

KONTROLOVANÉ UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG¹

Michal Nesládek

Abstrakt

Užívání nelegálních drog je tradičně považováno za patologický jev, který nevyhnutelně vede k závislosti a k dalšímu zdravotnímu, sociálnímu či ekonomickému poškození uživatele i jeho okolí. Výzkumy provedené v posledních desetiletích ovšem dokládají, že je možné i tyto látky užívat dlouhodobě kontrolovaným způsobem a pomocí uplatňování vhodných regulačních mechanismů účinně předcházet problémům, které jsou s užíváním drog běžně spojovány. Článek shrnuje dosavadní poznatky z výzkumu kontrolovaného užívání nelegálních drog (heroin, kokain, amfetaminy, metamfetaminy, marihuana, MDMA/extáze a halucinogeny): popsány jsou jednotlivé teoretické modely dosahování kontroly, které se liší v počtu ovlivňujících proměnných a v jejich významu pro získání a udržení kontroly, za klíčový prvek kontroly jsou bez ohledu na zkoumanou látku považovány regulační mechanismy, které se týkají všech aspektů užívání. Kontrolující se uživatelé vykazují pestrý rejstřík vzorců užívání, převažují méně rizikové a méně intenzivní vzorce užívání s vyloučením injekční aplikace, typický kontrolující se uživatel je mladý muž, který žije v partnerském vztahu, je svobodný a bezdětný. Mezi možné aplikační oblasti konceptu kontrolovaného užívání drog patří léčba závislosti a prevence.

Klíčová slova: drogy, kontrolované užívání drog, vzorce užívání drog

CONTROLLED ILLICIT DRUG USE

Abstract

A consumption of illegal drug is traditionally considered to be a pathological phenomenon that inevitably leads to a drug addiction and to health, social or economic damage to both users and their kith and kin. However, research studies that have been carried out during last decades show that long term use of illicit substances in a controlled way is possible and when following of appropriate control mechanisms it effectively prevents the aforementioned problems that are usually linked to the drug use. This article summarizes current knowledge about controlled use of illicit drugs (heroin, cocaine, amphetamines, methamphetamines, marijuana, MDMA/ecstasy and hallucinogens): Individual theoretical models of control achievement are described, which differs in number of influencing variables and in their impact on gaining and maintaining control. Control mechanisms related to all aspects of drug use are considered to be key elements of control, irrespective of particular substance. Self-controlling users demonstrate multifarious patterns of use. Less risky and less intensive methods of use without injection application are prevailing. A typical self-controlling user is an unmarried and childless young man who lives in a relationship. Possible areas that could benefit from the concept of controlled drug use include addiction treatment and prevention.

Keywords: *drugs, controlled drug use, patterns of drug use*

Došlo do redakce: 4. 10. 2016

Schváleno k publikaci: 12. 4. 2017

¹ Grantová afiliace: IGA_FF_2016_018 Psychologický výzkum ve vybraných oblastech pedagogické a klinické psychologie.

Úvod

Koncepce kontrolovaného užívání (dále jen KU) vychází z myšlenky, že vedle problémových a rizikových uživatelů existují také ti, kteří užívají drogy odpovědně, vhodným chováním výrazně eliminují možná rizika a užívání látek měnících vědomí jim nebrání vést plnohodnotný a společensky aktivní život (Morávek, 2007). V posledních desetiletích byla v zahraničí provedena řada výzkumů zaměřených na KU jednotlivých drog. Z hlediska kontroly jsou nejčastěji zkoumanými drogami heroin a kokain, jejichž užívání bývá spojováno s nejzávažnějšími negativními důsledky (Dalgarno & Shewan, 2005). I přesto existuje množství výzkumů, které dokládají možnost kontroly u obou zmíněných drog, jejich přehled přináší Morávek (2007). KU bylo prokázáno také u marihuany (Cohen & Kaal, 2001; Morávek, 2010), amfetaminů (Uitermark & Cohen, 2006), metamfetaminů² (Nesládek, 2013), MDMA/extáze³ (Bahora, Sterk a Elifson, 2009; Singer & Schensul, 2011) nebo u halucinogenů (Zinberg, 1984).

Definice kontrolovaného užívání

Jednotná definice KU neexistuje a je možné setkat se s různými výklady tohoto pojmu. Sociálně orientovaní autoři považují za KU takové, které nemá vliv na schopnost uživatele plnit očekávané sociální role (např. Zinberg, 1984; Waldorf, Reinerman & Murphy, 1991). KU může být definováno i tak, že se jedná o užívání, které nevede k závislosti (Kaplan, Bieleman & TenHouten, 1992) nebo obecně k negativním zdravotním a právním důsledkům (Dalgarno & Shewan, 2005). Definovat KU je možné také pomocí samotných vzorců užívání. Například Murphy, Reinerman a Waldorf (1989) definují KU kokainu jako takové, které nikdy nedosáhne denní frekvence a týdenní spotřeba drogy je maximálně 0,25 g. Vlastní terminologii přinášejí Warburton, Turnbull a Hough (2005), kteří jako kontrolované označují závislé osoby, které svou závislost mají pod kontrolou, své užívání regulují a předcházejí tak vzniku řady problémů běžně spojovaných s užíváním drog. Někteří autoři (např. Cohen & Sas, 1995) pak nemluví explicitně o KU jako o jevu, ale spíše o kontrolních mechanismech, které slouží uživatelům k eliminaci možných negativních důsledků (především závislosti). Hranice mezi experimentováním a vlastním KU bývá určována pomocí doby užívání a počtu užití – za kontrolované bývá považováno užívání spíše v řádu několika let, celkový počet užití by pak měl převyšovat řád jednotek. KU může být chápáno jako samostatná kategorie i jako jeden pól kontinua, kde je druhý pól tvořen rizikovým užíváním, respektive závislostí (Harding, 1988).

V souvislosti s KU je možné setkat se také s výrazy *rekreační*, *příležitostné*, *bezproblémové* nebo *neobtěžující užívání*. Pojmy rekreační a příležitostné užívání se jeví jako méně vhodné, neboť samotná frekvence užívání nemusí vždy vypovídat o schopnosti mít konzumaci drog pod kontrolou (Harding, 1988). Termín neobtěžující užívání (unobtrusive use) se v zahraniční literatuře často vyskytuje jako synonymum pro kontrolované. Jedná se o takové užívání, které není spojeno s negativními důsledky na straně uživatele ani na straně sociálního okolí (Shewan & Dalgarno, 2005), jde o užívání bezproblémové. Termín KU explicitně odkazuje na existenci regulačních mechanismů, které jsou považovány za klíčové pro zamezení vzniku problémů spojovaných s užíváním drog. Tento pojem proto bude preferován před výše uvedenými a bude používán v textu tohoto článku.

Modely kontrolovaného užívání

Různé teoretické modely se rozcházejí v počtu ovlivňujících proměnných a také v jejich významu pro vytvoření a udržení kontroly (tabulka 1). Za jednu z prvních teorií KU je možné považovat koncept *setu* a *settingu* (Leary, Metzner & Alpert, 1969) užívaný v 60. letech 20. století při

² Typickým zástupcem této skupiny je pervitin.

