí se od r. 2000) se vykazují také úmrtí „za přítomnosti omamné nebo psychotropní látky (OPL)“. V roce 2003 bylo 251 těchto úmrtí. Z tohoto celkového počtu THC (a jeho metabolity) byly přítomny v 10,8 % u úmrtí pro nehodu, ve 2,4 % u úmrtí pro sebevraždu, u 0,4 % u zabití/vraždy, v 1,2 % u úmrtí pro nemoc, ve 2 % u úmrtí pro jinou příčinu [69].

V roce 2004 bylo celkem 164 úmrtí za přítomnosti OPL, z toho v 6 % za přítomnosti THC, a to u 2 případů úmrtí na nemoc, u 6 případů sebevraždy a u 2 úmrtí na nehodu. Obecně je mortalita uživatelů drog v ČR 7–11x vyšší než v běžné populaci [32].

Účinky na oběhový aparát

Bezprostředním efektem K je zrychlení pulzu o 20–50 % – podle výše THC v krvi a vazodilatace

(patrná na překrvení spojivek). V jejím důsledku většinou krevní tlak klesá [17]. Mohou se objevit také palpitace, případně bolest na hrudi a dechové potíže. Náhlý vztek z polohy vleže může zapříčinit posturální hypotenzi, časté jsou pocity závratě, slabosti, až mdloba. Podle některých autorů u sedících i ležících osob tlak naopak stoupá [70, 71], případně nezávisle na poloze se objevuje přechodná systémová hypertenze [72]. Pozoruje se však i závislost na dávce K: malé a střední dávky zvyšují tonus sympatiku, vysoké dávky tonus parasympatiku, s bradykardií a hypotenzí [73]. Účinek na oběhový aparát vrcholí většinou během 30 minut, ale může přetrvávat i 2 až 3 hodiny.

O potenciálním arytmogenním působení při kouření K se nereferuje často. Incidence arytmií v důsledku K je pravděpodobně podstatně podhodnocována – i proto, že jde o ilegální drogu. Epidemiologické údaje ukazují, že konzumenti K signifikantně častěji zažili palpitace a tachykardie [73].

Působení K se může zvýraznit, případně být nebezpečné u osob s preexistujícím srdečním onemocněním, zvláště pokud se dosud nemanifestovalo a nebylo diagnostikováno [12]. Především mohou vzniknout závažné tachyarytmie [17, 30, 73]. Příkladem může být 15letý chlapec se syndromem hereeditárně prodlouženého QT, u něhož došlo po zakouření si marihuany ke komorové fibrilaci, vyžadující resuscitaci a následnou nutnost implantace kardioverteru [12]. Byly popsány i smrtelné srdeční příhody u mladších osob v souvislosti s K [15], jindy opakované paroxysmální tachykardie se síňovými fibrilacemi [74].

Ohroženi jsou také lidé s hypertenzí a ischemickou chorobou srdeční, protože K zvyšují srdeční výkon, hladiny katecholaminů a karboxyhemoglobinu [71].

U mladých pacientů přitom nebylo zjištěno významné zvýšení kardiovaskulárního rizika, ale ve středním a starším věku se zvyšuje riziko infarktu myokardu v 1. hodině po jedné marihuanové cigaretě 4,8krát [70]. Kardiologové upozorňují, že problémy nastanou, až se dlouhodobí uživatelé marihuany dostanou do věku po 45. roce, kdy toto riziko stoupá výrazně. Analgetický účinek THC přitom může zakrýt bolest na hrudi a zavinit opožděnou léčbu.

Podle některých autorů mají kanabinoidy i přímý toxický vliv na endotel. Byla popsána trombóza renální arterie a infarkt ledviny u silného kuřáka marihuany bez jiných predisponujících faktorů. A dále u 18letého dlouhodobého kuřáka marihuany iktus na podkladě trombózy pravé arterie cerebri posterior. Při vyšetření byl u něho nalezen heterozygotismus pro faktor V Leyden [72].

Účinky na vegetativní systém

Účinky na vegetativní systém se projevují jako neurovegetativní dysbalance a somatoformní vegetativní příznaky u labilnějších osob [75]. Kromě účinků na oběhové ústrojí, popsaných shora, se mohou vyskytnout nauzea, zvracení, ale i sucho v ústech a snížení chuti k jídlu [76].

Účinky na bronchiální svalovinu

Ke krátkodobým účinkům K patří bronchodilatace [12, 77], ale někteří astmatici reagují naopak bronchospazmem. Mechanismus tohoto účinku není vyřešen a je zřejmě složitější. Např. u hlodavců bylo experimentálně prokázáno, že endogenní K kontrolují reaktivitu bronchů „obousměrně“: brání jak bronchokonstrikci, tak bronchodilataci při experimentálním působení některých škodlivin. Endogenní ligand kanabinoidních receptorů anandamid je syntetizován i v plicní tkáni a zřejmě se podílí na endogenní kontrole bronchiální reaktivity [77].

2. Účinky dlouhodobého užívání

Účinky na dýchací ústrojí

Kanabinoidy nepříznivě ovlivňují funkci dýchacích cest, při pravidelném užívání působí chronickou bronchitidu a zvyšují riziko chronické obstrukční plicní nemoci [10, 29, 70]. Mohou ovlivňovat motilitu bronchů, působit bronchokonstrikci a bronchiální hyperreaktivitu s ponamáhavou a noční dušností. U závislých na K byly prokázány významné změny na spirometrii [78]...

Kancerogenní působení

Kancerogenní působení je u K prokázáno [79]. Kouření K zvyšuje riziko karcinomu dýchacích cest, včetně dutiny ústní, hltanu i jícnu, ale i karcinomu prostaty a děložního čípku [10, 70]. Marihuanový kouř obsahuje mnoho kancerogenů, shodných s kouřem tabáku, ale ve vyšším množství. Odhaduje se, že kuřák marihuany (M) vdechuje 3x více dehtu než kuřák tabáku [29, 70]. U kuřáků M jsou při bronchiální biopsii nacházeny premaligní změny. U těžkých kuřáků M je popisováno mnoho kazuistik různých karcinomů dýchacího traktu v relativně mladém věku. Kancerogenní působení marihuany a tabáku je přitom navíc zřejmě synergické. Proto jsou zvláště nebezpečné tzv. „blunts“, tj. cigarety plněné současně marihuanou i tabákem [10].

Vliv na imunitu

V imunokompetentních buňkách – včetně makrofágů – jsou ve velkém množství přítomny kanabinoidní receptory CB1 a CB2. V experimentu na myších byl studován vliv jejich endogenního agonisty, anandamidu a byl prokázán bifázický efekt na fagocytární aktivitu leukocytů: v malých dávkách stimulační, ve velkých dávkách supresivní [80]. Jiné studie u zvířat ukázaly, že K snižují celulární i humorální imunitu.

Význam těchto výsledků pro humánní medicínu je ovšem nejistý, protože v těchto pokusech byly použity vysoké dávky kanabinoidů. Počet relevantních studií u lidí není velký. Některé z nich dokazují pokles imunity u uživatelů M, jiné to nepotvrzují. Některé ukázaly, že kuřáci M se častěji léčí pro nemoci dýchacích cest než nekuřáci marihuany. Byla také sledována progresse u HIV pozitivních konzumentů K do onemocnění AIDS – a to v řadě studií: většina neprokázala tuto progresi – až na 2 studie, které pro ni svědčily. Význam konzumace K pro lidskou imunitu tedy zatím není bezpečně definován. Zatím se zdá, že obecně nepůsobí výraznou imunosupresi, ale menší poruchy imunity není rozhodně možno vyloučit [70].

Vliv na lidskou reprodukci

Je prokázáno mutagenní působení K [70, 79]. U zvířat vysoké dávky THC poškozují reprodukční systém u obou pohlaví. Interferují s hormony, kontrolujícími reprodukci, snižují sekreci testosteronu, produkci spermií, jejich pohyblivost i životnost. Narušují ovariální cyklus. Zatím není jisté, zda THC takto působí i u lidí, zvláště v dávkách menších, než byly použity v experimentu [10, 70]. Bylo však zjištěno, že kuřáčky marihuany měly mírně zvýšené riziko primární neplodnosti ($RR = 1,7,95\%$ $CI = 1,0-3,0$) oproti kontrolám [81]. Šlo přitom o kouření marihuany „pouze“ rekreační s nízkou frekvencí. Podkladem poruchy byly ovulační abnormality.

Dlouhodobý vliv na oběhový aparát

Dlouhodobý vliv na oběhový aparát – především zrychlení pulzu – při pravidelném zneužívání K většinou není pozorován, protože k tomuto účinku se rychle vyvine tolerance [70, 71].

Somatická závislost

Somatická závislost je pozorována velmi zřídka. Souvisí to s faktem, že K se ukládají v tukových tkáních organismu a uvolňují a vylučují se jen pomalu. Tato závislost není srovnatelná např. se závislostí na opioidech, ale může mít svoje konkrétní projevy – jako nepříliš výrazná nespavost, zvýšená aktivita, občas ztráta chuti k jídlu [76, 82].

Diskuse k medicíněmu využití kanabinoidů

V 90. letech celosvětově probíhala diskuse na téma „**léčebné využívání**“ K. Zastánci tvrdili (a u nás ještě někdy tvrdí), že „léčebné“ využívání K je účinné a bezpečné. Oponenti argumentovali, že léčebné účinky nebyly prokázány, že jde současně o sociálně citlivou záležitost abúzu drog a o nic jiného než o záminku pro legalizaci marihuany.

Úřad národní politiky pro kontrolu drog ve Washingtonu proto zaplatil americkému Institutu medicíny rozsáhlou 3letou studii na toto téma [83]. Byla provedena pečlivá analýza relevantní vědecké literatury, extenzivní konzultace odborníků, několik workshopů otevřených veřejnosti a s pozváním

zastánců i odpůrců. Probíhala diskuse na webových stránkách i jiné prezentace vědců i pacientů a zastánců této „léčby“...

V roce 2000 konečné vyhodnocení provedl tým 36 expertů. Uzavřel, že K žádné nemoci neléčí (ani glaukom nebo epilepsii, jak je někdy proklamováno). K mohou zmírnit některé příznaky nemocí (bolest, zvracení, nechutenství nebo svalovou ztuhlost). Ovšem pro odstranění nebo předcházení těmto příznakům jsou dnes k dispozici mnohem účinnější a bezpečnější léky. Nelze počítat s využíváním marihuany jako běžnější medikace. Účinné látky z konopí by nanejvýš mohly být po eventuálním dalším výzkumu a testování použity jako součást některých přísně chemicky definovaných a dávkovaných medikamentů, podléhajících ovšem přísné kontrole, stejně jako ostatní látky, které mohou způsobit lékovou (drogovou) závislost (např. opiáty).

Pro klinické užití kanabinoidů stanovil Institut medicíny USA čtyři zásady:

1. cílem klinického zkoušení K by měl být vývoj bezpečných a spolehlivých aplikačních forem (např. inhalátory místo kouření marihuany – k omezení kancerogenity) [30],
2. klinické zkoušení M by vyžadovalo u dotyčného pacienta schválení komisí odborníků, nemělo by přesahovat délku 6 měsíců a mělo by vykazat jasná data o účinnosti,
3. mohlo by se uvažovat o krátkodobém užití kouření M u pacientů s bolestí nebo zvracením, kde prokázaně selhaly všechny dostupné medikamenty, a to pod lékařským dozorem a s možností stanovit efektivitu,
4. to vše by vyžadovalo systém komisionálního dozoru s lékařským dohledem průběžně 24 hodin denně.

„Kanabinoidní receptorový systém“ podle nedávných výzkumů [83] patrně hraje přirozenou roli v modulaci bolesti, při kontrole pohybu, v procesu poznávání a pamatování. Někdy se proto diskutuje o užití K při Parkinsonově nemoci (PD). V nedávné české studii [84] bylo tazáno 339 pacientů s PD, zda někdy užili K. Choroba u nich trvala v průměru 8,6 let. 25 % z nich (n = 85) potvrdilo, že měli zkušenost s K. Zlepšení uvádělo 14 – 46 % pacientů, podle subjektivního hodnocení různých příznaků. Autoři uzavírají: „I když je nutno vzít v úvahu možnou placebo-reakci a jiné zkreslující okolnosti, zdá se, že některé K nebo látky zaměřené na endogenní kanabinoidní systém by mohly být užitečné v symptomatické léčbě u PD.“

V. Účinky na plod a novorozence

THC prochází placentou u zvířat i u lidí. Vliv K na plod a na novorozence je často diskutovaný a není dosud zcela jednoznačně určen. Všeobecně převládá názor, že marihuana ovlivňuje nitroděložní vývoj a může být příčinou nitroděložní retardace růstu plodu a pravděpodobně i nižší porodní hmotnosti [70]. Avšak také stále více se ukazuje, že prenatální expozice kanabinoidům je spojena s abnormálním zráním centrálního nervového systému plodu a s pozdějšími deficity v oblasti kognitivní a pozornosti. Jsou však v tom směru potřebné rozsáhlejší studie a také lepší pátrání po K v těhotenství u matek dětí s vývojovými poruchami [10].

Vysoké dávky K u zvířat jsou teratogenní. V lidské patologii jsou tyto vlivy zatím obtížně hodnotitelné – popsané soubory jsou velmi malé a účinky K se často kombinují s nežádoucími účinky alkoholu a jiných drog [70]. Některé práce uvádějí zvýšení rizika předčasného odloučení placenty, dále malformace plodu a zvýšení rizika leukémie a maligních nádorů později v dětském věku, jiní je popírají [10, 29, 85].

Kanabinoidy se v literatuře uvádějí mezi látkami, které mohou vést k neonatálnímu abstinenčnímu syndromu [65, 86], ale v praxi se s tím nesetkáváme. Kanabinoidy se vylučují do mateřského mléka.

VI. Kanabinoidy v souvislostech, specifických pro období dospívání

Období dospívání – s jeho často komplikovaným biopsychosociálním vývojem a krizovými situacemi – zvýšeně inklinuje ke konzumaci psychoaktivních látek. Velká část prvožadatelů o léčbu z důvodu problému s drogou je ve věku 15–19 let (34,7 %). Konopné drogy jsou přitom důvodem této žádosti ve 21,6 % [87].

Na začátku užívání návykových látek (nikotin, alkohol, K) je v dospívání motivace pro jejich

konzumaci především sociální. Dospívající je nezačínají užívat kvůli samotnému jejich účinku (např. o samotě), ale kvůli vrstevníkům, jejich uznání a komunikaci s nimi. Podle WHO 71–81 % dospívajících experimentujících s měkkými drogami nikdy neužívalo drogu o samotě [88]. Při opakovaném užívání se ovšem účinek drogy dostaví a adolescent může začít brát psychoaktivní látku kvůli ní samé. Proto také je v tomto období tak důležitá prevence skutečně primární, která učí dospívající komunikovat, zapojit se do prosociální, pozitivní skupiny vrstevníků, pomáhá jim zvyšovat sebedůvěru, kompenzovat handicap atd. Konkrétně je tedy důležité individuální primárně preventivní poradenství. Praktický manuál pro primární péči, především pro praktické dětské lékaře má být vydán v průběhu roku 2006 [89].

Pro dospívání je také typické a nebezpečné, že silná zkušenost a zážitek s drogou v tomto období může **brzdít nebo zastavit osobnostní vývoj**, podstatným způsobem rušivě zasáhnout do probíhající tvorby osobní identity. To pak také často komplikuje přípravu na povolání, na které v tomto období velmi záleží, a vytváří se bludný kruh. Někteří autoři [90] poukazují na to, že zneužívání konopí se často pojí s depresí, problémy s chováním, pitím alkoholu a užíváním jiných drog. „Ať už se jedná o příčinnou souvislost nebo vliv společných rizikových faktorů, takový dospívající je podstatně více ohrožen.“ Podobně lze uvažovat o horším školním prospěchu u uživatelů konopí [91] a jejich menší schopnosti přejímat dospělé role [92]. Jiní [93] prokázali asociaci mezi abúzem psychoaktivních látek a rizikovým sexuálním chováním, delikvencí a špatným školním prospěchem. Tyto jevy tvoří tzv. **syndrom rizikového chování (RCH) v dospívání**, který je typický pro adolescenty. Je opakovaně prokázáno, že jeho různé projevy mají v podstatě stejné příčiny, společné rizikové i ochranné faktory a že souvisejí s nesnázemi vývoje v dospívání [88].

Ve švýcarské studii, zaměřené především na konzumenty marihuany, byly jako ochranné faktory proti rizikovému chování prokázány: dobrá komunikace s rodičem (rodiči), dobrý školní prospěch (zvláště u hochů), důvěra v některého člena rodiny a pravidelná aktivita ve sportovním oddíle [94].

Pozornost je proto u adolescentů nutné věnovat nejen jejich abúzu drog, ale komplexně celému syndromu rizikového chování v dospívání [88, 95]. Pro chování dospívajících je přitom eminentně důležitý **jejich obraz toho, co je v dospívání normální**. Je potřeba, aby dospívající si byli vědomi toho, že rizikové chování ke zdravé (i pravdivé) „normě“ nepatří – a to i v oblasti drog, tedy, že „normální je nebrat“.

VII. Prevence zneužívání kanabinoidů

Prevence zneužívání kanabinoidů se neliší od prevence abúzu ostatních psychoaktivních látek. Řada prací ukazuje, že **prevence primární**, jejímž cílem je zabránit užívání drog vůbec, úspěšná být může. A to především tehdy, je-li zaměřena individuálně, na konkrétního jedince, jeho konkrétní rizikové a ochranné faktory [89, 93, 96].

Všeobecná primární prevence se zaměřuje na běžnou populaci dětí, mládeže, rodičů, pedagogů. **Selektivní** by se měla zaměřovat na **rizikové skupiny** – jako jsou žáci zvláštních škol, střední zdravotnický personál, handicapované osoby, nezaměstnaní, sídlištní party [32]. Podle posledních výzkumů by se tyto programy měly zaměřit i na populaci mládeže se zálibou v klubovém prostředí – na nočních akcích s elektronickou taneční hudbou (kde se kanabinoidy také ve vysoké míře konzumují). K prvnímu experimentu se syntetickými tanečními drogami se většinou mládež rozhoduje mezi 17. a 19. rokem, ale školní prevence cílí na populaci o 5 let mladší a má vesměs krátkodobý účinek [33]. Programy tzv. **indikované** primární prevence se zaměřují na rizikové jednotlivce – sourozence závislých, šikanované, s poruchami chování, jak uvádějí výroční zprávy o stavu drog [32].

I při **volbě povolání** je třeba přihlížet k event. problémům s užíváním drog. Závislost na nich může výrazně omezit možnost uplatnit se v oborech jako zdravotnictví, farmaceutický průmysl; práce v restauracích, v dopravě, ve velkých výškách, u nechráněných strojů a při práci s citlivými údaji [65].

Při opakovaném užívání návykových látek (tj. 4krát a více) jde o **prevenci sekundární** [97]. Jejím cílem je zabránit rozvoji pravidelného užívání – nejlépe pomocí nespecifické intervence a poradenství [89]. Důležité přitom je, aby pacienti v tomto stadiu nebyli odesíláni do nízkoprahových – kontaktních center. Ta jsou určena pro **prevenci terciární** u pacientů již závislých. Prostředí, klima nízkoprahových center, zaměření jejich pracovníků i styk se závislými pacienty nejsou vhodné pro abúzory v počátečních stadiích [98].

Doménou preventivního působení pediatriů a dorostových lékařů je prevence primární, a ovšem spolupráce s oborem návykových nemocí a adiktologie při prevenci sekundární a terciární.

Cílem protidrogové strategie EU (na období 2005 – 2012) je „měřitelné snížení užívání drog, drogových závislostí a zdravotních a sociálních rizik, spojených s užíváním drog“ [97]. Jako první opatření se zde žádá „zabránit tomu, aby lidé začali drogy užívat a zabránit tomu, aby pokusné užívání vyústilo v užívání pravidelné“. K tomuto cíli se hlásí i náš Akční program realizace národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2006 [99]. Skromnější je už cíl primární prevence ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog ČR v r. 2004: pouze „zastavit nárůst užívání drog“ [30]...

Není vyloučeno, že tento relativně nízký cíl souvisí i s tím, že efektivní primární prevence je – ve srovnání s jinými cíli protidrogové politiky nerozvinuta. Také česká média se primární prevenci věnují velice málo [100]. Prakticky nám chybí primární prevence individuální, u jednotlivců, která je nejúčinnější, jak už jsme se zmínili. Bylo to také jasně konstatováno v prosinci 2004 na Mezinárodním semináři o drogách na MZ ČR...

K individuální prevenci mají velkou příležitost lékaři dospívajících. Lékař, který získal důvěru adolescenta, má u něho velkou autoritu [93, 101]. V tomto vývojovém období – při zákonité krizi autority – má lékař autoritu často větší než pedagog nebo i rodič. Navíc při své práci s pacientem – ať preventivní nebo kurativní – má často dobrou příležitost k rozhovoru s ním o rizikovém chování, včetně drog, k nabízení pozitivních alternativ k rizikovému chování, k hledání a posilování ochranných faktorů, i ke krátké intervenci [89, 102]. Spoluprací odborníků dorostového lékařství, návykových nemocí a pediatriů byly u nás v posledních letech vytvořeny pomocné materiály a manuály pro tuto práci, především pro praktické lékaře a pediatriy [14, 89, 103]. Měly by napomoci ke zlepšení v současné situaci, kdy potenciál a často i vysoká motivovanost především pediatriů nejsou v zápolení společnosti s drogami využity [3].

Bylo by ovšem třeba, aby s individuální primární prevencí a zapojením lékařů somatických oborů bylo počítáno i na centrální úrovni, při plánování preventivních programů a ovšem i financí. V Akčním plánu realizace protidrogové politiky např. mezi cílovými skupinami primární prevence jsou rizikové skupiny pracovní, profesní a jiné, ale nikoliv zdravotní [99], jako pacienti s ADHD, atypické osobnosti, i chronici obecně, u nichž všech je známo zvýšené riziko abúzu drog [104].

Závěr

Zneužívání drog adolescenty se stalo velmi závažným problémem pro veřejné zdraví: vede nejen ke ztrátám v životech jedinců, ale také k významným dopadům na společnost (zdravotní, sociální a ekonomické). Problém drog se přímo či nepřímo dotýká všech občanů. Ukazuje se, že je třeba výrazně posílit prevenci primární, zaměřenou na jednotlivce, která je do velké míry ovlivnitelná činností praktiků, pediatriů a dorostových lékařů.

Poděkování: Napsání práce bylo podpořeno projektem MZ ČR MZOPCP2005.

CSÉMY L., KABÍČEK P. 2, 3, HAMANOVÁ J. 3, HELLEROVÁ P. 4

Literatura:

1. **Rogers PD, Heyman RB.** Addiction medicine. *Pediatr. Clin. N. Amer.* 2002; 49(2):245–246.
2. **Hibell B, Anderson B, Bjarnasson T, et al.** The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN, 2004. 436 s. ISBN 91-7278-103-3.
3. **Csémy L.** Užívání drog mezi českými a evropskými adolescenty. *Trendy a souvislosti. Čes.-slov. Pediat.* 2003; 58(11):675–680.
4. **Csémy L, Bejčková P, Sadílek P, Sovinová H.** Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách [ESP AD]. Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. 120 s. ISBN 8086734-94-3.
5. **Miovský M, Urbánek T.** Výzkumná zpráva NEAD 2000. Tišnov: Scan, 2001.
6. **Višňovský P, Stohr J, Venderová K, Kavalířová A.** Kanabis a studenti českých vysokých škol

- (45. československá psychofarmakologická konference. Lázně Jeseník, 4.–8. 1. 2003. Abstrakta). Psychiat. Suppl. 2003; 7(1): 54–55.
7. **Polanecký V, Smídová O, Studničková B, Sejda J, Safr J.** Mládež a návykové látky v České republice trendy let 1994–1997–2001. Praha: Hygienická stanice Hlavního města Prahy, 2001. ISBN 80-238-8200-7.
 8. **Brown RT.** Risk factors for substance abuse in adolescents. *Pediatr. Clin. N. Amer.* 2002; 49(2):247–255.
 9. **Nešpor K, Csémy L.** Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu. Praha: Sportpropag pro MZ ČR, 1999. 23 s.
 10. **Gruber AJ, Pope HG.** Marijuana use among adolescents. *Pediatr. Clin. N. Amer.* 2002; 49(2):389–413.
 11. **Csémy L, Brožová J, Dvořáková Z.** Trendy v léčbě poruch působených užíváním návykových látek se zřetelem k adolescentní populaci. *Psychiatrie* 2005; 9(3):190–195.
 12. **Ryšavá M, Vít P, Nečasová A.** Je cannabis neškodná droga? *Čes.-slov. Pediat.* 2000; 55(12):788–789.
 13. **Smolík P.** Duševní a behaviorální poruchy. 1. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.
 14. **Kabíček P, Hamanová J, Černá O, Hellerová P.** Akutní stavy způsobené návykovými látkami u dětí a dorostu, PED/9. In Bourek A, et al. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Praha: Verlag Dashofer, 2002:1–14.
 15. **Ashton CH.** Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *The British Journal of Psychiatry* 2001; 178:101–106.
 16. **Fišar Z.** Přehled biochemických účinků vybraných návykových látek. *Trendy, Příloha ZN*, 2002;1:8–10.
 17. **Jirmář R, Anděl M.** Nežádoucí účinky některých návykových látek z pohledu kardiologa. *Kapitoly z kardiologie* 2000; 2:60–62.
 18. **Hubbard JR, Franco SE, Onaivi ES.** Marijuana:medical implications. *Amer. Fam. Physician* 1999; 60(9):2583–2588, 2593.
 19. **Nešpor K.** Návykové látky a pracovní prostředí. *České pracovní lékařství*, 2001; 4:212–216.
 20. *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence.* Copenhagen: World Health Organization, 2004.
 21. **Goldstein A.** Addiction. From Biology to Drug Policy. 2nd ed. Oxford, New York: Oxford University Press, 2001.
 22. *Marijuana and Health, Report of the Institute of Medicine (National Academy Press)* 1982.
 23. **Jaffe J.** Drug addiction and drug abuse. In Gilman A, et al. (eds.). *The Pharmacological Basis of Therapeutics.* Macmillan, 1985.
 24. **Troisi A, Pasini A, Saracco M, Spalletta G.** Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction* 1998; 93(4):487–492.
 25. **Degenhardt L, Hall W, Lynskey M.** The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Soc. Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36:219–227.
 26. **Mcgee R, Williams S, Poulton R, Moffitt T.** A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction* 2000; 95(4):491–503.
 27. **Solowij N, Stephens RS, Roffmaan RA., et al.** Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *J. Amer. Med. Assoc.* 2002; 287(9):1123–1131.
 28. **Miovský M. K článku V. Mravčíka „Drogy a dopravní nehody“.** *Čas. Lék. čes.* 2005; 144(8):555–556.
 29. **Nešpor K, Csémy L, Zima T.** Škodlivé účinky marihuany s odstupem několika let. *Čas. Lék. čes.* 2004; 143(7):490–491.
 30. *Problémy spojené s abúzem návykových látek. Farmakoterapeutické informace* 1999; 10:1–3.

31. **Mravčík V, Zábranský T, Vorel F.** Drogy a dopravní nehody. Čas. Lék. čes. 2005; 144(8):550–555.
32. **Mravčík V, Korčíšová B, Bejčková P, et al.** Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005. 109 s. ISBN 80-86734-59-5.
33. **Kubů P, Škařupová K, Csémy L.** Tanec a drogy 2000 a 2003. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. 94 s. ISBN 80-86734-77-3.
34. **Solowij N, Mitchie P, Fox A.** Effects of long-term cannabis use on selective attention: An event-related potential study. Pharmacology, Biochemistry and Behavior. 1991; 40:683–688.
35. **Pope HG, Yurgelun. Todd D.** The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. Journal of the American Medical Association 1996; 275:521–527.
36. **Block RI, Farnham S, Braverman K, et al.** Longterm marijuana use and subsequent effects on learning and cognitive functions related to school achievement: Preliminary study NIDA Research Monograph. 1990:96–111.
37. **Dornbush R, Clare G, Zaks A, et al.** Twenty-one day administration of marijuana in male volunteers. In Lewis M (Ed.). Current Research in Marihuana. New York: Academic Press, 1972:115–127.
38. **Mendelson J, Rossi A, Meyer R.** The Use ofMarihuana: A Psychological and Physiological Inquiry. New York: Plenum Press, 1974. 202 s. ISBN.
39. **Hall W, Degenhardt L, Lynskey M.** The health and psychological effects of cannabis use. Monograph Series No. 44. University of New South Wales. Commonwealth of Australia, 2001. 182 s. ISBN 0 644 50364 8.
40. **Solowij N.** Cannabis and Cognitive Functioning. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. ISBN-10:0521024803.
41. **Block RI, O'Leary DS, Hichwa RD, et al.** Cerebellar hypoactivity in frequent marijuana users. Neuroreport 2000; 11:749–753.
42. **Wilson W, Mathew R Turkington T, et al.** Brain morphological changes and early marijuana use: a magnetic resonance and positron emission tomography study. J. Addict. Dis. 2000; 19:1–22.
43. **Grant BF, Pickering R.** The relationship between cannabis use and DSM-IV cannabis abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. J. Subst. Abuse 1998; 10:255–264.
44. **Milich R, Lynam D, Zimmermann R, et al.** Differences in young adult psychopathology among drug abstainers, experimenters, and frequent users. J. Subst. Abuse 2000; 11:69–88.
45. **Harder VS, Morral AR, Arkes J.** Marijuana use and depression among adults: testing for causal associations. Addiction 2006; 101:1463–1472.
46. **Wilcox HC, Anthony JC.** The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. Drug Alcohol Depend. SuppJ., 2004; 76(7): 53–67.
47. **Degenhardt L, Hall W, Lynskey M.** Exploring the association between cannabis use and depression. Addiction 2003; 98:1493–1504.
48. **Copeland J.** Cannabis use, depression and public health. Addiction 2006; 101: 1380.
49. **Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U.** Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet 1987; 2:1483–1486.
50. **Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, et al.** Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. BMJ 2002; 325(23):1195–1212.
51. **Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, et al.** Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. BMJ 2005; 330(1):11–14.
52. **Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR.** Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. Psychological Medicine 2003; 33:15–21.
53. **Ferdinand RF, van der Ende J, Bongers I, et al.** Cannabis – psychosis pathway independent of other types of psychopathology. Schizophr. Res. 2005; 79(2–3):289–295.
54. **Hellerová P, Uhlíková P.** Psychotická porucha podmíněná kanabinoidy. Vox Pediat. 2004; 4(3):26.

