

Karlova univerzita
Fakulta humanitních studií

Téma bakalářské práce:

**KVALITA ŽIVOTA KUŘÁKŮ
MARIHUANY**

Vypracovala: **Tereza Mesteková (9346)**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Markéta Habermannová, Ph.D.**

Odevzdáno: 15. února 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 15.února 2008

.....

podpis

Poděkování

Velice děkuji především vedoucí práce PhDr. Markétě Habermannové, PhD. za vlídný, laskavý a rovný přístup a za čas, který věnovala mně i této práci.

Děkuji také všem respondentům a mým blízkým za podporu, které se mi od nich dostalo.

OBSAH

1. Úvod.....	5
2. Teoretická část.....	6
2.1. Kvalita života a zdraví.....	6
2.1.1. Metody měření kvality života.....	7
2.1.2. Metody měřící subjektivně vnímanou kvalitu života a metoda SEIQoL.....	8
2.2. Závislost.....	10
2.2.1. Modely vzniku závislosti.....	11
2.3. Marihuana.....	13
2.3.1. Složení, vlastnosti a způsob užití.....	13
2.3.2. Účinky marihuany na mozek a chování.....	14
2.3.3. Následky dlouhodobého užívání.....	16
2.3.4. Epidemiologické údaje o užívání marihuany u nás a v EU.....	19
2.3.4.1. Prevalence a vzorce užívání konopí v rámci celé populace.....	19
2.3.4.2. Vzorce užívání konopí.....	19
2.3.4.3. Trendy v užívání konopí dospělými.....	20
2.3.4.4. Užívání konopí mezi mladými dospělými a studenty.....	21
3. Praktická část.....	22
3.1. Cíle práce.....	22
3.2. Popis vzorku.....	23
3.3. Použité metody.....	24
3.4. Průběh výzkumu.....	24
3.4.1. Před-výzkum.....	24
3.4.2. Samostatný výzkum.....	25
3.5. Výsledky.....	27
3.5.1. Tobiáš.....	28
3.5.2. Marika.....	32
3.5.3. Jirka.....	37
3.5.4. Magda.....	40
3.5.5. Matěj.....	43

3.6. Diskuze.....	46
3.6.1. Diskuze k výsledkům.....	46
3.6.2. Diskuze k platnosti dané studie.....	47
3.7. Závěr.....	48

Použitá literatura

Přílohy

1. Úvod

Téma práce jsem si vybrala proto, že pozoruji dlouhodobě vzrůstající tendenci v užívání marihuany, a to zejména mezi mladými lidmi. Věk při prvním užití se navíc snižuje a obsah THC v běžně distribuované marihuaně narůstá. Z vlastní zkušenosti ze svého okolí vím, že mnoho lidí pohlíží na marihuanu jako na samozřejmou součást svého života a často si nepřipouštějí nebo si ani neuvědomují rizika spojená s jejím užíváním. Trend užívání marihuany v takovém rozsahu je tu navíc relativně nový, na rozdíl třeba od užívání alkoholu, kterému se věnovalo a stále věnuje velké množství výzkumů. Užívání marihuany tedy pokládám za dosud ne zcela probádaný terén, který si zaslouhuje pozornost.

V teoretické části se nejprve budu obecně zabývat definováním pojmu „kvality života“ i šíří významu tohoto pojmu. Pozornost budu věnovat také tématu závislosti jako důležitému faktoru ovlivňující kvalitu života a také modelům jejího vzniku. Dále se budu v teoretické části zabývat specifikem problematiky užívání marihuany. Zaměřím se zejména na její účinky a následky, které sebou přináší její dlouhodobé užívání. Stručně se budu zabývat i statistikami o jejím užívání v posledních letech.

V praktické části se pokusím tyto teoretické okruhy propojit. Hlavní jádro práce budou tvořit rozhovory s osobami a jejich vlastní výpovědi. Výpovědi budou zpracovány ve formě případových studií. Ve výsledku shrnu, co z rozhovorů vyplynulo. Zda výsledky potvrdili to, co se o této problematice dosud ví, případně zda přinesli něco nového (případně nějaké nové náměty pro další zkoumání), nebo dokonce některým poznatkům odporují. Práce samozřejmě zpovídané osoby zachová v anonymitě.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Kvalita života a zdraví

Kvalita života, její pojetí a způsoby jejího měření patří v současnosti k velmi aktuálním a diskutovaným tématům. Ve vymezení kvality života je dosud patrná určitá nejednotnost, provázená množstvím konceptů kvality života vycházejících z různých paradigmat. S ohledem na aplikační charakter jde o oblast, v níž se překrývá výzkum z celé řady vědních oborů: sociologie, medicíny, ošetrovatelství, psychologie, sociální práce, demografie, ekonomiky, apod.¹

Křivohlavý² vychází při definování kvality života nejprve z etymologie slova „kvalita“. Slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualitas“ či „qualis“, tedy zájmena „jaký“. Latinské „qualis“ je pak odvozeno od ještě hlubšího kořene „qui“ – „kdo“. Český kořen tohoto tázacího zájmena (respektive kdo) nás dovede až ke slovům „kěz“ či „kýžený“, to je žádoucí, cílový stav apod. Sémanticky se pak kvalitou života rozumí „jakost, hodnota“ to je charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka).

Autor³ dále uvádí výrok Aristotela (v Nichomachově etice) o tom, že štěstí (a tím do určité míry i kvalita života) je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory, zvláště když i týž člověk vidí v různých situacích života štěstí v něčem jiném. Dalo by se tedy říci, že se lidé zabývali kvalitou života odedávna.

Definování pojmu kvality života je do značné míry provázáno s pokusy o definování zdraví tělesného i duševního. Existuje mnoho definic zdraví a v mnohém se liší, všechny se ale pokoušejí zachytit určité rozměry lidského života, které jsou důležité i pro jeho kvalitu. Asi nejznámější definicí je pak definice Světová zdravotnická organizace (WHO), jež definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody, nikoliv jenom absenci nemoci“⁴. Širší definici zdraví nabízí sám Křivohlavý⁵: „Zdraví je celkový (tělesný,

¹ http://pf1.ujep.cz/_konferenceKPG/KPG_konference2prisp01.pdf; 22.12. 2007; 13,20 hod.

² Křivohlavý, J., *Psychologie nemoc*, Praha, Grada, 2002, s. 162.

³ Křivohlavý, J., *Psychologie nemoc*, Praha, Grada, 2002, s.162.

⁴ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>; 20.12. 2007; 17,18 hod.

⁵ Křivohlavý, J., *Psychologie zdraví*, Praha, Portál, 2003, s.40.

psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“.

Kvalita života je do značné míry považována za subjektivně hodnocený ukazatel, čemuž odpovídá i pojetí WHO. Kvalita života je podle ní to, jak jedinec „vnímá své postavení v životě v kontextu společenského a hodnotového systému ve kterém žije a v souvislosti se svými cíly, očekáváními, hodnotami a zájmy“⁶. Pojem kvality života tedy zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské, ekonomické aspekty, apod.⁷

Na poli zdravotnictví se při zjišťování kvality života obvykle sleduje, jaký dopad má onemocnění jedince na jeho fyzický či psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, podle níž naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti) je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty).⁸

V současné době tedy existuje celá řada definic kvality života, žádná z nich není všeobecně akceptována, avšak jedno mají společné, na kvalitu života se vždy pohlíží jako na vícerozměrnou veličinu a kvalita života se obvykle také definuje jako subjektivní posouzení vlastní životní situace.

2.1.1. Metody měření kvality života

Problematická je i snaha validního měření kvality života a tvorba relevantních výzkumných nástrojů. Kritické hlasy také poukazují na tendenci odborníků akademicky rozhodovat, jak by měl vypadat kvalitní život a tím ho v podstatě vnucovat jako normu, přestože jde jednoznačně o individuální záležitost a individuální hodnocení celkové kvality života⁹.

⁶ „WHO defines Quality of Life as an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.“; http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/; 20.12. 2007; 17,20 hod.

⁷ Vojenské zdravotnické listy, *Kvalita života nemocných – jeden z nejdůležitějších parametrů komplexního hodnocení léčby*, 2004, ročník LXXIII, č.1, s. 6.

⁸ Vojenské zdravotnické listy, *Kvalita života nemocných – jeden z nejdůležitějších parametrů komplexního hodnocení léčby*, 2004, ročník LXXIII, č.1, s. 6.

⁹ http://pf1.ujep.cz/_konferenceKPG/KPG_konference2prisp01.pdf; 22.12.2007; 13,20 hod.

Kvalitu života lze však v zásadě hodnotit na základě subjektivních i objektivních přístupů, podle toho, kdo je tázán, zda pacient nebo jeho nejbližší, či ošetřující tým. Ptáme-li se na objektivní kvalitu života, posuzujeme externí kritéria např. lékařské zprávy. Objektivní metody však neposkytují vlastní pohled pacienta a v poslední době se jako nejpodstatnější jeví právě subjektivní hodnocení nemocného, tak jak on sám vnímá vlastní zdravotní situaci, včetně schopnosti svého sebeuplatnění v pracovním, rodinném i sociálním prostředí. Existují také metody smíšeně, kombinující oba dva postupy¹⁰.

V podstatě můžeme rozlišit tři složky kvality života: a) subjektivní pocit pohody – spokojenosti (štěstí); b) objektivní schopnost fungovat v každodenním životě, schopnost postarat se o sebe a pečovat o sebe a zastávat sociální role; c) a dostupnost zevních zdrojů materiální povahy a sociální opory.¹¹

Mezi faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí, apod. Celkovou kvalitu života je pak možné považovat za souhrn výše uvedených faktorů.¹²

Z těchto pojetí vychází i většina metod zjišťujících kvalitu života. Liší se zejména v důrazu, který kladou na jednotlivé oblasti života.

2.1.2. Metody měřící subjektivně vnímanou kvalitu života a metoda SEIQoL

První krok na tomto poli učinili Patrick a Erickson¹³ se svou metodou *Health Related Quality of Life* (HRQoL, Měření kvality života z hlediska zdraví). Navrhují zjišťovat u každého pacienta nejprve priority dimenzí kvality života a poté brát v úvahu při měření kvality života jen ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější (z jeho vlastního – osobního hlediska). To znamená radikální změnu, do popředí vstupuje fenomenologické hledisko a tzv. vnitřní referenční rámec intence.

O'Boyle, McGee a Joyce¹⁴ si však všimli toho, že ačkoli pacient podle předchozí metody vymezí důležité dimenze kvality zdraví, pro každého pacienta má každá z nich

¹⁰ Vojenské zdravotnické listy, *Kvalita života nemocných – jeden z nejdůležitějších parametrů komplexního hodnocení léčby*, 2004, ročník LXXIII, č.1, s. 7.

¹¹ http://pfl.ujep.cz/_konferenceKPG/KPG_konference2prisp01.pdf; 22.12. 2007; 13,20 hod.

¹² Vojenské zdravotnické listy, *Kvalita života nemocných – jeden z nejdůležitějších parametrů komplexního hodnocení léčby*, 2004, ročník LXXIII, č.1, s. 6.

¹³ Patrick a Erikson: in Křivohlavý, J., *Psychologie nemoci*, Praha, Grada, 2002, s. 169.

¹⁴ O'Boyle, McGee a Joyce: in Křivohlavý, J., *Psychologie nemoci*, Praha, Grada, 2002, s. 169.

odlišnou závažnost, což by mělo být při zjišťování kvality života respektováno. Na základě takovýchto poznatků se později rodí metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Duality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života), která tuto vzájemnou důležitost jednotlivých dimenzí důležitých pro život konkrétního jedince zohledňuje. Individuální výběr nejdůležitějších dimenzí svého života bere v úvahu jak časový aspekt, tak i kulturní rozdíly, povahu onemocnění a věk pacienta. Tento způsob zjišťování kvality života neklade pro stanovení toho „co je správné, dobré, apod.“ žádná kritéria, ale vychází z osobních představ dotazovaného.

O této metodě také pojednává Křivohlavý¹⁵. Základem metodologie SEIQoL je strukturovaný rozhovor. Daná osoba je požádána, aby uvedla *pět životních cílů* (tzv. cues – podnětů k životu), které ona sama považuje pro sebe v dané situaci za nejdůležitější. Ne více a ne méně než pět. Uvede-li jich více, bere se v úvahu pět nejdůležitějších životních cílů. Termínem „cue“ – „životní cíl“ se rozumí cíl snažení, to je teleologický (cíleně zaměřený) podnět k aktivitě. Jde zde tedy o zaměření, směřování či smysl života apod.

V rozhovoru se v ideálním případě daným osobám neuvádějí příklady různých možných zaměření, aby se zamezilo jejich sugestivnímu ovlivňování. Existují však konkrétní příklady cílových podnětů snažení, které mohou pomoci dotazovaným osobám k ujasnění toho, o co jde v dotazu po vyjmenování pěti základních životních hodnot. Mezi ně patří např. rodina, zdraví, duševní pohoda, duchovní život, vztahy mezi lidmi, práce na sobě, apod.

U každého z pěti uvedených cílů pak dotazovaná osoba uvádí míru uspokojení s tímto podnětem v procentech, kde dolní hranice („nejsem vůbec spokojen s daným cílem“) je rovna 0% a horní hranice („jsem zcela – úplně – spokojen s dosahováním daného cíle“) je rovna 100%. Více o metodě SEIQoL v praktické části (viz příloha č.1).

Pro závěrečné vyjádření celkové míry spokojenosti se životem je možné použít také například metodu VAS (Visual Analogous Scale - „teploměr spokojenosti se životem“). Dané osobě se předloží rovná svislá nebo šikmá čára (stoupající zleva doprava ve 45 stupňovém úhlu), která má označen dolní levý bod slovy „je to tak špatné, jak jen to je možné“ a horní pravý bod slovy „je to tak dobré, jak jen dobré to může být“. Více o metodě VAS v praktické části (viz příloha č.1).

¹⁵ V následujících odstavcích o metodě SEIQoL a VAS je využit text: Křivohlavý, J., *Psychologie zdraví*, Praha, Portál, 2003, s. 244 – 246.

