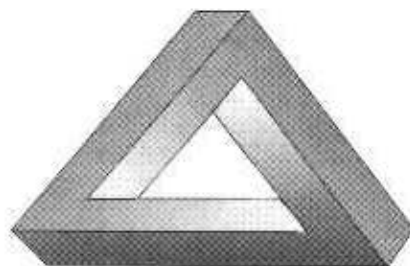


Státní zdravotní ústav

Centrum zdraví a životních podmínek



ZPRAVODAJ

Drogového informačního centra

42

Září 2004

Drogy v české společnosti

Ladislav Csémy
Psychiatrické centrum Praha
Laboratoř pro výzkum závislosti

Úvod

V letech 1971 - 1980 v rámci rozsáhlého výzkumu vyšetřili Vojtík s Břicháčkem skupinu 1011 adolescentů, kteří se léčili v psychiatrické léčebně v Praze pro abúzus drog či závislost na drogách (Vojtík, Břicháček 1987). Jejich výzkum využívající neobvykle velký vzorek subjektů je jedním z dokladů, že i před změnou politického uspořádání ve střední a východní Evropě v listopadu 1989 existovaly problémy související se zneužíváním návykových látek. Ve srovnání se situací v 90. letech však šlo o sociálně marginální fenomén, kdy se zneužívání drog omezovalo na relativně malé uzavřené skupiny. Počínaje rokem 1990 došlo v Československu k velmi výrazným změnám drogové scény a to během relativně velmi krátké doby. Nárůst dostupnosti drog (nabídky) byl podmíněn politickými a ekonomickými faktory, zejména faktickým otevřením hranic po 40 letech izolace a válečným konfliktem na Balkáně, který vedl k tomu, že jedna z významných drogových cest byla přeměrována na území Slovenska a České republiky. Údaje o celkovém množství drog zabavených v ČR jsou sice k dispozici (tabulka 1), jejich výpovědní hodnota je však omezena okolností, že lze obtížně určit zda cílovou zemí není nějaká třetí země, a samozřejmě tím, že se policejním a celním orgánům podaří zachytit jenom část přepravovaných drog.

Tabulka 1. Zadržené drogy v České republice (1993 -2002)

	1993	1996	1999	2002
Kanabis (kg)	2,0	11 866,1	111,2	112,12
Heroin (kg)	18,0	20,0	108,38	34,34
Kokain (kg)	4,7	22,0	140,8	6,04
Amfetaminy (kg)	7,0	21,764	25,5	4,71
LSD (tripy)	540	0	19	107
Extáze (tablety)	0	0	673	88 391

Pramen: Policejní prezidium ČR

Odhady rozsahu užívání drog v populaci

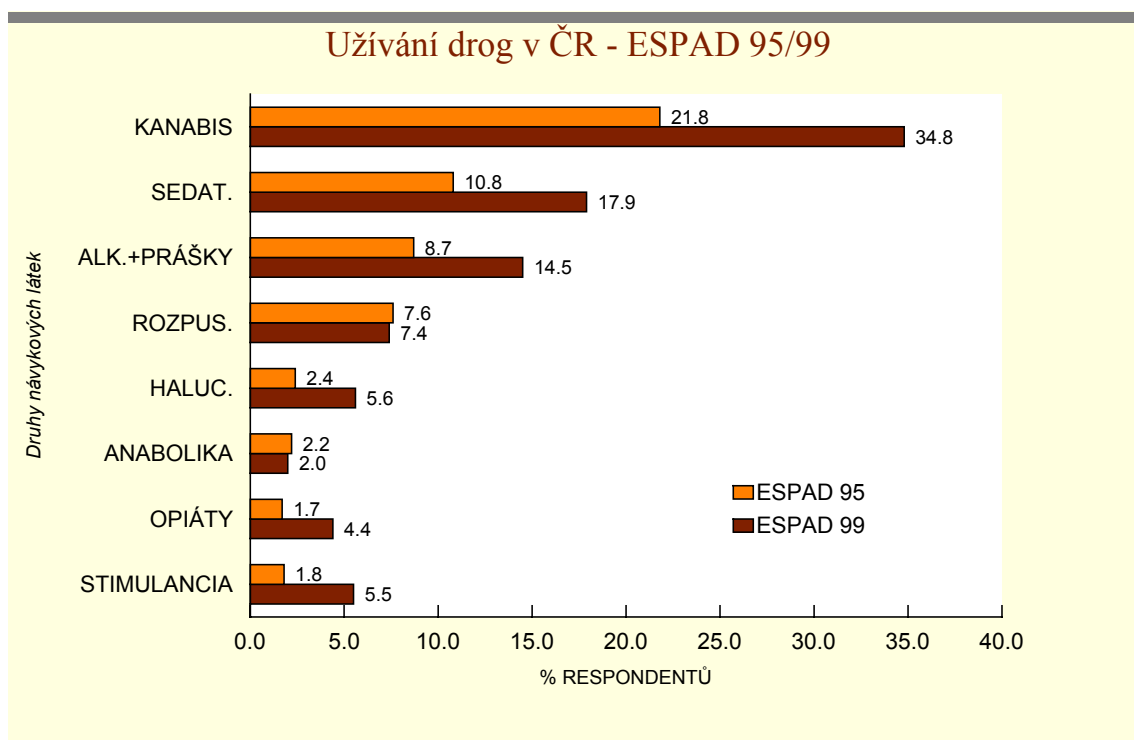
O vývoji spotřeby drog lépe vypovídají výsledky dotazových šetření než údaje o množství zabavených drog. Zkušenosti s drogou v dospělé populaci byly v rámci dotazových šetření sledovány od roku 1994. I za toto relativně krátké období je zřejmý nárůst celoživotní prevalence (tabulka 2). Podrobnější rozbor výsledků těchto šetření naznačuje, že nejvyšší výskyt zkušeností je udáván dospívajícími a mladými dospělými z velkých měst. Ukazuje se také, že zkušenosti s drogami, které lidé uvádějí v dotazových šetřeních se týkají převážně marihuany, užívání jiných drog bývá zpravidla udáváno vzácně, např. ve studii z ČR v roce 1999 uvedlo užití heroínu pouze 0,5 % dotázaných.