³ MDMA je zkratka pro 3,4-methylenedioxy-N-metamfetamin, jedná se o účinnou látku v tabletách extáze.

výzkumu halucinogenů. Povaha prožitku při intoxikaci a důsledky užití závisí podle této teorie zejména na faktorech uživatele (set) a prostředí (setting), méně pak na samotné droze. Na straně uživatele hrají roli například jeho osobnost, příprava na užití, emoční rozpoložení v době užití nebo očekávání. Na straně okolí jsou pak faktory fyzické (např. atmosféra místnosti, ve které je droga užitá – výzdoba, teplota), sociální (spoluuživatelé a další osoby přítomné užití) a kulturní (například všeobecně přijímaný výklad světa v dané kultuře).

Užívání drog by mělo být podle tohoto přístupu spojeno s důkladnou přípravou, přítomností tzv. sitters (průvodce), následným zpracováním prožitků vzniklých při intoxikaci a také s regenerací (Leary, 1996). S tímto konceptem se dodnes ztotožňuje řada autorů. Dalgarno a Shewan (2005) například uvádějí, že je-li správně nastaven set a setting, je faktor drogy v podstatě irelevantní.

Tabulka 1 Modely KU

Autor (rok)	Sledovaná látka	Proměnné ovlivňující kontrolu
Blackwell (1983, in Harding, 1988)	Heroin	- Nejdůležitější roli hrají proměnné na straně uživatele (síla osobnosti, strach o vlastní zdraví). - Sociální vliv není rozhodující.
Grund (1993)	Heroin, kokain	- Interakce tří základních faktorů: rituály a pravidla (vznikají především na základě působení sociokulturního prostředí), struktura (zakotvenost ve všedním životě) a dostupnost drogy (fyzická dostupnost, cena drogy, finanční možnosti uživatele).
Leary et al. (1969)	Halucinogeny	- Interakce proměnných na straně uživatele (set) a prostředí (setting). - Faktor drogy je méně významný.
Waldorf et al. (1991)	Kokain	- Dvě hlavní proměnné: životní struktura (zakotvenost ve všedním životě) a zvyky, rituály, pravidla (nejdůležitější je pravidlo neužívat drogy k řešení problémů).
Warburton et al. (2005)	Heroin	- Vliv mají: předchozí zkušenosti s užíváním drog, pravidla užívání, životní struktura, vlastnosti drogy, vzorce a okolnosti užívání, osobnost uživatele a vnější zpětná vazba (reakce na užívání ze strany rodiny, přátel, společnosti). U každého uživatele nastane jedinečná konfigurace uvedených proměnných.
Zinberg (1984)	Marihuana, halucinogeny, opiáty	- Interakce proměnných na straně drogy, uživatele a prostředí. - Těžiště kontroly leží v sociálních aspektech užívání.

Blackwell (1983, in Harding, 1988) dospěl ve svém výzkumu uživatelů heroínu k závěru, že kontrola závisí téměř výhradně na síle osobnosti uživatele a na jeho vnitřní (v podstatě sobecké) motivaci. Uživatel dosahuje kontroly proto, že se bojí sám o sebe, především pak o své psychické a fyzické zdraví. Sociální motivy hrají až druhořadou roli.

Podle Zinberga (1984), který zkoumal uživatele marihuany, halucinogenů a opiátů, ovlivňují kontrolu proměnné na straně drogy (drug), uživatele (set) i prostředí (setting). Těžiště kontroly ovšem leží v sociálních aspektech užívání. Prostředkem k dosažení kontroly jsou především *rituály* a *sankce* (Zinbegr & Harding, 1982). Rituály představují určité (ustálené a opakující se) vzorce chování, resp. užívání (např. užití heroínu jen o víkendu). Sociální sankce pak reprezentují normy, které říkají, co je a co není vhodné a přijatelné. *Formální sankce* se nejčastěji opírají o právní předpisy (heroin je zákonem zakázán). *Neformální sankce* pak představují různé dohody (i nevyřčené) sdílené skupinou (např. kombinace heroínu a většího množství alkoholu nebude skupinou tolerována).

Zinbergova sociální teorie ovšem není schopná vysvětlit variabilitu užívání mezi členy jedné skupiny, pozdější práce proto obohacují tradiční tříložkový model o další proměnné. Podle Grunda (1993) jsou základními faktory rozhodujícími o míře kontroly *rituály a pravidla, životní struktura* a

dostupnost drogy. Rituály a pravidla vznikají podobně jako u Zinberga (1984) působením především sociokulturních proměnných. Životní struktura odkazuje na zakotvenost uživatele ve všedním životě (plnění každodenních povinností, stabilní příjem, rodinné zázemí nebo sociální síť uživatele). Jedná se o faktor, který lze považovat za předpoklad i důsledek KU. Dostupnost je určena fyzickou dostupností drogy, její cenou a také finančními možnostmi uživatele. Špatná dostupnost (většinou způsobená postavením drog mimo zákon) má podle této teorie na kontrolu spíše negativní vliv – drogy jsou méně kvalitní (větší zdravotní riziko), cena drog je vysoká (značná ekonomická zátěž pro uživatele).

Ke dvěma základním faktorům KU dospěli Waldorf et al. (1991) ve svém výzkumu uživatelů kokainu. Prvním faktorem je stejně jako u Grunda *životní struktura*. Její jednotlivé prvky (např. vztah či zaměstnání) stály v žebříčku hodnot kontrolujících se uživatelů vždy výše než drogy. Uživatelé tak byli v situaci, kdy měli co ztratit a podle toho se také chovali. Druhý faktor představují *zvyky, rituály a pravidla*, jež užívání regulují. Zásadní bylo pravidlo neužívat drogy k řešení svých problémů. Autoři této koncepce jsou skeptičtí k myšlence, že je prvek sociální kontroly dominantní, jednotlivé faktory jsou podle nich naopak rovnocenné.

Multifaktoriální teorii přinášejí Warburton et al. (2005), kteří se zabývali uživateli heroinu. KU závisí na interakci velké řady dílčích faktorů, vliv mají: předchozí zkušenosti s užíváním drog (včetně těch negativních), pravidla užívání (na základě vlastní zkušenosti i na základě sociální kontroly), životní struktura (zaměstnání, plnění povinností, vztahy s jinými lidmi, hierarchie hodnot, kde drogy nezaujímají čelní pozici), vlastnosti drogy, vzorce a okolnosti užívání, osobnost uživatele a vnější zpětná vazba (reakce na užívání ze strany rodiny, přátel, společnosti). U každého jedince pak nastane zcela jedinečná konfigurace uvedených proměnných.

Regulační mechanismy

Za klíčový prvek kontroly bývá bez ohledu na zkoumanou drogu považována existence regulačních mechanismů a míra jejich dodržování. Jednotlivá pravidla, omezení a hranice se mohou týkat všech aspektů užívání (tabulka 2). Používaná pravidla se vztahují na dobu před užitím (příprava), na samotné užití i na období po užití (relaxace a regenerace).

