

# Evidence-Based Medicine and Drug Policy



OKRUHLICA, L.

Centre for Treatment of Drug Dependencies, Bratislava, Slovakia

**Citation:** Okruhlica, L. Medicína založená na dôkazoch a drogová politika. *Adiktologie* (9)1, 36–43.

**SUMMARY:** *In spite of the fact that the modern drug control policy has referred to negative health consequences since its very beginning, not all the political decisions were always primarily based on medical findings. Drug addiction medicine has collected enough evidence on the biological basis of dependence on psychoactive substances (drugs) in the last twenty years. The evidence-based medicine methodology sets limits on the possible interpretations of findings established by natural sciences and potential relativistic consideration of such findings as a result of social, cultural, and economic influences. In addition to presenting the advancement of scientific knowledge which contributed to the expansion of the scientific base of the medical model of addiction as a disease, the article also discusses the role of the social sciences. If politicians are responsible for their political decisions, it does not mean that they can ignore, or bias, the findings of drug addiction medicine based on scientific evidence. They should recognise that scientific progress limits the boundaries within which they can exercise their politically correct manoeuvring.*

**KEY WORDS:** DRUG DEPENDENCE – EVIDENCE-BASED MEDICINE – POLITICS

**Submitted:** 05 / OCTOBER / 2008

**Accepted:** 19 / JANUARY / 2009

**Address for correspondence:** Lubomír Okruhlica, MD / [okruhlica@cpldz.sk](mailto:okruhlica@cpldz.sk) / Centre for Treatment of Drug Dependencies, Hraničná 2, 821 05 Bratislava, Slovakia

# Medicína založená na dôkazoch a drogová politika



OKRUHLICA, L.

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Bratislava

**Citace:** Okruhlica, L. (2009). Medicína založená na dôkazoch a drogová politika. *Adiktologie* (9)1, 36–43.

**SÚHRN:** Moderná politika v oblasti kontroly drog sa od svojho vzniku odvolávala na dôkazy o ich negatívnych dôsledkoch na zdravie. Napriek tomu ale politické rozhodnutia nie vždy stáli prioritne na zisteniach medicíny. Medicína drogových závislostí však za posledných dvadsať rokov nazbierala dostatok dôkazov o biologickej podstate závislosti od psychoaktívnych látok (drog). Metodika na dôkazoch založenej medicíny limituje možnosti interpretácie prírodovedných zistení a ich prípadnej relativizácie v dôsledku pôsobenia sociálnych, kultúrnych a ekonomických vplyvov. Okrem prezentácie vedeckého pokroku pri rozšírení prírodovednej bázy medicínskeho modelu závislosti ako ochorenia diskutuje autor postavenie i prínos spoločenských vied. Hoci politici preberajú zodpovednosť za svoje politické rozhodnutia, nemali by ich zakladať na ignorovaní, respektíve skresľovaní zistení medicíny drogových závislostí, ktoré sú založené na vedeckých dôkazoch. Mali by porozumieť, že s vedeckým pokrokom sa im priestor na korektné politické manévrovanie zužuje.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** DROGOVÁ ZÁVISLOSŤ – MEDICÍNA ZALOŽENÁ NA DŔKAZOCH – POLITIKA

**MOTTO:** „ADDICTION IS A HEALTH PROBLEM.“ A. M. Costa, výkonný riaditeľ UNODC

## ● 1 ÚVOD

Drogy bezpochyby zohrávali a zohrávajú komplexnú úlohu v spoločnosti. Boli a sú súčasťou náboženstva, kultúry, ekonomiky, politiky a samozrejme medicíny.

V tomto príspevku chceme poukázať na to, že podobne ako stavba mostu síce môže byť ovplyvňovaná rôznymi politickými, sociálnymi a ekonomickými záujmami a ná-

zormi, tieto však nemôžu byť pri rozhodovaní v praxi v protirečení a už vôbec nie nadradené zákonom prírodných vied, ktoré stoja na empirických faktoch a podmienkach daných konkrétnou geologickou štruktúrou brehov a dna rieky, hydrologickými pomermi a fyzikálnymi zákonmi určujúcimi limity pre použitie materiálu a spôsobu jeho výstavby.

Došlo do redakcie: 5 / ŘÍJEN / 2008

Přijato k tisku: 19 / LEDEN / 2009

**Korespondenční adresa:** MUDr. Lubomír Okruhlica, CSc. / okruhlica@cpldz.sk / Centrum pre liečbu drogových závislostí, Hraničná 2, 821 05 Bratislava, Slovensko

Našou snahou je v paralele k vyššie uvedenému dokumentovať na základe historických i súčasných faktov, že politická prax sa v spoločnosti odvolávala, pokiaľ ide o protidrogové opatrenia, na humánnu medicínu založenú na poznatkoch biologických, prírodovedných disciplín. V optimálnom prípade politika vždy bola, respektíve aj je, s medicínskou vedou v plnom súlade.

Drogová závislosť je považovaná za multifaktoriálnu poruchu zdravia, ktorá často prebieha s relapsami, majúci charakter remitujúceho chronického ochorenia. V mnohých spoločnostiach na nešťastie ešte stále nie je závislosť od drog považovaná za zdravotný problém a mnohí ľudia, ktorí ňou trpia, sú stigmatizovaní, nemajú prístup k liečbe a rehabilitácii (WHO, 2008).

