

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Bc. Adiktologie – prezenční forma



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**1. lékařská fakulta**

**Užívání kanabinoidů ve spojitosti s úzkostnými stavy**

**Cannabinoid use in association with anxiety states**

**Nýdlová Antonie**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jiří Libra

Praha, 2024

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala 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. Užívání kanabinoidů ve spojitosti s úzkostnými stavy.  
[Cannabinoid use in association with anxiety states]. Praha, 2024. 64 s., 1 příl. Bakalářská  
práce (Bc). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí  
závěrečné práce: PhDr. Jiří Libra

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu práce, Jiřímu Librovi, 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:** Úzkostné stavy jsou rozšířeným zdravotním problémem, který výrazně ovlivňuje životy mnoha lidí a jejich fungování nejen ve společnosti, ale i jejich produktivitu, mezilidské vztahy a zvládání každodenních běžných činností. Tyto stavy bývají charakteristické pro své intenzivní a často neovladatelné pocity paniky, úzkosti a často také neopodstatněného strachu. Mají vliv na mentální, emoční i fyzické zdraví. Standardní farmakologická léčba zahrnuje benzodiazepiny, antidepresiva a další psychoaktivní léky, které však mohou přinášet vedlejší účinky a riziko závislosti. S narůstajícím povědomím o této problematice roste i poptávka po alternativních metodách léčby a zvládání těchto obtíží. Jednou z cest se stává sebemedikace pomocí kanabinoidů, což jsou látky obsažené v rostlině konopí, známé svými potenciálními terapeutickými účinky.

**CÍLE:** Hlavním cílem této práce je zhodnocení účinků cannabinoidů na úzkostné stavy 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 úzkostnými stavy, jež alespoň jednou užili cannabinoidy za účelem zmírnění příznaků svého onemocnění. Získaná data budou zpracována do kazuistik.

**ZÁVĚR:** Tato práce přináší možnost porozumění individuality účinků cannabinoidů na úzkostné stavy a důvod 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 u respondentů identifikovány různé aspekty vztahu užití marihuany pro úlevu od úzkostných příznaků. Tři ze čtyř si uvědomili po prvním užití efekt redukce úzkosti, což vedlo k dalšímu užití při opakování potíží. 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. Dva 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, úzkostné stavy, sebedikace, užívání cannabinoidů

## **Abstract**

**BACKGROUND:** Anxiety is a widespread health problem that significantly affects the lives of many people and their functioning not only in society, but also affecting their productivity, interpersonal relationships, and coping with daily routines. These conditions are characterised by intense and often uncontrollable feelings of panic, anxiety and often unwarranted fear. They affect mental, emotional and physical health. Standard pharmacological treatments include benzodiazepines, antidepressants and other psychoactive drugs, but these can have side effects and risk addiction. As awareness of this issue grows, so does the demand for alternative methods of treating and managing these difficulties. One route 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 study is to evaluate the effects of cannabinoids on anxiety states in specific individuals. Mapping their motivation to use this alternative option and current status.

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

**CONCLUSION:** This work provides an opportunity to understand the individuality of the effects of cannabinoids on anxiety states 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 an analysis of the literature used and the respondents' own research, different aspects of the relationship of marijuana use for the relief of anxiety symptoms were identified. Three of the four realized an anxiety reduction effect after first use, which led to continued use when difficulties recurred. The last participant had a break of several years after first use before returning to the method again for the same effect. For all respondents, the substance had a positive effect in alleviating anxiety. Two of the respondents did not perceive any problems with the habit, but after long-term 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 states, self-medication, cannabinoid use



# Obsah

<b>Obsah.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Úvod.....</b>	<b>12</b>
<b>2 Teoretická část .....</b>	<b>14</b>
2.1 Úzkostné stavy .....	14
2.1.1 Projevy úzkostných stavů.....	14
2.1.2 Bio-psycho-socio-spirituální pohled na úzkostné stavy.....	16
2.1.3 Pohled kognitivně behaviorální terapie (KBT) na úzkostné stavy.....	19
2.2 Kanabinoidy .....	20
2.2.1 Endokanabinoidy.....	20
2.2.2 Fytokanabinoidy.....	21
2.2.3 Generační pohledy na užívání konopí.....	22
2.2.4 Kanabinoidy a úzkostné stavy.....	24
2.3 Sebemedikace.....	25
2.3.1 Sebemedikace kanabinoidy .....	26
2.4 Oborná péče .....	26
2.4.1 Odborná péče ve spojitosti s úzkostnými stavy.....	27
2.5 Alternativní přístupy v léčbě.....	28
2.6 Kazuistická práce .....	29
<b>3 Praktická část.....</b>	<b>30</b>
3.1 Metodologie .....	30
3.1.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	30
3.1.2 Výzkumný soubor .....	30
3.1.3 Etika.....	30
3.1.4 Validita a reliabilita práce.....	31
3.2 Kazuistická studie 1 .....	32
3.2.1 Osobní vztah k respondentce.....	32