2.2. Závislost

Syndrom závislosti¹⁶ je definován v ICD-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky. Ústřední charakteristikou onemocnění je touha (často silná a přemáhající) užívat psycho-aktivní látku nebo látky. Touhu užívat drogy si jedinec uvědomuje (i když ji nemusí přiznávat) a snaží se často užívání kontrolovat nebo i zastavit, často však bezúspěšně. Diagnóza závislosti se pak obvykle stanoví tehdy, jestliže se během jednoho roku objeví tři nebo více následujících znaků závislosti.

Nešpor¹⁷ uvádí, že prvním znakem závislosti je craving (bažení). Světová zdravotnická organizace definuje bažení jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Zároveň se odlišuje bažení psychické a fyzické - v mozku se i jinak projevující. Při psychickém bažení se aktivují centra související s emocemi a pamětí. Bažení tedy zhoršuje paměť a vede k dennímu snění zaměřenému na návykovou látku, odvádí tím tedy pozornost od normálního života. Fyzické bažení nastává při odeznívání intoxikace, tělesné projevy závisejí na druhu látky. Fyzická složka¹⁸ bývá často vnímána jako příčina všech problémů, naopak psychická bývá bagatelizována: údajně stačí drogu vysadit a až odezní „abst'ák“, není už moc co řešit, stačí mít pevnou vůli. Tento pohled často zaujímají uživatelé, jejich rodinní příslušníci i většina veřejnosti. Ve skutečnosti je tomu však právě naopak.

Druhým znakem jsou potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek, o ukončení nebo o množství látky. Tento znak souvisí s předchozím, ale není totožný, stručně lze říct, že bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršené sebeovládání se týká chování, nedá se vysvětlit slabou vůlí. Typická otázka, jak zjišťovat tento znak je například „Vzal jste si větší dávku, než jste měl původně v úmyslu?“

Dalším znakem je tělesný odvykací stav, musí pro něj být splněna tato kritéria: nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání, příznaky nejsou vysvětlitelné jiným tělesným nebo psychickým onemocněním a jsou v souladu se známkami odvykacího syndromu. Potíže při odvykacích stavech často mívají opačný charakter, než jaké jsou účinky látky, i když toto pravidlo má své výjimky.

¹⁶ http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/; 14.1. 2008; 19,30 hod.

¹⁷ Ve všech následujících pasážích této kapitoly, není-li uvedeno jinak, je využit text: Nešpor, K., *Návykové chování a závislost*, Praha, Portál, 2007.

¹⁸ <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=116&list=116&shw=100093>; 14.1. 2008; 22,10 hod .

Čtvrtým znakem je růst tolerance. Ta se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo že stejné dávky mají nižší účinek. Tolerance může vzniknout v důsledku nižší reaktivity CNS na návykovou látku, nebo jejím rychlejším odbouráváním. Při poklesu tolerance se mohou uplatňovat psychologické vlivy, klesá též v důsledku abstinence, v pokročilých stádiích rozvoje, ve vyšším věku nebo v souvislosti s některými onemocněními. Může se zjistit například otázkou: „Po kolika pivech cítíte, že nepijete vodu?“.

Pátým znakem je zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavování se z jejího účinku. Jedná se o důležitou a často se vyskytující známku závislosti a má mnoho souvislostí s dalšími znaky.

Posledním znakem je pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Aby však byl tento příznak validní, musí být pacient o škodlivých následcích informován.

U dospívajících navíc existují některé specifika: závislost se vytváří rychleji, vyšší riziko otrav, nebezpečné jednání pod vlivem, zaostávání v psychosociálním vývoji, větší problém v různých oblastech života, tendence zneužívat širší spektrum látek, častější recidivy, ale naopak příznivá prognóza.

2.2.1. Modely vzniku závislosti

Na modelech vzniku závislosti se začalo pracovat zejména v souvislosti s alkoholismem. Co se týče samotného rozvoje a udržování závislosti jsou aplikovatelné i na zneužívání jiných látek.

Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Dle Kudrlehoho¹⁹ jde při vytvoření závislosti nejčastěji o kombinaci řady faktorů – například určité fyziologické předpoklady, buď hereditární nebo získané, se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními. Vznik závislosti má i svůj odraz ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie člověka. Zda se závislost vytvoří je dáno mnohaúrovňovou pokračující interakcí projektivních a rizikových činitelů, svoji roli hraje také genetika, prostředí a vlastní osobnost.

¹⁹ Kudrle, S. in: Kalina, K. a kol., sborník *Drogy a drogové závislosti*, Úřad vlády české republiky, 2003, kapitola 2/1 Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti, s. 91.

Kudrle²⁰ uvádí, že biologie člověka hledá faktory, které by objasnily roli individuální predispozice k rozvoji závislosti na úrovni genetického přenosu a vrozených predispozic. Tyto faktory jsou však často přeceňovány. Psychologické aspekty jsou spjaty zejména s časnými stádii vývoje, s perinatálními traumaty, s případnými duševními poruchami, s poruchami osobnosti a s narušením emočních a kognitivních funkcí. Zvažuje se role rodiny, vztahů k ostatním a zejména pak k autoritám – byl popsán proces vzájemné závislosti v nefungujícím sociálním prostředí. Spirituální aspekty jsou spjaty se smyslem života, se vztahy s ostatními a s tím, co přesahuje vlastní já.

Dle Rotgerse²¹ má návykové zneužívání drog následky na všech těchto úrovních. Přidružuje se k nim navíc ještě úzkost ze samotného užívání, která vede k další konzumaci drog, přinášející ovšem ještě vyšší úzkost a negativnější důsledky. Dochází tak k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebe-posilující charakter. Vzniká bludný kruh, který požívání drog udržuje.

²⁰ Kudrle, S. in: Kalina, K. a kol., *sborník Drogy a drogové závislosti*, Úřad vlády české republiky, 2003, kapitola 2/1 *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*, s. 94.

²¹ Rotgers, F., *Léčba drogových závislostí*, Praha, 1999, Grada.

2.3. Marihuana

2.3.1. Složení, vlastnosti a způsob užití

Dle Popova²² jsou jako kanabinoidy souhrnně označovány psychoaktivní substance (hašiš, marihuana) pocházející z tzv. indického konopí *Cannabis sativa varindica*. Nejrozšířenější je její užívání v oblasti Himaláje. Roste ale i v mírném pásu a často je pěstována i u nás. Jedná se o jednoletou dvoudomou rostlinu (samčí a samičí jedinci), maximální vzrůst je kolem 2 metrů. Samičí rostliny bývají mohutnější a z hlediska obsahu psychotropních látek významnější. Indické konopí obsahuje více než 400 různých chemických látek a více než 60 druhů kanabinoidů. Klíčovou látkou, zodpovědnou za psychotropní efekt marihuany a hašiše je delta-9-tetrahydrokanabinol (THC), který je nositelem halucinogenních účinků. Ostatní cannabinoideální látky mají některé účinky také omamné, jiné sedativní, některé i antibakteriální. Účinné látky jsou obsaženy nejvíce v pryskyřici, která je produkována žlázkami na listech a v samičích květenstvích jako ochrana proti slunečnímu záření.

Popov²³ uvádí, že existují šlechtěné kultivary konopí s obsahem THC až okolo 20%. Marihuana („tráva“) je označení pro sušené listy a okvětní části, obsah THC v marihuaně se běžně pohybuje mezi 0,5-11%. Hašiš se vyrábí z pryskyřičnaté hmoty a obsah THC je pětinasobně vyšší než v marihuaně. Z hašiše se dá vyrábět ještě koncentrovaný hašišový olej s ještě vyšším obsahem THC. V poslední době dochází k nárůstu hydroponicky (indoor) pěstované marihuany, užívání marihuany z klasicky (venkovně, outdoor) pěstovaných rostlin však stále převažuje (s výjimkou Nizozemska).

Obvyklým způsobem konzumace je kouření, u nás nejčastěji cigaret balených z jemně nadrolených listů („jointy“). Hašiš se dá také kouřit a často se kouří z dýmky. Účinek marihuany dle Miovského²⁴ nastupuje obvykle během 10 až 20 minut po požití a podle obsahu účinné látky může trvat desítky minut až několik hodin. Popov²⁵ uvádí, že vylučování THC z organismu trvá velmi dlouho, biologický poločas je 30 hodin. Při chronickém užívání dochází k ukládání THC v organismu, následně pak může dojít k uvolnění THC z depozita a

²² Popov, P. in: Raboch, J. a kolektiv, *Psychiatrie*, Praha, 1999, Triton, s. 207 -208.

²³ Popov, P. in: Raboch, J. a kolektiv, *Psychiatrie*, Praha, 1999, Triton, s. 207 -208.

²⁴ Miovský, M., in: Kalina, K. a kolektiv, sborník *Drogy a drogové závislosti*, kapitola 3/5 Konopné drogy, s. 176.

²⁵ Popov, P., in: Raboch, J. a kolektiv, *Psychiatrie*, Praha, 1999, Triton s. 207 -208.

vyvolání účinku, který odpovídá bezprostřednímu účinku po požití, od kterého se liší jen velmi krátkým trváním (flashback). Marihuanu je možné užívat i perorálně (odvary, pečivo). Při požití je vstřebání velmi pomalé, nepravidelné, z hlediska průběhu bývá intoxikace daleko závažnější (důvodem je pozdní nástup účinku, proto i těžší odhad dávky než při kouření a délka intoxikace). Efekt nastupuje po delší době (první příznaky se objeví asi za 30 minut) a pomalu stoupá (vrcholu dosahuje po 1-5 hodinách), je proto větší pravděpodobnost předávkování, které sice nenese riziko úmrtí, ale která může vést k nepříjemně dlouhé intoxikaci s předem neodhadnutelným průběhem. To je také jedním z důvodů, proč většina uživatelů marihuany dává přednost kouření marihuany před jejím požíváním.

Ať je totiž obsah THC jakýkoliv, pro dosažení účinku mohou kuřáci regulovat jeho příjem větší nebo menší frekvencí a hloubkou vdechování, stejně jako je tomu u kouření tabáku. THC je velmi silné a k aktivování kanaboidních receptorů postačuje několik miligramů.

2.3.2. Účinky marihuany na mozek a chování

Popov²⁶ uvádí, že způsob, jakým kanabinoidy účinkují je komplexní, nicméně byla prokázána existence specifických receptorů jak v CNS, tak i periferně a byl rovněž objeven endogenní ligand anandamid. Předpokládá se i určitý, dosud ne zcela jasný efekt kanabinoidů na opioidní receptory.

Co se týče účinku na chování, Miovský²⁷ uvádí, že tak jako u všech psychotropních látek i tady je třeba zdůraznit, že výčet účinků nemůže být úplný. Nelze totiž nikdy s naprostou jistotou říci, jak bude intoxikace probíhat. Kromě samotného vlivu látky (a nejistoty co do její koncentrace) se totiž na průběhu a charakteru stavů podílí celkové „nastavení“ (setting) jedince, očekávání, prostředí, únava, individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů, z nichž každý může stavy během intoxikace velmi zásadně změnit.

Mezi nejcharakterističtější účinky konopných látek lze však podle Miovského²⁸ řadit tyto: sucho v ústech (často velmi intenzivní, někdy až nepříjemné), jemný pocit chladu a hlad. Nijak výjimečná není situace, kdy - přestože před intoxikací byla dotyčná osoba plně sytá - po

²⁶ Popov, P, in: Raboch, J. a kolektiv, *Psychiatrie*, Praha, 1999, Triton s. 208.

²⁷ Miovský, M., in: Kalina, K. a kolektiv, sborník *Drogy a drogové závislosti*, kapitola 3/5 Konopné drogy, s. 176.

²⁸ Miovský, M., in: Kalina, K. a kolektiv, sborník *Drogy a drogové závislosti*, kapitola 3/5 Konopné drogy, s. 176.

vykouření několika jointů sní „nášup“. Typická pro konopnou intoxikaci je dále deformace ve vnímání času - čas se zdá být delší, vše se jakoby vleče. Objevují se rovněž deformace ve vnímání prostoru a sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové iluze. Intoxikace tedy podle Goldsteina²⁹ narušuje schopnost řízení složitějších strojů, jako je auto, vlak, letadlo, apod.

Nejnápadnější abnormalitou v chování, vnímanou samotnou osobou pod vlivem konopí, jsou dále obtíže v udržení srozumitelné komunikace, možná právě kvůli neschopnosti vzpomenout si, co bylo právě řečeno. Potíže jsou popisovány jako zhoršená schopnost přemýšlet uceleným způsobem zaměřeným na cíl. K tomu se přidružují deficitory krátkodobé paměti a zhoršená schopnost učení. V pokusech snažících se popsat tyto účinky přesněji bylo dle Goldsteina zjištěno, že nové informace se pod vlivem drogy učí velice špatně nebo vůbec ne. To zřejmě hraje roli ve vzdělávání studentů kouřících marihuanu.

Lidé užívající marihuanu obvykle vyhledávají pocit pohody (euforie) – uvolněný, klidný, ospalý, snový stav, pocit přerušování kontaktu s obyčejným světem, při kterém myšlenky neovladatelně těkají a kuřákovi se zdají být veselí i věci, které pro pozorovatele nějak zvlášť humorné nejsou. Miovský³⁰ popisuje tento stav jako meditativní ponoření do vlastních pocitů, nálad, myšlenek a fantazií, svádějící k zabývání se jimi a hloubání.

Kuřáci marihuany mají také většinou pocit zvýšené psychické a emocionální vnímavosti, včetně pocitu větší mezilidské blízkosti. Zvýšení citlivosti ke všem druhům smyslových podnětů se dá demonstrovat a může souviset s výpověďmi o zvýšeném sexuálním potěšení. Tvrdí se také, že sexuální výkon se zvyšuje, ale to je kontroverzní. Podle Goldsteina není totiž jasné, které uváděné účinky konopí, jak je uživatelé vnímají, jsou opravdu skutečné a které jsou pouze součástí pozměněného stavu mysli.

Agresivní či depresivní rozlady, stejně tak jako panické a úzkostné stavy (tzv. „bad trip“), se dle Miovského³¹ objevují výjimečně a většinou spíše u osob k tomu různým způsobem disponovaných. Ne zcela ojediněle se může intoxikace projevit nevolností až zvracením. Někdy může dojít k plynulému přechodu od „žádoucích“ účinků k nežádoucím.

