

KLASIFIKACE KONOPÍ PODLE ZÁKONA O ZNEUŽÍVÁNÍ DROG Z ROKU 1971

(český překlad sekretariátu Rady vlády – Meziresortní protidrogové komise)

Poradní výbor pro otázky zneužívání drog
Ministerstvo vnitra Velké Británie
50 Queen Anne's Gate
London
SW1H 9AT
Tel.: 020 7273 4131
Fax: 020 7273 2671

Úvod

Na základě rozhodnutí Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR ze dne 16. března 1998 platí v České republice od 1. ledna 1999 novelizace tzv. „protidrogového zákona“. Jejím přijetí předcházela bouřlivá veřejná diskuse o možných pozitivních i negativních důsledcích nově zavedené skutkové podstaty v § 187a), jež spočívá v zavedení trestnosti držení omamných a psychotropních látek pro vlastní potřebu. Přitom tento postih nerozlišuje mezi ilegálními drogami podle míry jejich zdravotních a společenských rizik.

Praktické důsledky změn, které z novelizace zákonů č. 140/1961 Sb. a č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů vyplývají, mapovala „Analýza dopadů drogové legislativy“ (dále jen PAD). Analýzu zpracovala řada externích odborníků na zakázku Rady vlády – Meziresortní protidrogové komise.

Pro objektivní a komplexní zhodnocení dopadů zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu, bylo třeba zmapovat situaci v dílčích oblastech a porovnat jejich vývoj mezi lety 1998 a 2000 (*rok před a rok po zavedení novelizace tzv. „drogové legislativy“*). Vedle pěti klíčových indikátorů (*odhad počtu problémových uživatelů drog, počet žádostí o léčbu, výskyt infekčních nemocí mezi uživateli drog, počet úmrtí v důsledku nebo v souvislosti s užíváním drog, postoje společnosti vůči drogám*), jejichž sledování vyžaduje po členských i kandidátských zemích EU Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA), se tak podařilo mj. vyčíslit i společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR. Jde o indikátor, jehož sledování plánuje EMCDDA zavést v evropských zemích v dalších letech právě za využití metodologie uplatněné v PAD.

A jaké byly závěry analýzy? Zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu (kdy drogy nejsou rozlišeny podle míry jejich zdravotních a společenských rizik) je z ekonomického a společenského hlediska neefektivní. Jenom na jeho prosazování vydala ČR v letech 1999 - 2000 nejméně 37 mil. Kč. Očekávané přínosy zavedení trestnosti držení drog - *tj. sníží se dostupnost drog, sníží se poptávka po drogách, sníží se počet uživatelů drog, zavedení trestnosti držení drog s sebou nepřinese žádné nové společenské náklady* - se přitom nenaplnily. Nepotvrdily se ani katastrofické předpovědi některých odpůrců zavedení trestnosti držení nezákonných drog pro vlastní potřebu.

Vláda vzala závěry PAD na vědomí a usnesením č. 1177/01 přijala i související opatření, jejichž cílem je zvýšit účinnost aktivit a postupů zejména v oblasti potlačování nabídky drog. Jedním ze schválených úkolů, za jehož splnění odpovídá Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem spravedlnosti a se sekretariátem Rady vlády – Meziresortní protidrogové komise je, v termínu do 31. 12. 2002, předložit vládě návrh na legislativní rozdělení drog do 2 respektive do 3 kategorií podle míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti. Toto rozdělení nezákonných drog by se následně mělo promítnout do připravované rekonstrukce trestního práva hmotného, kdy by resort spravedlnosti měl provést revizi skutkových podstat a revizi sankcí trestných činů spojených s drogovou problematikou. Jinými slovy, případný trestní postih za „drogové trestné činy“ by měl zohledňovat a rozlišovat i míru zdravotní a společenské nebezpečnosti různých druhů drog.

Smysluplnost takového postupu potvrzují i zkušenosti řady zemí západní Evropy, které o přehodnocení přístupu svých národních protidrogových politik ve vztahu k produktům cannabisu a jejich uživatelům v posledních letech nejenom velmi diskutují, ale je i uskutečňují.

Jednou ze zemí, které se snažily snižovat počty uživatelů nezákonných drog postihem za jejich držení je i Velká Británie. Počet trestných činů spojených s cannabisem díky této politice stoupl z 15.388 případů v roce 1981 na 88.548 případů v roce 1999. Ve více než v 90 % z těchto případů se jednalo o „nezákonné držení“ konopných produktů. Údaje z Průzkumu kriminality v Británii ukazují, že celoživotní prevalence užívání konopí (tj. počet těch, kteří drogu alespoň jednou ve svém životě vyzkoušeli) vzrostla ve věkové skupině 20 – 24 let z 12 % v roce 1981 na 52 % v roce 2000. Podle odhadů britských odborníků užívaly v roce 2001 konopí přibližně 1.503 tisíce osob.

Tyto skutečnosti vedly současného ministra vnitra Velké Británie Davida Blunketta k úvaze o přehodnocení stávajících opatření britské protidrogové politiky ve vztahu k produktům konopí a jejich uživatelů. Proto se obrátil na svůj poradní výbor pro otázky zneužívání drog, který je složen ze zástupců odborné veřejnosti (tj. toxikologů, farmaceutů, praktických lékařů, psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků, výzkumníků a právníků) se žádostí, aby tento výbor přezkoumal současnou britskou klasifikaci produktů z konopí s využitím nejnovějších vědeckých poznatků.

Výbor zpracoval velmi přehledným a strukturovaným způsobem zprávu, jež shrnuje vědecké poznatky z dostupné světové odborné literatury. V tomto přehledu odpověděl výbor i na řadu otázek o účincích cannabisu na lidský organismus stejně jako na řadu mýtů, které tuto omamnou a psychotropní látku provázejí. Závěrem skutečně navrhl ministru vnitra přeradit produkty konopí do třídy C - nejméně škodlivé drogy.