3.2.2	Anamnéza.....	32
3.2.3	Vliv marihuany na úzkostný stav .....	35
3.2.4	Shrnutí užívání .....	36
3.2.5	Rozvaha .....	36
3.3	Kazuistická studie 2 .....	37
3.3.1	Osobní vztah k respondentovi .....	37
3.3.2	Anamnéza.....	37
3.3.3	Vliv marihuany na úzkostný stav .....	41
3.3.4	Shrnutí užívání .....	41
3.3.5	Rozvaha .....	42
3.4	Kazuistická práce 3 .....	42
3.4.1	Osobní vztah k respondentce.....	42
3.4.2	Anamnéza.....	42
3.4.3	Vliv marihuany na úzkostný stav .....	45
3.4.4	Shrnutí užívání .....	46
3.4.5	Rozvaha .....	46
3.5	Kazuistická práce 4 .....	48
3.5.1	Osobní vztah s respondentem.....	48
3.5.2	Anamnéza.....	48
3.5.3	Vliv marihuany na úzkostný stav .....	50
3.5.4	Shrnutí užívání .....	50
3.5.5	Rozvaha .....	51
3.6	Porovnání kazuistik.....	51
3.6.1	Osobní anamnéza .....	51
3.6.2	Drogová anamnéza .....	52
3.6.3	Vliv marihuany na úzkostný stav .....	53
<b>4</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>54</b>

<b>5</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>57</b>
<b>6</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>58</b>
<b>7</b>	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>63</b>

# 1 Úvod

Úzkostné stavy patří k nejčastějším psychickým problémům a zasahují miliony lidí po celém světě. Úzkost je přirozenou reakcí těla na stres a nebezpečí, která nám umožňuje adekvátně reagovat na hrozby, se kterými se v životě běžně setkáváme. Když se však tato reakce stává nadměrnou nebo neadekvátní, může vést k úzkostným stavům, jež negativně ovlivňují každodenní život jednotlivce. (Vágnerová, 2014)

Úzkostné stavy se mohou projevovat různorodě, například trvalým pocitem nervozity, napětí, obav nebo strachu, často bez zjevné příčiny. Mezi fyzické symptomy patří bušení srdce, pocení, třes, svalové napětí nebo problémy se spánkem. Tyto stavy mohou zasahovat nejen emocionální pohodu člověka, ale také jeho schopnost pracovat, studovat a udržovat mezilidské vztahy. Přestože existuje řada konvenčních, tradičních léčebných metod a farmakoterapie pro zvládnání úzkostných stavů, 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 kanabinoidů.

Kanabinoidy, 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 endokanabinoidním systémem v lidském těle vyvolává řadu efektů, které mohou mít vliv na projevy úzkostných stavů. 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 v 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 vytvoření pilotního výzkumu v oblasti tohoto fenoménu, a tedy podrobné prozkoumání konkrétních případů pomocí kazuistického zpracování dat z rozhovorů 4 participantů. Důkladným rozbořením motivací, přístupu jedinců k látce, jejich individuálně vnímaných přínosů a rizik se snaží poskytnout hlubší

pohled na roli cannabinoidů a jejich dopad na životy respondentů, jež se setkali s těmito stavy.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Úzkostné stavy

Úzkostné stavy jsou běžné psychické stavy, které se vyznačují pocity intenzivní nervozity, strachu nebo obav. Tyto pocity mohou být dočasné, například v reakci na stresující událost, nebo chronické, přetrvávající dlouhodobě a zasahující do každodenního života jedince. Úzkostné stavy mohou postihnout každého, bez ohledu na věk, pohlaví nebo sociální postavení, a jejich intenzita a trvání se může značně lišit.