²⁹ V následujících odstavcích této kapitoly, není-li uvedeno jinak, je využit text: Goldstein, A., *Addiction: from biology to drug policy*, New York, Oxford University Press, 200, s. 199.

³⁰ Miovský, M., in: Kalina, K. a kolektiv, sborník *Drogy a drogové závislosti*, kapitola 3/5 Konopné drogy, s. 176.

³¹ Miovský, M., in: Kalina, K. a kolektiv, sborník *Drogy a drogové závislosti*, kapitola 3/5 Konopné drogy, s. 176.

2.3.3. Následky dlouhodobé užívání

Ohledně tohoto tématu se vedou na vědeckém poli stále diskuze a v literatuře panuje značná nejednotnost, zejména co se týče otázky existence amotivačního syndromu a závislosti.

Goldstein³² uvádí, že rozhodnout, zda mají návykové látky dlouhotrvající účinek na chování, je obtížné: nikdy totiž nevíme, jací byli uživatelé předtím, než poprvé vyzkoušeli marihuanu. U běžných uživatelů totiž nikdy nemůžeme odlišit příčinu od následku. Jakékoliv abnormality v chování, které můžeme pozorovat, nemusí být vůbec způsobeny drogou, ale mohou se vyskytovat ještě před prvním užitím a není vyloučeno, že existují faktory, kvůli kterým je někdo k závislosti náchylnější.

Marihuanový kouř obsahuje více karcinogenů než tabákový, takže poškození a rakovina plic představují pro těžké kuřáky opravdové riziko. Bylo doloženo i narušení hormonální rovnováhy, obzvláště u pohlavních hormonů. Tyto účinky vyplývají z působení THC v hypothalamu, části mozku, který kontroluje vylučování hormonů hypofýzy. Opakované podávání THC dobrovolníkům za kontrolovaných podmínek způsobilo u mužů snížení počtu spermií, pokles hladiny testosteronu a zmenšení pohlavní touhy, u žen narušilo menstruační cyklus. Všechny tyto dopady byly po přerušení užívání drog vratné.

Při jednom experimentu, kdy byly opice přinuceny pět dní v týdnu po šest měsíců vdechovat kouř z jedné marihuanové cigarety denně, bylo patrné strukturální poškození jejich mozkových buněk. V obdobném experimentu bylo u opic pozorováno významné snížení počtu a velikosti mozkových buněk, s následkem rozšíření (centrální dutiny) mozku, což je známka ztráty tkáně. U pokusů s krysami, při nichž se jim podávalo THC po dobu devadesáti dnů v množství odpovídajícím hladině THC v krvi kuřáků kouřících několik marihuanových cigaret denně, došli vědci ke srovnatelným nálezům. Mikroskopické změny pozorované v mozku byly patrné hlavně v hippocampu, kde nervové buňky zakrněly a snížil se počet synapsí. Tento nález se shodoval s dlouhodobými následky na chování krysy, kterým byly poškozeny části hippocampu. Kromě toho je zajímavé, že kanabioidní receptory jsou obzvláště nahuštěné v hippocampu a v kůře mozkové, oblastech mozku zaměřených na paměť a kognitivní dovednosti. Další mozková oblast bohatá na kanabioidní receptory je mozeček, oblast myšlení pokládána donedávna za odpovědnou hlavně za rovnováhu a jemné svalové

³² V následujících odstavcích této kapitoly, není-li uvedeno jinak, je využit text: Goldstein, A., *Addiction: from biology to drug policy*, New York, Oxford University Press, 2001; s. 200-202.

pohyby. Dnes víme, že mozeček se účastní také paměťového zpracování a procesu rozhodování. Schopnost úsudku, koncentrace a paměť se tedy zhoršují. Na druhou stranu se kanaboidní receptory prakticky nevyskytují v částech mozku kontrolujících srdeční tep, stahování nebo rozšiřování krevních cév a rychlost a hloubku dýchání. To vysvětluje, proč při intoxikaci nedochází k ohrožení životních systémů – není tedy známo žádné úmrtí v důsledku předávkování marihuanou. Přestože poškození lidského mozku vědci přesvědčivě neprokázali, nálezy u krys a opic jsou zneklidňující.

Souhrn účinků spojených s chronickým užíváním marihuany může zahrnovat apatii, ztrátu výkonnosti, zúžení kapacity k realizaci záměrů a dlouhodobých plánů, sníženou frustrační toleranci, roztěkanost a obtíže při vykonávání rutinních činností. Nápadná je ztráta zájmu o sebereflexi a o dosažení osobních cílů, která se označuje jako „amotivační syndrom“. Existence takového syndromu však není podpořena vědeckým důkazem a bohužel ani v principu není možno relevantní vědecký důkaz získat. Není pochyb, že chroničtí uživatelé marihuany často odmítají životní styl zaměřený na cíl a styl života moderní městské civilizace. Nelze ale říci, zda je to v první řadě důsledek užívání konopí, nebo naopak důvod k jeho užívání. Ať je to ale jakkoliv, terapeuti vědí, že se část uživatelů – evidentně větší než se v minulosti myslelo – stane nutkavými uživateli. A stejně jako je tomu u ostatních návykových látek, vyhledávají léčbu teprve tehdy, když propadnou konopí natolik, až se zdá, že ovládlo jejich život a vyřadilo z něho všechny ostatní aktivity.

Když se THC přestane zvířatům podávat, dojde k významnému omezení činnosti dopaminové cesty odměny. U chronických uživatelů marihuany abstinenci syndrom sestává z podrážděnosti, neklidu, ztráty chuti, nespavosti, strachu, pocení, a někdy nevolnosti, zvracení a průjmu. Většina symptomů abstinence je spíše behaviorální než psychické povahy, stejně jako je tomu u nikotinu nebo kokainu. V minulosti se proto o skutečné existenci abstinenci syndromu pochybovalo.

Britský časopis *British Medical Journal*³³ v roce 2006 zveřejnil rozsáhlou srovnávací studii, upozorňující na negativní následky dlouhodobého užívání konopí. Následující text je stručným výtahem zmíněné studie:

K hlavním dlouhodobým rizikům užívání marihuany patří psychická závislost, kterou si mnozí pravidelní uživatelé ani nemusí uvědomit. Zvláště ohroženi jsou lidé s již

³³ V následujících odstavcích této kapitoly využít text: Zdroj: ČTK <http://drogy.doktorka.cz/psychicke-nasledky-dlouhodobeho-uzivani/>; 28.11. 2007; 15,20 hod.

existujícími duševními chorobami, jako je například schizofrenie, protože konopí v jejich případě obvykle vyvolává recidivu choroby a zhoršuje existující symptomy.

Psychickým stavem kuřáků marihuany se zabývala například v roce 1996 studie uskutečněná na Novém Zélandu mezi tisícovkou mladých lidí ve věku od 18 do 25 let. Zkušenost s marihuanou přiznalo 38 procent z nich. Z tohoto počtu téměř čtvrtina zaznamenala záchvaty paniky či úzkostný strach, přičemž ženy byly o polovinu náchylnější k podobným symptomům.

Podobné výsledky měla i další studie v roce 1998, která se zaměřila na 268 kuřáků marihuany, kteří této droze holdovali nejméně deset let a průměrně kouřili dva jointy denně. Mezi jejich nejobvyklejší vedlejší účinky patřily pocity strachu, paranoie či deprese (21 procent) a únava spojená s nízkou motivací (rovněž 21 procent).

Dlouho se věřilo, že užívání marihuany a hašiše nevyvolává závislost a abstinenci příznaky, ovšem od poloviny sedmdesátých let 20. století řada studií prokazuje opak. Zdokumentovány jsou abstinenci příznaky, podle nichž je závislý během prvního týdne abstinence „nepřátelský“. Objevuje se také nepřirozený hlad a nespavost, anebo naopak odmítání jídla, neklid, strach, svalový třes, pocení či průjem. Podle studie z roku 1996 uvádí 35 procent konzumentů marihuany, že nemohou s jejím kouřením přestat, i když by si to přáli, dalších 24 procent pokračuje, přestože jim to působí problémy a 13 procent cítí, že nedokáží spotřebu drogy kontrolovat.

Miovský³⁴ oproti tomu uvádí, že obecně je odborníky sdílen názor, že konopné drogy nevyvolávají fyzickou závislost a psychická závislost se dostavuje asi u 8-10% dlouhodobých uživatelů. Při užívání těchto drog není popisován ani vzestup tolerance, který by vedl k vzrůstajícím potřebným dávkám ani odvykací příznaky.

Diskutuje se také role kanabinoidů jako vstupní drogy („gateway drug“). Popov³⁵ uvádí, že tato role bývá sice zkreslována, akutní ovlivnění psychoaktivní substancí však podle něj může ovlivnit rozhodnutí zkusit jinou drogu a rovněž při užívání kanabinoidů ve společnosti, kde se vyskytují i jiné drogy, může snáze dojít k jejich konzumaci.

³⁴ Miovský, M., in: Kalina, K. a kolektiv, sborník *Drogy a drogové závislosti*, kapitola 3/5 Konopné drogy, s. 176.

³⁵ Popov, P., in: Raboch, J. a kolektiv, *Psychiatrie*, Praha, 1999, Triton s. 209.

2.3.4. Epidemiologie užívání marihuany u nás a v EU³⁶

2.3.4.1. Prevalence a vzorce užívání konopí v rámci celé populace

Konopí je v celosvětovém měřítku nejužívanější nelegální drogou a látkou, která je v Evropě předmětem debat o drogách již od šedesátých let 20. století, kdy se její užívání stalo prakticky synonymem vznikající alternativní kultury mladých lidí. Některé čerstvější údaje nicméně naznačují, že vzrůstající trend se zpomaluje, byť na historicky nejvyšší úrovni.

Podle konzervativního odhadu konopí užije alespoň jednou (celoživotní prevalence – počet všech) více než 70 milionů dospělých Evropanů, což je v průměru téměř čtvrtina (22 %) všech obyvatel ve věku 15 až 64 let. Pokud od celoživotní prevalence přejdeme ke zkušenosti s drogou v posledním roce, objem užívání konopí klesá, ale nadále zůstává značný. Podle odhadů v posledním roce užilo konopí více než 23 milionů dospělých Evropanů, což představuje průměrně asi 7 % populace ve věkovém rozmezí 15 až 64 let. Národní údaje se pohybují mezi 1 % a 11,2 %, v České republice je to 9,3 %. Odhady užití konopí v posledním měsíci zahrnují spotřebitele užívající konopí pravidelněji, což však nemusí nutně znamenat intenzivní užívání³⁷. Odhaduje se, že 13,4 milionu dospělých Evropanů užilo drogu v uplynulém měsíci, průměrně okolo 4 % populace ve věkovém rozmezí 15 až 64 let. Národní údaje se pohybují mezi 0,5 % a 8,7 %.

2.3.4.2. Vzorce užívání konopí

Jak je zmíněno výše, míra užívání konopí, podobně jako většiny ostatních nelegálních drog, je výrazně vyšší u mladých lidí, ačkoli i zde lze sledovat značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Konopí rovněž daleko více užívají muži než ženy, přestože tento rozdíl je méně zjevný u mladých lidí. Obecně se poměr počtu mužů k počtu žen zvyšuje, pokud jde o užití drogy v nedávné době, avšak opět lze pozorovat značné rozdíly mezi zeměmi.

³⁶ V celé následující kapitole využit text: EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost), Výroční zpráva za rok 2007 – Stav drogové problematiky v Evropě; kapitola 3 – Konopí, s. 37-48 <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index419EN.html>; 10.1. 2008; 16,15 hod.

³⁷ Dosud neexistuje žádná obecně přijímaná definice „intenzivního užívání konopí“. Jedná se však o široký termín, jímž se označuje užívání konopí, jež překračuje jistý práh četnosti. Nemusí sice nezbytně znamenat existenci „závislosti/zneužívání“ či jiných problémů, ale má se za to, že zvyšuje riziko negativních důsledků, a to včetně závislosti. „Každodenní nebo téměř každodenní užívání“ je definováno jako užívání látky 20 či více dnů za posledních 30 dnů. Tento orientační bod se ve studiích často používá a je odvozen z evropského vzorového dotazníku.

Mnozí uživatelé konopí zpravidla přestávají drogu užívat po krátkém období experimentování a míra jejího užívání obecně klesá s rostoucím věkem jedince. Sledovat drogovou kariéru uživatelů konopí v dostupných údajích a určit změny ve vzorcích užívání v průběhu času je však obtížné. Určitý vhled do této problematiky může nabídnout porovnání hlášené celoživotní prevalence s údaji o užití drogy v poslední době. V průměru z této analýzy vyplývá, že 32 % veškerých dospělých (ve věku 15 až 64 let), kteří někdy v životě užili konopí, tak učinilo v posledním roce a 18 % v posledním měsíci. Tyto poměrné údaje, které se rovněž označují jako „míra pokračujícího užívání“, se mezi zeměmi významně liší a jsou ovlivněny mnoha faktory, včetně historického vývoje užívání konopí v dané zemi a počtu nových případů.

I přes rostoucí znepokojení nad pravidelným či intenzivním užíváním konopí je k dispozici značně omezené množství informací, které by byly nutné k prozkoumání této problematiky. Podle hrubého odhadu EMCDDA za rok 2004 provedeného na základě omezených údajů přibližně 1 % dospělých Evropanů, to je zhruba 3 miliony lidí, je každodenními či téměř každodenními uživateli konopí. V blízké budoucnosti se očekává aktualizace tohoto odhadu. Z některých zemí jsou k dispozici informace o nárůstu u pravidelného nebo intenzivního užívání konopí, avšak pouze Španělsko uvádí podobné údaje o každodenním užívání, které vzrostlo z 0,7 % v roce 1997 na 2 % v roce 2006.

