

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Bc. Adiktologie – prezenční forma



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

**Úzkostná porucha a užívání cannabinoidů jako forma
sebemedikace**

Anxiety disorder and cannabinoid use as a form of self-medication

Nýdlová Antonie

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Jakub Minařík

Praha, 2024

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne

.....

Antonie Nýdlová

Identifikační záznam

NÝDLOVÁ, Antonie. Úzkostná porucha a užívání cannabinoidů jako forma sebemedikace. [Anxiety disorder and cannabinoid use as a form of self-medication]. Praha, 2024. 48 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Jakub Minařík

Poděkování

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu práce, doktoru Minaříkovi, za rady a připomínky, které pomohly zlepšit mou bakalářkou práci. Díky také patří všem respondentům za jejich čas a důvěru jak ve mně, tak v tuto práci. Jejich příspěvky bylo pro tuto práci neocenitelné.

Abstrakt

VÝCHODISKA: Úzkostná porucha je jednou z nejrozšířenějších duševních poruch současnosti, která zásadně ovlivňuje život postižených jedinců a jejich fungování nejen ve společnosti, ale ovlivňující také jejich produktivitu, mezilidské vztahy a zvládání každodenních běžných činností. Tato porucha, jež je charakterizovaná intenzivními a často neovladatelnými pocity paniky, úzkosti a často také neopodstatněného strachu, má vliv na mentální, emoční i fyzické zdraví. S narůstajícím povědomím o této problematice roste i poptávka po alternativních metodách léčby a zvládání těchto obtíží. Jednou z cest se stává sebededikace pomocí kanabinoidů, což jsou látky obsažené v rostlině konopí, známé svými potenciálními terapeutickými účinky.

CÍLE: Hlavním cílem této práce je zhodnocení účinků cannabinoidů na úzkostnou poruchu u konkrétních jedinců. Zmapování jejich motivace k využití této alternativní možnosti a současného stavu.

METODY: Pro účely výzkumu bude využito rozhovoru se čtyřmi jedinci trpícími úzkostnou poruchou, jež alespoň jednou užíli cannabinoidy za účelem zmírnění příznaků svého onemocnění. Získaná data budou zpracována do kazuistik.

ZÁVĚR: Tato práce přináší možnost porozumění individuality účinků cannabinoidů na úzkostnou poruchu a úvod jejího vyhledávání při tomto druhu potíží. Zaměřuje se na čtyři konkrétní případy, z nichž své závěry vytváří. Na základě analýzy použité literatury a vlastního výzkumu byly identifikovány různé aspekty vztahu užití marihuany pro úlevu od úzkostných příznaků. Výsledky naznačují, že jedinci trpící úzkostnou poruchou se častěji uchylují k užití marihuany, jelikož mají velkou potřebu okamžité nebo alespoň co nejrychlejší úlevy od příznaků. V případech respondentů si 3 ze 4 uvědomili po prvním užití efekt redukce úzkosti, což vedlo k dalšímu užití. U posledního z participantů po prvním užití nastala pauza několika let, než se k této metodě znovu vrátil pro ovšem stejný účinek. U všech respondentů se látka setkala s pozitivním efektem zmírnění úzkostných stavů. 2 z respondentů problémy s návykem nevnímali, ovšem po dlouhodobém užití se setkaly s negativním účinkem ve formě prudkých změn nálad, nespavosti, podrážděnosti apod. Tři z participantů v současné době neužívají, jeden z nich navštívil odbornou pomoc při pokusu o odvykání. Poslední stále užívá v intervalu jednou/dvakrát za měsíc.

Klíčová slova: marihuana, úzkostná porucha, sebededikace, užívání cannabinoidů

Abstract

BACKGROUND: Anxiety disorder is one of the most widespread mental disorders today, fundamentally affecting the lives of affected individuals and their functioning not only in society, but also affecting their productivity, interpersonal relationships and coping with everyday activities. This disorder, which is characterised by intense and often uncontrollable feelings of panic, anxiety and often unjustified fear, affects mental, emotional and physical health. As awareness of this issue grows, so does the demand for alternative methods of treating and managing these difficulties. One way is self-medication with cannabinoids, which are substances contained in the cannabis plant known for their potential therapeutic effects.

THE OBJECTIVES: The main aim of this work is to evaluate the effects of cannabinoids on anxiety disorder in specific individuals. Mapping their motivation to use this alternative option and current status.

METHODS: For the purpose of the research, interviews will be used with four individuals suffering from anxiety disorder who have used cannabinoids at least once to alleviate the symptoms of their illness. The data collected will be compiled into case studies.

CONCLUSIONS: This work provides an opportunity to understand the individuality of the effects of cannabinoids on anxiety disorder and an introduction to its search in this type of disorder. It focuses on four specific cases from which it draws its conclusions. Based on the analysis of the used literature and our own research, various aspects of the relationship between the use of marijuana for the relief of anxiety symptoms were identified. The results suggest that individuals suffering from anxiety disorders are more likely to resort to marijuana use because they have a strong need for immediate or at least as quick relief from their symptoms as possible. In the cases of respondents, 3 out of 4 realized an anxiety reduction effect after the first use, which led to further use. For the last participant, there was a pause of several years after the first use before returning to the method again for the same effect. All respondents experienced a positive effect of anxiety reduction. 2 of the respondents did not perceive any problems with the habit, but after prolonged use they experienced a negative effect in the form of rapid mood changes, insomnia, irritability, etc. Three of the participants are not currently using, one of them

visited professional help when trying to quit. The last one is still using at an interval of once/twice a month.

Key words: marijuana, anxiety disorder, self-medication, cannabinoid use

Obsah

Obsah.....	8
1 Úvod.....	10
2 Teoretická část	11
2.1 Úzkostná porucha.....	11
2.1.1 Psychologické teorie.....	12
2.1.2 Rozdíl strach a úzkost.....	12
2.1.3 Druhy úzkostné poruchy	13
2.2 Kanabinoidy	14
2.2.1 Endokanabinoidy.....	15
2.2.2 Fytkanabinoidy.....	16
2.2.3 Endokanabinoidní systém.....	17
2.2.4 Kanabinoidy a úzkostná porucha	18
2.3 Sebemedikace.....	19
2.3.1 Sebemedikace kanabinoidy	20
3 Praktická část.....	21
3.1 Metodologie	21
3.1.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	21
3.1.2 Výzkumný soubor	21
3.1.3 Etika.....	21
3.2 Kazuistická studie 1	22
3.2.1 Anamnéza.....	22
3.2.2 Vliv marihuany na úzkostný stav	25
3.2.3 Shrnutí užívání	26
3.2.4 Rozvaha.....	26
3.3 Kazuistická studie 2	27
3.3.1 Anamnéza.....	27

3.3.2	Vliv marihuany na úzkostný stav	30
3.3.3	Shrnutí užívání	31
3.3.4	Rozvaha	31
3.4	Kazuistická práce 3	31
3.4.1	Anamnéza.....	31
3.4.2	Vliv marihuany na úzkostný stav	34
3.4.3	Shrnutí užívání	35
3.4.4	Rozvaha	35
3.5	Kazuistická práce 4	36
3.5.1	Anamnéza.....	36
3.5.2	Vliv marihuany na úzkostný stav	37
3.5.3	Shrnutí užívání	38
3.5.4	Rozvaha	38
4	Diskuze.....	39
5	Závěr	42
6	Seznam použité literatury	43
7	Seznam příloh	46

1 Úvod

Úzkostná porucha představuje komplexní mentální stav objevující se mezi dnešní populací jako jedna z nejčastějších psychiatrických diagnóz. Zasahuje do života jednotlivců a ovlivňuje tak jejich osobní, sociální, pracovní život stejně jako omezuje jedince v každodenních aktivitách a v běžném životě jako takovém. Pocit neustálého strachu, pocit nedostatku kontroly a zvýšená úzkost mohou být pro ty, kteří trpí touto poruchou, přítěží. Přestože existuje řada konvenčních, tradičních léčebných metod a farmakoterapie pro úzkostnou poruchu, ne vždy se setkají s tíženým výsledkem. V tomto kontextu proto stále existují jednotlivci, kteří hledají jiné způsoby zmírnění svých obtíží. Jedním z těchto alternativních přístupů se stává užívání cannabinoidů.

Cannabinoidy, sloučeniny nalezené v rostlině konopí, získávají pozornost díky svým možným léčebným vlastnostem. Proto například látky jako kanabidioly (CBD) a tetrahydrokanabinol (THC), získávají pozornost jako potenciální prostředek pro zmírnění různých zdravotních obtíží, včetně těch psychických. Jejich interakce s endokannabinoidním systémem v lidském těle vyvolává řadu efektů, které mohou mít vliv na stav úzkostné poruchy. Pozoruhodným fenoménem užití konopí je v jeho sloučeninách, mezi které v největším množství dominují již zmíněné CBD a THC. Zatímco kanabidioly má prokazatelné anxiolytické účinky s možností využití léčbě psychóz, konopí s větším množstvím THC může u zdravých jedinců úzkostné stavy naopak vyvolat stejně jako příznaky jiných psychóz. (Landa, 2020) Otázkou tedy zůstává, zda jedinci, kteří se rozhodnout pro alternativní léčbu s pomocí konopí skutečně touto nemocí trpí, či zda je pouze následkem dřívějšího užití.

Cílem této bakalářské práce je tedy prozkoumat a porozumět spojení mezi úzkostnou poruchou a užíváním cannabinoidů jako formou sebededikace. Důkladným rozbořením motivací, přínosů a potenciálních rizik spojených s touto formou léčby se snažíme poskytnout hlubší pohled na roli cannabinoidů v léčbě úzkostné poruchy a jejich dopad na životy jednotlivců trpících touto diagnózou.

Rozhodnutí jednotlivců využívat cannabinoidy pro zmírnění příznaků úzkostné poruchy je komplexní a má mnoho vrstev. Tato práce si klade za cíl nejen poskytnout informace, ale také přispět k diskuzi a širšímu povědomí o této problematice v oblasti psychického zdraví.

2 Teoretická část

2.1 Úzkostná porucha

Úzkostná porucha je psychické onemocnění, které se projevuje nadměrným a nepřiměřeným pocitem úzkosti, strachu či neklidu ve více než jedné oblasti života jedince. Mohou být způsobeny genetickými, biologickými nebo psychosociálními faktory. Úzkost může být také chápána jako emocionální reakce, jež se u člověka projevuje formou obavy z nejasné budoucnosti nebo situace, která ovšem nemusí představovat žádné reálné nebezpečí. Tato diagnóza neovlivňuje člověka jen psychicky, ale podepisuje se i na jeho fyzickém zdraví, a to například měnicími se pocity chladu a tepla, pocitem tlaku na hrudi, který pomyslně zamezuje možnost dýchání, potíže s usínáním, silný a intenzivní tlukot srdce a třes rukou. (Stránský, 2014) Jedinec má v průběhu onemocnění pocit, že jeho situace je nezvladatelná, že jej ovládá a on není schopen, jakkoliv strachu zabránit. (Ocisková, Praško, 2017)

Nadměrné strachování se, jež je pro úzkostnou poruchu typické, se v našem těle projevuje jako stres a může tak přinášet fyzické potíže, často gastrointestinální. Vylučování stresových hormonů jako je např. adrenalin, kortizol, noradrenalin, ... v častém a větším množství je spojováno s nebezpečím zvýšeného krevního tlaku, oslabeného imunitního systému a dalšími závažnými nemocemi. Kromě těchto přímých účinků na fyzické zdraví se jedinec může také potýkat se sérií špatných návyků vytvořených jedincem ke zvládnutí pro něj náročné situace neustálého strachu. Mezi ně můžeme řadit problémy se spánkem, přejídání se nebo naopak nechutenství, nadužívání alkoholu a návykových látek, ... apod. (Shapiro, 2022)

Marie Vágnerová ve své knize: Současná psychopatologie pro pomáhající profese, popisuje úzkost jako stav, který každý zdravý jedinec prožívá v každodenním životě, jakožto varovný signál blížícího se, zatím nepoznaného, nebezpečí, jež nám pomáhá s aktivizací a následně i adekvátní, přiměřenou a účelnou reakcí. Je nutné si ovšem uvědomit, že strach a úzkostná porucha není tím samým, ačkoliv většina populace může tento problém takto vnímat. Často se používá slovní spojení „mám z toho úzkost“ když hovoříme o náročné zkoušce, oslovení líbivé osoby či například před uměleckým představením. V tomto případě se ale jedná o strach, nervozitu, trému, která je v našem životě běžná a pomáhá nám s aktivizací, větší motivací. Díky ní se více intenzivně učíme na test, jelikož se obáváme neúspěchu. (Shapiro, 2022)

2.1.1 Psychologické teorie

Jak zmiňují Hocaoglu, Kalinin a Mohamed (2021), dá se nahlížet na specifikaci úzkostné poruchy ze tří možných teorií:

2.1.1.1 Psychodynamická teorie

Podle této teorie je úzkostná porucha formou nepříjemného tlaku a/nebo napětí objevujícího se kvůli subjektivně vnímaným hrozbám vnitřního a vnějšího prostředí. Je spojovaná s potlačovanými emocemi, impulzy a zážitky z dětství, které ovlivňují osobnost jedince v pozdějším životě. Úzkost je konfliktem mezi jástvím (egem), nižším jástvím (id) a horním jástvím (superegem), jež je vnímán jako signál nebezpečí.