Tabulka 2 Regulační mechanismy

Kritérium	Regulační mechanismy s příklady	Autor (rok)
Čas	<ul style="list-style-type: none"> - Pravidla uplatňovaná před užitím (preventivní): nakupovat od známého dodavatele, plánování užívání (den po užití mít volno). - Pravidla uplatňovaná při užití: dodržovat pitný režim, dělat opatření proti přehřátí (ochlazovat se vodou, odložit si oblečení). - Pravidla uplatňovaná po užití (zotavení a relaxace): dostatek spánku, užít marihuanu ke zmírnění negativních důsledků užití (např. při nespavosti a nechutenství), zvýšený příjem vitaminů. 	Panagopoulos a Ricciardelli, (2005); Singer a Schensul (2011)
Platnost	<ul style="list-style-type: none"> - Pravidla s obecnou platností: plánování užívání, finanční limit na nákup nebo pravidlo neužívat drogy ve škole a v zaměstnání. - Pravidla specifická pro určitou látku nebo skupinu látek: vyloučení injekční aplikace (heroin, kokain, amfetaminy, metamfetaminy), užívání žvýkačky kvůli ochraně zubní skloviny a testování tablet s drogou (MDMA). 	Např. Cohen a Sas (1995); Singer a Schensul (2011); Uitermark a Cohen (2006); Warburton et al. (2005)
Uvědomění	<ul style="list-style-type: none"> - Implicitní pravidla (neuvědomovaná): okolnosti užívání (neužívat v zaměstnání). - Explicitní (uvědomovaná, verbalizovatelná): vzorce užívání (frekvence a užití množství). 	Decorte (2000); Uitermark a Cohen (2006)

Zaměření	<p>- Pravidla zaměřená na drogu: pravidla regulující vzorce užívání (frekvence – neužívat každý víkend, užití množství – omezené množství za týden, aplikace – vyloučení injekční aplikace, kombinace – nekombinovat více látek najednou), pravidla regulující nákup a přechovávání drog (kupovat drogy jen za určitou finanční částku, nakoupit si drogy jen na víkend a víc u sebe nemít, nekupovat drogy, pokud si to uživatel z finančního hlediska nemůže dovolit).</p> <p>- Pravidla zaměřená na uživatele (set): neužívat při špatné náladě, věřit, že je možné intoxikaci kontrolovat, přijímat dostatek tekutin při intoxikaci.</p> <p>- Pravidla zaměřená na prostředí (setting): neužívat o samotě, užívat jen se známými lidmi, užívat v bezpečném a kontrolovatelném prostředí, neužívat v přítomnosti dětí, neužívat v zaměstnání a ve škole, distancování se od problémových uživatelů, utajení užívání před okolím.</p>	<p>Např. Cohen a Sas (1995); Singer a Schensul (2011); Shewan et al. (2000); Warburton et al. (2005)</p>
Závaznost	<p>- Závazná pravidla, která není možné nikde a nikdy porušit: nejčastěji pravidlo neužívat injekčně.</p> <p>- Pravidla, která je možné příležitostně porušovat či modifikovat: užití množství, kombinace s jinými drogami, několikadenní užívání.</p>	<p>Nesládek (2013)</p>

Uživatelé MDMA, u kterých byla pravidla z časového hlediska zkoumána, měli nejvíce pravidel vztahujících se k přípravě (Panagopoulos & Ricciardelli, 2005; Singer & Schensul, 2011). Uživatelé si většinou uvědomují pouze část aplikovaných pravidel (Cohen & Sas, 1995), podle Decorta (2001) tvoří implicitní (neuvědomovaná) pravidla většinu regulačních mechanismů. Jednotlivá pravidla mají pro uživatele různou míru závaznosti. Část regulačních mechanismů tvoří závazná pravidla, která není možné nikdy a nikde porušit (často pravidlo neužívat injekčně), zbylá pravidla jsou aplikována spíše volněji, příležitostně jsou porušována či upravována (Nesládek, 2013). Většina pravidel má obecnou platnost (u různých látek s různou mírou důležitosti) a lze se s nimi setkat u všech sledovaných drog, některé regulační mechanismy jsou pak specifické pro jednu konkrétní látku či skupinu látek (na základě specifických účinků drogy, možných způsobů aplikace nebo vnímaného rizika). Uživatelé mají uvedená pravidla proto, aby se vyhnuli možným negativním důsledkům užívání. Primárním cílem tak většinou není stát se kontrolujícím se uživatelem, ale spíše nebýt problémový a závislý (Dean, Saunders & Bell, 2011).

Funkční regulační mechanismy se u kontrolujících se uživatelů opírají o propojený soubor znalostí o látkách měnících vědomí a o zpětnovazební systém, pomocí něhož průběžně reflektují své užívání, porovnávají případné zisky a ztráty a své užívání podle toho regulují (Hansen, Maycock & Lower, 2001; Shewan, Dalgarno & Reith, 2000). V souvislosti s učením mluví Decorte (2001) o KU látek měnících vědomí jako o dobře zvládnuté dovednosti, KU je z tohoto pohledu činnost, které je možné se ve vhodných podmínkách naučit. Uvedený autor navíc předpokládá, že kontrolující se uživatelé jsou schopni přenášet zkušenosti s užíváním mezi jednotlivými drogami (zkušenosti s KU u jedné drogy mohou být využity k získání a udržení kontroly u drogy jiné). Schopnost učit se užívat drogy kontrolovaně se u jednotlivých uživatelů liší (Uitermark & Cohen, 2006).

Sociálně orientovaní autoři (Apsler, 1982; Grund, 1993; Zinberg 1984) předpokládají, že většina pravidel vzniká v procesu sociálního učení, bezpečné regulační mechanismy (stejně jako rizikové) považují za primárně sociální produkt. Zásadní pro budoucí kontrolu (či vznik závislosti) tak z tohoto pohledu je, kdo a jak naučí danou osobu drogy užívat (Zinbegr & Harding, 1982). Vztah mezi pravidly užívání a negativními důsledky zkoumal Apsler (1982). Ve svém výzkumu dospěl k závěru, že funkční kontrola je spojena převážně s externími regulačními mechanismy, kdy je zejména optimální užití množství určeno zvenčí (ostatní kontrolující se uživatelé, informace z knih

a časopisů). Méně bezpečné byly naopak vzorce spojené s interní kontrolou, kdy si lidé situačně stanovili užité množství sami. Morávek et al. (2008) uvádějí, že vliv vrstevnické skupiny je významný zejména v počátcích užívání, postupem času se pak užívání více individualizuje. Podle Warbutrona et al. (2005) je vliv sociálního prostředí u jednotlivých uživatelů různý.

Regulační mechanismy se u řady uživatelů v čase vyvíjejí (na základě vlastní zkušenosti i vlivu skupiny), některá pravidla se z pohledu harm reduction⁴ v čase zdokonalují, u jiných pravidel je tomu naopak. Hansen et al. (2001) uvádějí, že je běžné, že si uživatelé nastaví v počátku kariéry relativně přísné regulační mechanismy, které pak v čase testují příležitostným porušením. Podle důsledků pravidla upravují, případně od jejich dodržování zcela upustí. Příkladem může být postupné navyšování užívaného množství, kombinace užívané látky s jinými drogami nebo častější spontánní užívání. Stejnou cestou pak dochází ke zpřísnění existujících pravidel či k přijetí pravidel nových, například se jedná o stanovení maximálního množství drogy, které je možné zkonsumovat za jeden večer či o vyloučení určitých kombinací drog. Na možnou změnu nevhodných pravidel z pohledu kontroly se jednotliví autoři dívají různě. Dean et al. (2011) dospěli ve svém výzkumu k závěru, že je pro pozdější kontrolu klíčové, jaká pravidla si uživatelé vstoupí v počátku užívání (podle uvedených autorů jde o nejlepší prediktor budoucí kontroly), případná změna nežádoucích pravidel může být pro řadu uživatelů obtížná. Jiní autoři dokládají změnu pravidel a vzorců užívání (například frekvence užívání nebo celkové užité množství za jednotku času) i po období různě dlouhého problémového užívání (např. Decorte, 2001; Warburton et al., 2005).