-
55. **Linskey MT, Heath AC, Nelson EC, et al.** Genetic and environmental contributions to cannabis dependence in a national young adult twin sample. *Psychological Medicine* 2002; 32:195–207.
 56. **Heath AC, Bucholz KR, Madden PA, et al.** Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in men and women. *Psychological Medicine* 1997; 27:1381–1396.
 57. **Kendler KS, Karkowski LM, Neale MC, Prescott CA.** Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse and dependence in a US population-based sample of male twins. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57:261–269.
 58. **Gruber AJ, Pope HG.** Marijuana use among adolescents. *Pediatr. Clin. N. Amer.* 2002; 49:389–413.
 59. **Fergusson DM, Horwood LJ, Lyskey MT, Madden PA.** Early reactions to cannabis predict later dependence. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60:1033–1039.
 60. **Kandel DB, Yamaguchi K.** Stages of drug involvement in the U. S. population. In Kandel DB. (ed.). *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. New York: Cambridge University Press, 2002:65–89.
 61. **Hall WD, Lyskey M.** Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug and Alcohol Review* 2005; 24:39–48.
 62. **Csémy L.** Iniciae a progrese: pití alkoholu, kouření a užívání jiných drog u pražských adolescentů. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)* 1999; 34(3):147–154.
 63. **Gohlert FCH, Kiihn F.** *Od návyku k závislosti*. Praha: Euromedia Group k. s. – Ikar, 2001. 144 s. ISBN 8072029509.
 64. **von Sydow K, Lieb R, Pfister H, et al.** The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 64:347–361.
 65. **Palitzch D.** *Jugendmedizin*. München, Jena: Urban & Fischer, 1999.
 66. **Samková H.** Marihuana trochu jinak. *Lékařské listy* 2000; 28:23.
 67. **Gottlieb A.** *Vaříme s konopím*. Olomouc: Votobia, 1995. 115 s. ISBN 80-85885-70-0.
 68. **Zábranský T, Vorel F, Balíková M.** *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády, 2004. 64 s. ISBN 80 86734-37-4.
 69. **Mravčík V, Korčíšová B, Lejčková P, et al.** *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004.
 70. **Hall W, Degenhardt L, Lyskey M.** *The Health and Psychological Effects of Cannabis Use*. 2nd ed. Commonwealth of Australia: 2001. 182 s. ISBN O 644 50364 8.
 71. **Jones RT.** Cardiovascular system effects of marijuana. *J. Clin. Pharmacol. Suppl.* 2002; 42(11):58–63.
 72. **Marinella MA.** Stroke after marijuana smoking in a teenager with factor V Leyden mutation. *South Med. J.* 2001; 94(12):1217–1218.
 73. **Fischer BAC, Ghuran A, Vadamalai V, Antonios TF.** Cardiovascular complications induced by cannabis smoking: a case report and review of the literature. *Emerg. Med. J.* 2005; 22:679–680.
 74. **Kosior DA, Filipiak KJ, Stolarz P, Opolski G.** Paroxysmal atrial fibrillation rolloving marijuana intoxication: a two case report of possibile association. *Int. J. Cardiol.* 2001; 78(2):183–184.
 75. **Šebrlová J.** Intoxikace drogami v urgentní medicíně. *Lékařské listy* 2000; 50:16.
 76. **Hellerová P.** Signály zneužívání návykových látek u dospívajících a řešení v ordinaci pediatra. In Hrodek O, a kol. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002:550–553.
 77. **Calignano A, Katona I, Desernaud F, et al.** Bidirectional control of airway responsiveness by endogenous cannabinoids. *Nature* 2000; 408:96–101
 78. **Taylor DR, Poulton R, Moffitt TE.** The respiratory effects of cannabis dependence in young adults. *Addiction* 2000; 95(11):1669–1675.
 79. **van Boxtel CHJ, Santoso B, Edwards R.** *Drug Benefits and Risks*. International Textbook of Clininical Pharmacology. New York: John Wiley and Sons Ltd., 2001.
-

80. Šulcová A, Vinklerová J, Nováková J. Cannabinoida effects on behaviour and leukocyte phagocytosis. Workshop Psychopharmacology of Cannabis and Ecstasy. Brno, 2002: 30–32.
81. Miller BA, Daling JR, Weiss NS, Moore DE. Recreational drug use and the risk, of primary infertility. Epidemiology 1990; 1(3):195–200.
82. Haney M, Ward AS, Comer SD, et al. Abstinence symptoms following oral THC administration to humans. Psychopharmacology 1999; 141(4):385–394.
83. Watson SJ, Benson JA, Joy JE. Marijuana and medicine: Assessing the science base. Arch. Gen. Psychiatry 2000; 57:547–552.
84. Venderová K, Růžicka E, Višňovský P. Effect of cannabis on Parkinson's disease symptoms. Workshop Psychopharmacology of Cannabis and Ecstasy. Brno, 2002:58.
85. Hanák R. Novorozenec drogově závislé matky. Ami report 1996; 2:60–63.
86. Peychl I. Neonatální abstinční syndrom. Čes.-slov. Pediat. 2001; 56(11):663–666.
87. Miovský M, Miovská L. Aktuální situace užívání návykových látek v ČR a založení nového oboru addiktologie. Prakt. Lék. 2006; 86(3):138–143.
88. Hamanová J, Hellerová P. Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). Čes.-slov. Pediat. 2000; 55(6):380–387.
89. Kabíček P, Jacobs P, Hamanová J, Frouzová M. Aktuální problematika dorostového lékařství: Péče o dospívající ohrožené abúzem návykových látek. Postgraduální medicína 2006; 8(2):156–161.
90. Rey JM, Sawyer MG, Raphael B, et al. Mental health of teenagers who use cannabis. Results of an Australian survey. Brit. J. Psychiatry 2002; 180:216–221.
91. Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. Addiction 2000; 95:1621–1630.
92. Brook JS, Richter L, Whiteman M, Cohen P. Consequences of adolescent marijuana use: incompatibility with the assumption of adult roles. Genet. Soc. Psychol. Monogr. 1999; 125(2):193–207.
93. Elster AB, Kuznets NJ. AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994. 191 s.
94. Stronski SM, Ireland M, Michaud PA, Resnick MD. Protective correlates of stages in adolescent substance use: a Swiss National Study. JAR 2000; 26(6):420–427.
95. Miovský M, Šťastná L, Řehan V. Aktuální přehled stavu užívání konopných drog v České republice z perspektivy školních a celopopulačních studií. Psychiatrie 2004; 8(3):194–199.
96. Duberstein Lindberg L, Boggess S, Porter L, Williams S. Teen Risk-Taking: A Statistical Portrait. Washington: Urban Institute, 2000. 39 s.
97. Rada EU. Protidrogová strategie EU na období 2005-2012. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 27 s. ISBN 80-86734-64-1.
98. Votavová M. Systém péče o mladistvé problémové uživatele drog a závislé jedince v České republice. Čes. slov. Pediat. 2003; 58(11):681–688.
99. Akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 24 s. ISBN 80-86734-39-0.
100. Mravčík V. Drogy v médiích. Zaostrěno na drogy 2006; 4-3:1-8.
101. Strasburger VC, Brown RT. Adolescent Medicine. Boston, Toronto, London: Little, Brown and Comp, 1991. 569
102. Nešpor K. Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře. Praha: Galén, 1999. 111 s. ISBN 8072620029.
103. Kabíček P, Hamanová J. Prevence rizikového chování v dospívání. Postgraduální medicína 2005; 7(2):57–60.
104. Jessor R. New Perspectives on Adolescent Risk Behaviour. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. 564 s. ISBN-10:0521586070.

Převzato s laskavým svolením autorů a redakční rady z časopisu Čes.-slov. Pediat. číslo 3, ročník 2007.

DROGOVÁ SCÉNA V ČESKÉ REPUBLICE PO R. 1989

Popsat vývoj české drogové¹⁾ scény není snadné, neboť základní informace se od sebe liší nejen časovým horizontem, lokalitou, jednotlivými zdroji údajů, ale zejména sledovanými indikátory. Důležitým kritériem je zdroj informací (vzhledem k validitě údajů je důležitá nejen jeho dostupnost, ale zejména spolehlivost).

Pro každou drogovou scénu jsou charakteristické dva aspekty: nabídka a poptávka.

Nabídka bývá často označována jako drogový trh, jehož komponenty tvoří sortiment,²⁾ dostupnost, čistota a cena jednotlivých druhů drog. Nabídku lze odvodit s určitým omezením od pohybu cen (protože cena jako ekonomická kategorie je vždy výslednicí mezi nabídkou a poptávkou) jednotlivých druhů drog na nelegálním drogovém trhu.

Cena drog stoupá podle obecných zákonitostí trhu na jednotlivých stupních prodeje (stejně jako u jiného druhu zboží) směrem od větších objemů k menšímu množství obchodovaných drog. Také ceny na českém drogovém trhu podléhají změnám způsobeným událostmi radikálně omezujícími výrobu a pohyb drog na zahraničních (světových) trzích, nebo nedostatek na trhu ovlivní čistotu prodávané drogy – tj. koncentraci účinné látky v droze (např. zvýšená bezpečnostní opatření po teroristickém útoku na USA v r. 2001 ovlivnila cenu heroinu).

Protože se snáze získávají informace od konečného odběratele než od ostatních osob zapojených do nelegální distribuce a výroby drog, jsou policejní údaje o cenách drog týkající se obchodu v malém dostupnější a lépe odrážejí aktuální situaci na nelegálních trzích než údaje o cenách drog obchodovaných ve velkém.

Údaje v podobě minimální, a maximální ceny, kterou ve svých výpovědích uvedly osoby zapojené do nelegálního obchodu s nimi, získává od regionálních policejních ředitelství PČR Národní protidrogová centrála. Zprůměrováním všech cenových rozpětí udávaných každým policejním ředitelstvím získává NPC hodnoty, které uvádí jako průměrné ceny drog v ČR ve své výroční zprávě a v hlášeních pro mezinárodní organizace. Výroční zprávy NPC obsahují i některé další informace týkající se cen, čistoty i dostupnosti drog zaznamenané při konkrétních policejních akcích nebo v jednotlivých regionech ČR.

Proto je nutné brát aktuální cenové relace do úvahy pouze orientačně, s přihlédnutím k faktorům, které je vždy momentálně ovlivňují, jako je např. země původu OPL, množství a kvalita (tj. *koncentrace účinné látky*) prodávané drogy, poptávka ve vztahu k druhu drogy, osoba odběratele, místo prodeje atp.

I přes tato omezení patří ceny jednotlivých druhů drog při monitorování nelegálního trhu k důležitým a často sledovaným kritériím.

Dominantní drogou na českém trhu je dlouhodobě pervitin – metamfetamin, který jako typicky česká droga podnítil spolu se sniffingem (zejména v 80. letech minulého století) rostoucí zájem o zneužívání těchto látek v české populaci.³⁾

¹⁾ Termín droga je v textu užíván ve smyslu tzv. „nelegálních drog“, tj. omamných a psychotropních látek, jak jsou vymezeny zákonem č. 167/1998 Sb., v platném znění.

²⁾ – Zdrojem informací o sortimentu, čistotě a ceně jednotlivých druhů drog na nelegálním trhu v České republice jsou údaje Národní protidrogové centrály (NPC) od r. 1992 – předtím nebyly souhrnné informace k dispozici.

– Informace o dostupnosti jednotlivých druhů drog lze také získat celoplošnými výzkumy populace, zaměřenými na zjištění, zda byla respondentům droga nabídnuta (případně kolikrát), nebo zjištěním, kolik uživatelů drog má přímý kontakt na výrobce nebo prodejce.

– NPC získává údaje o čistotě zachycených a analyzovaných drog od Kriminalistického ústavu Praha a z hlášení jednotlivých útvarů Služby kriminální policie a vyšetřování (SKPV).

³⁾ Blíže viz např. Drtil J.,: Drogová scéna a její vývoj, Alkoholismus a drogové závislosti 5/1996, str. 285–287

Samozřejmě, stejně jako se postupně, ale pronikavě změnila česká společnost, došlo i k významným změnám na českém drogovém trhu (od relativně uzavřených narkomanských komunit, kdy část populace produkovala drogy nejen pro sebe, ale i pro větší okruh sobě známých konzumentů, až po současný nelegální trh klasického typu, ovládaný nejrůznějšími „mafii“, kde jsou drogy pouze lukrativním obchodním artiklem).

Vývoj cen jednotlivých druhů drog i postupně se rozšiřující sortiment těchto látek na našem pouličním trhu dokumentují následující tabulky.

Vývoj cen běžně dostupných OPL /v Kč/ v cenách a čistotě na úrovni pouliční distribuce

OPL	množství	1992	Průměr	1993	Průměr	1994	Průměr
Pervitin	1 gram	1000 – 1500	1 250	1000 – 1500	1250	1000 – 1500	1250
Heroin	1 gram	1 800		1800		800 – 1000	900
Kokain	1 gram	2000		2000		1800	
Marihuana	1 joint	30		30		30	
Hašiš	1 gram	350 – 500	425	300 – 500	400	200 – 400	300
Extáze	1 tableta	400 – 600	500	400 – 500	450	400 – 500	450
LSD	1 trip	200 -500	350	250 – 500	375	200 – 300	250

Vývoj cen běžně dostupných OPL /v Kč/ v cenách a čistotě na úrovni pouliční distribuce

OPL	množství	1995	Průměr	1996	Průměr	1997	Průměr
Pervitin	1 gram	800 – 1200	1000	800 – 1000	900	800 – 1000	900
Heroin	1 gram	600 – 1000	800	400 – 800	600	1000	
Kokain	1 gram	1500 – 3000	2250	1500 – 3000	2250	1500 – 3000	2250
Marihuana	1 joint	20		30		20	
Hašiš	1 gram	100 – 200	150	200 – 400	300	200 – 400	300
Extáze	1 tableta	250 – 500	375	400		300 – 400	350
LSD	1 trip	200 – 300	250	250		250	

Vývoj cen běžně dostupných OPL /v Kč/ v cenách a čistotě na úrovni pouliční distribuce

OPL	množství	1998	Průměr	1999	Průměr	2000	Průměr
Pervitin	1 gram	800 – 1000	900	800 – 1000	900	800 – 1000	900
Heroin	1 gram	600 – 1000	800	600 – 1000	800	800 – 1000	900
Kokain	1 gram	2000 – 2500	2250	2000 – 2500	2250	2000	
Marihuana	1 joint	20 – 30	25	20 – 30	25	20 – 25	23
Hašiš	1 gram	200 – 300	250	200 – 300	250	1000	
Extáze	1 tableta	300 – 500	400	300 – 500	400	80 – 150	115
LSD	1 trip	100 – 200	150	100 – 200	150	50 – 100	75

Vývoj cen běžně dostupných OPL /v Kč/ v cenách a čistotě na úrovni pouliční distribuce

OPL	množství	2001	Průměr	2002	Průměr	2003	Průměr
Pervitin	1 gram	900 – 1500	1200	300 – 3500	1900	500 – 2000	1250
Heroin	1 gram	1000		700 – 2000	1350	800 – 1500	1150
Kokain	1 gram	1800 – 2250	2025	1500 – 3000	2250	1500 – 3000	2250
Marihuana	1 joint	250		150 – 600	375	30 – 300	165
Hašiš	1 gram			150 – 400	275	200 – 500	350
Extáze	1 tableta	150 – 250	200	20 – 360	180	150 – 500	325
LSD	1 trip	200		50 – 300	175	70 – 300	185
Amfetamin	1 gram			600 – 1200	900	600 – 1300	950
Morfin	1 ml			600 – 2000	900		
Opium	1 ml			100		100	
GHB	1 ml			200 – 300	250		
Diazepam	1 tableta					5	
Rohypnol	1 tableta					20 – 25	23
Subutex	2 mg					100 – 200	150
Marihuana scunk						200 – 300	250
Braun	1 ml					100	
Lysohlávky	1 ks					5	

Vývoj cen běžně dostupných OPL /v Kč/ v cenách a čistotě na úrovni pouliční distribuce

OPL	množství	2004	Průměr	2005	Průměr ¹⁾
Pervitin	1 gram	400 – 2000	1100	400 – 2000	1017
Heroin	1 gram	800 – 1800	1050	500 – 2000	1089
Kokain	1 gram	1500 – 3000	2300	1500 – 3000	2264
Marihuana	1 joint	20 – 300	170	10 – 50	30
Hašiš	1 gram	150 – 500	280	150 – 500	225
Extáze	1 tableta	100 – 500	230	80 – 500	280
LSD	1 trip	70 – 300	170	70 – 300	181
Amfetamin	1 gram	600 – 1200	920	600 – 1000	942
Opium	1 ml	100			
GHB	1 ml			50	
Diazepam	1 tableta	5 – 10	8	5	
Rohypnol	1 tableta	10 – 50	30		
Subutex	2 mg	100 – 200	165	100 – 250	190
Subutex	8 mg	250 – 300	275	250 – 600	375
Marihuana scunk		100 – 350	225		
Marihuana ²⁾	1 gram			20 – 350	167
Braun	1 ml	100			
Toluen	1 kg			60 – 75	68

¹⁾ Průměr vypočítaný ze všech uvedených jednotlivými okresy.

²⁾ Cenu za gram bez ohledu na procento účinné látky – nelze rozlišit.

I když se všeobecně předpokládalo, že k vytvoření drogového trhu západního typu dojde až v době plné konvertibility měny, již koncem roku 1993 bylo zjevné, že otevřený drogový trh (v té době převážně s domácím pervitinem a s heroinem) se bude „obohacovat“ o další zahraniční drogy (LSD, hašiš, extázi, kokain a další). Dochází i k většímu šíření drog zejména mezi mladou populací, pro niž se experimentování s drogami stalo nejen módou, jedním z prostředků, jak vyjádřit svou „svobodu“ či bohužel dokonce způsobem trávení volného času.

S postupujícími změnami v české společnosti dochází i ke snahám organizovaného zločinu expandovat na náš drogový trh. To se od roku 1994 projevuje zaváděním tzv. dumpingových cen některých „klasických“ zahraničních drog. Pro dokumentaci uchycení produkce zahraničních drog na území České republiky lze uvést jejich orientační ceny (jak jsou zaznamenány v tabulkách v předchozím textu) v porovnání s domácí produkcí. Jeden gram pervitinu jakožto drogy domácí produkce bylo možno zakoupit za částku 1000 – 1500,- Kč a drogy zahraniční produkce v mnoha případech levněji: např. hašiš 1 gram za 200 – 400,- Kč, LSD 1 trip za 200 – 300,- Kč a heroin 1 gram za 800 – 1000,- Kč. Pouze kokain byl dražší, 1 gram za 1800 – 2000,- Kč, ale byly zaznamenány i místní poklesy cen až na 1000,- Kč za 1 gram.⁴⁾ Z uvedeného přehledu cen jednotlivých druhů drog vyplývá charakteristické snižování typické pro tzv. „dumpingové ceny“ s cílem vytvořit na území České republiky trvalé odbytiště těchto látek. Zvláště zaváděcí cena heroinu byla pro uživatele velmi nízká, a proto byl heroin přitažlivý nejen pro svoji módnost, dostupnost a „cizokrajnost“, ale především pro svoji cenu, která byla nižší než u pervitinu. Cílem bylo převést co nejvíce uživatelů z pervitinu na heroin.

Náš drogový trh se koncem 90. let plně vyrovnal trhům západním co do sortimentu, a pokud jde o ceny, ty byly nižší, a v letech 1994 – 1995 měly dokonce klesající tendenci. Přelom století lze charakterizovat především zmenšováním relativně uzavřené a roztříštěné pervitinové scény, skládající se z malých skupinek kolem jednotlivých vaříčů, a jejím nahrazováním klasickou sítí organizovaného zločinu, který nejen získal větší kontrolu nad výrobou a prodejem pervitinu, ale zároveň pro něj našel odbyt na zahraničních trzích. Vzniká tak velký, organizovaný pervitinový trh, který je strukturou i zákonitostmi obdobou trhu heroinového a postupně se s ním propojuje.

S narůstající komercializací původně subkulturní taneční scény, která byla od počátku spojena s užíváním tzv. tanečních drog (extáze, halucinogeny), stoupá i jejich popularita. Vzrůstá také experimentování a příležitostní resp. „rekreační“ konzumace konopných látek mezi mladou populací.

Začátkem roku 2002 dochází k většímu cenovému výkyvu, kdy byl policejními složkami zaznamenán nárůst ceny pervitinu z důvodu nedostatku výchozí suroviny efedrinu na nelegálním trhu v důsledku přerušení provozu jeho největšího výrobce v ČR, ICN a. s. Roztoky. V této souvislosti byla zaznamenána zvýšená výroba metamfetaminu z léčiv, které efedrin v různé formě obsahují. Jednalo se zejména o lék Modafen a další volně prodejné léky s obsahem pseudoefedrinu, a to Paralen plus. Výroba metamfetaminu z těchto léčiv přetrvávala ve zvýšené míře zhruba do měsíce dubna 2002. Od této doby bylo na nelegálním trhu v ČR množství efedrinu v relativně dostatečném množství, a proto se ceny vyrobeného pervitinu v přímém pouličním prodeji opět stabilizovaly na částku 1000,- Kč za 1 g, tedy na částku 100,- Kč za jednu dávku.

V posledních 5 letech dochází na trhu s marihuanou k rozšíření hydroponního („indoor“) pěstování konopí. Snižuje se podíl marihuany rozšiřované zdarma (zejména mezi známými) a stoupá počet uživatelů, kteří ji nakupují, přičemž dochází k rozdílným cenovým relacím. Marihuana scunk, která je pěstována na hydroponní bázi, je obvykle pro větší obsah THC dražší (koncentrace THC v marihuaně se pohybuje nejčastěji mezi 3 – 7 %, u hydroponně pěstované marihuany kolem 13 %).⁵⁾

Podle informací policie je v roce 2002 zaznamenáván prudký nárůst počtu uživatelů syntetických drog, zejména extáze (XTC) a GHB. Extáze se distribuuje na většině tanečně hudebních produkcí a v klubech.⁶⁾ V případě jednotlivého nákupu její cena klesala až na rozmezí od 150,- do 250,- Kč při odběrech ve stovkovém množství byla cena kolem 80,-Kč, v případech tisícových odběrů se cena za tabletu pohybovala mezi 50,- až 60,- Kč. Nákupní cena tablety XTC při odběru mnoha tisícových

⁴⁾ Viz např. Komorous J.,: Současná situace v oblasti nedovolené výroby, dovozu, převozu, vývozu, obchodu a šíření OPL na území České republiky, Bulletin NPC č. 1/1995, str. 9–14.

⁵⁾ Údaje z různých zdrojů se liší.

⁶⁾ Lze předpokládat, že prevalence užívání (těchto) drog a pravděpodobně i jejich dostupnost je mezi návštěvníky tanečních akcí ve srovnání s obecnou populací vysoká.

množství v zahraničí (jedná se zejména o Nizozemí a Belgie) nepřesáhla v přepočtu 40,- Kč. Zároveň došlo na našem území k masivnímu nárůstu výskytu nové syntetické drogy GHB, které se přezdívá „tekutá extáze“ nebo GABA.

V r. 2003 patřil mezi nové trendy nelegální obchod se substitučním preparátem Subutex, který je některými uživateli prodáván za vyšší cenu. Jeho cena v lékárnách je cca pětinasobně nižší.

V posledních 3 letech nedošlo podle policie na drogovém trhu k výraznějším změnám. Ve všech regionech a sociálních skupinách je nejdostupnější a nejrozšířenější drogou marihuana. Spotřeba marihuany, ať již pro osobní potřebu, nebo za účelem zisku, je z významné části kryta pěstováním konopí na našem území, ale pro ostatní drogy zůstáváme cílovou, případně tranzitní zemí. Česká republika je produkční zemí pervitinu (metamfetaminu), který je také ilegálně vyvážen do zahraničí, nejčastěji do SRN. Čistota zachycených drog se v posledním období snížila u heroinu, zvýšila u pervitinu, podíl tablet extáze, které obsahují MDMA jako účinnou látku, se zvyšuje.

Základní drogy jsou dostupné i v menších městech a jejich dostupnost se zvyšuje. Stabilní dostupnost základních typů drog potvrzuje i poměrně stabilní úroveň jejich cen na nelegálním trhu v posledních letech. Vyskytují se regionální rozdíly a rozdíly na různých úrovních distribučního řetězce, ale jejich sledování represivními složkami je obtížné.⁷⁾

Prezentované informace alespoň částečně ukázaly vývoj nabídky základních typů drog na české drogové scéně.

Poptávku lze odvodit od zájmu populace o užívání drog, zahrnuje prevalenci užívání drog ve všeobecné populaci i prevalenci užívání drog v rizikových – cílových skupinách populace včetně kvalitativních údajů o rozsahu drogové scény. Její evidence tvoří klíčový zdroj informací (i když zdaleka ne dostačující) pro kvantitativní hodnocení rozsahu a závažnosti drogové scény v České republice i jejích hlavních trendů.

Zájemce o drogy lze podle frekvence užívání rozdělit na:

- jednorázové – zkusí jednou a dost
- experimentální – experimentuje na rozdíl od jednorázového opakovaně s jedním druhem, nebo případně s více druhy OPL
- příležitostné⁸⁾ – vyhledává příležitosti, spojuje užívání s určitými aktivitami nebo okruhem lidí
- pravidelné až problémové (podle definice EMCDA) či závislé uživatele drog – užívá OPL bez vazby na místo, čas a prostředí.

Z dostupných dat vyplývá, že existuje značná disproporce mezi počtem těch, kteří drogu jednorázově zkusí, kteří opakovaně experimentují, těmi, kteří vyhledávají příležitosti k jejímu užívání, a těmi, kteří ji pravidelně užívají a stávají se problémovými uživateli, popř. závislými na drogách.

Kategorie „problémový uživatel“ představuje obvykle pravidelné užívání drog s různě vyjádřenými zdravotními či sociálními problémy, nikoliv však nutně se závislostí na drogách, a podle definice EMCDDA je problémové užívání drog definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo amfetaminů a/nebo kokainu.

V ČR tvoří převážnou část problémových uživatelů drog uživatelé pervitinu a heroinu. Zneužívání opiátů, které jsou součástí léků, je v České republice (i přes nárůst zneužívání Subutexu v poslední době) hodnoceno jako málo časté, stejně tak jako sezónní užívání opiátů vyráběných podomácku z makovic. Také užívání kokainu je v ČR málo časté a prozatím není v ČR ani součástí definice problémového užívání.

Kategorie „závislý uživatel“ se od pravidelných či problémových uživatelů neliší frekvencí, ale následky užívání drog, které jsou z lékařského hlediska klasifikovány jako choroba.

Rozsah a frekvence užívání drog je nejvyšší ve velkých městech, ale musíme mít stále na paměti, že

⁷⁾ Ceny drog zůstávají v poslední době stabilní, a to i přes zjištěné meziroční rozdíly v čistotě drog analyzovaných represivními složkami, které jsou způsobeny započtením záchytů většího množství drog o vyšší čistotě ještě před konečným ředěním.

⁸⁾ Někdy se používá termín rekreační, ten však může vyvolávat představu situace, při které člověk regeneruje své síly příp. bezproblémového, pohodového užívání.

existuje poměrně rozsáhlá „skrytá“ populace uživatelů drog, kteří nejsou v kontaktu s žádnou zdravotní ani sociální institucí. Tato populace není přístupná jakékoliv intervenci a představuje značné společenské riziko (zdravotní komplikace, šíření infekčních chorob, kriminalita).

Podle zatím uváděných údajů počet evidovaných uživatelů drog narůstá každým rokem, ale údaje nemají přesnou vypovídací hodnotu. Platí totiž – čím méně služeb je poskytováno, tím nižší je incidence, čím méně je nízkoprahových zařízení, tím méně je nově evidovaných uživatelů.

Validní informace o poptávce a jejích trendech z hlediska jejího vývoje lze vyčíst z údajů mapujících drogovou scénu prostřednictvím jednotlivých epidemiologických⁹⁾ studií.

Drogovou epidemiologii provádí hygienická služba na základě usnesení vlády ČR č. 446/1993. Znamená to, že je v této oblasti koordinátorem uvedených činností.

Centrální pracoviště drogové epidemiologie při Hygienické stanici hl. m. Prahy sleduje od roku 1995 incidenci¹⁰⁾ a prevalenci léčených uživatelů drog v celé republice.¹¹⁾ Byl vybudován hlásný systém, který pokrývá všechna významná státní i nestátní zařízení (léčebná a kontaktní centra – L/K)¹²⁾ poskytující péči osobám s problémy ve vztahu k nealkoholovým návykovým látkám. Zároveň jsou zde zaznamenány i trendy některých deskriptivních ukazatelů, jakými jsou např. věk, pohlaví, injekční užívání drog a druh užívané drogy. Data, která pracoviště shromažďuje, jsou zpracovávána a zveřejňována ve čtvrtletních zprávách. S touto periodicitou je také možné sledovat vývoj trendů v incidenci problémového užívání drog.

Epidemiologické studie prezentované Hygienickou službou hl. města Prahy evidují dvě základní skupiny osob:

1. prvožadatele – tj. osoby, které poprvé v životě požádaly o léčebnou, poradenskou či sociální službu (každoročně od roku 1995)
2. všechny uživatele drog, kteří vyhledali pomoc resp. služby v léčebném/kontaktním centru v daném roce (registr od r. 2002)

V současné době jsou k dispozici údaje za 11 let o nově registrovaných uživatelích drog v jednotlivých letech, tj. za období 1995 – 2005, a údaje o všech léčených uživatelích drog v letech 2002 – 2005. Stávající drogový informační systém neumožňuje zachytit ani tu uživatelskou¹³⁾ část populace, která ještě nemá při užívání drog zdravotní či jiné problémy motivující ji k návštěvě L/K centra, ani tzv. skrytou¹⁴⁾ populaci uživatelů drog, kteří alespoň zatím jakoukoliv pomoc těchto L/K center z nejrůznějších důvodů odmítají, a ani užívání drog ve věznicích. To však snižuje validitu a význam zjištěných údajů a trendů týkajících se nově zachycených i všech léčených uživatelů drog a jimi užívaných drog.

Stručný souhrn a trendy léčených uživatelů drog za období 1995 – 2005

Problémy spojené s užíváním nelegálních nealkoholových drog v České republice začaly narůstat v souvislosti se změnou společenské situace v r. 1989.

⁹⁾ Validní informace o uživatelích drog v české populaci za předcházející období nejsou k dispozici.

¹⁰⁾ Jak v incidenci, tak v prevalenci je každý klient vykazován pouze jedenkrát v hodnoceném kalendářním roce, bez ohledu na počet jeho návštěv v příslušném zařízení či na návštěvy ve více těchto zařízeních.

¹¹⁾ Drogový informační systém (DIS) svým zaměřením i obsahem respektuje doporučení Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu (EMCDDA). Vychází ze sledování incidence problémových uživatelů drog - žádosti o první léčení jako základního zdravotního indikátoru drogové scény. Je kompatibilní se systémem sběru dat EMCDDA, jehož standardizovaný formulář (Pompidou Group) využívá.

Drogový informační systém je dále rozšířen o sledování dalších zdravotních indikátorů, konkrétně o incidenci virových hepatitid a HIV/AIDS u osob s rizikovým chováním, sledování akutních intoxikací v souvislosti s užíváním drog a analýzu úmrtí, ke kterým došlo v souvislosti s užíváním drog.

¹²⁾ Databáze L/K center je pravidelnou přílohou každé výroční zprávy za jednotlivý rok. Typy L/K center, která poskytla data: nízkoprahové zařízení, ambulantní zařízení, lůžková zařízení.