Tabulka 2. Odhady celoživotní prevalence na základě šetření v dospělé populaci ČR

Země/Rok survey	1994	1999	2002
Česká republika	13,4% (Odhadovaný celkový počet dospělých osob s jakoukoli drogovou zkušeností: 932 000)	16,9% (Odhadovaný celkový počet dospělých osob s jakoukoli drogovou zkušeností: 1 206 000)	21,5 % (Odhadovaný celkový počet dospělých osob s jakoukoli drogovou zkušeností: 1 397 000)

Pramen: Zdraví a škodlivé návyky, 1994,1999 (Státní zdravotní ústav); Studie GENACIS 2002, Psychiatrické centrum Praha

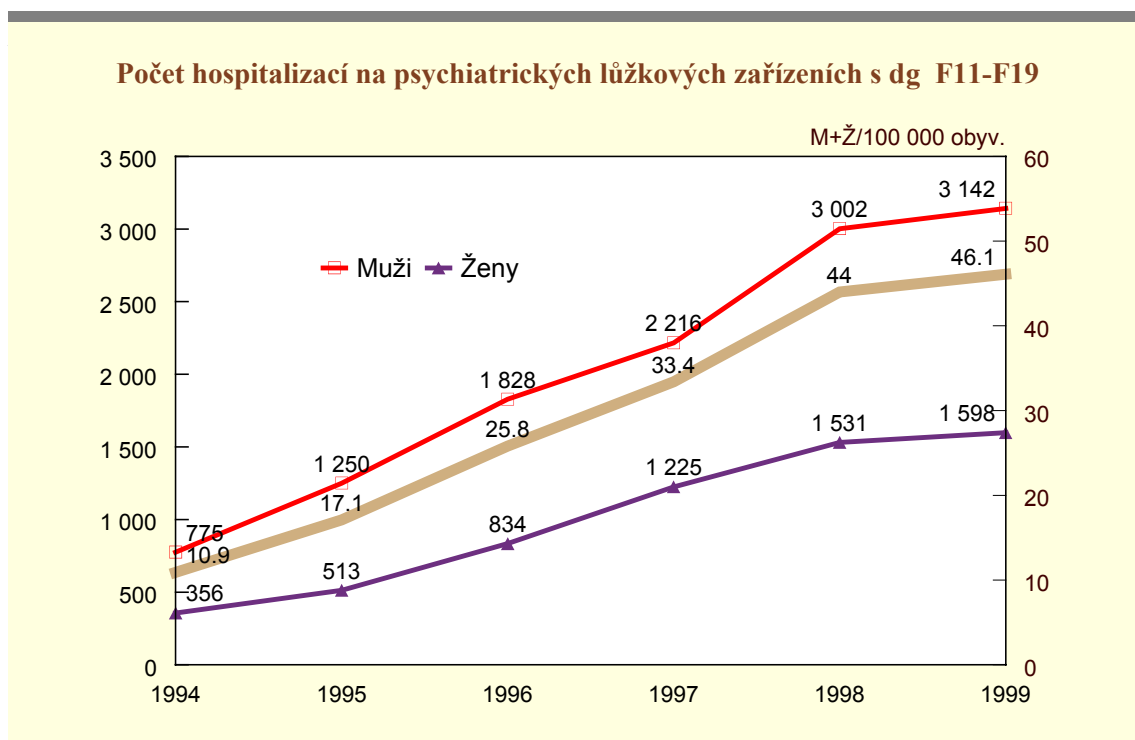
Cenné poznatky o rozšíření užívání drog mezi mládeží přinesly školní projekty. Česká republika se zapojila do projektu ESPAD (European School Project on Alcohol and Other Drugs, Hibell et al. 2001). Jde o mezinárodní školní survey u dospívajících ve věku 16 let, jejíž výhodou je jednotná metodika umožňující srovnatelnost výsledků. Zatím jsou k dispozici výsledky ze dvou vln studie, a to z roku 1995 a 1999. Rozsah zkušeností s marihuanou a jinými drogami i dynamiku změn v období druhé poloviny 90. let naznačuje graf 1.