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 před představením. V tomto případě se ale jedná o strach, nervozitu, trému, která je v našem životě běžná a pomáhá nám s aktivizací a motivací. Díky ní se více intenzivně učíme na test, jelikož se obáváme neúspěchu. (Shapiro, 2022)

#### 2.1.1 Projevy úzkostných stavů

Úzkostné stavy se projevují nadměrnými a nepřiměřenými obavami, které často nemají jasnou příčinu. Jedinci trpící těmito stavy zažívají trvalý pocit napětí, nervozity a vnitřního neklidu, což je vyčerpává psychicky i fyzicky a brání jim v relaxaci stejně jako v užívání si běžných aktivit. Katastrofické myšlení je dalším charakteristickým rysem, kdy postižený očekává nejhorší scénáře i v běžných situacích a má pocit, že se určitě stane něco špatného, nemůže na tuto skutečnost přestat myslet. (Anxiety and Panic Attacks, 2021)

##### 2.1.1.1 *Fyzické projevy*

Úzkostné stavy mohou způsobovat širokou škálu fyzických příznaků. Mezi nejčastější patří bušení srdce (palpitace), zvýšené pocení, třes a napětí svalů. Také sucho v ústech, návaly horka či zimy nebo pocity na omdlení. Další časté symptomy zahrnují potíže s dýcháním, jako je lapání po dechu a pocit dušnosti, dále bolesti na hrudi, závratě a žaludeční nevolnost. Úzkost může rovněž vyvolávat zažívací problémy, jako je zácpa nebo průjem, a často vede ke změnám ve spánkovém režimu, včetně nespavosti nebo

nekvalitního spánku. Tyto fyzické symptomy jsou výsledkem aktivace sympatického nervového systému, který připravuje tělo na reakci "boj nebo útěk", i když reálné nebezpečí často není přítomno. (Sherrell, 2023)

#### 2.1.1.2 Kognitivní projevy

Kognitivní příznaky úzkostných stavů zahrnují řadu mentálních a myšlenkových procesů. Mezi tyto příznaky patří zejména nadměrné a přetrvávající obavy a strach, které nejsou přiměřené aktuální situaci. Lidé trpící úzkostí často zažívají nekontrolovatelné cykly úzkostných myšlenek, které mohou vést k neustálému pocitu ohrožení a stresu. Úzkostné stavy často vedou i k negativnímu sebehodnocení a nízké sebeúctě. Neustálé myšlenky na vlastní nedostatečnost, selhání nebo obavy z kritiky mohou vést k pocitům beznaděje a deprese. Tyto negativní myšlenky dále zhoršují celkový psychický stav a přispívají k začarovanému kruhu úzkosti. (Abraham, 2022)

Dalším významným kognitivním příznakem je zhoršená schopnost koncentrace a paměti. Jedinci mohou mít problém soustředit se na úkoly, zapamatovat si informace nebo udržet pozornost po delší dobu. Tento nedostatek kognitivní kapacity může negativně ovlivnit jejich výkon v práci, škole či jiných každodenních aktivitách. Může se také objevit pocit "prázdné mysli" nebo neschopnost se soustředit. Objevují se také pocity derealizace a depersonalizace, kdy se jedinec cítí oddělený od vlastního těla nebo světa kolem sebe. (Bence, 2023) (Abraham, 2022)

#### 2.1.1.3 Behaviorální projevy

Jednoduchý akt vyhýbání se sociální situaci kvůli obavám nebo požádání partnera, aby řídil, protože nenávidíte dálnice, jsou příklady behaviorálních příznaků úzkosti. Tyto druhy chování jsou zaměřeny na minimalizaci vystavení stresujícím situacím a na snížení pocitu úzkosti. Jedním z hlavních behaviorálních příznaků úzkostných stavů je výrazná změna v chování, která může zahrnovat různé formy vyhýbání se, jako je odmítání účastnit se sociálních akcí nebo vyhýbání se určitým místům či situacím, které vyvolávají strach. (Abraham, 2022)

Úzkost může také vést k neobratnosti, kdy jedinci mohou být méně koordinovaní a častěji upadají nebo narážejí do předmětů, což je důsledkem zvýšeného napětí a nervozity, které ovlivňují motorické dovednosti. Sebepoškozování je dalším závažným behaviorálním příznakem úzkostných stavů, kde jedinci mohou vyhledávat fyzickou bolest jako způsob,

jak zvládat emocionální bolest způsobenou úzkostí. Lidé trpící úzkostí často zažívají sociální stažení a mohou se izolovat od rodiny, přátel a kolegů, aby se vyhnuli situacím, které vyvolávají úzkost, což může vést k osamělosti a dalším psychickým problémům. Úzkost může také způsobit zvýšenou žízeň a přibírání na váze, což může být důsledkem emocionálního jedení, snížené fyzické aktivity nebo vedlejších účinků léků na úzkost. (Social Anxiety Disorder (Social Phobia) - Symptoms and Causes – Mayo Clinic, 2021)