¹³⁾ Informace o této části uživatelů drog je možno získat pomocí cílených dotazníkových studií - většinou zaměřených na školní populaci, nebo někdy zaměřených i na celou populaci.

¹⁴⁾ Informace o tzv. skryté populaci problémových uživatelů drog vycházejí jednak z kvalifikovaných odhadů expertů, případně jsou odhady jejich prevalence uskutečňovány pomocí různých metod, lišících se dostupností a spolehlivostí použitých zdrojů dat.

Sledování trendů užívaných drog a charakteristik jejich uživatelů na celostátní úrovni eliminuje náhodné místní i časové výkyvy a posloužilo jako základní orientační východisko pro popis drogové scény v České republice v letech 1995 – 2005.

Zatímco stoupající charakter některých trendů (např. incidence léčených uživatelů drog) může být částečně ovlivněn i postupně se zvyšujícím počtem hlásících L/K center a hláskou morálkou jejich pracovníků,¹⁵⁾ směřování u jiných trendů tato skutečnost nijak neovlivňuje, a tyto trendy objektivně informují o vývoji české drogové scény (např. druhy užívaných drog a jejich aplikace).

TRENDY NOVĚ EVIDOVANÝCH UŽIVATELŮ DROG – ŽADATELŮ O LÉČBU v ČR 1995 – 2005 Základní data 1995 – 2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Incidence na 100 000 obyvatel	23,9	31,5	30,4	37,4	37,7	40,3	41,2	45,9	40,4	45,1	42,9
Průměrný věk (v rocích)	22,8	21,5	20,8	20,6	20,8	20,9	21,3	21,8	21,9	22,7	22,9
Poměr mužů a žen	2,4:1	1,9:1	1,7:1	2,0:1	1,9:1	1,9:1	1,9:1	2,1:1	2,0:1	2,1:1	2,2:1
Procento uživatelů mladších 19 let	47,2	57,4	54,1	52,4	49,1	47,5	43,9	42,4	43,5	36,0	34,4
Procento injekčních uživatelů	54,3	56,5	55,0	61,8	64,0	62,3	64,8	58,5	60,5	64,9	64,0
Počty nově evidovaných uživatelů	529 tj.	1050 tj.	945 tj.	909 tj.	1094 tj.	1229 tj.	1362 tj.	947 tj.	794 tj.	822 tj.	808 tj.
heroinu (základní i sekundární droga) ¹⁶⁾	21,4 % %	32,3 % %	30,2 % %	23,6 % %	28,1 % %	29,6 % %	32,2 % %	20,1 % %	19,1 % %	17,9 % %	18,5 % %
Počty nově evidovaných uživatelů	1252 tj.	1757 tj.	1946 tj.	2642 tj.	2554 tj.	2576 tj.	2545 tj.	2932 tj.	2761 tj.	3243 tj.	3126 tj.
pervitinu (základní i sekundární droga) ¹⁷⁾	50,7 % %	54,0 % %	62,1 % %	68,5 % %	65,6 % %	62,1 % %	60,1 % %	62,1 % %	66,4 % %	70,5 % %	71,5 % %

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Z analýzy prezentovaných epidemiologických údajů vyplývají dále uváděné trendy:

Celkový počet nově evidovaných léčených uživatelů drog po výrazném vzestupu v roce 2002 se v roce 2003 snížil, ale v roce 2004 došlo znovu k nárůstu (druhý nejvyšší počet nově léčených klientů od roku 1995). Pokles jejich počtu v roce 2005 souvisí s vyšším vyřazováním léčených uživatelů drog pro podezření na záznam o již hlášené osobě, a také s neposkytováním úplných dat z některých L/K center.

¹⁵⁾ Do zpracování dat se v období roku 2001 prvně promítlo nové státoprávní uspořádání.

Je pravděpodobné, že na snížení počtu léčených uživatelů drog v letech 2004–2005 se podílí i způsob kódování klientů z nízkoprahových center, u nichž je uváděn místo data narození pouze rok narození (na základě rozhodnutí Úřadu pro ochranu osobních údajů, který datum narození označil jako citlivý údaj a nepovolil jeho předávání v rámci drogového informačního systému). Proto je nutno každé čtvrtletí prověřovat stovky záznamů a upřesňovat, zda se nejedná o záznam o stejném klientovi. Centrální pracoviště drogové epidemiologie tak v průběhu roku vyřazuje zhruba 800 záznamů jak tzv. „duplicitní“ nebo změnová hlášení. Záznam je z evidence vyřazen již v případě podezření na stejnou osobu klienta, pokud se nepodaří jednoznačně odlišit, že se jedná o dva různé klienty. Tím jsou celková čísla o léčených uživatelích podhlášená.

¹⁶⁾ Každý jednotlivě uváděný údaj znamená celkový počet příp. % nově evidovaných uživatelů heroinu (který je uváděn jako droga základní, nebo sekundární) ze všech nově evidovaných uživatelů drog v daném roce.

¹⁷⁾ Každý jednotlivě uváděný údaj znamená celkový počet příp. % nově evidovaných uživatelů pervitinu (který je uváděn jako droga základní, nebo sekundární) ze všech nově evidovaných uživatelů drog v daném roce.

Poměr mužů a žen užívajících drogy se v posledních letech příliš nemění.

U dvou nejnebezpečnějších drog, heroinu a pervitinu, lze pozorovat určité rozdíly mezi pohlavími. Ženy – uživatelky pervitinu – ve věkové skupině 15 – 19 let převažují nad muži jak mezi žadateli o prvou léčbu, tak i mezi všemi klienty. Muži – uživatelé heroinu – převažují ve všech věkových kategoriích nad ženami. Zatímco u uživatelů pervitinu je možno v posledních letech pozorovat velmi mírný nárůst zastoupení mužů, kteří nyní tvoří asi 66 % uživatelů pervitinu, pak převaha mužů – uživatelů heroinu je větší a dosahuje 70 %.

Muži – uživatelé heroinu a pervitinu jsou zhruba o 1,5 – 2 roky starší než ženy.

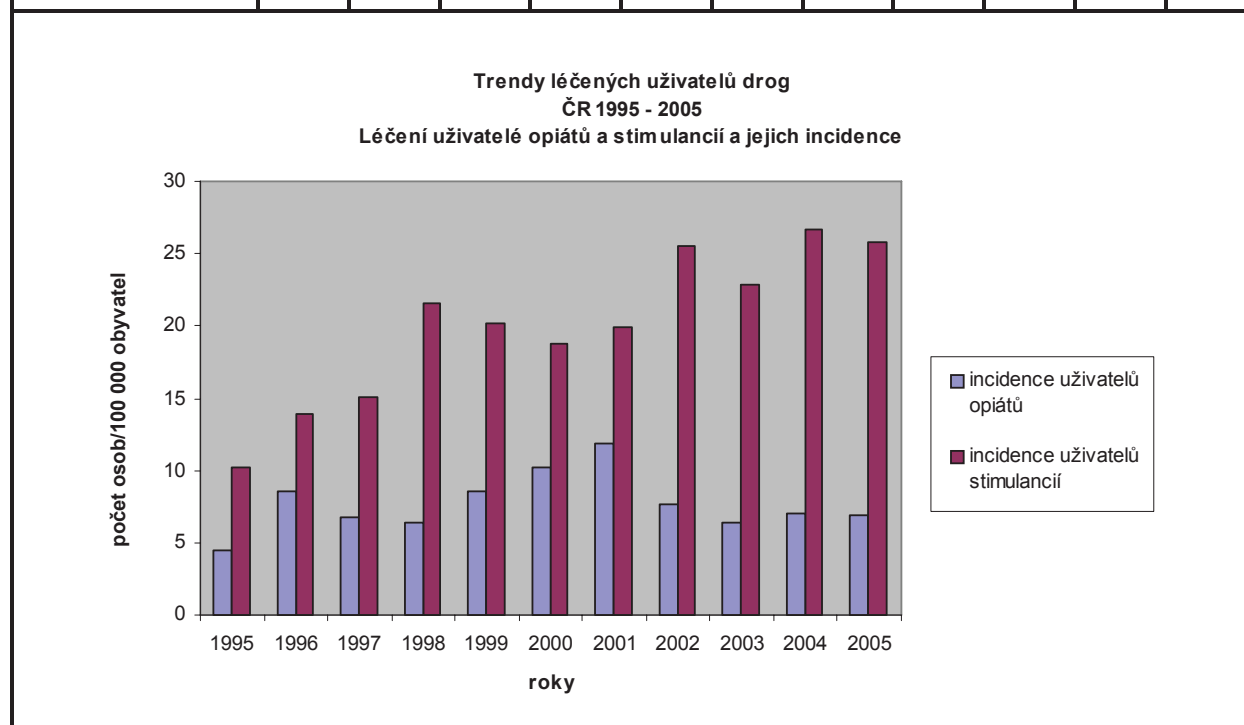
Věk uživatelů drog představuje jeden z nejvýznamnějších ukazatelů, které charakterizují drogovou scénu v ČR. Podíl léčených uživatelů drog mladších 19 let se ve srovnání s předchozími lety stále snižuje a poklesl na 34,4 %.

Pokračuje trend mírného vzestupu *průměrného věku* nových léčených uživatelů drog. Je tedy možno konstatovat mírné stárnutí uživatelů drog, kteří přicházejí s žádostí o léčbu do L/K center. Průměrný věk všech léčených uživatelů heroinu, pervitinu, marihuany a rozpustidel má mírně vzestupný trend, pouze u marihuany se v posledních 2 letech nezměnil. Při porovnání s průměrným věkem nově evidovaných uživatelů vybraných drog je věk všech léčených uživatelů drog zhruba o 1 rok vyšší, u uživatelů rozpustidel dokonce o více než 2 roky.

ČR, 1995 – 2005

Léčení uživatelů opiátů a stimulantů a jejich incidence na 100 tis. obyvatel

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Incidence uživatelů opiátů	4,5	8,6	6,8	6,4	8,5	10,2	11,9	7,7	6,4	7,0	6,9
Incidence uživatelů stimulantů	10,2	13,9	15,1	21,6	20,2	18,8	19,9	25,5	22,8	26,7	25,8
počet nových uživatelů opiátů	457	882	692	657	869	1044	1213	788	656	710	702
počet nových uživatelů stimulantů	1038	1421	1540	2199	2064	1917	2029	2598	2323	2727	2632



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Podíl *injekčních uživatelů drog* v jednotlivých rocích kolísá, přesto je stále poměrně vysoký. Počty injekčních uživatelů drog každoročně narůstaly do roku 2002, v roce 2003 byl sice zaznamenán pokles jejich počtu, ale v roce 2004 byl zaznamenán dosud nejvyšší počet nových injekčních uživatelů drog od roku 1995. V roce 2005 jich bylo evidováno celkem 26 158.

Mezi injekčními uživateli drog vysoce převažují uživatelé pervitinu.¹⁸⁾ Naopak počty injekčních uživatelů heroinu po výrazném poklesu v r. 2002 zůstávají v posledních třech letech téměř na stejné výši, ale jejich počet v r. 2005 je ve srovnání s r. 2001 poloviční.

Injekční aplikace u uživatelů pervitinu tvoří téměř 78 %, v posledních dvou letech se snížil podíl žen, které aplikují pervitin injekčně. V průběhu roku 2005 téměř 86 % uživatelů heroinu aplikovalo drogu injekčně. Tento poměr v aplikaci drogy se v posledních letech prakticky nemění, pouze v posledním roce se změnilo procentuální zastoupení mužů a žen aplikujících drogu injekčně v neprospěch žen.

Věk prvního užití základní drogy umožní sledovat délku doby užívání drog před první návštěvou L/K center, tedy doby, která uplyne, než užívání drogy vyústí v nějaké zdravotní či socioekonomické problémy, vedoucí k žádosti o terapii. U uživatelů obou nejzávažnějších drog dochází v průběhu sledovaných let ke zřetelnému prodlužování intervalu mezi prvním užitím těchto drog a první návštěvou L/K centra, zejména narůstají podíly klientů užívajících drogu 6 a více let před návštěvou L/K centra. Uživatelé pervitinu se objevují se svými problémy v L/K centrech dříve než uživatelé heroinu. Vysvětlení pro prodlužování intervalu mezi prvním užitím drogy a žádostí o první léčení může být pouze spekulativní, v úvahu přichází větší počet výměnných programů stříkaček a jehel a dalších programů harm-reduction, obavy z represe, možnosti řešení problémů svépomocí apod.

Mezi všemi léčenými uživateli drog je nejčastěji užívanou drogou pervitin, počet jeho uživatelů každoročně narůstá a zvětšuje se podíl pervitinu jako sekundární drogy, kterou užívají především uživatelé heroinu. Druhou nejčastěji užívanou drogou je marihuana, u níž se mírně snižuje počet uživatelů jako drogy základní, naopak zejména v posledních dvou letech narůstá počet uživatelů marihuany jako drogy sekundární. Relativně velmi častá je kombinace kanabinoidů s alkoholem. LSD je všemi léčenými uživateli udávána většinou jako droga sekundární, počet jejích uživatelů po poklesu v letech 2003- 2004 mírně stoupl. Extáze je také s převahou droga užívaná jako sekundární. Počet uživatelů extáze jako základní drogy mezi léčenými uživateli drog stále klesá, ale výrazně se zvyšuje počet jejích uživatelů jako drogy sekundární. Počet uživatelů rozpustidel jako základní drogy má setrvalě sestupnou tendenci, ale narůstá počet uživatelů rozpustidel jako drogy sekundární, zejména u uživatelů heroinu, pervitinu, ale i marihuany.¹⁹⁾ Psilocybin představuje téměř výhradně drogu sekundární, počet jeho uživatelů se mírně zvyšuje. Mimořádný je vzestup počtu uživatelů Subutexu,²⁰⁾ který je zhruba v polovině případů užíván jako droga sekundární, většina evidovaných uživatelů této drogy ji užívá nesubstitučně.

Zhruba 55 – 60 % léčených uživatelů drog užívá kromě základní drogy také 1 – 2 drogy sekundární. Jako sekundární droga je nejčastěji užívána marihuana, dále pervitin, extáze a heroin.

Mezi zdravotní důsledky injekčního užívání drog patří virové hepatitidy.²¹⁾ Podíl injekčních uživatelů drog mezi nemocnými virovou hepatitidou C je podstatně vyšší než u hepatitid typu A nebo B. Vzestup zaznamenal v letech 1997 – 2000, a po poklesu v letech 2001 a 2002 se opět zvýšil na 64,2 % v roce 2005.

Počty HIV²²⁾ pozitivních injekčních narkomanů zůstávají stále velmi nízké. Ke dni 31. 12. 2005 bylo v České republice evidováno 827 HIV pozitivních osob, z toho bylo 37 případů u injekčních uživatelů

¹⁸⁾ Informace o tom, zda injekční uživatelé drog identifikovaní v dřívějších letech v této aplikaci drogy i nadále pokračují, nejsou k dispozici. Mohl by je upřesnit pouze celostátní registr problémových uživatelů drog, který by ve změnových hlášeních průběžně zaznamenával nejen změny v užívaných drogách a ve způsobu aplikace drogy, ale přinášel by i informace o případném vyléčení klienta či o jeho event. úmrtí.

¹⁹⁾ Léčebná a kontaktní zařízení pro uživatele drog nejsou většinou orientována na skupinu uživatelů těkavých látek, kteří proto jen výjimečně vstupují do léčebných programů, a tudíž lze pravděpodobně konstatovat podhlášenost jejich počtu.

²⁰⁾ Subutex je přípravek, který je lékaři ordinován problémovým uživatelům opiátů při substituční léčbě. NPC zaznamenala i případy prvouživatelů Subutexu, kteří etapu užívání opiátů „přeskočili“.

²¹⁾ Informace o virových hepatitidách A,B,C, jejichž výskyt má souvislost s rizikovým chováním a injekčním užíváním drog, jsou získávány prostřednictvím automatizovaného hlášení infekčních onemocnění EPIDAT.

²²⁾ Zdrojem informací o výskytu HIV/AIDS u injekčních narkomanů je Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS ve Státním zdravotním ústavu.

drog. Koncem roku 2005 bylo v ČR evidováno celkem 196 případů AIDS, z toho se v 5 případech jednalo o injekční uživatele drog.

Nepřímým indikátorem zdravotní závažnosti užívání drog je sledování *intoxikací*²³⁾ v souvislosti s užitím drogy – jsou zjišťována data o jejich frekvenci, podílu jednotlivých drog na evidovaných případech i o charakteristikách intoxikovaných osob.

Zajímavým zjištěním je zvýšení podílu intoxikací kanabinoidy v letech 2002 – 2003, který však opět klesá. Rozpustidla, která tvořila zhruba 15 % případů v roce 1995, byla v následujících letech podstatně méně často příčinou intoxikací. Zvýšení podílu intoxikací toluenem a rozpustidly v r. 1998 svědčí o jejich „znovuobjevování“, zejména v nejmladších věkových skupinách. U této skupiny látek pozorujeme dlouhodobě kolísání podílu v jednotlivých letech, ale nikdy nedochází k dlouhodobějšímu poklesu nebo vzestupu, jde tedy o trvalou součást drogové scény, avšak v posledních letech nikdy nedošlo k vzestupu jejich podílu na 10 %. V posledním roce představují jen asi 5 % ze všech případů.

Z informací o intoxikacích uživatelů drog v jednotlivých letech lze vyvodit:

- podíl mužů a žen se dlouhodobě podstatně nemění (zhruba 3/5 mužů a 2/5 žen)
- ženy převažují ve skupině intoxikovaných sedativy/hypnotiky
- nejčastěji zachycenou sekundární drogou je alkohol, zhruba u 2/5 intoxikovaných jde o intoxikaci dvěma a více látkami
- zvýšení počtu intoxikací heroinem bývá nejčastěji zaznamenáno ve věkové skupině nad 40 let, u pervitinu ve věkové skupině 15 – 19 let
- injekční aplikace stále jednoznačně převažuje u intoxikací heroinem a pervitinem
- bezdomovci jsou v malých počtech mezi intoxikovanými heroinem, pervitinem a benzodiazepiny, nejvyšší podíl mají u intoxikovaných toluenem

Z pravidelně monitorovaných ukazatelů charakterizujících jednotlivé uživatele drog a jejich sociální prostředí lze shrnout tyto **socioekonomické trendy**:

- Při sledování geografické distribuce četnosti problémových uživatelů drog lze pozorovat vyrovnávání dřívějších rozdílů mezi jednotlivými regiony, ale v zastoupení jednotlivých skupin drog existují stále významné odlišnosti, zejména ve vzájemném poměru uživatelů pervitinu a heroinu.
- Užívání drog je u nás v nepřímé úměře s dosaženým vzděláním. Souvisí to i s věkovým složením problémových uživatelů, kteří dosud nestihli jiné než základní vzdělání, a také asi již vyššího vzdělání nedosáhnou (např. v r. 2003 55 % z problémových uživatelů drog mělo pouze základní či nedokončené vzdělání (51 % z mužů a dokonce 63 % z žen)).
- Nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících je mezi všemi klienty cca 50 %. Vyšší je podíl nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících mezi muži. Nezaměstnané uživatele drog nacházíme nejčastěji v Ústeckém kraji, v Praze, v Jihomoravském kraji a v Plzeňském kraji.
- Asi polovina všech léčených uživatelů drog žije s rodiči, často klient udává, že žije pouze sám – častěji muži než ženy. Závažné jsou informace o tom, že spolu s uživatelem drog žijí děti, ať již s partnerem či bez něj. Samy s dítětem žijí výrazně častěji ženy než muži.
- S rozmachem vysoce rizikových drog v naší republice v posledních 10 letech dochází s určitým zpožděním k častějším graviditám toxikomanek a porodům dětí, které jsou v prvních dnech života ohroženy v důsledku toxikomanie matky. Zatím není dostatek informací o jejich dalším vývoji.
- Osob s přechodným bydlištěm, osob umístěných v nějakém zařízení či dokonce bezdomovců je výrazně více mezi opakovaně léčenými a dlouhodobými uživateli drog než mezi žadateli o první léčbu – v těchto kategoriích je výrazně vyšší podíl mužů ve srovnání s ženami.
- Mezi evidovanými uživateli drog byly v posledních letech častěji uváděny osoby s jinou než českou národností a u poměrně značného počtu uživatelů drog nebyla národnost uvedena. Nejčastěji mezi všemi klienty byla kromě české uvedena národnost slovenská a romská.

²³⁾ Intoxikace – akutní předávkování nebo zdravotní komplikace související s užitím drogy. Třídění do skupin drog bylo provedeno podle hlavní (první uvedené) drogy. U větší části hlášených příhod bylo uvedeno více návykových látek.

- Okolnosti, které uživatele drog vedly či dokonce přinutily k návštěvě L/K centra a k žádosti o léčebnou či poradenskou službu: zhruba 60 – 65 % všech (i nových) klientů přišlo do L/K center z vlastního rozhodnutí, případně pod vlivem některého rodinného příslušníka (v roce 2003 dokonce 74 % ze všech klientů). Sociální služba, soudy či policie jsou jako iniciátoři návštěvy v L/K centru uváděny pouze okolo 7 % u všech, i u nových klientů.

Z uvedených údajů vyplývá, že v posledních letech lze drogovou scénu v České republice hodnotit jako stabilizovanou, a to jak v nabídce jednotlivých druhů drog, tak v jejich cenových relacích.

Autorka si dovolila dát k úvaze jeden z možných pohledů na vývojový trend České drogové scény po r. 1989 a je si vědoma, že popsat vývoj drogové scény v České republice v kontextu zde uváděných údajů je poněkud zjednodušující, ale žádné další souhrnné údaje mapující tak dlouhý časový úsek, které by bylo možno označit za relativně validní, nejsou k dispozici.

Závěrem lze konstatovat, že v současné době je prezentován (ovšem pouze od r. 2003) kompilující materiál „Výroční zpráva o stavu ve věcech drog“ Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (bylo zřízeno usnesením vlády č. 643 ze dne 19. června 2002) podávající souhrn multifaktoriálních informací o aktuální drogové scéně v České republice v daném kalendářním roce.

Souhrn:

Jedním z významných a ve vyspělých zemích pravidelně sledovaných aspektů je vývoj nelegální drogové scény, mapovaný prostřednictvím údajů z epidemiologických studií a údajů o čistotě a cenových relacích jednotlivých druhů drog. Drogovou epidemiologii provádí Centrální pracoviště drogové epidemiologie při Hygienické stanici hl. m. Prahy od roku 1995. Základním zdrojem aktuálních cenových relací jsou výroční zprávy NPC a GRČ. Tyto údaje byly zdrojem pro prezentovaný nástin postupného vývoje české drogové scény a současné trendy v této oblasti.

PhDr. Ivana TRÁVNÍČKOVÁ, CSc. IKSP Praha

Literatura:

- Incidence problémových uživatelů drog, ČR – 1995, Hygienická stanice hl. m. Prahy, 1996
- Epidemiologie drogových závislostí Česká republika 1996, 1997, 1998, Hygienická stanice hl. m. Prahy
- Epidemiologie drog a uživatelů drog Česká republika 1999, 2000, 2001, Hygienická stanice hl. m. Prahy
- Výroční zpráva ČR – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog 2002, 2003, 2004, 2005, Hygienická stanice hl. m. Prahy
- Výroční zpráva Národní protidrogové centrály za roky 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005
- Drtil J.,: Drogová scéna a její vývoj, Alkoholismus a drogové závislosti 5/1996, str. 285–287
- Komorous J.,: Současná situace v oblasti nedovolené výroby, dovozu, převozu, vývozu, obchodu a šíření OPL na území České republiky, Bulletin NPC č. 1/1995, str. 9–14
- Redakční rada: Situace v oblasti nelegálního obchodu a zneužívání nejznámější drogy domácího původu – pervitinu, Bulletin NPC 2/97 str. 4–5

ZDRAVOTNÍ RIZIKA POČÍTAČOVÝCH HER A VIDEOHER

Souhrn

Tato práce shrnuje zdravotní rizika videoher. K nim patří nezdravý životní styl s nedostatkem pohybu, onemocnění pohybového systému, obezita, virtuální nevolnost, zvýšené riziko úrazů a větší sklon riskovat, epilepsie, zhoršení interpersonálních vztahů a vyšší úzkost v sociálních vztazích, zvýšená agresivita a oslabení prosociálního chování. Tento výčet není úplný, lze např. předpokládat, že excesivní věnování se videohrám zvyšuje riziko problémů působených alkoholem a jinými látkami. Hraní počítačových her souviselo v populaci českých dospívajících s častějším konzumem alkoholických nápojů, zejména piva, destilátů nebo míchaných alkoholických nápojů, dále s častějším kouřením cigaret a kouřením marihuany. Objevila se i souvislost s rvačkami a šikanováním druhých a sníženou známkou z chování. V odborné literatuře se objevuje tendence řadit excesivní hraní videoher do blízkosti patologického hazardního hráčství, tedy mezi návykové a impulzivní poruchy

Klíčová slova: Počítačové hry – Videohry – Zdravotní rizika – Násilí – Návykové nemoci

Úvod

Rozvoj techniky s sebou přináší nové možnosti, ale i nová nebezpečí. V následujícím textu se zaměříme na rizika počítačových her, a to zvláště pro děti a dospívající. Pojem videohry (anglicky video games), který se v následujícím textu vyskytuje, zahrnuje nejen počítačové hry, ale i hry provozované např. na mobilních telefonech nebo za pomoci jiných zařízení spojených se zobrazovací jednotkou.

Životní styl

Je mimo pochybnost, že děti a dospívající v průmyslově vyspělých zemích tráví v současnosti mnohem více času sedavým způsobem života, než tomu bylo u minulých generací. To s sebou přináší četná zdravotní rizika (např. onemocnění pohybového systému, obezita, diabetes, kardiovaskulární nemoci). Hardy a spol. (2006) uvádějí u dívek mezi 12. až 15. rokem signifikantní nárůst času stráveného vsedě, při čemž videohry, video a televize se na času stráveném vsedě podílely téměř třetinou.

Pohybový systém

Hakala a spol. (2006) identifikovali častou manipulaci s počítači jako nezávislý rizikový faktor pro bolesti šíje a ramen a bolesti bederní páteře. Rozšíření počítačů a času, který děti a dospívající s počítači tráví, považují citovaní autoři za faktor, který vysvětluje nárůst těchto obtíží od roku 1990 do současnosti. Citovaní autoři považují počítačové aktivity doslova za „nové riziko pro veřejné zdraví“. Burke a Peper (2002) konstatují, že užívání joysticku a hraní počítačových her bylo signifikantním a nezávislým prediktivním faktorem pro tělesné obtíže, nejčastěji bolesti zápěstí a zad. Kratenová (2007) a spol. zjistili u 38,3 % českých dětí ve věku 11 až 15 let vadné držení těla. České děti se věnovaly tělesnému cvičení a sportu v průměru 4 hodiny týdně, kdežto sledování televize a hraní počítačových her jim zabralo v průměru 14 hodin týdně.

Obezita a jídelní návyky

Shields (2006) uvádí, že vzestup obezity se u kanadských dětí mezi lety 1978/1979 až 2004 ztrojnásobil, což dává mimo jiné do souvislosti s nárůstem „obrazovkového času“ (televize, videohry, počítače). Carvalhal a spol. (2007) konstatují nárůst nadváhy a obezity u portugalských dětí už ve věku 7 – 9 let a dávají to do souvislosti s časem tráveným elektronickými hrami. Stettler a spol. (2004) konstatují, že hraní videoher je v populaci švýcarských dětí nezávislým rizikovým faktorem obezity. S uvedenými je ve zdánlivém rozporu práce Van den Bulcka a Eggermonta (2006), kteří zjistili u 13 až 16letých kvůli televizi a počítačovým hrám vynechávání jídla. Lze totiž předpokládat, že excesivní hraní elektronických her a sledování televize přispívají ke všeobecně nesprávným jídelním návykům.

Virtuální nevolnost, tendence riskovat a úrazy

Fischer a spol. (2007) zjistili, že po hraní závodivé hry měly experimentální osoby tendenci více riskovat, než když hráli neutrální hry. Riziko úrazů zvyšují i poruchy rovnováhy, které se objevují po skončení her obsahujících např. simulovanou jízdu autorem (např. Fushiki a spol. 2005). To není pouze problémem počítačových her, ale i simulátorů pohybu, které se používají např. při výcviku v armádě (Regan a Price, 1994). Citovaní autoři popisují kromě poruch závratí i nevolnost, žaludeční obtíže a bolest hlavy. Zdá se, že výskyt, trvání a závažnost těchto obtíží se liší u různých osob. Ma a Jones (2003) uvádějí, že u dětí, které se více věnovaly sledování televize, počítačovým hrám a videohrám, docházelo častěji ke zlomeninám horních končetin. Lehké tělesné cvičení se naopak uplatňovalo jako ochranný činitel.

Oči

Dlouhé hodiny hraní videoher a podobné aktivity zatěžují nemalým způsobem zrak. Blehm a spol. (2005) hovoří o počítačovém zrakovém syndromu, který se projevuje napětím očí, jejich únavou, podrážděním, zčervenáním, rozmazaným a dvojitým viděním. Časté bývají také bolesti hlavy způsobené očními problémy. Jen pro zajímavost uvádím, že z hlediska očí je patrně nejvýhodnější, když pohled směřuje mírně dolů (ovšem příliš nízkou umístěný monitor může vést k špatnému držení krku a páteře a působit jiné problémy). Kromě popsaných obtíží patrně dochází i k dalším poruchám. Tak Tong a spol. (2002) popisují závažnější formy astigmatismu u dětí ve věku 7 – 9 let, které se více věnovaly videohrám a užívání počítače.

Epilepsie

Obraz epilepsie vyvolané videohrou byl poprvé popsán v roce 1981. Shoja a spol. (2007) dávají v současnosti vyšší výskyt fotosenzitivní epilepsie do souvislosti s nástupem nových technologií, zejména televize a videoher. Chuang (2006) se zaměřil na výskyt epileptických záchvatů u hráčů interaktivních online her. Těmto hrám se údajně věnuje více než 3,4 miliónu lidí na Tchaj-wanu, 4 milióny v Koreji, 2 milióny v USA a 7 miliónů v Číně. Nové online hry jsou krvavější, násilnější, složitější a graficky propracovanější. Autor cituje práce, podle nichž souvisejí online hry s emočními poruchami, nutkavým myšlením a násilným chováním. Citovaný autor popsal soubor 10 osob, u nichž online hry vyvolávaly epileptické záchvaty. Uzavírá, že se jedná o heterogenní soubor, který se liší od fotosenzitivní epilepsie vyvolané videohrami, a doporučuje hráče před tímto rizikem varovat.

Vztahy, sociální dovednosti, školní prospěch

Podle Lo a spol. (2005) dochází u dospívajících, kteří se věnují online hrám, ke zhoršení kvality interpersonálních vztahů a k úzkosti v sociálních vztazích, a to úměrně času, který trávili těmito hrami. Lze předpokládat, že mezilidským vztahům škodí i agresivita, o níž více dále. Adaptaci dospívajícího patrně zhoršuje také okolnost, že „obrazovkový čas“ je nezávislým rizikovým faktorem pro špatný školní prospěch (Sharifa a Sargenta, 2006).