Díky úzké dvoustranné spolupráci mezi Českou republikou a Velkou Británií se sekretariátu Rady vlády – Meziresortní protidrogové komise podařilo zprávu výboru získat a nyní nabízíme její doslovný český překlad odborné i laické veřejnosti pro další diskusi o zacházení s produkty konopí v České republice.

V Praze, 29. května 2002

Mgr. Josef Radimecký
ředitel sekretariátu RV - MPK

Kopie dopisu předsedy Poradního výboru pro otázky zneužívání drog britskému ministru vnitra

Poradní výbor pro otázky zneužívání drog
Ministerstvo vnitra
50 Queen Anne's Gate
London
SW1H 9AT
Přímá telefonní linka: 020 7273 4131
Ústředna: 020 7273 4000
Fax: 020 7273 2671

Ministr vnitra
Ministerstvo vnitra
50 Queen Anne's Gate
LONDON
SW 1 H 9AT

březen 2002

Vážený pane ministře,

Loni v říjnu jste požádal poradní výbor pro otázky zneužívání drog, aby přezkoumal klasifikaci přípravků z konopí ve světle současných vědeckých poznatků. S potěšením Vám předkládám zprávu výboru.

Výbor doporučuje, aby byly všechny přípravky z konopí přeřazeny do třídy C. Výbor se domnívá, že současná klasifikace konopí neodpovídá jeho inherentní toxicitě a toxicitě dalších látek, které jsou v současnosti také zařazeny do třídy B (např. amfetaminy).

I přes toto doporučení ale výbor dává jasně najevo, že konopí je bezesporu škodlivé. Výbor by také rád zajistil, aby se zvýšilo společenské povědomí o nebezpečích spojených s užíváním marihuany. Proto je tato zpráva napsána tak, aby byla přístupná široké veřejnosti. V závěru zprávy uvádíme seznam vybrané literatury, z níž jsme čerpali vědecké poznatky.

S přátelským pozdravem

Prof. Sir Michael Rawlins
předseda

1. Situační zpráva

- 1.1. V říjnu 2001 požádal ministr vnitra svůj *Poradní výbor pro otázky zneužívání drog* (dále jen „*Výbor*“), aby ve světle současných vědeckých poznatků přezkoumal klasifikaci přípravků z konopí.
- 1.2. Výbor byl zřízen na základě zákona o zneužívání drog z roku 1971 a jeho úkolem je zkoumat situaci v oblasti drog ve Spojeném království a poskytovat poradenství vládním ministrům v otázkách opatření, která by se měla podniknout v zájmu prevence zneužívání drog a nápravy společenských škod, spojených s jejich zneužíváním. Výbor má ale především radit v oblasti odpovídající klasifikace látek, které jsou uvedeny v části I, části II a části III dodatku 2 daného zákona.
- 1.3. Klasifikace drog uvedená v Dodatku 2 zákona o zneužívání drog z roku 1971 vychází ze škod, které mohou způsobit:
 - Třída A** (nejškodlivější) – sem patří morfin a diamorfin (heroin).
 - Třída B** (střední kategorie) – zahrnuje amfetaminy, barbituráty, konopí a konopnou pryskyřici (hašiš)
 - Třída C** (nejméně škodlivé) – sem patří anabolické steroidy, benzodiazepiny a růstové hormony.
- 1.4. Doporučení výboru týkající se škodlivosti drog berou v potaz fyzické újmy, které drogy mohou způsobit, příjemné účinky, abstinenční příznaky po chronickém užívání i újmy, které zneužívání dané drogy může přinést rodinám a společnosti jako celku.
- 1.5. Směrnice o zneužívání drog z roku 2001 (zákonný předpis č. 2001/3998) definuje osoby, kteří mají oprávnění dodávat a vlastnit drogy uvedené v zákoně. V těchto směrnicích se drogy rozdělují do pěti seznamů:

Seznam 1 zahrnuje drogy jako například konopí, které se běžně nepoužívají k lékařským účelům. Bez zvláštního povolení Ministerstva vnitra je držení a dodávání těchto drog zakázáno.

Seznam 2 zahrnuje morfin a diamorfin; tyto látky podléhají speciálním požadavkům stran předepisování, podmínek pro držení a povinnosti vést záznamy.

Seznam 3 obsahuje barbituráty; tyto látky podléhají speciálnímu režimu předepisování, ale nejsou definovány zvláštní podmínky pro jejich držení.

Seznam 4 zahrnuje benzodiazepiny; tyto látky nepodléhají zvláštním požadavkům pro – držení a speciální režim předepisování.

Seznam 5 zahrnuje přípravky, které jsou díky svým účinkům osvobozeny od většiny požadavků vztahujících se ke kontrolovaným drogám.

2. ÚVOD

- 2.1. Rostlina *Cannabis sativa* je známa pod názvem konopí. Rostlinné konopí (marihuana) se zneužívá ve formě sušených listů a samičích květů („palic“), či ve formě konopné pryskyřice, která se vylučuje na listech a květech a po sběru se většinou lisuje do bloků (hašiš). Cannabisový olej (hašišový nebo konopný olej) je koncentrovaný přípravek, který vznikne ze surového materiálu nebo pryskyřice po extrakci rozpouštědlem.
- 2.2. Termín *cannabinoid* se původně používal pro skupinu chemikálií, které se přirozeně vyskytují v konopí. Nejvýznamnější je Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC), dále sem patří např. cannabidiol a cannabiniol a další látky, které sice nejsou psychoaktivní, ale mohou pozměňovat účinky samotného THC. Termín *cannabinoid* také zahrnuje veškeré látky, které aktivují cannabisové receptory – sloučeniny syntetické (např. nabilon) i endogenní

(např. anandamid).