Vzorce užívání

Vzorce KU vycházejí z regulačních mechanismů uživatele (respektive skupiny), jejich konkrétní podoba je ovšem často situačně podmíněna (Decorte, 2001). Skutečné (pozorované) chování uživatele pak nemusí vždy odpovídat verbálně deklarovanému systému postojů, pravidel, omezení a hranic (Hansen et al., 2001). Kontrolující se uživatelé vykazují pestrý rejstřík vzorců užívání. Ty jsou často interindividuálně odlišné i mezi uživateli stejné drogy, vzorce užívání se v čase nezřídka proměňují. Na jedné straně je možné setkat se s příležitostnými neinjekčními uživateli dodržujícími zásady harm reduction přístupu. Na druhé straně existují kontrolující se jedinci, kteří užívají drogy pravidelně (i denně) a v relativně velkém množství, kombinují je s jinými drogami, výjimkou nemusí být ani injekční způsob aplikace. V celkovém úhrnu ovšem převládají méně rizikové vzorce užívání s vyloučením injekční aplikace (u heroinu, kokainu a amfetaminů). Případný výskyt intravenózního užívání bývá spojen s nižší mírou kontroly, menším počtem pravidel, intenzivnějším a častějším užíváním a se závislostí (Cohen & Sas, 1995; Dean et al., 2011; Uitermark & Cohen, 2006; Warbutron et al., 2005).

V jednotlivých výzkumech jsou z hlediska intenzity, pravidelnosti a stability popisovány různé vzorce KU (tabulka 3). Jako dobrý indikátor kontroly jsou uváděny nízká frekvence a užívání spíše menších dávek drogy (Decorte, 2001). Kokain (např. Cohen & Sas, 1995; Decorte, 2001; Siegel, 1984), amfetaminy (Uitermark & Cohen, 2006), heroin (např. Shewan & Dalgarno, 2005; Warburton et al., 2005) a marihuana (Cohen & Kaal, 2001; Morávek et al., 2008; Zinberg, 1984) jsou z hlediska pravidelnosti užívány rozmanitě (příležitostné i pravidelné vzorce). KU u MDMA odpovídá z hlediska frekvence spíše příležitostným a méně pravidelným vzorcům. Jeho uživatelé často uplatňují v různých situacích různá pravidla, jejich vzorce užívání bývají proměnlivé (Bahora et al., 2009; Hansen et al., 2001). U halucinogenů se vyskytují méně intenzivní vzorce

⁴ Obecně jde o pragmatický přístup zaměřený na snižování poškození, které je spojeno s rizikovým chováním (například užívání drog nebo rizikové sexuální chování). V užším pojetí se jedná o soubor praktických strategií, které mají za cíl redukovat negativní dopady rizikového chování (Janíková, 2008).

užívání s nízkou frekvencí, časté užívání je vzácností a objevuje se spíše v podobě ohraničeného období (Zinberg, 1984).

Tabulka 3 Vzorce užívání

Autor (rok)	Sledovaná látka	Výzkumný soubor	Převažující vzorce užívání
Bahora et al. (2009)	MDMA	112	- Příležitostné vzorce užívání, užívání jako volnočasová aktivita, užívání je výjimečná činnost oddělená od všedního života, užívání ve dnech volna (víkendy, svátky), užívání téměř výlučně v sociálním kontextu.
Ciglerová (2015)	Marihuana	12	- Různá frekvence užívání, nejčastěji denní (42 %).
Cohen a Kaal (2001)	Marihuana	Celkem 536 (Amsterdam 216, San Francisco 265, Brémy 55)	- Spotřeba menší než 4 g měsíčně (60 %), užívání převážně ve večerních hodinách, v Amsterdamu a Brémách užívání většinou ve formě jointu (cigarety) s tabákem, v San Franciscu převažující užívání dýmek a jointů bez tabáku. - U všech tří souborů nejvíce frekventovaný up-top-down styl* (celkově 49 %, Amsterdam 48 %, San Francisco 50 %, Brémy 44 %) a užívání s proměnlivou frekvencí (celkově 25 %, Amsterdam 24 %, San Francisco 25 %, Brémy 33 %).
Cohen a Sas (1995)	Kokain	108	- Frekvence menší než jednou měsíčně (50 %), užívání většinou o víkendech, týdenní spotřeba menší než 0,5 g, aplikace šňupáním. - Nejvíce frekventovaný up-top-down styl* (35 %) a užívání s proměnlivou frekvencí (22%).
Decorte (2001)	Kokain	111	- Spotřeba menší než 0,5 g týdně (65 %), nepravidelné vzorce užívání (90%).
Dean et al. (2011)	Heroin	39	- Proměnlivé vzorce užívání (31 %), v minulosti období denního užívání (70 %) a období ztráty kontroly (65 %), většina uživatelů splňovala diagnostická kritéria pro závislost dle DSM (68%), převažující injekční aplikace (99 %), kontrolní mechanismy zjištěny u 80 % uživatelů.
Grund (1993)	Heroin, kokain	192	- Nejčastěji kouření drogy (77 %), užívání ve vnitřním prostředí (indoor), vzorce užívání relativně stabilní (liší se ovšem v rámci různých okolností užití). - Užívání kokainu intenzivnější (větší celkové užití množství), rozdílné rituály u užívání obou látek.
Hansen et al. (2001)	MDMA	31	- Nepravidelné vzorce užívání, užívání často spojeno s významnými dny v roce (např. Vánoce, silvestr).
Kaplan et al. (1992)	Kokain	110	- Vzorce odpovídající KU (66 %).
McSweeney a Turnbull (2007)	Heroin	32	- Abstinence (44 %), příležitostné užívání bez znaků závislosti (25 %).
Morávek et al. (2008)	Marihuana	10	- Dva identifikované vzorce KU: ritualizované týdenní užívání spojené s relativně striktními pravidly a denní užívání, které bylo ve většině případů podřízeno plnění každodenních povinností.