## **2.1.2 Bio-psycho-socio-spirituální pohled na úzkostné stavy**

### *2.1.2.1 Biologický pohled*

Biologický pohled na úzkostné stavy zahrnuje různé neurobiologické aspekty, které hrají klíčovou roli v jejich vzniku a udržování. Klíčovými oblastmi mozku jsou amygdala a prefrontální kůra. Amygdala je zodpovědná za zpracování emocí, což vede k přehnaným reakcím na stresové podněty. Prefrontální kůra, která reguluje emocionální reakce, může mít narušené spojení s amygdalou, což ztěžuje kontrolu nad úzkostí. Neurotransmitery jako serotonin, GABA a noradrenalin hrají důležitou roli; nízké hladiny serotoninu a GABA jsou spojeny se zvýšenou úzkostí, zatímco zvýšené hladiny noradrenalinu mohou vést k fyzickým projevům úzkosti. Hormonální systém, zejména osa HPA (vzájemně komunikující oblasti zahrnující hypothalamus, hypofýzu a nadledviny), reguluje tělesnou reakci na stres a chronicky zvýšené hladiny kortizolu mohou přispět k úzkostným symptomům.

Genetické faktory také hrají roli v náchylnosti k úzkostným stavům. Studie ukazují, že úzkostné poruchy mají tendenci se vyskytovat v rodinách, což naznačuje genetickou predispozici. Epigenetické změny, které ovlivňují expresi genů v reakci na environmentální stresory, mohou také přispět k rozvoji úzkosti, což naznačuje, že jak genetické dědictví, tak životní zkušenosti hrají roli v rozvoji úzkostných stavů. (Höschla, 2014)

### *2.1.2.2 Psychologický pohled*

Úzkost je přirozená reakce na situace, které by mohly být nebezpečné nebo ohrožující. Může se projevovat jako strach bez konkrétního předmětu nebo jako strach z konkrétních předmětů či situací, které v běžném životě nejsou nebezpečné. Úzkostné stavy mohou být akutní, krátkodobé nebo dlouhodobé. (Vágnerová, 2014)

Úzkostné stavy mohou být z psychologického hlediska silně ovlivněny různými kognitivními procesy a emocionálními reakcemi. Kognitivní teorie úzkosti se zaměřují na



roli myšlenek a přesvědčení v rozvoji a udržování úzkostných stavů. Negativní a iracionální myšlenky, jako například katastrofické myšlení nebo neustálé obavy z nejhorsího možného scénáře, mohou vést k přetrvávající úzkosti. Emocionální reakce hrají klíčovou roli v úzkostných stavech, přičemž úzkost je často spojena s intenzivními pocity strachu, napětí a nervozity, které mohou být spouštěny reálnými nebo imaginárními hrozbami. (Hroch, 2023)

Psychoanalytický pohled na úzkostné stavy vychází z práce Sigmunda Freuda a jeho následovníků, kteří zkoumali hluboké vrstvy lidské psychiky. Úzkost je v této teorii vnímána jako výsledek nevědomých konfliktů, které vznikají mezi různými částmi psychiky: Id, Ego a Superego. Freud předpokládal, že id představuje primární instinktivní impulsy a touhy, Ego funguje jako zprostředkovatel mezi Id a realitou, a Superego reprezentuje morální a etické hodnoty.

Podle Freuda je úzkost signálem, že dochází k vnitřnímu konfliktu, který ohrožuje stabilitu Ega. Tento konflikt často pramení z dětství, kdy dítě zažívá situace, které nejsou schopny plně pochopit nebo zpracovat. Například dítě může mít silné agresivní nebo sexuální impulsy, které jsou v rozporu s jeho morálními normami nebo očekáváními společnosti. Ego, které se snaží ochránit jedince před uvědoměním si těchto nepříjemných pocitů, může použít různé obranné mechanismy, jako je potlačení, projekce nebo sublimace, což vede k rozvoji úzkostných stavů.