2.3. Tato zpráva vyhodnocuje, do které třídy by bylo nejvhodnější zařadit výrobky z konopí s ohledem na jejich škodlivost (viz odstavec 1.3). Momentálně není k dispozici žádný schválený léčivý přípravek z konopí, a proto se tato zpráva nezabývá možným využitím pro lékařské účely. Výbor si je ale přesto vědom skutečnosti, že probíhají klinické pokusy využití konopných derivátů. Pokud bude v budoucnosti k dispozici více konopných produktů ve formě léčivých přípravků, výbor zváží, jak by měly být zařazeny v rámci seznamů uvedených ve Směrnících pro zneužívání drog z roku 2001 (viz odstavec 1.5). Tuto otázku je ale nutno zcela oddělit od klasifikace konopí podle zákona o zneužívání drog z roku 1971.

2.4. Zpráva vychází z podrobného zkoumání relevantní vědecké literatury včetně čtyř přezkoumání, které v roce 1998 provedlo Ministerstvo zdravotnictví,¹ a aktualizace provedené Ministerstvem vnitra (dokončené v listopadu 2001).²

3. Epidemiologie

3.1. Informace o užívání konopí ve Spojeném království pocházejí z různých zdrojů. Žádný z nich není ideální, spolu však poskytují dostatek informací o současném rozsahu užívání a změnách za posledních dvacet let. Měli jsme k dispozici následující zdroje informací:

- průzkumy užívání založené na vlastních výpovědích uživatelů
- konfiskace (policisty a celníky)
- kauce a údaje o dostavení se k soudu
- databáze zneuživatelů drog (National Drug Misuse database)

3.2. Vše nasvědčuje tomu, že za posledních dvacet let došlo k dramatickému zvýšení užívání konopí. Údaje z *Průzkumu kriminality v Británii* (British Crime Survey - BCS) ukazují, že celoživotní prevalence užívání konopí v letech 1981 až 2000 ve skupině 20-24letých vzrostla z 12 na 52 procent. Průzkum uvádí, že 27% participantů z této věkové skupiny užilo konopí v loňském roce a 18% ho užilo v průběhu posledních 30 dnů. Pro srovnání uvedme, že užití amfetaminu za posledních 30 dnů dosáhlo 3% a užití heroínu dosáhlo 0.5%. Nejpřesnější dosažitelný odhad počtu lidí ve věkové skupině 16 až 24 let, kteří v loňském roce užívali konopí, je 1 503 000 osob, v rozpětí od 1 308 000 do 1 698 000 (podle údajů z *Průzkumu kriminality v Británii* z roku 2000).

3.3. Ve Skotsku dosáhla hodnota celoživotní prevalence užívání ve skupině do 25 let 34 procent (ve srovnání s 40% v roce 1996) a užívání v loňském roce dosáhlo 15 procent (v roce 1996 to bylo 25%). V letech 1995 až 1998 stoupla celoživotní prevalence užívání ve stejné věkové kategorii v Severním Irsku z 12 na 18 procent. V roce 1998 bylo užívání v loňském roce ve výši 7 procent; 4 procenta participantů užila konopí alespoň jednou za posledních 30 dnů.

3.4. Z výzkumů prováděných na místní i celonárodní úrovni vyplývá, že k nejvyššímu užívání konopí dochází ve skupině dospívajících (16 – 19 let) a mladých dospělých (ve věku 20 – 29 let) a užívá ho více mužů než žen (viz tabulka 1). I přes jisté geografické rozdíly dochází ke značnému užívání konopí jak ve městech, tak na venkově v Anglii a Walesu a ve skupině dospívajících s nejrůznějším sociálním původem a úrovní vzdělání. Užívání ve Skotsku a Severním Irsku je znatelně nižší.

¹ Ashton (1998), Johns (1998) a Plant (1998a, 1998b) – viz seznam literatury

² Nutt and Nash (2001) – viz seznam literatury

Tabulka 1: Užívání (v %) konopí za posledních 12 měsíců podle věku a pohlaví, podle údajů Průzkumu kriminality v Británii z roku 2000³

Věk	Muži	Ženy	Dohromady
16-19	28	21	25
20-24	30	24	27
25-29	23	12	17
30-34	15	6	10
35-39	9	4	6
40-44	6	3	4
45-59	3	1	2
Všichni 16-59	12	7	9
Všichni 16-29	27	18	22

- 3.5. Paralelně s počtem případů užívání hlášených uživateli vzrostl počet zabavení konopných drog policií a celníky z 17 227 v roce 1981 na 114 667 v roce 1998. V roce 1999 klesl počet konfiskací na 97 356. Ve stejném roce zabavila policie a celní úřady 71 tun konopných přípravků, z toho 53 tun konopné pryskyřice. V stejném roce byl zabaven heroin v počtu 15 108 případů a amfetamin v 13 194 případech.
- 3.6. Počet trestných činů spojených s konopím (odsouzené osoby, propuštěné na kauci, případy daňových úniků a případy, které byly řešeny varováním) stoupl z 15 388 v roce 1981 na 99 140 v roce 1998 a poté v roce 1999 klesl na 88 548. Více než 90 procent těchto hlášených případů, k nimž došlo ve spojitosti s konopím, se týkalo „nezákonného držení.“ V souvislosti s heroinem došlo v roce 1999 k 12 760 případům a 12 102 případů se týkalo amfetaminu.
- 3.7. Nutno podotknout, že tyto počty konfiskací a trestných činů s souvislosti s drogami jsou obrazem represivních aktivit a nelze je považovat za epidemiologické ukazatele. Mají ale význam při současném zvážení dalších dat; spolu s nimi vytvářejí obraz o dlouhodobých trendech zneužívání konopí. Při interpretaci těchto údajů ale musíme mít na paměti jejich původ a povahu. Například pokles počtu konfiskací konopí a osob, které byly stíhány v souvislosti s konopím v letech 1998 až 1999, nelze chápat jako snížení užívání konopí. Svou roli ve snížení počtu konfiskací zřejmě sehrály dva faktory. Za prvé, represivní orgány se v posledních letech především zaměřily na látky uvedené ve Třídě A v souladu s cíli v oblasti snížení dostupnosti definovanými ve vládní protidrogové strategii. Druhým faktorem mohlo být snížení počtu osobních prohlídek v rámci oprávnění policie zastavit a prohledat osobu, aniž existuje důkaz o trestném činu, k němuž došlo především v Londýně poté, co byla v únoru 1999 zveřejněna zpráva Sira Williama MacPhersona *The Stephen Lawrence Inquiry*. Pro zatčení v souvislosti s užíváním drog jsou takové prohlídky relativně významné, ačkoli při nich jinak většinou k zatýkání nedochází.⁴
- 3.8. V období od října 1992 do března 1993 zahájilo ve Velké Británii léčbu v souvislosti s užíváním drog 20 343 osob, z nichž 7 procent (1 414 osob) uvedlo jako svou nejproblémovější drogu konopí. Od dubna do září 2000 se tento počet zvýšil na 3 537 (8,9%) z celkového počtu 39 658 léčených. Porovnejme tento údaj s 24 759 osobami, které zahájily léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a 1 413 osobami, které se ve stejném období začaly léčit ze závislosti na amfetaminu. Seznam závislých v Severním Irsku (Northern Ireland Addicts Index) neuvádí ani jeden případ problémového užívání konopí.