## ● 2 HISTORICKÝ EXKURZ

Ópium dalo zhruba pred storočím základ terajšej globálnej drogovej politike. Bolo známe už v dávnoveku ako látka s magickými účinkami. V 5. stor. p. n. l. to Hippokrates, „otec“ modernej medicíny, rozporoval a považoval ópium za účinnú látku na liečbu chorôb a tíšenie bolesti. V roku 1909 na pozadí anglo-indického obchodu s Čínou, za existencie ópiových „brlohov“ na západnom pobreží USA, pri narastajúcich problémoch s alkoholom a dominujúcej puritánskej politike v USA na Medzinárodnej konferencii o ópiu (International Opium Commission) v Šanghaji presvedčovala americká delegácia vedená právnikom Dr. Hamiltonom Wrightom a biskupom Henrym Brentom zúčastnených o potrebe medzinárodného dohovoru na kontrolu obchodu s ópiom kvôli jeho nebezpečným telesným a morálnym dôsledkom. Biskup vo svojej reči popísal účinky ópia a závislosť od neho. Navrhli obmedziť jeho používanie len pre medicínske účely (Musto, D. F., 1997). V roku 1912 sa uskutočnila prvá a v roku 1913 2. haagska ópiová konferencia, tu bol prijatý medzinárodný dohovor založený na odporúčaniach zo Šanghaja na potieranie produkcie, distribúcie a konzumu ópia, morfia, heroínu, kokaínu. Okrem ópia sa rozširovalo úsilie o kontrolu i iných návykových látok. Zhoda bola v potrebe kontroly drog, ale objavili sa problémy s konkrétnym uplatňovaním zákona. Napríklad lekári v USA usilovali o záruky, že nebude zásahmi zo strany administratívy porušované ich ústavné právo slobody predpisovania liekov. Vo Veľkej Británii bol schválený v roku 1920 zákon o nebezpečných drogách (Dangerous Drugs Act). V tom období boli v USA a vo Veľkej Británii mnohí lekári predpisujúci opiáty odsúdení do väzenia. V USA súdy rozhodli, že medicínska udržiavacia liečba ľudí so závislosťou nie je legitímnym spôsobom vedenia liečby (Berridge, V., 1978). V roku 1924 bol vo Veľkej Británii zriadený Ministerský výbor pre morfinovú a heroínovú závislosť pod vedením Sira H. Rollestona. V roku 1926 vydal správu, ktorá potvrdila odôvodnenosť medicínskeho prístupu k závislosti a prehlásila ju za ochorenie v protiklade k „nebezpečnej

forme čistého pôžitkárstva“. Bola to silná opozícia zo strany medicínskej verejnosti, Britskej lekárskej spoločnosti, lekárov-špecialistov, obzvlášť adiktológov, voči punitívnemu modelu v legislatíve Veľkej Británie, ktorá viedla Home Office k prijatiu zmeny v prístupe vlády k užívateľom drog (Marks, J., 1997; Strang, J., 1991).

Závislosť od drog bola v minulých desaťročiach podľa rôznych systémov viery, ideologických uhlov pohľadu považovaná iba za problém sociálny, otázku výchovy či spirituality, iba za trest vyžadujúce správanie, alebo len za problém farmakologický. Chápanie drogovej závislosti ako ochorenia, ktoré si zapríčiniť človek sám, založené na slobodnom výbere jedinca pri prvom experimentovaní s nelegálnymi drogami prispelo k stigme a diskriminácii asociovanej s drogovou závislosťou. V protiklade k tomu poukazujú vedecké dôkazy na to, že rozvoj ochorenia je výsledkom komplexnej multifaktoriálnej interakcie medzi opakovanou expozíciou drogám a biologickými a environmentálnymi činiteľmi (WHO, 2008). *História dokumentuje, že zdravotné dôsledky užívania drog vždy zohrávali podstatnú úlohu pri formovaní politiky v tejto oblasti.*

## ● 3 SÚČASNÁ ORGANIZÁCIA DROGOVEJ POLITIKY

Základom terajšej globálnej politickej štruktúry pre tvorbu politiky v oblasti drogovej problematiky sa stala Komisia pre narkotické drogy (CND), ktorú v roku 1946 zriadila Organizácia spojených národov (OSN).

CND je normotvorným orgánom. Na globálnej úrovni je výkonným orgánom spolupracujúcim s CND Medzinárodná rada pre kontrolu narkotík (International Narcotic Control Board – INCB), fyzicky využíva podobne ako CND úradnícky aparát OSN, ktorým je Úrad OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC).

CND pôsobí na drogovú politiku tým, že dáva pokyny iným orgánom ako kontrolovať rôzne látky. INCB zabezpečuje jej uplatňovanie. Hlavnou úlohou CND, okrem iného, je zabezpečovanie realizácie základných medzinárodných dohovorov – konvencií v tejto oblasti. Kľúčovou je Jednotná konvencia o narkotických látkach (1961). Právomocou CND je upravovať podľa tejto konvencie zaradenie drog do skupín s rôznym stupňom kontroly (I-IV). Aby mohla byť látka zaradená pod kontrolu, vyžaduje isté zistenia, ktoré musia byť doložené zo strany Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Postup je popísaný v komentári k Jednotnému dohovoru: *CND rozhoduje o tom, či látka bude medzinárodne kontrolovaná. Pozitívne rozhodnutie môže ale urobiť len v súlade s odporúčaním WHO. Môže zaradiť látku len do tej skupiny, do ktorej ju odporúča WHO. CND môže buď prijať odporúčania WHO, alebo vôbec látku nezaradiť pod medzinárodnú kontrolu. V žiadnom prípade ale Komisia nemôže zaviesť kontrolu látky, ak to WHO neodporučila.*