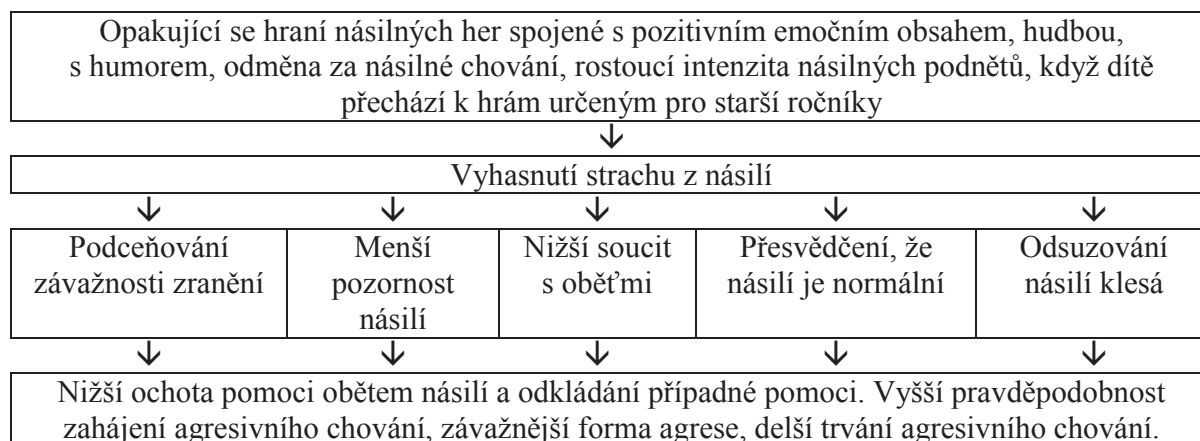
Násilí

Carnagey a spol. (2006) uvádějí, že více než 85 % videoher obsahuje nějakou formu násilí a přibližně polovina z nich násilné chování závažného charakteru. Haninger a Thompson (2004) zjistili mezi 396 videohrami určenými pro dospívající podíl násilných videoher v 94 %. Lemmens a spol. (2006) uvádějí, že násilné videohry preferují spíše chlapci s menší mírou vcítění, se sklonem k násilí a s nižší inteligencí. Podle citovaných autorů je v tomto případě kauzalita obousměrná, protože násilné videohry mimo vůči násilí desenzitizují a snižují empatii. Alikasifoglu a spol. (2007) popsali soubor šikanovaných a šikanujících dospívajících. Mimo jiné zjistili mezi šikanovanými i šikanujícími bylo více kuřáků, těch a kdo pili alkohol a věnovali se počítačovým hrám. Bushman a Huesmann (2006) dokládají metaanalýzou, že násilí v médiích včetně televize a počítačových her, zvyšuje z krátkodobého hlediska více agresivitu u dospělých než u dětí, z dlouhodobého hlediska naopak ale více agresivitu u dětí než u dospělých. Zdá se, že nejnebezpečnější formy násilí v počítačových hrách jsou ty, které může dospívající v reálném životě snadno napodobit. Např. bodnutí nožem v takové hře představuje pro okolí dospívajícího větší riziko než používání interkontinentálních raket. Gentile a Stone (2005) shrnují poznatky v této oblasti a uvádějí, že násilné hry podněcují agresivní emoce, vyvolávají související změny fyziologie a korelují s agresivním chováním. Bartholow a spol. (2005) uvádějí, že kromě desenzitizace vůči násilí se při agresivních hrách navíc oslabuje empatie a narůstá hostilní vnímání okolí. Bushman a Huesmann

(2006) dále konstatují, že už prostá přítomnost zbraně v zorném poli zvyšuje množství agresivních myšlenek, to platí tím spíše v situaci, kdy někdo pozoruje agresivní chování.

Děti, podobně jako mláďata primátů, mají tendenci napodobovat to, s čím se setkávají. Desenzitizace vůči krvi nebo porušení integrity lidského těla může být užitečná např. pro chirurga. U dospívajících je však nevýhodná, protože se tak snižují užitečné zábrany při používání násilí vůči sobě nebo druhým. Bushman a Huesmann (2006) uvádějí, že násilně se chovající kladní hrdinové jsou z hlediska učení se násilí ještě nebezpečnější než násilně se chovající záporné postavy. Závažná je i skutečnost, že násilné videohry vedou u dětí a dospívajících k snížení prosociálního chování (přehled viz Carnegie a spol., 2006). Citovaní autoři uvádějí, že v experimentu došlo po 20 minutách hraní agresivních her při pozorování násilí k relativně nižšímu vzestupu tepové frekvence a kožní galvanické reakce, než když před tím hrály pokusné osoby nenásilné hry. Podle Funka (2005) by měli klinici povzbuzovat rodiče, aby omezovali hraní agresivních videoher u dětí a podněcovali jejich kritické uvažování. Brady a Matthews (2006) konstatují, že agresivní videohry jsou nebezpečné pro všechny dospívající a představují zvláště velké riziko pro dospívající, kteří vyrůstali v násilně se chovajících rodinách či společenstvích.

Obr. 1. Desenzitizace vůči násilí během násilných her (volně podle Carnegie a spol., 2006)



Návyková rizika

Existuje tendence řadit patologický vztah k počítačům, internetu a videohrám mezi návykové a impulzivní poruchy (tj. do stejné skupiny jako např. patologické hráčství, pro které je ale charakteristické hraní o peníze či jinou hmotnou odměnu). Mezi lidmi nadměrně se věnujícími počítačům byl zjištěn vysoký výskyt jiných duševních problémů, manželských konfliktů a syndrom vyhoření. To by nemělo překvapit, protože uvedené faktory jsou rizikovými činiteli i ve vztahu k závislosti nebo patologickému hráčství.

Ng a Wiemer-Hastings (2005) hovoří přímo o internetové závislosti a k jejím projevům řadí selhávání ve škole nebo problémy v rodinných i dalších vztazích. Grusser a spol. (2005) vytvořili na základě definic závislosti a patologického hráčství Mezinárodní klasifikace nemocí a americké DSM-IV novou diagnostickou kategorii, kterou nazvali „excesivní hraní počítačových her a videoher“. V jejich souboru dětí ve věku 11 až 14 let se tato porucha vykytovala v 9,3 %. Citovaní autoři popisovali u postižených dětí jiné komunikační vzorce, zhoršenou schopnost soustředění na školní povinnosti a odlišné způsoby, jak zvládat negativní emoce. Autoři považují excesivní hraní videoher za neadekvátní způsob zvládnutí stresu. Podobně Johansson a Gotestam (2004) přirovnávají excesivní provozování počítačových her k patologickému hráčství, i když počítačové hry nejsou finančně odměňovány. Výskyt této nové poruchy v norské populaci 12 – 18letých odhadují na 2,7 % (téměř 4x častěji u chlapců). S použitím adaptované definice patologického hráčství podle DSM-III-R zjistili Griffiths a Hunt (1998) výskyt závislosti na počítačových hrách mezi 12-16letými Brity u jednoho z pěti dospívajících. Autoři tohoto sdělení považují za nejvhodnější řadit „závislost“ na počítačových hrách do skupiny „jiné návykové a impulzivní poruchy“ (kód F63. 8 podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí). Leung (2004) upozorňuje, že na Internetu a online hrách „závislí“ dospívající používají počítač především k navození libosti nebo útěku před nepříjemnými duševními stavy, kdežto normální dospívající ho používají k racionální práci s informacemi.

Zneužívání alkoholu, drog a patologické hráčství

Griffiths a Wood (2000) srovnávají excesivní věnování se počítačovým hrám s patologickým hráčstvím a konstatují, že některé videohry se hazardním hrám v mnoha směrech podobají. Uvedení autoři také upozorňují na rizika hazardních her na Internetu. V některých videohrách objevuje i zneužívání psychoaktivních látek (Thompson a spol. 2006). Jestliže se nepříznivý vliv televize na zneužívání alkoholu prokázal (Robinson a spol., 1998), význam počítačových her v tomto směru není zcela jasný. Je ovšem známo, že jedna návyková nemoc může snadno přejít v jinou (např. závislost na heroinu v závislost na alkoholu nebo patologické hráčství v závislost na alkoholu), proto je třeba dospívajícím, kteří měli problémy s excesivním hraním počítačových her, věnovat zvýšenou pozornost při prevenci škod působených psychoaktivními látkami. Zajímavá práce MacDougall a spol. (1983) zjistili, že kombinace stresující videohry a kouření tabáku zvýšila krevní tlak více, než by odpovídalo součtu zvýšení tlaku pro samotné kouření nebo samotnou videohru. Za zneklidňující lze považovat zjištění Bradyho a Matthewse (2006), že po skončení hraní násilné videohry se u zkoumaných dospívajících objevily mimo jiné i permissivnější postoje k alkoholu a marihuaně.

Další zdravotní a psychologická rizika

Uvedený výčet zdravotních rizik v důsledku excesivního věnování se počítačovým hrám není úplný. Např. Kimata (2003) popsal v souvislosti s videohrami zvýšený výskyt kožních alergických reakcí. S ohledem na stres, který provází videohry, zvýšení krevního tlaku (Brady a Matthews, 2006), hypokinezu, větší tendenci riskovat a další okolnosti lze předpokládat i další rizika.

Krátce o léčbě

Youngová (Young, 1998) uvádí, že strategie, které se používají při léčbě, zahrnují především práci s motivací, změnu životního stylu, využívání vlivu širšího okolí, rozpoznávání spouštěčů a vyhýbání se jim nebo jejich lepší zvládnutí, prohlubování sebeuvědomění, udržování dobrého stavu a prevenci relapsů. Autorka také upozorňuje na skutečnost, že návykové chování ve vztahu k Internetu může být formou úniku před jinými duševními problémy, které je třeba také léčit. Jedná se o postupy, které se používají i při léčbě jiných návykových nemocí (Nešpor, 2000). Kontrolované studie týkající se efektivity léčby „závislosti“ na počítačových hrách jsme ale v literatuře nenašli, důvodem mohou být i neustálená diagnostická kritéria této poruchy.

Videohry u dětí a dospívajících

Je známo, že návykové problémy se rozvíjejí v dětství a dospívání rychleji. Nedostatečný rozvoj sociálních dovedností a jednostranný životní styl má také v dětství a dospívání vyšší rizika než v pozdějších letech. Velmi rizikový je pro děti prvek násilí v počítačových hrách, který může podstatně zhoršit schopnost jejich adaptace ve společnosti. Děti jsou navíc v souvislosti se školními povinnostmi více ohroženy hypokinezou (nedostatkem pohybu), což s sebou přináší četná rizika. Toho by si měli být vědomi rodiče, pedagogové i příslušníci pomáhajících profesí.

Počítačové hry v životě českých dětí

Informace o tom, do jaké míry se čeští dospívající věnují počítačovým hrám, resp. jaké mají počítačové hry souvislosti s některými formami chování, jsme získali z databáze studie *Mládež a zdraví* (The Health Behaviour in School-aged Children) (Csémy, 2007). Data pocházejí z roku 2006 a týkají se pouze žáků 9. tříd ZŠ (N= 1665, 842 chlapců, tj. 50,6%). Hraní počítačových her bylo velmi rozšířené mezi chlapci – 52 % uvedlo, že hraje počítačové hry ve všední dny alespoň dvě hodiny, o víkendech to bylo 62 %. U děvčat se hra touto intenzitou vyskytovala podstatně řidčeji (15, respektive 17 procent). Korelační analýzou jsme zjišťovali těsnost souvislosti mezi intenzitou hraní počítačových her (kategorizováno počtem hodin věnovaných hře během všedních dnů a během víkendových dnů) a mezi frekvencí kouření, pití alkoholických nápojů, užívání marihuany, dále mezi rvačkami, šikanováním druhých a výskytem snížené známky z mravů. Výsledky naznačily, že mezi sledovanými formami chování a hraním počítačových her existuje statisticky významný vztah, i když hodnoty korelačních koeficientů nebyly vysoké. Výsledky lze interpretovat tak, že časté hraní počítačových her souvisí s častějším konzumem alkoholických nápojů, zejména piva, destilátů nebo míchaných alkoholických nápojů, dále s častějším kouřením cigaret a kouřením marihuany. Rovněž je zde naznačena souvislost s častějšími rvačkami a šikanováním druhých a sníženou známkou z chování.

V obecné rovině je možné předpokládat, že děti, které v nadměrné míře hrají počítačové hry, mají současně také horší kontrolu regulace chování.

Prim. MUDr. Karel NEŠPOR, CSc. a PhDr. Ladislav CSÉMY

Literatura

Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak-Kaymak D. Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *Eur J Pediatr*. 2007.

(www.springerlink.com/content/21m7110438h118l3/?p=faa9aba62cca434ba5c3d07025ff6efa&pi=0).

Bartholow BD, Sestir MA, Davis EB. Correlates and consequences of exposure to video game violence: hostile personality, empathy, and aggressive behavior. *Pers Soc Psychol Bull*. 2005;31(11):1573-1586.

Blehm C, Vishnu S, Khattak A, Mitra S, Yee RW. Computer vision syndrome: a review. *Surv Ophthalmol*. 2005;50(3):253-262.

Brady SS, Matthews KA. Effects of media violence on health-related outcomes among young men. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(4):341-347.

Burke A, Peper E. Cumulative trauma disorder risk for children using computer products: results of a pilot investigation with a student convenience sample. *Public Health Rep*. 2002;117(4):350-357.

Bushman BJ, Huesmann LR. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(4):348-352.

Carnagey, NL, Anderson, CA, Bushman BJ. The effect of video game violence on physiological desensitization to real-life violence. *J. Exp. Soc. Psychol*. 2006, http://sitemaker.umich.edu/brad.bushman/recent_publications.

Carvalho MM, Padez MC, Moreira PA, Rosado VM. Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *Eur J Public Health*. 2007;17(1):42-46.

Chuang YC. Massively multiplayer online role-playing game-induced seizures: a neglected health problem in Internet addiction. *Cyberpsychol Behav*. 2006;9(4):451-456.

Csémy L. Studie Mládež a zdraví. Data zpracovaná pro toto sdělení 2007.

Fischer P, Kubitzki J, Guter S, Frey D. Virtual driving and risk taking: do racing games increase risk-taking cognitions, affect, and behaviors? *J Exp Psychol Appl*. 2007;13(1):22-31.

Funk JB. Children's exposure to violent video games and desensitization to violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2005;14(3):387-404, vii-viii.

Fushiki H, Kobayashi K, Asai M, Watanabe Y. Influence of visually induced self-motion on postural stability. *Acta Otolaryngol*. 2005;125(1):60-64.

Gentile DA, Stone W. Violent video game effects on children and adolescents. A review of the literature. *Minerva Pediatr*. 2005;57(6):337-358.

Griffiths MD, Hunt N. Dependence on computer games by adolescents. *Psychol Rep*. 1998;82(2):475-80.

Griffiths M, Wood RT. Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the internet. *J Gambl Stud*. 2000;16(2-3):199-225.

Grusser SM, Thalemann R, Albrecht U, Thalemann CN. Excessive computer usage in adolescents—results of a psychometric evaluation. *Wien Klin Wochenschr*. 2005;117(5-6):188-195.

Hakala PT, Rimpela AH, Saarni LA, Salminen JJ. Frequent computer-related activities increase the risk of neck-shoulder and low back pain in adolescents. *Eur J Public Health*. 2006;16(5):536-541.

Haninger K, Thompson KM. Content and ratings of teen-rated video games. *JAMA*. 2004;291(7):856-865.

Hardy LL, Bass SL, Booth ML. Changes in sedentary behavior among adolescent girls: a 2. 5-year prospective cohort study. *J Adolesc Health*. 2007;40(2):158-165.

Johansson A, Gotestam KG. Problems with computer games without monetary reward: similarity to pathological gambling. *Psychol Rep*. 2004;95(2):641-650.

- Kimata H. Enhancement of allergic skin wheal responses in patients with atopic eczema/dermatitis syndrome by playing video games or by a frequently ringing mobile phone. *Eur J Clin Invest.* 2003;33(6):513-517.
- Kratenova J, Zejglicova K, Maly M, Filipova V. Prevalence and risk factors of poor posture in school children in the Czech Republic. *J Sch Health.* 2007;77(3):131-137.
- Lemmens JS, Bushman BJ, Konijn EA. The appeal of violent video games to lower educated aggressive adolescent boys from two countries. *Cyberpsychol Behav.* 2006;9(5):638-641.
- Leung L. Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction. *Cyberpsychol Behav.* 2004;7(3):333-348.
- Lo SK, Wang CC, Fang W. Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychol Behav.* 2005;8(1):15-20.
- Ma D, Jones G. Television, computer, and video viewing; physical activity; and upper limb fracture risk in children: a population-based case control study. *J Bone Miner Res.* 2003;18(11):1970-1977.
- MacDougall JM, Dembroski TM, Slaats S, Herd JA, Eliot RS. Selective cardiovascular effects of stress and cigarette smoking. *J Human Stress.* 1983;9(3):13-21.
- Nešpor K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál 2000; 152 (2005 vychází 3. rozšířené vydání).
- Ng BD, Wiemer-Hastings P. Addiction to the internet and online gaming. *Cyberpsychol Behav.* 2005;8(2):110-113.
- Regan EC, Price KR. The frequency of occurrence and severity of side-effects of immersion virtual reality. *Aviat Space Environ Med.* 1994;65(6):527-530.
- Robinson TN, Chen HL, Killen JD. Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. *Pediatrics.* 1998; 102(5):E54.
- Sharif I, Sargent JD. Association between television, movie, and video game exposure and school performance. *Pediatrics.* 2006 ;118(4):e1061-70.
- Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep.* 2006;17(3):27-42.
- Shoja MM, Tubbs RS, Malekian A, Jafari Rouhi AH, Barzgar M, Oakes WJ. Video game epilepsy in the twentieth century: a review. *Childs Nerv Syst.* 2007;23(3):265-267.
- Stettler N, Signer TM, Suter PM. Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland. *Obes Res.* 2004;12(6):896-903.
- Thompson KM, Tepichin K, Haninger K. Content and ratings of mature-rated video games. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(4):402-410.
- Tong L, Saw SM, Carkeet A, Chan WY, Wu HM, Tan D. Prevalence rates and epidemiological risk factors for astigmatism in Singapore school children. *Optom Vis Sci.* 2002;79(9):606-613.
- Van den Bulck J, Eggermont S. Media use as a reason for meal skipping and fast eating in secondary school children. *J Hum Nutr Diet.* 2006;19(2):91-100.
- Young KS. Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction – and a winning strategy for recovery. New York: John Wiley & Sons 1998; 250.

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Národní koordinátor Evropského akčního plánu o alkoholu Světové zdravotnické organizace

Psychiatrická léčebna, Oddělení léčby závislostí (muži)

www.plbohnice.cz/nesor

PhDr. Ladislav Csémy

Psychiatrické centrum Praha

csemy@pcp-lf3.cuni.cz

NÁVYKOVÉ LÁTKY NA HROMADNÝCH AKCÍCH

Jsou-li hromadné akce spojeny s určitým zážitkem, ať už kulturním, či sportovním, je v současnosti zvykem, tradicí či samozřejmostí umocnit tento zážitek pozřením určitých látek, a to zpravidla návykových. Nebudu brát v potaz látky nenávykové, kdy se na hromadných akcích podává např. pitná voda, což je ve svém důsledku de facto pozitivní věc, neboť jde o preventivní opatření předcházející zdravotním kolapsům jednotlivců, ke kterým zpravidla na hromadných akcích dochází. Je to dáno faktem, že na místě, kde se nachází více jednotlivců na menším a mnohdy uzavřeném prostoru, je dáno větší riziko, ať už přehřátí organismu (tento jev bude popsán i u některých návykových látek), tak i hrozí dehydratace organismu.

Jak jsem již uvedl, předmětem mého rozboru věci budou návykové látky, a to jak návykové látky legální, tak návykové látky nelegální. Tyto látky jsou uvedeny jednak v zákoně č. 379/2005 Sb.,¹⁾ kde je uveden jmenovitě alkohol, tabák a jiné návykové látky, a dále jsou návykové látky (nelegální) uvedeny v zákoně č. 167/1998 Sb.²⁾

ALKOHOL

Obecně v naší populaci lze za nejrozšířenější návykovou látku považovat alkohol. Vzhledem k tomu, že je ve společnosti konzumování alkoholu tolerováno a při určitých příležitostech dokonce i předpokládáno či snad vyžadováno, je tato návyková látka považována za legální a není tak uvedena na seznamu zakázaných návykových látek. I když to z pohledu některých odborníků, zejména lékařů, může být na škodu. Pokud se budu nyní řídit terminologií některých jedinců zabývajících se drogovou problematikou a budu podle nich rozlišovat pojmy měkké a tvrdé drogy (přitom s tímto dělením návykových látek zásadně nesouhlasím – vysvětlím později), tak lze alkohol zařadit mezi tzv. tvrdé drogy. Popravdě ale netuším, co vše tento pojem „tvrdá droga“ obsahuje. Já osobně si myslím, že kritérií, podle kterých by se návykové látky mohly dělit, je několik.

Tak především je zde dáno zdravotní riziko, při jehož posouzení lze alkohol považovat za velmi nebezpečnou návykovou látku, která přímo ohrožuje nejen zdravotní stav jedince, kdy dochází k poškození životně důležitých orgánů, ale i jeho život samotný. Při požívání alkoholu jako návykové látky je zde také dáno riziko předávkování, které souvisí se stavem bezvědomí a následné možnosti zhoršení zdravotního stavu a též riziko smrti. S tímto zdravotním rizikem souvisí i postup policistů při zabezpečování hromadných akcí. Z taktického hlediska je na místě být v neustálém komunikačním spojení se zdravotníky dohlížejícími na místě a připravenými v případě zdravotních komplikací některého z účastníků hromadné akce zasáhnout.

Ne že bych chtěl podceňovat schopnosti policistů poskytnout včas a správným způsobem zdravotní pomoc, jistě se v policejním sboru najdou jedinci v tomto směru fundovaní, ale myslím, že převážná většina policistů toho schopna není. To, že pokulhává metodické vzdělávání policistů v tomto směru, je druhá stránka věci, ale tento problém není předmětem tohoto článku. Je na jiných odpovědných lidech z řad policie či příslušného ministerstva, aby zlepšili, popřípadě metodicky sjednotili výuku poskytování první pomoci pro policisty.

Pro policisty zasahující na hromadných akcích je ale podle mého názoru prioritní ta skutečnost, jaký má vliv alkohol na sociální chování jednotlivců, zejména pak davu. Jistě není novinkou, že alkohol ovlivňuje smyslové vnímání člověka, dále jeho rozpoznávání reálné skutečnosti, zhoršuje její vyhodnocování jedincem a negativně ovlivňuje adekvátní reakci jedince na podněty z okolí. Stručně řečeno:

¹⁾ Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

²⁾ Zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách.

alkohol způsobuje u lidí sociálně-patologické chování, které je umocňováno davem a vede k jejich protiprávnímu jednání.

S protiprávním jednáním, které páchají jedinci pod vlivem alkoholu se policisté setkávají velice často. Tento problém se vyskytuje především u sportovních akcí, jakými jsou fotbalové zápasy, ať již národní fotbalové ligy (skalní fanoušci jednotlivých týmů posilnění právě alkoholem vyhledávají střety mezi sebou), tak i zápasy mezinárodní (Liga mistrů) či mezinárodní turnaje (např. nedávné fotbalové mistrovství světa v Německu). Mezinárodním zápasům je vlastní ta skutečnost (obzvláště platí pro Českou republiku), že zahraniční fanoušci, znalí věhlasu českého pivovarnictví, spojí zážitky z fotbalového utkání se zážitky z konzumace českých alkoholových výrobků. Velkou roli zde hraje i anonymita davu (fanoušci jsou v cizí zemi, kde je nikdo nezná), stejně tak anonymita prostředí (Českou republiku již nemíní navštívit a tak jsou lhostejní ke statkům, které si čeští občané vybudovali).

Podobně je tomu i v dalších sportech (např. v hokeji), ale obecně lze konstatovat, že s odlišností určitých sportů je daná i odlišnost jejich fanoušků. Jistě se nelze domnívat, že diváci na tenisovém turnaji budou páchat pod vlivem alkoholu stejné protiprávní činy jako fanoušci na fotbalovém stadionu. Protiprávního jednání pod vlivem alkoholu a ve vztahu k hromadným akcím se nedopouštějí pouze příznivci sportu. Stejněho jednání se dopouštějí i účastníci např. velkých kulturních akcí, jako např. koncerty zpravidla rockové hudby („techno“ a „house“ hudba je spojená s jinými návykovými látkami, ale o tom později), a taktéž na jiných akcích, kde dochází k soustředění velkého počtu lidí na jednom místě (např. manifestace, demonstrace i stávky).

ALKOHOL A LEGISLATIVA

A o jaké protiprávní jednání, které páchají jedinci pod vlivem alkoholu, vlastně jde? Tak v první řadě je zde rovina trestně-právní. Za nejčastější trestný čin, který páchají lidé pod vlivem alkoholu, lze považovat výtržnictví.³⁾ Na hromadných akcích jsou zpravidla naplněny všechny znaky skutkové podstaty tohoto trestného činu, jmenovitě spáchání kvalifikovaného jednání na místě veřejnosti přístupném (fotbalový stadion, sportovní hala, veřejné prostranství), dopouštění se hrubé neslušnosti či výtržnosti zejména napadáním jiného, ničení majetku, rušení shromáždění apod.

Dalšími trestnými činy spáchanými v souvislosti s požíváním alkoholu na hromadných akcích jsou zejména násilné trestné činy související s fyzickým napadáním ostatních lidí jedinci, kteří jsou pod vlivem alkoholu a mají tak sklony k agresivnímu chování. Takovými trestnými činy jsou rvačka,⁴⁾ ublížení na zdraví⁵⁾ a v nejextrémnějších případech i trestný čin vraždy!⁶⁾

Pokud se jedná o hromadné akce typu demonstrací či manifestací, kterých se účastní jedinci, ať již s ultrapravicovými či ultralevicovými názory, a ti se zpravidla „posilňují“ alkoholem při takových příležitostech, tak nebývá výjimkou páchání trestných činů spočívajících v potlačování práv a svobod určitého etnika či politicky odlišně smýšlejících jedinců v České republice. Za takovéto trestné činy lze považovat násilí proti skupině obyvatelů a jednotlivci, hanobení národa, etnické skupiny, rasy a předsvědčení či podněcování k nenávisti vůči skupině osob nebo k omezování jejich práv a svobod.⁷⁾

Ve výčtu trestných činů souvisejících s požíváním alkoholu na hromadných akcích, ke kterým zpravidla dochází na kulturních akcích, jakými jsou např. koncerty rockových skupin, je třeba zmínit jeden z nejrozšířenějších. Nejrozšířenějších proto, že tímto trestným činem bývá ohroženo nejvíce jedinců na hromadných akcích. Jedná se, pro někoho možná překvapivě, o trestný čin podávání alkoholických nápojů mládeži.⁸⁾

Tím výčet trestné činnosti páchané pod vlivem alkoholu nebo v souvislosti s alkoholem jako předmětem trestné činnosti není zdaleka konečný. Existují i jiné trestné činy se kterými se lze setkat na hromadných akcích a na jejichž spáchání má buď přímý či nepřímý vliv alkohol.

³⁾ Ustanovení § 202 zák. č. 140/1961 Sb. (trestní zákon).

⁴⁾ Ustanovení § 225 zák. č. 140/1961 Sb.

⁵⁾ Ustanovení § 221 a 222 zák. č. 140/1961 Sb.

⁶⁾ Ustanovení § 219 zák. č. 140/1961 Sb.

⁷⁾ Ustanovení § 196, 198, 198a zák. č. 140/1961 Sb.

⁸⁾ Ustanovení § 218 zák. č. 140/1961 Sb.

Postup policejního orgánu při zjištění, že byl na hromadné akci spáchán některý ze shora uvedených trestných činů, je upraven trestním řádem⁹⁾ a interním předpisem.¹⁰⁾ Protiprávní jednání na hromadných akcích v souvislosti s alkoholem nemusí znamenat jen páchání trestných činů, v úvahu připadají i přestupky. Konkrétně přestupky proti veřejnému pořádku¹¹⁾ a přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi.¹²⁾

NELEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY

V poslední době se rozmáhá na hromadných akcích zneužívání zejména nelegálních návykových látek. Tyto látky jsou taxativně vymezeny v příloze zákona o návykových látkách.¹³⁾ Jistě se na hromadných akcích objevuje celá škála omamných a psychotropních látek, ale pro účely této studie bych zmínil ty, které se vyskytují nejčastěji a s jejichž konzumenty se policisté při dohlášení nad průběhem hromadných akcí budou setkávat nejčastěji.

Druh nejčastěji zneužívané omamné a psychotropní látky se odlišuje ve vztahu k charakteru konkrétní hromadné akce. V poslední době se přetřásá nejen v médiích, ale i napříč celou společností termín „Czech tech“, což je forma hromadné akce, při které se sdružují převážně mladí lidé (v průměru od 16 do 30 let), a to k poslechu hudby zvané „techno“ a k tanci při ní. Charakter těchto „dance festivalů“ je spíše nezávazný, zdánlivě neorganizovaný a celá hromadná akce má tendenci být tzv. ilegální. Pod tímto heslem si lze představit snahu uspořádat takovou akci bez jakéhokoliv obligatorního ohlášení věcně a místně příslušným úřadům, na pozemcích, jejich vlastníci či vlastníci jsou zdánlivě nevědomí, a bez jakéhokoliv organizování akce včetně pozvání a skladby interpretů. Že známka ilegality a neorganizovanosti takovéto hromadné akce je nepravdivá, je nábílední. Tyto akce jsou naopak dobře organizované, vlastníci pozemků moc dobře vědí, co se na jejich půdě bude odehrávat, a dostanou za to také zapláceno, interpreti dopředu vědí o místě akce a původu na místě přítomné aparatury a zdroji energie, stejně tak potenciální účastníci vědí, kde a kdy se akce bude odehrávat. Zda jsou či nejsou spojeny se samotným konáním akce typu Czech tech nějaké přestupky proti různým předpisům, není předmětem tohoto rozboru.

Bylo by naivní si myslet, že účastníci navštěvují takovéto akce pouze s cílem si zatančit či poslechnout hudbu. Prvořadým cílem (a za tímto svým názorem pevně stojím) je konzumace omamných a psychotropních látek, popř. alkoholu. Některé z omamných a psychotropních látek mají tu vlastnost, že ovlivňují smyslové vnímání, citové prožívání a chování jedinců nejen při poslechu hudby tak, že jim je takovýto zážitek či vjem několikanásobně umocněn.

EXTÁZE

Jedná se o drogu, která je vyráběna synteticky, a to nikoliv na území České republiky. Z toho vyplývá, že se do republiky dováží, a to především z Nizozemska, Polska či Slovenska. Jak jsem již uvedl, jedná se o chemickou drogu, jejíž účinnou látkou může být např. MDMA – methylenyldioxymet-amfetamin.¹⁴⁾ Další možné účinné látky jsou uvedeny v příloze č. 1.