Dalším důležitým úkolem v této oblasti je lepší pochopení faktorů souvisejících s ukončením užívání drogy. Jak je uvedeno výše, většina uživatelů konopí s užíváním této drogy po určité době končí. Pochopení faktorů spojených s ukončením užívání má nesporný význam pro návrh opatření v této oblasti. Některé informace již začínají být k dispozici, například průzkumem obyvatelstva ve Francii v roce 2005 se zjistilo, že ti, kteří někdy ve svém životě užili konopí, avšak neužili jej v posledním roce, uvádějí ve většině případů (80 %) jako důvod neužívání drogy prostý nezájem o ni, a to navzdory skutečnosti, že většina dospělých (téměř 60 %) připustila, že by získání konopí v případě jejich zájmu bylo snadné.

2.3.4.3. Trendy v užívání konopí dospělými

Sledování trendů užívání drog v Evropě komplikuje nedostatek spolehlivých údajů v časových řadách. Od začátku 90. let 20. století však stále více zemí začíná provádět průzkumy, z nichž některé nyní začínají přinášet cenné poznatky o vývoji trendů. Časové řady získané z průzkumů mohou vnést světlo do problematiky užívání konopí v Evropě. Jedno ze zjištění odhaluje významné časové rozdíly mezi vlnami popularity v různých zemích

pozorovanými u užívání drogy od 60. let 20. století, kdy se droga začala šířit. Na základě důkazů získaných průzkumy lze vyvodit závěr, že výrazný vzestup užívání konopí zaznamenaly v průběhu 90. let 20. století téměř všechny země EU. Tento nárůst pokračoval v mnoha zemích až do nedávné doby, ačkoli v některých státech lze nyní sledovat známky stabilizace, zejména u osob, jež lze zařadit do skupiny s vysokou prevalencí.

V případě České republiky, jako země s vysokou mírou prevalence, je odhadovat trendy na základě dostupných dat obtížné – i když údaje o mladých dospělých naznačují, že hodnoty prevalence možná mírně poklesly.

2.3.4.4. Užívání konopí mezi mladými dospělými a studenty

Míra užívání konopí mladými lidmi se v závislosti na sledované zemi diametrálně liší, přičemž údaje se pohybují mezi 3 % a 49,5 % mladých dospělých Evropanů (15 až 34 let), kteří užili drogu alespoň jednou v životě, 3–20 % těch, kteří ji užili v posledním roce, a 1,5–15,5 % mladých dospělých, kteří konopí užívali v posledním měsíci. Česká Republika pak patří mezi státy s nejvyššími hodnotami užití drogy v posledním roce.

V průměru 30 % mladých dospělých hlásí užití drogy alespoň jednou za život, 13 % v posledním roce a více než 7 % v posledním měsíci.

Omezíme-li pozornost na mladé lidi ve věku 15 až 24 let, pak se odhady celoživotní prevalence pohybují mezi 3 % a 44 % (přičemž většina zemí hlásí údaje mezi 20 a 40 %). Údaje o prevalenci užití v posledním roce spadají do rozmezí 4 % až 28 % (ve většině zemí 10–25 %) a o prevalenci užití v posledním měsíci se pohybují v rozpětí 1 % až 19 % (ve většině zemí 5–12 %). U mužů v této věkové skupině jsou uváděné odhady ještě vyšší. Užití drogy alespoň jednou v životě připustilo 11–51 % mladých mužů (ve většině zemí 25–45 %), v posledním roce 5–35 % (ve většině zemí 15–30 %) a v posledním měsíci 1,7–23,7 % (ve většině zemí 6–20 %).

Celkový obraz získaný ze školních průzkumů je podobný výsledkům průzkumů mezi dospělými.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Cíle práce

Mým záměrem je vytvořit mapující studii, která se bude zabývat tím, jak pravidelní kuřáci marihuany prožívají svůj život, jak ho hodnotí a jakou roli v tom hraje užívání marihuany. Budu se také zabývat tématem, zda se tato skupina vyznačuje nějakými specifickými společnými znaky, názory či pohledem na společnost a na svět vůbec, a jakou roli v tom hraje užívání marihuany. Ústředním cílem je zmapovat, do jaké míry pravidelné kouření marihuany dokáže ovlivnit kvalitu života, jak sami kuřáci marihuany tento vliv reflektují, a postihnout tak nejen zásadní negativní, ale i pozitivní momenty užívání této látky.

Mým hlubším cílem ale je, čemuž odpovídá i zvolená metodologie, podívat se na život člověka, který drogu užívá jeho vlastníma očima. Budu se věnovat motivacím, které ho k užívání vedou, klíčovým okamžikům, které rozhodly o tom, že tuto drogu užívá a proč chce či nechce tuto drogu dále užívat. Největší pozornost hodlám věnovat jeho celkovému pohledu na svět, jeho hodnotám a životním cílům a v neposledním řadě i tomu, co naplňuje jeho život smyslem. Ráda bych ukázala tvář konkrétního člověka - uživatele drogy, která se podle mě ve standardních výzkumech návykového chování poněkud ztrácí.

V rozhovorech se budu zaměřovat hlavně na oblast zdraví, zájmů, trávení volného času, životní cíle, hodnoty, kvalitu vztahů, apod.

Prameny využiji spíše jako teoretickou základnu pro strukturování otázek. Mají hodnotu rámce, v němž se budou rozhovory odehrávat, neboť naznačují problémy, s kterými se kuřáci marihuany potýkají nebo mohou potýkat.

3.2. Popis vzorku

Vzhledem k tomu, že bych ráda hlouběji nahlédla do života kuřáka marihuany a nechtěla přinést jen statistické údaje, kterých je ostatně dostatek, volím kvalitativní metodu výzkumu. Skupinu zpovídaných osob tvoří pět lidí. Jsou v ní zastoupena obě dvě pohlaví a vzorek jsem vybírala tak, aby byly zastoupeny různé věkové skupiny a různá společenská i ekonomická postavení. Lidé, se kterými jsem dělala rozhovor, pocházejí výhradně z Prahy a středočeského kraje. Jedná se o osoby, s kterými jsem již byla dříve v kontaktu, ale zároveň jsem respondenty vybírala z různých společenských okruhů. Z hlediska dobrého navázání kontaktu a snadnějšího vytvoření atmosféry důvěry a otevřenosti jsem tento způsob výběru pokládala za vhodnější než jiné způsoby oslovování respondentů.

Jako kritériem pro výběr jsem si stanovila dospělost a pravidelné dlouhodobé kouření marihuany. Všichni lidé, které jsem vybrala, kouří marihuanu pravidelně, většinou minimálně jednou týdně, někteří i každodenně, po několik let. Dalo by se říci, že u všech respondentů patří kouření marihuany k jejich životu a stalo se součástí jejich životního stylu. Nejvíce respondentů byli muži mezi 23 – 30 lety, což odpovídá i studiím ESPADD (viz teoretická část, kapitola 2.3.4.)

Nepochybně je také rozdíl v tom, o jaký typ marihuany se jedná. Z hlediska toho, jak může marihuana ovlivňovat kvalitu života, se mi zdálo nejvhodnější zaměřit se na lidi kouřící šlechtěnou marihuanu s vysokým obsahem THC, kde je způsob, jakým marihuana může ovlivnit kvalitu života, patrnější. I když jsem si vědoma toho, že vzorek následkem toho není příliš reprezentativní a zjištění se nedají vztáhnout například na kuřáky marihuany s nižším obsahem THC.

3.3. Použité metody

Protože jsem se rozhodla pro zkoumání toho, jak svůj život prožívají sami kuřáci marihuany, zvolila jsem kvalitativní metodu výzkumu, která nabízí možnost pracovat s každým dotazovaným individuálně a do hloubky. Rozhodla jsem se pro formu polo-strukturovaného rozhovoru.

Při tvorbě otázek a v rozhovorech jsem vycházela nejen z dosavadních odborných poznatků (viz teoretická část), ale i z vlastní zkušenosti. Zvolila jsem metodu měření kvality života, kde je hodnotitelem sama daná osoba. Pro tyto účely jsem se nechala inspirovat metodou zjišťování kvality života SEIQoL. Otázky jsem se rozhodla začlenit do rozhovoru, a to z důvodu větší ucelenosti a spontánnosti výpovědí. Tento způsob aplikace metody SEIQoL jsem si nejprve vyzkoušela v před-výzkumu u dvou respondentů.

3.4. Průběh výzkumu

3.4.1. Před-výzkum

V před-výzkumu jsem zjišťovala zejména vhodnost otázek, které jsem pro strukturovaný rozhovor měla připravené. A také vhodnost začlenění metody SEIQoL do rozhovoru.

Otázky jsem rozdělila do několika tématických okruhů, jichž jsem se držela i při vedení rozhovoru. Otázek jsem měla nejprve připravených mnoho, ale v rámci před-výzkumu jsem zjistila, že takové množství otázek respondenty příliš zahlcuje a vlastně ani neodpovídá záměru polo-strukturovaného rozhovoru, který jsem si stanovila jako výzkumnou metodu. Proto jsem zredukovala počet otázek na minimum a držela jsem se jen tématických okruhů.

Zamýšlela jsem se také nad řazením otázek. To jsem zvolila nakonec rovněž podle toho, co ukázal před-výzkum: že je lepší začít otázkami hodně všeobecnými. Respondenti se často rozhovořili o spoustě témat sami a některé otázky tak nebylo nutné vůbec klást.

Osvědčilo se mi také začít okruhy otázek, které se netýkaly přímo kouření marihuany nebo závislosti, ale které se týkaly spíše kvality života. V před-výzkumu jsem zvolila pořadí opačné a respondenti tím byli poněkud zaskočení.

Zjistila jsem také, že je v hodné používat běžné slangové výrazy. Nevznikali pak pochybnosti a zbytečné diskuze, na co se vlastně táži. Měla jsem také pocit, že se tak respondentům více přiblížím. Respondenti v rámci před-výzkumu sami hovořili o tom, že jim tento způsob vedení rozhovoru vyhovoval.

3.4.2. Samostatný výzkum

Původně jsem oslovila šest respondentů, všichni moji žádost o rozhovor přijali s nadšením. Jednoho respondenta jsem ale bohužel musela z výzkumu vyloučit z důvodu náhlé nemoci. Konečný počet respondentů tedy zůstal na pěti.

Respondentům jsem ve všech případech tykala, protože jsem s nimi byla již dříve v kontaktu. Všechny rozhovory jsem po předchozí domluvě zaznamenával na diktafon.

V prvním okruhu jsem vycházela z metody zjišťování kvality života SEIQoL. Tam kde to bylo možné a rozhovor plynul hladce, poskytla jsem respondentům pouze vodítka a nechala je, aby se rozhovořili. Kde to možné nebylo, nechala jsem se inspirovat doplňujícími otázkami, které uvádí v literatuře Křivohlavý³⁸. Ohodnocení spokojenosti s dosahováním vytyčených životních cílů probíhalo slovně v průběhu rozhovoru.

V druhém okruhu otázek jsem se zaměřovala na zdraví, coby nezbytnou podmínku pro kvalitní život, a to jak na fyzickou stránku, tak na psychický stav. Vycházela jsem z definic zdraví uváděných v teoretické části.

Třetí okruh otázek se týkal rodinné anamnézy a dětství. Zde jsem se pokoušela ponechat respondentům co největší prostor na volné odpovědi.

Čtvrtým okruhem byl vývoj návykového problému. Zde jsem se musela respondentů hodně doptávat na některé podrobnosti.

Pátou skupinou otázek (viz příloha č.2) jsem zjišťovala možnou přítomnost psychické závislosti. Závislost jsem zjišťovala jako faktor, který může ovlivnit kvalitu života. Vycházela jsem z definice dle Mezinárodní klasifikace nemocí a používala jsem i některé otázky, které jsou uvedeny na internetových stránkách anonymních kuřáků marihuany³⁹.

Pátý okruh rozhovoru se týkal témat, která s předchozího hovoru vyplynula pro toho kterého konkrétního člověka jako důležitá.

³⁸ Křivohlavý, J., *Psychologie zdraví*, Praha, Portál, 2003.

³⁹ <http://www.marijuana-anonymous.org/Pages/12quest.html>; 18.12. 2007; 13:30 hod.

Na závěr jsem respondentům dávala možnost vyjádřit se k dané problematice podle jejich přání. Měli možnost sdělit mi cokoliv k tématu, co by se jim ještě zdálo důležité, popřípadě i něco, co jsme v rozhovoru opomenuli, k čemu jsme se nedostali nebo od čeho jsme utekli. Ptala jsem se i na pocity z rozhovoru.

Při prvním rozhovoru jsem se ještě poměrně důsledně držela připravených otázek. Při třetím rozhovoru jsem připravené otázky už téměř nepoužívala a držela jsem se jen tématických okruhů. Pořadí otázek respektive i tématických okruhů jsem volila podle aktuálního vývoje rozhovoru.

V průběhu výzkumu jsem si stále více uvědomovala, že můj prvotní můj zájem, z něhož vyrostlo i téma práce, byl zájem o člověka a že téma kouření marihuany bylo jen úhlem pohledu, kterým se na člověka a jeho prožívání podívat. Ke kořenům mých motivací jsem se zároveň dobrala až tehdy, kdy už byla polovina práce hotová. Vystávala tedy pro mne otázka, jak k tématu přistoupit, abych dostála stanovenému tématu práce a zároveň abych se věnovala tomu, co pro mne vystalo jako důležité, tedy člověku jako osobě.

Můj první hnací motor bylo totiž ukázat, jak může kouření marihuany kvalitu života negativně ovlivnit. Čím dál tím více ve mně ale narůstal pocit, i v souvislosti s tím, co jsem se dočetla o způsobech měření kvality života, že takové hodnocení není v mé kompetenci. Stupňoval se pak ve mně nakonec odpor cokoliv nebo kohokoliv hodnotit, činit nějaké závěry a později i vůbec nějakým způsobem výpovědi respondentů interpretovat. Rozhodla jsem se tedy uvádět alespoň některé výpovědi v původním znění.

Můj původní předpoklad, že pokud budu dělat rozhovor s lidmi, se kterými se znám, bude možné jít daleko více do hloubky a lidé se nebudou bát se otevřít, se ukázal jako poněkud mylný. Příčinu vidím v samotném rámci rozhovoru, zejména v tom, že nebyl spontánní: předem domluvené místo setkání, čas, účel rozhovoru, navíc používání diktafonu, apod.