2.1.1.2 Behaviorální teorie

Tato teorie se zabývá myšlenkou, že úzkost je naučená emoční reakce na potřebu úniku od nebezpečí, bolesti nebo stresu. Reakce na strach a stres je získána v průběhu života prostřednictvím sociálního učení, jedinec si tak vyvíjí mechanismy únikové a vyhybavé, jež snižují napětí a úzkost, které se v těchto situacích objevují. Pokud se již v raném věku bude jedinec setkávat se silnými obavami, stane se z úzkostné reakce automatická odpověď na tento druh situace a přetrvává.

2.1.1.3 Kognitivní teorie

To, že emoce jsou ovlivněny tím, jak jedinec interpretuje a vnímá určité události, popisuje poslední ze tří zmíněných teorií, kognitivní teorie. Pokládá za důležitější význam, jaký skutečnosti nebo události sám jedinec přikládá než pouze tomu, jak jej vnímá. Popis situace pak ovlivňuje prostředí, nálada, současný emoční stav jedince a minulé zkušenosti. Úzkost se pak objevuje jako následek zkresleného myšlení a iracionálního přesvědčení, co si jedinec sám vytvoří.

2.1.2 Rozdíl strach a úzkost

Strachem se rozumí reakce organismu na přesně definované nebezpečí, specifický objekt nebo situaci v míře adekvátní ke stupni nebezpečí. Běžné strachy zahrnují strach ze ztráty zaměstnání, strach z nemoci, ze smrti, z bolesti a tak dále. Tato reakce nás uvádí do stavu „útok nebo útek“ a je pro naše přežití životně důležitá. Ačkoliv se nejedná o to samé, jako úzkost je nutné si uvědomit, že dlouho trvajícím strach a stres mohou úzkostnou poruchu zapříčinit společně s traumaty, které vnímavý jedinec mohl skrz život prožít. Úzkost bývá vztažena k pocitu strachu až paniky z něčeho v budoucnosti. Jedná se o stav,

kdy jedinec častokrát ani není schopen popsat, čeho se obává a pocitem zůstává jen obava z něčeho špatného, co by se mohlo stát. Někteří lidé trpící úzkostí mohou ale popsat předmět své úzkosti díky opakovanému prožívání příznaků, jak se tématem více a více zabývají. Příkladem může být úzkost ze smrti na vysoký věk milované osoby, který ovšem přijde až za velmi dlouhou dobu. (Hyman, Moriarty, & Pedrick, 2022)

2.1.3 Druhy úzkostné poruchy

Úzkostná porucha má několik typů, mezi které můžeme zařadit: Generalizovanou úzkostnou poruchu, panickou poruchu, fobie, obsedantně kompulzivní poruchu a další.

2.1.3.1 Generalizovaná úzkostná porucha

Tento typ úzkostné poruchy je typický pro své obavy, starostlivými a stresujícími se myšlenkami zahrnující oblasti každodenního života. Zdraví rodiny, obav o finance a jejich hospodaření, strach ze selhání v práci, obav z budoucnosti,.. Úzkost má plíživý charakter a její symptomy jsou různorodé. Jedinec cítí napětí, neklid, nevolnost, bolesti hlavy. Je pro něj náročné se uvolnit, může si stěžovat na obtížné dýchání, sucho v ústech, třes a intenzivní bušení srdce. Stejně jako u většiny poruch se nemusí manifestovat veškeré z uvedeného a stav bývá proměnlivý, často trvající léta zhoršující se bez řádné léčby. (Ocisková, & Praško, 2017)

2.1.3.2 Panická porucha

Panická porucha je charakterizována přítomností panických atak a anticipačních úzkostí projevující se krátkodobou, často nepřesahující 20 minut, atakou. Ani po ní ale nedochází k úplnému vymizení příznaků a ať už nastupuje anticipační úzkost, tedy obavy z opakování stavu, tak stavy jako například bolesti hlavy nebo vertigo mohou nějakou dobu přetrvávat. Panická ataka se u lidí často objevuje ve spojitosti se strachem ze smrti nebo strachem z nějakého onemocnění, o kterém mohou mít dostatečné množství informací. Příznaky spojené s tímto druhem úzkostné poruchy často dávají jedincům podezření a strach na infarkt myokardu nebo centrální mozkovou příhodu a často po prvním zážitku pak navštíví svého obvodního lékaře. Pocit bušení srdce, zrychlený tep, zvýšení krevního tlaku, pocit sevření na hrudi a pocit, že nemohou tzv. „dodechnout“ jedince může nutit k zaměření se na dech, což ovšem obvykle vše dále prohloubí a dochází k hyperventilaci. Potíže mohou být i gastrointestinální. (Končelíková, 2020)

2.1.3.3 *Fobie*

Druh úzkostné poruchy nazvaný fobie se projevuje výrazným, nepřiměřeným strachem při kontaktu s určitým objektem, člověkem, věcí, situací nebo aktivitou. Fobie jsou častěji považovány za typické a běžné, a proto mnoho jedinců trpící tímto problémem ani pomoc nevyhledává. Nejčastějším typem jsou specifické fobie zaměřené na konkrétno. Za nejznámější můžeme považovat arachnofobii (strach z pavouků), akrofobii (strach z výšek), klaustrofobii (strach z uzavřených prostorů), scénofobie (strach z veřejného vystupování), apod. Při prožívání fobického strachu dochází podobně jako u ostatních úzkostných poruch k pocitu sevření na hrudi, třesu, pocení, problémem s dýcháním, pocitům vln horka nebo chladu, slabosti nohou, a tak dále. V tomto případě může u dotyčného docházet i k pocitu derealizace či depersonalizace, pocitům, že svět kolem něj se odehrává jako film, jehož není součástí. On sám si může připadat jako neskutečný a nereálný, cítí se oddělen od svých prožitků. (Polách, 2015)

2.1.3.4 *Obsedantně impulzivní porucha*

Obsedantně kompulzivní porucha (OKP) je charakterizovaná opakujícími se myšlenkami, které vedou k neodolatelné potřebě vykonávat určité činy, nazývané kompulze, jako reakci na tyto myšlenky. Obsese jsou opakující se myšlenky, pocity nebo obavy, které jsou nechtěné a rušivé. Tyto myšlenky mohou být například obavy z kontaminace, pochybnosti o zabezpečení domova nebo nepříjemné myšlenky o násilí. Kompulze jsou opakující se chování nebo rituály, které jedinec provádí jako reakci na obsese, aby snížil úzkost či nejistotu. Jedinci často rozumí iracionálnosti svých myšlenek a chování, ale nemohou přestat s jejich prováděním. Ignorování obsesí může způsobit významnou úzkost, a tak jedinec vykonává kompulze jako způsob, jak se s tím vypořádat, i když je to jen dočasné uklidnění. (Praško, Grambal, Šlepecký, & Vyskočilová, 2019)

2.2 Kanabinoidy

Kanabinoidy jsou skupina chemických sloučenin, které se vyskytují přirozeně v rostlinách konopí stého, v širším slova smyslu lze kanabinoidy označit jako skupinu látek, která reaguje s kanabinoidním systémem. Konopí je celosvětově jednou z nejužívanějších látek, hned po alkoholu a tabáku. Jedná se o olejnatou, přadnou, jednoletou, dvoudomou rostlinu z čeledi Cannabaceae (konopovitých). V historii bylo konopí mnohokrát rozdělováno do různých čeledí a zase přerazováno do jiných, až se mu nakonec vytvořila

jeho, již zmíněná, specifická čeleď, kam nyní patří i např. chmel otáčivý (*Humulus lupulus*). (Fišar, 2006)

Endokanabinoidy jsou jednou ze tří základní, známých podskupin kanabinoidů, jež si naše tělo dokáže samo vytvořit. Pojí se na kanabinoidní receptory v našem endokanabinoidním systému. Druhou skupinou jsou fyto-kanabinoidy, látky známé jako THC, CBD nebo třeba CBG, jež můžeme narozdíl od endokanabinoidů nalézt v rostlinách konopí. Třetí, poslední skupinou jsou syntetické kanabinoidy vytvářené uměle. (Kanabinoidy, 2016)

2.2.1 Endokanabinoidy

Endokanabinoidy jsou podskupinou kanabinoidů. Do této skupiny patří látky, jež si naše tělo dokáže samo vytvořit, vyskytuje se tedy v našem organismu zcela přirozeně stejně jako přirozeně působí na receptory endokanabinoidního systému.

Prozatím byli identifikováni dva endokanabinoidy. Anandamid (AEA) a 2 – arachidonoylglycerol (2-AG).

2.2.1.1 Anandamid (AEA)

Anandamid je lipidovým mediátorem, jež působí na CB1 receptory. Receptory, na které se navazuje také Δ^9 -tetrahydrocannabinol, který je účinnou psychoaktivní složkou konopí setého. Anandamid byl prvním objeveným endokanabinoidem, o jehož nalezení se zasloužil William Devane. Dokázal tento mediátor získat z mozku prasete. (Scherma, Masia, Satta, Fratta, Fadda, & Tanda, 2019)

2.2.1.1.1 *CB1* receptory

Receptory CB1, objevené nejprve v mozku člověka, se nakonec prokázaly být rozšířené i v ostatních částech těla. Tyto receptory mají klíčovou úlohu při řízení pohybů, orientaci v prostoru a vnímání smyslů, jako je chuť, hmat, čich a sluch. Zároveň ovlivňují kognitivní funkce a motivaci. Jejich hlavní funkcí je pravděpodobně regulace hladiny serotoninu a dopaminu v těle, což pomáhá udržovat rovnováhu. Tím se ovlivňuje nadbytečná či nedostatečná komunikace v mozku, což může mít vliv na to, jak vnímáme bolest, nebo průběh svalových křečí a záchvatů. (Kanabinoidy, 2016)

2.2.1.1.2 *CB2 receptory*

Receptory CB2 hlavně ovlivňují imunitní systém a vyskytují se zejména v trávicím traktu, slezině, játrech, kostech a cévách. Nové poznatky naznačují, že látky jako kanabinoid CBD, které cílí hlavně na tyto receptory, mohou účinně pomáhat při léčbě zánětlivých onemocnění. Nedávné studie také ukazují, že mají vliv na přenos signálů do mozku, což je staví do stejné důležitosti jako první zmíněné receptory.