Murphy et al. (1989)	Kokain	21	- Užívání se stabilní kontrolou, variabilní frekvencí a relativně nízkou celkovou intenzitou (33 %), druhý vzorec užívání v sobě navíc zahrnoval ohraničenou etapu intenzivního (i denního) užívání (33 %)
Nesládek (2013)	Kokain, Pervitin, MDMA	10	- Užívání MDMA a kokainu relativně stabilní a málo intenzivní (příležitostné vzorce). - Užívání pervitinu více proměnlivé, výskyt období intenzivního užívání, injekční aplikace spojená s narušením (až ztrátou) kontroly.
Siegel (1984)	Kokain	99	- Střídání období různě intenzivního užívání s obdobími abstinence.
Soar et al. (2006)	MDMA	288	- U bezproblémových uživatelů ve srovnání s problémovými signifikantně nižší průměrná užívaná dávka (1,8 / 2,9 tablety), nejvyšší užitá dávka (4,2 / 6,6 tablety) a celková spotřeba drogy (117 / 405 tablet).
Shewan a Dalgarno (2005)	Heroin	126, Follow-up 85	- Užívání s vyloučením injekční aplikace, většinou současný výskyt rizikového chování i kontrolních mechanismů.
Shewan et al. (2000)	MDMA	42	- Průměrná měsíční frekvence 2,9 užití, průměrná užitá dávka 1,3 tablety, užívání MDMA v kombinaci s jinými látkami (95 %). U většiny uživatelů zjištěn výskyt systému kontrolních mechanismů.
Uitermark a Cohen (2006)	Amfetamin y	109, Follow-up 67	- Frekvence užívání menší než jednou týdně, týdenní spotřeba menší než 2,5 g. - Nejvíce frekventovaný up-top-down styl* (41 %) a užívání s proměnlivou frekvencí (29 %). Follow-up studie: nejčastěji up-top-down styl* (27 %) a užívání s dlouhodobě klesající frekvencí (25 %).
Warburton et al. (2005)	Heroin	Internetový dotazník 123, rozhovor 51	- Střednědobé až dlouhodobé užívání s ohraničenou etapou problémového užívání, někdy se v rámci tohoto období vyskytla závislost (43 %). Druhým uváděným vzorcem bylo stabilní užívání se zachovanou kontrolou po celou dobu kariéry (25 %).
Zinberg (1984)	Marihuana, halucinogeny, opiáty	Marihuana 22, haluc. 15, opiáty 98	- Marihuana: příležitostné užívání, užití spojeno se zvýšením intenzity prožitku u jiných aktivit (nejčastěji zvýšený požitek z jídla), užívání málo ritualizované, většinou zachovaná kontrola během celé doby užívání. - Halucinogeny: užívání s nízkou frekvencí, užívání striktně odděleno od všedních aktivit, ve srovnání s ostatními sledovanými drogami výrazně kratší období případného intenzivního užívání, většinou užívání s dalšími osobami. - Opiáty: neinjekční způsob aplikace, užívání spojeno s různými aktivitami (často v sociálním kontextu), užívání takových dávek, které nemají silný hypnotický efekt.

* Vzorec dlouhodobého užívání, kdy celková intenzita v počátku kariéry narůstá, poté dosáhne svého vrcholu a následně klesá.

Z dlouhodobého hlediska se s postupujícím věkem vzorce užívání (u všech sledovaných drog) nejčastěji mění ve směru menší intenzity a větší odpovědnosti (např. Cohen & Sas, 1995; McSweeney & Turnbull, 2007). Ve srovnání s problémovými uživateli začínají kontrolující se s užíváním v pozdějším věku, mají více pravidel a častěji je uplatňují, za drogy utrácejí méně peněz, sledované drogy jsou pro ně méně často primární látkou, jejich užívání je z pohledu frekvence i užitého množství méně intenzivní (Dean et al., 2011; Soar, Turner & Parrott, 2006; Warburton et al., 2005).

Kontrolující se osoby mají ve většině případů zkušenosti s velkou řadou látek měnících vědomí, zjištěná celoživotní prevalence užití více než jedné nelegální drogy se většinou pohybuje nad hranicí 90 %, látky měnící vědomí jsou často užívány polymorfně, případně v kombinacích (Cohen & Sas, 1995; Uitermark & Cohen, 2006; Warburton et al., 2005). Mezi polymorfním užíváním a nižší mírou kontroly nebyla nalezena statisticky významná souvislost (Singer & Schensul, 2011). Warburton et al. (2005) naopak zjistili, že kontrolující se uživatelé heroínu, kteří nebyli závislí, užívali více jiných drog než kontrolující se závislí uživatelé. Podobně Shewan a Dalgarno (2005) uvádějí, že příležitostní uživatelé heroínu konzumují zároveň více jiných drog než ti, kteří užívají heroin pravidelně a ve velkých dávkách.

Součástí kariéry některých kontrolujících se uživatelů mohou být (různě dlouhá) izolovaná období nadměrného, někdy i rizikového a problémového užívání. V některých případech může dojít i k dočasné (vratné) ztrátě kontroly (Decorte, 2001; Waldorf et al., 1991). Občasný výskyt méně závažných problémů se pak týká řady kontrolujících se uživatelů (Cohen & Sas, 1995; Shewan & Dalgarno, Uitermark & Cohen, 2006). Jedná se o drobné zdravotní problémy, vztahové komplikace, příležitostné absence v zaměstnání a ve škole či sníženou pracovní výkonnost v dnu následujícím po užití. Tyto komplikace vzhledem ke svému charakteru a relativně nízké frekvenci výskytu ve většině případů závažně neovlivňují společenské fungování uživatelů. V obecné rovině je možné konstatovat, že se kontrolující se uživatelé liší od problémových v tom, že jsou většinou schopni na vzniklé problémy reagovat a efektivně je řešit, včetně toho, že vzniklé situaci přizpůsobí své užívání (změna frekvence a intenzity užívání či způsobu aplikace).

V kariérách kontrolujících se uživatelů je abstinence relativně častým jevem. V podobě ohraničených epizod může být abstinence důsledkem vnějších událostí (např. dočasné zhoršení dostupnosti drogy, změny v životní struktuře), může se také jednat o záměrnou regulační strategii, např. z finančních či zdravotních důvodů (Cohen & Sas, 1995; Uitermark & Cohen, 2006; Warburton et al., 2005). Podle Decorta (2001) představují opakovaná období abstinence vůbec nejspolehlivější indikátor přítomnosti kontroly. Je možné konstatovat, že abstinence v souvislosti s ukončením drogové kariéry čeká (v podstatě) každého kontrolujícího se uživatele. Důvody pro ukončení užívání mohou být různé, řada uživatelů skončí s užíváním proto, že jim nepřináší dřívější potěšení, jindy jsou důvodem problémy spojené s užíváním (např. vznik zdravotních problémů), tlak okolí (např. partnera), neslučitelnost užívání se zaměstnáním či studiem, narození dítěte nebo změna hodnot daná věkem. Obecně se často jedná o situace, kde by pokračování v užívání mohlo ohrozit funkční životní strukturu (nebo zdraví uživatelů). McSweeney a Turnbull (2007) uvádějí, že je ukončení užívání většinou provedeno bez nutnosti vyhledat odbornou pomoc.