Výsledky studie ESPAD byly v České republice přijaty se zájmem nejen odborníků, ale také médií. Důvodem zvýšeného mediálního zájmu byl patrně fakt, že se ČR v této studii ocitla mezi státy s největším rozšířením drog v Evropě. Zprávy zprostředkované novináři vedly někdy k nepřesným interpretacím výsledků studie (zkušenosti s drogami byly uváděny jako výskyt problémového úzu atp.). Přes všechna existující metodologická omezení, která souvisí s dotazovými šetřeními, je pravděpodobné, že studie ESPAD poměrně dobře vypovídá o dostupnosti drog ve společnosti a poptávce mladých lidí seznámit se s jejími účinky. Velké rozšíření užívání kanabisových drog mezi mladými lidmi v České republice potvrdily i jiné nezávisle provedené školní studie (MAD, NEAD). Zdaleka nejrozšířenější drogou užívanou

mladými lidmi je marihuana. Populární mezi částí mládeže jsou také látky s halucinogenním účinkem (LSD) a v posledních letech strmě narůstá užívání extáze (MDMA) na taneční scéně. Praha se účastnila výzkumu, který se týkal afinity mládeže k drogám na taneční scéně v některých evropských metropolích. Vzhledem k zaměření tohoto sdělení, je z výsledků studie zajímavé, že mladí lidé, navštěvující rave party v Praze a v jiných městech Evropy, mají podobný vztah k užívání drog (Csémy et al. 2000, Tossman et al. 2001). Studie podtrhuje fakt, že užívání extáze je sice u této populace celkem běžné, ale ne výlučné. Typické je příležitostné užívání více druhů drog (polydrug use), což má praktické implikace pro orientaci prevence.

Značné rozšíření užívání marihuany a nověji také extáze mezi mladými lidmi však neznamená, že právě tyto látky působí nejvíce zdravotních nebo sociálních problémů. Mezi problémovými uživateli a závislými jsou zcela zřetelně nejvíce zneužívány heroin a pervitin, který se v Čechách vyráběl v domácích laboratořích (varnách) již léta před rokem 1989 a jeho obliba přetrvala dodnes. Csémy (1999) sledoval v roce 1995 skupinu 280 problémových uživatelů drog v Praze, z nich 66 % uvedlo pervitin jako primární drogu a heroin 23%. Během druhé poloviny 90 let však podíl užívání heroinu, jehož distribuci v ČR z velké části kontrolovaly organizované zločinecké skupiny kosovských Albánců, mezi problémovými uživateli rostl. Trvalá popularita pervitinu, jehož výroba byla v českých rukou, vedla k zájmu organizovaného zločinu i o tuto drogu. Podle Národní protidrogové centrály začínají v posledních letech přebírat kontrolu nad distribucí pervitinu ruskojazyčné zločinecké skupiny (Charakteristika drogové scény a její změny za rok 2000).



Problémy, které drogy ve společnosti působí jsou jen zčásti srovnatelné s problémy, které působí alkohol. Zdravotní postižení jedinců zneužívajících drogy a omezení jejich sociální způsobilosti jsou jen částí z nežádoucích důsledků, které drogy ve společnosti působí. Z této oblasti je k dispozici relativně velké množství dat, která dokumentují strmý nárůst zdravotních následků užívání drog. Graf 2 ukazuje vývoj počtu hospitalizací pro poruchy způsobené drogami od roku 1994 v České republice. Podobný je trend i u infekčních onemocnění,

zejména virové hepatitidy typu C, intoxikací vyžadujících ošetření na pohotovosti či jednotce intenzivní péče atd. Pokud jde o úmrtí způsobená drogou, existují zprávy o jednotlivých případech. Až dosud však nebyla publikována práce, která by kvalifikovaně a uspokojivě přehlédla data z této oblasti. Infekce HIV, jejíž šíření se často uvádí do souvislosti s injekčním užíváním drog, je jedinou oblastí, u níž se užívání drog v ČR promítlo jen málo. Je to neobvyklé, protože injekční aplikace výrazně převažuje u uživatelů heroinu i pervitinu (v ČR 91 % resp. 78 % dle Incidence).