Úzkost tedy podle psychoanalytické teorie slouží jako obranný mechanismus, který chrání jedince před uvědoměním si nevědomých konfliktů a jejich potenciálně destabilizujících účinků. Terapeutický proces v psychoanalýze se zaměřuje na odhalování a zpracování těchto nevědomých konfliktů prostřednictvím volných asociací, snů a přenosových vztahů, což může vést k úlevě od úzkosti a k hlubšímu porozumění sebe sama. (Freud, 1959) (“Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought,” 1996)

### *2.1.2.3 Sociální pohled*

Jan Géryk se ve své knize: Společnost úzkosti zaměřuje na analýzu úzkostných stavů v kontextu moderní společnosti. Autor zkoumá, jak jsou úzkostné stavy významně ovlivňovány současným politickým a ekonomickým prostředím, kdy neoliberální politika zdůrazňující individualismus a osobní úspěch zvyšuje tlak na jednotlivce a prohlubuje

strach z neúspěchu. Moderní technologie a neustálý časový tlak přispívají k duševnímu přetížení a vyhoření, což zvyšuje míru úzkosti. Sociální nerovnosti, jako finanční nejistota a omezený přístup ke zdravotní péči, vedou k vyšší prevalenci úzkosti v nižších socioekonomických vrstvách. Kulturní normy a stigma spojené s duševním zdravím ovlivňují, jak jedinci vnímají a zvládají úzkost. Řešení úzkostných stavů vyžaduje nejen individuální terapeutické přístupy, ale také širší sociální a politické změny, včetně zlepšení pracovních podmínek, ekonomické stability a snížení sociálních nerovností.

#### 2.1.2.4 Spirituální pohled

Z pohledu spirituality je úzkost vnímána jako hlubší volání po spojení s vnitřním já a vyšší mocí. Často se objevuje, když jsme odpojeni od svého pravého já a duchovního zdroje, což může vést k pocitům strachu a nejistoty. Tento duchovní aspekt úzkosti může být chápán jako výzva k introspekci a sebepoznání, kde nás úzkost nutí zkoumat své vnitřní myšlenky, emoce a přesvědčení. (Ramirez, 2024)

Podle buddhistického učení je úzkost výsledkem našeho připoutání k věcem, které nemůžeme kontrolovat. Praktiky jako mindfulness (všímavost, nebo bdělá vědomá pozornost) a meditace nám pomáhají být plně přítomní a přijímat věci bez soudu, což může vést k hlubšímu porozumění a zmírnění úzkosti. (Tucson, 2023) V hinduistické tradici je úzkost vnímána jako důsledek našeho připoutání k materiálnímu světu a egu. Kultivace odpoutanosti a odevzdání se vyšší moci může pomoci zmírnit tyto pocity. Křesťanský přístup často spojuje úzkost s nedostatkem víry v Boha a jeho plán pro nás, přičemž modlitba a čtení Písma mohou poskytovat útěchu a vedení. (Ramirez, 2024)

Úzkost může být také vnímána jako "posvátná úzkost", což je stav, který nás nutí konfrontovat naši smrtelnost a individuálnost. Tento druh úzkosti může být motivací k tomu, abychom žili v souladu se svými nejvyššími hodnotami a hledali hlubší spojení s něčím větším, než jsme my sami. (Zinbarg, 2010)

Existenciální pohled na úzkostné stavy vychází z filozofických a psychologických teorií, které se zabývají základními otázkami lidské existence, svobody, smyslu života a smrti. Tento přístup je spojen s mysliteli jako Søren Kierkegaard, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre a Viktor Frankl. Existenciální teorie vidí úzkost jako nevyhnutelnou součást lidské existence, která vyplývá z konfrontace s určitými základními aspekty života. Lidé mají svobodu volby, ale tato svoboda přináší i odpovědnost za své činy a rozhodnutí. Tato

svoboda a odpovědnost může vyvolávat úzkost, protože každé rozhodnutí zahrnuje i možnost nesprávné volby a její následky. Dále, úzkost může vznikat z konfrontace s konečností života a smrtí, což vyvolává otázky o smyslu a účelu existence. Heidegger nazývá tuto úzkost "úzkostí bytí", která nás nutí čelit naší konečnosti a autenticitě. Jean-Paul Sartre mluví o "úzkosti z existence", která vychází z vědomí, že naše existence nemá předem daný smysl a že jsme nuceni tento smysl vytvořit sami. Viktor Frankl zdůrazňuje, že úzkost může být příležitostí k hledání a nalézání smyslu života, i když to znamená čelit bolestným aspektům existence. Tento existenciální pohled na úzkost vede k pochopení, že úzkost je přirozenou reakcí na hluboké otázky a nejistoty, které provázejí lidskou existenci, a může sloužit jako katalyzátor pro osobní růst a autentický život. (Hepburn et al., 1927) (Sartre, 1943), (Frankl, 1946)