(Kanabinoidy, 2016)

2.2.2 **Fytokanabinoidy**

Fytokanabinoidy jsou přírodní sloučeniny nalezené v rostlinách, které interagují s endokanabinoidním systémem těla. Tento systém zahrnuje receptory, enzymy a látky, které regulují různé fyziologické funkce, jako je například nálada, paměť, imunitní reakce, bolest a další procesy. THC a CBD jsou nejznámější fytokanabinoidy; THC má psychoaktivní účinky, zatímco CBD má různorodé léčebné vlastnosti bez psychoaktivního efektu. Tyto látky mohou ovlivňovat různé procesy v těle a výzkumy naznačují jejich potenciál v léčbě bolesti, zánětu, úzkosti a dalších onemocnění. V rostlině konopí však můžeme najít i další látky jako například CBG, CBC, CBN atd. Každá z nich pak má své individuální účinky a léčebné potenciály. (Fišar, 2006)

2.2.2.1 THC

Tetrahydrokanabinol, známý pod zkratkou THC, je jednou z přirozených složek nalezených v konopné rostlině. Nejvíce se nachází v pupenech této rostliny. Podobně jako ostatní látky obsažené v konopí, i THC ovlivňuje endokanabinoidní systém v lidském těle. Interaguje s kanabinoidními receptory v mozku a těle, což umožňuje komunikaci mezi různými částmi těla prostřednictvím neurotransmiterů. Důvodem, proč se THC objevuje ve všech variantách marihuanových produktů, které mají za účel přinést uživateli euforické pocity, je jeho schopnost, na rozdíl od látkám jemu podobným, zprostředkovat psychoaktivní efekt často tak vyhledávaný u rekreačních uživatelů marihuany. (Luber, 2019)

2.2.2.2 CBD

Podobně jako THC je i kanabidiol, tedy CBD, komponentem běžně se vyskytujícím v konopné rostlině. Na rozdíl od něj je CBD ovšem legální ve většině států světa a THC pro své psychoaktivní účinky se naopak setkává se zákazy. Už od nepaměti se THC spíše asociovalo s uživateli marihuany a CBD se spojovalo s užitím masť, olejů a jiných

produktů pomáhající nejen se spánkem, stresem, nebo chutí k jídlu, ale i s pozitivním účinkem například na pleť a vlasy. Jedná se tedy o běžně prodáváný produkt. U kanabidiolu kromě poklesu krevního tlaku a ospalosti nebyl zatím nalezen žádný další vedlejší účinek. Výzkum ohledně zdravotních benefitů CBD stále probíhá a objevují se další a další možnosti užití této látky pro dobro těla a mysli. Nejčastější a nejznámější užití CBD se objevuje u léčby úzkosti, bolest spojenou s mnohočetnou sklerózou a epilepsie u dětí, také se využívá k podpoření chuti k jídlu. (Luber, 2019)

2.2.3 Endokanabinoidní systém

První objev endokanabinoidního systému proběhl díky výzkumné skupině vedené Allynem Howlitem ve St. Louis. Tato skupina byla motivována předchozími studiemi THC a CBD a jejich chemickým působením. Jejich výzkum zaměřený na nalezení kanabinoidních receptorů v mozku pokusných krys se setkal téměř s okamžitými výsledky. První nalezený receptor byl pojmenován jako kanabinoid 1 (CB1) receptor, který je spojen s G proteinem. Později byl identifikován také kanabinoid 2 (CB2) receptor. Oba tyto receptory patří do skupiny GPCR, což jsou receptory asociované s G proteiny a mají tedy klíčovou roli při regulaci různých biologických procesů v našem těle jako například vnímání bolesti, regulaci krevního tlaku, metabolismus apod. (Parker, 2017)

2.2.3.1 CB1 receptor

Původně se předpokládalo, že se tento receptor nachází pouze v centrálním nervovém systému (CNS), a proto byl označován jako mozkový kanabinoidní receptor (brain cannabinoid receptor). Avšak dnes víme, že lze tento receptor nalézt i v periferních orgánech lidského těla, jako je srdce, játra, varlata, žaludek atd., i když v menší míře než v mozku. Jeho výskyt v bazálních gangliích, substantia nigra, globus pallidus, v mozečku a hipokampu, ale ne v mozkovém kmeni, může vysvětlit nízkou toxicitu THC, protože mozkový kmen je regulátorem všech funkcí, které jsou nezbytné k přežití, jako je například dýchání. (Parker, 2017)

2.2.3.2 CB2 receptor

Podobně jako CB1 bylo předpokládáno, že se CB2 receptor vyskytuje převážně v pouze jednom místě lidského těla. V případě receptoru CB2 to byly buňky imunitního systému. Ovšem dnes byl identifikován také v centrální nervové soustavě, konkrétně v mikrogliaálních buňkách. V CNS se ovšem nevyskytuje v takovém množství jako první receptor, CB1. Parker (2017) dokonce vznáší otázku, zda se tento druh receptorů objevuje

v mozku nijak nepoškozeném, jelikož bylo naznačeno, že CB2 receptor je součástí obecného ochranného systému.

2.2.4 Kanabinoidy a úzkostná porucha

I když je známo, že kanabinoidy mohou způsobovat řadu nežádoucích efektů, včetně úzkosti samotné, mnoho jedinců zmiňuje naopak pocit uvolnění od příznaků po užití. (Crippa et al., 2010) Pacienti trpící úzkostnou poruchou projevují často větší sklon k užívání kanabinoidů jako prostředku ke zklidnění a relaxaci, zejména v období zvýšeného stresu. Přestože kanabinoidy mohou pomoci zmírnit symptomy úzkostné poruchy, dlouhodobé užívání může vést k jejímu zhoršení a zvyšování výskytu panických atak. (Pertwee, 2014)

Výzkumem působení THC na úzkostnou poruchu se zabývalo množství studií využívající ve svém zkoumání dobrovolníky. Některé studie naznačují, že u některých lidí může THC způsobovat nebo zhoršovat úzkostní symptomy, zatímco jiné studie naznačují, že může mít proti úzkostné účinky. Sharpe, Sinclair, Kramer, De Manincor, a Sarris (2020) ve svém článku v časopise Journal of Translational Medicine porovnávají množství studií zabývajících se tématem účinku THC a CBD na úzkostnou poruchu. Jejich přehled vycházel ze článků, při jejichž hledání byly využity elektronické databáze OVID MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed a PsycINFO a data byla sledována až do ledna 2020. Obsahoval data pouze z anglicky psaných článků a ty, kde nebylo přesně známo, zda šlo o inhalaci nebo kouření THC či CBD, byly vyřazeny. Studie zasahují intervence, buď u zvířat nebo u lidí, buď akutní nebo dlouhodobé aplikace léčby založené na konopí.

Sharpe et al. (2020) se věnovali datům z 10 studií, přičemž u třech z nich participanti potvrdili, že k užití kanabis došlo za účelem zmírnění příznaků úzkosti. U ostatních studií se zjistilo, že participanti vyměnili některou medikaci předepsanou lékařem za kanabis ať už za účelem zmírnění úzkosti nebo útlumu bolesti. Některé ze studií prokázali, že participanti se potýkají s výrazně sníženým prožíváním úzkostných stavů, naopak jiné upozorňovaly na odpověď jedinců o dlouhodobém, minimálně tří letém, užívání kanabis a výsledku objevení diagnózy úzkostné poruchy.

Jiný z výzkumů ve svých preklinických studiích využívá modelové systémy se zvířaty, především hlodavci. Jejich výsledky ukazují na obvyklé antidepresivní účinky po

užití kanabinoidů nehledě na externí nebo endogenní. Rozdíl byl pozorován pouze v moment, kdy došlo k rozdílu dávkování, druhu zvířete, kmeni a experimentálnímu designu. (Hasbi, Madras & George, 2023)

Dlouhodobější užívání kanabinoidů s vyšším obsahem THC se ovšem potýká s problémem několika nežádoucích účinků včetně poruch paměti, myšlenkovým zárazům a mimo jiné také úzkosti. Crippa et al. provedli přezkum literatury o vztahu mezi intoxikací marihuanou a úzkostí. Zjistili, že riziko vzniku úzkosti při intoxikaci marihuanou bylo spojeno s následujícími faktory: individuální a genetickou zranitelností, osobnostními rysy, pohlavím, méně častým užíváním, vysokou dávkou, odrůdami s vysokým obsahem THC/nízkým obsahem CBD, historií předchozích úzkostných reakcí, přítomností úzkostné poruchy/příznaků, bazálním stavem úzkosti, stavem abstinence a prostředím a kontextem užívání.

2.2.4.1 CBD a úzkost

CBD je v mnoha studiích oproti THC vyzdvihováno. Jeho menší vaznost na endokanabinoidní receptory ukazuje na jeho spíše regulační schopnost. Kromě endokanabinoidního systému ovlivňuje také opioidní, serotoninový a adenosinový přenos a podporuje neurogenezi v hipokampu a synaptickou plasticitu, zatímco potlačuje reaktivitu glií. Dvojitě zaslepená placebo kontrolovaná studie věnující se studentům vysokých škol a zdravým dobrovolníkům prokázala, že testy úzkosti před a po užití se u skupiny s podaným CBD zlepšila. Stejně jako další podobně vedené studie. (Lichenstein, 2022)

Crippa et al. (2010) na základě nevědomí o přesném dopadu CBD na úzkost a mozek a jeho fungování se zaměřili na výzkum tohoto fenoménu pomocí dvojitě zaslepené studie dávky placebo a CBD u deseti mužů s diagnostikovanou sociální úzkostí. CBD bylo ve výzkumu použito 99,9% čisté a stejně jako placebo podané ve formě želatinové kapsle. Po následném zkoumání byla u subjektů zjištěna změna mozkové aktivity, jež ovlivňuje úzkost, a tak tato behaviorální změna potvrdila u jedinců snížení úzkostného stavu. Nutno podotknout, že v této studii byla účinnost CBD potvrzena pouze akutně a nikoliv při dlouhodobém užívání.

2.3 Sebemedikace

Sebemedikace je běžným přístupem k léčbě mnoha běžných zdravotních obtíží, jako jsou bolesti hlavy, nachlazení, zažívací problémy a drobná zranění. Jedná se o způsob,

jakým jednotlivce řeší své zdravotní potíže bez nutnosti návštěvy lékaře. Tento přístup k léčbě může být efektivní a pohodlný, zejména pokud se jedná o běžné a mírné problémy. Nicméně, sebededikace může nést rizika, zejména pokud není prováděna odpovědně. Nedostatek informací o správném užívání léků, možné interakce s jinými léky nebo kontraindikace mohou vést k nežádoucím účinkům nebo zhoršení zdravotního stavu. Důkladné informování a dodržování doporučení jsou proto klíčové pro bezpečnost sebededikace.

Dalším aspektem sebededikace je přístupnost léků a zdravotní péče. V některých případech mohou být pacienti omezeni ve své schopnosti získat léčbu kvůli finančním, geografickým nebo sociálním faktorům. Tato nerovnost přístupu může mít negativní dopad na zdraví a blahobyt jednotlivců. Přestože sebededikace může být užitečná a efektivní pro běžné zdravotní problémy, je důležité, aby byla prováděna s ohledem na zodpovědnost, informovanost a případně konzultaci s lékařem v případě potřeby. (Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication, 2000)

2.3.1 Sebededikace kanabinoidy

Sebededikace kanabinoidy je praxe, kdy jednotlivci užívají konopí k zvládnutí duševních problémů nebo k úlevě od symptomů spojených s jinými zdravotními stavy bez formální lékařské předpisu od zdravotního pracovníka. Léčebné užívání konopí postupně získává akceptaci po celém světě. Země jako Kanada a Nizozemsko mají vládou řízené programy, které pacientům poskytují kvalitně kontrolované bylinné konopí prostřednictvím specializovaných a licencovaných společností. Ve Spojených státech, navzdory federálnímu odporu, 18 států (včetně Okruhu Kolumbie) zavedlo zákony umožňující "lékařské užívání marihuany." Pacienti v těchto státech často pěstují konopí sami nebo si jej pořizují od větších pěstitelů, kteří působí jako pečovatelé pro skupiny pacientů.