Škody v oblasti sociálního fungování jedince jsou také závažné a obecně známé, zřídka jsou však dokumentovány tak dobře, jako již zmíněné zdravotní důsledky.

Nezákonná povaha drog souvisí s druhou velkou oblastí problémů, a tou je kriminalita. Drogová kriminalita se často týká chronických problémových uživatelů drog, protože právě tito jedinci se často účastní pouličního prodeje drog, resp. si opatřují prostředky na drogy kriminální aktivitou, nejčastěji drobnými krádežemi. Je pochopitelné, že dopadení a potrestání osob a organizovaných skupin, zapojených do vyšších etází drogové kriminality (zpravidla jde o organizaci obchodu, přepravy a distribuce drog), je mnohem obtížnější, než polapení a stáhnutí drobných dealerů. Během devadesátých let drogová kriminalita vzrostla a představuje přibližně 2 % celkové kriminality (tabulka 3).

Tabulka 3. Počet stíhaných osob pro drogové trestné činy

Rok	1996	1999	2002
	973	1753	2204

Pramen: Policejní prezidium ČR

Drogový problém a reakce společnosti

Reakci společnosti na drogový problém lze diskutovat z více úhlů. V dané situaci je vhodné sledovat vývoj alespoň ve třech rovinách - v rovině institucionální diferenciaci, politické koordinace a legislativních opatření.

Institucionální diferenciaci. První oblastí o níž je nutné se zmínit je vznik zcela nových forem sociální intervence. Šlo o spontánní společenskou reakci na situaci, kdy prudce vzrostl počet osob, které pro problémy s drogami potřebovaly poradenskou nebo sociální příp. léčebnou pomoc. Tuto poptávku do té doby fungující síť specializovaných ambulantních a nemocničních psychiatrických léčebných zařízení nemohla uspokojit. Nová zařízení, která vznikala, měla převážně formu občanských sdružení, jejich vznik byl usnadněn tím, že nové politické poměry tuto formu sdružování a činnosti umožňovaly. Další okolností, kterou je nutné v této souvislosti vzít v úvahu je reforma zdravotnického systému, která sice stále není ukončena, ale nejvýraznější změny proběhly právě na začátku devadesátých let a lze je charakterizovat odstátněním zdravotnických zařízení, zavedením systému financování přes zdravotní pojišťovny a umožněním svobodné volby lékaře, resp. poskytovatele zdravotní péče. Období první poloviny devadesátých let je možné charakterizovat rychlým nárůstem počtu nových kontaktních center a center pomoci závislým, období po roce 1995 je více ve znamení diferenciaci služeb, zvyšování její kvality, formování zájmových organizací a zlepšování spolupráce mezi různými organizacemi, bez ohledu na to, zda jde o státní nebo NGO (Csémy, Krch 2001). V současné době je v České republice přes 200 specializovaných zařízení na pomoc závislým a jsou zastoupeny prakticky všechny hlavní směry intervence od primární prevence po programy minimalizace škod. Veřejná zařízení převažují u tradičnějších forem léčby (detoxifikační jednotky, residenční léčba, krizová intervence a léčba emergentních stavů). U ostatních forem intervence převažují občanská sdružení a jiné organizační formy (nizkoprahová centra, denní stacionáře, poradenská pracoviště, terénní programy, terapeutické komunity, doléčovací zařízení). Problémy s financováním NGO byly

a dosud existují a do jisté míry limitují činnost výše zmíněných organizací. Situace se zlepšila vytvořením účelových fondů, z nichž je možné formou žádosti o podporu specifického projektu získat potřebné finance na činnost. Je přitom možné využívat vícezdrojové financování, což se osvědčilo.