### **2.1.3 Pohled kognitivně behaviorální terapie (KBT) na úzkostné stavy**

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) vnímá úzkostné stavy jako důsledek maladaptivních myšlenkových vzorců a chování, které se jedinec naučil v průběhu života. Podle KBT jsou úzkostné stavy často výsledkem zkresleného myšlení a nesprávného hodnocení situací jako nebezpečných nebo ohrožujících, i když ve skutečnosti nejsou. KBT vychází z předpokladu, že naše myšlenky, pocity a chování jsou vzájemně propojené, což znamená, že úzkostné stavy vznikají, když jedinec interpretuje neutrální nebo neškodné situace jako nebezpečné, což vede k úzkostným pocitům a vyhýbavému chování.

Z pohledu KBT jsou úzkostné stavy udržovány prostřednictvím několika klíčových faktorů. Jedním z nich jsou kognitivní zkreslení. Jedinci s úzkostnými stavy často trpí kognitivními zkresleními, jako jsou katastrofické myšlenky, černobílé myšlení nebo přehánění negativních důsledků. Tyto zkreslení vedou k nesprávnému hodnocení situací a zvyšují úzkost. Vyhýbavé chování je dalším faktorem, který je běžnou reakcí na úzkostné situace. I když může krátkodobě snížit úzkost, z dlouhodobého hlediska udržuje a posiluje úzkost, protože jedinec nemá možnost se přesvědčit, že jeho obavy jsou neopodstatněné .

Dalším faktorem je nedostatečné zvládnutí stresu a nepříjemných emocí. Lidé s úzkostnými stavy často postrádají efektivní strategie zvládnutí těchto stavů a spoléhají se na maladaptivní způsoby, jako je vyhýbání se nebo nadměrné ujišťování. KBT také uznává, že biologické a genetické faktory mohou hrát roli v náchylnosti k úzkostným poruchám, ale zaměřuje se hlavně na změnu myšlenkových a behaviorálních vzorců. Tento komplexní přístup umožňuje terapeutům a pacientům pracovat na specifických oblastech, které

potřebují změnu, což vede k účinnějšímu zvládnání úzkosti a zlepšení kvality života. (Hunley & Hunley, 2024)

## 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 fytokanabinoidy, 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, vyskytují se tedy v našem organismu zcela přirozeně stejně jako přirozeně působí na receptory endokanabinoidního systému.

Prozatím byly identifikovány 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  $\Delta^9$ -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. 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. 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 látek 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 mastí, 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 prodávaný 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 Generační pohledy na užívání konopí

#### 2.2.3.1 Baby Boomers

Baby Boomers, narození mezi lety 1946 a 1964, mají komplexní vztah ke konopí. Mnoho z nich bylo součástí kontrakulturního hnutí v 60. letech, které konopí přijímalo. Nicméně, v pozdějších letech mnoho Boomers zachovalo konzervativní názory na marihuanu kvůli právním a sociálním stigmatům té doby. Poslední trendy však ukazují posun v této demografické skupině, kdy významný počet nyní podporuje legalizaci konopí, zejména pro léčebné účely. Studie ukazují, že více než 50% Baby Boomers věří, že marihuana by měla být legální pro rekreační užívání, a asi 90 % podporuje její léčebné použití. Tento posun je částečně způsoben terapeutickými výhodami konopí při zvládání věkem podmíněných onemocnění, jako je chronická bolest, artritida a úzkost. (Weinberg, 2023)

#### 2.2.3.2 Generace X

Generace X, narozená mezi lety 1965 a 1980, má vyváženější pohled na užívání konopí. Zatímco většina podporuje legalizaci, existuje významný segment, který zůstává opatrný. Tato opatrnost je často připisována jejich profesním povinnostem a prevalenci testování drog na pracovišti, stejně jako tradičním rodinným hodnotám zděděným po rodičích. Přesto mnoho lidí v této věkové skupině stále více uznává výhody konopí pro

rekreační i léčebné účely. Přibližně 63% Generace X podporuje legalizaci konopí. (Reese, 2024), (Generational Opinions About Weed, 2022)