Sebededikace konopím je nejběžnější způsob užívání kanabinoidů léčebně. Studium sebededikace je však inherentně obtížné, protože probíhá mimo kontrolované laboratorní nebo nemocniční prostředí. Omezená data z průzkumů a případové zprávy komplikují stanovení pevných kvantitativních závěrů o tom, jak efektivně předepisovat konopí. Vědecké studie a rozsáhlé průzkumy jsou nyní prováděny k porozumění zkušenostem pacientů, kteří se sebededikují, a k přispění k medicíně založené na kanabinoidech. (European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction, 2018)

3 Praktická část

V praktické části budou přestaveny 4 kazuistické ilustrace.

3.1 Metodologie

3.1.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Výzkumný design této práce představují čtyři kazuistické práce mapující jedince se zkušenostmi s užitím kanabinoidů jako formou sebemedikace symptomů úzkostné poruchy. Kazuistika demonstruje konkrétní vliv kanabinoidů na respondenty, okolnosti jejich užití a současný stav.

Pro dosažení cíle byly vybrány výzkumné otázky:

1. Jaké jsou individuální zkušenosti a případy užití cannabinoidů se záměrem zmírnění příznaků úzkosti?
2. Z jakého důvodu si jedinec zvolil alternativní formy léčby, včetně užívání cannabinoidů?

3.1.2 Výzkumný soubor

Pro kazuistiky jsem zvolila 4 své blízké přátele, kteří se mi svěřili s tímto druhem řešení svého problému úzkostných stavů. Jedná se o tři studenty vysoké školy a jedné pracující.

3.1.3 Etika

Etická kazuistických prací je dodržena. Nejsou uvedeny osobní údaje respondentů ani časové údaje, které by mohli vést k jejich identifikaci. Práce je tedy naprosto anonymní. V rámci získávání údajů bylo respondentům umožněno potupovat dle vlastního tempa a uvážení. Práce byla schválena etickou komisí (viz Příloha A).

3.2 Kazuistická studie 1

Žena, 22 let, středoškolské vzdělání, svobodná, bezdětná.

3.2.1 Anamnéza

3.2.1.1 Rodinná

Otec, 55 let, má vysokoškolské vzdělání a titul inženýr. Užívá alkohol, nejčastěji pivo, spíše společensky. Domů chodí hodně intoxikovaný pouze výjimečně, matka to nemá ráda. Věnuje se golfu. Respondentka s má s otcem dobrý, nekonfliktní vztah.

Matka, 54 let, má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako sociální pracovník a terapeut v domě se zvláštním režimem. Neužívá žádné návykové látky a téměř nepije ani alkohol, jen velmi ojediněle, a to jen v malém množství. Má mnoho oblastí zájmu, včetně včelařství, tvorby mýdel a jiných aktivit. Respondentka popsala vztah s matkou jako složitější.

Sestra, 35 let, má středoškolské vzdělání, momentálně pracuje v prodejně zahradnických potřeb. Kouří, užívá marihuanu a společensky užívá alkohol, nejčastěji pak víno. Momentálně má partnera a čtyři děti. Tři vlastní a čtvrté z partnerova dřívějšího manželství. Se sestrou popisuje vztah jako velmi dobrý, i když si dětství s ní nepamatuje, jelikož velmi rychle z domu odešla, schází se s ní doteď a velmi si rozumí.

3.2.1.2 Osobní

Matka respondentky měla její sestru s prvním manželem, se kterým se následně rozvedla a dala se dohromady s jejím druhým, současným manželem. Následný pokus o dítě skončil nezdarem, jelikož matka potratila. Až s dalším pokusem se narodila respondentka. Matka v období těhotenství nekouřila ani neužívala alkohol a vše, těhotenství i porod, proběhlo bez potíží. Rodina bydlela v malém domku a jediný, kdo nesl těžce příchod nového člena do rodiny byla sestra. Respondentka se domnívá, že šlo pouze o sourozeneckou závist v období, kdy se její sestra obávala, že už nebude mít od rodičů tolik pozornosti. Dva roky po dívčině narození postihla její město povodeň a rodina byla nucena se přestěhovat do menšího města poblíž, kde žijí doteď.

Respondentka si z nástupu do školky příliš nepamatuje. Ví ovšem, že chodila do jiné, než bylo její město bydliště a že měla velmi ráda svou učitelku. To vytvořilo mírné problémy při přestupu na základní školu, která naopak v městě jejího bydliště bylo.

Popisovala, že si pamatuje, jak se tam všichni již kamarádili ze školky a ona tam znala jen jedinou osobu. Dívka byla chytrá a muzikálně nadaná, už o školy navštěvovala hodiny flétny, postupně skrz roky na základní škole pak také sbor, hru na kytaru a saxofon. Byly malé třídy o asi 12 dětech. Respondentka má prý jen málo vzpomínek na toto období, vybavovala si ale, že si jí v nižších ročnících spolužáci dobírali, že je tlustá. S postupem do dalších a dalších tříd se vytvořila jakási třídní soudržnost a všichni spolu vycházeli přinejhorším neutrálně. Ona sama prý často bránila někoho, pokud jej ostatní chtěli šikanovat. Na základní škole měla svůj první vztah, který by však svými slovy popsala jako „takový ten románek před románky kdy ještě o nic nejde“.

Po základní škole přešla na střední školu zdravotnickou na obor zdravotnické lyceum. První ročník, co se týče učení, byl pro ni zvládnutelný. Potíže nastaly až v prvním vážném vztahu, který respondentka měla. Se svou spolužačkou začala chodit v polovině prvního ročníku a zprvu se jednalo o skvělý vztah, který se ale velmi rychle zvrtil do manipulujícího vztahu ze strany partnerky respondentky. Popisovala, že byla z celé věci tak ve stresu, že téměř přestala jíst, sebepoškozovala se a po celý den se potýkala s intenzivními návaly stresu. Jelikož se její tehdejší partnerce podařilo jí dostat od přátel a přátele od ní, byla na vše zcela sama. Zmínila se, že ze strany rodičů to nebylo o nic lepší, matka na ní dokonce často křičela, jak je sobecká a nezodpovědná a že nic nedělá dobře. Tento vztah skončil rozchodem ze strany partnerky. „Asi jsem jí přestala bavit“ směje se respondentka. Rozchod byl pro ni velmi tíživý, až později si začínala uvědomovat, o co ve vztahu skutečně šlo. „Tady sranda nekončí“ popisuje dále. V čas, kdy na tom byla skutečně špatně, po tomto silně emočním zážitku, se velmi přátelsky sblížila s jejím kamarádem ze základní školy, který jí byl v období oporou. Jen aby se jí po nějakém čase pokusil mladík znásilnit. Dívce se podařilo utéct a s mladíkem už nikdy nemluvila. Následně se setkala s další ránou, kdy jí její tehdejší nejlepší kamarádka přebrala přítele, o kterém sama prohlásila, že se jí nelíbí.

Tyto incidenty, domnívá se, byly hlavním spouštěčem její úzkostné poruchy. Zbytek střední školy proběhl nerušeně, a kromě stresů právě z ní, nebylo období nijak náročné. Zakončila školu maturitní zkouškou a vydala se na vysokou školu. Nyní bydlí v podnájmu se spolubydlícím v městě, ve kterém studuje a má stálého přítele.

3.2.1.3 Zdravotní

V dětství trpěla běžnými dětskými nemocemi. Jednou měla zlomené zápěstí kvůli nehodě na bruslích. Potýká se s občasnými zažívacími problémy.

3.2.1.4 Psychologicko-psychiatrická

Na střední škole ji matka poprvé vzala na homeopatie, kam ale téměř okamžitě přestala chodit. Důvod popsala jako to, že jí nechala doktorka mnohokrát čekat více jak hodinu v čekárně, i když měla přesný čas schůzky a že jí celkově nesesdla jako člověk. Zároveň to bylo prý příliš drahé.

Nyní ovšem dochází k psychiatrovi a užívá lék Eliceu na své potíže s úzkostí a depresiemi.

3.2.1.5 Sociální a pracovní

V mládí zprvu bydlela s rodiči ve větším městě v panelovém domě. Po povodních se přestěhovali do menšího města opět do panelového domu. Vystudovala střední školu zdravotní obor zdravotnické lyceum a momentálně dochází na vysokou školu.

V současnosti bydlí střídavě na podnájmu ses spolubydlícím v městě studia a střídavě doma u rodičů. Prý to vnímá spíš jako kolej než vlastní bydliště. Kromě studia se aktivně věnuje psaní příběhů, jejím tajným snem prý bylo napsat knihu. Věnuje se dobrovolné činnosti v Českém červeném kříži, ale jinak nepracuje.

3.2.1.6 Trestně právní

Žádné problémy se soudy nikdy neměla.

3.2.1.7 Drogová

Respondentka prý k alkoholu nikdy přitahována nebyla, jako její vrstevníci a první alkoholické pití, Frisko, si dala až na rozlučovací akci ses základní školou, tedy v 15 letech. Dále pila alkohol jen velmi příležitostně, a to spíš sociálně s přáteli nebo rodinou. Myslí si, že předstupěň k marihuaně byla cigareta jako taková. Při jejích potížích v prvním ročníku střední školy cítila každý den neutuchající úzkost, které se nedokázala zbavit, a tak se po vzoru její kamarádky dala na kouření. Držela se ovšem zkrátka. Jedna, maximálně dvě cigarety denně, víc si nikdy nedovolila. Prý byla zastrašená až dost všemi pověstmi o škodlivosti kouření, ale uklidnění spojené s nástupem nikotinu a dechové cvičení praktikované při jeho aplikování jí velmi vyhovovalo, uklidňovalo. Nebylo tedy divu, že

dalším milníkem se stala marihuanová cigareta. Respondentka popisuje, že poprvé zkusila s kamarádkou, která se zmínila, že je to zábava a že by to měla zkusit, nutit že jí ale nebude. Dívka byla zvědavá a dala si poprvé, to už prý bylo ke konci střední školy.

Okamžitě mě ujistila, že sama kouřila asi jen jednou, jinak vždy s přáteli. Zprvu to bylo vždy THC za účelem zábavy. Probírala však toto téma s onou kamarádkou a ta jí vysvětlila, co vlastně konopí vše nabízí a dala jí domů pár marihuanových cigaret ovšem s obsahem CBD s tím, že až jí bude zle má to zkusit. To také dívka udělala. Kouřila většinou s touto kamarádkou až do začátku vysoké školy. Pak její kamarádka přestala a ona si to prý sama nekoupí. Dlouhou dobu však prý pokračovala v kouření normálních cigaret, které opustila až nedávno.

3.2.2 Vliv marihuany na úzkostný stav

Respondentka popisovala stav své úzkostné poruchy jako těžkou kovovou vestu, kterou někdo připnul na její tělo. Intenzivní tlak svírající její hrudník jí nejen nechával neklidnou, ale také vytvářel pocit, že nemůže dýchat. Každý nádech musel být dlouhý, aby pomyslně prorazila bariéru, jež vnímala při dechu a někdy se prý i stávalo, že nebyla schopná ses ani pohnout, jelikož měla pocit, že jí srdce tluče natolik, že se jistě každou chvíli zastaví.

Po požití marihuanové cigarety zmiňuje náhlý pocit uvolnění. „Jako by ze mě spal velký kámen, samozřejmě ne hned, je to takový postupný proces, kdy se do člověka vkrade teplo a taková příjemná mlha. Těžko ses to popisuje.“ Respondentka vnímala lehké brnění, teplo a příjemnou až euforii spojenou s relaxačním pocitem, který byl téměř božský oproti tomu, co pociťovala předtím. „Rychlé účinné uvolnění“ dodala.

Vybavovala si, že zkusit byl čistě její nápad a že je za tu zkušenost věčná, nyní je ale ráda, že nemá přístup k získání marihuany, jelikož by prý kouřila často, už tak pro ni bylo těžké nyní přestat s kouřením, které na nějakou chvíli nahradilo marihuanu.