³ Ramsay et al (2001) – viz seznam literatury

⁴ Corkery (2001) – viz seznam literatury

4. Zdravotní rizika

- 4.1. Drogy ovlivňují zdraví mnoha způsoby. Nepříznivé účinky mohou vyvolat buď okamžitě (např. smrt následkem útlumu dýchání po heroinu) nebo po delší době užívání (např. plicní a srdeční choroby následkem kouření tabáku). U některých drog dochází ke zdravotním újmám následkem způsobu aplikace: jasným příkladem je sdílení (půjčování) jehel při aplikaci heroinu, díky němuž může dojít k infekci HIV/AIDS či k zánětu jater. Některé drogy mohou navíc vyvolat fyzickou či psychickou závislost, která uživateli může narušit život tak, že svou snahou opatřit si drogy začne ohrožovat sebe a/nebo své okolí.
- 4.2. V určitých případech může dojít k tomu, že následkem byť i jednorázového užití může dojít k dlouhodobým újmám (např. infekce HIV z jediné injekce). Další problémy mohou nastat jen po dlouhodobém užívání extrémně vysokých dávek drogy (např. při návyku na konopí).

4.3. Akutní rizika spojená s užíváním konopí

- 4.3.1. Akutní zdravotní rizika nastávají v souvislosti s přímými tělesnými účinky konopí bezprostředně po požití. Patří sem působení na mozek, srdce a plíce i další orgány.
- 4.3.2. Konopí některé cévy rozšiřuje, jiné zužuje. K typickému rudnutí očí dochází důsledkem rozšíření spojivek. Problematictější je zužování jiných cév, které vede ke zvýšení krevního tlaku. Konopí může způsobit i poruchy regulace krevního tlaku, vedoucí ke snížení středního srdečního tlaku a zvýšení rizika omdlení. Dochází i ke zrychlení srdečního tepu; k maximálním hodnotám dochází patnáct až třicet minut po inhalaci a zvýšená frekvence tepu trvá dvě hodiny i déle. Vůči kardiovaskulárním účinkům se po opakovaném užívání vytváří tolerance.
- 4.3.3. Při námaze dochází ke stejným kardiovaskulárním účinkům jako při užívání konopí, což pro zdravé dospívající a mladé dospělé nepředstavuje větší riziko. Nebezpečí ale může hrozit osobám trpícím poruchami kardiovaskulárního systému – především chorobami koronárních tepen, nepravidelným tepem či vysokým krevním tlakem – a těm, u nichž je zvýšené riziko infarktu.
- 4.3.4. Uvádí se, že konopí má mírné bronchodilatační účinky (rozšiřuje dýchací cesty), u astmatiků ale může způsobit zhoršení stavu. Chronické užívání konopí údajně vyvolává snížení počtu a pohyblivosti spermií a u žen potlačuje ovulaci. Účinky konopí na plodnost nicméně nebyly prokázány.
- 4.3.5. Na rozdíl od sedativních intoxikujících látek (např. alkohol) konopí nevyvolává oslabení respiračních funkcí a ani při extrémní intoxikaci neoslabuje dáivý reflex. Je třeba také uvést, že protože se konopí většinou kouří, účinky jsou téměř okamžité a po ukončení inhalace začínají ustupovat. Při perorálním požití může vlivem různé rychlosti a rozsahu vstřebání do organismu dojít k silnější intoxikaci.
- 4.3.6. Konopí nicméně zhoršuje výkon při provádění náročnějších úkolů, které vyžadují neustálou pozornost a kontrolu pohybu. Konopí může představovat nebezpečí, pokud by takový výkon mohl ohrozit samotného uživatele či jiné (např. u řidičů, pilotů či obsluhy těžkých strojů); v kombinaci s alkoholem je ještě nebezpečnější. V jednom se ale od alkoholu zásadně liší: zdá se, že nepodněcuje rizikové chování. Proto možná při dopravních nehodách nehraje tak velkou roli jako alkohol. Po intoxikaci konopím obvykle dochází k relaxaci a izolaci od společnosti, zatímco po pití alkoholu bývá jednání běžně agresivnější a více zbaveno zábrán. Znamená to, že konopí jen zřídka přispívá k násilí vůči jiným či sobě samému; zatímco alkohol je významnou příčinou úmyslného sebepoškozování, domácích úrazů a násilí.
- 4.3.7. Akutní intoxikace konopím také může vyvolat panické ataky, paranoiu a pocity zmatení, což může uživatele přimět k vyhledání odborné pomoci. Takové účinky ale obvykle netrvají dlouho a po uklidnění či podání slabého sedativa mizí.