Všimla jsem si také, že rozhovorem jsem někdy otvírala otázky, u nichž bylo vidět, že si je ten který člověk sám zatím nepoložil. I pro mne z rozhovoru vystávaly otázky, na které jsem později sama v sobě hledala odpovědi. Otázkou byl pro mě zejména samotný způsob vedení rozhovoru, tak aby se při něm účastníci výzkumu cítili příjemně a zároveň abychom se mohli dotknout i citlivějších a ne tolik příjemných témat. Každý další rozhovor byl pak z mé strany o tyto nové odpovědi obohacen. Jednalo se tedy o vývoj, kdy každý další rozhovor byl reakcí na rozhovor předchozí. Rozhovory proto uvádím v pořadí, v němž probíhaly.

3.5. Výsledky

Získaná data z rozhovorů jsem zpracovala do podoby kasuistik, protože jejich forma umožňuje zachytit individuální zvláštnosti každého jednotlivého člověka.

Vycházela jsem ze schématu kasuistik běžně používaných v psychiatrii. Některé kategorie, jako je například návrh léčby, jsem však s ohledem na cíle mé práce vypustila. Přidala jsem naopak samostatnou kategorii věnující se kvalitě života.

Pro větší živost jsem se rozhodla zkoumané osoby v kasuistikách označovat křestním jménem. Podotýkám však, že uvedená křestní jména nejsou skutečná jména respondentů, z důvodu důsledného zachování jejich anonymity. Z důvodu větší opravdovosti jsem se také rozhodla v některých případech citovat vlastní výpovědi respondentů a používat také jejich slangové výrazy – odlišené uvozovkami. I když jsem si vědoma toho, že tento způsob zpracování poněkud neodpovídá formě odborné kasuistiky. Domnívám se také, že tak spíše vyniknou specifika jednotlivých osob účastnících se studie.

3.5.1. TOBIÁŠ

Základní charakteristika zkoumané osoby:

Tobiášovi je 22 let. Vystudoval osmileté gymnázium s maturitou. V současné době studuje vysokou školu v oboru informačních technologií. Mezi jeho nejmilejší zájmy patří hraní počítačových her, literatura a hra „fotbálku“⁴⁰. Způsob svého života charakterizuje slovy: „*Žiju pro okamžik, stejně jako pro věčnost v okamžiku*“.

Marihuanu kouří pravidelně od patnácti let, s užíváním této látky se však setkal již ve třinácti letech. Sám Tobiáš svůj vztah k marihuaně popisuje jako závislost, ta se u něj objevuje již po roce pravidelnějšího užívání, tedy v šestnácti letech. V současné době je intenzivním kuřákem marihuany.

Anamnéza a dětství:

Oba dva rodiče i prarodiče kouřili tabákové výrobky, matka je kuřáčkou doposud. Jiné návykové chování v rodině není známo. Tobiáš má jednu mladší sestru. Dětství popisuje Tobiáš jako radostné období života. Sám sebe jako nadšené, aktivní, zvědavé dítě, nicméně trochu se sklony k agresivitě a hyperaktivitě.

Chování rodičů popisuje jako příliš zaměřené na školní výkon, pocítuje nedocnění v jiných oblastech. Rozvoj návykového chování by podle něj mohl souviset s určitou formou vzdoru. Situaci líčí tak, že když ho stejně za jeho snažení nikdo neoceňoval, přestal se snažit a začal dělat pravý opak.

V adolescenci se vyostřují spory s rodiči a také s babičkou, která s nimi bydlela a o děti se přes den starala. Tobiáš také začíná žárlit na mladšího sourozence, který měl prý výhodnější postavení. Hovoří o tom, že měli společný pokoj a musel kvůli mladší sestře chodit spát dřív, než by to bylo v jeho věku vhodné. Rodiči byl dle svých slov celkově dosti omezován, musel chodit brzy domů, dostával prý nepřiměřené málo peněz, apod. Koníčků a zájmů měl v té době Tobiáš mnoho, ale prý u ničeho příliš dlouho nevydržel.

Vývoj návykového problému:

Od třinácti let kouří tabákové výrobky, kouření přerůstá v závislost přetrvávající dodnes, rekreačně užívá také alkohol. V patnácti letech začíná pravidelněji kouřit marihuanu,

⁴⁰ stolní hra pro čtyři hráče, hrací stoly se nejčastěji nacházejí v hospodském prostředí.

kouření se však omezuje pouze na páteční, případně sobotní večery. Velkou roli sehrávají v této době vrstevníci. V začátcích ho na kouření marihuany nejvíce láká pozitivní ovlivnění nálady.

Poté následuje několik špatných zkušeností, na jejichž základě Tobiáš užívání látky přerušuje. Trpěl prý paranoidními myšlenkami, že mu někdo podstrčil silnější drogu a pocitem, že jsou všichni proti němu. Na tělesné úrovni se navíc akutní intoxikace projevovala nevolností a zvracením. V té době marihuanu kouřil výlučně v partě kamarádů, „jointa“⁴¹ si ještě neuměl sám ubalit

Po tři čtvrtě roce se ke kouření marihuany vrací, špatné zážitky se již neopakují. Kouření marihuany se zatím omezuje na kouření s partou kamarádů a spíše na večerní než na denní čas. Zlom podle Tobiáše nastává v momentě, kdy se naučí sám si „jointa“ ubalit. Marihuanu si potom začíná pravidelně kupovat a postupem času také dává přednost kouření o samotě. Mluví o zvyšující se toleranci. Uvádí, že kouření v partě už nevede k žádoucímu ovlivnění nálady. Marihuanu začíná kouřit několikrát denně každodenně.

Sám na sobě pozoruje změny chování, zhoršuje se školní výkon i vztahy s rodiči a spolužáky. Začíná se izolovat od společnosti, chodí často za školu, má problémy s autoritami všeobecně a stýká se převážně s vrstevníky, kteří jsou také kuřáky marihuany. Zužuje se i okruh zájmů, návštěvy hospod jsou častější a objevuje se nový zájem „hra fotbálku“. Tyto zájmy přetrvávají až do současnosti, více času však tráví doma a méně ve společnosti. Tobiáš hovoří o lenosti a pocitu otupělosti.

Vážně se o abstinenci nikdy nepokoušel, nejdéle abstinoval dva týdny, když byl na dovolené a k látce neměl přístup.

Současný stav a prognózy:

Denně vykouří okolo jednoho gramu šlechtěné marihuany, kterou si sám kupuje. Tobiáš popisuje svůj stav jako psychickou závislost, která se podle něj stále prohlubuje. Přesto ale prý většinou žádoucího stavu nedosahuje, látku dle jeho slov potřebuje především proto, aby ukojil závislost. Závislost na marihuaně přirovnává závislosti na tabáku. Nejraději prý marihuanu kouří po ránu, po jídle a večer.

K dosažení žádoucího stavu potřebuje prý také stále větší množství látky a náklady na drogu se tím zvyšují. Finanční prostředky ke koupi marihuany získává Tobiáš zejména od rodičů, ti o jeho návyku však nemají tušení, občas si proto půjčuje od kamarádů.

⁴¹ Nadrolené či nadrcené kousky marihuany často ještě smíchané s tabákem a zabalené do podoby cigarety

Co se týče vlivu na psychiku a chování, Tobiáš pozoruje zhoršení krátkodobé paměti, při komunikaci si prý těžko vybavuje některá slova, je nesoustředěný, roztěkaný a náladový. Pronásledují ho též nutkavé myšlenky na drogu. Má nepravidelný denní režim s je prý také často nedochvilný. Potíže mu činí také nerozvážné vydávání peněz. Ubývá mu zájmů, věnuje malou péči mezilidským vztahům a vůči druhým lidem trpí pocitem nedůvěry.

Dále Tobiáš zaznamenává zhoršení studijních výsledků a pracovní výkonnosti. Mluví o častých absencích, nezájmu o práci, nesložených zkouškách, opakování ročníku, apod. Převažuje u něj pesimistické vidění světa, špatná nálada, chybí mu zdravá radost. Tobiáš mluví o tom, že mu téměř na ničem nezáleží a že není nic, co by považoval za nějak zvlášť důležité.

Pozoruje i škodlivý vliv na tělesné zdraví, trpí chronickou rýmou a bronchitidou, vyskytují se kožní problémy a bolesti zápěstí.

Do budoucna by se prý rád závislosti zbavil, absolutní abstinenci však vylučuje. Chybí mu také motivace, okolí jeho závislost částečně toleruje, závažnější životní krize i problémy ho dosud minuly. Terapii či jakoukoliv jinou poradu s odborníkem odmítá. Na svoji závislost nahlíží jako na čistě svůj osobní problém. Vložit se do rukou odborníka by dle svých slov považoval za osobní selhání, je to pro něj otázka cti a důstojnosti.

Ve svém životě pozoruje mnoho menších problémů, které připisuje závislosti na marihuaně. V podstatě je ale se svým životem spokojený, o budoucnosti a případných škodlivých následcích, které by užívání v budoucnosti mohlo přinést příliš nepřemýšlí a zatím tedy nechce nic měnit. Kouření marihuany ho prý obohatilo hlavně tím, že většina hodnot materiálního světa pro něj přestala být důležitá.

kvalita života:

S vyjmenováním pěti životních témat neměl žádné větší potíže, témata se však prolínají. Uvádí také, že ho život příliš netěší. Své životní cíle stanovuje takto:

1. vlastní intelektuální rozvoj a poznání
2. dobré mezilidské vztahy
3. zájmy
4. duševní spokojenost
5. uplatnění se ve světě

Tobiáš hovoří o tom, že by rád nějakým způsobem přispěl světu, možná nějakým výzkumem, který by mohl něco změnit a i jeho prosazením. V tomto směru ho zajímá hlavně obecné vzdělávání. Rád by dosáhl rovnováhy mezi povinnostmi a zábavou.

3.5.2. MARIKA

Základní charakteristika zkoumané osoby:

Marice je 24 let, vystudovala gymnázium s maturitou. Úspěšně absolvovala bakalářské studium a v současné době studuje magisterské studium. Pracuje také jako koordinátora v jazykové škole. Jejím největším zájmem je hudba, od útlého věnuje hře na hudební nástroj a hudbu také ráda poslouchá. V poslední době usiluje o úspěch s kapelou, v které již několik let hraje.

U Mariky se střídají období intenzivního kouření marihuany s obdobími spíše rekreačního kouření marihuany, které převažují. Kouření marihuany je pro Mariku spíše zábavou, způsobem trávení volného času, odreagováním. Nemyslí si, že by kouření marihuany její život nějak zásadně ovlivňovalo. Kouření marihuany by prý ve svém životě postrádala, ale nepřikládá mu velkou důležitost: „*Je to jedná z věcí v mém životě, která v něm má nějaké místo, různě se mění jeho důležitost, ale že by mě nějak strašně zásadně ovlivňovalo si nemyslím*“. Kouření marihuany má Marika spjaté zejména se zkouškami kapely a je zvyklá kouřit také po odehraném koncertě. Kouření marihuany ji při tvorbě hudby inspiruje a v tomto směru ho pokládá za obohacující. Naopak je tomu při školních činnostech, při kterých jí prý kouření marihuany naopak brzdí.

Lidé, s nimiž se Marika stýká a prostředí, v němž se pohybuje hrály a hrají v jejím životě velkou roli. Svoji roli sehrály i co se týká kouření marihuany. Marika užívá také příležitostně alkohol a je těžkou kuřáčkou.

Anamnéza a dětství:

Žádný návykový problém se v rodině Mariky nevyskytuje. Rodiče nikdy žádnou návykovou látku neužívali, jsou takřka abstinenti a jakékoliv drogy odmítají, na zdraví kladou velký důraz. Oba dva Maričiny prarodiče umřeli na rakovinu, čímž své stanovisko rodiče ještě podporují. Marika prý často slýchávala, že by neměla kouřit, apod. Ještě před adolescencí Marika drogy také odmítala, změnu stanoviska přisuzuje vlivu vrstevníků.

Dětství Mariky bylo bezproblémové, rodinu popisuje jako pohodovou, v dospívání ale prý nastává krize. Zhruba od třinácti či čtrnácti let začala mít spory s matkou a často se hádaly. Rodiče se prý o ni hodně báli. Jednou z velkých obav byla i ta, aby nezačala brát nějaké drogy. Jejich znalosti ohledně drog byly ale podle Mariky značně zkreslené, nerozlišovali například mezi tvrdými a měkkými drogami. Poté, co rodiče zjistili, že kouří,

následovaly tvrdé sankce. Marika hodnotí zpětně jejich počínání jako nepříliš vhodné, protože už sama v té době pozorovala značné nesrovnalosti v tom, co jí o drogách říkali rodiče a co vlastní zkušenost.

Vývoj návykového problému:

Obecně mluví Marika o tom, že se u ní střídají období, kdy „hulí“⁴² více a kdy méně – dle jejích slov tzv. „období normální“.

Marihuanu poprvé vyzkoušela asi ve čtrnácti letech. Asi tak do šestnácti let kouřila marihuanu pouze příležitostně, většinou v partě, spíše na bázi experimentování, sama ji v té době nevyhledávala a neměla k ní ani přístup.

Poté následovala období kdy marihuanu nekouřila vůbec, velkou roli v tom podle ní sehrál její tehdejší přítel, který měl s marihuanou špatné zkušenosti a v tomto ohledu se o Mariku obával. V rozhodnutí marihuanu nekouřit sehrála roli zejména nepříjemná událost, kterou Marika popisuje takto: *„Na Silvestra jsme si spolu jednou dali špeka⁴³ – hroznou raketu a Honza se strašně zkouřil a to jsem tenkrát měla strach já o něj, protože ležel na posteli, klepal se a byl úplně jinej, než jsem ho kdykoliv předtím viděla, a to už jsme spolu byli asi tak půl roku - vůbec třeba nereagoval, když jsem na něj mluvila. To jsem o něj měla fakt strašnej strach, tak jsem si říkala ok, tak prostě nebudeme hulit“.*

Znovu začala marihuanu kouřit asi rok a půl nebo dva roky po této události, hodně ji ovlivnili členové kapely, s kterou v té době začíná hrát. Od této doby kouří marihuanu pravidelně, zhruba tak 1-2krát týdně v hospodě nebo na zkouškách kapely. Takovouto intenzitu užívání marihuan pokládá Marika za tzv. „normální období“. Kouření marihuany se stává pravidelným rituálem: *„Přijedeme na zkoušku, hraje se, odehraje se, pak je pauza, dáme špek a jdeme vymýšlet muziku, takže veškerá naše tvorba je úplně zhulenecká⁴⁴“.* Marihuanu si v této době sama nekupuje, pochází ze soukromé úrody jednoho z členů kapely (dal by se tedy očekávat i nižší obsah THC).