Extáze se vyskytuje ve formě tablet a užívá se perorálně. Její cena na nelegálním trhu se pro koncového uživatele pohybuje v rozmezí 80 až 120 Kč za tabletu. Na akcích typu Czech tech a jí podobných (tzn. při reprodukci podobné hudby, jakou je techno) je právě tato droga zneužívána nejčastěji. Jinak se extázi říká též „taneční droga“ či „droga lásky“. Mezi hlavní příznaky intoxikace patří zrychlený puls, rozšířené zornice, kmitání očí, komunikativnost, snížení agresivity, uvolněnost, srdečnost, pocit energie, empatie, zvyrazňují se emoce a smyslové vnímání, zvýšená vnímavost barevného spektra při tanci způsobuje stav podobný transu.

S užíváním této drogy jsou však spojeny i negativní následky, a to např. psychická závislost, poruchy sebeovládání, úzkost, zmatenost, deprese, nespavost, nebezpečí dehydratace organismu a poškození

⁹⁾ Zákon č. 141/1961 Sb.

¹⁰⁾ Závazný pokyn policejního prezidenta č. 130/2001.

¹¹⁾ Ustavení § 47 zák. č. 200/1990 Sb. (zákon o přestupcích).

¹²⁾ Ustanovení § 30 zák. č. 200/1990 Sb.

¹³⁾ Zákon č. 167/1998 Sb. (o návykových látkách).

¹⁴⁾ Jiří Bolehovský: Kriminalistika, MV ČR, roč. XXXV č. 4. 2002, str. 241–254.

mozku. Posledně dva jmenované dopady souvisí i s ohrožením nejen zdraví jedince, ale i jeho života. Dehydrataci se dá předejít vhodným způsobem, a to tak, že organizátoři (kteří oficiálně neexistují) zabezpečí přísun nealkoholických nápojů (minimálně pitnou vodu) účastníkům akce a místa¹⁵⁾ (tzv. chill out) pro relaxaci. Poškození mozku souvisí s dlouhodobým užíváním této drogy. Další nebezpečí u této drogy také tkví v tom, že při její aplikaci subjektivně nevnímají uživatelé pocit nebezpečí či nepříjemného zásahu do organismu, jako je tomu při injekční aplikaci u jiných drog. Tak se stává, že tuto drogu nemají strach užívat čím dál tím mladší osoby včetně mladistvých a nezletilých. Zajímavé by jistě bylo, kolik účastníků tzv. technoparty je pod vlivem této drogy. Osobně se domnívám, že drtivá většina.

Na výše uvedených hromadných akcích se tak pohybují dealeři uvedené drogy extáze a nejen jí, ale i jiných drog. V případě tanečních akcí se může jednat o další syntetickou drogu, a to metamfetamin.

PERVITIN

Pervitin je triviální název pro metamfetamin, chemickou látku, která se získává výrobou z efedrinu či pseudoefedrinu. Jedná se o typickou „českou specialitu“, kdy tato droga je vyráběna v domácím prostředí, a tudíž se nedováží, naopak je z území České republiky vyvážena do zahraničí, především do Spolkové republiky Německo, kde je velmi oblíbenou alternativou ostatních stimulačních drog, a to pod názvem „Crystal“.

K výrobě této drogy vzhledem k nedostupnosti efedrinu používají čeští „vařiči“¹⁶⁾ jako zdrojovou surovinu pseudoefedrin. Tento pseudoefedrin extrahují z volně dostupných léků, jakými jsou Modafen, Paralen Plus, Nurofen Stop Grip (tyto léky obsahují povolenou hranici do 30 mg pseudoefedrinu v jedné tabletě).

Jak bylo uvedeno, metamfetamin je stimulační droga, po její aplikaci u uživatele nastává euforie, pocit spokojenosti, zvýšené sebevědomí, bez pocitu strachu, příliv psychické a fyzické energie, celkové povzbuzení, zvýšená komunikativnost, zvýšený krevní tlak a snížení chuti k jídlu.

Po dlouhodobém užívání nastupuje změna vnímání, strach, paranoia (strach z pronásledování), zmatenost, podrážděnost, vizuální, sluchové, čichové halucinace, nebezpečí infekce (hepatitida B,C + HIV), poruchy paměti, výrazná psychická závislost, abstinenní syndrom – vyčerpanost, hlad, deprese.

MARIHUANA

Další látkou vyskytující se na seznamu zakázaných omamných a psychotropních látek je konopí s obsahem THC¹⁷⁾ nad 0,3 %. Pokud se budu s nadsázkou snažit specifikovat hromadné kulturní akce podle druhu hudby, která na nich zní, tak marihuana se vyskytuje převážně na koncertech rockové nebo „hip-hopové“ hudby, zatímco na produkci hudby typu „techno“ či „hausa“ se vyskytuje především extáze a metamfetamin (pervitin). Je to dáno jednak charakterem hudby samotné, chcete-li rytmičností, kdy uvedené drogy umocňují vjem té které konkrétní hudby. Taktéž má na věc vliv životní styl a kultura konkrétních účastníků akcí, kdy příznivec techno hudby se na první pohled odlišuje od příznivce hardrockové hudby nejen svým vzhledem, ale i stylem komunikace, typickým chováním a hlavně (o to tu běží) druhem drogy, kterou na „své“ akci konzumuje.

Zpět ale k marihuaně. Tato droga se vyskytuje na celém území České republiky a v podstatě v současnosti se nejedná o drogu typickou jen pro městskou komunitu, ale lze se s ní zcela běžně setkat i na českém venkově. Marihuana na rozdíl od Extáze není drogou, která se pouze dováží, ale je také pěstována v „domácím“ prostředí v České republice, a to buď hydroponním způsobem,¹⁸⁾ či na zahrádkách, polích a mezích jednotlivými drobnými pěstiteli. Tito si pak produkty „svých pěstitelských úspěchů“ navzájem vyměňují či prodávají svému blízkému okolí.

¹⁵⁾ Chill out - (angl. volně přeloženo – zchladit se) místo, nebo místnost, kde si může uživatel extáze např. lehnout, zpravidla klimatizované místo, kde může přehřátý organismus vychladnout a jedinec si zde může doplnit tekutiny.

¹⁶⁾ Vařič – slangový výraz pro jedince vyrábějícího chemickou cestou metamfetamin z efedrinu či pseudoefedrinu.

¹⁷⁾ THC – tetrahydrocannabinol – účinná psychotropní látka.

¹⁸⁾ Hraniční hodnota obsahu THC v konopí, které je pak zakázáno pěstovat (zák. č. 167/1998 Sb.).

To, že marihuana je v České republice velmi rozšířenou drogou, je dáno také tím, že tato droga je celospolečensky (někdy možná nechtěně) popularizována, kdy de facto ve všech médiích je charakterizována jako „měkká droga“, což ve svém důsledku je velmi negativní jev. Ono laické rozdělování drog na měkké a tvrdé má za následek, že děti a mládež, kteří jsou k užívání drog nejnáchylnější, si s pojmem „měkká droga“ přestanou spojovat nebezpečí a neuvědomují si tak všechna rizika, ať už zdravotní či sociální, a užívají tak drogu bezstarostně. Omamné a psychotropní látky se mohou dělit, ale takové dělení musí být systematické a musí se opírat o pravdivá fakta, pokud možno vědecky podložená. Jinak tak bude chápána nebezpečnost drog z hlediska jejich vlivu na zdravotní stav, kdy za nejnebezpečnější v takto složeném žebříčku lze pokládat těkavá rozpouštědla (dokonce nebezpečnější než heroin), a jinak bude chápána nebezpečnost drog ze sociálně-patologického hlediska, kdy za drogu nejnebezpečnější pro sociální vztahy a komunikaci uživatelů, jejich pobyt ve společnosti, v rodině, škole, zde bude zjevně nejnebezpečnější heroin s pervitinem. Jinak bude vypadat žebříček nebezpečnosti drog sestavený podle rizika dostupnosti, kdy vedle legálního alkoholu¹⁹⁾ a tabáku, je za nejdostupnější a tím pádem nejnebezpečnější nelegální drogu považována marihuana. Z uvedeného je tedy zřejmé, že striktní rozdělování drog na měkké a tvrdé je lichý názor pseudo-odborné veřejnosti a některých novinářů!

NELEGÁLNÍ DROGY A LEGISLATIVA

Zpět k hromadným akcím. Je tedy zřejmé, že na shora uvedených akcích se nelegální omamné a psychotropní látky vyskytují. Mohli bychom se naivně domnívat, že tyto látky si všichni účastníci akce přivezou sebou. Realita je však taková, že na těchto akcích a zvláště na akcích typu Czech tech dochází k masivní distribuci drog, zejména extáze. Dochází zde tedy k naplňování znaků skutkové podstaty trestného činu **Nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů dle ustanovení § 187 zákona č. 140/1961 Sb. (dále jen trestní zákon)**, kdy protiprávní jednání, kterého se dopouštějí dealeri drog na hromadných akcích spočívá především v nabízení a prodeji omamných a psychotropních látek, a to i osobám mladších 18 let nebo ve větším rozsahu, čímž naplňují znaky kvalifikované skutkové podstaty uvedeného trestného činu podmiňující použití vyšší trestní sazby.

Dalším trestným činem ve velké míře páchaným na těchto hromadných akcích je tzv. **Přechovávání omamných a psychotropních látek v množství větším než malém** dle ustanovení § 187a trestního zákona. Co je považováno za množství větší než malé a jak postupovat v případě zjištění a zajištění omamné a psychotropní látky, je pro policisty stanoveno interními právními předpisy.²⁰⁾ Jednotliví uživatelé mají u sebe určité množství drogy, a pokud toto množství podle uvedených předpisů nesplňuje podmínku „množství větší než malé“, tak se **vždy jedná minimálně o přestupek!**²¹⁾ I v případě, že jednotliví uživatelé mají u sebe drogu v množství větším než malém, nemusí se jednat o uvedený trestný čin, neboť se může jednat o tzv. spotřební držbu.²²⁾

V neposlední řadě dochází na hromadných akcích k páchání trestného činu **Šíření toxikomanie** dle ustanovení § 188a trestního zákona, kdy jednání pachatelů spočívá ve svádění jiného k zneužívání jiné návykové látky než alkoholu, nebo jeho podporou či podněcování a šíření v této věci. Často tento trestný čin páchají sami interpreti, kteří z pódia vykřikují do davu, že by si „nejradši teď hned aplikovali drogu“ (záměrně používám velmi jemnou interpretaci jejich verbálních projevů) či „se veřejně shánějí“ po omamné či psychotropní látce a vyzývají účastníky k jejímu poskytnutí.

Je na přítomných policistech, aby takticky (z hlediska potírání drogové kriminality) zvládali situaci na hromadných akcích, včas rozpoznali, kdy dochází k protiprávnímu jednání, odhalili pachatele protiprávního jednání a zadrželi jej. Dále správně právně kvalifikovali takové protiprávní jednání a podle toho dále postupovali.

¹⁹⁾ To však není přesné, neboť podle platné legislativy (zák. č. 379/2005 Sb.) je jeho distribuce mládeži do 18 let zakázána.

²⁰⁾ Závazný pokyn policejního prezidenta č. 86/2006 upravující činnost Policie ČR v souvislosti s drogovou kriminalitou.

Závazný pokyn policejního prezidenta č. 130/2001 upravující postup Policie ČR při plnění úkolů v trest. řízení.

²¹⁾ Ustanovení § 30 odst. 1 písm. f) , e) nebo j) zákona č. 200/1990 Sb. (o přestupcích).

²²⁾ Spotřební držba – termín stanovený v pokynu Nejvyššího státního zástupce obecné povahy č. 6/2000, kde je stanoveno, že pro naplnění formálního znaku přechovávání ve smyslu § 187a trest. zákona sice postačuje pouze mít nelegální látku bez povolení u sebe v množství větším než malém, ale také je třeba zohlednit míru závislosti konkrétního uživatele, aby množství látky, kterou má u sebe, převyšovalo jeho běžnou dávku. Protože ani v tom případě, kdy dávka, kterou uživatel potřebuje pro uspokojení své závislosti, je v množství větším než malém, nemusí jít o trestný čin.

NÁVYKOVÉ LÁTKY A DOPRAVA Z HROMADNÝCH AKCÍ

Zde je na místě připomenout jednu zásadní a často opomíjenou věc. Policie sice správně předpokládá, že na hromadných akcích se ve velké míře konzumují návykové látky a je tu dáno nebezpečí, že někteří z účastníků akce budou odjíždět svými vozidly, a to pod vlivem návykové látky. Nicméně v drtivé většině se veškerá opatření soustředí pouze na alkohol, kdy na odjezdových komunikacích stojí dopravní hlídky policistů, kteří provádějí orientační dechovou kontrolu přítomnosti alkoholu v krvi. Na jiné návykové látky (omamné a psychotropní) jakoby se pozapomínalo. Přitom existuje celá řada způsobů, jak přítomnost omamných a psychotropních látek v lidském organismu detekovat. Jednání, kdy jedinec pod vlivem nelegální návykové látky provádí činnost, při které může dojít k ohrožení či porušení zájmů chráněných trestním zákonem (život, zdraví, majetek), je stejně nebezpečné, jako když tuto činnost jedinec vykonává pod vlivem legální látky (alkoholu). Z toho by měl vyplývat i přístup policie k tomuto jednání a nebát se tvrdě proti tomu zakročovat, nehledě na mnohdy zcela odlišnou „politickou objednávku“.

Mgr. Marek BLAŽEJOVSKÝ, NPC

Zdroj: **Jiří Bolehovský**: Kriminalistika, MV ČR, roč. XXXV č. 4. 2002

Příloha č. 1

Triviální název	Strukturní název
amphetamin	α -methyl-phenethylamin
methamphetamin	N, α -dimethyl-phenethylamin
2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxy-phenethylamin
DOB	4-bromo-2,5-dimethoxy- α -methyl-phenethylamin
ephedrin, pseudoephedrin	N, α -dimethyl- β -ol-phenethylamin
MBDB	N-methyl- α -ethyl-3,4-methylenedioxy-phenethylamin
MDA	α -methyl-3,4-methylenedioxy-phenethylamin
MDEA	N-ethyl- α -methyl-3,4-methylenedioxy-phenethylamin
MDMA	N, α -dimethyl-3,4-methylenedioxy-phenethylamin
phentermin	α , α -dimethyl-phenethylamin
PMA	4-methoxy- α -methyl-phenethylamin
PMMA	4-methoxy-N, α -dimethyl-phenethylamin

LEGALIZACE DROG VERSUS REPRESSE II.

Z pohledu práva, filosofie, kriminologie a ekonomie

Díl 2

V druhé části mého článku bych chtěl popsat shora nastíněný problém z pohledu **filosofie**. Člověk je tvor společenský,¹⁾ jako takový má potřebu stýkat se a žít ve společných komunitách s ostatními lidmi neboli ve společnosti. Žítí a soužití jednotlivců ve společnosti je provázáno vytvářením určitých sociálních vazeb mezi jednotlivci, které jsou utvářeny a řízeny ať už formálními či neformálními pravidly. Tato pravidla se samozřejmě nevyskytla sama o sobě, ale vytvářela se v průběhu dlouhodobé geneze společnosti jako takové. Jsou odrazem zkušeností získaných po již zmíněném dlouhém vývoji soudobé společnosti a odrážejí se v ní jak negativní poznatky tak poznatky pozitivní. Existuje celá škála pravidel, kterými se řídí společnost, ale pro naši problematiku bych vyzdvihl především ta dvě pravidla, která jsou nejčastěji přetřásána v souvislosti s legalizací drog.

Za první pravidlo lze považovat respektování práva **svobodné volby**, kdy se z filosofického hlediska jedná o takové právo jedince ve společnosti, které mu zaručuje absolutní svobodu rozhodování takřka ve všem a z pohledu „naší věci“ především v rozhodování o tom, zda se jedinec odhodlá užívat návykové látky (alkohol, OPL, tabák či kávu), zda si chce tím ovlivnit svůj zdravotní stav, kolik finančních prostředků je ochoten do toho investovat, a nikdo ze společnosti nemá oprávnění zasahovat do jeho práva na tuto volbu. Toto pravidlo se často stává stěžejním argumentem zastánců legalizace drog (bude vysvětleno níže).

Za druhé důležité pravidlo v „naší věci“, a z mého pohledu daleko významnější, je skutečnost, že jedinec, neboli lidský tvor, nežije na světě sám, ale jak bylo shora uvedeno, žije v určité společnosti a je její součástí. A v této společnosti (resp. liberálně-demokratické společnosti) **svoboda jednotlivce končí tam, kde začíná svoboda druhého**. Zároveň zde platí Kantův²⁾ kategorický imperativ: „Chovej se tak, jak chceš aby se chovali ostatní a nikomu nečin to, co nechceš, aby činil on Tobě!“ (velmi zjednodušeně řečeno). Proč považuji toto pravidlo za nadřazenější pravidlu prvnímu, uvedu záhy.

Uvedl jsem, že žijeme ve společnosti, která se utvářela po mnoha tisíciletí. Základy soudobé demokratické společnosti lze spatřit již v době osvícení, plně se však liberálně-demokratická společnost rozvinula v Anglii, odkud se myšlenky liberálního smýšlení rozšířily na kontinentální Evropu, potažmo do Čech. Nebudu se teď zabývat politickým vývojem v naší zemi, který v nejednom případě utlumil principy demokracie u nás, neboť to není cílem tohoto článku. Pokud je ale naše česká společnost založena na liberálně-demokratickém základě, ctí i dvě shora uvedená pravidla. V jakém poměru k sobě mají být tato pravidla postavena, je předmětem následujícího rozboru.

Z pohledu volnomyšlenkářského individualisty, který se necítí být vázán jakýmkoliv pravidly, která by omezovala jeho osobní svobodu a svobodu volby, lze mít za „částečně pochopitelný“ jeho postoj k legalizaci drog a jejich distribuce. Bylo již uvedeno výše, že takovýto jedinec cítí za své přirozené právo se rozhodnout, zda bude užívat drogy či nikoliv. Je to ostatně „jeho život“ a „jeho zdraví“. Nikdo ve společnosti nemá právo mu diktovat, zda tak smí nebo nesmí činit. Stejně tak je pro něj zpravidla neakceptovatelné již pouhé morální odsuzování konzumace návykových látek ze strany společnosti. Ve vztahu legálních návykových látek kontra nelegálních považuje za absurdní postoj většinové společnosti, neboť ona sama pokrytecky konzumuje legální drogy, jakými jsou tabák a alkohol, ale mentoruje ve vztahu k užívání respektive zneužívání nelegálních drog, jakými jsou marihuana,

¹⁾ Aristoteles.

²⁾ Immanuel Kant (22. 4. 1724 – 12. 2. 1804).

extáze, metamfetamin (pervitin) apod. Takový jedinec pak postrádá víru v zákon, který odmítá jako nástroj státu k nepřiměřeným zásahům do jeho práv a svobod a nezřídka to považuje za rozporné s Ústavou³⁾ respektive Listinou⁴⁾ zaručujících základní lidská práva a svobody.

Odmítavý postoj k zákonům měli již sofisté v řecké filosofii, kteří rozleptávali víru v zákon jako v autoritativní příkaz, víru, která vládla starším osobám. Zákon dle jejich učení vydával za primární fakt pouhé poznání věci, kterému je nutné jednání podřídít. Oni sami toto odmítali a za primární fakt považovali to, co je smyslově vnímáno a co lze vzít jen na vědomí, tomu dávali jméno fysis, přirozenost, povaha věci a naproti tomu líčili zákony jako pouhá lidská ustanovení (nomos, thesis).

Jenže již však Sokrates a Plato toto anarchistické pojetí přirozenosti odmítali a zákony považovali za původem od přírody stejně jako přirozenost samu. V helénistické době ovládlo přesvědčení, že zákony (normy) jsou jen jakoby zrcadlením dané přirozenosti věcí. V tom smyslu mluvil i např. Cicero o zákonech psaných a vrozených.⁵⁾

Předmětem mého článku ale není popisování vývoje filosofického pojetí přirozeného práva, nýbrž poukázat na tu skutečnost, že v naší společnosti existuje určité **přirozené právo většiny**. Právo většiny omezovat určitá práva jednotlivců, a to v zájmu celé společnosti, což je v přímém rozporu s pohledem shora uvedeného volnomyšlenkářského individualisty.

Společnost jako taková není jen jakýsi „shluk“ jednotlivců žijících na daném území. Tento „shluk“ má totiž i určitý význam. Z historického pohledu žili lidé pospolu nejen z důvodu větší bezpečnosti, kdy více lidí bylo schopno ubránit se vnějšmu nepříteli, z důvodu většího potenciálu obstarat si obživu, lovit zvěř či obdělávat zem, ale také proto, že lidé si odedávna společně vytvářeli určité hodnoty (kulturní, materiální), které spolu sdíleli a ze kterých měli požitky. Všichni členové takové společnosti měli právo si tyto „výdobytky“ užívat a mít z nich prospěch a jedinci, kteří k těmto hodnotám nepřispívali, neměli k těmto „výdobytkům“ přístup. Byly vytvořeny již v té době určité normy (pravidla), kterými se lidé ve společnosti řídili, a individualisté, kteří tyto normy nerespektovali, byli ze společnosti vykázáni.

I v současnosti si společnost vytváří určité hodnoty, statky, výdobytky, ze kterých má užitek. V naší zemi lze za tyto statky považovat systém zdravotnictví, sociální podpory ve stáří, systém podpory v nezaměstnanosti, systém bezplatného vzdělávání, kulturní a historické hodnoty, ale i domovy mládeže či domovy pro seniory. Za společností vytvořené hodnoty lze považovat i takové triviální věci, jakými jsou systém pozemních komunikací, energetické sítě, veřejné osvětlení, systém vodohospodářství a i takové „banality“ jako likvidace komunálního odpadu. K vytváření těchto společenských hodnot přispívá každý člen společnosti a má z nich také užitek. Dalo by se říct, že je to založeno na principu „společenské smlouvy“,⁶⁾ kdy lidé do společného celku, chcete-li státu vkládají každý svým dílem statky a očekávají, že si z toho celku budou moci určitý díl (třeba jiného druhu) vzít. Tento princip se řídí určitými pravidly, která se utvářela po mnoho generací (jak jsem zmínil výše), kdy tato pravidla jsou zakotvena v normách. V České republice na rozdíl od anglosaského práva (kde je zakotven právní obyčej a precedent) funguje systém kontinentálního práva, ve kterém jsou právní normy (pravidla společnosti) zakotveny v právu psaném, tedy v zákonech. Těmito zákony se pak společnost řídí a jejich respektování si pod hrozbou sankce vynucuje. Normami si společnost chrání své hodnoty před jedinci, kteří nijak do společného celku nepřispívají a pouze by chtěli mít z nich užitek.

A za takové jedince bez předsudků lze považovat osoby závislé na omamných a psychotropních látkách. Termínem závislé mám na mysli takový stupeň závislosti, kdy tito jedinci podřizují veškerý svůj život a úsilí k opatrování si drogy resp. prostředků na její získání. Z podstaty věci vyplývá, že tito jedinci nepracují a neodvádějí tak daně z příjmů, neplatí zdravotní ani sociální pojištění. Nic si nekupují a tak nemůže být odváděna daň z přidané hodnoty (bude rozebráno v ekonomickém pohledu na věc). Tudíž do společného statku ničím a nijak nepřispívají! Naopak využívají všechny výdobytky

³⁾ Ústava České republiky.

⁴⁾ Listina základních práv a svobod.

⁵⁾ Cicero – haec non scripta sed nata lex.

⁶⁾ Thomas Hobbes – Teorie společenské smlouvy.

shora uvedené včetně v současnosti pro pacienty bezplatného⁷⁾ zdravotnictví, systému sociálních dávek a podpory v nezaměstnanosti. Vzhledem ke svému způsobu života zvyšují riziko nákazy nemocemi a tak následného nadměrného vyhledávání a využívání lékařské péče. Prostředky na obživu a získávání návykových látek si obstarávají především majetkovou trestnou činností a tak opět berou společnosti to, co si sama vytvořila. Případná jejich léčba ze závislosti je hrazena také z veřejných financí. Mohl bych zmiňovat dále negativní dopady toxikomanie, např. prostituci, trestnou činnost atd., bude to však předmětem pohledu z hlediska kriminologie.

Stručně řečeno, vůbec ničím společnosti nepříspějí, naopak pouze využívají respektive společnost zneužívají a jsou de facto neprospěšní. Bylo by asi nezodpovědné odmítat každého, kdo do společnosti nepříspěvá a pouze z ní bere. Dotkl bych se tak nepatříčně jedinců např. s fyzickým či psychickým handicapem, kteří nemohou být společnosti tzv. užiteční. Takové jedince společnost akceptuje a pomáhá jim v jejich existenci je považováno za žádoucí. Společnost respektuje, že tito jedinci neměli právo volby na rozdíl od jedinců závislých na drogách, kteří tuto volbu měli. Pokud bych chtěl použít ten správný výraz, byť bude pejorativní, tak musím konstatovat, že osoby drogově závislé na společnosti doslova **parazitují!**

A společnost má právo se proti těmto negativním jevům bránit a chránit před nimi své hodnoty. Vzhledem k tomu, že v současném geopolitickém rozdělení světa nelze tyto jedince z naší společnosti „vykázat“ mimo území našeho státu, hledá společnost prostředky, jak tyto negativní jevy eliminovat ve svém nitru. A právě jedním ze způsobů takové eliminace je postavit omamné a psychotropní látky resp. jejich distribuci mimo zákon. Stejně tak je odůvodnitelné sankcionování „pouhého“ podněcování a svádění k užívání omamných a psychotropních látek. Společnost si tak chrání mladou, nově nastupující generaci, která bude sdílet její hodnoty a též k nim přispívat. Společnost chce, aby její děti a mládež se vyhnuly drogám a svoje úsilí věnovaly do vzdělání a byly tak v budoucnu přínosem pro tuto společnost. Na první pohled to zdánlivě vypadá jako vypočítavost ze strany společnosti a vypočítavostí to také ve své podstatě je. Je tomu tak dáno od přírody, že rodiče při své plné síle si vychovávají potomky, kteří se pak v jejich stáří a nemoci či nemohoucnosti o ně postarají. Zároveň se potomky snaží ochránit před negativními vlivy, které by je přivedly na scestí, a takovými vlivy drogy bezesporu jsou. V kontextu shora uvedených skutečností je nabíledni postavit mimo zákon též samotné užívání těchto látek, neboť pod jejich vlivem se jedinec dopouští takového jednání, které je společensky neakceptovatelné. Nicméně do takového stadia liberálního pojetí naše společnost ještě nedospěla.

Ano, tohle je totiž ryze liberální pojetí přístupu k drogám. Je to **přirozené právo** společnosti omezit právo jednotlivce, pokud využíváním takového práva jedinec zasahuje do práv ostatních! Nikdo jim to nedal a není to ani přirozené právo těchto (drogy užívajících) jednotlivců zasahovat do našich práv, zneužívat naše prostředky vložené do kolektivních hodnot. A zde je jádro věci a v podstatě smysl onoho druhého pravidla, o kterém jsem se na začátku zmínil jako o pravidlu důležitějším. Svoboda jednotlivce končí tam, kde začíná svoboda druhého – je liberálním pravidlem demokratické společnosti! Nikoliv tvrzení pseudoliberálů, že společnost nemá právo zasahovat do jejich práv svobodné volby a svobodného rozhodování. Nemůže to totiž platit v případě, kdy využíváním tohoto práva evidentně se potlačují práva někoho jiného. Zkrátka chce-li individualista být součástí společnosti a užívat si z jejích hodnot, musí akceptovat tu skutečnost, že se podřídí jejím pravidlům a nepůjde už tak jen o „jeho život“ a „jeho zdraví“! A pokud se týká „pokryteckého“ postoje společnosti k drogám vzhledem k tolerování legálních návykových látek, jakými jsou alkohol nebo tabák, lze uvést, že společnost přijala tyto návykové látky za přijatelné se všemi následky z toho plynoucí, tzn. náklady na léčbu alkoholové závislosti, sociálním dopadu užívání alkoholu, či zvýšených nároků na léčbu nemocí způsobených kouřením. Z objektivního hlediska musím konstatovat, že považuji tento společenský postoj zrovna za ne moc šťastný. Nicméně je to celospolečenský (nebo alespoň většinový) názor na tabák a alkohol a jako jedinec jej akceptuji. Žiji přeci v liberálně-demokratické společnosti.

Mgr. Marek BLAŽEJOVSKÝ, NPC

⁷⁾ Bezplatné je relativní pojem, neboť zdravotnictví je hrazeno z veřejného rozpočtu, do kterého společnost přispívá.

BUDOUCNOST VÝZKUMU PSYCHEDELIK

Tato závěrečná kapitola se zamýšlí nad možnou budoucností užívání a studování DMT a dalších psychedelických látek, jak jsme o tom hovořili s Willisem Harmanem během naší procházky po kalifornském pobřeží před mnoha lety. Dobře informovaní odborníci i uživatelé budou moci nejnázne rozhodnout, jak jsou tyto látky přijatelné a jak přístupné by měli být. Nejplodněji o této problematice můžeme přemýšlet jen tehdy, pokud se dokážeme oprostít od obav, ignorace a stigmat, s nimiž jsou psychedelika spojována. Také se musíme vyvarovat naivním pohledům a toužebným očekáváním, které zastávají někteří obhájci jejich užívání...

Moje teorie jsou založeny na dlouhých letech intenzivního přemýšlení a diskusí o událostech na Univerzitě Nové Mexiko. Ačkoli všeobecný dojem, jaký může z této kapitoly vyplynout, by mohl působit navýsost optimisticky, ve skutečnosti je mnohem realističtější než moje původní výzkumné předpoklady. A to proto, že předjímá většinu z implicitních představ o práci s psychedeliky, jež by nevyhnutelně vedly k negativním výsledkům a nezralým závěrům.

Jedním z nejdůležitějších postojů je tvrzení, že psychoaktivní látky jsou v zásadě prospěšné – že je stačí užít, a dostaví se pozitivní účinek.

Jiní zastávají názor, že psychedelika jsou „jen“ chemické látky. To znamená, že jejich účinky jsou nezávislé na prostředí, v jakém si je lidé vezmou, i na účelu, očekávání a postojích těch, kdo je podávají.

My sami jsme si v průběhu výzkumu DMT ověřili, že žádné z těchto obvyklých tvrzení není pravdivé. Proto se mé stanovisko, s nímž vás chci seznámit, bude vyhýbat oběma těmito nejzákladnějším a zhoubným omylům.

Než budeme uvažovat o budoucnosti, podívejme se krátce a rychle na současnou situaci výzkumu

V USA a Evropě probíhá několik projektů zkoumajících účinky psychoaktivních látek na lidech – totiž s meskalinem, psilocybinem, ketaminem a MDMA. Žádný výzkum se nesoustředí na DMT. Všechny tyto studie vycházejí z „psychotomimetického“ modelu a srovnávají účinky psychedelik se symptomy schizofrenie. Jedná se o farmakologické studie a studie fyziologie mozku.