V některých případech ale akutní intoxikace konopím může vyvolat dlouhodobější psychotický stav, který může trvat nějakou dobu a vyžadat si léčbu antipsychotickými léky. Tyto stavy jsou podobné jako při intoxikaci kokainem či amfetaminy. Podobná epizoda může v některých případech zahájit dlouhodobou psychotickou chorobu - obvykle schizofrenii (viz níže). U lidí, kteří již trpí duševní chorobou, především tedy schizofrenií, může akutní užití konopí vyvolat zhoršení stavu.

4.4. Dlouhodobá rizika užívání konopí

- 4.4.1. Konopí se většinou kouří. Jakákoli forma kouření je nebezpečná a kouření tabáku představuje ve Spojeném království nejzávažnější a nejčastější příčinu nemocí a předčasných úmrtí. Kouření konopí tedy představuje reálné zdravotní riziko, které je možná obdobné nebezpečím plynoucím z kouření tabáku. Dochází k vyššímu výskytu bronchitidy, astmatu a rakoviny plic, poruchám srdce a krevního oběhu. Díky vyšší koncentraci určitých karcinogenů může být kouření konopí dokonce nebezpečnější než kouření tabáku. Při kouření marihuany ale svou roli sehrávají i jiné faktory a ty mohou toto riziko snížit. Kuřáci konopí za den obvykle vykouří méně cigaret než kuřáci tabáku a většina z nich navíc mezi třicátým a čtyřicátým rokem svého života konopí přestane užívat, čímž omezí dlouhodobé vystavení škodlivému vlivu, které je, jak nyní víme, kritickým faktorem při rakovině plic následkem kouření cigaret.
- 4.4.2. Předběžné studie plicních funkcí pravidelných kuřáků konopí u většiny participantů nezdaly příčinu k větším obavám, bylo ale hlášeno několik případů velmi vážného poškození plic u mladých velmi silných kuřáků konopí. Užívání konopí je běžné teprve v posledních třiceti letech, a tak možná dojdeme k ještě horším zjištěním. Je třeba provést další průzkumy a jejich výsledky promítnout do veřejných vzdělávacích programů.
- 4.4.3. Drogová závislost je proces, při němž se s opakovaným užitím snižuje schopnost s užíváním přestat. Jedná se o komplexní jev, jehož podstata se u každé drogy liší a určuje ji délka a intenzita užívání i osobní charakteristiky daného uživatele. Závislost se projevuje zvyšováním návyku na drogu a abstinenčními příznaky, které nastanou, když se uživatel pokusí užívání omezit nebo úplně ukončit. Závislost na konopí byla svého času zpochybňována, nyní se o ní ale hovoří jako o reálném jevu, kvůli němuž mohou některé osoby vyhledat pomoc. Rozsah závislosti na konopí v Británii není znám, ale (jak jsme popsali v odstavci 3.8), 5 až 10 procent uživatelů drog, kteří vstoupili do péče léčebných služeb, udává konopí jakou svou hlavní problémovou drogu.
- 4.4.4. Studie provedené se závislými uživateli konopí prokázaly, že u nich po vysazení dochází k reálným fyzickým abstinenčním příznakům, pro něž je charakteristická ztráta chuti k jídlu, ztráta hmotnosti, netečnost, podrážděnost, změny nálady a nespavost. Po požití drogy mohou tyto příznaky skončit. Existuje i psychologické bažení po konopí. Nedávno se prokázalo, že závislost na konopí je odrazem změny funkce mozkových cannabinoidových receptorů a abstinenční příznaky lze vyvolat podáním látky, která blokuje činnost cannabinoidových receptorů.
- 4.4.5. Závislost také závisí na příjemných pocitech, které daná droga vyvolává: čím příjemnější pocity uživatel zakusí, tím pravděpodobněji dojde k závislosti. Rizika závislosti na zneužívaných drogách se dají odstupňovat od nejvyšších (heroin a crack) po nejnižší, k nimž lze přiřadit konopí (v této stupnici je konopí mnohem níže než například alkohol nebo tabák). Opakované užívání konopí ale i přesto u značné části pravidelných uživatelů vyvolá závislost, ta ale není tak závažná, aby je dovedla k trestnému jednání.
- 4.4.6. Další velkou otázkou je, zda chronické užívání konopí není příčinou duševních chorob (především schizofrenie). Diskutuje se o ní už přes sto let, ale žádná kauzální spojitost nebyla prokázána. K nástupu schizofrenie většinou dochází ke

konci dospívání, tedy v době, kdy je užívání konopí nejběžnější. Případná asociace je tedy nevyhnutelná, nijak ale neznamená, že by mezi užíváním konopí a nástupem schizofrenie existoval příčinný vztah. Interpretaci těchto zjištění ještě více komplikuje skutečnost, že většina těchto jedinců také užívala i další drogy, např. amfetaminy, které mohou také přivodit schizofrenii. Intoxikace konopím navíc může vést k psychotickým stavům (viz odstavec 4.3.7), které se s příznaky schizofrenie dají zaměnit.

4.4.7. Na druhé straně zůstává pravdou, že užívání konopí může schizofrenii (a další duševní choroby) nepochybně zhoršit a u některých pacientů může vyvolat recidivu choroby. Osoby trpící duševními chorobami by tedy měly být od užívání konopí obzvláště odrazovány. Není nám známo, proč osoby trpící schizofrenií užívají konopí, přestože to jejich stav může zhoršit. Může to být z kulturních důvodů nebo následkem tlaku ze strany vrstevníků; zároveň je ale také možné, že jim konopí pomáhá zvládat některé další aspekty choroby nebo snad zmírňuje nepříznivé následky užívání předepsaných léků.

4.4.8. Není dokázáno, že konopí vyvolává strukturální poškození lidského mozku. Rentgenová šetření ani pitvy neprokázaly žádné atrofie či jiné důvody k obavám.