Poté následuje období trvající asi půl roku, na které má Marika převážně špatné vzpomínky. Uvádí, že v tomto období kouřila asi 5-6 jointů denně a zároveň procházela špatnými psychickými stavy: *„Nic se mi nechtělo a cítila jsem se ztraceně a bezradně“.* Trpí také pocity ztráty smyslu Těžké životní období souvisí zejména s přechodem na vysokou

⁴² kouří marihuanu

⁴³ viz. joint

⁴⁴ pod vlivem marihuany

školu – nové prostředí a noví lidé, které nezná. Většina jejich přátel totiž pochází z osmiletého gymnázia, kde měla Marika vybudované pevné sociální vazby.

Vliv kouření marihuany je v tomto období sporný. Marika uvádí, že si v této době neuvědomovala, že by takovéto intenzivní kouření marihuany mohlo nějak její problémy a psychický stav zhoršovat, i když zpětně takovouto možnou spojitost připouští. Kouření marihuany mohlo podle ní přispět ke špatnému startu na vysoké škole, který se jí ale podařilo časem napravit. Na druhou stranu podotýká, že ji kouření marihuany v tomto těžkém období možná naopak pomohlo: *„Takhle jsme vždycky s tím jedním kamarádem dali špeka, kvůli tomu jsme se hodně scházeli, takže jsem nebyla sama. Jinak bych třeba byla doma a asi bych nevěděla vůbec, co dělat. Když to řeknu jinak, tak bych seděla doma a čuměla do zdi, kdežto takhle jsem seděla u něj a čuměli jsme do té zdi ve dvou, ale aspoň ve dvou. A s tím rozdílem, že když jsem si dala špeka a s ním, tak jsem nebyla nešťastná, zatímco jinak jsem byla furt nešťastná, to byly jediné chvíle, kdy jsem vypla“*. Spíše bych tu tedy viděla přínos marihuany jako pojícího článku s lidmi, jako komunikačního média.

Po půlroce tohoto intenzivního užívání se vrací k původnímu tzv. normálnímu vzorci užívání a toto období trvá poslední čtyři roky.

Počátky kouření marihuany jsou u Mariky spjaty s jakýmsi pocitem ilegality – schovávání, tajnosti, obtíže se sháněním. Kouření marihuany v té době byla dle jejích slov „událost“, což jednak spojuje s věkem, ale též s vývojem trendu v kouření marihuany: *„Postupně to začalo být v Čechách čím dál tím víc normální, ačkoliv to není legální, tak se to vlastně bere tak, jako že to není nelegální. Dneska už se s tím nikdo neschovává“*.

Současný stav a prognózy:

V posledních 2 měsících se situace opět mění. Marika se seznamuje s novým přítelem, který je intenzivním kuřákem marihuany, a kouří s ním. Marika hovoří o tom, že k dosažení stejných účinků nyní potřebuje „lepší modely“⁴⁵, dříve kouřila „trávu“ dnes spíše „skéro“⁴⁶, bylo by tedy možné hovořit o zvýšené toleranci. V současné době Marika denně vykouří asi jeden gram šlechtěné marihuany.

V oblasti sociální Marika pozoruje omezení sociálních kontaktů, ale nakolik v tom hraje roli samotné kouření marihuany a nakolik samotný fakt, že vztah s jejím novým přítelem je čerstvý (z čehož by mohla vyplývat i touha být spolu více o samotě), nedokáže posoudit. Na druhou stranu vzpomíná, že ke stejné situaci došlo i v onom předcházejícím období

⁴⁵ odrůdy marihuany

⁴⁶ šlechtěná marihuany s vysokým obsahem THC

intenzivnějšího užívání marihuany. Je zde také patrný vývoj od kouření marihuany ve společnosti ke kouření v páru nebo i o samotě. Roli podle Mariky hraje hlavně to, že nemívá marihuanu u sebe a záleží na tom, zda ji bude mít s kým kouřit. Situace, kdy nemá marihuanu u sebe nebo k ní nemá přístup ji ale prý nějak neznervózňuje.

Období posledních dvou měsíců považuje Marika za krátkodobou záležitost a brzy plánuje užívání opět omezit. Výrazně ji k tomu motivují životné cíle, jichž si přeje dosáhnout a obává se, že by takovéto intenzivní kouření marihuany mohlo jejich dosahování, a následně i její duševní pohodu a spokojenost ohrozit. Že bude schopna užívání marihuany omezit, si věří. Tuto víru opírá o předchozí zkušenost, kdy už to jednou dokázala.

Kouření marihuany se jí totiž nedaří skloubit s prací a se školou, pociťuje ztrátu energie, apod. Současný stav tedy považuje za výjimečnou situaci a jako blízký cíl do budoucnosti si vytyčuje nekouřit marihuanu po dobu zkouškového období přes den, ale jen večer, jak je to pro ni obvyklé. Kouření marihuany považuje spíše za náplň volného času, zdůrazňuje potřebu mít předtím všechno hotové. Sama o tom říká: „Vím, že mnohem efektivněji všechno zvládnou, když nebudu hulit“.

Otázka tělesného zdraví je pro ni také důležitá, byl by to jeden z důvodů, kvůli kterému by se kouření marihuany dokázala vzdát. V současné době ale žádný výrazný škodlivý vliv nepozoruje. Nevidí však dle svých slov důvod, proč by měla přestat úplně. Těhotenství by ale pro ni takovým důvodem bylo. Co se týče následků na tělesné zdraví, pociťuje pouze zvýšenou dušnost, kterou si ale spojuje spíše s kouřením cigaret.

Na kouření marihuany se jí v současnosti nejvíce líbí pocit prohloubenější vnímání, uvádí: „*Když jsme třeba někde seděli a dali špeka, tak se mi mnohem víc líbí nějaká muzika. Nebo ne víc, ale najednou ji poslouchám jinak. Nebo veškeré dotyky jsou mnohem intenzivnější nebo je silněji pociťuju. Je to taky tak, že když jsem zhulená, tak se nikdy nenudím. Můžu jenom sedět a mám pocit, že je to fajn, což bych se jinak zbláznila, nic nedělat. Zatímco, když si dám špeka, tak jsem vyklidněná*“. Pocit klidu je v současnosti dle Mariky hlavní účinek pro který marihuanu vyhledává. Dříve to byly zejména změny nálady: „*Ze začátku jsme hulili, protože to byla děsná sranda, třeba jsme se smáli hodinu nějaký kravině, to už teď vůbec. Předtím jsem to hulila i proto, že jsem věděla, že bude legrace a teď je to spíš tak, že potom vím že bude klídek*“.

Kvalita života:

Při stanovení 5 cílů měla Marika trochu obtíže. Svá životní témata nakonec uvádí takto:

1. mít kolem sebe blízké lidi, kteří mě mají rádi a které má ráda, mít se o koho opřít – jistota, rodina a přátelé, dobré vztahy
2. mít děti
3. dodělat školu – vlastní rozvoj
4. smysluplná práce
5. úspěch s kapelou

Se svým životem je naprosto spokojená, hovoří o dobrém životním období, kdy se jí dlouhodobě daří.

V budoucnu by hlavně ráda dodělala školu, zvažuje také možnost odjet na nějakou dobu do zahraničí. V delším horizontu plánuje mít dítě, ale ráda by se nadále věnovala kapele. Nejraději by pracoval v nějaké neziskové organizaci nebo jako žurnalistka.

3.5.3. JIRKA

Základní charakteristika zkoumané osoby:

Jirkovi je 29 let. Vystudoval gymnázium s maturitou, vysokou školu nedokončil. Vystřídal několik zaměstnání, pracoval například jako prodejce v obchodě se sportovními potřebami nebo jako správce informačních systémů. V současné době je na volné noze a pracuje u filmu.

Pro Jirku je v životě nejdůležitější komunikace s lidmi, ke spokojenosti prý potřebuje hlavně sociální vazby a kontakty. Největší Jirkovou zálibou je sport, má rád i adrenalinové sporty. Hraje volejbal, jezdí na snowboardu, na lyžích, na surfu a freeride na kolech. Rád by se tvěnoval také potápění: *„Když sportuji, mám pocit, že žiju naplno a rád bych toho co nejvíc stihnul než budu starej rozlámanej dědek.“*

Marihuanu kouří od šestnácti let. Na kouření marihuany ho přitahuje zejména pocit souznění s ostatními lidmi, vědomí sounáležitosti: *„Kouření marihuany a alkohol patří k mému životu úplně krásně.“* Na kouření marihuany se mu nejvíce líbí pocit společného prožitku, hovoří o vzájemné vyladěnosti.

Střídají se u něj období intenzivního užívání s obdobími, kdy se snaží užívání marihuany regulovat. V současné době kouří marihuanu spíše příležitostně. Užívá alkohol a je také kuřákem.

Anamnéza a dětství:

Má jednoho staršího bratra. Dětství měl bezproblémové, zejména prý díky rodičům, kteří spolu dobře vycházeli a dětem se věnovali. Rodina prý držela hodně pospolu a fungovala harmonicky - společně jezdili na prázdniny, apod. Rodiče je s bratrem hodně vedli ke sportům. Mnoho let například jezdili surfovat na Lipno a tato záliba pak Jirkovi vydržela až dodnes.

Žádný výrazný návykový problém v rodině není. Matka je kuřačka, má i zkušenosti s kouřením marihuany. Jirka mluví také o tom, že některé své životní starosti řešívá alkoholem, ale jedná se dle jeho slov spíše o výjimečnou situaci.

Vývoj návykového problému:

Poprvé marihuanu vyzkoušel zhruba v šestnácti letech, příležitostně ji kouřil s kamarády, hlavně prý po hospodách nebo klubech. Jednalo se o venkovně pěstovanou a nešlechtěnou marihuanu. Na kouření marihuany ho tenkrát nejvíce přitahovala „vysmátost“⁴⁷. Líbil se mu také pocit „zakázaného ovoce“. Kouření marihuany bylo prý v té době pro něj a jeho kamarády společenskou událostí, bylo důvodem setkávání se, apod. Místo venkovně pěstované marihuany postupně Jirka i všichni jeho kamarádi přecházejí ke kupované šlechtěné marihuaně. Počátky kouření šlechtěné marihuany provázejí také negativní zkušenosti. Jirka prožíval nepříjemné stavy, při kterých měl pocit, že může umřít. Stalo se také, že je se skupinou kamarádů někdo napadl a oni se pak nebyli schopni bránit.

Asi od dvaceti let si Jirka začíná sám marihuanu kupovat a kouří každý den, spíše ale ve společnosti, o samotě pouze výjimečně. Zdůrazňuje potřebu mít vedle sebe někoho, s kým může své vjemy sdílet. Toto období intenzivnějšího užívání trvá přibližně rok. Zároveň si Jirka všímá i negativních dopadů, jak na sebe tak na své kamarády, zejména nižší aktivity, zhoršující se paměti, neschopnosti provádět některé činnosti, problémů s motivací, apod. Vadí mu zejména jeho vlastní flegmatismus, hovoří o tom, že mu bylo všechno jedno. Rozhoduje se proto kouření marihuany omezit, což se mu také daří.

V následujícím období několika let kouření marihuany nevyhledává, je pro něj spojeno s určitým prostředím nebo lidmi, ale není pro něj pravidlem ani nutností. Většinou kouří marihuanu spíše po večerech a v čase volna.

Současný stav a prognózy:

Střídají se u něj období intenzivnějšího a méně intenzivního užívání. Záleží podle něj také na životní situaci. Poslední půlrok líčí jako životní krizi, v důsledku těžkého rozchodu s přítelkyní s kterou měl mnohaletou vážnou známost. Toto období provází i zvýšené užívání návykových látek včetně marihuany. Začínal se ale prý cítit špatně, jak po psychické tak i fyzické stránce, doslova mluví o „kolabování“, a rozhodl se proto s tímto životním stylem přestat.

Kouření marihuany se tedy snaží v současné době radikálně omezit a vymezuje si proto určitá pravidla. Stanovuje si například pravidlo, že nebude kouřit šlechtěnou marihuanu a nebude si jí ani sám kupovat. Marihuanu tedy kouří jen v případě, když mu jí někdo nabídne.

⁴⁷ euforické změny nálady doprovázené smíchem

Svůj život si bez kouření marihuany dokáže představit. Kouření marihuany se je prý ochoten kdykoliv vzdát, např. kvůli vlastní rodině. Kouření marihuany považuje také za nahraditelné jinými zálibami. Velkou oporu nachází hlavně ve sportu.

Kvalita života:

S uvedením svých 5 životních cílů neměl žádné problémy. Své cíle uvádí takto:

1. dobré vztahy s rodinou
2. zdraví
3. životní spokojenost
4. sociální zabezpečení
5. záliby

Se svým životem je celkově spokojený, cítí se šťastný. Pouze poslední rok popisuje jako obtížný. Důvodem je zejména těžký rozchod s přítelkyní.

Poslední půl rok je pro něj také zároveň obdobím přehodnocování, mluví o hledání sám sebe, mění práci i životní styl. V současné době je na volné noze a má tak prý větší svobodu, což je pro něj důležité. Uvažuje také o tom, že by odjel na rok do zahraničí. Kariéra pro něj přestala být důležitá. Touží zejména po volnosti a povolání, které by mu vydělávalo dost peněz, aby se mohl věnovat svým zálibám a zároveň na ně měl čas. V budoucnu by si chtěl otevřít potápěčskou školu.

3.5.4. MAGDA

Základní charakteristika zkoumané osoby

Magdě je 20 let, ukončila střední školu s maturitou, obor reklamní tvorby. V současné době žije na volné noze, žíví se krátkodobými brigádami (např. v grafickém studiu nebo jako recepční a barmanka ve sportovním klubu). Zajímá se o kulturu, literaturu, filmy, výstavy, fotografie. Ráda kreslí a baví jí také sport, i když se mu příliš nevěnuje. Ráda by se letos dostala na vysokou školu. Uvádí, že nemá ráda stereotyp.