Nyní tedy nekouří a marihuanu si á pouze příležitostně, a to s přáteli.

3.2.3 Shrnutí užívání

Respondentka měla, svými slovy, nenáročné dětství. I když matka byla až příliš přísná a její chování zamezilo vytvoření hlubšího vztahu mezi respondentkou a jí, nevznikaly doma větší či závažnější problémy. Školka proběhla bez problémů a základní škola přes nějaké počáteční problémy se začleněním také.

Největší a nejvýznamnější zlom nastal na střední škole, kde se stala obětí toxického vztahu, zažila pokus o znásilnění, sebepoškozování a hladovění. To vše dívku vystavilo intenzivnímu stresu a tlaku po velmi dlouhý časový úsek což se stalo milníkem při rozvoji dívčiny úzkostné poruchy. Své stavy se pokoušela řešit cigaretami, později i marihuanou, kterou ovšem užívala pouze s kamarádkou, jednou či dvakrát sama. Užívání pokračovalo až do nástupu na vysokou školu, kdy její kamarádka přestala a ona sama si nikdy marihuanu nepořídila. Chvilí své potíže kontrolovala pomocí kouření cigaret, jakmile ale jí ale problém přerostl, jak sama říkala, přes hlavu, šla vyhledat psychiatrickou pomoc a přestala kouřit úplně.

Marihuanu si prý sem tak dá, ale už ne za účelem jako dříve, kontrolou jejích stavů. Po mé otázce, proč nevyhledala pomoc u psychiatra dříve se zmínila o jejím pokusu u homeoterapii, jelikož její matka vše ostatní odsuzovala. Tam ovšem z výše uvedených důvodů chodit přestala a rozhodla se, že její potáže nejsou tak náročné a že to zvládne sama.

3.2.4 Rozvaha

Problémy respondentky pramení z mnoha zdrojů. Počátečním spouštěčem byl zážitek na střešní škole, který dále eskaloval již maličkostmi v dívčině životě. Myšlenka rychlého řešení problému z dívčina povídání naznačují jistou potřebu být hned v pořádku. Respondentka působí jako někdo, kdo nerad vytváří problémy a poutá pozornost, myšlenka tichého a rychlého řešení mohla pramenit z ne příliš zdravého vztahu s její matkou, které o tom nechtěla říct, aby nevypadala jako přítěž, když podle matky nikdy neudělala nic správně nebo pořádně. To vše mohlo vést k utajování problému a jeho vlastnímu řešení pomocí cigaret a následně pomocí marihuany i přes zjevné povědomí o tom, jak rizikové obě tyto varianty mohou být.

Zlom nastal v moment, kdy se respondentka více osamostatnila odstěhováním se do města studia a zhoršením problémů po vysazení marihuany. Nátlak nutnosti s tím něco

dělat jí donutil vyhledat psychiatrickou pomoc a zlepšení stavu díky lékům jí napomohlo k abstinenci od cigaret.

3.3 Kazuistická studie 2

Muž, 28 let, středoškolské vzdělání, svobodný, bezdětný

3.3.1 Anamnéza

3.3.1.1 Rodinná

Otec, 65 let, vysokoškolské vzdělání v oboru pedagogiky, momentálně již doma na starobním důchodu. Dříve vyučoval na základní škole. Společenské užívání alkoholu. Věnuje se čtení knih a sledování fotbalu.

Matka, 66 let, vysokoškolské vzdělání obor pedagogika, stejně jako otec momentálně pobírá starobní důchod. Neužívá žádné návykové látky, věnuje se zahradničení a šití. Respondent popisuje vztah s oběma rodiči jako velmi dobrý a nekonfliktní.

Bratr, 42 let, vysokoškolské vzdělání obor průmyslové inženýrství. Momentálně žije v zahraničí. Dříve prý užíval aktivně alkohol a kouřil, ale po přestěhování se se jeho užívání zmírnilo. S bratrem má respondent vztah velmi dobrý, i když spíše na dálku. Bratr byl pro něj vždy velkou oporou a vzorem.

3.3.1.2 Osobní

Respondentův porod proběhl bez problémů, stejně tak proběhlo i těhotenství. Matka nekouřila ani neužívala návykové látky. Rodina žila v rodinném domku na venkově, kde oba jeho rodiče pracovali na místní základní škole. Respondent zmiňuje, že jediný problém v jeho dospívání byl tlak rodičů na vzdělání, a že dokud nedodělal úkoly či nesplnil nadstandartní příklad, jež mu rodiče dali, nemohl prakticky nic. Kromě toho však dětství proběhlo skvěle. S bratrem si velmi rozuměl už v mládí a sám popsal, že jej nějaká studentská rivalita zcela minula.

Svá školková léta si příliš nevybavuje, ale zmiňoval se, že byl velmi introvertní a hrál si velmi rád s panenkami, za což ho ostatní děti, dle jeho slov, odsuzovaly. Respondent si ale prý vždy sám vystačil a už od mládí si velmi liboval v tématech právo a spravedlnost. Nástup na základní školu pro něj byl poklidný, jelikož jej rodiče zcela na vše připravili. V průběhu let si našel pár přátel, i když okruh byl poměrně malý. „Měl jsem i takové ty

školní lásky“ smál se, „prý jsem byl docela malý lamač srdcí, jak jsem byl roztomilý.“ Ve škole exceloval především v předmětech humanitní, zejména v dějepisu a literatuře. Naopak matematika a později fyzika vytvářely v jeho životě náročný problém, který vyvolal doma ne jeden rozpor. Školu dokončil a pokračoval na gymnázium, kam ho prý spíše dotlačili rodiče a on se nechal.

Během středoškolských let se zapojil do dobrovolnických aktivit v rámci doprovázení znevýhodněných jedinců, doučoval a byl aktivním členem školního divadelního kroužku. To vše velmi silně podpořilo vývoj jeho sociálních dovedností a sebevědomý. Respondent také zažil svůj první vážnější vztah, který ale skončil katastrofou. „Prostě jsem to necítil...“ vysvětlil mi. Nikdy nebyl příliš společenský, a tak často večery strávil doma sledováním kriminálních seriálů.

Po dokončení maturity se vydal studovat do jiného města obor právo, kterým byl už od dětství fascinován, a právě tam začaly jeho problémy. Pronajal si byt s kamarádem poblíž univerzity a zařídil si brigádu, aby rodičům tolik nepřitěžoval. Jakmile ale začaly přednášky a pravá obtížnost studia se ukázala, propadl respondent do silné spirály frustrace a stresu. „Najednou jsem nic nestíhal, byl jsem unavený, pořád buď ve škole nebo v práci, pomalu jsem ani neměl čas na nic z toho, co jsem doteď dělal rád...“ vzpomínal. Další nátlak pocítil ze strany rodiny.

„Všichni měli vysokou a všichni to zvládali skvěle a já? Zklamání, co nedokázalo překousnout ani první půlrok, nebo tak mi to alespoň připadalo tehdy..“

Tento konstantní stres a obavy podpořený ještě nedostatkem peněz, který vznikl tím, že respondent chtěl dokázat, že se to zvládne a postará se sám o sebe, a tak odmítl peněžní pomoc od rodičů, ale kvůli množství přednášek nemohl na brigádu docházet tak často, mnohokrát se prý také stalo, že prostě neměl na jídlo. Tlak se brzy přehoupl v neutuchající úzkostné stavy vyvrcholující až v panické ataky s obavami o jeho budoucnost, finance a pohled rodiny. V tento čas se také dostal k marihuaně (viz drogová anamnéza). Momentálně žije stále v podnájmu, dokončil školu s podporou rodiny jak emoční, tak finanční a pracuje v advokátní kanceláři.

3.3.1.3 Zdravotní

V dětství trpěl běžnými dětskými nemocemi. Jednou měl rozbitou hlavu po pádu z kluzkých kamenů u moře.

3.3.1.4 Psychologicko-psychiatrická

S psychologickou a psychiatrickou pomocí se setkal až u konce jeho vysoké školy, kam se na radu svého bratra vydal. Navštěvuje kognitivně behaviorální terapie a užívá medikaci na zmírnění úzkostných stavů a změna nálad.

3.3.1.5 Sociální a pracovní

Jako dítě žil s rodiči v rodinném domě na venkově. Vystudoval gympl a následně vysokou školu právní, při níž si chvíli udržoval brigádu. Na střední škole dělal dobrovolníka při asistenci lidí se znevýhodněním, doučoval a docházel do divadelního kroužku. Momentálně pracuje v advokátní kanceláři.

3.3.1.6 Trestně právní

Žádné problémy se soudy nikdy neměl.

3.3.1.7 Drogová

Respondent nikdy s návykovými látkami nijak neexperimentoval. Stejně jako jeho vrstevníci v období pubescence a adolescence konzumoval alkohol, vyzkoušel cigaretu, ale nikdy se ani jednomu neoddával nějak více. K marihuaně se dostal v průběhu prvního roku na univerzitě, tedy v období jeho největších stresů. Přestože byl předtím obezřetný ohledně užívání jakýchkoli návykových látek, rostoucí stres a úzkosti spojené se studiem a životními změnami ho donutili hledat rychle nějaké řešení. Jeho spolubydlící, který byl dlouhodobým konzumentem marihuany, mu nabídl, že mu může pomoci. Respondent, který kvůli svým potížím již začínal mít i problémy ve škole a byl zoufalý, souhlasil. Marihuanu užíval formou kouření marihuanové cigarety.

Pocit uvolnění a dočasného vykoupení od úzkosti, který prožil po užití, ho přesvědčil, že je to cesta ke zvládnutí jeho emocionálního stavu a snížení stresu. Postupně se pro něj marihuana stala způsobem, jak se vyrovnat se svými úzkostmi a nespavostí. Prý si byl vědom toho, že to není dobré pro jeho zdraví z hlediska dlouhodobého užívání, ale rychlá a účinná úleva, kterou to přineslo, ho vždy přesvědčila. Nejednou se pokusil odvykat, ale vždy se s dalším stresem a úzkostí k látce vrátil. „Nic mi nefungovalo jako tráva“ popisoval, „a to jsem se snažil i meditovat a takové ty věci co vám poradí na stres každý doktor.“ A tak ocitl v začarovaném kruhu, kde se snažil zvládnout své úzkosti prostřednictvím marihuany, přičemž zároveň si byl vědom jejích negativních dopadů na jeho život.

Přestože mu marihuana na první pohled pomáhala relaxovat a usnout, postupně si uvědomil, že se jeho úzkosti neřeší dlouhodobě a že se stává stále závislejší. Začal si všimnout, že jeho emoční stav se stává nestabilnější, a že má častější výkyvy nálad. Začal se obávat víc o své zdraví a svůj sociální život, který tímto jeho nestabilním chováním dost trpěl. Po dalším neúspěšném pokusu abstinovat se rozhodl svěřit bratrovi, který v tu dobu už žil v cizině, kde pracoval. Bratr mu poradil návštěvu psychiatra, což tedy po rozvaze také udělal. Respondentovi byla doporučena KBT (kognitivně behaviorální terapie). Tu si prý velmi oblíbil a už po pár sezeních cítil zlepšení v identifikaci a změně jeho destruktivních myšlenkových vzorcích. Paralelně s tím začal přijímat farmakologickou léčbu, která mu pomohla stabilizovat jeho emocionální stav a snížit intenzitu úzkostných symptomů.

Momentálně se prý ocitl v bodě, kdy zcela opustil marihuanu a drží se abstinující už několik měsíců. Podpora bratra a terapie mu pomáhají zmírňovat úzkost a stres což eliminuje potřebu užití.

3.3.2 Vliv marihuany na úzkostný stav

Respondent popisoval dva typy obtíží. Úzkostný stav a panickou ataku. V době největších obtíží prý zažíval pocit úzkosti každý den téměř pořád. Zprvu se vše projevovalo jako neutuchající napětí a nervozita. Cítil se podrážděný a nepohodlně i v běžných situacích, které dříve nevyvolávaly žádné emocionální reakce. Jeho mysl byla plná neklidných myšlenek, které mu bránily v koncentraci a vyvolávaly pocit beznaděje.