WHO vytvorila na realizáciu tohto mechanizmu výbor expertov na štúdium vedeckých a medicínskych aspektov nových drog: „Expertný výbor pre drogovú závislosť“ (Khan, I., 1979). Dôležitou skutočnosťou je, že vo svojej 13. správe z roku 1964 odporučil Expertný výbor pre drogovú závislosť (WHO, 1964) zmeniť dovtedajší názov „Expert Committee on Addiction-Producing Drugs“ („Expertný výbor pre drogy vyvolávajúce návyk“) za „Expert Committee on Drug Dependence“ („Expertný výbor pre drogovú závislosť“). Dôvodom bolo, aby bol v rámci jeho odporúčania zreteľný rozdiel medzi „zneužívaním drog“ („drug abuse“) a „drogovou závislosťou“. Pod pojmom abúzus drogy sa rozumie jej konzum bez medicínskej potreby, alebo v nepotrebnom množstve. Je to termín, ktorý nemá priamy vzťah k žiadnej poruche zdravotného stavu, ale má relevantné právne a sociálne významy. Naopak pojem závislosti od drog je diagnózou reflektujúcou chorobnú poruchu zdravia s presne stanovenými diagnostickými kritériami podľa WHO (WHO, 1993). Iným dôvodom bola tiež potreba vylúčiť z názvu základu pojmu „addict“, ktorý má v anglosaskom ponímaní pejoratívnu konotáciu a napomáha k sociálnemu „značkovaniu“ a exklúzii.

V Európskej únii dáva Európska komisia (EK) odporúčanie na kontrolu novej návykovej látky pre členské štáty. Vo svojom postupe vychádza zo signálov zo systému včasného varovania (zdrojmi sú hlavne zistenia polície a zdravotníctva). Potom nasleduje preskúmanie dôkazov vo Vedeckom výbore Európskeho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) a jeho odporúčanie pre EK, ktorá prípadne vydá odporúčanie na legislatívne opatrenia pre členské krajiny.

V Slovenskej republike existuje podobný systém varovania, kedy signál o výskyte potenciálne nebezpečnej návykovej látky je daný na Ministerstvo zdravotníctva SR na posúdenie zistení o jej zdravotnej a sociálnej nebezpečnosti. To dá prípadný návrh na jej doplnenie do zoznamu kontrolovaných látok podľa zákona o omamných a psychotropných látkach. Návrh schvaľuje parlament.

Ako vidieť od čias prvej Šanghajskej konferencie napriek vstupu rôznych záujmov do procesu zaradenia látky – drogy pod kontrolu – rozhodujúcim na všetkých úrovniach je medicínsky doložený zistenie o jej škodlivosti zdraviu, najmä potenciál spôsobovať závislosť. Hlavný dôkaz preto podávajú odborníci z oblasti medicínskych vied. Dôrazne to vyjadril v závere rozhovoru v britskej televízii BBC pri otázke na rekvalifikáciu kontroly kanabisu vo Veľkej Británii *výkonný riaditeľ Úradu OSN pre drogy a kriminalitu pán A. M. Costa*: „Závislosť je zdravotný problém“ (BBC, 2008).

● **4 „PROHIBICIONISTI“ A „LEGALIZÁTORI“**  
Hoci dokumenty OSN jasne hovoria o vyváženosti prístupu pri zavádzaní opatrení na prohibíciu narkotík s ich prime-

raným využitím vo výskume a najmä v liečbe v medicíne, nie vždy sa to darí plne presadzovať. Napríklad opiáty nie sú pri liečbe bolesti podľa INCB OSN dostatočne využívané (Angarola & Joranson, 1995). Všetky politické dokumenty OSN o drogách zdôrazňujú tiež potrebu liečby a zdravotnej starostlivosti o užívateľov so závislosťou od drog. Vo svete, a tiež na Slovensku, sa medzi ľuďmi často vyskytujú dva vyhranené, extrémne názory a prístupy k riešeniu problematiky dostupnosti a užívania drog:

- 1/ Pre prohibicionistov je závislosť morálnym defektom spájaným so slabosťou vôle, je púhym zlovykom. Striktní prohibicionisti s punitívnymi riešeniami majú nulovú toleranciu dokonca na lieky obsahujúce psychotropné látky.
- 2/ Extrémni legalizátori vidia v každom nepredpísanom užívaní drog len vec individuálneho životného štýlu. Zdôrazňujú právo človeka na osobnú voľbu, užívať, či neužívať drogy.

Napriek tomu, že tzv. prohibicionisti a legalizátori sú v permanentnom názorovom konflikte, predsa len zdieľajú dva principiálne názory:

- A/ Závislosť podľa nich nie je chorobou.
- B/ Každý, aj človek s ťažkou závislosťou, má podľa nich možnosť slobodnej voľby rozhodnúť sa ziať si, či neziať drogu.

Odlíšujú sa ale v predstavách riešenia s drogami súvisiacich problémov u ľudí:

- prohibicionisti by všetkých trestali a zavreli do väzenia (Dalrymple, T., 2006; 2007);
- legalizátori by zrušili existujúce zákony na kontrolu drog a povolili by ich oficiálny predaj (Foucault, M., 1961; Friedman, M., 1992; Szasz, T., 1996; Levine, H. G., 2003; White, W. L., 2000, 2003).