#### 2.2.3.3 Mileniálové

Mileniálové, narození mezi lety 1981 a 1996, jsou převážně nakloněni legalizaci konopí. Tato generace je vysoce vlivná při řízení trhu s konopím, s výraznou tendencí k rekreačnímu i léčebnému užívání. Přibližně 70 % dospělých podporuje rekreační a léčebné užívání konopí, a významná část konopí vyzkoušela alespoň jednou. Postoje mileniálů k marihuaně jsou formovány jejich otevřeným přístupem k alternativním zdravotním praktikám a obecným odklonem od stigmatizace, která byla běžná v předchozích generacích. (Reese, 2024), (Generational Opinions About Weed, 2022)

#### 2.2.3.4 Generace Z

Generace Z, narozená od konce 90. let do začátku 2010, vyrůstá v období zvyšující se normalizace konopí. Tato generace vnímá konopí příznivěji ve srovnání se staršími kohortami, přičemž více než 70 % podporuje rekreační užívání a více než 90 % podporuje léčebnou legalizaci. Pozoruhodné je, že mnoho členů Generace Z preferuje konopí před alkoholem, považující ho za bezpečnější a přijatelnější rekreační látku. Tento generační posun se očekává, že významně ovlivní budoucí politiky a tržní trendy konopí. . (Reese, 2024), (Graham, 2022)

#### 2.2.3.5 Generace Alpha

Generace Alpha, tedy lidé narození od roku 2010 až do poloviny 2020, vyrůstají v době, kdy je užívání konopí stále více normalizováno. Tato generace je často nazývána "digitálními domorodci", protože od narození zažívají technologické pokroky, včetně sociálních médií, umělé inteligence a vzdělávání na dálku. Vzhledem k tomu, že jejich rodiče jsou převážně mileniálové, kteří mají otevřenější a progresivnější postoje k užívání konopí, předpokládá se, že Generace Alpha bude mít podobně pozitivní pohled na užívání této látky.

Tato generace je také svědkem širšího společenského přijetí a legalizace konopí jak pro rekreační, tak pro léčebné účely. Studie naznačují, že členové Generace Alpha budou pravděpodobně podporovat pokračující legalizaci a destigmatizaci konopí. Sociální a kulturní prostředí, ve kterém vyrůstají, je mnohem tolerantnější k užívání konopí ve srovnání s minulými generacemi. (Eldridge, 2023)

## 2.2.4 Kanabinoidy a úzkostné stavy

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 úzkostnými stavy projevují často větší sklon k užívání kanabinoidů jako prostředku ke zklidnění a relaxaci, zejména v období zvýšeného stresu. Přestože kanabinoidy mohou pomoci zmírnit symptomy úzkostných stavů, dlouhodobé užívání může vést k jejímu zhoršení a zvyšování výskytu panických atak. (Pertwee, 2014)

Výzkumem působení THC na úzkostné stavy se zabývalo množství studií využívající ve svém zkoumání dobrovolníky. Některé studie naznačují, že u některých lidí může THC způsobovat nebo zhoršovat úzkostné 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 úzkostné stavy. 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 úzkostí. 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 úzkostné stavy*

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 jednotlivci 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, sebemedikace 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 sebemedikace.

Dalším aspektem sebemedikace 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 sebemedikace 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 Sebemedikace kanabinoidy**

Sebemedikace kanabinoidy je praxe, kdy jednotlivci užívají konopí k zvládnání 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.

Sebemedikace konopím je nejběžnější způsob užívání kanabinoidů léčebně. Studium sebemedikace 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 sebemedikují, a k přispění k medicíně založené na kanabinoidech. (European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction, 2018)

## **2.4 Oborná péče**

Odborná péče je specifická forma zdravotní péče, která se zaměřuje na diagnostiku, léčbu a prevenci zdravotních problémů prostřednictvím specialistů v daném oboru. Tento

typ péče je poskytován lékaři s odbornou specializací a zahrnuje širokou škálu zdravotních služeb, které nelze vždy zajistit na úrovni primární péče.

Odborná péče může být poskytována ambulantně, což znamená, že pacienti navštěvují specialisty v jejich ordinacích nebo ambulancích bez nutnosti hospitalizace. Ambulantní péče zahrnuje nejen primární ambulantní péči od praktických lékařů, zubních lékařů a gynekologů, ale také specializovanou ambulantní péči, která je zaměřena na konkrétní medicínské obory, například kardiologii, neurologii nebo dermatologii. Kromě ambulantní péče zahrnuje odborná péče také lůžkovou péči, která je nezbytná pro pacienty vyžadující hospitalizaci. Lůžková péče může být akutní, kde se poskytuje intenzivní léčba pro náhlé zdravotní problémy, nebo dlouhodobá, která je zaměřena na pacienty s chronickými stavy vyžadujícími dlouhodobou ošetrovatelskou péči. Odborná péče je klíčovým prvkem zdravotního systému, protože poskytuje pokročilé zdravotnické služby a léčbu, kterou nelze zajistit na úrovni základní zdravotní péče. Tato péče je často koordinována s jinými formami zdravotní péče, včetně domácí péče, která umožňuje pacientům zůstat ve svém domácím prostředí při zachování kontinuity léčby. (*Druhy Zdravotní Péče*, 2012)