4.5. Konopí a těhotenství

4.5.1. Kouření tabáku a pití alkoholu významně poškozuje plod. V průběhu těhotenství užívá konopí jen málo žen, přičemž porodní váhy novorozenců jsou nižší, než se očekává. Vzhledem k prokázanému škodlivému vlivu kouření tabáku na těhotenství je pravděpodobnou příčinou přítomnosti oxidu uhelnatého v kouři z cigaret s konopím. Konopí může zvýšit riziko méně závažných poškození plodu či potratu, toto nebezpečí ale není velké. Podobně jako u tabáku se zdá, že kouření konopí zvyšuje nebezpečí syndromu náhlého úmrtí novorozenců.

4.5.2. Existují důkazy, že kouření konopí v průběhu těhotenství může vyvolat u novorozence mírné změny neuropsychologických funkcí, které přetrvávají do pozdějšího věku. Účinek je podobný jako při kouření tabáku a je možné, že je spíše výsledkem působení tabákového kouře než konopí jako takového. Objevilo se i několik pozdějším výzkumem nepotvrzených zpráv o možném spojení kouření konopí s některými formami dětské rakoviny.

4.5.3. Celkem vzato tyto údaje poukazují na to, že užívání konopí v průběhu těhotenství sice není bezpečné, pravděpodobně ale není pro plod o nic nebezpečnější než pití alkoholu či kouření tabáku. Těhotné ženy by tedy měly být i nadále upozorňovány, aby se užívání těchto látek vyhnuly.

4.6. Vede užívání konopí k užívání dalších drog?

4.6.1. Termín „teorie vstupní drogy“ se používá nejrůznějšími způsoby a s největší pravděpodobností se jedná o nejvíce kontroverzní aspekt užívání konopí. Vychází ze zjištění řady retrospektivních studií zaměřených na uživatele neškodlivějších drog jako heroin a kokain (zařazených do třídy A), že většina z nich nejdříve užívala konopí, z čehož se zdánlivě dá usoudit, že dřívější užívání konopí tyto osoby predisponovalo k pozdějšímu užívání drog zařazených do třídy A tím, že jim jaksi pootevřelo „bránu“.

4.6.2. Prokázat kauzalitu tohoto modelu asociace (tedy že užívání konopí je na vině zvýšení pravděpodobnosti zneužívání dalších drog) je ale velmi obtížné kvůli řadě dalších faktorů, které také mohou sehrát roli „brány“. Patří sem užívání dalších látek jako například alkoholu, tabáku, rozpouštědel, povzbuzujících prostředků a psychedelických látek, které obvykle rovněž předchází užívání drog zařazených do třídy A. Další důležité faktory představuje osobnost uživatele a jeho prostředí (skupina vrstevníků, sociální deprivace, atd.). I kdyby teorie vstupních drog byla pravdivá, je zřejmé, že užívání konopí není příliš „širokou“ branou: většina uživatelů konopí prokazatelně nepřechází

k užívání drog zařazených do třídy A.

- 4.6.3. Teorii vstupní drogy se pokusilo testovat několik studií pomocí korekce dalších ovlivňujících proměnných. Odhalily významnou pozitivní asociaci (tj. že dřívější užívání konopí souvisí se zvýšením rizika pozdějšího užívání heroinu). Je zajímavé, že se v dalších studiích objevily důkazy o souvislosti mezi užíváním tabáku a alkoholu na začátku dospívání (a především v předpubertálním věku) a pozdějším užíváním řady drog včetně konopí. Ve všech těchto studiích se zřetelně objevuje možnost, že hlavním hnacím faktorem pro zneužívání drog je spíše než samotná droga sama osobnost uživatele a/nebo skupina vrstevníků v jeho okolí.
- 4.6.4. I přes všechny vznesené námitky je pravděpodobné, že užívání konopí (i alkoholu a tabáku) má vliv na pozdější užívání drog zařazených do třídy A, a že pro malou část populace je přechod k drogám zařazeným do třídy A výsledkem dřívějšího užívání konopí. Možné vysvětlení nalezneme v několika teoretických farmaceutických pochodech.
- 4.6.5. Nabízí se i komerční vysvětlení. Někteří dealéři drog z třídy A zároveň prodávají konopí. Společný trh zvyšuje možnosti vytvoření a uchování závislosti na drogách zařazených do třídy A. Nižší úroveň užívání heroinu v Nizozemsku v porovnání s Velkou Británií je údajně výsledkem rozdělení trhů s drogami.

4.7. Konopí a zdraví společnosti

- 4.7.1. Užívání drog může ovlivnit jak zdraví samotného uživatele, tak zdraví ostatních lidí. Řízení pod vlivem drog může například vést ke zranění spolucestujících a kolemjdoucích. Zdá se, že konopí nepříspěvá k dopravním a jiným nehodám takovou měrou jako alkohol. Jak jsme již uvedli v odstavci 4.3.6, užívání konopí většinou nezbuzuje duševní stavy, které by vedly k násilí na druhých; v některých částech našich měst ale k násilí přispívá existence černého trhu.
- 4.7.2. Injekční aplikace drog je jedním z nejdůležitějších zdrojů šíření krví přenosných chorob, jako je například HIV/AIDS a hepatitidy. Na rozdíl od řady jiných drog (opiáty, stimulanty, benzodiazepiny a barbituráty) se konopí neužívá injekčně a tudíž s ním nejsou podobná rizika spojena.