Magda prošla asi čtyřletým obdobím intenzivního užívání marihuany, v současné době kouří marihuanu zhruba tak jednou týdně v čase volna. Změny ve vzorci užívání marihuany u ní přinášejí změnu v životě a naopak. Alkohol ani tabákové výrobky neužívá.

Anamnéze a dětství:

Má dva bratry, mladšímu bratrovi je 12 let, staršímu 22 let. Rodiče jsou rozvedení, vyrůstala hlavně s matkou a se starším bratrem. Hodně času trávila také u prarodičů. S bratrem dříve příliš nevycházeli, panovala mezi nimi přirozená sourozenecká rivalita, ale poslední dobou se jejich vztah výrazně zlepšil a bratr se jí stal oporou. Na dětství má veskrze hezké vzpomínky.

Rodiče o jejím kouření marihuany vědí a tolerují ho. Rodiče má Magda poměrně mladé, oba dva jsou silní kuřáci. Magda uvádí, že se taky rádi „napijí“. Matka příležitostně, spíše výjimečně, kouří marihuanu.

Vývoj návykového problému:

Marihuanu začala kouřit příležitostně s partou kamarádek asi ve čtrnácti letech. Ze začátku je prý kouření marihuany sblížilo a utužovalo mezi nimi vazby. Postupem času většina kamarádek marihuanu kouřit přestává, Magda u kouření marihuany zůstává a spíše se tím z kolektivu svých dřívějších kamarádů vyčleňuje. Kouření marihuany pro ní bylo hlavně rozptýlením a zábavou, obohacením všedního dne. Dny se jí jinak zdáli být nudné a fádny. Svou roli prý také sehrál pocit předvádění se – potřeba cítit se dospělejší, zajímavější, apod.

V šestnácti letech se seznamuje s přítelem, který je intenzivním kuřákem marihuany a marihuanu s ním začíná pravidelně kouřit, zkoušejí zároveň i jiné drogy. Hovoří ale o tom, že k užívání drog již předtím inklinovala. Jeho roli proto hodnotí pozitivně. Byl prý zkušenější, dělal jí jakéhosi průvodce a dohlížel na ní, aby se jí nic nestalo: „*Byla jsem pod křídýlkem*“.

Zároveň nastupuje na střední školu a vytváří si tam nový okruh kamarádů, s nimiž také marihuanu pravidelně kouří. Na škole prý bylo ke drogám tolerantní prostředí a ve třídě se navíc údajně sešla parta lidí, kteří ke drogám inklinovali a vzájemně se v užívání drog podporovali. Společně kouření marihuany ve škole se tam stává rituálem. Většinou se jedná o šlechtěnou marihuanu, kterou si kupují a společně se o ni pak dělí.

S přítelem kouří marihuanu několikrát denně, většinou spolu v páru, ale i o samotě, do společnosti spolu příliš nechodí a začínají se izolovat: „*Neměli jsme tendenci chodit mezi lidmi, bylo nám spolu fajn a hrozně jsme se i tímhle tím (kouřením marihuany) sblížili a ani neměli chuť nikam chodit. Člověk je potom takovej vláčnej a úplně jsme se odřízli. Svoje nejlepší kamarády jsem třeba neviděla měsíc a ani mi to nepřišlo.*“ S tímto přítelem byla čtyři roky, stejně dlouhou dobu u ní trvá také období intenzivního kouření marihuany.

Na kouření marihuany se jí prý nejvíce líbil pocit prohloubenějšího vnímání. Tento účinek se ale vytrácí a dle Magdinych slov u ní kouření marihuany začíná vyvolávat spíše „otupělost“. Za následek této otupělosti způsobované kouřením marihuany považuje Magda také neřešení problémů, které se v partnerství objevovaly. Byl to ale zároveň podle ní i jeden z důvodů, proč spolu s partnerem poměrně dlouho vydrželi. Dlouhodobě neřešené problémy se ale začínají nabalovat a dostávat na povrch. Laxní přístup a stereotyp, který dříve Magdě vyhovoval, jí začíná vadit a začíná jí vadit i samotné kouření marihuany. Mění se také pohled na svět, na ní samu, i na jejího přítele a následuje rozchod.

V období tohoto intenzivního kouření marihuany si prý žádné negativní vlivy marihuany neuvědomovala, zpětně ale hovoří o tom, že na ni marihuana působila hodně tlumivě a byla prý pak daleko flegmatictější, než by odpovídalo její povaze. Mluví také o ztrátě motivace a závislosti. Kolem kouření marihuany nebo jejího shánění se prý točila drtivá většina jejích aktivit i myšlenek.

Marihuanu přestává na nějakou dobu kouřit úplně, zhruba tak na půl roku. Tuto změnu vnímá jednoznačně pozitivně, je prý daleko aktivnější, sama hovoří o „osvěžení mysli“. Nový přítel je proti užívání jakýchkoliv drog a společně se věnují aktivitám pro Magdu novým. Marihuanu nahradili dle jejích slov jiné emoce a zážitky.

Současný stav a prognózy:

V současné době Magda kouří marihuanu asi tak jednou týdně, spíše o víkendu. Kouření marihuany bere jako součást života i sama sebe. Marihuanu dnes kouří hlavně pro pocit uvolnění a relaxaci, hovoří o tom, že pod vlivem marihuany například ráda čte, že má silně vyvinutou představivost a že marihuana ji ještě více povzbuzuje.

Zpětně zhodnocuje vlivy marihuany a soudí, že kdyby nekouřila marihuanu, byla by více produktivní, možná by měla i jiné hodnoty a dostala by se na vysokou školu. V současné době nepocítuje žádné negativní ovlivňování marihuanou a ráda by u takovéto intenzity kouření marihuany zůstala. Život bez marihuany si dokáže představit snadno, ale k úplné abstinenci nevidí důvod. Považuje jí za přirozenou formu odpočinku. Vrací se také dimenze marihuany jako zábavy, na rozdíl od období intenzivnějšího užívání, kdy se kouření marihuany stalo rutinou. Dříve prý marihuanou řešila i některé problémy, dnes si to již nedokáže představit: „To bych se dostala na úroveň bezdomovce, teď už by to nešlo“.

Kvalita života:

Své životní cíle uvádí Magda takto:

1. základní rodina – dobré vztahy
2. kamarádi
3. partnerský vztah, v současné době ale není aktuální
4. vlastní rozvoj, vzdělání, setkávání se s lidmi, studentský život
5. záliby

Všechny body jsou pro ní hodně důležité, zároveň je i spokojená s jejich naplňováním. Rodina je pro ni hodně důležitá, ale hovoří o tom, že sama pro sebe považuje za nejdůležitější osobní rozvoj v práci i škole. Plánuje se v brzké době osamostatnit, dosud bydlí s rodiči. Co se týče povolání, ráda by pracovala v reklamě, spíše na volné noze, nevyhovuje jí stereotyp. Chtěla by také hodně cestovat a mít práci, která by jí toto umožňovala, důležité jsou pro ní hlavně zážitky, „užívat si život“.

Se svým životem je také celkově spokojená. Nic by na svém životě by neměnila. Věci přijímá tak, jak jsou, zároveň věří tomu, že svůj život má ve svých rukou a nese za něj odpovědnost.

Životní období, kterým teď prochází, popisuje jako „očekávání“. Do budoucnosti zároveň hledí trochu s obavami a s nejistotou, která souvisí s tím, zda se dostane na vysokou školu, což je pro ni stěžejní záležitost. Mluví o tom, že se od toho bude odvíjet celá její existence a že je proto nervózní. Vyzkoušet si práci ale považuje za obohacující zkušenost, běžná práce ji přijde otupující a možnosti studovat na vysoké škole by si proto vážila. Pokud by se nedostala na vysokou školu, přemýšlela by o vycestování do zahraničí. Současné období života je pro ni těžké, ale zároveň říká, že jí baví a je pro ni výzvou.

3.5.5. MATĚJ

Základní charakteristika zkoumané osoby

Matějovi je 24 let, vystudoval střední školu s maturitou, Vyšší odbornou školu nedokončil. Už několik let pracuje ve finančních službách a pojišťovnictví. Mezi jeho nejmilejší zájmy patří hudba, sport, kulturní a politické dění.

Matěj je již několik let intenzivním kuřákem marihuany, v současné době se pokouší její užívání omezit. Je také těžkým kuřákem a užívá alkohol.

Dětství a anamnéze:

Dětství popisuje jako bezproblémové. Má o pět let mladšího bratra. Hovoří o tom, že rodiče se o ně zajímali, věnovali se jim a podporovali je. Chodili společně na výlety i za kulturou. Jako zlomový uvádí nástup na střední školu, kdy začíná hodně času trávit mimo domov.

V rodičů se žádný návykový problém nevyskytuje, bratr je také kuřákem marihuany.

Vývoj návykového problému:

Asi tak ve čtrnácti letech začínají s kamarády experimentovat s alkoholem i kouřením marihuany. V té době má Matěj s kouřením marihuany spíše negativní zkušenost, intoxikace je provázena hlavně nevolností.

Pravidelněji začíná marihuanu kouřit v prvním ročníku na střední škole asi tak okolo šestnácti let. Začíná dojíždět kvůli škole do Prahy a potkává nové kamarády. Matěj uvádí, že se kouření marihuany postupně stává hlavním důvodem setkávání se s kamarády. Dříve tomu bylo naopak, ale ke konci školního roku je už prý kouření marihuany samozřejmostí. Marihuanu kouří každý den několikrát, většinou po škole a později i se svými kamarády v místě svého bydliště. Marihuanu si většinou kupují s kamarády dohromady a dělí se o ni. V té době je hlavní motivací ke kouření marihuany zábava.

Intenzita kouření marihuany u něj narůstala po dobu celého studia na střední škole. Matěj mluví o tom, že s kamarády, jak ze školy tak z rodného města, kouřili téměř neustále. Marihuanu si už každý kupuje sám, ale Matěj uvádí, že mnohem raději kouří ve společnosti někoho druhého.

Ke kouření marihuany o samotě přechází zhruba ve čtvrtém ročníku střední školy a pokračuje v něm i v prvním ročníku na Vyšší odborné škole. V té době, zhruba tak kolem

18-20 let, u něj kouření marihuany dosahuje vrcholu: „*To byly doby, kdy to hulení bylo potřebný, kdy to fakt byla droga a když si člověk nezahulil, tak byl nervní a byl schopnej do večera, do noci shánět, kdo má sáček⁴⁸ nebo kdo má aspoň na brko⁴⁹“.* Tento stav popisuje sám jako těžkou závislost. Mluví také o tom, že kouření marihuany bylo v té době bezmyšlenkovité a nekontrolované. Toto období je pro něj obdobím stagnace: „*Když se podívám zpětně do období těch tří čtyř let, kdy jsem hulil fakt hodně, tak jsem nic za tu dobu neudělal. To bylo jenom o tom, že se shánělo hulení, aby si člověk mohl dát brko a když si člověk dal brko, tak jenom seděl v křesle a na něco čuměl a to bylo o ničem“.*

Několikrát se pokusil s kouřením marihuany přestat. Nejdéle abstinoval o letních prázdninách ve čtvrtém ročníku na střední škole, které trávil u dědy na chalupě. Jako náhražka za marihuanu se ale u něj rozvinula závislost na tabáku.

Současný stav:

Kouření marihuany je pro něj nadále běžnou záležitostí: „*Prohulil jsem se do stavu, že je to pro mě normálka“.* Uvádí však, že v posledních dvou letech se snaží kouření marihuany omezit a dávky snižovat. Marihuanu už nekouří každodenně, svůj návyk přizpůsobuje dennímu programu, snaží se marihuanu kouřit jen ve volném čase. Má také stále zaměstnání a věnuje se více svým zálibám: „*Ted' už to není tak radikální, člověk něco dělá a nepodřizuje se tomu“.*

V souvislosti s marihuanou mluví o psychické závislosti, dokonce i o fyzické závislosti. Reflektuje i jiné negativní dopady. Na tělesné úrovni uvádí potíže s dýcháním, průduškami, trpí bronchitidou a občasnými bolestmi hlavy. Je však také silným kuřákem tabáku. Na psychické úrovni popisuje špatnou soustředěnost, zmatenost, zapomnětlivost. Co se týče osobních vztahů, žádné negativní vlivy nepozoruje. Všimá si ale prý toho, že jsou kuřáci marihuany okolím špatně vnímáni a je to pro něj důvod, proč se kouření marihuany v určitých situacích vyvarovat.

Kouření marihuany však celkově považuje za obohacující zkušenost a nerad by se ho vzdával. Při současné míře užívání podle něj převažují spíše klady. Cení si zejména možnosti jiného pohledu na svět, který mu užívání marihuany skýtá. „*Nemyslim si, že je to tím, že se člověk dívá na věci jinak, když je zkouřenej, ale že si to dokáže zprůměrnovat, jaký to je když je a když není zhulenej.“* Kouření marihuany má také spojené s hraním na hudební nástroj, přináší mu inspiraci a ani společné akce s kamarády si bez kouření marihuany nedokáže

⁴⁸ 1 gram kupované marihuany

⁴⁹ viz joint

představit. Na druhou stranu ale zpětně hodnotí důsledky jejího užívání dosti negativně: „*V tomhle se cejtím trochu zabržděnej, protože za tu dobu toho šlo udělat spousta, jak po stránce školy, tak zaměstnání, tak třeba sportu. Přeci jenom to není krátká doba, kdyby se člověk něčemu věnoval, tak v tom může bejt dobrej. Kouření marihuany můj život celkově zpomalilo, zabrzdilo a retardovalo.*“

Kvalita života:

Nejdříve uvádí, že nemá žádné životní cíle a s jejich uvedením má velké problémy. Nakonec své životní cíle řadí takto:

1. rodina, zázemí je pro něj velice důležité, v práci i v rodině potřebuje pohodu
2. osobní rozvoj – škola nebo nová práce, vzdělání
3. rozvíjení zájmů – aktivní trávení volného času, hudba
4. duševní pohoda, spokojenost
5. přátelé

Spokojený se svým životem příliš není, v současnosti se pokouší o změnu životního stylu a snaží se na sobě pracovat. Mluví například o tom, že si teprve začíná zvykat na pravidelný režim, hledá si nové zájmy apod. Rád by se také dostal na vysokou školu nebo změnil práci, právě proto, že s naplňováním svých cílů není dlouhodobě spokojený.