Ani jedni z nich však neakceptujú diferencovanejšie teoretický pohľad na stav pri užívaní návykových látok. Neprijímajú skutočnosť, že sú síce na jednej strane ľudia, ktorí chcú, môžu, ale nemusia užiť drogu (užívatelia bez závislosti), no sú aj takí, ktorí chcú, ale aj musia drogu užiť, bez alternatívy voľby, lebo inak by u nich došlo k vážnym zdravotným poruchám – abstinenčnému stavu (užívatelia so závislosťou). Filozoficky mnohým zástancom nemedicínskych modelov závislosti výrazne prekáža myšlienka o existencii dôkazu o možnosti genetickej predispozície u istej skupiny ľudí, ktorá silno obmedzuje možnosť slobodnej voľby vo vzťahu k užívaniu návykových látok.

*Napriek historickej i v súčasnosti kľúčovej úlohe medicíny v oblasti drogovej politiky, v spoločnosti sa ešte stále vyskytujú tendencie ignorovať medicínske dôkazy.*

## ● 5 MEDICÍNA ZALOŽENÁ NA DŮKAZOCH A DROGOVÁ POLITIKA

Medicínsky prístup v medicíne drogových závislostí (adiktológii) je založený na dohovore WHO, ktorým v praxi

záväzne akceptuje Medzinárodnú klasifikáciu chorôb – ICD-10 (WHO, 1992). Klasifikácia vychádza z dôkazov zozbieraných medicínskou vedou. Definícia a diagnostické kritériá závislosti sú deskriptívne, ateoretické.

Kvalitatívny verus kvantitatívny výskum – použitie zistení:

- **Kvalitatívny výskum** – je vhodný na generovanie hypotéz ako pilotný predvýskum. Prípadová štúdia (kazuistika) má pre prax nulovú hodnotu, nič nedokazuje. Javy v nej popísané sa nelíšia od náhody. Tiež štúdie s malým počtom subjektov sú vlastne len súhrnom kazuistík. Výstupy kvalitatívneho výskumu nemôžu slúžiť ako podklad pre rozhodovanie v klinickej praxi.
- **Kvantitatívny výskum** dáva možnosť generalizácie zistení ako medicínskeho dôkazu. Platí to i v prípade skúmania účinkov návykových látok.

Teória súčasnej medicíny bola vybudovaná na dôkazoch pochádzajúcich z klinickej skúsenosti, z observačných štúdií a najnovším rozširovaním a precizovaním jej dôkazovej bázy je medicína založená na dôkazoch (EBM). Ako ukazujú Sehon a Stanley (2003), používajúc Quiniho metaforu siete viery, uvedené prístupy si navzájom neprotirečia. Cieľom liečby v medicíne drogových závislostí je redukovať chorobnosť a úmrtnosť zapríčinenú, alebo asociovanú s užívaním psychoaktívnych látok (WHO, 1998). EBM je svedomiu podriadeným, dôsledným, pozorným používaním v súčasnosti najlepších dôkazov pri rozhodnutiach v starostlivosti o individuálnych pacientov (Sackett D. L. et al., 2000). EBM môže byť tiež definovaná ako používanie v súčasnosti najlepšej evidencie pri rozhodnutiach v starostlivosti o jednotlivých pacientov (Leavitt, S. B., 2003). Je to proces spočívajúci v niekoľkých krokoch: identifikácia klinického problému, systematické vyhľadávanie klinických prác týkajúcich sa tejto otázky, kritické preverenie tých, čo majú slabú kvalitu a čo najlepšia interpretácia zostávajúcich s tým, že na tých najlepších sa založí odpoveď na položenú otázku. Takéto postupy umožňujú odlíšiť medzi klinickými prístupmi založenými na pevných vedeckých dôkazoch a tými, čo stoja viac na základoch tradičnej praxe, prekonaných presvedčeníach, alebo na nekvalitnej vede. Príkladom odklonu od paradigmy modernej medicíny postavenej na súčasnej vede je názor, že AIDS nie je spôsobený vírusom HIV, ale príčiny sú sociálne a ich primeranou liečbou je pitie cviklovej šťavy. Ešte v 21. storočí to bol názor zdieľaný na najvyššej politickej úrovni niektorými predstaviteľmi v Juhoafrickej republike s negatívnymi dôsledkami na zdravie jej obyvateľov.

V problematike psychoaktívnych látok – drog, sú štandardným zdrojom tzv. tvrdých dôkazov experimentálne štúdie na zvieratách vykazujúce preferenciu samoadministrácie látky pred potravou až do úplného vyčerpania organizmu.