Kontrolující se uživatelé

Popis kontrolujících se uživatelů se v jednotlivých studiích značně liší v závislosti na tom, jak jednotliví autoři definují zkoumaný jev a jaké kladou požadavky na účastníky výzkumu. Na jedné straně existují studie, které nacházejí v řadě ohledů (vzdělání, zaměstnání či bydlení) minimální rozdíly mezi kontrolujícími se uživateli a běžnou populací (Shewan & Dalgarno, 2005). Na druhé straně jsou pak výzkumy, ve kterých jsou kontrolující se uživatelé ve srovnání s běžnou populací méně často zaměstnaní, mají nižší vzdělání, častěji se pohybují na okraji společnosti a vyznávají

alternativní životní styl (Korf, van Ginkel & Benschop, 2010), tyto výzkumy mají ovšem nižší nároky na kontrolující se uživatele (např. pouze neexistence závislosti nebo vyloučení kriminální činnosti). Kontrolujícího se uživatele je možné popsat jako spíše muže (50 až 86%), který žije v partnerském vztahu, je svobodný a většinou bezdětný. Z hlediska věku je KU spojeno převážně s mladou dospělostí, nejčastěji uváděný průměrný věk uživatelů je v rozmezí 23-29 let, u uživatelů marihuany je průměrný věk vyšší – 36 let (Cohen & Kaal, 2001; Cohen & Sas, 1995; Decorte, 2001; Uitermark & Cohen, 2006; Shewan & Dalgarno, 2005; Siegel, 1984; Soar et al., 2006; Warburton et al., 2005).

Sociální sítě uživatelů kokainu analyzovali Kaplan et al. (1992). Kontrolující se uživatelé se distancovali od drogové komunity, znali se s malým počtem dalších uživatelů, většinou se jednalo o jeden okruh osob. Navíc pouze s některými z nich užívali. Redukce styků s jinými (často problémovými) uživateli byla většinou záměrná a sloužila jako obranný mechanismus před rizikovým užíváním. Ke stejnému závěru dospěli také Warburton et al. (2005) u kontrolujících se uživatelů heroinu.

Při studiu uživatelů opiátů, kterým se podařilo vyhnout závislosti, identifikoval Blackwell (1983, in Morávek, 2007) 3 ideální typy. *Tuláci* (drifters) byli příležitostní uživatelé, pro které byly jiné aspekty života důležitější než užívání drog. Farmakologické účinky opiátů udělaly na tyto uživatele jen malý dojem. *Regulátoři* (controllers) byli naopak účinky drog velmi přitahováni. Své užívání dokázali omezovat pomocí systému pravidel a byli schopni dobře reflektovat dopady užívání. Pro *překonávače* (overcomers) byly typické různě dlouhé epizody závislosti, které ovšem nikdy nepřerostly do závislosti chronické.

Korf et al. (2010) rozdělili uživatele opiátů, kteří nebyli závislí, do 4 kategorií na základě jejich životního stylu. *Konvenční* (conventional) uživatelé měli stabilní zaměstnání, nebo se věnovali studiu. *Marginální* (marginalised) uživatelé byli tvořeni bezdomovci a dalšími lidmi žijícími na okraji společnosti. Těchto uživatelů bylo nejméně. *Alternativní* (alternative) uživatelé tvořili naopak nejpočetnější skupinu. Jednalo se o osoby, které v různé míře vyjadřovaly kritiku vůči většinové společnosti. Tito lidé neusilovali o kariéru a málokdy měli zaměstnání. Sami sebe definovali jako součást undergroundové subkultury. Uživatelé *uměleckého* (artistic) typu se pak věnovali tvůrčí činnosti, živili se brigádami, měli přechodná zaměstnání, využívali sociální podpory a přivydělávali si uměleckou činností. Zatímco v počátcích drogové kariéry jednoznačně dominoval alternativní styl, aktuální styl v době realizace výzkumu vykazoval rovnoměrnější rozložení mezi typy alternativní (39 %, na počátku 60 %), umělecké (30 %, na počátku 13 %) a konvenční (24 %, na počátku 14 %).

Test osobnosti MMPI, který kontrolujícím se uživatelům kokainu předložil Siegel (1984), neodhalil žádné odchylky směrem k psychopatologii. U některých uživatelů byl zjištěn výskyt vyšších hodnot na škále deprese a paranoidity, nejednalo se však o signifikantní rozdíly ve srovnání s běžnou populací. Ve studii uživatelů MDMA (Soar et al., 2006) se u kontrolujících se uživatelů ve srovnání s těmi problémovými méně často vyskytovaly duševní obtíže zjišťované pomocí inventáře BSI, signifikantní rozdíl byl nalezen u somatizace, deprese a úzkosti. Podle autorů studie je zjištěný rozdíl předpokladem i důsledkem KU. Ve srovnání duševních obtíží u kontrolujících se uživatelů a neuzivatelů signifikantní rozdíl nalezen nebyl.

Využití poznatků z výzkumu kontrolovaného užívání nelegálních drog

Poznatky z výzkumu KU představují informace, které mohou být využity v řadě oblastí. Mohou sloužit k lepšímu pochopení fenoménu užívání drog v obecné rovině i v rovině patologické, přispět mohou také k celospolečenské debatě o drogové problematice.

Významnou aplikační oblast KU představuje alternativní ambulantní a pobytová léčba závislosti na drogách. V rámci léčby se jedná o obecný cíl, který je jednotlivými odborníky a institucemi dosahován různě. U léčby závislosti na alkoholu je dnes KU považováno za efektivní a ověřené (v rámci výzkumu i klinické praxe), jako cíl léčebné intervence je KU vhodné spíše pro osoby, které užívají alkohol škodlivě (bez znaků závislosti) nebo mají lehčí formy závislosti a vyskytují se u nich méně závažné problémy (uvedené osoby si také častěji vybírají KU jako cíl léčby). V případě vhodně indikované a realizované léčby je efektivita abstinencně i neabstinencně zaměřeného přístupu u alkoholu podobná, efektivita léčby je vyšší, pokud si pacienti mohou cíl léčby sami vybrat (např. Ambrogne, 2002; van Amsterdam & van den Brink, 2013).

U léčby závislosti na drogách má KU menší tradici, řada odborníků koncept KU u nealkoholových drog zcela odmítá (neslučitelnost myšlenek KU s osobními a profesními postoji), v léčbě závislosti ho považuje za neefektivní (Davis & Rosenberg, 2013), vzhledem k nedostatku výzkumných dat v této oblasti je ovšem obtížné efektivitu KU v léčbě drogové závislosti objektivně posoudit. Morávek (2007) vysvětluje negativní postoje odborníků vůči KU drog tím, že většina kontrolujících se uživatelů nemá potřebu vyhledat odbornou pomoc v souvislosti se svým užíváním, málokterý odborník se ve své praxi dostane s kontrolujícím se uživatelem do kontaktu, kontrolující se uživatelé tak představují skrytou skupinu osob, která pozornosti odborníků dlouhodobě uniká. Je možné konstatovat, že KU je u léčby drogové závislosti pro odborníky méně akceptovatelné než kontrolované pití u léčby závislosti na alkoholu, akceptovatelnost KU v léčbě závislosti na drogách se pak liší mezi jednotlivými zeměmi i mezi jednotlivými odborníky a institucemi. KU drog je v léčbě přijímáno více v zemích západní Evropy a v Austrálii (méně v USA), více v ambulantních zařízeních, pro léčbu osob s méně závažnými problémy, častěji jako dílčí cíl (po kterém by měla následovat abstinence), KU je více akceptovatelné pro jednotlivé odborníky, méně pak pro celá léčebná zařízení (Davis & Rosenberg, 2013; Rosenberg & Melville, 2005), u marihuany je KU v léčbě přijímáno více než u ostatních drog (Rosenberg & Davis, 2014).