Budoucností se zatím příliš nezabývá, i když určité představy, kterých by chtěl dosáhnout má.

3.6. DISKUZE

3.61. Diskuze k výsledkům

Ačkoliv je vzorek příliš malý na zobecnění závěrů, přesto se u většiny respondentů některé skutečnosti (které shrnuji v následujících odstavcích), nápadně opakovaly.

Je zřejmé, že kouření marihuany může hrát roli spojovacího článku mezi lidmi. Typické je také ovlivnění skupinou vrstevníku. U žen hraje významnou roli vliv partnera. Málokdo z respondentů uváděl, že by marihuanu kouřil raději o samotě.

Tato role ustupuje do pozadí pouze v případě, kdy respondenti hovoří o závislosti na marihuaně. Všichni respondenti uvádějí, že v době intenzivního užívání se cítili být na marihuaně psychicky závislí. Časté jsou také pokusy omezit užívání marihuany v důsledku pocíťování negativních vlivů. Mezi nejčastěji uváděný negativní vliv patří únava a snížená aktivita. Účastníci často hovoří o „lenosti a otupělosti“.

Kouření marihuany se často stává pravidelným rituálem spojeným s určitým prostředím, lidmi nebo činnostmi. Na kouření marihuany má také velký vliv běh životních událostí.

Ukázalo se, že účastníci studie mají podobný životní styl, často se chodí bavit do společnosti, mají nepravidelný denní režim, apod. Většina respondentů také zároveň užívá tabákové výrobky a alkohol. Často se také objevuje nechuť ke stereotypu, ke konformitě. Většina přátel jsou rovněž kuřáky marihuany nebo užívají jiné návykové látky, zejména alkohol.

Co se týče hodnot, životních cílů a celkového zaměření. Takřka u všech respondentů stojí na prvním místě rodina. Je pro ně důležité hlavně zázemí a dobré vztahy se svými nejbližšími. Dále je to práce na osobním rozvoji a možnost věnovat se svým zálibám. Většina respondentů také usiluje o dobré finanční zajištění, ale spíše jako o prostředek než jako o samostatný cíl. Ani jeden z respondentů například neuvádí, že by hrála v jeho životě nějakou roli kariéra nebo materiální hodnoty, spíše je lákají zážitky. Otázka zdraví je pro ně také důležitou, i když ne zcela určující hodnotou. Všichni respondenti o kvalitu svého života usilují a většinou se jim daří naplňovat. Celkově jsou respondenti se svým životem také spokojeni. Přijímají odpovědnost za svůj život a věří že svůj život mají ve svých rukou.

Pravidelné kouření marihuany na kvalitu života vliv má. Všichni respondenti, kteří jsou intenzivními kuřáky marihuany nebo obdobím intenzivního užívání marihuany prošli,

pozorovali jednoznačný negativní vliv zejména na psychiku a chování. Oproti tomu sociální oblast, podle respondentů, kouření marihuany nějak neohrožuje. Jiné je to také v případě víkendového, rekreačního užívání marihuany, v tomto případě hodnotí respondenti vliv marihuany na kvalitu života všeobecně spíše kladně. Pro většinu respondentů je kouření marihuany zábavou, způsobem trávení volného času, ale také inspirací a relaxací.

3.6.2 Diskuze k platnosti dané studie

Jsem si vědoma toho, že zjištění mohou být zkreslené způsobem výběru vzorku, který jsem zvolila. Musela jsem volit buď mezi reprezentativním a náhodným výběrem osob, nebo výběrem osob, s nimiž jsem byla již v dřívějším kontaktu a se kterými již byla vybudována atmosféra důvěry. Zvolila jsem metodu druhou, protože otevřenost, které je možné dosáhnout jen v důvěrné atmosféře, se mi jevila z hlediska cíle mé práce jako nejdůležitější.

Zároveň si jsem vědoma i toho, že vzorek zdaleka není reprezentativní, protože je omezen jen na Prahu a okolí. Z důvodu rozsahu práce a zvolené metody jsem také nemohla postihnout dostatečně reprezentativní vzorek.

V práci jsem se nezabývala spolupůsobením jiných drog, tam kde se to přímo nenabízelo, i když někteří dotazovaní jsou zároveň kuřáky nebo užívají příležitostně také alkohol a mají zkušenosti i s jinými drogami. Pohled na to, jak může kvalitu života ovlivnit samotné užívání marihuany, tak může být do určité míry zkreslený. Zároveň jsem se však setkala s tím, že je spolužívání jiných drog u kuřáku marihuany častější než užívání výhradně marihuany. Pro všechny zpovídané osoby je však marihuana v jejich životě drogou dominantní, což bylo základním kritériem pro výběr respondentů.

3.7. Závěr

V teoretické části jsem se pokusila nejprve vymezit pojem kvality života a dotknout se i tématu jejího hodnocení. Dále jsem se také zabývala problematikou závislosti. Jádro teoretické části tvoří kapitola o marihuaně, v níž jsem se snažila zaměřit, s ohledem na téma mé práce, zejména na následky dlouhodobého užívání s důrazem na ovlivňování psychiky a chování. Předestřela jsem také údaje rozsahu a vzorcích jejího užívání.

Praktická část pro mě byla výzvou, co do volby metodologie, ale hlavně co se týká zpracování získaných dat. Koncipováním teoretické části jsem si také prohloubila vědomosti o dané problematice.

Nejvíce mě tato práce obohatila zkušeností s vedením rozhovoru. Rozhovory pro mne byly tréninkem v umění naslouchat a poskytly mi zároveň užitečnou zpětnou vazbu.

Přestože diagnostika osob majících potíže s marihuanou je jednoduchá, s terapií je to složitější. Právě tam by mohly být rozhovory předvedené v této práci na pěti kasuistikách přínosem. Vystupuje z nich hodnotový rámec respondentů, jejich způsob života a jejich představy o budoucnosti. V terapeutických pohovorech by pak možná stačilo vrátet se k vyhodnocování aktuální situace a klást otázku: „Nemůže za to marihuana?“ To je však podle mého názoru zároveň maximální nátlak, který jsou tyto lidé schopni unést, aniž by je zaháněl do defenzivy.

Použitá literatura:

- Křivohlavý, J., *Psychologie zdraví*, Praha, Portál, 2003.
- Křivohlavý, J., *Psychologie nemoci*, Praha, Grada, 2002.
- Nešpor, K., *Návykové chování a závislost*, Praha, 2007, Portál.
- Popov, P., in: Raboch, J. a kolektiv, *Psychiatrie*, Praha, 1999, Triton.
- Kudrle, S., in: Kalina K. a kol., *sborník Drogy a drogové závislosti*, Úřad vlády české republiky, 2003, kapitola 2/1 *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*.
- Miovský, M., in: Kalina, K. a kol., *sborník Drogy a drogové závislosti*, Úřad vlády české republiky, 2003, kapitola 3/5 *Konopné drog*.
- Goldstein, A., *Addiction: from biology to drug policy*, New York, Oxford University Press, 2001.
- Miovský, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha, 2006, Grada.
- Rotgers, F., *Léčba drogových závislostí*, Praha, 1999, Grada.

Internetové zdroje:

- http://pf1.ujep.cz/_konferenceKPG/KPG_konference2prisp01.pdf; 22.12. 2007; 13,20 hod.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>; 20.12. 2007; 17,18 hod.
- http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/; 20.12. 2007; 17,20 hod.
- http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/; 14.1. 2008; 19,30 hod.
- <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=116&list=116&show=100093>; 14.1. 2008; 22,10 hod.
- <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index419EN.html>; 10.1. 2008; 16,15 hod.
- ČTK <http://drogy.doktorka.cz/psychicke-nasledky-dlouhodobeho-uzivani/>; 28.11. 2007; 15,20 hod.

Přílohy

Příloha č. 1:

Formulář pro zjišťování kvality života SEIQoL a VAS

Důležitost daného tématu v %	Životní téma – Oč vám v životě jde především (5 životních cílů)	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
------------------------------	---	---

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Míra spokojenosti se životem:

←-----→

Je to tak špatné, jak jen je to možné

Je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Příloha č. 2:

Otázky

Otázky zjišťující kvalitu života – životní cíle (SEIQoL):

Mohl/a bys, prosím tě uvést, 5 životních cílů, které považuješ v současné době za nejdůležitější? Jak jsou pro tebe důležité? Jak jsi spokojen/a s jejich naplňováním?

O co ti v životě jde a o co ti jde především? Jaké bys řekl, že je celkové zaměření tvého života? K čemu v životě směřuješ? Proč chceš žít dál? O co se ve svém životě nejvíce snažíš? Co ti dělá nebo by ti mělo v životě dělat největší radost? Co pokládáš za své základní životní téma? (např. rodinný život, pracovní kariéra, apod.) Pro co žiješ?

Otázky týkající se zdraví:

- a) Pozoruješ na sobě nějaké zhoršení nebo zlepšení zdravotního stavu od doby, co si začal marihuanu pravidelněji kouřit?
- b) Musel jsi někdy vyhledat odbornou pomoc kvůli nějakým psychickým problémům v souvislosti s kouřením marihuany?
- c) Pozoruješ na sobě nějaký škodlivý vliv?
- d) Domníváš se, že žiješ plnohodnotný život se vším všudy?

Otázky týkající se rodinné anamnézy, dětství, vývoje problému:

- a) Měl někdo ve vaší rodině nějaké problémy s návykovou látkou?
- b) Jaké jsi měl dětství?
- c) Od kolika let kouříš marihuanu? Jaké byly tvé začátky a první zkušenosti s kouřením marihuany? Co tě přivedlo k marihuaně? Proč jsi začal/a pravidelněji kouřit? Našel/a bys třeba nějaký klíčový okamžik? Mohl/a by jsi se nějak pokusit popsat svoji kariéru kuřáka marihuany až do současnosti?
- d) Jaké množství marihuany vykouříš za týden? Na kolik tě to přijde? Kde bereš na marihuany peníze?
- e) Kdy nejčastěji kouříš? Máš nějakou oblíbenou denní dobu např. po ránu? Někaké oblíbené místo nebo nějakou oblíbenou příležitost?
- f) Existuje podle tebe nějaká situace nebo příležitost, kdy by ses bez marihuany neobešel?
- g) Kouříš raději sám nebo s lidmi? Proč? Bylo tomu stejně tak na začátku?
- h) Chtěl/a by si přestat? Popřípadě proč? Zkoušel si někdy přestat? Kolikrát? Měl jsi nějakou delší pauzu?

Otázky týkající se závislosti:

(v případě, že odpovědi nevyplývaly již z předchozího rozhovoru)

Otázky převzaté od americké organizace anonymních kuřáků marihuany:

- a) Přestalo pro tebe být kouření trávy zábavou?
- b) Dělá ti problémy dostat se bez ní do nálady?
- c) Je pro tebe těžké představit si život bez marihuany?
- d) Zjišťuješ, že tvým přátelům vadí, že kouříš marihuanu?
- e) Sáhneš po marihuaně, abys se vyhnul řešení vlastních problémů?
- f) Kouříš marihuanu, aby ses vyrovnal/a s vlastními pocity?
- g) Pomáhá ti marihuana žít ve vašem vlastním světě?
- h) Už jsi někdy nedodržel/a slib, že přestaneš nebo budeš míň kouřit marihuanu?
- i) Způsobuje ti marihuana problémy s pamětí, soustředěním či motivací?
- j) Když se tvoje zásoby ztenčí, jsi nervózní a snažíš se opatřit si nové?
- k) Točí se tvůj život kolem marihuany?
- l) Postěžovali si někdy tvoji přátelé či rodina, že kouření trávy poškozuje tvoje vztahy s nimi?

Otázky inspirované zjišťováním závislosti dle MKN:

- a) Jak často se ti stává, že máš neodolatelnou touhu si „zahulit“?
- b) Stalo se ti někdy, že touha byla tak silná, že sis „zahulil/a“ bez ohledu na nějakou situaci, kdy to nebylo vhodné? Že si věděl/a, že by si neměl/a, ale přesto si to udělal/a? (třeba před nějakou zkouškou, pracovním pohovorem apod.)
- c) Zakoušel/a si někdy nějaký nepříjemný tělesný pocit, nebo zaznamenal si nějaké tělesné změny, když jsi si nemohl „zahulit“?
- d) Můžeš říct, alespoň zhruba, jaké množství marihuany si potřeboval k navození změněného stavu vědomí, když si s kouřením začínal, a jaké množství potřebuješ k dosažení stejného účinku teď?
- e) Máš pocit, že by jsi kvůli „hulení“, jak shánění, tak kouření zanedbával/a své záliby, zájmy nebo cokoliv, co máš rád? Měl si třeba někdy nějaký zájem nebo koníček o kterém víš, že šel stranou kvůli kouření?
- f) Nakolik řešíš otázku toho, že ti kouření marihuany může škodit? Je to pro tebe důležité? Umíš si představit, že bys toho kvůli škodlivosti nechal? Stalo se ti někdy, že by sis kvůli tomu nezakouřil?

Doplňující otázky:

- a) Co tvé okolí, ví o tvém pravidelném kouření marihuany? Jak se k tomu staví, prošel jejich postoj nějakým vývojem?
- b) Máš nebo si měl nějakého partnera? Byl nebo je také kuřákem marihuany? Jak se k tomu staví nebo stavěl? Hrál podle tebe ve vašem vztahu kouření marihuany nějakou roli, případně jakou?
- c) Jak si představuješ svůj život za 5, 10, 20 let? Domníváš se, že v něm bude hrát marihuana nějakou roli?
- d) Nakolik si spokojený/á se svojí současnou životní situací? Chtěl/a bys ji případně nějak změnit?
- e) Domníváš se, že kouření marihuany nějak ovlivnilo tvůj život? Jak?

Případně volný rozhovor na oblast cílů, zájmů, životních témat, rodiny, duševní pohody, duchovního života, sociálních vztahů, postavením v životě, koníčků, apod.