Filozofia EBM uznáva, že podobne ako základná veda, aj aspekty klinickej praxe môžu a mali by byť správne merané. Teda ak je dostupná dobrá vedecká evidencia, mala by sa premietiť do praxe. Nestačia len vedecké dôkazy, ale potrebné sú čo najkvalitnejšie dôkazy. Prinajmenšom môže to byť jednoduchý komentovaný prehľad, alebo naopak oveľa sofistikovanejšia metaanalýza. Oba prístupy sa ale môžu nachádzať pod skresľujúcim vplyvom ideológie, kvality a dostupnosti výskumných zistení. Na prekonanie týchto obmedzení vytvorili Cochran Collaborative Centres, Evidence Based Practice Centres (USA), National Centre for Clinical Excellence (Veľká Británia) a Centrum pre klinickú efektívnosť (Austrália) metodológie vnášajúce do klinického výskumu a jeho kontroly viac logickej presnosti. To, čo vyčleňuje EBM spomedzi iných prístupov, je prioritou, ktorú kladie na isté formy dôkazov. Podľa EBM pochádza najcennejšia forma evidencie z randomizovaných klinických pokusov (RCTs) vrátane systematických prehľadov a metaanalýz RCTs. RCTs sú jadrom EBM. V „dvojito-zaslepených“ štúdiách sú schopné eliminovať veľa predošlých nedokonalostí, ktoré sa vyskytovali v klinických a observačných štúdiách, ako napríklad skreslenia spôsobené selektívnou pamäťou, efekt vplyvu očakávania zo strany pacientov i lekárov, fakt, že väčšina ochorení sa zlepšuje bez ohľadu na liečbu, atď.

V situácii, keď je politika založená na epidemiologickom modeli a modeli populačného zdravia, keď je klinický výskum veľmi inkluzívny, využíva radu na populáciu orientovaných výskumných metodológií z oblasti sociálnych vied, akými sú sociológia, antropológia, psychológia, kriminológia atď., zostáva dôkazová báza takéhoto skúmania zahmlená. Dôkazový základ je rozmazaný, ak sa zakladá na samovýpovediach, výskumných rozhovoroch a vyzroprávaných príbehoch. Ale rozsiahle populačné, dlhodobé, prospektívne kohortové štúdie, ktoré obsahujú analýzu správania a postojev, zdravotné výstupy – napr. longitudinálnych biomedicínskych a sociálnovedných skúmaní rizikových faktorov v kohortách, poskytujú cenný náhľad na problém a podklad pre možné intervencie.

Implementácia poznatkov základnej vedy a EBM do klinickej praxe je len časťou aplikácie, tej, ktorá vedie k optimalizácii odbornej činnosti v medicíne. Nemala by sa ale prehliadať potreba prenosu zistení vedy do vedomia spoločnosti a do politickej praxe tak, aby sa ovplyvňovali zafixované predsudky a politické rozhodnutia založené na nevedeckých premisách. Sociológovia a právnici sa majú v tomto ohľade ešte veľa čo učiť od prístupu medicíny založenej na dôkazoch, ktorá je podkladom rozhodnutí pre lekárov (Gigerenzer, G., 2002). Lekári-adiktológovia sú si vedomí biopsychosociálnych súvislostí a rešpektujú zistenia sociológie a filozofie, ale len potiaľ, pokiaľ nie sú v rozpore s ich empirickými vedeckými poznatkami. Nie je však možné, aby si medicína nechala vnútiť a aby akceptovala

ako základ svojho prístupu inú metodológiu, ako na logike založenú EBM, a menila svoju teóriu v oblasti závislosti podľa filozofických teórií relativizujúcich vedeckú metodológiu a vedecký prístup vcelku. Jednalo by sa o nekorektné použitie medicíny ako vedy. Takéto tendencie sa javia byť motivované záujmovými skupinami, pre ktoré sú súčasné vedecky podložené medicínske fakty v oblasti problematiky drogových závislostí nevyhovujúce pri presadzovaní ich ekonomických a ideologických zámerov.

Marmot (2004) varoval pred ideologickými vplyvmi vo využívaní dôkazov pri tvorbe politiky. Vzťah medzi vedou a politikou je podľa neho komplikovaný. Vedecké zistenia nedopadajú na nepopísané mozgy, ale naopak na mozgy zaujaté, ktoré majú pevné názory na to, aký je súčasný stav vecí a ako by mali byť podľa nich veci usporiadané. Veda v oblasti drog sa dnes nachádza vo vysoko napätej politickej doméne, dostávajúc sa do stretu s ľudskými a občianskymi právami. Výsledkom môžu byť potom „dôkazy založené na politike“, kde objektívne na dátach založené zdôvodnenie sa kýva pod ideológiu a demokraciou.

Existuje dostatok dôkazov z naturalistických, empirických štúdií o tom, že legalizáciou drog by v dôsledku zvýšenej propagácie, dostupnosti a užívania došlo k zhoršeniu zdravotného stavu obyvateľstva. Ilustráciou sú skúsenosti s alkoholom, legálnou návykovou látkou (WHO, 2004). Reklama, nízka cena a ľahká dostupnosť zvyšujú užívanie a naopak pri výraznom obmedzení spotreba klesá. Príkladom bolo zavedenie prohibície výroby a konzumácie alkoholu v 30. rokoch v USA a v 80. rokoch 20. storočia v bývalom Sovietskom zväze (Gorbačovov „suchý zákon“). V Sovietskom zväze sa v tom čase výrazne zlepšil zdravotný stav obyvateľstva, a to nie len priamo pre pokles duševných porúch súvisiacich so závislosťou, ale aj pre pokles telesných ochorení a predĺžil sa priemerný vek najmä u mužov. Po zrušení prohibície v bývalom Sovietskom zväze došlo následne k vzostupu chorobnosti i úmrtnosti v dôsledku pitia a k opätovnému skráteniu veku populácie (Nemtsov, A. V., 1998; 2002).