Politická koordinace. Institucionální diferenciaci měla více horizontální charakter, souběžně s ní se od začátku 90. let rozvíjela koordinace protidrogové politiky, která měla za úkol sladit podmínky spolupráce organizací z často velmi odlišných sektorů, které se podílely na řešení určité části drogových problémů. Princip vertikální politické koordinace byl u nás vyjádřen ustavením tělesa, které odpovídá za formulování státní protidrogové strategie tj. meziresortní komise (dnes Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky). Členy rady jsou ministři vybraných resortů. Zpočátku byla činnost meziresortní komise, alespoň v České republice, provázána značným optimismem, pokud jde o možnost omezovat společenské problémy působené drogami. Pozdější vývoj drogové scény ukázal, že sociální realita je obtížně kontrolovatelná navzdory přáním a rozumným programovým cílům. Problémy s drogami se ukázaly být složitějšími a závažnějšími než se zprvu očekávalo a je možné, že nebýt zmíněné meziresortní koordinace a jasně formulované národní drogové strategie, byla by dnes situace ještě horší. Současná orientace české protidrogové politiky byla formulována v dokumentu Národní strategie protidrogové politiky 2001-2004. I v tomto programu je deklarována snaha o rovnováhu mezi přístupy orientovanými na snižování nabídky (represe) a přístupy orientovanými na snižování poptávky (prevence). Důraz v programu je na "čtyřech pilířích" protidrogové politiky, kde vedle vynucování zákonnosti, primární prevence, léčby a resocializace, je podtržena orientace také na programy minimalizace škod (harm reduction). Právě svým výslovným důrazem na harm reduction se současná česká protidrogová politika profiluje i v mezinárodním kontextu.

Legislativa Až do roku 1990 byly články týkající drogové kriminality součástí zákona 140/1961 Sb., k jejich novelizaci došlo v roce 1990 (zákon 175/1990 Sb.). Tato úprava pak byla určující bez podstatnějších změn v České republice prakticky po celé období 90. let. Počínaje rokem 1999 došlo v ČR ke zpřísnění trestního postihu za drogové trestné činy a byla zavedena trestnost držení drogy pro osobní potřebu s proslulou trochu komickou formulací *o množství větším než malém*. Zejména tato legislativní změna vyvolala vlnu vzrušených diskusí nejen přes media, ale také mezi odborníky. Dokonce byla realizována vládou podporovaná studie analyzující dopady novelizace zákona, která přinesla řadu pozoruhodných dílčích poznatků. Studie se pokusila o ekonomické vyjádření přínosu legislativní novely (cost benefit analýza) metodou podstatně náročnější než bylo dosud u nás obvyklé. Výsledky sice zpochybnily účelnost novely (Zábranský, 2001), návrh na další legislativní změnu však v parlamentu nezískal dostatečnou podporu. Stávající legislativa dává policii větší možnosti při stíhání drogové kriminality, včetně pouličního dealerství, v omezené míře přitom respektuje potřeby závislého jedince.

Ideologické debaty a hledání polických řešení

Drogy jsou jistě vynikajícím příkladem společenského problému, kde se úspěšně střetávají a zejména zviditelňují zastánci krajních ideologických pozic. Přitom je zřejmé, že ideologizace problému je brzdou účinných politických řešení. Liberálně orientované skupiny, usilující o legalizaci kanabisových drog, se často odvolávají na neúspěch prohibice v případě problémů s alkoholem v Americe a ne tak dávno v Rusku. Málodky se však v této souvislosti upozorňuje na obrovské škody, které alkohol ve společnosti působí. Konzervativně orientovaným skupinám, které shledávají řešení v nekompromisním potírání drogové kriminality i užívání drog, rovněž chybí přesvědčivé argumenty účinnosti tohoto postupu. Věcné zhodnocení drogové politiky v evropských zemích (2001 Annual report), provedené Evropským monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti, naznačuje, že v rámci integračních

procesů bude docházet ke konvergenci drogové legislativy. V praktické rovině se aktuálně stále více prosazuje diferencovaný pohled na jednotlivé drogy z hlediska jejich společenské a zdravotní nebezpečnosti. Sotva lze očekávat legalizaci užívání marihuany v nejbližší době, avšak odlišné posuzování společenské nebezpečnosti ano. Zdá se, že se i česká protidrogová politika ubírá tímto směrem.

Literatura u autora

Alkoholové „okénko“ v širších souvislostech

Co je to alkoholové okénko

Alkoholové okénko je alkoholem způsobenou mezerou v paměti (amnézií) na události, jichž se člověk aktivně účastnil. Alkoholová okénka se dělí na bloková (amnézie je nepřerušovaná) a ostrůvkovitá (tj. útržkovitá amnézie). Podle Hartzlera a Frommeho (2003) jsou bloková okénka zhruba 3x méně častá a jsou subjektivně vnímána negativněji. K alkoholovým okénkům dochází nejčastěji po rychlém vypití většího množství alkoholu nebo při pití alkoholu na lačný žaludek. Alkoholové okénko může být známkou rozvíjející se závislosti, lze se s ním ale setkat i u lidí, kteří závislí nejsou. Výskyt okének se považuje za známku větší zranitelnosti mozku. U pacienta s alkoholovými okénky se předpokládá vyšší riziko rozvoje těžších poruch, jako jsou alkoholová demence nebo Korsakovova psychóza (White, 2003, Johnson a spol., 2003).