Dalším projevem jeho úzkosti byly časté záchvaty paniky. Během těchto epizod zažíval intenzivní fyzické symptomy, jako je bušení srdce, pocení, dušnost a pocit, že ztrácí kontrolu nad svým tělem a myslí. Tyto záchvaty byly často vyvolány představami o jeho budoucnosti, finančními obavami a tlakem souvisejícím se studiem. Úzkost prý také silně ovlivňovala jeho spánek. Byl neschopný usnout a trpěl nočními můrami a probouzením v noci. Nedostatek kvalitního spánku dále zhoršoval jeho emoční stav a snižoval jeho schopnost fungovat.

Po užití cítil respondent téměř okamžitý pocit relaxace a kontroly, který měl pocit, že s úzkostí vždy ztrácí. „Zabalila mě do deky a uvařila mi kakao“ popisoval část svého prožívání. Užíval převážně večer a někdy i ráno, aby se připravil a uklidnil před začátkem

dne a večer, aby mohl usnout. Po odeznění účinků marihuany ovšem zmínil, že se jeho úzkost obvykle vrátila, někdy s ještě větší intenzitou, což jej donutilo užít znovu.

Momentálně několik měsíců abstinuje.

3.3.3 Shrnutí užívání

Respondent se s většími potížemi nesetkal do nástupu na vysokou školu, která mu způsobila mnoho starostí a stresů, ze kterých se později vyvinuly úzkostné stavy a panické ataky. Právě v ten moment, v prvním ročníku univerzity, mu jeho spolubydlící nabídl rychlé řešení v podobě marihuanové cigarety. Rychlá úleva a schopnost opět normálně fungovat se respondentovi rychle zalíbila, a tak se z občasného užití stal zvyk. Pomáhala mu ráno začít fungovat a večer usnout. Brzy si ovšem respondent začal uvědomovat, že marihuana začíná ovlivňovat jeho emoční stav a nálady a že ačkoliv mu pomáhá spát, z dlouhodobého hlediska mu neudělala moc dobře. Sám se pokusil několikrát přestat, ovšem pokaždé skončil nezdarem a relapsoval. Když se jeho potíže dostali do krizového stádia, svěřil se bratrovi, který mu doporučil odbornou pomoc, díky které nyní několik měsíců abstinuje.

3.3.4 Rozvaha

Respondent uvedl dobrý případ situace, kdy se u jedince může vyvinout úzkostná porucha i když si neprošel většími traumaty, jako například respondentka 1. Jeho úzkost se vyvinula z tlaku a stresu, který s sebou nesla náhlá náročnost života. Neúmyslný tlak spojený s vyšším vzděláním rodičů a bratra vnímal respondent velmi intenzivně což podpořilo jeho potřebu velmi rychle se vypořádat s problémem, aby mohl dále fungovat jako jeho rodina očekávala. Potřeba nezklamat je a být perfektní také dále zabraňovala tomu, aby vyhledal pomoc u rodičů a odhodlal se vyhledat radu až po několika neúspěších a u svého bratra.

3.4 Kazuistická práce 3

Žena, 22 let, středoškolské vzdělání, svobodná, bezdětná.

3.4.1 Anamnéza

3.4.1.1 Rodinná

Otec, 52 let, vysokoškolské vzdělání, pracuje jako bachař. Nekuřák, konzumuje alkohol pouze společensky. Mezi jeho koníčky patří filatelie.

Matka, 50 let, vysokoškolské vzdělání, pracovala jako mluvčí policie, dnes je na invalidním důchodu. Mezi její koníčky patří pečení.

Respondentka je jedináček.

Rodiče respondentky jsou momentálně rozvedení. Klientka popsala vztah s otcem jako velmi odcizený. Už od mala byl velmi přísný až nespravedlivý, zákazy a příkazy byli na denním pořádku, i kvůli tomuto tlaku prý začala v oné době, základní škola, nadužívat alkohol. Vztah s otcem eskaloval pár let po rozvodu rodičů, kdy si našel novou partnerku, která respondentku obvinila z krádeže v jejím době, ovšem plným neprávem. Otec respondentky se jí tehdy nezastal a dokonce věřil, že to vážně udělala. Tento incident zcela rozbil jejich už tak zničený vztah. Momentálně žije sama v domě po otci, který se odstěhoval se svou novou ženou do jiného domu. „Snaží se to teď zpravit, protože poznal, že ta ženská je fúrie, ale já už nechci“ prozradila mi respondentka.

Vztah s matkou má nyní velmi dobrý, jsou si blízké, ale v dětství byl pro ni právě tento vztah jeden z více traumatických. Matka trpí schizofrenií a v období dětství respondentky na tom byla velmi špatně, nechtěla brát léky, měla halucinace, a tak byla dívka nucena matku nutit brát léky, snášet její stavy, a dokonce jí volat záchranku, když se předávkovala prášky za účelem sebevraždy. Toto vše bylo způsobeno nedostatkem správné péče o maminky schizofrenii, která je nyní zaléčena a ona bydlí s přítelem v jiném městě, než respondentka.

3.4.1.2 Osobní

Respondentka se narodila předčasně o celé dva měsíce. Vnímala se jako velmi šťastné dítě s možností angažovat v mnoha směrech. Měla velké množství kroužků do týdne a dle jejích slov se jí dařilo dobře. Patřila k těm nejvíce úspěšným ve třídě a brzy si vysloužila nálepku: šikovná, perfektní, vždy má vše připravené. Toto označení, jak mi sdělila, se s ní táhne celý život. „Úspěch se ale neodpouští“ pokračovala respondentka. Kvůli tomu všemu byla neoblíbená v kolektivu a byla obětí šikany už na základní škole, později i na střední škole a intru, kde neměla příliš dobré vztahy. Zmínila, že by raději byla trojkař, který příjemně překvapí než být pod tímhle tlakem. Vysoká škola, kam momentálně dochází, je prý dost podobná. „Vnímají mě jako konkurenci, a to není dobrý.“

Její první vztah začal ke konci základní školy. Mladík, se kterým tehdy chodila, byl jejím prvním toxickým zážitkem. Potýkala se s manipulací, obviňováním, slovní napadání,

nátlak a podobné. Jak popsala v té době jí partner ovšem pomohl jistým způsobem utéct od reality a díky němu a partě, do které se přidala chodila domů často intoxikovaná.

Po základní škole trval tento její vztah ještě rok, než definitivně skončil. Střední školu navštěvovala v oboru pedagogické minimum a jak již bylo zmíněno výše, nálepka, tlak a nelibost spolužáků se jí drželo jako železná košile. Odmaturovala s vyznamenáním a postoupila na vysokou školu pedagogickou, kterou momentálně navštěvuje.

Momentálně je ve vztahu, který popsala jako komplikovaný, jelikož si neumí vytyčit hranice, ale vcelku je v něm spokojená a pomalu se učí stát si za svým. Žije sama vedle bytu svého přítele.

3.4.1.3 Zdravotní

Jediné vážné onemocnění byla mononukleóza.

3.4.1.4 Psychologicko-psychiatrická

Psychiatra navštívila ve svých 20 letech, kvůli panickým atakám, úzkostem a depresím. Přišlo jí, že všechny tyto symptomy mohou být převlečené ADHD a také to tak vypadalo. Brala i léky na ADHD, nepamatuje si které, ale nepřišlo jí, že by mi to nějak pomohlo. (Pozn. z jejího vyprávění mám pocit, že psychiatr, u kterého respondentka byla byl více vyděšený z její návštěvy než ona). Léky na úzkost neužívá, má z toho strach kvůli nepříjemným zkušenostem s její matkou.

V jeden čas pravidelně navštěvovala psychologa, ale z každého sezení měla pocit, že její problémy jen bagatelizuje, a tak se sezeními přestala. V současné době není v péči žádného specialisty.

3.4.1.5 Sociální a pracovní

S rodiči žila respondentka v panelovém domě do svých jedenácti let, kdy se rodiče rozvedli, nadále žila s otcem. Ten v současné době žije mimo město se svou novou ženou a zanechal respondentce původní byt, kde žije střídavě sama, střídavě s přítelem.

3.4.1.6 Trestně právní

Žádné problémy se soudy nikdy neměla. Onen incident s falešným obviněním z krádeže byl pouze domácí záležitostí.

3.4.1.7 Drogová

Užívání respondentky začalo v období jejího prvního toxického vztahu, který jí pomáhal utéct od běžného nátlaku ve škole, od spolužáků a doma. Dostala se do party, kde se hodně pilo a hulilo, což vytvořilo doma ještě více napjatou atmosféru, jelikož respondentka dorazila domů nejednou velmi intoxikovaná. S touto partou užívala spíš alkohol, ale ani marihuana nebyla daleko. První užití si vybavuje přesně, bylo to ve 14 letech se třemi kamarádkami, které měli s marihuanou zkušenosti, a tak i když se bála, s jejich pomocí si první užití velmi užila formou kouření marihuanové cigarety, která u dívky i v dalších případech užití převládala. Cítila se uvolněně a velmi se smáli. Popisovala, že jí zprvu velmi uklidňovala. Po alkoholu měla velké kocoviny, ale po marihuaně nikoliv, a tak jí to přišlo mnohem bezpečnější, užívala 3/4x týdně. Při dlouhodobém užívání se ovšem dostavovali noční můry a respondentka popisovala, že si jednou před spaním nedala a pak nemohla spát. Uvědomovala si, že to přehánění a že to pro ni není dobré, ale představovalo to pro ni útěk od reality.

Vše se ovšem změnilo v jeden večer, kdy s kamarádkou, se kterou užívaly téměř pokaždé, co se viděly, vyrazily ven a po dvou jointech její kamarádka padla na zem, šhubala sebou a ona nevěděla, jak jí pomoci. Po chvíli se kamarádka probudila, byla v pořádku jen dezorientovaná. Od té chvíle popisuje klientka obrovský strach, že by se toto mohlo opakovat. Po ukončení vztahu, které tomuto incidentu předcházelo, zcela přerušila veškeré vztahy s minulou partou přátel a popisovala, že pokaždé, když měla od té doby vzít do ruky marihuanu, spíše úzkost cítila, než že by jí s ní pomáhala. Toto jí donutilo zcela přestat. Zmínila se ovšem, že tak 4x do roka si někdy dá CBD, ale jinak se této návykové látce zcela vyhýbá. Nadále užívá alkohol, ale v mírném množství a spíše společensky.

3.4.2 **Vliv marihuany na úzkostný stav**

Respondentka zmiňovala dva typy obtíží. Úzkost a panickou ataku. S první úzkostí se setkala ve 13 letech, jen netušila, o co se jedná. Pociťovala intenzivní tlak, napětí. Pocit se začal stupňovat a vyvrcholil v 20 letech, kdy se dostavila první panická ataka. Respondentka popisovala stav pocitu na omdlení, prý se v ten okamžik obávala smrti. Potíže s nádechem, povrchové dýchání doplněné o brnění celého těla. Vše se objevilo při cestě na nákup bez zjevné příčiny a trvalo cca 10/15 min, vnímání času respondentky mohlo být ovšem zkreslené. Tento intenzivní stav zažila 4x od té doby.

Marihuana poskytovala okamžité uvolnění bez hrozby kocoviny další den. „Dobře ses mi spalo, pracovalo, uklidňovalo mě to a dostávalo od reality, kde jsem nechtěla být“ prozrazuje. Po užití jí vše připadalo báječné. Zlom nastal až po incidentu s kamarádkou.

Nyní není v péči žádného specialisty, nebere žádné léky a snaží s úzkost korigovat změnou životního stylu, relaxací a meditací.