Keďže právo a jeho zákony sú normy tvorené spoločnosťou, je pochopiteľné, že ich vytváranie a zmeny závisia nie len od zdravotných dopadov užívania drog, ale aj od komplexu iných súvisiacich javov, akými sú ekonomické a sociálne (napr. finančná kriminalita) dôsledky pôsobenia zákonných noriem. Je potom vecou politického rozhodnutia zákony tvoriť, meniť, či rušiť, keď sa zväžia všetky spomenuté súvislosti. Preto aj v USA a Sovietskom zväze bola zrušená prohibícia alkoholu.

Zdravotníci si uvedomujú tieto komplexné socioekonomické súvislosti a podávajú politikom na požiadanie vedecky podložené expertné stanoviská, avšak rozhodnutia o zavedení, zmene, či zrušení kontrolných protidrogových opatrení považujú za výsostnú kompetenciu, no i za zodpovednosť politikov. Bolo by ale nekorektné, ak by si politici

namiesto transparentného postupu v procese ich rozhodovania zvolili, kvôli subjektívnym záujmom, cestu ignorovania, či dokonca popierania empirických faktov z oblasti medicíny, či už otvorene, alebo skrytou formou zneužitím diskurzu prostredníctvom tzv. mäkkých vied, cestou povýšenia ich teoretických dedukcií nad vedecky, empirickým výskumom podložené reálie z oblasti vied prírodných. V našej tematike je to napríklad občasná snaha o popretie obsahu pojmu drogovej závislosti ako javu založeného na narušení biologických funkcií ľudského organizmu vedúcich k poruche zdravia (Radimecký, 2005, 2007). Sú to aj teoretické východiská mnohých extrémnych prohibicionistických a legalizátorských úvah. Ide o snahu „resociologizovať“ podstatu pojmu závislosti od návykových látok. Jedná sa o pokus o návrat naspäť pred 20. storočie, kedy sme nemali k dispozícii dnešné poznatky vedy, ako sú okrem iného najnovšie poznatky získané pomocou zobrazovacích techník mozgu pomocou magnetickej rezonancie – MRI, či pozitronovou emisnou tomografiou – PET (Verdejo-García et al., 2007). Môžeme síce meniť terminológiu, ale nemôžeme zmeniť empirické zistenia (WHO, 2004), pokiaľ ide o obsah toho, čo dnes nazývame drogovou závislosťou. Sociálna koncepcia pojmu závislosť je historicky veľmi stará a vedecky prekonaná, kým súčasné vedecké dôkazy vysoko preferujú medicínsky model, ktorý je relatívne mladý a moderný. Obmedzuje sa tým však priestor na voluntaristické, nevedecké sociálne intervencie, čo nevyhovuje v politike mnohým skupinám pri presadzovaní ich subjektívnych záujmov.

Niektorí politici, ak im to vyhovuje, šikovne používajú odlišné filozofické koncepcie. Neraz je takým východiskom Quineho (1952) relativizmus v náhlade na vedeckú metodológiu, podľa ktorého nie je nádej pomocou nej nájsť objektívnu pravdu o svete. Veda je len pavučinou viery, nedostatočne určenou, čo znamená, že nie je dostatok dôkazov, ktoré by logicky zaručovali pravdivosť našich vedeckých presvedčení. Quine spochybňuje vo vede popperovskú metódu výberu medzi teóriami podľa jednoduchosti (Shantil et al., 2004). Jeho filozofickí stúpenci navrhli, aby sa medzi súperiacimi teóriami volilo nie podľa jednoduchosti, ale na základe takých odlišných kritérií, akými sú politika a peňažný zisk – alebo podľa pragmatických výhod a estetických preferencií. Extrémnu formu tohto názoru vyslovil „anarchistický“ filozof Feyerabend (1975), ktorý popiera existenciu akejkoľvek vedeckej metódy. Podľa neho si každá kultúra vytvára teóriu, ktorá vyhovuje jej estetickému a morálnemu charakteru. Quineho odmietnutie vedeckej metódy, ktorej jadrom je logika, však medzi prvými spochybnil filozof Davidson (1984). Pretože ak by bola na logike založená vedecká metodológia revidovateľná, keby sme mohli meniť metódu dôkazu, nedokázali by sme povedať nič o možných následkoch.

V minulosti nebol dostatok presvedčivých vedeckých dokladov o prírodovedných základoch psychiatrie a adik-

tológie ako jej súčasť, a preto sa nemôžeme čudovať Szaszovi (1960) či Foucaultovi (1967), ktorí stáli na pozíciách anti-psychiatrie a zaraďovali psychiatriu k takým spoločenským disciplinám, ako sú právo, kriminológia, pedagogika a pod. Avšak posledných dvadsať rokov natoľko rozšírilo objem vedeckej evidencie o prírodovednej biologickej podstate v etiopatogenéze duševných ochorení a zvlášť u závislosti od psychoaktívnych látok (WHO, 2004), že pri objektívnom prístupe je už dnes takéto postavenie adiktológie nemysliteľné. Tieto fakty nie je možné ignorovať ani vo filozofických skúmaníach. Dá sa tiež pochopiť snaha o popretie psychiatrie, kvôli jej zneužívaniu ako nástroja politickej moci. To ale nemôžeme použiť ako argument na popretie celej, dnes dobre vedecky podloženej disciplíny. Politicky zneužiť je možné aj atómovú fyziku, ale napriek tomu prírodnou vedou s pozitívnym využitím stále zostáva. Adiktológovia sú proti sociálnej diskriminácii a labelingu chorých ľudí trpiacich závislosťou. Presadzujú k pacientom nemoralizujúci, neodsudzujúci (non-judgmental) prístup, pokiaľ ide o ich ochorenie. To ale neznamená, že neakceptujú trestnú zodpovednosť pacientov za činy, ktoré spáchali. Adiktológovia liečia len tých ľudí, ktorí sa chcú liečiť a liečbu objektívne potrebujú – tj. trpia príznakmi poruchy telesných a/alebo duševných pochodov, ktoré sú precízne objektivizovateľnými poruchami funkcie orgánov a telesných systémov bez ohľadu na používanú terminológiu.