5. Diskuse

- 5.1. Epidemiologické důkazy svědčí o tom, že dochází ke značnému užívání konopí, především mezi adolescenty a mladými dospělými. Zjevná a snadná dostupnost konopí ale kontrastuje s relativně nízkým počtem lidí, kteří žádají léčebné instituce o léčbu v souvislosti se zneužíváním konopí. Značný rozsah užívání konopí pro jedince ani společnost nepředstavuje závažnější zdravotní problém.
- 5.2. Příležitostné užívání konopí obvykle nepředstavuje pro zdravé jedince závažné zdravotní problémy. Nejdůležitější jsou zhoršená psychomotorická funkce a vzácné případy akutních psychotických stavů; oba popsané stavy ale většinou samy zmizí a obvykle se dají zvládnout. Škodlivé účinky konopí jsou nicméně podstatně nižší než rizika spojená s obdobným užíváním jiných drog, např. amfetaminů, které jsou v současnosti také zařazeny do třídy B.
- 5.3. Pro osoby trpící chorobami srdce a krevního oběhu a duševními chorobami, především schizofrenií, může být ale značně nebezpečné i příležitostné užití konopí. U takových osob by se mělo vyvinut maximální úsilí na podporu abstinence. Znovu ale platí, že amfetaminy pro obě tyto skupiny představují mnohem větší nebezpečí.
- 5.4. Pravidelné silné užívání konopí může vyústit v závislost, jejíž závislostní potenciál je ale podstatně nižší než u dalších drog z třídy B, např. amfetaminů, či dokonce alkoholu nebo tabáku.

- 5.5. Nelze s jistotou říci, zda užívání konopí zvyšuje náchylnost k závislosti na drogách zařazených do třídy A, tedy například heroinu, kokainu či cracku. Případná rizika (pokud nějaká existují) jsou nízká a méně závažná než nebezpečí spojená s užíváním tabáku či alkoholu.
- 5.6. Konopí snižuje duševní funkce, např. pozornost, paměť a motorické schopnosti a všichni, kteří by takovým snížením funkcí mohli ohrozit sebe či okolí, by se měli užívání konopí vyhnout. Patří sem řidiči, piloti, obsluha těžkých strojů či zdravotnický, vojenský a pohotovostní personál. Mělo by se pokračovat v úsilí zajistit u takových osob abstinenci.

6. Závěry

- 6.1. Konopí není neškodná látka a jeho užívání bezpochyby představuje rizika jak pro jednotlivce, tak pro celou společnost.
- 6.2. Konopí je ale méně škodlivé než další látky zařazené do třídy B seznamu 2 v *Zákonu o zneužívání drog* z roku 1971 (amfetaminy, barbituráty, sloučeniny kodeinového typu). Přetrvávající zařazení konopí třídy B do stejné skupiny s těmito škodlivějšími drogami chybně (a nebezpečně) poukazuje na to, že účinky daných drog jsou ekvivalentní. Uživatelé konopí to může vést k přesvědčení, že pokud nezakouší škodlivé účinky konopí, budou i účinky dalších drog zařazených do třídy B stejně bezpečné.
- 6.3. Výbor tedy doporučuje, aby byly všechny konopné přípravky přeřazeny do třídy C podle zákona o zneužívání drog z roku 1971.
- 6.4. Bude-li toto doporučení přijato, mělo by se přihlédnout k řadě otázek, které výbor považuje za relevantní či zasluhující pozornost, ačkoli nejsou přímo spojeny s vědeckým posouzením. Jsou uvedeny v Příloze 1 této zprávy.

Seznam vybrané literatury

Účinky konopí na zdraví a lidskou společnost jsou popsány v řadě vědeckých prací. Budete-li potřebovat podrobnější seznam literatury, využijte následující vybrané publikace a výchozí materiály.

Ashton, CH (1998), *Cannabis: Clinical and Pharmacological Aspects*. The Department of Health: London

Corkery, JM (2001), *Drug seizure and offender statistics, United Kingdom, 1999*. Home Office Statistical Bulletin 5/01. Home Office Research Development and Statistics Directorate: London

Department of Health and Social Services (2001), *Northern Ireland Drug Addicts' Statistical Information Bulletin, 31 December 2000*. Department of Health, Social Services & Public Safety: Belfast

Department of Health (1994), *Drug Misuse Statistics for six months ending March 1993*. Bulletin 3/94. Department of Health: London

Department of Health (2001), *Statistics from the Regional Drug Misuse Databases for six months ending September 2000*. Statistical Bulletin 2001/18. Department of Health: London

Donnelly, N, Hall, W and Christie, P (1995), "The effects of partial decriminalisation on cannabis use in South Australia 1985 to 1993" *Australian Journal of Public Health*, vo1.19, no.3, pp. 281-287

Donnelly, N, Hall, W and Christie, P (1998), *Effects of the Cannabis Expiation Notice Scheme on Levels and Patterns of Cannabis Use in South Australia: Evidence from the National Drug Strategy Household Surveys 1985-1995*, Commonwealth Department of Health and Aged Care: Canberra

Fraser F, *Drug Misuse in Scotland: Findings from the 2000 Scottish Crime Survey*. Scottish Office Central Research Unit: Edinburgh

Hague, L, Willis, M and Power, M (2000). *Experience of drug misuse: findings from the 1998 Northern Ireland Crime Survey*. Research and Statistical Bulletin 4/2000. Northern Ireland Statistics and Research Agency: Belfast

Home Office (1992), *Statistics of drugs seizures and offenders dealt with, United Kingdom, 1991*. Home Office Statistical Bulletin 25/92. Home Office Research and Statistics Department: London

House of Lords Select Committee on Science and Technology (1998), *Cannabis: the Scientific and Medical Evidence*. The Stationery Office: London

Iversen LL (ed) (2000), *The Science of Marijuana*. Oxford University Press: Oxford

Joy JE, Watson J and Benson JA (eds.) (1999), *Marijuana and Medicine*. National Academy Press: Washington DC

Johns A (1998), *Psychiatric Aspects of Cannabis Use*.
The Department of Health: London

MacCoun, R and Reuter, P (1997), "Interpreting Dutch cannabis policy: Reasoning by analogy in the legalisation debate", *Science*, vol 278 pp. 47-52

MacCoun, R and Reuter, P (2001), "Evaluating alternative cannabis regimes", *British Journal of Psychiatry*, vol. 178, pp. 123-128