Dlouho se nevědělo, co je příčinou alkoholových okének. Až moderní výzkum ukázal, že alkohol pronikavě zhoršuje funkci hippocampu, zejména narušuje funkci neurotransmiteru glutamátu v této oblasti (Oscar-Berman a Marinkovic, 2003). Z poklesu metabolismu v čelním laloku při ovlivnění alkoholem i z klinických pozorování vyplývá, že alkohol významně ovlivňuje i čelní lalok, tj. část mozku důležitou pro plánování, rozhodování a sebeovládání. Podíl čelního laloku na vzniku alkoholových okének však není zatím jasný (White, 2003).

Negativní zkušenosti s alkoholem mohou, jestliže jsou náležitě zpracovány, pacienta motivovat k léčbě a abstinenci. To se potvrdilo u život ohrožujících událostí (Nešpor a spol., 2003). V této práci jsme si chtěli mimo jiné ověřit, zda to lze vztáhnout na alkoholová okénka.

Alkoholové okénka v populaci závislých

V souboru 67 mužů ústavně léčených pro závislost na alkoholu ve věku od 22 do 63 let (průměr 41,50 let, SD=17,48) uvedli pouze 2, že neměli okénko. Průměrný počet okének činil 17,48 (SD=36,23) do statistického zpracování nebylo možno zahrnout 3 respondenty, kteří odpověděli, že více než 100, jednoho respondenta, který odpověděl, že více než 10 a jednoho respondenta, který odpověděl, že nekonečně mnoho. 26 % respondentů uvedlo převahu okének v bloku a 64 % převážně okénka ostrůvkovitá (zbytek respondentů neodpověděl nebo byly oba typy okének zastoupeny stejně). Trvání okénka činilo v průměru 7,96 hodin (SD=23,96), trvání nejdelšího okénka činilo v průměru 21,73 (SD=30,64). Nejdelší okénko trvalo dle jednoho respondenta neuvěřitelné 2 měsíce, tato extrémní hodnota nebyla zahrnuta do statistického zpracování.

Zajímalo nás také, jak respondenti okénka vnímali. Necelých 21 % uvedlo, že jim to bylo jedno, 48 % uvedlo, že jim bylo většinou nepříjemné a 32 % uvedlo, že jim to bylo většinou velmi nepříjemné.

Další otázka se týkala toho, zda výskyt okének respondenty motivoval k léčbě nebo abstinenci. 42 % uvedlo že ne, 34 %, že slabě a 25 % uvedlo, že je okénka motivovala silně. V současnosti (tj. při léčbě) se uvedený poměr pronikavě změnil ve prospěch těch, které

okénka v minulosti silně motivují (nemotivuje 9 %, motivuje mírně 27 %, motivuje silně 64 %). Z uvedeného vyplývá, že motivační vliv okénka může pronikavě zesílit vlivem léčby.

Následky dlouhodobého zneužívání alkoholu

Alkohol v první řadě zhoršuje komunikaci mezi mozkovými buňkami. K tomu dochází nejdříve na úrovni receptorů, později nastávají i změny struktury spojení neuronů na obou stranách synapsí (Neuroscience..., 2004). Moderní zobrazovací metody prokázaly, že alkohol poškozuje zejména bílou mozkovou hmotu, tedy myelinem obalené spoje mezi mozkovými buňkami (neurony), poškozeny jsou ale i vlastní neurony v šedé hmotě. K úbytku mozkové tkáně dochází zejména v čelním laloku, postižen je i mozeček a limbický systém. Uvádí se, že zhruba polovina z Američanů závislých na alkoholu vykazuje neurologická a psychologická postižení působená alkoholem od mírných až k těžkým (Oscar–Berman a Marinkovic, 2003).