Moderná medicína drogových závislostí, tak ako psychiatria, stojí na rovnakých základoch ako celá medicína, teda patrí k prírodným vedám („sciences“), kým skúmania právne, filozofickej psychológie, pedagogiky, ekonómie, sociológie prinášajú poznatky iného rádu s oveľa menšou možnosťou miery ich zovšeobecnenia. Nemôžeme preto tieto disciplíny dávať na úroveň medicínskych vied pri zdôvodňovaní projektových zámerov pri evaluácii dopadových skúmaní, atď. Foucault (1966) píše, že ani deduktívnym, ani empirickým vedám, ani filozofickej reflexii nehrozí, pokiaľ zostávajú vo svojich dimenziách, že „prejdú“ do humanitných vied, alebo sa nimi znečistia. Odchýlky spôsobujú, že myslenie klesá do oblasti humanitných vied: odtiaľ nebezpečenstvo „psychologizmu“, „sociologizmu“... „Humanitné vedy“ charakterizoval ako vrtkavé, neisté, opierajúce sa o druhé oblasti vedenia, k nim vždy sekundárne a z nich odvodené. Okrem toho napísal, že hoci formu vedenia, ktorá

sa uplatňuje na človeka ešte v zhode s konvenciou, môžeme nazývať „humanitnými vedami“, pritom ale nevieme, v akom zmysle a v akých hraniciach tu možno hovoriť o vedách. Anglosasi ich preto nazývajú „humanities“. Sme názoru, že nemusíme prijímať ich terminológiu, ale v takýchto pojednaniach je potrebné tieto faktické rozdiely vo validite používaných metód a získaných dát rešpektovať, ak chceme v praxi dosiahnuť optimálne riešenia.

## ● 6 ZÁVER

Záverom si opäť dovolíme použiť naše prirovnanie. Môžeme síce na základe politického rozhodnutia či ideologickej, tzv. spoločenskej objednávky postaviť most aj tam, kde nie je potrebný, ale nikdy nie tam a takým spôsobom, ktorý prírodné zákony neumožňujú, nech by boli sociálne a ekonomické záujmy akokoľvek silné. Podobne síce môžeme meniť vo formálnej stránke jazyka jeho terminológiu, ale vecne v prípade, ak daná psychoaktívna látka vyvoláva u človeka empiricky v biológii preukázateľné poruchy jeho fyziologických funkcií, ktoré sú podstatou diagnostikovaného fenoménu závislosti, tak tieto prírodnými zákonmi dané fakty meniť nemôžeme. A samozrejme ani naopak, nemôžeme z látky bez adiktívneho potenciálu, len na základe nášho iného názoru, nástrojmi sociálno-politického teoretizovania, filozofickej relativizácie, urobiť látku pre človeka „návykovú“ a dať ju pod kontrolu. Vyzeralo by to ako orechová škrupinka bez jadra, ktorá chráni „nič“. V prípade, ak k takémuto nadradovaniu iných hľadísk nad zákony prírodných vied a k ignorovaniu prírodovedných zistení dochádza, jedná sa už o nevedecký diskurz. Mosty na takýchto pokri-vených základoch rýchlo padajú, ak vôbec vzniknú. Preto medicína založená na vedeckých dôkazoch je nevyhnutným, optimálnym základom a „conditio sine qua non“ správnej politiky zameranej na riešenie problémov súvisiacich s užívaním drog v spoločnosti. V tomto zmysle sú dnes nastavené aj normotvorné, legislatívne, politicko-organizačné systémy na globálnej, regionálnej európskej a našej národnej úrovni.

### **Konflikt záujmov**

*Nie je konflikt záujmov. Príspevok autora nebol súčasťou jeho participácie na žiadnom projekte. Vypracovaný bol bez akejkoľvek priamej, či nepriamej finančnej podpory inou stranou.*

## LITERATÚRA / REFERENCES

- Angarola, R. T., Joranson, D. E. International efforts to provide adequate medication for pain control. *APS Bulletin* 5(6), 9–10.
- Berridge, V. (1978). Professionalization and narcotics: The medical and pharmaceutical professions and British narcotic use 1868–1926. *Psychol. Med.* 8(3), 361–372.
- Dalrymple, T. (2006). *Romancing opiates: pharmacological lies and the addiction bureaucracy* (p. 146). New York: Encounter Books.

- Dalrymple, T. (2007). *Junk medicine: Doctors, lies and the addiction bureaucracy* (p. 146). Petersfield: Harriman House.
- Davidson, D. (1984). *Inquiries into truth and interpretation* (Rev. Ed. 2001). Oxford: Clarendon.
- Feyerabend, P. K. (1975). *Against method: Outline of an anarchistic theory of knowledge*. London: Verso.
- Foucault, M. (1966). *Le mots et les choses Une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard. [(2004) Slová a veci. Archeológia humanitných vied (p. 400). Bratislava: Kalligram].