Zároveň se rozbíhají dva psychoterapeutické programy používající psychedelika. Jeden, karibský, je programem léčby drogově závislých ibogainem; druhý, jenž vyšel z Petrohradu, studuje psychoterapii s využitím ketaminu, také u drogově závislých.

Když si představuji budoucí cestu práce s DMT a jinými psychedelickými látkami, vidím mnoho rozcestníků. Jedna z hlavních křižovatek má podobu „výzkum“ versus „užívání“. Ale protože se mnozí domnívají, že slova „psychedelický“ a „výzkum“ patří tak nějak vedle sebe, pustíme se nejprve do otázky výzkumu.

Ve výzkumných podmínkách panuje vždy předpoklad, že se od dobrovolníků získají nějaké údaje. To ale ovlivňuje vztah mezi těmi, kdo psychedelika podávají, a těmi, kdo je přijímají. Dobrovolníci vědí, že se na výzkumu určitým způsobem podílejí a že od nich vědci něco očekávají. Nejde tedy jen o to prožít intoxikovanou danou látkou sesi. A nejde o to ani badateli, který experimentátorovi na jeho cestě pomáhá. Vytváří se tak očekávání, a to nevyhnutelně přináší zklamání, nechuť a komunikační bariéry. Mezilidské vztahy tím jsou zásadně poznamenány.

Vedle tohoto modelu existuje několik alternativ, a všechny jsou mnohem populárnější než výzkumný model. Ovšem jejich popularita ještě nezaručuje, že jsou nejlepší; mají před výzkumným přístupem řadu předností, například psychoaktivní látky jsou užívány daleko příjemnějším způsobem.

Přírodní národy dodnes užívají psychedelické rostliny tak, jak to dělaly po tisíce let. Africká náboženství v Gabonu požívají ibogain, aby dosáhly kontaktu se zemřelými; v Latinské Americe se pro

přístup duše k jiným světům používá ayahuasca; a v Severní Americe otvírají vstup do říše duchovního léčení a učení látky kaktusu peyotl.

Možnosti, jak užívat psychedelika v nevýzkumných podmínkách, u moderních lidí Západu nepřestávají narůstat. Mnoho lidí je bere v soukromí nebo s nejbližšími přáteli. V těchto případech „civilního“ užívání mohou vést psychedelika k vidění nových perspektiv sebe sama, vztahů či přírody a světa. Někdy se užívají na velkých shromážděních, třeba pod širým nebem a při světelných efektech. Z terapeutů používá psychedelika jen malý počet osob, ať už jde o individuální či skupinovou terapii. Existují ale i možnosti užívání v náboženských komunitách – například ayahuascu používají církve rozšířené po celé Severní Americe i Evropě. Ve všech těchto případech je však ilegální používání psychedelik překážkou k otevřenému dialogu o jejich účincích za daných podmínek.

Na žádném z těchto postojů není nic špatného, ale je důležité neslučovat je s přístupem výzkumu, ani je s ním neporovnávat. Výzkum by mohl jednoho dne dojít k takovému způsobu používání psychedelik, který by nepotřeboval získávat data od účastníků a nesetrvával v relativní nepružnosti pouhého sledování účinků. Stejně se přeci do každodenního života a do ordinací odborníků probojovávají nové léky a terapeutické techniky, jestliže výzkum prokáže, že pomáhají.

Jak se zdá, mnoho z těchto rozporů pochází ze zavádějícího posuzování motivů používání psychoaktivních látek. Takže odpověď na otázku: „Jak nejlépe užívat psychedelika?“ zní: „Záleží na tom. „

Pokud se chcete pobavit, dejte si je s námi nebo s přáteli, a můžete strávit hezký den v příjemném a krásném prostředí. Chcete-li se něco naučit o sobě a svých vztazích, užíjte je pod dohledem terapeuta. Pokud chcete mít pocit účasti a pospolitosti s ostatními, dejte si je na koncertě, taneční párty nebo jiné velké akci. Jestliže chcete zakusit hlubší vztah s Bohem a tajemstvím stvoření, dejte si je pod dohledem nějakého mistra, v určitém náboženském společenství či v přírodě. Chcete-li osobně přispět k výzkumu, staňte se dobrovolníkem vědecké studie. Toto rozdělení je možná příliš kategorizující, protože při sezeních a tripech se mohou vždy objevit všechny druhy účinků; například duchovní zážitky během vědeckých studií nebo psychoterapeutické v kontextu náboženském.

Samozřejmě, pokoušíme-li se různé přístupy skloubit dohromady, narážíme na nejrůznější potíže a konflikty, protože musíme zodpovědět důležité otázky, kdo sezení povede a jaké chování bude přípustné. Já jsem takový problém zažil na vlastní kůži, když jsem se musel rozhodovat, jak si poradit s rozpory mezi otevřenými metodami pokusů a omylů vědy a prioritami své buddhistické komunity – totiž vírou, stoupenectvím a ideovým učením.¹⁾

Musíme být schopni otevřeně diskutovat, jak tyto látky v našich životech a společnosti nejlépe využít. Protože legitimní vědecký výzkum je pro diskusi této úrovně podstatně vhodnější než všechny ostatní postoje, chtěl bych debatu omezit na výzkumná hlediska.

Na úrovni vědy by se výzkumné projekty daly rozdělit na ty, které by se uskutečnit „mohly“, a na ty, které by se uskutečnit „měly“. A to proto, že existuje spousta relevantních otázek, jež nás však mohou zavést na scestí nebo se ukázat jako nebezpečné. Tato nebezpečí nás mohou postihnout přímo nebo nepřímo. Mohou být také nebezpečná pro jiné osoby.

Komplexní koncepce používání psychedelických látek, kterou mám na mysli, úzce souvisí s jejich použitím ve prospěch něčeho. Poznání toho, jak dochází ke stavům osvícení, blízkosti smrti či zážitkům únosu mimozemšťany, není tak užitečné, jako naučit se větší moudrosti, vhledu a soucitu. Přístup biomedicínského modelu – „zkoumat pod lupou, jak něco funguje“ – může být v určitém protikladu k neplodnějším pohledům na psychedelika.

K tomuto závěru docházím s jistou dávkou ironie, neboť přes množství studií mě tato myšlenka napadla několik let před uskutečněním mého výzkumu a nyní, když moje působení na poli psychedelik skončilo, netvrdím, že jsou tak důležitá, jak jsem se kdysi domníval, a ani to tvrdit nechci.

Prozkoumejme spektrum možných výzkumných projektů, které by se psychoaktivními látkami zabývaly, jejich vědecký potenciál, prospěšnost, hranice a nedostatky.

¹⁾ Existují náboženské a vědecké přístupy, jež vznikly v příjemnějších podmínkách, například zkoumání v rámci některých současných psychedelických církví, jako jsou společenství amerických domorodců používajících kaktus peyotl nebo ayahuascu v Jižní Americe. Jde ale o zvykové uspořádání, nikoli o hybrid mezi vědou a náboženstvím. Vědecké výsledky nemohou měnit praktiky a učení církví, ani nemohou a nechtějí proměnit náboženské zážitky a prožítí v metody vědeckého výzkumu.

Pomocí projektů zkoumajících mechanismy fungování těchto látek by se daly podrobněji určit typy receptorů těch neurotransmiterů, které se podílejí na psychedelických účincích. Moderní zobrazovací technologie mozku by rovněž mohly umožnit lokalizovat místa v mozku těmito látkami zasažená. Přestože by se možná daly přiřadit určité změny fyziologie mozku specifickým účinkům, byli bychom ještě daleko od poznání, jak jedno s druhým doopravdy souvisí – což je nejvyšší meta klinické neurologie, i když často nedosažitelná; podobná hledání středu cibule: loupeme ji dál a dál, vrstvu po vrstvě, ale střed nám vyklouzává.

Stejně se určitě budeme pokoušet o objevení teoreticky a lékařsky důležitých a platných informací; sofistikovaněji porozumět myšlení, vnímání a emocím, co by mohlo vést k nové léčbě pacientů, u nichž poškození mozku či psychotická choroba omezuje jejich schopnost zpracovávat informace. Je také důležité umět zamezit negativním účinkům psychedelik při akutních potížích. A je možné, že se nám podaří vyvinout nové psychedelické sloučeniny s unikátními vlastnostmi.

Tento typ výzkumu je nesmírně závislý na studiu na zvířatech. Takže nutně musíme kolísat mezi „potřebou vědět“ a elementárním soucitem s jinými tvory. To se týká zejména těch, kteří jsou zaujati možnostmi využívání psychedelik pro terapeutické či spirituální účely. Je „duchovní“ zabíjet spousty laboratorních zvířat, abychom zvýšili své možnosti prožívat náboženskou extázi či zlepšili svoje tvůrčí schopnosti?

Již z větších částí víme, jak tyto látky fungují. Pokud se soustředíme na mechanismus fungování či vývoj nových látek, můžeme se nechat ukolébat ve víře, že psychedelika studujeme tím nejlepším z možných způsobů. Možná strávíme spoustu času a energie tím, že se budeme postupně učit, jak nejlépe používat látky, které již máme, a nikoli studiem jejich účinků či objevováním látek nových.

Můžeme studovat dokonce ty nejneobvyklejší a nejkontroverznější zážitky, jež nám molekula duše zpřístupňuje, a to jejich rozdělením na menší části. Lhostejno, jak exoticky takový přístup působí, stále zůstává studií mechanismu fungování. Měli bychom si vzpomenout na mantru „jestli je to takhle, co s tím?“, pokud zkoumáme, analyzujeme a experimentujeme v rámci těchto intencí. Jak nám nové poznatky pomůžou?

Snad jsem přesvědčivě dokázal, že přirozeně nastupující psychedelické stavy, jako je setkání s bytostmi z jiných světů, stavy blízké smrti a mystické zážitky, se podobají těm, které vyvolalo DMT podané našim dobrovolníkům zevně. Mnoho z následujících sérií studií staví právě na takovýchto podobnostech.

Prvním krokem, jak zkoumat roli endogenního DMT při přirozeně nastupujících psychedelických stavech, je diskuse. Měli bychom začít zkoumat úlohu epifýzy při syntéze endogenního DMT.

Existuje mnoho šetrných způsobů zkoumání fyziologie epifýzy na živých lidech s použitím moderních zobrazovacích technik mozku. Pokud je žláza duše aktivnější během snění, hluboké meditace či zážitku únosu mimozemšťany, mohlo by to být známkou jejího podílu na nástupu těchto stavů. Navíc bychom mohli pomocí takových technik zjistit, zda psychoaktivní látky působí na epifýzu přímo.

Můžeme rovněž odebírat epifýzu umírajícím a mrtvým zvířatům v různých časových intervalech. Pokud by se zde po smrti nacházelo měřitelné množství DMT, pak by to podporovalo myšlenku, že něco podobného se děje i u lidí. Uvolňování DMT lidskou epifýzou v blízkosti smrti a po ní by podpořilo hypotézu, že molekula duše provází odchod vědomí z těla.

Zvýšená hladina DMT v tělesných tkáních během snění a narození by ukazovala na souvislost těchto hlubokých prožitků našeho vědomí s endogenním DMT. Ještě přesvědčivější by bylo nalézt vysokou hladinu DMT u lidí uprostřed stavu blízkého smrti, mystického zážitku nebo únosu mimozemšťany.

Mohli bychom prozkoumat i další hypotézu, totiž že děti, které se narodily císařským řezem, nebyly při narození vystaveny silnému primárnímu působení DMT. V kapitole 4 předpokládám, že nedostatečná hladina DMT při porodu císařským řezem je důvodem některých psychologických a duševních potíží dospělých během života. Odlišné reakce na DMT u osob narozených přirozeným způsobem, vaginálně, a u lidí narozených císařským řezem, by tuto myšlenku podpořilo. Kontrolované vystavení dospělých narozených císařským řezem látce DMT jim může zprostředkovat subjektivní zážitek normálního vaginálního porodu, a tedy jim i pomoci.

V další sérii experimentů by se mohlo podávat DMT lidem, u nichž došlo ke spontánním psychedelickým prožitkům, a pak bychom je mohli požádat o srovnání obou druhů zážitků. Podstatná podobnost by podpořila hypotézu role endogenního DMT u přirozeně nastupujících psychedelických

stavů. DMT podávané zevně by ovšem umožnilo větší kontrolu nad nástupem těchto stavů, abychom je mohli prostudovat a efektivněji využít.

Nejjednodušším z takovýchto projektů by mohlo být prozkoumání vztahu mezi DMT a rychlým pohybem očí, sněním či spánkem. Pokud by podávání DMT během spánku způsobilo bezprostřední nástup typických snů, myšlenka přirozeně vyprodukovaného DMT u těchto obvyklých stavů by byla opodstatněná.

Jestliže by podávání DMT dokázalo zopakovat u lidí část nebo celou předchozí zkušenost blízkosti smrti, osvícení či setkání s bytostmi z jiných světů, ocitli bychom se na pevnější půdě ohledně role přirozeného DMT u těchto zážitků.

Pokoušeli jsme se uchopit téma přirozeného osvícení a osvícení psychoaktivní látkou s jednou z našich dobrovolnic, se Sophií, dvaatřicetiletou bývalou jeptiškou. Zažila mystickou zkušenost při svém vstupu do řádu, což potvrdila její matka představená – Sophiin prožitek byl skutečný. Demonstrovala nám minimální reakci na velké dávky podaného DMT, což bylo vzrušující potvrzení mé hypotézy, totiž že pokud se DMT podílelo na jejím mystickém zážitku, možná se její mozek naučil zacházet s přirozeně zvýšenými hladinami této látky, a to snížením její citlivosti na molekulu duše. Došlo u ní k vytvoření určité tolerance.

Jenže následující dobrovolník, který také reagoval méně intenzivně na dávku 0,4 mg/kg, tuto teorii vážně naboural. Charles, čtyřiatřicetiletý barman, nikdy v životě nemeditoval. V jeho případě jsme museli usoudit na genetický předpoklad mírné reakce na dávku DMT. On se takový prostě musel narodit.

Proto jsem musel Sophiině minimální reakci jako důsledek jejího předchozího mystického zážitku ubrat na významu. Samozřejmě, je možné, že obě hypotézy platí pro toho kterého člověka, ale bylo by intelektuálně poněkud nečestné používat data podobně samoučelným způsobem.²⁾

Protože výše uvedené projekty studia vysoce neobvyklých stavů myslí by musely urazit dlouhou cestu, než by byly plně legitimizovány, nejsou pro mě již tak přitažlivé jako kdysi. Momentálně mě méně zajímá „jak“, než „jestli je to takhle, co s tím?“ Cokoli se naučíme, cokoli zjistíme, může být nějak užitečné, ale záleží na tom, jak tyto informace využijeme.

Věřím, že nejlépe se dá výzkum psychedelik využít při léčbě specifických lidských poruch a zlepšování lidských schopností. Zkusme si představit optimálně zkoncipovaný experiment s podáváním psychedelických látek, který by těmto záměrům vyhovoval.

Výzkumné centrum by stálo uprostřed krásné přírodní scenérie, ale mělo by také mít potřebné zdravotnické vybavení pro případ nouze. Mělo by být architektonicky a umělecky svěžím objektem, který by účastníky výzkumu inspiroval. Vědci a personál by měli zkušenosti s psychoterapií, psychedeliky a měli by být i duchovně na výši; celý tým by měl být veden lékařem. Protokoly by se zabývaly psychoterapií, kreativitou; duchovnem a procesem umírání. Určitě by nechyběly studie fenoménu kontaktu s jinými bytostmi a vztahu k paralelním vesmírům a temné hmotě.

Čas od času jsme viděli, jak prostředí našeho vlastního výzkumného centra negativně ovlivňuje naše sese s DMT. Ještě horší to bylo u delších pokusů s psilocybinem. Protože je příjemné prostředí podstatné, bylo by ideální, kdyby dobrovolníky mohly jejich vysoce sugestibilním a zranitelným stavem provázet krásné ošetřovatelky, i tak by ale mohlo dojít k potenciálně nebezpečným nepříznivým fyzickým účinkům, zejména kardiovaskulárním, potom by ovšem musel zdravotnický personál i lidé z týmu umět zasáhnout.

Jen lékařské vzdělání a zkušenosti s sebou přinášejí porozumění, odhad reakce lidského organismu na látku a schopnost správně reagovat. Proto také právníci udělují privilegium podávat látky a zodpovědnost za ně do rukou lékařů. Na poli medicíny jsou to ale psychiatři, komu se dostává nejobšírnějšího vzdělání ohledně lidského chování a jeho vztahu k lidskému tělu. Jenže tradiční psychiatrické vzdělání je ovšem pro schopnost podávat psychoaktivní látky jiným lidem opravdu kvalifikovaně pouze předstupněm. Jednou z nejdůležitějších kvalifikací je vlastní zkušenost s braním psychedelik.

V 50. a 60. letech bylo obecně uznávaným nástrojem psychofarmakologie experimentování sám na

²⁾ Terence McKenna seznámil stovky lidí s DMT a během návštěvy jeho botanické rezervace na Havaji před několika lety jsme o tom hovořili. Odhadoval, že téměř 5 % lidí, kterým DMT podal, nevykazovalo téměř žádné účinky. Terencových 5 % se přesně překrývalo s tím, co jsme zjistili během výzkumu my: 3 z 60 dobrovolníků téměř nereagovali.

sobě. Podobně, ovšem oproti současným americkým zvyklostem, musí evropští badatelé na poli psychedelik ve svých studiích „jít napřed“ i dnes. Tento přístup zvyšuje kvalitu tzv. žádosti o souhlas a informovaného souhlasu vytvořeného badatelem, zajišťuje pilotní údaje nutné pro vylepšení hypotéz a technik, zvyšuje badatelovo soucítění s jeho dobrovolníky a pochopení jejich zážitků. Budoucí se-veroamerické výzkumné týmy by měly požádat kontrolní orgány o dovolení, aby mohli evropské kolegy v této mimořádně důležité „fázi“ výzkumu následovat.³⁾

Kromě toho, že se „tam vydá sám“, měl by vědec, jenž chce podávat psychedelika druhým, jasně přezkoumat svou motivaci k tomuto počínu. Formálně vedená příprava sebe sama je nezbytná pro každého, kdo se hodlá usadit na oně výsadní pozici člověka podávajícího psychoaktivní látky druhým. Ačkoli existuje mnoho systémů, věřím, že psychoanalytický přístup je nejpromyšlenější a nejobsáhlejší. Zkoumá důležité zážitky z dětství souběžně s vytvářením úzkého vztahu s terapeutem. Zabývá se také nevědomou motivací a nutně ovlivňuje chování i citění. Tato vnitřní psychologická práce nám má pomoci odhalit niterné potřeby a strachy našich dobrovolníků, což má zásadní důležitost, protože tyto vnitřní skutečnosti se pod vlnou psychedelik nesmírně zesilují.

Člověk, který má být v průběhu psychedelické sese oporou a má pomáhat, musí být rovněž v určité míře citlivý v náboženských otázkách. Neznamená to jen mít spirituální či náboženské zkušenosti, ať už s psychedeliky či bez. Spíše se jedná o jistou přípravu či zázemí. Vzdělání na poli teologie, etiky a rituálního praktikování snáze pomůže porozumět důležitým aspektům plně psychedelického zážitku a soucítit s nimi.

Než jsme se pustili do výzkumu DMT, nikdy bych nehádal, že důvěrná znalost fenoménu únosu mimozemšťany by měla být nezbytnou pro člověka, který sesi vede. Teď to samozřejmě vím. Také věřím, že je užitečné vědět něco o obvyklých teoriích týkajících se „neviditelných světů“, tedy o temné hmotě a paralelních vesmírech.

Teprve s podobnými znalostmi, schopnostmi, s příslušnou přípravou a zkušenostmi by se měli vědci a vědecký tým do takového výzkumu pouštět – budou rozumět, budou schopni akceptovat téměř vše, co by se mohlo vynořit během hlubokého psychedelického zážitku, budou na to umět reagovat.

Další studie tohoto ideálního výzkumného střediska by mohly vyprodukovat vyčerpávající databázi reakcí na jednotlivé dávky, a to u starších i nových psychedelických látek. Pomocí standardizace a optimalizace settingu bychom se naučili, co je u jednotlivých látek skutečně možné.

Je například nutno zdokonalit se ve znalostech o malých dávkách psychedelik.

Těmto „malým sesím“ se dostává malé pozornosti, ale mohou mít vysoce žádoucí účinky. Mnoho ze starých badatelů na poli psychedelické psychoterapie preferuje léčbu pacientů pomocí nízkých dávek v rámci „psycholytické“ či „mysl-uvolňující“ psychoterapie. Nízké dávky je snazší podávat a pacienti lépe a déle vnímají terapeutický účinek.

Nad šálkem čaje se mi jednoho letního dne ve svém domě ve Švýcarsku svěřil Albert Hofmann, který objevil LSD, se svým nadšením pro nízké dávky této látky. Mimo jiné hovořil o zrychlení myšlení, zjasnění vnímání a zlepšení nálady, které znamenaly jemný, ale hluboký dopad této látky na mentální funkce. Vedlejší účinky nebyly téměř žádné.

Psychedelika nám mohou pomoci léčit většinu obtížných psychiatrických a psychologických problémů. Navrhované psychedelické výzkumné centrum by se mohlo na tuto oblast zaměřit. Ale je nutno si uvědomit potenciální potíže, které budou z návrhu a interpretace takového výzkumu vycházet.

V psychiatrické literatuře existuje například několik článků, které popisují nástup symptomů s obsedantně-kompulzivní poruchou po požití hub obsahujících psilocybin. Tyto syndromy spočívají v tom, že člověk trpí nezvladatelným nutkáním opakovat neprospěšné chování a myšlení, jímž spotřebovává neuvěřitelné množství času a energie. Serotoninové aktivní léky jako Prozac pacientům s obsedantně-kompulzivní poruchou pomáhají, a tak se na tento neurotransmitter soustředila pozornost. Vědci nyní plánují podávat při pokusu o léčbu pacientů se zmíněnou poruchou psilocybin, což z modelu fyziologie receptoru serotoninu vychází. Opravdu již není nutné dívat se na tyto nemoci pouze psychologicky, přestože by to mohlo být pro plné porozumění těchto prospěšných účinků zásadní.

Také bychom mohli léčit v oblastech, kde psychologie již nestačí, a to na nejen na poli zdravé

³⁾ F. X. Vollenweider, osobní rozhovor, červen 1993; L. Hermle, osobní rozhovor, červen 1993.

fyzilogie neurotransmiteru, totiž léčit posttraumatické stresové poruchy, drogovou a alkoholovou závislost, úzkosti a utrpení spojené s terminálními stadii nemocí.

Posttraumatická stresová porucha vyvolává pocit, že je člověk polapen minulostí, že je nekonečně otloukán ve stroji času, přičemž na počátku je hrůzná událost. Fyzické a sexuální zneužívání v dětství, přírodní a civilizační katastrofy znamenají pro naši společnost čím dál větší ohrožení. Rané studie badatelů na poli psychedelické terapie se zabývaly právě použitím psychoaktivních látek při posttraumatických stavech. Až do své nedávné smrti holandský psychiatr Jan Bastiaans úspěšně léčil psychedelickými látkami mnoho obtížných případů syndromu koncentračního tábora.⁴⁾

Mnoho lidí si od podobně bolestivých vzpomínek a emocí pomáhá drogami a alkoholem. Brzy však komplikace způsobené zneužíváním začnou být obtížnější než původní problémy, které se lidé takto snažili vyřešit. Bylo dokázáno, že ve společnostech domorodých Američanů používajících kaktus peyotl je výskyt alkoholismu značně snížen. Podobný účinek na závislost na alkoholu a kokainu lze zřejmě předpokládat i u členů brazilských náboženství užívajících *ayahuascu*.⁵⁾

A konečně – negativní reakce na bolest a zhoršování nemocí v terminálním stadiu přináší široké spektrum tíživých pocitů. Při rostoucím množství stárnoucích lidí a umírání početných generací, v případech AIDS a dalších epidemií je těžké o „dobré“ smrti hovořit. Několik starších studií demonstrovalo slibné výsledky i při použití vysokých dávek psychedelik při terapeutických sezeních s umírajícími.

Důsledky našeho výzkumu s využitím DMT mohou práci s umírajícími usnadnit. Pokud se DMT vylučuje v okamžiku smrti, pak by jeho podávání žijícím lidem mohlo znamenat jakousi „zkoušku nanečisto“. Ponoření se do zážitku vědomí existujícího nezávisle na těle, setkání s milující a čistou silou – díky tomu všemu by se mohl člověk účinně seznámit s tím, co se stane, až tělo zemře.

Jestliže uvažujeme o práci s umírajícími, pohybujeme se v citlivé oblasti. Pokud nějakého pacienta setkání s vlastní psychikou a nemateriálními světy vyděsí, pak by už nemuselo zbýt dostatek času, aby to šlo napravit. A dále, co když umírání a vysoké hladiny DMT spolu nijak významně nesouvisí: šok, dezorientace a strach by mohly proces umírání učinit ještě obtížnějším, než jakým by byl bez našeho zasahování.

Kromě léčení poruch by mohla být psychedelika používána pro zlepšování schopností v normálním stavu bytí – třeba zlepšování tvořivosti, schopnosti řešit problémy – nebo pro rozvoj duchovna. Výzkumná instituce a její studie, jakou jsem si představoval, by mohla tyto studie provádět citlivě a odpovědně. Mohla by posloužit mnoha lidem a měla by mnohem větší dosah než striktně patologicky a terapeuticky orientované projekty.

Registrujeme stále rostoucí škálu antidepresiv, sexuálních a dalších stimulátorů a stabilizátorů nálady s relativně nicotnými vedlejšími účinky. Tyto nové, snadno dosažitelné chemické látky nás nutí přehodnotit rizika a přínos toho, že se máme lépe než průměrně. Proč neužívat také psychedelika – i na jiné problémy než jen na nemoci?

DMT v nás probouzí myšlenky, pocity, obrazy, o jakých naši dobrovolníci říkali, že si je dříve nedovedli ani představit. Psychedelika stimulují představivost, a to z nich logicky dělá nástroj pro zvyšování tvůrčího potenciálu. Problémy, kterým čelí naše společnost a planeta, vyžadují nové nápady stejně jako nové a silnější technologie. Těžko budeme přehánět, když prohlásíme, že zlepšovat naše schopnosti a představivost je téměř akutní. Psychedelika by mohla být účinná i zde.

Již dříve jsem zmínil Harmanovy a Fadimanovy studie ze 60. let o pozitivním vlivu psychedelik na schopnost řešit problémy. Dobrovolníci byli samí profesionálové ve svém oboru a zjistili, že mnoho z řešení nalezených pod vlivem psychedelik bylo dostatečně efektivních. Momentálně existuje mnoho

⁴⁾ Ka-Tzetnik 135633, *Shivitti: A Vision*, Gateways, Nevada City 1998.

⁵⁾ Bernard J. Nbaugh, Philip O. Anderson: *Peyote in the Treatment of Alcoholism Among American Indians*, in: *American Journal of Psychiatry* 131, 1974, str. 1247-51; Charles S. Grob, Dennis J. McKenna, James C. Callaway, Glacus S. Brito, Edison S. Neves, Guilherme Oberlaender, Oswaldo L. Saide, Elizeu Labigalini, Christiane Tacla, Claudio T. Miranda, Rick J. Strassman, Kyle B. Boone: *Human Psychopharmacology of Hoasca, a Plant Hallucinogen Used in Ritual Context in Brazil*, in: *Journal of Nervous and Mental Disease* 184, 1996, str. 86-94. Existuje mnoho přístupů, jak léčit závislost; u léčby ibogainem je zřejmě nejvhodnější primárně vyjít z jeho farmakologie. Členové Národního institutu proti zneužívání drog se v odborné diskusi o ibogainu, které jsem se účastnil, zajímali, zda existuje nějaká možnost blokovat jeho „vedlejší“ psychedelické účinky a zároveň uchovat jeho vlastnosti terapeutické.

způsobů měření kreativity, ať už umělecké, vědecké, psychologické, duchovní či emocionální. Bylo by proto poctivé obnovit výzkum vlivu psychedelik na tuto zásadní lidskou vlastnost.

Mnoho definic představivosti vyjadřuje nějakým způsobem božskou povahu této vlastnosti. Vymyslet a vytvořit něco nového znamená sdílet cosi společného s božskou silou stvoření. Představivost má pro nás význam myšlenkového posílení, pomáhá nám vstoupit do míst, kde dříve nic neexistovalo. Ale vraťme se k úloze psychedelik u duchovních aspektů.

Jak jsem uvedl v kapitole 20 – Ve jménu náboženství – existuje racionální důvod dávat psychedelika do souvislosti se spirituálními disciplínami. Pokud nějaký hledač duchovna trpí nedostatkem poznání křehkých stavů, jež by mu umožnily proniknout do Písma, rituálů a viry, mohla by mu pomoci pečlivě připravená a vedená psychedelická sezení. Tento druh práce může také pomoci k rozvoji otevřenějšího a univerzálního přístupu k duchovnu.

Mohli bychom vtipkovat o tom, co je biologické, co psychologické a co duchovní. Řešení vnitřních konfliktů, ukončení destruktivních vztahů s lidmi nebo látkami a posilování představivosti, to všechno je pomocí oněch tří modelů možné. Musíme ale vyjít daleko z pohodlí našeho bádání, zaměříme-li se na dobrovolníky, kteří nepřestávají vyprávět příběhy o kontaktech a komunikaci se zjevně autonomními nemateriálními existencemi. Jak studovat tyto „transdimenzionální“ vlastnosti DMT?

Nejdříve musíme přijmout stanovisko, že tyto druhy zážitků jsou „pravděpodobně reálné“. Jinými slovy, že mohou ukazovat, jaké by to mohlo být“ v jiných realitách. První pokusy o systematický výzkum takovýchto setkání by měly určit povahu tamních bytostí. Zdali pak je možné navázat s nimi kontakt, vstoupit v interakci, prodloužit ji, rozšířit a prohloubit ji i po šoku, jež člověk po takovém setkání prožívá? Hovoří lidé, kteří se setkali s podobnými bytostmi a podobným prostředím, také o podobné výměně zpráv a informací?

V našem ideálním centru by se neměl odehrávat jen výzkum. Experimentální studie by měly ze všeho nejdříve nalézt pro psychedelika nejlepší kombinaci – pro zvláštní terapeutické, kreativní a spirituální účely. Při kvalitním settingu a rozšířené experimentální léčbě by se specializovaných služeb dostalo většímu množství lidí. Během jejich pobytu by se spíše než sběr údajů akcentovaly výsledky, které by mohly vést k dlouhodobějším změnám.

Přirozenou součástí takového centra by bylo vzdělávání a školení. Měli bychom vynikající příležitost učit se od expertů všech oborů a profesí, jak sama sebe proměňovat a zlepšovat prostřednictvím psychedelických zážitků. Ve výzkumném centru by se jistě nacházela i obsáhlá knihovna a archivní služba by nám mohla nabídnout vzdělávací materiály všeho druhu.