3.4.3 Shrnutí užívání

Problémy respondentky pramení z velkého nátlaku, pod kterým po velkou dobu byla. Všichni očekávali, že bude vždy perfektní, ve škole jí šikanovali, doma měla přísného nespravedlivého otce a psychicky nemocnou maminku. Veškerá kombinace vyústila nejdříve v nadužívání alkoholu, následně i marihuany, která respondentce zajišťovala příjemnější rána než ta po alkoholu. I když často látky kombinovala, i vědomí, že to přehání a nedělá jí to dobře jí nedokázalo zastavit v tom, aby neužívala. Potřeba úniku od stresu, tlaku reality a okolí byl až příliš silný. Pokračovala od 13 let až do doby, než její kamarádka kvůli intoxikaci marihuanou omdlela a jí to natolik vyděsilo, že přestala užívat, a dokonce popsala jakýsi blok, červené světýlko, které se rozblíká vždy, když by měla užít znovu. Nyní abstinuje s občasným, pouze párkrát za rok, ale velmi minimálním, užitím CBD.

3.4.4 Rozvaha

Není divu, že respondentka pod takovým silným tlakem přešla na užívání. Chytila se špatné party, partnera, který se svým odrazem lehce podobal jejímu otci, a to vše jí poslalo do spirály užívání, hádek a úzkostí, které pak eskalovali do podoby panických atak, které dívku vyděsily. Jeden z případů, kdy strach skutečně funguje, užívání respondentky a její potřeba vyhledat pomoc nastaly bezprostředně potom, co se stalo něco, co s ní velmi otřásl a vyděsilo jí. Nedostatek opory v rodině, nestabilní zázemí a nedostatek pochvaly a podpory vedli jen k tomu, aby hledala domov někde jinde, a v té době tedy u oněch přátel, kteří jí svedli na nesprávnou cestu, o níž si uvědomovala, že není dobrá, ale nedokázala se sama dostat pryč. Skutečnost, že marihuana poskytuje rychlé uvolnění, příjemné pocity a že je zábava toto dělat ve skupině a pak pro uvolnění sama vedla k dlouhodobému užívání, jež se ovšem odrazilo později negativně na její náladě, spánku a podobných věcech. Pomohl jí velmi až rozchod s oním mladíkem, který jí do party zatáhl a díky tomu byla schopná se lépe začít odtrhávat od tohoto stylu života. Nejistá role otce se v jejím životě objevuje ale v mnoha ohledech. Dle vyprávění respondentky bylo jasné, že od partnerů a

celkově lidí kolem vyžaduje pochvalu, validitu, a i kvůli tomu velmi ráda získává pozornost především mužů. Uvědomuje si ovšem tento svůj deficit a snaží se s ním pracovat.

3.5 Kazuistická práce 4

Muž, 22 let, středoškolské vzdělání, svobodný, bezdětný.

3.5.1 Anamnéza

3.5.1.1 Rodinná

Matka, 49 let, má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako účetní, alkohol užívá pouze společensky. Mezi její koníčky patří turistika a čtení knih.

Otec 51 let, má vysokoškolské vzdělání. Pracuje ve stavební firmě a podobně jako matka užívá alkohol pouze společensky. Mezi jeho koníčky patří sporty a chození do cvičebního psího parku.

Sestra 25 let, se svým vysokoškolským vzděláním pracuje jako právnička v bance, baví jí squash, deskové hry a čtení knih. Není vdaná, ale má stálého přítele.

Respondent se všemi popsal velmi vřelý vztah.

3.5.1.2 Osobní

Respondent se narodil plánovaně a těhotenství i porod proběhli bez problémů. Žil v malém městě, kde navštěvoval do páté třídy základní školu, po které se poté dostal na osmi letý gymn. „Ze začátku jsem si vedl fakt dobře, ani proto byli naši tak ambiciózní“ vysvětloval své první roky základní školy a gymn. Měl velké množství kroužků, hodně kamarádů a tzv. nižší gymn. zvládal skvěle. Jak ale dojížděl do jiného města po nástupu na gymn., seznam volnočasových aktivit se mu o něco snížil, jelikož nebylo tolik času. Vyšší gymn. narazil u respondenta s pubertálním obdobím, které sám popsal jako: „kluci jsou kluci“. Občas se objevovalo záškoláctví, nikdy to prý ale nenechal zajít natolik daleko, aby z toho byl nějaký větší problém s absencí. Kolem 14/15 let začal navštěvovat vesnické zábavy, kde se poprvé setkal hojně s alkoholem a také poprvé s marihuanou, kterou tehdy ovšem okusil pouze za účelem zábavy.

Gymn. vychodil s relativně obstojným prospěchem, udělal maturitu a dostal se na vysokou školu v Praze. Ke konci gymn. si také našel přítelkyni, se kterou je nyní stále.

3.5.1.3 Zdravotní

V dětství prodělal nemoci typické pro toto období, nic vážného. V pozdějších letech, kolem 16 roku, měl několik zlomenin spojených se sportem a mononukleózu, jejíž průběh strávil částí v nemocnici.

3.5.1.4 Psychologicko-psychiatrická

V období gymplu docházel ke školní psychologce, což tehdy hodnotil jako pomáhající. V současné době nikoho nenavštěvuje.

3.5.1.5 Sociální a pracovní

S matkou, otcem a nějaký rok, než se odstěhovala, i se sestrou bydlel v rodinném domě v malém městě, téměř vesnici. Jeho sestra se odstěhovala první a sestěhovala se s přítelem. On sám momentálně žije v městě studia se svojí přítelkyní.

3.5.1.6 Trestně právní

Žádné problémy se soudy nikdy neměl.

3.5.1.7 Drogová

Poprvé se s marihuanou a obecně alkoholem setkal na gymplu, ve věku 14/15 let. S kamarády vyrazili na vesnickou zábavu, které hojně navštěvovali často, kde se často opijeli. Na té první také respondent poprvé okusil marihuanu. „Nic mi to nedělalo“ popsal, „a tak jsem si to s kámošema dal spíš, že to jeli všichni ostatní.“ V užívání pokračoval až na vysoké škole, kde se setkal se zcela jinou intenzitou stresu spojeného se školou, změnou prostředí a ztrátou některých přátel. Užívání se ale u něj nestalo nijak zvlášť pravidelným, nikdy neměl problém si nedat, ale zmiňoval, že užití mu vždy pomohlo „resetovat hlavu“. Jako jediný z respondentů užívá doteď v intervalu jednou/dvakrát za měsíc.

3.5.2 Vliv marihuany na úzkostný stav

Respondent popisoval své první úzkostné stavy okolo 15 roku. To bylo také důvodem, proč začal navštěvovat školní psychologku, která mu s tím vším pomohla. Ke kanabinoidům se dostal až na vysoké škole, kolem 20 let, kdy se jeho problémy s úzkostí zintenzivnily. Popisoval výrazný tlak, bolest hlavy a neschopnost se pořádně dodechnout, zvlášť večer, kdy měl jít spát. Díky těmto stavům měl také velké problémy s usínáním a spánkem jako takovým, což umocňovalo jeho ranní úzkost. „Vysokou jsem fakt hodně prožíval, byl jsem ve stresu, bál se každého kroku a řešil jsem i mnoho přátelských potíží, nějak se to nakumulilo až toho na mě bylo moc.“ Tyto problémy přetrvávali až do doby,

kdy s kamarády opět vyrazil na jednu z vesnických zábav, znovu si s nimi dal marihuanu a poznal, že jeho stav se náhle zklidnil. Tlak ustupoval, on se společně s nádechy marihuanové cigarety mohl konečně pořádně nadechnout a cítil se lépe. To ho přivedlo na toto řešení, které praktikuje 2x/3x do měsíce. Dle jeho slov si ovšem dává pozor, aby jeho užívání nepřerostlo v závislost, a tak si dá takto málo pouze v případě, že potřebuje „restartovat hlavu“.

3.5.3 Shrnutí užívání

Poprvé se s marihuanou setkal v 15 letech, kdy ovšem zjistil, že s ním nic nedělá a nadále pouze pil alkohol. Ačkoliv se setkal s úzkostnými stavy už na gymplu, k plnému užívání kanabinoidů se dostal až na vysoké škole. Velký nátlak, přestěhování se do nového většího města, oddělení od rodiny a problémy v přátelských vztazích vytvořili intenzivní nátlak, který se u respondenta přenesl v úzkostné stavy, problémy s usínáním a následně i fungováním v běžném životě. To a další pokus věnovaný marihuaně s přáteli ho přivedl k pravidelnějšímu užívání, které praktikuje dodnes. 2x nebo 3x o měsíce na vyčištění hlavy, ale s velkým důrazem na to, aby se z toho nestal zvyk nebo závislost.

Jako jediný z respondentů stále využívá kanabinoidy ke zklidnění své úzkosti, i když v hlídaném množství.

3.5.4 Rozvaha

Respondent se podobně jako ostatní setkal poprvé s marihuanou prostřednictvím přátel, kteří mu látku představili. Při prvním užití ovšem zjistil, že mu látka nic nedělá a svoje počínající úzkosti řešil spíše užíváním alkoholu než kouřením. Ovšem při zhoršení problémů se vrátil opět k marihuaně, kterou jako jediný z respondentů, se kterými jsem mluvila, i nadále užívá. Stejně ovšem jako jediný z respondentů nepopisoval žádnou velmi negativní zkušenost s marihuanou a spíše se zdálo, že její účinky oproti ostatním doteď vyzdvihuje. Absence traumatického nebo negativního zážitku má jistě vliv na současné užívání, kdy si tedy, i když pouze výjimečně na tzv. „pročištění hlavy“ zahulí. Respondent mluvil o látce a svém užívání velmi uvědoměle. Bylo vidět, že si je vědom, jak užívat, svých hranic a co už je příliš a poctivě se toho držel. Můžeme se domnívat, že právě takto uvědomělé a kontrolované jednání u něj způsobilo tížené účinky marihuany i po delším době brání, na rozdíl od ostatních respondentů.

4 Diskuze

V této bakalářské práci se zkoumala problematika úzkostných poruch a jejich možnou samoléčbou pomocí kanabinoidů. Cílem bylo zjistit, zda a jak kanabinoidy mohou ovlivnit úzkost, jaké jsou individuální zkušenosti respondentů a z jakého důvodu zvolili alternativní možnost léčby.

Marihuana je známá svými relaxačními a povzbuzujícími účinky prostřednictvím jejich interakce s endokanabinoidním systémem a dalšími neurochemickými mechanismy.. Obsahuje, kromě jiných látek, také látku známou jako THC a CBD, které mohou interagovat s receptory v mozku spojenými s emocemi a stresem. Krátkodobě může užívání marihuany vést k pocitu uvolnění a snížení úzkosti. Někteří lidé zaznamenávají, že po užití marihuany mají méně intenzivní pocity úzkosti a jsou schopni se lépe uvolnit. Na druhou stranu studie zkoumané Sharpe et al. (2020) naznačují, že dlouhodobé užívání marihuany způsobují emoční rozladěnost, podrážděnost a jistý druh dependence projevující se potřebou rychlé úlevy od symptomů, které se ovšem po odeznění účinku látky vracejí s větší intenzitou. To může být způsobeno především vysokými dávkami THC, naopak CBD má i po delší době užívání stále pozitivní účinky.

Důležité je si uvědomit, že účinky marihuany na úzkost mohou být individuální a závisí na mnoha faktorech, včetně dávky, typu a citlivosti jednotlivce na látku, prostředí a celkovému naladění. Pro některé lidi může být užívání marihuany účinným způsobem, jak zmírnit úzkost, zatímco pro ostatní může způsobit zhoršení stavu. Je důležité vždy vyvážit potenciální výhody a rizika při užívání jakéhokoli léku nebo látky. Osoby trpící úzkostí by měly diskutovat s lékařem o vhodnosti užívání marihuany jako možné léčebné metody. Kromě toho je vhodné zvážit i jiné terapeutické přístupy, jako je kognitivně-behaviorální terapie nebo farmakoterapie, které mohou být účinné při řízení úzkostných stavů.