Výzkumy léčebných intervencí u uživatelů marihuany dospívají k podobným závěrům jako studie u uživatelů alkoholu: KU je v rámci léčby dosažitelným cílem, KU je atraktivní zejména pro osoby s lehčími formami závislosti a pro osoby s výskytem méně závažných problémů, pro úspěch léčebné intervence je důležitá možnost volby cíle (abstinence nebo KU) (Lozano, Stephens & Roffman, 2006; Stea, Yakovenko & Hodgins, 2015). Autorovi tohoto článku není známo, že by byly (v českém nebo anglickém jazyce) publikovány obdobné studie mapující vhodnost a efektivitu využití KU v léčbě u jiných drog. Argumentem pro aplikaci KU v léčbě závislosti je mimo jiné to, že se přístupy orientované na abstinenci a na KU doplňují (spíše než aby si konkurovali), léčba (či jiná intervence) se stává atraktivnější pro větší počet uživatelů, pro některé osoby je pak KU dílčím cílem před abstinencí, dosažení abstinence touto cestou může být pro některé uživatele snazší (Ambrogne, 2002; Davis & Rosenberg, 2013).

Poznatky o KU mohou být uplatněny také k posilování kompetencí aktuálně užívajících jedinců odmítajících abstinenci (Morávek, 2007) nebo k prevenci vzniku závislosti a dalších problémů souvisejících s rizikovým užíváním drog u začínajících uživatelů, u kterých nebyla abstinencně zaměřená prevence (případně jiná abstinencně zaměřená odborná intervence) funkční.

Výzkum a praxe kontrolovaného užívání nelegálních drog v České republice

Obecně je možné konstatovat, že KU drog je v českém adiktologickém prostředí relativně málo frekvencovaným pojmem. V České republice je tento koncept spojen především se sociologem Janem Morávkem, který KU drog představil české odborné veřejnosti (Morávek, 2007; Morávek & Kabele, 2010), se svými studenty pak realizoval výzkum KU marihuany (Morávek, 2008, 2010). Další výzkum KU je prováděn ojedinelé, a to v rámci studentských diplomových prací (např.

Ciglerová, 2015; Nesládek, 2013). V praxi má KU blízko k filozofii harm reduction, která je dlouhodobě a úspěšně praktikována především v terénních programech a nízkoprahových kontaktních centrech. Za specifickou podobu KU je možné považovat také substituční programy⁵ pro uživatele opiátů a stimulantů. Na své uplatnění v pobytové léčbě závislosti na nealkoholových drogách v podobě alternativního a plnohodnotného cíle vedle abstinence koncepce KU v České republice zatím čeká. Na druhou stranu je možné setkat se v posledních letech s pokusy aplikovat KU jako explicitně pojmenovaný cíl odborné intervence v ambulancním adiktologickém prostředí (např. Sananim, nedat.).

Zhodnocení dosavadních poznatků o kontrolovaném užívání drog a doporučení pro budoucí výzkum

Nejvíce výzkumů zaměřených na KU drog bylo realizováno s cílem ověřit existenci jevu KU, dále pak s cílem popsat jednotlivé aspekty užívání. Jev KU je možné u zkoumaných látek považovat za prokázaný, lze předpokládat, že se budoucí výzkum zaměří také na kontrolu u dalších drog. Jednotlivé aspekty užívání jsou popsány různě uspokojivě – nejčastěji se výzkumy zaměřují na popis vzorců a okolností užívání a na popis kontrolních mechanismů. Méně informací je o samotných uživateli, jejich popis je často omezen na sociodemografické údaje, nedostatečná jsou data o psychických charakteristikách uživatelů, jejich rodinné historii nebo o doporučením zastoupení kontrolujících se uživatelů mezi všemi uživateli.

Pro možnou aplikaci konceptu KU v léčbě závislosti na nealkoholových drogách je nezbytné, aby se budoucí výzkum zaměřil na posouzení funkčnosti tohoto přístupu u jednotlivých substancí, důležité je také porovnání efektivity přístupů vycházejících z myšlenek KU a abstinencně zaměřených intervencí. Přínosná může být také větší integrace poznatků z výzkumu kontrolovaného a problémového užívání s cílem více porozumět fenoménu užívání drog v obecné rovině.

Nepřehlednost do výzkumu KU vnáší skutečnost, že v současné době neexistuje jednotná definice zkoumaného jevu, je tedy žádoucí, aby byla tato terminologická nejednotnost odstraněna. Jistou slabinou jednotlivých koncepcí KU je pak to, že jsou často více popisné, než vysvětlující. Z metodologického hlediska převažuje v dosavadním výzkumu KU kvalitativní přístup, možnost generalizovat získané výsledky je proto omezená.

Závěr

Uvedené výzkumy dokládají, že kontrolovaně je možné užívat v podstatě jakoukoli drogu – užívání drog tedy není nevyhnutelně spojeno se závislostí a jinými závažnými negativními důsledky, samotné užívání drog tak nemusí být nutně viděno jako primárně patologický jev. Poznatky z výzkumu KU upozorňují na značnou komplexnost drogové problematiky, která by tak neměla být redukována pouze na faktor užívané látky, stejně jako by neměla být redukována pouze na oblast patologie. Koncepce KU může do budoucna představovat zajímavou alternativu vedle represivně orientované protidrogové politiky a abstinencně realizované adiktologické praxe (léčba, prevence). Je potřeba, aby se budoucí výzkum zaměřil na hlubší poznání jednotlivých aspektů KU a na možnost efektivního uplatnění tohoto konceptu v praxi.

⁵ Forma léčby závislosti, kdy je místo ilegálně získávané drogy podávána uživateli jiná látka (lék) s cílem sociálně a zdravotně stabilizovat uživatele, omezit jeho kriminální činnost a změnit jeho životní styl v pozitivním směru. U uživatelů opiátů je nejčastěji podáván metadon nebo buprenorfin, u uživatelů pervitinu je substituce realizována například pomocí metylfenidátu (Ritalin) (Těmínová Richterová, 2008; Vondráčková, 2011).