Mott, J and Mirrlees-Black, C (1995), *Self-Reported Drug Misuse in England and Wales: findings from the 1992 British Crime Survey*. Research and Planning Unit Paper 89. Home Office Research and Planning Unit: London

Nutt DJ and Nash JR (2001), *Cannabis: An Update 1999-2001*. The Home Office: London

Plant M (1998a), *Review of Research into the Effects of Cannabis: Epidemiology*. The Department of Health: London

Plant M (1998b), *Review of Research into the Effects of Cannabis: Social and Criminal Aspects*. The Department of Health: London

Police Foundation (2000), *Drugs and the Law: Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971*. The Police Foundation: London

Ramsay, M, Baker, P, Goulden, C, Sharp, C and Sondhi, A (2001), *Drug misuse declared in 2000: results from the British Crime Survey*. Home Office Research Study 224. Home Office Research Development and Statistics Directorate: London

Single, E 1989, "The impact of marijuana decriminalisation: An update", *Journal of Public Health Policy*, vol. 10, pp. 456-466

World Health Organization (1997), Programme on Substance Misuse. *Abuse of Cannabis: a Health Perspective and Research Agenda*. World Health Organization: Geneva

Příloha A

Míra užívání (prevalence)

V debatě, která následovala poté, co ministerstvo vnitra oznámilo, že očekává vyjádření výboru stran klasifikace konopí, se běžně objevovala obava, že přeřazení konopí směrem dolů povede k nárůstu užívání. Tato obava částečně vychází z neporozumění tomu, co vlastně přeřazení (reklasifikace) znamená. Je třeba podotknout, že reklasifikace (přeřazení v seznamu) není totéž co dekriminlizace či legalizace. Dojde-li k reklasifikaci konopí, budou zachovány trestní postihy včetně nepodmíněného odnětí svobody, změní se ale maximální trestní sazby pro trestné činy podle *Zákona o zneužívání drog* z roku 1971.

Pro analýzu pravděpodobného dopadu reklasifikace na prevalenci máme k dispozici jen velmi málo domácích poznatků. Můžeme ale zhodnotit zkušenosti z jiných zemí, třebaže v jejich prostředí byly trestní postihy nahrazeny občanskoprávními postihy. Zvláště ilustrující jsou příklady Austrálie, Nizozemska a Spojených států amerických, kde po snížení trestů za užívání konopí k výraznému nárůstu užívání nedošlo.⁵

Klíčovou funkcí Poradního výboru je sledovat vzorce a trendy zneužívání drog; pokud se ministerstvo vnitra rozhodne konopí překlasifikovat, bude Výbor nadále sledovat míru prevalence.

Otázky provádění zákona a dohledu nad dodržováním pořádku

Někteří členové výboru mají zkušenosti s prosazováním práva, které nám umožnily identifikovat řadu souvisejících otázek, jimiž se ministr vnitra při zvažování naší zprávy bude nepochybně muset zabývat.

Reklasifikace konopí do třídy C podle zákona o zneužívání drog z roku 1971 bude znamenat, že držení této drogy v Anglii a Walesu přestane být trestným činem, za jehož spáchání je pachatele možno zatknout bez zatykače podle *Zákona o policii a trestních důkazech* z roku 1984 (Police and Criminal Evidence Act 1984 - PACE). Paragraf 25 tohoto zákona uvádí zvláštní práva zatýkat za přísně omezených okolností. Bez zatykače již není možno zatýkat za řadu trestných činů, přesto je ale jasné, že po případné reklasifikaci konopí bude muset ministr spolu s policií zvážit, jak revidovat model prosazování zákona a vydat prováděcí směrnice pro policisty.

Snížení trestů za trestné činy spojené s konopím se bude týkat celého spektra trestných činů včetně závažnějších případů nezákonného obchodování s drogami. Maximální výše trestu za nezákonné obchodování s drogami by se snížila ze 14 na 5 let, což by mohlo ovlivnit aktivity

organizovaného zločinu. Bude velmi důležité, abychom zajistili, že reklasifikace nepřinese nezamýšlené následky v oblasti mezinárodního nezákonného obchodování s drogami a že ve spektru trestných činů páchaných v souvislosti s konopím bude v oblasti ukládání trestů zachována zásada proporcionality.

Léčba

V této zprávě jsme odkazovali na údaje o lidech, kteří požádali o léčbu a jako hlavní zneužívanou drogu uvedli konopí. Tato čísla ale nedokládají, jaká část této skupiny měla opravdový problém se závislostí. Situace je ještě komplikovanější vzhledem k nepublikovaným důkazům o tom, že uživatelé konopí takové služby nenavštěvují, jelikož si nemyslí, že by tam byl jejich problém doopravdy (vy)léčen. Je nesmírně důležité, aby se lidé v takových službách dozvěděli pravdivé informace o všech problémech spojených se zneužíváním všech drog včetně konopí. Musíme zvýšit úsilí poskytovat kvalitní zdravotnické informace o konopí a potenciální možnosti vzniku závislosti a naše léčebné služby musí být schopny pomoci osobám s problémem závislosti na konopí.

Vzdělávání

Budeme-li oznamovat jakoukoli změnu klasifikace konopí, musíme zajistit, aby byla pochopena naše rozhodnutí a důvody, které nás k němu vedly. V této zprávě jsme se pokusili co nejjasněji vyjádřit sdělení, že konopí je škodlivá droga. Tato základní pravda se ale často při většině debat o konopí a odpovídající reakci společnosti na její užívání přehlídí.

Ještě obecněji můžeme konstatovat, že je třeba zajistit, aby se klíčovou částí naší protidrogové strategie staly přesné a objektivní informace o zdravotních účincích všech drog a o tom, kde je k dispozici léčba. Pokud se týká konopí, výbor doufá, že se nám touto zprávou podařilo skromně přispět k dosažení tohoto důležitého cíle.

⁵ Spojené státy: Single (1989); Austrálie: Donnelly, Hall a Christie (1995); Nizozemí: MacCoun a Reuter (1997; 2001)