- Foucault, M. (1967). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. London: Tavistock.
- Friedman, M. (1992). *Friedman & Szasz on liberty and drugs: Essays on the free market and prohibition* (p. 180). Washington: Drug Policy Foundation Press.
- Kahn, I. (1979). Convention on psychotropic substances, 1971. The role and responsibilities of the World Health Organization. *Prog. Neuropsychopharmacol.* 3(1-3), 11-14.
- Levine, H. G. (2003). Global drug prohibition: Its uses and crises. *Internat. J. Drug Policy*, 14, 145-153.
- Leavitt, S. B. (2003). *Can addiction research be trusted? Introducing EBAM* (p. 6). Addiction Treatment Forum. Mundelein: Clinco Communications.
- Leavitt, S. B. (2003). *EBAM for Practitioners* (p. 16). Addiction Treatment Forum. Mundelein: Clinco Communications.
- Gigerenzer, G. (2002). *Calculated risks* (p. 310). New York: Simon & Schuster.
- Marks, J. (1997). The heroin prescribing programme: Practical experiences from the Cheltenham Drug Service, England (p. 130-158). In D. Lewis, C. Gear, L. Läubli, D. Langenick-Cartwright, *The medical prescription of narcotics* (p. 328). Bern: Hogrefe & Huber.
- Marmot, M. G. (2004). Evidence based policy or policy based evidence? *BMJ*, 328, 906-907.
- Musto, D. F. (1997). Historical perspectives (p. 1-10). In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, J. G. Langrod, *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook* (3<sup>rd</sup> Edition, p. 956). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Nemtsov, A. V. (1998). Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 93(10), 1501-1510.
- Nemtsov, A. V. (2002). Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s. *Addiction*, 97(11), 1413-1425.
- Quine, W. V. O. (1952). Two dogmas of empiricism. *Philosophical Rev.*, 60, 20-43.
- Radimecký, J. (2005). Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? *Adiktologie*, Suppl. 2(5), 275-280.
- Radimecký, J. (2007). Jeden krok vpřed a dva vzad...? aneb kritika konceptu závislosti jako nemoci. *Adiktologie*, Suppl. 7(2), 232-243.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, V., Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2<sup>nd</sup> Edition). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Shatil, S., Cryan, D., Mayblin, B. (2004). *Introducing Logic* (p. 176). Thriplow, Royston: Icon Books.
- Sehon, S. R., Stanley, D. E. (2003). A philosophical analysis of the evidence-based medicine debate. *BMC Health Services Research*, 3, 14.
- Strang, J. (1991). Past and present perspectives on cocaine in Britain. *Verh. K. Acad. Geneesk. Belg.*, 53(5), 547-555.
- Szasz, T. (1960). The myths of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Szasz, T. (1992). *Our right to drugs: The case for a free market* (p. 1999). New York: Syracuse Univ. Press.
- UNODC. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/hardtalk/7761188.stm>
- Verdejo-García, A., Pérez-García, M., Sánchez-Barrera, M., Rodríguez-Fernández, A., Gómez-Río, A. (2007). Neuroimaging and drug addiction: Neuroanatomical correlates of cocaine, opiates, cannabis and ecstasy abuse. *Rev. Neurol.*, 44(7), 432-439.
- White, W. L. (2000). Addiction as a disease: Birth of a concept. *Counselor* 1(1), 46-51, 73.
- White, W. L. (2001). Addiction disease concept: Advocates and critics. *Counselor*, 2(1), 42-46.
- World Health Organization (1964). *WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs*, Thirteenth report, WHO Technical report series No. 273. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10, Classification of mental and behavioural disorders* (p. 362). Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (1993). *WHO Expert Committee on Drug Dependence*, Twenty-eight report, WHO Technical report series No. 836. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1998). *WHO Expert Committee on Drug Dependence*, Thirtieth report, WHO Technical report series No. 873. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). *Global status report on alcohol 2004* (p. 88). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* (p. 264). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008). *Principles of drug dependence treatment* (Discussion paper) (p. 31). Geneva: World Health Organization. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/hardtalk/7761188.stm>

## 5<sup>TH</sup> EUROPEAN CONFERENCE ON CLINICAL AND SOCIAL RESEARCH ON AIDS AND DRUGS

**28-30 APRIL 2009  
VILNIUS, LITHUANIA**

... HIV infection remains one of the major public health concerns in Europe, with a wide diversity in the epidemiology of HIV across countries ...

### SCIENTIFIC TOPICS

#### Clinical Science

New ARV therapy strategies  
Important aspects of current ARV therapies  
Co-infections  
Drug abuse treatment

#### Epidemiology and Surveillance

Dynamics of the HIV-epidemic  
Molecular epidemiology  
HIV-prevalence/incidence measurement  
Diagnostics & monitoring tools aimed at hard-to-reach populations  
Expanded HIV screening

### Social Science and Public Health

Drug use, sexuality and HIV-protection/risk behaviour  
Prevention: Concepts and effects  
Care and support  
Societal reactions on HIV/AIDS and public health policies

### FOR MORE DETAILS

[www.aidsvilnius2009.com](http://www.aidsvilnius2009.com)

## ANNOUNCEMENT