Literatura

- Ambrogne, J. A. (2002). Reduced-risk drinking as a treatment goal: What clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(1), 45-53.
- Apsler, R. (1982). Measuring how people control the amounts of substances they use. In N. E. Zinberg & W. M. Harding (Eds.), *Control over intoxicant use: Pharmacological, psychological, and social considerations* (37-51). New York: Human Sciences Press.
- Bahora, M., Sterk, C. E., & Elifson, K. W. (2009). Understanding recreational ecstasy use in the United States: A qualitative inquiry. *International Journal of Drug Policy*, 20(1), 62-69.
- Ciglerová, D. (2015). *Sociální dopady u kontrolovaných uživatelů cannabinoidů*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z http://theses.cz/id/sqzpfh/ciglerova_pdf_pdf.pdf
- Cohen, P. D. A., & Kaal, H. L. (2001). *The irrelevance of drug policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen*. Amsterdam: CEDRO – Universiteit van Amsterdam.
- Cohen, P. D. A., & Sas, A. (1995). *Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.
- Dalgarno, P., & Shewan, D. (2005). Reducing the risks of drug use: The case for set and setting. *Addiction Research and Theory*, 13(3), 259-265.
- Davis, A. K., & Rosenberg, H. (2013). Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1102-1109.
- Dean, A. J., Saunders, J. B., & Bell, J. (2011). Heroin use, dependence, and attitudes to treatment in non-treatment-seeking heroin users: A pilot study. *Substance Use & Misuse*, 46(4), 417-425.
- Decorte, T. (2001). Drug users' perceptions of 'controlled' and 'uncontrolled' use. *International Journal of Drug Policy*, 12(4), 297-320.
- Grund, J-P. C. (1993). *Drug use as a social ritual: Functionality, symbolism and determining of self-regulating*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek.
- Hansen, D., Maycock, B., & Lower, T. (2001). 'Weddings, parties, anything...', a qualitative analysis of ecstasy use in Perth, Western Australia. *International Journal of Drug Policy*, 12(2), 181-199.
- Harding, G. (1988). Patterns of heroin use: What do we know? *British Journal of Addiction*, 83(11), 1247-1254.
- Janíková, B. (2008). Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie* (99-110). Praha: Grada.
- Kaplan, C. D., Bieleman, B., & TenHouten, W. D. (1992). Are there 'casual users' of cocaine? In Ciba Foundation Symposium (Ed.), *Cocaine: Scientific and social dimensions (Ciba Foundation Symposium 166)* (57-80). Chichester: John Wiley & Sons.
- Korf, D. J., van Ginkel, P., & Benschop, A. (2010). How to find non-dependent opiate users: A comparison of sampling methods in a field study of opium and heroin users. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 215-221.
- Leary, T. (1996). *Záblesky paměti*. Olomouc: Votobia.
- Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (1969). *The psychedelic experience: A manual based on the Tibetan book of the dead*. London: Academic Press.

- Lozano, B. E., Stephens, R. S., & Roffman, R. A. (2006). Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction*, *101*(11), 1589-1597.
- McSweeney, T., & Turnbull, P. J. (2007). *Exploring user perceptions of occasional and controlled heroin use. A follow-up study*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Morávek, J. (2007). Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet. *Adiktologie*, *7*(4), 446–455.
- Morávek, J., Drbohlavová, B., Dvořák, J., Kluchová, R., Královcová, O., Musilová, B., & Petrenko, R. (2008). *Kontrolované užívání marihuany: rituály a neformální normy u mladých pravidelných uživatelů*. Získáno z http://www.jan-moravek.cz/download/moravek-et-al_kontrolované-uzivani-marihuany.pdf
- Morávek, J. (1. ledna 2010). *(Ne)kontrolované užívání marihuany mezi mladými lidmi*. Získáno z <http://www.jan-moravek.cz/?p=323>
- Morávek, J., & Kabele, J. (2010). Náruživost, koordinace a kontrolované užívání drog. *Sociální studia*, *7*(2), 93-114.
- Murphy, S. B., Reinarman, G., & Waldorf, D. (1989). An 11-year follow-up of a network of cocaine users. *British Journal of Addiction*, *84*(8), 427-436.
- Nesládek, M. (2013). *Kontrolované užívání nelegálních drog*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci. Získáno z <http://library.upol.cz/arl-upol/cs/csg/?repo=upolrepo&key=47689607845>
- Panagopoulos, I., & Ricciardelli, L. A. (2005). Harm reduction and decision making among recreational ecstasy users. *International Journal of Drug Policy*, *16*(1), 54-64.
- Rosenberg, H., & Davis, A. K. (2014). Differences in the acceptability of non-abstinence goals by type of drug among American substance abuse clinicians. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *46*(2), 214-218.
- Rosenberg, H., & Melville, J. (2005). Controlled drinking and controlled drug use as outcome goals in British treatment services. *Addiction Research and Theory*, *13*(1), 85-92.
- Sananim. (nedat.). *Adiktologická ambulance (AA) – Co nabízíme*. Získáno z [http://sananim.cz/adiktologicka-ambulance-\(aa\)/co-nabizime.html](http://sananim.cz/adiktologicka-ambulance-(aa)/co-nabizime.html)
- Siegel, R. K. (1984). Changing patterns of cocaine use: Longitudinal observations, consequences, and treatment. In J. Grabowski (Ed.), *Cocaine: Pharmacology, effects and treatment of abuse. NIDA Research Monograph Series 50* (92–110). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Singer, E. O., & Schensul, J. J. (2011). Negotiating ecstasy risk, reward, and control: A qualitative analysis of drug management patterns among ecstasy-using urban young adults. *Substance Use & Misuse*, *46*(13), 1675–1689.
- Shewan, D., & Dalgarno, P. (2005). Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland). *British Journal of Health Psychology*, *10*(1), 33-48.
- Shewan, D., Dalgarno, P., & Reith, G. (2000). Perceived risk and risk reduction among ecstasy users: the role of drug, set, and setting. *International Journal of Drug Policy*, *10*(6), 431–453.
- Soar, K., Turner, J. J. D., & Parrott, A. C. (2006). Problematic versus non-problematic ecstasy/MDMA use: the influence of drug usage patterns and pre-existing psychiatric factors. *Journal of Psychopharmacology*, *20*(3), 417-424.

- Stea, J. N., Yakovenko, I., & Hodgins, D. C. (2015). Recovery from cannabis use disorders: Abstinence versus moderation and treatment-assisted recovery versus natural recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 522-531.
- Těmínová Richterová, M. (2008). Systémy péče a jeho složky. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie* (369-385). Praha: Grada.
- Uitermark, J., & Cohen, P. (2006). Amphetamine users in Amsterdam. Patterns of use and modes of self-regulation. *Addiction Research & Theory*, 14(2), 159-188.
- van Amsterdam, J., & van den Brink, W. (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 27(11), 987-997.
- Vondráčková, P. (18. října 2011). *Substituční léčba závislosti na metamfetaminu*. Získáno z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3195/Substitutni-lecba-zavislosti-na-metamfetaminu>
- Waldorf, D., Reinarman, C., & Murphy, S. (1991). *Cocaine changes: The experience of using and quitting*. Philadelphia: Temple University Press.
- Warburton, H., Turnbull, P. J., & Hough, M. (2005). *Occasional and controlled heroin use: Not a problem?* York: Joseph Rowntree Foundation.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Heaven, CT: Yale University Press.
- Zinberg, N. E., & Harding, W. M. (1982). Introduction: Control and intoxicant use: A theoretical and practical overview. In N. E. Zinberg & W. M. Harding (Eds.), *Control over intoxicant use: Pharmacological, psychological, and social considerations* (13-35). New York: Human Sciences Press.

Údaje o autorovi

Bc. Michal Nesládek studuje magisterský studijní obor Psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Věnuje se především tématům kontrolovaného užívání nelegálních drog a využití drog v psychoterapii, v psychologickém poradenství a v oblasti osobnostního růstu.

Kontaktní údaje:

Adresa: Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Vodární 6, Olomouc 779 00

E-mail: mnesladek@volny.cz

Nesládek, M. (2017). Kontrolované užívání nelegálních drog. *E-psychologie*, 11(1), 44-58. Dostupné z <http://e-psycholog.eu/pdf/nesladek.pdf>