Podle knihy DMT: Molekula duše připravil Miloš VANĚČEK, NPC

Literatura:

Rick Strassman: DMT: MOLEKULA DUŠE, nakladatelství Dybbuk, Jan Šavřda, Sekaninova 12, 128 00 Praha 2, Praha 2005, ISBN: 80-86862-10-0

MALÁ POLICEJNÍ AKADEMIE POKRAČUJE

V loňském roce byl v rámci policie v Českých Budějovicích ukončen pilotní preventivní program pro žáky druhého stupně základních škol nazvaný „Malá policejní akademie“. Tento projekt se setkal s velkým zájmem ze strany jak žáků tak i pedagogů, proto jsme jednoznačně uvítali možnost zúčastnit se školení k tomuto projektu. Za podpory vedení Okresního ředitelství Policie ČR v Děčíně pak bylo rozhodnuto, že tento projekt spustíme i v rámci našeho okresu.

Stejně jako v jižních Čechách jsme se rozhodli zapojit do projektu různé typy základních škol. Od podzimu loňského roku se tedy šestáci z děčínského gymnázia, žáci Základní školy U Nemocnice v Rumburku a Základní školy Náměstí E. Beneše ve Varnsdorfu setkávají při besedách a přednáškách. „Navázali jsme na osvědčenou praxi, docházíme do tříd alespoň jednou měsíčně a držíme se stanovených témat. Děti pracují ve škole i mimo školní besedy s pracovními sešity pro Malou policejní akademii,“ řekl jeden ze zapojených policistů, npor. Václav Lacina, který si „vede“ svou třídu ve Varnsdorfu. Trochu odlišný model setkání zvolili zástupci Děčína. „Na přednášky si zveme odborníky, kteří mají zkušenosti s danou problematikou. Děti se tak mají možnost setkat se zajímavými lidmi, kteří jim mají co říct,“ doplnila o „své“ třídě nprap. Mgr. Aneta Zdobylaková z preventivně informační skupiny Okresního ředitelství PCR v Děčíně.

Ředitelé a učitelé zapojených škol takovou aktivitu zcela pochopitelně podporují. Prevence podávaná policisty a odborníky formou besed a diskusí je pro děti velmi atraktivní a příjemná. „Se školou spolupracuji již několik let, Malá policejní akademie jako dlouhodobý projekt všechny ve škole nadchl. Dětem se snažím předávat maximum informací,“ řekla npor. Mgr. Dagmar Žáková z SKPV Rumburk, která zaštiťuje Malou policejní akademii v Rumburku.

I v okrese Děčín potrvá Malá policejní akademie čtyři roky. Nyní se chystají policisté slavnostně zakončit první rok a při té příležitosti jsou pro děti připraveny různé dárky a doprovodné akce.

npor. Mgr. Dagmar ŽÁKOVÁ – SKPV Rumburk,
npor. Václav LACINA – OOP Varnsdorf
nprap. Mgr. Aneta ZDOBYLAKOVÁ – PIS OŘP Děčín

Na besedě pan Žejdl a pan Vaněček



MALÁ POLICEJNÍ AKADEMIE ŠKOLNÍ ROK 2006 - 2007

V závěru školního roku postihla Malou policejní akademii nenahraditelná ztráta. V květnu podlehl zákeřné nemoci autorka Malé policejní akademie Lucka Ptáčková. Snad tušila svoji budoucnost a tak všechny síly věnovala tomu, aby se zejména v Jihočeském kraji Malá policejní akademie dostala do všech okresů. Po celý podzim se navštěvovala jednotlivá okresní města, ve kterých pracovníci Preventivně informačních skupin připravili jednodenní seminář pro učitele základních a středních škol. Na závěr těchto seminářů jeho účastníci dostali výukové DVD Malé policejní akademie a další materiály k jednotlivým tématům. Semináře byly zahájeny v Jindřichově Hradci a skončily 28. února 2007 v Českém Krumlově. Seminářů se zúčastnilo průměrně 30 – 40 učitelů v jednotlivém okrese. Seminář byl kladně hodnocen a velký zájem měla jednak ukázka jednotlivých návykových látek a zejména potom nástin školních řádů k problematice drog ve škole.

Projekt Malé policejní akademie vzbudil zájem i v dalších regionech a tak se další semináře připravily ve spolupráci se školským úřadem Jihomoravského kraje v Brně pro Jihomoravský kraj. Aby bylo možné uspokojit zájem, byl připraven seminář třídní se stejným programem jako v Jihočeském kraji. I zde dostali jeho účastníci na závěr nejen výukové DVD k MPA ale také další materiály k využití při hodinách MPA. Řada z nich si odnesla i prezentace lektorů, aby s nimi mohla pracovat v budoucnu. Během těchto tří dnů prošlo seminářem na 130 účastníků.

Zatím posledním krajem, kde byl seminář uspořádán, byl kraj Středočeský. Na jeho přípravě se opět podílel kromě skupiny metodiky a prevence Národní protidrogové centrály školský odbor. Vzhledem ke kapacitě sálu se semináře zúčastnilo 37 zástupců jednotlivých škol. Jelikož zájem převyšoval kapacitní možnosti, bude seminář opakován na začátku školního roku 2007 – 2008.

Malá policejní akademie si našla cestu i do severních Čech. Stejně jako v jižních Čechách se rozhodly zapojit do projektu různé typy základních škol. Od podzimu loňského roku se tedy šesťáci z děčínského gymnázia, žáci Základní školy U Nemocnice v Rumburku a Základní školy Náměstí E. Beneše ve Varnsdorfu setkávají při besedách a přednáškách. Mgr. Aneta Zdobyláková, Mgr. Dagmar Žáková a npor. Václav Lacina navázali na osvědčenou praxi. Dochází do tříd alespoň jednou měsíčně a drží se stanovených témat. Děti pracují ve škole i mimo školní besedy s pracovními sešity pro Malou policejní akademii.

Ve školním roce 2006 – 2007 skupina metodiky a prevence Národní protidrogové centrály výrazně omezila účast na základních školách v Českých Budějovicích. Jedna beseda byla uskutečněna na víceletém gymnáziu. Pro žáky základní školy v Lišově byla opětovně připravena beseda s autorkou knihy ÚPLNÁ PRÁZDNOTA Ivetou Vochalovou. Dne 15. června byla provedena beseda navazující na celoroční výuku na základní škole Máj 1.

S ohledem na zavedení Malé policejní akademie v Děčíně, Varnsdorfu a Rumburku byla ve spolupráci s preventivně informační skupinou OŘP Děčín a Obvodním oddělením PČR ve Varnsdorfu provedena beseda s žáky 6. tříd, kde se MPA realizuje.

Skupina metodiky a prevence NPC sama realizuje MPA na základní škole v Praze 4, Kunraticích. Ve školním roce 2007–2008 byla do výuky zařazena nová 6. třída, takže výuka bude probíhat v 6. a 7. třídě této školy. Kromě standardní výuky byl pro žáky šesté třídy připraven program v Muzeu PČR a návštěva oddílu jízdní policie PČR v Praze.

Miloš VANĚČEK, NPC

SLAVNOSTNÍ PŘEDÁNÍ CEN VÍTĚZNÝM PREVENTIVNÍM PROJEKTŮM



První náměstek ministra vnitra Jaroslav Salivar v pondělí 16. dubna předal ceny vítězným projektům českého kola Evropské ceny prevence kriminality za rok 2006. Zadaným soutěžním tématem bylo „Násilí, kriminalita a rušení veřejného pořádku spojené s požíváním alkoholu a drog“.

V českém kole Evropské ceny prevence kriminality si vítězství odnesl projekt Správy Severomoravského kraje Policie ČR „Společný svět“, který je realizován již od roku 2004. Projekt se snaží hledat nové formy komunikace, které by umožnily redukci kriminality uvnitř romských komunit (lichva, užívání alkoholu a drog, prostituce), kriminality páchané vůči majoritní

společnosti (majetková trestná činnost, pouliční kriminalita) a kriminality páchané vůči romským komunitám (projevy rasové diskriminace).

Komise se rozhodla udělit ještě další tři ocenění. Jedno z nich putuje do Olomouckého kraje za projekt „Program následné péče“. Tento program je zaměřen na lidi, kteří jsou dlouhodobě závislí na návykových látkách, a měl by jim pomoci změnit jejich životní styl.

Projekt Jihomoravského kraje „Drogové služby ve vězení. Etapa II: Příprava klientů na návrat do společnosti“ se zaměřuje také na skupinu uživatelů nelegálních drog, kteří jsou ve vazbě, výkonu trestu a následně po propuštění z vězení. Projekt realizuje největší nezisková organizace v oblasti prevence a léčby drogových závislostí na Moravě (Sdružení Podané ruce). Klientům nabízí možnost vytvořit intenzivní terapeutické vztahy, na které je možné efektivně navázat i po výstupu z vězení a usnadnit jim tak integraci do běžného života.

Úkolem posledního oceněného projektu Národní protidrogové centrály a Preventivně informační skupiny policie v Českých Budějovicích „Malá policejní akademie“ je systematická a důsledná práce s dětmi na II. stupni základních škol v oblasti drogové prevence.

Více informací o oceněných projektech najdete v dubnovém Informačním servisu prevence kriminality.

www.mvcr.cz/ministerstvo/opk/servis.html

Foto: Vladimír Bukač

Jana MALÍKOVÁ, ředitelka odboru a tisková mluvčí
Odbor tisku a public relations



BROUČCI Z LIŠOVA

„TI MALÍ BUDOU JEDNOU VELCÍ...“,

zpívá ve své známé písni Jarek Nohavica. A nutno dodat, že čas letí rychleji, než bychom si přáli. Proto je důležité nepromarnit dobu, kdy můžeme zásadně a nezvratně ovlivnit tvorbu osobnosti jedince ve všech jejích aspektech.

Výchovně vzdělávací proces v mateřské škole nabízí nepřeberné možnosti, jak pozitivně rozvíjet jedinečnost každého dítěte. V naší v lišovské mateřské škole pracujeme podle vlastního Školního vzdělávacího programu, který má název „Kdo si hraje, nezlobí.“ Za nejdůležitější prostředek považujeme hru, protože jen ten, kdo si umí hrát a správně využít svůj volný čas, získává ten nejlepší pohled na svět a aktivní postoj k němu. Usilujeme o to, aby vzdělávání v mateřské škole obohatilo denní program dítěte a aby čas prožitý ve školce byl pro dítě radostí, příjemnou zkušeností a zdrojem dobrých základů do života. Snažíme se co nejvíce probouzet u dítěte zájem a chuť dívat se kolem sebe, naslouchat a objevovat i odvahu ukázat, co všechno umí, zvládne a dokáže.

Jak může vypadat konkrétní realizace vzdělávacího programu, si můžeme ukázat například ve třídě „Broučků“. Celý rok provází děti postavička broučka „Bedouška“, která se stává součástí jejich života a zve je do nekonečného světa fantazie a tvořivosti. V mysl malého dítěte brouček snadno ožívá, zabydluje se v knížkách a vstupuje do nejrůznějších příběhů, do nichž děti s radostí zve a láká. S dětmi si hraje, vypráví, čte pohádky, učí je básničky, písničky, usíná s nimi a zase je probouzí, zve je na vycházky do přírody, kde spolu poznávají květinčky, bylinky, zvířátka i broučky.

Nejradši však brouček učí děti tvořit, modelovat, pracovat s hlínou, kreslit a malovat. A že to „Broučkům“

se štětcem a barvami opravdu jde, svědčí i to, že sklízí úspěchy v podobě umístění na předních pozicích ve výtvarných soutěžích po celé republice. V letošním školním roce jich děti zdolaly celkem deset. Za zmínku stojí například společná výhra ve výtvarné soutěži „Jak přicházíme na svět“, uspořádané v rámci „Světového týdne respektu k porodu“, i hlavní výhra Vojtíka Čapka v této soutěži.

Martínek Zabilka obsadil přední pozice v celostátních soutěžích „Ahoj z prázdnin“ a „Příroda kolem nás“, Markétka Benešová v soutěži „Kniha a já“.

Třetí místo ve výtvarné soutěži „Cesta za zvířátky“, pořádané Hnutím Brontosaurus v Hodoníně, patřilo Anetce Buštové.

V soutěži Českého svazu zahrádkářů „Kytíčka pro maminku“ bylo oceněno deset nejlepších prací z celé republiky. Naši „Broučci“ bodovali hned třikrát.

V soutěži ke „Dni bez aut“, pořádané Ekocentrem Brno, stanulo na stupních vítězů hned pět našich malých malířů.

V okresním kole soutěže „Požární ochrana očima dětí“ obsadil první místo David Pavlík a druhé místo Pepíček Mráček. Davídkova práce získala i ocenění v rámci republikového kola.

Velkou radostí bylo umístění Kristýnky Šimkové a Markétky Benešové ve výtvarné soutěži „Červen – měsíc myslivosti“, pořádané OMS Tábor. Obrovskou odměnou pro celý kolektiv byla krásná cena a putovní pohár, který budeme opatrovat celý příští rok. Samozřejmě se budeme snažit, aby u nás zůstal co nejdéle.

Také nás potěšilo prvenství v soutěžích: „Šumavská příroda“, „Slunce – moje hvězda“ a v soutěži ke „Globálnímu týdnu bezpečnosti silniční dopravy“.

Zvláštní cenu získal kolektiv ve výtvarné soutěži „Namaluj krajinu“ ze Stanice přírody na Semenci.



Třída „Broučků“ je zaměřena na výtvarnou výchovu, děti svými pracemi zdobily prostory šatny, třídy, potěšily svými krásnými obrázky své rodiče a sourozence. Některým jsou čtyři roky, jiní už oslavily páté narozeniny. Tak malí – a tak šikovní? A co až TI MALÍ BUDOU JEDNOU VELCÍ? Budou z nich určitě samostatné bytosti, které se dovedou prosadit ve společnosti vrstevníků, budou umět řešit problémy běžného života, budou se umět domluvit a komunikovat. Vyrostou z nich určitě samí slušní a všestranně rozvinutí lidé. Protože ten „Kdo si hraje – nezlobí“.

Irena BŘEZINOVÁ, MŠ Lišov



MEZINÁRODNÍ POLICEJNÍ SETKÁNÍ III. SEMINÁŘ SBĚRATELŮ-POLICISTŮ

Ve dnech 15. až 16. března 2007 jsme se zúčastnili v počtu šesti příslušníků Policie ČR (dva policisté z NPC, dva z ORŘ PČR Praha IV, jeden z OKTE PČR Spr. hl. m. Prahy a jeden z STO PČR Spr. Středočeského kraje) konference „III. seminář sběratelů-policistů“ pořádané Hlavním velitelstvím policie Polska ve Varšavě.

Konference se uskutečnila v rámci harmonogramu centrálních kulturně-vzdělávacích akcí pod patronátem a za podpory hlavního velitele policie Polské republiky (policejního prezidenta) s cílem podpory etosu (mravního charakteru) policejní služby a popularizace dějin policie formou přednášek a prezentací.

Seminář byl rozdělen do dvou částí, z nichž jedna část proběhla v objektu Wydziału Doskonalenia Zawodowego KSP v Tomicích, kde byli účastníci ubytováni, a druhá v technické expozici Muzea Wojska Polskiego ve Fortu Czerniakowski ve Varšavě.

V průběhu programu byla prezentována řada témat, nejen z historie, ale i současnosti s návazností na blízkou budoucnost policejních sborů.

Hlavním cílem naší účasti na konferenci bylo seznámení účastníků s historií a vývojem bezpečnostních sborů na území České republiky od roku 1900 do současnosti, jejich výzbrojí, a výstrojí a to formou ukázek stejnokrojů a rekonstrukcí činností bezpečnostních složek.

První den Semináře zahájil nadkomisař Slawomir Cisowski, zástupce velitelky Policejního školícího střediska v Tomicích a vedoucí Klubu Kolekcjonerów Policyjnych, jenž toto setkání sám technicky připravil. Vzhledem k jeho jazykovým a organizačním schopnostem se podařilo mezi účastníky vytvořit srdečnou přátelskou atmosféru, rovněž vynikající materiální zabezpečení přispělo k tomu, že setkání mělo důstojný průběh a vysokou úroveň...



První část Semináře byla věnována prezentaci jednotlivých příspěvků, ze zahraničních byla obzvláště zajímavá a pro výkon policejní služby přínosná přednáška pana Ireneuše Dziubka s názvem „Skrytá zbraň – nebezpečná zajímavost“, kde polský kolega prezentoval úctyhodné penzum znalostí o zbraních (palných i chladných) maskovaných jako jiné předměty.

Zajímavá byla i přednáška polského kolegy s názvem „Vliv podmínek služby na zdraví policistů v období 1918-1938“ věnovaná nejen těžkým a mnohdy život ohrožujícím podmínkám pro výkon služby policistů, ale zejména památce 640 padlých kolegů v boji s kriminalitou.

Dále jsme se mohli seznámit se vznikem, vývojem a vzory policejní hvězdy – služebního odznaku Polské policie v prezentaci Dariuzse Streleckiho.

Inspirativní a pro nás povzbudivý byl i příspěvek dr. Mateuše Viliňského s názvem „Sběratel ví více“, pojednávající o tom, že při shromažďování podkladů, týkajících se historie, dosahují mnohem lepších výsledků badatelé amatéři (což je náš případ), než placení historikové profesionálové, nebo zaměstnanci muzeí, kteří mají tuto činnost ve většině případů pouze jako pracovní náplň, a nikoli jako koníčka.

My jsme seznámili účastníky s našimi příspěvky pod názvem „Spolupráce při stíhání narušitelů zákona mezi ČSR a sousedními zeměmi v letech 1920-1938“ a příspěvkem věnovaným okolnostem vedoucím ke vzniku protidrogové policie na území Československé republiky a její historii s přihlédnutím k osobě policejního vládního rady Josefa Vaňáska.

Během konference byly rovněž nastíněny některé nové trendy v mezinárodní spolupráci prostřednictvím mezinárodní policejní asociace (IPA).

Druhý den konference bylo téměř celé dopoledne vymezeno našemu pásu tzv. živé historie, kdy je historie policejních sborů na našem území prezentována pomocí několika ukázek policejní činnosti v dobových uniformách, charakteristických pro jednotlivé státní útvary.

Podařilo se navázat na naše příspěvky o mezinárodní spolupráci při stíhání zločinců a díky spolupráci s polskými kolegy, rovněž se zabývajících historií bezpečnostních sborů na svém území, vznikla scénka s dopadením pašeráka kokainu z období 30. let 20. století a také z poválečné historie z období 1946–1947 se zneškodněním tlupy ukrajinských nacionalistů (banderovců) příslušníky Sboru národní bezpečnosti a polské bezpečnosti.

Dále dva polští kolegové, příslušníci MP ztvárnili dvojici toxikomanů při zásahu orgánů VB proti dealerovi drog z poloviny 80. let 20. století. Takže jediné ryze českými ukázkami bylo dopadení pytláka a zjištění jeho totožnosti metodou pana Alfonse Bertillona z dob Rakousko-Uherské monarchie a usvědčení pachatele loupežného přepadení poštovního úřadu pomocí rekognice z 50. let 20. století.

I přesto, že jednotlivé scénky nebylo možné s polskými kolegy předem nazkoušet a jelo se tedy přímo naostro, bylo jejich ochotnické nadšení a improvizace velkým přínosem a rozhodně přispěly k pobavení přítomného obecnictva.

Jednotlivým obrazům předcházelo stručné popsání historických událostí, koncepce bezpečnostních sborů a jejich výstroje a výbroje, které brilantně tlumočil Slawomir Cisowski a rovněž svou znalostí polštiny pomáhal i Michal Gajdorus.

Po skončení našeho v česko-polského představení a krátké prohlídky areálu vojenského muzea v odpoledních hodinách naše šestičlenná výprava vyrazila zpět do vlasti.

Závěrem lze konstatovat, že naše účast na konferenci byla přínosná nejen pro nás, ale i pro všechny zúčastněné a doufáme, že naši mezinárodní spolupráci s polskou stranou budeme prohlubovat i v budoucnosti.

Rovněž tímto děkujeme za poskytnutí logistické podpory Národní protidrogové centrále a PČR Spr. hl. m. Prahy a také za pochopení našich nadřízených, neboť i toto přispělo, že naše účast na mezinárodním Seminárii zdařile proběhla.

nrap. Martin MICHAL, Preventivně informační skupina OŘ PČR Praha IV



POUŽITÍ ZBRANĚ - ŠAVLE, PŘÍSLUŠNÍKEM STRÁŽE BEZPEČNOSTI POLICEJNÍHO ŘEDITELSTVÍ V PLZNI

„Stráž bezpečnosti jest ozbrojena, užití zbraně je však vázáno určitými předpisy. Stačí nepatrný omyl, rozčilení, a úředník uniformované stráže jest volán k zodpovědnosti, třebaže v každém případě jde o dobrou vůli, prospěti veřejnosti a udržeti bezpečnost.“

(Z projevu poslance Machníka na 21. schůzi PS NS RČS ze dne 21. února 1930)

Strážnice č. 2 II. oddělení Policejního ředitelství v Plzni byla dislokována na Hlavním vlakovém nádraží Plzeň. Dne 11. května 1931 vykonával službu na této strážnici mimo dalších policistů také obvodní inspektor II. třídy Jan Hyřha, nar. 19. srpna 1894 ve Švihově, okres Klatovy, příslušný do Plzně, ženatý, bezdětný. Vojenskou službu konal u 28. zeměbranceckého pluku, později u 8. hanáckého pluku ruských legií jako desátník. Ten den, v 21. 30 hodin volal na dopravní úřad hlavního nádraží vrchní adjunkt státních drah Bedřich Synek ze seřaďovacího nádraží, že v jednom z vlaků se nachází muž, který se odmítl vykázt dražními doklady, nadával dražním zaměstnancům a rovněž je ohrožoval. Vrchní adjunkt státních drah Josef Draský, který na dopravním úřadě hovor přijímal, následně požádal telefonicky vedoucího inspektora I. tř. Josefa Písaříka ze strážnice hlavní nádraží, aby dal muže pro uvedené skutky zjistit. Inspektor Písařík na místo vyslal již zmiňovaného obvodního inspektora II. třídy Jana Hyřhu.

Obvodní inspektor Jan Hyřha došel do budovy dopravní kanceláře, kde se mu přihlásil zaměstnanec státních drah vrchní adjunkt státních drah Josef Draský. Draský Hyřhovi sdělil, že vlak na hlavní nádraží přijíždí a jelikož sám přesně neví, o co se jedná, půjdou společně vlaku naproti. Ve vlaku měl být zaměstnanec drah Synek, který byl s věcí obeznámen. Po příjezdu vlaku upozornil Synek obvodního inspektora Hyřhu na vagón, ve kterém měl být muž, který zaměstnancům drah nadával, ohrožoval je a choval se jako zvíře. Muž na nákladním vagóně jel jako doprovod koní. Dopravní úředník dodal, že si to nemůže nechat líbit, a žádal, aby dotyčný muž byl zjištěn. Obvodní inspektor Hyřha viděl, že z jeho strany je vagón zavřený a proto jej otevřel a viděl na slámě nákladního vozu ležet muže. Oslovil jej: „Proč nechcete předložit zřízenci průkazy, když vás o to žádají?“ a ihned dodal: „Máte nějaké osobní průkazy? Ukažte mně je!“ Muž vyskočil ze slámy a začal křičet: „Proč mě nenechají ti lidé, já mám zaplacen a do ostatního jim nic není.“ Proto obvodní inspektor Hyřha muže znovu vyzval, aby předložil osobní průkazy. Na to muž vyndal nějaké papíry a dal je inspektorovi do ruky. Na místě bylo šero a inspektor nemohl papíry přečíst, ale podle hmatu poznal, že nejde o osobní doklady. Vyzval tedy muže podruhé. Na to on vyndal tenké desky a opět je podal inspektorovi. Ten je kvůli tmě nemohl přečíst a muže požádal o to, aby mu sdělil, jak se jmenuje. Ten na inspektora začal křičet, že to tam má přeci napsané. Na druhou výzvu mu sdělil, že se jmenuje Černý a více, že má tam napsáno. Obvodní inspektor Hyřha řekl Černému, že ten mu musí sdělit všechna svoje data, totiž celé své osobní jméno. Na to Černý začal pobíhat po vagónu a řvát, proč ho nenechají spát, proč na něho volají policajta, když má zaplacen. Po chvíli obvodní inspektor Hyřha poznal, že v deskách, které mu Černý podal, by se mohl nacházet domovský list. Vlakový manipulant Jaroslav Šlosar, který byl na místě přítomný, mu na papíry posvít, ale světlo bylo velmi slabé. Navíc rozzuřený Černý mu do lampy třikrát kopl. Když inspektor zjistil, že Černý nevystoupí, vešel za ním do vagónu sám, aby zjistil jeho totožnost. Ve vagónu opět Černého jménem zákona vyzval, aby vystoupil. Nato Černý začal znovu pobíhat po vagóně a vzal do ruky hůl. Když inspektor viděl, že nechce uposlechnout výzev, ptal se ho znovu na jeho jméno, a to snad proto, aby rozzuřeného člověka nemusel násilím předvádět. Na další výzvy Černý nereagoval a stále zuřivě pobíhal po vagóně. Chvilími bral do ruky hůl a poněvadž inspektor viděl, že je rozzuřený, očekával každou chvíli útok na svoji osobu. Po chvíli, když Černý neřekl své celé jméno, inspektor jej znovu vyzval k vystoupení z vagónu. Na to Černý chytil do ruky

železnou hůl a neuposlechl. Inspektor zachytil Černého za ruku a v tom poznal, že ten má zřejmě velkou sílu. Mimo to jej převyšoval o hlavu i vzrůstem. Když toto zjistil, zavolal dolů na skupinku čtyř železničářů, aby přivolali ze strážnice další tři muže. Když to slyšel Černý, sám z vagónu seskočil. Inspektor skočil za ním a jménem zákona jej vyzval k následování na strážnici, kam jej chtěl předvést za účelem zjištění a pro neuposlechnutí. Při této výzvě odstrčil Černý inspektora od sebe a chystal se znovu nastoupit do vagónu. V tom mu inspektor zabránil tím, že se postavil před vrata vagonu. Černý zdvihl ruku a chystal se inspektora udeřit. Ten aby odvrátil útok, použil služebního obušku a udeřil Černého přes ruce. Nejprve jednou a když na něj poté zaútočil znovu celým tělem, praštil jej několika-krát, snad čtyřikrát, přes ruce a možná i přes hlavu. Černý se na inspektora vrhl znova a zachytil jej oběma rukama za obušek, když jej předtím poškrábal na ruce i v obličeji a utrl mu patku služební blůzy. Chvilí se inspektor s Černým přetahovali o obušek, který Hytka nepustil, už jenom ze strachu, co by se stalo, kdyby jej proti němu Černý použil. Černý pustil obušek a znovu se celým tělem pustil do inspektora. Černý útočil stále větší silou a inspektor před ním ustupoval. Inspektor vyčerpaný z předchozího boje, viděl, že proti útočníkovi obuškem nic nezmůže, vytáhl proti němu šavli. Když Černý viděl tasenou šavli, vrhnul se znovu proti inspektoru. Ten jej první ranou ploché strany šavle zasáhl přes ruce, možná přes záda. To Černého rozzuřilo ještě více a zaútočil znovu a prudčeji. Udeřil inspektora sevřenou pěstí do žaludku, až jej kousek od sebe odhodil. Inspektor znovu použil šavli a Černého udeřil třemi nebo čtyřmi ranami do hlavy. Po těchto ranách se Černý na inspektora vrhl s cílem zmocnit se šavle. Podařilo se mu ji zachytit levou rukou, za šavli zatahl a aby jí Černý nemohl uchopit i rukou pravou, stáhl ji inspektor k sobě a ustoupil o dva kroky vzad. Černý znovu zaútočil na inspektora, narazil do něj svým tělem a přitom narazil na špičku šavle, která přechnívala přes tělo inspektora Hytky, levou částí prsou. Černý zavrával a zhroutil se na levou stranu těla. Obvodní inspektor Hytka nevěda jak je zraněn, jej otočil na záda a uviděl zakrvácenou košili na levé straně prsou Černého. Zavolal tedy na přítomné lidi, kterými byli čtyři drážní zaměstnanci, kteří neustále sledovali zápas mezi policistou a Černým, aby zavolali lékaře. Pak se obrátil znovu ke skupince drážních zřízců a křičel: „Pánové, on se mě napíchl na šavli, kdo jste to viděl neodcházejte, přihlaste se za svědky, věc půjde k soudu a jedná se o moji existenci!“ V tom došel na místo obvodní inspektor Jan Šika, vyslaný ze strážnice jako posila. Tento poslal obvodního inspektora Hytku na strážnici zavolat lékaře. Obvodní inspektor II. třídy Hytka se vydal na strážnici a cestou potkal svého kolegu Karbana, kterému řekl, aby lékaře obstaral. Více u případu nebyl. K použití šavle uvedl, že měl strach z toho, že jej Černý v úzkém a neosvětleném prostoru mezi dvěma vlaky hodí pod některý z nich, kdy čekal, že se co nevidět rozjedou. Když viděl, že volaná pomoc nepřichází a Černý útočí stále více a použití obušku se minulo účinkem a také následkem vyčerpání a obavou o svůj život, použil šavli.