Zotavující se mozek

Většina poškození mozku alkoholem se přinejmenším částečně zlepšuje během prvního roku abstinence, někdy úprava stavu vyžaduje i delší čas (Oscar–Berman a Marinkovic, 2003). Je nepochybné, že na tom má podíl zmnožování spojů mezi nervovými buňkami, tedy obnova a reorganizace neuronové sítě. Teprve nedávno se však objevily důkazy, že neurogeneze, tedy vytváření nových neuronů z kmenových buněk je možná i v dospělém mozku. Kmenové buňky se mohou neomezeně dělit a mohou z nich vznikat nejrůznější jiné buňky. Zatím je prokázáno, že i ve zdravém dospělém mozku dochází k neurogenезi nejméně ve dvou oblastech. Jednou nich je právě již zmíněný hippocampus, tedy část mozku důležitá pro paměť. Cameron a McKay (2001) dokonce uvádějí, že během jednoho měsíce se v gyrus dentatus hippocampu objeví až 6 % nově vzniklých buněk z celkové tamní populace. Alkohol zpomaluje proliferaci nervových kmenových buněk, a tedy vytváření nových neuronů (Fulton a spol., 2003). Logicky se naskytá otázka, zda není alkoholové okénko způsobeno právě zpomalením neurogeneze. Odpověď na tuto otázku je záporná, protože nově vzniklé buňky začnou být funkční až po 2-4 týdnech, z čehož vyplývá, že vliv alkoholu na neurogenезi se projevuje po delší latenci než je tomu u okének.

Následující přehled shrnuje některé možnosti, jak napomoci zotavování mozku a nečiní si nárok na úplnost.

Jak napomoci zotavování mozku u osob zneužívajících alkohol

- Abstinovat od alkoholu a jiných rizikových látek. Na paměť a další kognitivní funkce působí kromě alkoholu nepříznivě i tlumivé léky včetně benzodiazepinů, kanabinoidy, pervitin, MDMA (slangově „extáze“) atd.
- Zajistit dostatečný přísun vitaminů a minerálních látek, v případě zneužívání alkoholu je zvláště důležitý vitamin B₁ (thiamin), hořčík a draslík.
- Energicky léčit odvykací stavy po alkoholu (při těžkém odvykacím stavu dochází k zániku velkého množství neuronů).
- Využívat paměť a trénovat ji.
- Chránit se před úrazy hlavy (tyto úrazy jsou u osob zneužívajících alkohol relativně časté).
- Vyhnout se nadměrnému stresu a protražovaným depresím (nadměrný stres i deprese působí na neurogenезi nepříznivě). Užitečné jsou z tohoto hlediska relaxační techniky, protože mírní stres, deprese a, jsou-li aktivně prováděny, procvičují i paměť.
- vést zdravý životní styl s přiměřeným množstvím spánku, tělesného pohybu a vyváženou stravou.
- V indikovaných případech další farmakologické léčení (např. nootropika).

Závěr a souhrn

Alkoholová okénka jsou v populaci závislých častá, ale lze se s nimi setkat i u osob, které závislé nejsou. Trvání průměrného okénka činilo v našem souboru mužů závislých na alkoholu téměř 8 hodin (průměr=7,96, SD=23,96). Předpokládá se, že výskyt alkoholových okének je známkou vulnerability mozku vůči alkoholu a že u těchto osob v případě pokračujícího pití alkoholu hrozí větší riziko trvalých poruch paměti. Vlivem obnovy a reorganizace neuronové sítě a neurogeneze dochází u většiny závislých při abstinenci k pronikavému zlepšení kognitivních funkcí. Tomu kromě abstinence pomáhají vysoké dávky vitamínu B₁, energická léčba odvykacího stavu, trénink paměti, zvládání stresu a deprese (např. za pomoci relaxačních technik), vyvážený způsob života a nootropní léky. Výskyt okének mnohdy motivuje k léčbě a abstinenci, zvláště, když se s tímto tématem vhodně pracuje.

Literatura

- Cameron, HA, McKay, RD: Adult neurogenesis produces a large pool of new granule cells in the dentate gyrus. *Journal of Comparative Neurology* 435, 2001, 4, s. 406–417.
- Crews, Ft, Nixon, K: Alcohol, Neural Stem Cells, and Adult Neurogenesis. *Alcohol, Research & Health*, 27, 2003, 2, s. 125-133.
- Hartzler, B, Fromme, K.: Fragmentary and en bloc blackouts: Similarity and distinction among episodes of alcohol-induced memory loss. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 2003, 4, s. 547-550.
- Johnson, B., Ruiz, P, Galanter, M: Handbook of clinical alcoholism treatment. Lippincott, Philadelphia, 2003, s. 316.
- Nešpor, K., Csémy, L., Prokeš, B., Matanelli, O., Mráčková, E.: Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události. *České pracovní lékařství*, 4, 2003, 3, s. 140-143.
- Neuroscience Research and Therapeutic Targets. *Alcohol Alert*, 61, 2004, s. 6.
- Oscar–Berman, M, Marinkovic, K: Alcoholism and the Brain: An Overview. *Alcohol, Research & Health*, 27, 2003, 2, s. 125-133.
- White, AM: What Happened? Alcohol, Memory Blackouts, and the Brain. *Alcohol, Research & Health*, 27, 2003, 2, s. 186-196.

*Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8
Tel.: 284 016 249, E-mail: nesper@plbohnice.cz
Internet: www.plbohnice.cz/nespor, www.muweb.cz/veda/nespor*

Alkohol na evropských silnicích – prevence je možná

Autor nedávno publikované práce (Laurel, 2004) cituje statistiku, podle které v České republice postačuje k zabítí jedné osoby v silniční dopravě 3100 automobilů (pro srovnání ve Švédsku je to 7450 automobilů, v Evropě je horší než Česká republika pouze Slovinsko, Řecko, Estonsko a Lotyšsko). Podle v práci citovaného materiálu Evropské komise se alkohol v Evropě podílí na čtvrtině úmrtí v silniční dopravě, odhady Světové zdravotnické organizace jsou ještě vyšší. Autor navíc poukazuje na to, že ve statistikách se objevuje méně dopravních nehod pod vlivem alkoholu, než ke kolika skutečně dojde. Naskýtá se přirozeně otázka, jak tento nepříznivý stav zvrátit. Zde autor uvádí přehled strategií, o jejichž účinnosti existují v odborné literatuře doklady.

Technická zařízení, která neumožní nastartovat auto, jestliže je řidič pod vlivem alkoholu

Alcohol Ignition Interlock Device (AIID) je vlastně analyzátor alkoholu v dechu napojený na zapalování automobilu. Tato zařízení vykazují značnou efektivitu, autor předpokládá jejich postupné povinné zavádění např. u řidičů hromadné dopravy, těch, kdo převážejí nebezpečné náklady, řidičů taxislužby apod. Povinnost mít nainstalováno toto zařízení může v některých státech USA uložit řidiči soud. Podle menší ankety, kterou jsem udělal, by řada lidí uvítala široké zavedení tohoto postupu i u nás. AIID by mohlo být zajímavé i pro některé naše zaměstnavatele.

Další možností, která je ovšem zatím pouze ve stadiu vývoje, je zavedení elektronických řidičských průkazů ve spojení s palubními počítači bezdrátově napojenými na centrální registr odebraných nebo ukradených řidičských průkazů.

Legislativa a její prosazování

Riziko dopravní nehody zvyšují i nízké hladiny alkoholu v krvi kolem 0,1 promile. Ukazuje se, že snižování povolené hladiny alkoholu v krvi, k němuž došlo v mnoha zemích světa, snižuje počet dopravních nehod pod vlivem alkoholu, zejména smrtelných. Důležité je také soustavné prosazování zákonných opatření. Autor uvádí odhad, podle něhož mohou soustavně prováděné kontroly dechu na alkohol snížit počet smrtelných dopravních nehod o třetinu až polovinu.

Informační kampaně a vzdělávání

Ty jsou účinné zejména v kombinaci s dalšími aktivitami (např. bezpečnostní akce nebo legislativní změny). Prokazatelně užitečné jsou povinné vzdělávací kurzy týkající se alkoholu a řízení u řidičů, kteří porušili zákon. Tyto povinné kurzy si účastníci sami platí.

Dočasné nebo trvalé odebrání řidičského oprávnění

Podle amerických výzkumů lze takto snížit počet dopravních nehod pod vlivem alkoholu o 5 % a počet smrtelných dopravních nehod o 26 %. Navrácení řidičského oprávnění může vyžadovat účast ve výše zmíněném povinném kursu. U řidičů, u nichž byla zjištěna vyšší hladina alkoholu v krvi, se v některých zemích vyžaduje lékařské vyšetření způsobilosti k řízení a případně i dlouhodobé sledování biochemických známek zneužívání alkoholu.

Poskytování omezeného řidičského oprávnění

Např. mladí řidiči v některých státech USA nesmějí řídit na 1-2 roky v nočních hodinách.

Sankce týkající se vozidla

Ty se užívají nejčastěji v USA a jsou vysoce účinné. Zahrnují zabavení vozidla, zabavení poznávací značky nebo její výrazné označení. Efekt přetrvává i po navrácení vozidla nebo poznávací značky.

Celková spotřeba alkoholu

Každé procento, o které se zvýší spotřeba alkoholu, zvyšuje počet dopravních nehod pod vlivem alkoholu o 0,6 %. Neměli bychom tedy dopustit, aby spotřeba alkoholu v České republice nadále stoupala, ale naopak začala klesat (vyšší zdanění alkoholu apod.).

Pramen

Laurel, H: Towards alcohol free roads in Europe. The Globe, 1-2, 2004, s. 25-32 (ročník neuveden)

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

*Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8
Tel.: 284 016 249, E-mail: nesper@plbohnice.cz
Internet: www.plbohnice.cz/nesper, www.muweb.cz/veda/nesper*