Sdělení respondentů závěry ze studií potvrdila. V prvotních fázích užití kanabinoidů za účelem zmírnění příznaků úzkostného stavu se všichni respondenti setkali se zlepšením, úlevou a následně i kvůli rychlosti a účinnosti tohoto užití postup opakovali. Dva z respondentů si v dětství prošli mnoha traumatickými událostmi, které způsobili a zintenzivnili jejich úzkost, zbylí dva si vybuodovali úzkostný stav následkem silného nátlaku okolí na studium a budoucnost. Úzkost byla u všech popisována obdobně. Buď v podobě úkosných stavů, a to tedy silný tlak na hrudi, pocit dušnosti, nemožnosti se

nadechnout, panika,...apod. Anebo v podobně panických atak, tedy krátkodobějších úzkostných stavů provázejících i pocit na omdlení.

Popisovaný účinek kanabinoidů byl u respondentů také obdobný. Užití bylo pro ně spojené s pocitem uvolnění, uklidnění a relaxace. S nápomocí i dechového cvičení při kouření látky je dle jejich popisů dokázalo uklidnit a podle druhu látky i rozesmát a zabavit. S absencí ranní kocoviny se pro dva ze čtyř respondentů stala marihuana vhodnou alternativou k alkoholu, který užívali ke zvládnání stresu a odreagování se, ovšem pouze jeden z respondentů si při začátku užívání byl vědom veškerých rizik, způsobu užívání a možnostech užívání. Byl nejvíce informovaný a připravený a dle výsledků můžeme vidět, že tento respondent se jako jediný neseťkal s žádnou negativní zkušeností při užívání a také jako jediný dosud užívá, ostatní respondenti po nepříjemném či traumatickém zážitku užívat úplně přestali.

Z výpovědí respondentů a probíraných témat, přicházelo do popředí, že důvod počátku řešení problémů tímto způsobem, a ne okamžitou návštěvou odborníka byl jistý nátlak na jedince, aby byl schopný rychle pracovat a fungovat jako ostatní v jeho okolí. Rychlost efektu byla tedy velkým motivem k dalšímu užití po tom prvním. Příkladem respondent č. 2 vnímal úspěšnost své rodiny jako tlak na něj, aby také něčeho dosáhl a když se setkal s úzkostí, nechtěl tzv. dělat problémy, mít potíže, které nikdo z jeho rodiny neměl a chtěl se jich rychle zbavit, aby mohl dosáhnout svého cíle. Rychlou metodou pro něj bylo užívání marihuany. Podobně respondentka č. 3 pod tlakem označení, že je ta nejlepší a vždy připravená řešila svou úzkost tak, aby co nejrychleji zmizela, a také aby od problémů utekla co nejdál. 3 ze 4 respondentů ovšem poznalo, že tento alternativní druh medikace, ve formě, kterou zvolili, jim při dlouhodobějším užívání začíná přinášet spíše obtíže. Ať už nemožnosti usnout bez užití, až po podrážděnost, prudké změny nálad a někdy i neschopnost se uvolnit bez užití. 3 ze 4 respondentů pak přestalo užívat. Poslední z respondentů o celého konceptu užívání vešel nejvíce informovaný o rizicích, účincích a kontraindikacích, na rozdíl od ostatních respondentů. Může se spekulovat, zda právě tato informovanost pomohla hladšímu průběhu jeho užívání a vyústila v jeho současné stále užívání na rozdíl od ostatních respondentů. Ovšem ani při rozhovoru a podrobném zkoumání nemohu přesně cítit, jak respondenti své úzkosti prožívají, a tak je možné, že právě tento respondent své úzkosti prožíval slaběji než ostatní.

Respondenti neměli až takové zkušenosti s užíváním pouze CBD, a tak z jejich výpovědi nelze dělat objektivní závěr, ovšem prozkoumané studie, Lichenstein (2022) a Crippa et al. (2010), naznačují, že užívání CBD, a to ideálně ve formách jiných, než je kouření je velmi účinné na zklidnění příznaků úzkostných stavů. Na rozdíl od marihuany užívané respondenty, THC, má CBD mnohem vyšší potenciál při řešení otázky úzkostné poruchy. Je možné, že při využití dotazníkového šetření by bylo možné shromáždit větší množství dat, ovšem nalézt jedince, které přesně splňují požadovaná kritéria je velmi obtížné. Většinou se také setkáváme s kombinací alkoholu a marihuany nebo i jiných látek.

Pokud jde o metodologická omezení, je potřeba vzít v úvahu, že data byla získána prostřednictvím rozhovoru s mými blízkými a jejich zdrojem jsou tedy samotní respondenti. Ačkoliv bylo výhodou, že díky mému osobnímu vztahu s respondenty probíhala konverzace bez problémů a otázky zodpovězeny s velkou otevřeností, lze předpokládat, že respondenti si nemuseli své příběhy pamatovat přesně, a tedy fabulovat některé z částí vyprávění. Také je možné, že některé z informací intimnějšího charakteru mohli být jimi zkreslené, aby přede mnou nezmínily informace s takovou přesností, aby zůstali v dobrém světle.

Výzkumný soubor nebyl rozsáhlý. Popisoval konkrétní případy 4 lidí ve velmi blízkém věkovém okruhu. Nemůžeme vyloučit, že jiné věkové skupiny se k této problematice budou stavět jinak, tedy výsledky budou rozdílné, a také obecně jedinci v jiných životních situacích.

Na závěr je třeba zdůraznit, že úzkostné poruchy jsou závažnými psychickými onemocněními, které mají výrazný dopad na kvalitu života postižených jedinců. Hledání efektivních terapeutických strategií je proto nezbytné. Ačkoli kanabinoidy nabízejí určitý potenciál jako možná forma léčby úzkosti, je důležité si uvědomit v jaké formě a dávce je látka užita, při jaké mentalitě a nalazení a v jakém prostředí, také jaké množství CBD a THC obsahuje, jelikož právě to udává účinek kanabinoidů. Na téma účinků převážně CBD na lidský mozek bylo provedeno mnoho studií a také byla prokázána jeho účinnost. Na rozdíl od THC, které může sice při prvoužití a užití občasném vyvolat úlevu, ovšem při užitím dlouhodobém se projevují spíše negativní účinky podobné právě úzkostné poruše, stejně tak jako podrážděnost, prudké změny nálad a nespavost.

5 Závěr

Pouze jeden z respondentů se i nadále věnoval užívání kanabinoidů v intervalu 1 / 2 za měsíc, ostatní kvůli nepříznivému efektu dlouhodobého užívání přestali a alespoň jednou navštívili odbornou psychiatrickou nebo psychologickou pomoc.

Každý z respondentů popisoval počáteční rychlou a účinnou úlevu po užití kanabinoidů. Rychlý nástup úlevy od příznaků úzkostné poruchy mělo u respondentů za následek pokračování v užívání a u dvou ze čtyř tento druh relaxace dokonce nahradil alkohol, kterýž pro tento účel předtím konzumovali. Až po delší době užívání začali pociťovat nežádoucí účinky a vnímat jistý druh dependence. Pouze jeden z respondentů se nikdy neseťkal s žádným problémem a tento stejný respondent byl také při užívání nejvíce informován o jeho účincích, dávkách a rizicích. Ačkoliv je samoléčba bez přechozí konzultace s odborníkem nerozumný nápad, můžeme vidět potenciál ve zmírnění příznaků u jedinců užívajících kanabinoidy, u CBD jsou tyto výsledky nezvratné.

6 Seznam použité literatury

1. Landa, L. (2020). *Léčebné konopí v současné medicínské praxi*. Grada.
2. Stránský, M. (2014). *Úzkostné poruchy* [Bakalářská práce].
3. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál
4. Ocisková, M., & Praško, J. (2017). *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Grada Publishing..
5. Shapiro, L. (2022). *Generalized Anxiety Disorder Workbook: CBT Activities to Manage Anxiety, Cope with Uncertainty, and Overcome Stress*. PESI.
6. Hocaoglu, C., Kalinin, V. V., & Mohamed, S. (2021). *Anxiety Disorders*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.87325>
7. Hyman, B. M., Moriarty, T., & Pedrick, C. (2022). *More than stress : Understanding anxiety disorders*. Lerner Publishing Group.
8. Končelíková, D. (2020, Červen 1). Panická porucha – příznaky a diagnostika. *Medicina pro Praxi*, 104-108. <https://doi.org/10.36290/med.2020.020>
9. Polách, L. (2015, Srpen 20). *Fobie*. Upsychiatra <https://www.upsychiatra.cz/fobie/>
10. Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., & Vyskočilová, J. (2019). *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Grada Publishing.
11. Connor, J. P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A. J., & Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>
12. Fišar, Z. (2006, Prosinec 15). Fytokanabinoidy. *Chemické Listy*, 233–242.
13. Kanabinoidy. (2016, Říjen 25). *Kanabinoidy | Kanabinoidy*. <https://kanabinoidy.cz/vzdelani/kanabinoidy/>
14. Scherma, M., Masia, P., Satta, V., Fratta, W., Fadda, P., & Tanda, G. (2019). Brain activity of anandamide: a rewarding bliss?. *Acta pharmacologica Sinica*, 40(3), 309–323. <https://doi.org/10.1038/s41401-018-0075-x>
15. Luber, M. (2019). *Stuff Every Cannabisuser Should Know*. Quirk Books.
16. Linda A. Parker. (2017). *Cannabinoids and the Brain*. The MIT Press.

17. Pertwee, R. (Ed.). (2014). *Handbook of Cannabis*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199662685.001.0001>
18. Lichenstein, S. (2022). THC, CBD, and Anxiety: a Review of Recent Findings on the Anxiolytic and Anxiogenic Effects of Cannabis' Primary Cannabinoids. *Current Addiction Reports*, 9(4), 473–485. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00450-7>
19. Sharpe, L., Sinclair, J., Kramer, A., De Manincor, M. J., & Sarris, J. (2020). Cannabis, a cause for anxiety? A critical appraisal of the anxiogenic and anxiolytic properties. *Journal of Translational Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02518-2>
20. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-medication. (2000).
21. European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction. (2018). Medical Use of Cannabis and Cannabinoids : Questions and Answers for policymaking. In *European Monitorin Centrer for Drugs and Drug Addiction* (p. 48). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Retrieved from European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction website: https://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/medical-use-of-cannabis-and-cannabinoids-questions-and-answers-for-policymaking_en
22. Hasbi, A., Madras, B. K., & George, S. R. (2023). Endocannabinoid system and exogenous cannabinoids in depression and anxiety: A review. *Brain Sciences*, 13(2), 325. doi: <https://doi.org/10.3390/brainsci13020325>
23. Crippa, J. a. S., Derenusson, G. N., Ferrari, T. B., Wichert-Ana, L., Duran, F. L., Martín-Santos, R., . . . Hallak, J. E. C. (2010). Neural basis of anxiolytic effects of cannabidiol (CBD) in generalized social anxiety disorder: a

preliminary report. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 121–130.

<https://doi.org/10.1177/0269881110379283>

7 Seznam příloh

Příloha A: Stanovisko EKS KAD.....	48
------------------------------------	----

Příloha A: Stanovisko EKS KAD



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-027/2024

Název práce: **Úzkostná porucha a užívání cannabinoidů jako forma sebemedikace**
Druh práce: bakalářská
Student: **Antonie Nýdlová**
Vedoucí práce: MUDr. Jakub Minařík

Předložená dokumentace:
- formulář žádosti EKS KAD
- informace pro účastníka
- informovaný souhlas
- osnova rozhovoru

Rozhodnutí etické komise: **SOUHLASNÉ STANOVISKO**

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 12. března 2024

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová, Lenka Šťastná, Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 13. března 2024

Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Klinika adiktologie
1. LF UK a VFN v Praze
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2
E-mail: info.adiktologie@lfl.cuni.cz
Tel.: 224 968 270
www.adiktologie.cz / www.lfl.cuni.cz / www.vfn.cz



Klinika adiktologie