Takto vypověděl obvodní inspektor II. třídy o své potyčce, na jejímž konci zůstal ležet mrtvý muž na peróně. K věci vypovídali i zaměstnanci drah, kteří byli potyčce přítomni, vlakový manipulant Jaroslav Šlosar, brzdař Václav Ševčík, brzdař Václav Toman a průvodčí vlaků František Tolar. A proč nezasáhli? Báli se Černého. Měli strach, že se jeho hněv obrátí proti nim. Ve svých výpovědích potvrdili výpověď obvodního inspektora. Jeden z přítomných uvedl, že Černý napadal zaměstnance dráhy již na smíchovském nádraží v Praze. Po celém incidentu se na místo dostavila policejní vyšetřovací komise ve složení vrchní policejní komisař Dr. Josef Mainer, vrchní okresní inspektor Josef Mleziva, inspektor František Třešňák a dále policejní lékař Dr. Exner. Dr. Exner provedl ještě téhož dne ve 23.30 hod. prohlídku inspektora Hytky, z jejíž závěrů se dozvídáme, že inspektor měl na bradě a na hřbetu pravé ruky zaschlou krev, po jejímž omytí byly shledány na pravé straně brady dva menší a jeden 1 cm dlouhý škrábanec, krvácející. Rovněž na hřbetu pravé ruky mezi kotníky 3. a 4. prstu v záprstí byla dvě škrábnutí 0,5 cm a 3 mm dlouhé. Žaludek na tlak byl nápadně citlivý až bolestivý a u obvodního inspektora bylo shledáno celkové rozrušení. Dr. Exner provedl rovněž prohlídku mrtvolu muže. Z lékařského nálezu se dozvídáme, že šlo o mrtvolu velice silné konstrukce, svalnatou a vysokou. Při bližším ohledání byla zjištěna zranění hlavy, a to v obličeji nad pravým okem zduření měkkých částí od tupého úderu, ve vlasech nad čelní kostí skoro příčně jdoucí, blíže ke kosti temenní položená, zaschlou krví vyplněná, zející šest cm dlouhá sečná rána, dále několik dalších zhmoždění hlavy, krvácení z úst a nosu. V košili mrtvého muže byla zjištěna příčná díra, dva cm dlouhá. Po jejím odkrytí shledány sraženiny krevní i nesražená krev pokrývající plošně přední stěnu hrudníku a dolní polovinu břišní stěny. Po očištění krve na hrudníku shledána sedm cm od levé bradavky směrem k hrudní kosti a pět cm pod levou bradavkou skoro příčně položená bodná rána eliptického tvaru, oboustranně ostroúhlá, na vnitřním konci asi jen o 2 mm výše položená než na zevním, délky dva cm a zející do šířky půl cm, pro špičku malíku propustná a v mezižebří do tkáně plicní vnikající. Smrt muže dle

ohledání nastala vlivem silného vykrvácení do plic po porušení plicní tkáně bodnou ranou. Při pozdější soudní pitvě soudní znalci Dr. Kyjovský a Dr. Horschfeld jeho závěry potvrdili. Oděrky označili za způsobené pádem na písčitou zem, zhmožděniný jako důsledek tupého násilí, možným činitelem zde mohl být obušek. Zranění v hlavě a bodnou ránu označili za těžké. Smrtelná rána byla bodná do oblasti plic, kde odpovídá tvarem šavli. Jako možnost způsobení takové rány uvedli ve znaleckém posudku aktivní bodnutí nebo pasivní při nabodnutí na šavli připravenou k bodnutí. Soud se při hlavním líčení vzhledem ke zjištěným skutečnostem, zejména svědeckým výpovědím přiklonil k druhé možnosti. Ale kdo byl vlastně onen pan Černý? Leopold Černý, řeznický pomocník, se narodil 28. března 1886 ve Velvarech, příslušný do Slaného, svobodný. Dotazem Policejního ředitelství v Plzni na četnickou stanici Slaný bylo zjištěno, že se zde Leopold Černý v mladších letech zdržoval. Na městském úřadě ve Slaném měl záznam o pěti trestech, a to mimo jiné pro krádeže a pro potulku. Osoby ze Slaného, které si Černého pamatovaly, se o něm vyjádřily jako o člověku hrubé a násilnické povahy. Velitelství četnické stanice se vyjádřilo následovně: „Oznamuji, že Leopold Černý požíval špatnou pověst a byl násilnické povahy.“ V příloze zaslaný trestní lístek Černého čítal celkem třináct trestů. Dále bylo zjištěno, že byl nedávno zatčen a souzen pro ublížení na těle v Praze a byl okresním soudem v Praze hledán. Dále byla zaprotokolována vzpomínka na Černého o tom, jak se o něm vyjádřil jeho soused z pražského Karlína. Ten o něm hovořil jako o člověku brutálním a surovým, o rváči pro každou maličkost, naprosto nesnášenlivém se svým okolím, který pro nepatrnou příčinu vyvolanou hádku vystupňoval hned ve rvačku, při které zpravidla vytáhl nůž a pravděpodobně pobodal spolurváče. U zabitého muže byla po jeho smrti nalezena výzva k nastoupení trestu, vydaná Okresním soudem trestním v Praze, odd. VI., pro jejíž neuposlechnutí byl hledán. V průběhu vyšetřování byli vyslechnuti všichni čtyři přítomní železničáři z dopravní čtyř nákladního vlaku, kterým Černý do Plzně, jako doprovod koní, přijel. Všichni vypovídali shodně ve prospěch policisty, kdy uváděli, jak moc byl Černý brutální a agresivní, jak nadával policistovi do pendrekáře a naopak o tom, jak klidný byl policista, ale později pozbýval při zápase sil. Ovšem v průběhu vyšetřování se objevila osoba železničáře, vozopisce Záleského, který tvrdil, že byl rvačce přítomen a viděl, jak byl Černý slušný na policistu a ten na něj naopak měl tasit šavli a zařvat: „Rozsekám tě vejpůl.“ Nikdo další ho tam ovšem neviděl, neboť tvrdil, že stál mezi skupinou čtyř železničářů a rvoucích se mužů. Nikdo také neslyšel údajné výroky obvodního inspektora Hythy, který uvedl, že v rozčílení mohl něco po tasení šavle zakřičet, ale slova o rozsekání si nevybavoval, a tím se stala výpověď Záleského nevěrohodnou. Také na otázku, proč se nepřihlásil hned na místě obvodnímu inspektoru Šikovi, uvedl, že se mu dělalo špatně z mrtvého těla. Přitom šel do dopravní kanceláře, o věci informoval nadřízeného a tázal se ho, zda-li má vypovídat ve prospěch policisty nebo ne. Ten mu odpověděl, ať vypovídá dle svého svědomí. Záleský později u hlavního přelíčení uvedl, že si tím chtěl „udělat oko“ u nadřízeného. Soud uznal jeho výpověď jako nevěrohodnou. Dalším svědkem, který se přihlásil později, se stal průvodčí vlaků Josef Babka, který údajně viděl jen to, jak policista tluče Černého šavlí do zad, v době, kdy byl otočen čelem k vlaku. Babka měl konflikt sledovat skrz zavřené okno osobního vlaku, kde se v té době nacházel. Rovněž jeho výpověď nebyla žádnou jinou potvrzena.

Po provedeném šetření policejním ředitelstvím v Plzni byla dne 16. června 1931 podána státním zastupitelstvím Krajskému soud v Plzni obžaloba na Jana Hythu pro přečin dle § 335 tr. zákona. Dne 8. září 1931 v půl deváté dopoledne bylo u Krajského soudu zahájeno v této věci hlavní přelíčení. Soudní senát tvořili vrchní soudní rada Elleder, předseda, vrchní soudní rada Charypar a soudní rada Tetzeli. Zapisovatelem byl Dr. Nový, státním zástupcem Dr. Bauer, obhájcem Dr. Boček, advokát z Plzně. Soud vedl k osvobozujícímu rozsudku zejména svědecké výpovědi čtyř železničářů přítomných napadení policisty, dále výpověď samotného obžalovaného, jak je v osvobozujícím rozsudku uvedeno: „Soud má na základě svědeckých výpovědí zcela věrohodných a veškerou důvěru vzbuzujících, plně za prokázáno, že obžalovaný se nalézal ve spravedlivé nutné sebeobraně a že v rozčílení a ze strachu před dalším útokem na svoji tělesnou bezpečnost nikterak z této spravedlivé nutné sebeobraně nevystoupil a že použití zbraně, totiž šavle nepřesahovalo již samo sebou míru potřeby, jak obžaloba tvrdí tak, že by se byl bránil způsobem vybočujícím se mezi nutné potřeby, soud nabyt na základně zodpovídání se obžalovaného Jana Hythy a svědectví shora uvedených osob, které věrohodně svědčily, že pro obžalovaného, jemuž všechny možné mírné prostředky k odvrácení bezprostředního a stále se stupňujícího útoku bezdůvodného ze strany Leopolda Černého vyčerpá a nedočkal se od žádné osoby poblíž stojící pomoci, nezbyvalo naprosto ničeho jiného než použití šavle, po které se již Leopold Černý sápal, neboť ubývalo mu již i fyzických sil. Ostatně mají členové bezpečnosti stráže rozkaz z 13. 4. 1922 č. 320*, konajíc službu, zákonem stanovená práva stráže vojenské i civilní,

požívaje právní ochrany těchto stráží a smějí užívatí zbraně, šetříce předepsané opatrnosti, v určitých případech, mezi nimiž jest zejména uveden případ nutné sebeobrany, aby odvrátili násilný útok, jež na ně byl učiněn a dále v případě, že nelze jinak překonat odpor, směřující k zmaření jejich služebního výkonu.“ Další podstatnou skutečností vedoucí k osvobozujícímu rozsudku byla trestní minulost a celková pověst Leopolda Černého, kdy byl soudem označen za nebezpečnou osobu.

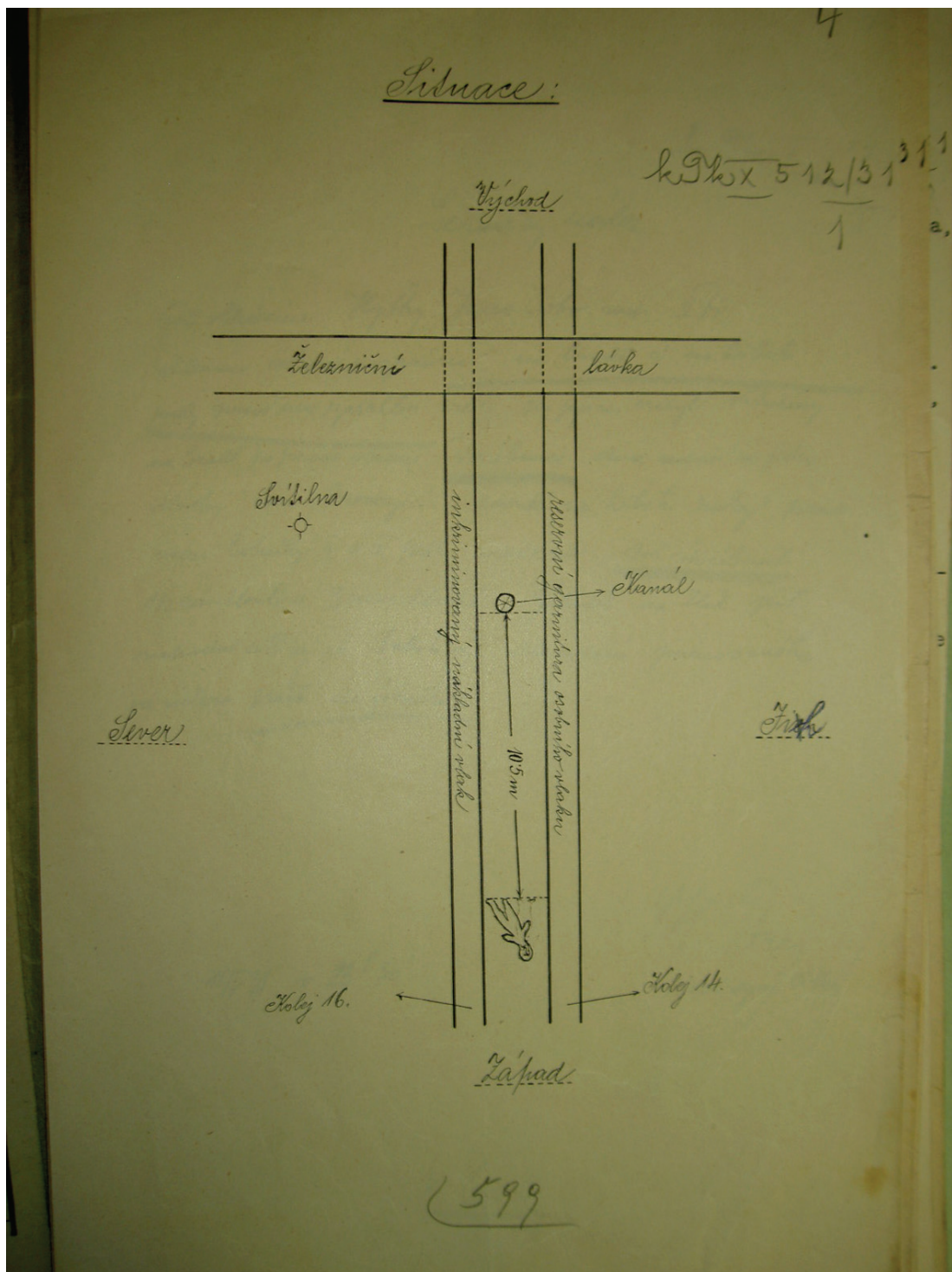
V dějinách bezpečnostních složek v Československu se jedná o jeden z mála zachovaných dokladů o použití šavle policistou.

Tomáš HERAJT, Policie ČR, OOP Nýřany

* V dochovaném opise rozsudku je zřejmě chyba. Mělo by se jednat o zákon č. 230/1922 Sb. z. a n. O stráží bezpečnosti ze dne 13. 7. 1922, kde bylo stanoveno v § 4, že „Členové stráže bezpečnosti mají, konajíce službu, zákonem ustanovená práva stráže civilní a požívaje právní ochrany této stráže. Zbraně smějí užít jen v těch případech, ve kterých smějí jí podle zákonných ustanovení použít příslušníci četnictva.“ Toto ustanovení odkazovalo na § 13 z. č. 299/1920 Sb. z. a n. O Četnictvu, který upravoval použití zbraně příslušníky sboru četnictva.

Literatura:

SOA v Plzni, fond Krajský soud v Plzni, soudní spis č. Tk X. 512–1931.



KNIHOVNIČKA

V zimních měsících by se měla na pultech knihkupců objevit nová kniha Miroslava Nožiny a Miloše Vaněčka

Mandragora, morfin, kokain

Drogový problém v českých zemích v dobách habsburské monarchie a v předválečném Československu

V knize jsou zpracovány následující kapitoly:

I. POČÁTKY DROGOVÉHO PROBLÉMU V ČECHÁCH

1. Prehistorie drog a vítězství pijácké kultury
2. Drogy ve středověku a raném novověku
 - 2.1. Pijácká kultura
 - 2.2. Lidové léčitelství
 - 2.3. Čarodějnictví a černá magie
 - 2.4. Drogy, alchymisté a lékaři
 - 2.5. Orientální vlivy

II. Plody průmyslové revoluce

1. Vznik globálního drogového problému
2. Ohlasy v českých zemích
 - 2.1. Rozvoj přírodních věd a zájem českých vědců o drogy
 - 2.1.1. Pokusy Jana Evangelisty Purkyně
 - 2.1.2. Experimenty Juliuse Sachse s hašišem
3. Důsledky nových objevů ve farmacii
 - 3.1. Éra morfinu
 - 3.1.2. Mezinárodní dohody
 - 3.2. Morfinismus v Čechách
 - 3.2.1. Chápání toxikomanie
 - 3.2.2. Profily soudobých toxikomanů a způsoby léčby
 - 3.2.3. Předávkování morfinem
4. Drogová legislativa
 - 4.1. Soudní případy a zbavení svéprávnosti
 - 4.2. Kontrola dovozu, výroby a distribuce drog
5. Nástup kokainu

III. DROGY V NEZÁVISLÉM ČESKOSLOVENSKU

1. Mezinárodní situace mezi dvěma světovými válkami
 - 1.1. Válečné intermezzo
 - 1.2. Nekonvenční dvacátá léta
 - 1.2.1. Německý drogový boom
 - 1.3. Rozvoj mezinárodního obchodu drogami
 - 1.4. Mezinárodní dohody a policejní spolupráce

2. Drogová scéna v Československu 20. let
 - 2.1. Drogové spektrum
 - 2.2. Kokainová subkultura
 - 2.3. Stav legislativy
 - 2.4. Protidrogové orgány
 - 2.4.1. První vlna protidrogových opatření v polovině 20. let
 - 2.5. Plnění mezinárodních závazků
 - 2.6. Založení protidrogové policejní ústředny
3. Drogová scéna 30. let
 - 3.1. Zrod Balkánské drogové cesty
 - 3.2. Mezinárodní dohody a policejní spolupráce
 - 3.2. Československo ve 30. letech
 - 3.2.1. Stav legislativy
 - 3.2.2. Pouliční scéna
 - 3.2.3. Policejní šetření
 - 3.2.4. Úniky z lékáren
 - 3.2.5. Výroba drog v Československu
 - 3.2.6. Ilegální dovozy drog ze zahraničí
 - 3.2.6.1. Pašerácké sítě
 - 3.2.6.2. Německý směr
 - 3.2.6.3. Rakouský směr
 - 3.2.6.4. Polský směr
 - 3.2.6.5. Švýcarsko a Francie
 - 3.2.6.6. Balkán
 - 3.2.7. Mezinárodní drogové sítě
 - 3.2.7.1. Josef Raskin a spol.
 - 3.2.7.2. Hamburský případ
 - 3.2.7.3. Gang Hluchého Araba
 - 3.3. Opiový zákon z roku 1938

Ukázka z knihy

Hamburský případ

Vrchní policejní komisař JUDr. J. Šejnoha, autor na svou dobu vynikající učebnice „Systém kriminalistického vzdělávání“ o nástupu mezinárodních obchodníků s drogami do Československa napsal: „Až do roku 1931 jsme mnoho ani my, ani mezinárodní policie o obchodu opiáty nevěděli. Přesný přehled o obchodu samém, o osobách v něm angažovaných a o jeho organizaci nám podaly dvě velké, vzájemně související aféry, z nichž jedna jest u mezinárodní kriminální policie známa pod jménem „aféry pařížské“, druhá pak jako „případ hamburský“.

Dne 4. prosince 1931 sdělil policejní úřad v Hamburku radiograficky policejnímu úřadu v Praze, že v Hamburku bylo zabaveno osm beden, označených jako strojové součástky. V bednách bylo nalezeno morfium. Bedny došly 27. ledna 1931 do Hamburku z Prahy. Jejich odesílatelem byla mezinárodní akciová společnost v Praze a dopravní výlohy reklamovala firma Plohn a Co. v Praze. Pražská policie zjistila, že se jedná o akciovou společnost „Intercontinentale“, dříve S. a W. Hoffmann, zabývající se transportem a expedicí zboží. Policisté o zásilce sepsali se zástupci firmy protokol. Zároveň šetřením zjistili, že reprezentant firmy Ahmed Ekrem Bey (nar. 1892 v Istanbulu, kde měl i trvalé bydliště) bydlel v Praze od 28. ledna 1931 v hotelu „Central“ a měl turecký cestovní pas. Získané poznatky policisté postoupili německým kolegům. Jak poznamenává zpráva policejního ředitelství v Praze pro

ministerstvo zdravotnictví: „O tom se činí sdělení s tím podotknutím, že bližší šetření hamburské resp. antverpské policie zde známy nejsou“. Pražští policisté netušili, že se stali součástí vyšetřování, jež vedlo k odкрыtí největší předválečné sítě překupníků drog bratří Eliopoulosů a Del Garzia, který vešel do dějin kriminalistiky jako „Hamburský případ“.

V dubnu 1931 uveřejnil francouzský list Petit Parisien článek o případu vyhrožování. Jistý Nasso Eliopoulos poslal pro policii, aby zatkla Davida Gourevidis (resp. Gureviče) který s ním bydlel a údajně se ho pokusil oloupit. Gourevidis ve snaze obhájit se upozornil francouzskou policii na činnost velké skupiny pašeráků drog v Paříži, známé jako skupina řeckých bratří Elie a George Eliopoulosů. Informace, které podal, nevedly sice k přímému zatčení nebo ke konkrétnímu zjištění, ale přiměly přece jen francouzskou policii k tomu, že označeným osobám věnovala pozornost. O případu informovala i americkou protidrogovou službu a britskou policii. S pomocí Američanů zjistili Francouzi peněžní transakci jakéhosi Jana Voüatzise (Johna Voyatzise) v čínském Tien-tsinu, který poskytl během posledních sedmi měsíců již zmíněné organizaci bratří Eliopoulosů obnos 240 000 liber šterlinků! Tehdy šlo o částku skutečně velmi vysokou, při čemž však nemohla být zjištěna příčina těchto peněžních převodů.

Mezitím bylo zjištěno, že Eliopoulosové udržují obchodní spojení s americkým gangsterem Augustem Del Graziem. Del Grazio (alias Little Augie, Augie Dallas, Dell, Max Cohen, Sam Gold, August Moore, Augie the Wop aj.) byl mezinárodně známý drogový dealer a pašerák, který pracoval jako nákupčí drog pro pověstný americký gang bratří Newmanů. Ti v té době soupeřili o americký drogový trh s dalším neméně pověstným gangem Ala Spitzera a Fleishmana. V pozdějších letech se „vypracoval“ do čela italského podsvětí v Lower East Side v New Yorku. Del Grazio byl prosinci 1931 zatčen v simplonském expresu berlínskou kriminální policií ve společnosti známého obchodníka narkotiky Abu Isaaka z Istanbulu. Na základě dokumentů a dalších různých papírů, zabavených u zatčených, bylo zjištěno, že z Turecka bylo do Hamburku odesláno 250 kg morfinu. Dalším pátráním bylo odhaleno, že tato zásilka putovala přes Prahu prostřednictvím zasilatelské firmy Intercontinentale v celních deklaracích jako součástky strojů a že je uskladněna v Hamburském přístavu jako zavazadlo jistého Karla Franka, bývalého policisty. Její cílovou destinací byly Spojené státy.

I další Del Garciovy operace byly značně podezřelé. Del Garcio nechal 31. ledna 1931 odeslat 28 beden kovových barev (3220 kg) z Istanbulu do Prahy a z Prahy do Antverp. Některé z těchto beden pokračovaly dále do Darienu a do Šanghaje. Jiná zásilka 11 beden byla odeslána do Německa. I v těchto bednách byly nalezeny drogy. V červnu 1931 se Del Garcio pravděpodobně pokusil odeslat 500 kg benzoylmorphinu ukrytého ve 40 bednách společně s kávou, elektrickými součástkami apod. Zásilka, rozdělená na čtyři části, směřovala do Tien-tsinu. Část z beden byla otevřena policií a drogy zachyceny.

Mezi papíry zatčeného Del Garzia byla nalezena i listina, která se týkala známého belgického obchodníka omamnými jedy Mechelaera, který byl také společníkem továrny na drogy v Bosporu a jenž byl pro svoji zločinnou a podlodnickou činnost z Turecka již dříve vyhoštěn. Byl sice zjištěn ještě další Del Graziův a Mechelaerův společník, přesto se však nepodařilo získat konkrétní důkazy spojení mezi Del Graziem a francouzskou skupinou bratří Eliopoulosů. V tomto dosti beznadějném stadiu došlo ke dvěma událostem, které výsledky šetření zcela zvrátily. V Del Graziových papírech byla objevena poznámka „Devineau. Atsok“, po níž následovala adresa jedné ženy v Berlíně. Ta podle předběžného vyšetření berlínské kriminální policie žila v konkubinátu s jistým orientálcem Seya Mosesem. V jejich bytě byla provedena důkladná prohlídka, při níž byla nalezena účetní kniha, množství papírů a nerozluštělných šifrovaných telegramů řadě osob. Tím se podařilo spolupráci obou zmíněných skupin konečně prokázat.

Zhruba ve stejné době dostala egyptská policie upozornění ze strany anglických úřadů v Tien-tsinu, že do Port Saidu jede lodí již zmíněný financier francouzské drogové organizace Jan Voüatzis (Voyatzis). Ten byl tedy egyptskou vládní policií od svého příjezdu do Port Saidu 6. března 1932 neustále sledován a střežen, ale v jeho chování nebylo zjištěno nic podezřelého. Voüatzis potom odjel do Alexandrie, kde se zdržel asi dva týdny a koupil si lístek do Athén. Před jeho odjezdem došla zpráva francouzské policie, že také jeden z bratří Eliopoulosů, Elie, který cestoval po Francii, byl předtím v Londýně, 4. března v Nizozemsku a 8. března v Mannheimu dokonce zatčen, ale vždy na kauci propuštěn. Nyní se prý rovněž chystá také do Athén, takže se zdálo pravděpodobné, že oba si tam sjednali schůzku.

Voüatzis odjel z Alexandrie do Pirea a na základě francouzských zpráv byl podroben důkladné celní prohlídce v Port-Saidu pod záminkou, že je podezřelý z pašování zlata. To sice nebylo nalezeno, přes to však výsledek prohlídky byl velmi překvapující. Ve Voüatzisových zavazadlech byl totiž nalezen přesný

slovník a návod kódu pro šifrování zpráv všemi podloudníky narkotik i příručka určená podobnému účelu a obsahující také klíč a návod k dešifrování telegramů organizace bratří Eliopoulosů. Tato příručka byla skutečným naučným obchodním slovníkem pro obchodníka omamnými jedy a obsahovala všechny nutné informace týkající se tohoto odvětví mezinárodního obchodu. Její zabavení bylo proto obrovským úspěchem.

Na první stránce zabavené příručky byl přesný seznam členů evropské skupiny, v čele s bratry Eliopoulosovými, na stránce druhé byli uvedeni členové skupiny japonsko-čínské v čele s Janem Voüatizisem, na třech stranách byly zaznamenány různé firmy, které byly známy, nebo silně podezřelé kriminální policii v mnoha zemích z obchodu s narkotiky a které byly zřejmě ve spojení s oběma podloudnickými skupinami. Konečně zde byli vyznačeni také různí dopravní agenti a jednatele, kteří byli ve spojení s touto sítí. Na dalších stránkách byla uvedena různá ustanovení o kódování rozličných telegramů, seznam námořních linek, kódová čísla pro různá obchodní a přístavní střediska, z nichž byl prováděn export omamných jedů, a konečně čísla potřebných fází obchodních operací. Jednotlivé části „Hamburského případu“ zapadly do sebe.

Bylo zjištěno, že pro bratry Eliopoulosovy pracoval Mechelaere ve své továrně v Noisy-le-Sec a rovněž Průmyslová společnost pro organickou chemii (SICO) v St. Genevieve, která byla řízena G. Devineauem. Del Grazio byl jedním z nejdůležitějších zákazníků firmy SICO. U Mechelaera si objednal morfium pro Ameriku s ujednáním, že zásilka bude deklarována jako součástky strojů. Mechelaere k tomu najmul jakéhosi Romana Zahara, obchodníka v Istanbulu, a Ecrem Beye, tehdy ředitele pražské dopravní firmy Intercontinentale, aby dopravu zásilky provedli s určením pro Hamburk na Franka. Ten měl po přebalení zásilku poslat dále Del Graziovi do USA.

V tu chvíli se však někteří aktéři celé transakce pokusili o podvod na účet svých společníků. Frank se totiž po obdržení morfia spojil s obchodníkem Davidem Gourevidisem, který narkotikum, o jehož původu nevěděl, koupil. Aby je dále zpeněžil, nabídl je náhodou opět Del Graziovi. Ten sice ihned podle balení poznal, že se vlastně jedná o jeho vlastní zásilku, ale dělal, jako by o věci nic nevěděl, transakci protahoval, žádal od Mechelaera vysvětlení.

Mechelaere se choval nejistě a Del Grazio ho začal podezřívat z účasti na podvodu. Se svým podezřením se svěřil Mechelaerovu spolupracovníkovi Constantinu Bolokasovi, který jej doporučil Seya Mosesovi, známému v Berlíně také pod jménem Reiter. Na cestě k němu byl však Del Grazio i se svým průvodcem Ellie Abu Issakem v mezinárodním rychlíku zatčen. Dlouho budovaná mezinárodní síť obchodníků s drogami se rozpadla – ovšem ne na dlouho. Podle soudobých zákonů byly tresty za pašování drog nízké – již během soudního líčení bylo šest obviněných propuštěno na svobodu, z toho pět na kauci (nejvyšší kauci – 50 000 říšských marek – zaplatil Del Grazio). Seya Moses okamžitě uprchl, po něm i Del Grazio. Většina členů organizace Eliopoulos – Del Grazio se k výnosnému drogovému podnikání záhy vrátila. Svědčí o tom policejní zprávy z řady zemí světa. Francouzská policie Del Grazia zatkla v Paříži v říjnu 1936 na základě zatykače vydaného prokurátorem v Hamburku. Podle policejního hlášení byl Del Grazio pravděpodobně nadále v kontaktu s Abu Issakem, Eliopoulosy a dalšími překupníky.

Del Grazio nakonec skončil v americkém vězení pro násilí a vraždu. Roku 1943 na něm americká tajná služba bez jeho vědomí testovala drogy pravdy. Přípravek byl Graziovi podán bez jeho vědomí a on pod jeho vlivem odhalil řadu informací o svých kriminálních aktivitách, včetně jmen vysokých úředníků, kteří od něj přijali úplatky.

Miloš VANĚČEK, NPC

MUZEJNÍ NOC 2007, 16. - 17. ČERVNA 2007

Pro letošní Muzejní noc Národní protidrogová centrála připravila komponovaný program, který v krátkých scénkách dokumentoval

80 LET BOJE POLICIE PROTI DROGOVÉMU PODSVĚTÍ *aneb od rady Vaňáška po doktora Komorouse*

Byly připraveny tři hrané příběhy. V prvním byla představena drogová scéna a prodej v Jedové chýši za dob pana rady „Vacátka“ neboli Vaňáška. Ruský běženeц zásobuje prostitutky z Jedové chýše kokainem. Jedna z nich však odmítne přítomného hosta a ten uražen udá celou věc na policejní komisařství. Následná policejní štára v Jedové chýši vede k zadržení ruského běžence a spolu s ním je předvedena k výslechu i jedna z prostitutek.

Druhý příběh ukázal zneužívání návykových látek v 70. letech. Tehdy docházelo ke konzumaci různých léků spolu s alkoholem. K zákroku došlo poté, co se v restauraci U zlomené jehly chlubil jeden z narkomanů, že vyloupil lékárnu. Přítomný člen PS VB celou věc oznámil na služebnu veřejné bezpečnosti, která provedla v restauraci kontrolu osob a osobu podezřelou z vloupání do lékárny předvedla k dalšímu opatření a další osoby proto, že nebyly nikde zaměstnané.

Třetí scéna popisuje výrobu drog – pervitinu – v bytě a následný zákrok policie. Časově je situovaná do 90. let. Změna na drogové scéně si vyžadovala i změny v práci policie a tak zákrok proti skupině pachatelů provede speciální jednotka policie.

Kromě uvedených scének byly pro malé návštěvníky připraveny soutěže. Museli například ve správném pořadí srovnat obrázky o první pomoci při poranění injekční jehlou. Pro dospělé byly připraveny informace o orientačních testech na přítomnost návykových látek.

Bouřlivou scénu v restauraci U zlomené jehly využil i Český rozhlas při živé reportáži z Muzejní noci. Pana vládního radu Vaňáška navštívil i věhlasný detektiv pan Sherlock Holmes a s ním během celého večera i mnoho dalších návštěvníků Muzejní noci v muzeu PČR.

Miloš VANĚČEK, NPC



MUZEJNÍ NOC 2007, 16. - 17. ČERVNA 2007



PRAŽSKÁ MUZEJNÍ NOC 2007



Nášivky protidrogových jednotek USA – Evropa – část 3



1. Belgie K9



2. DEA – Berlín - Frankfurt



3. Německo - Hamburk



4. Německo – K9



5. Německo - Hamburk



6. Polsko



7. Polsko



8. Francie



9. Francie



10. Francie



11. Rusko

ŘÍJEN									
P	1	8	15	22	29				
Ú	2	9	16	23	30				
S	3	10	17	24	31				
Č	4	11	18	25					
P	5	12	19	26					
S	6	13	20	27					
N	7	14	21	28					
LISTOPAD									
P		5	12	19	26				
Ú		6	13	20	27				
S		7	14	21	28				
Č	1	8	15	22	29				
P	2	9	16	23	30				
S	3	10	17	24					
N	4	11	18	25					
PROSINEC									
P		3	10	17	24	31			
Ú		4	11	18	25				
S		5	12	19	26				
Č		6	13	20	27				
P		7	14	21	28				
S	1	8	15	22	29				
N	2	9	16	23	30				