#### **2.4.1 Odborná péče ve spojitosti s úzkostnými stavy**

Léčba úzkostných stavů se obvykle opírá o kombinaci psychoterapie a medikamentózní léčby. Psychoterapie, zvláště pak kognitivně-behaviorální terapie (KBT), se ukázala být velmi účinná při postupném odbourávání vyhýbavého chování a konfrontaci s úzkostnými spouštěči. Pacienti se pod vedením terapeuta učí rozpoznávat a měnit negativní myšlenkové vzorce a postupně si osvojují techniky, které jim pomáhají čelit úzkosti. Medikamentózní léčba je často používána jako doplněk psychoterapie, zejména u závažnějších forem úzkostných poruch. Lékaři mohou předepisovat antidepresiva, která pomáhají stabilizovat náladu a zmírňovat úzkostné příznaky. Krátkodobě mohou být nasazeny také trankvilizéry (uklidňující léky), jako je diazepam, avšak tyto léky jsou kvůli riziku závislosti určeny pouze pro akutní záchvaty.

Důležitou součástí odborné péče o úzkostné stavy jsou také relaxační techniky, nácvik komunikace a fyzická aktivita. Pravidelné cvičení může pomoci snižovat hladinu stresových hormonů a zlepšovat celkový psychický stav pacienta. Důležité je také, aby pacienti hledali podporu u odborníků, jako jsou psychoterapeuti, kliničtí psychologové a

psychiatři, kteří mohou nabídnout individuální přístup a terapii přizpůsobenou konkrétním potřebám pacienta.

## 2.5 Alternativní přístupy v léčbě

V dnešní době se stále více lidí obrací k alternativním přístupům v léčbě, které poskytují různé možnosti, jak podpořit fyzické a psychické zdraví mimo konvenční medicínu. Tyto metody často zdůrazňují holistický přístup, zaměřený na rovnováhu těla a mysli. Zde jsou některé z hlavních alternativních přístupů, které jsou stále populárnější.

### 2.5.1.1 Akupunktura

Akupunktura je tradiční čínská medicínská technika, která zahrnuje vkládání jemných jehel do specifických bodů na těle. Tento přístup je založen na teorii, že energetické toky, nebo "qi", mohou být vyrovnány stimulací těchto bodů. Akupunktura se používá k léčbě různých zdravotních stavů, včetně bolesti, migrény, úzkosti a nespavosti. Výzkum ukazuje, že akupunktura může mít pozitivní vliv na zmírnění bolesti a zlepšení celkového zdravotního stavu. (Briggs & Shurtleff, 2017)

### 2.5.1.2 Aromaterapie

Aromaterapie využívá esenciální oleje extrahované z rostlin k podpoře fyzického a psychického zdraví. Tyto oleje se aplikují prostřednictvím inhalace nebo masáže. Aromaterapie se často používá k léčbě stresu, úzkosti, deprese a nespavosti. Některé studie naznačují, že esenciální oleje, jako je levandule, mohou mít uklidňující účinky a přispívat k lepšímu spánku. (West, 2019)

### 2.5.1.3 Homeopatie

Homeopatie je systém alternativní medicíny založený na principu, že látky, které způsobují symptomy u zdravých lidí, mohou v malých dávkách léčit podobné symptomy u nemocných. Využívá různé přírodní látky, jako jsou rostliny, minerály a živočišné produkty, které jsou speciálními metodami silně ředěny. Tyto homeopatické prostředky, známé také jako homeopatické léky nebo homeopatika, působí na jemnohmotné úrovni a ovlivňují spirituální organizační systém člověka. Tento systém, nazývaný Samuel Hahnemannem jako „vitální síla“ nebo „dynamis“, je v Indii známý jako „prána“ a v tradiční čínské medicíně jako „čchi“. Přestože je homeopatie kontroverzní a její účinnost je předmětem debat, někteří pacienti hlásí úlevu od různých zdravotních problémů, včetně alergií, migrén a chronických bolestí. (Čechovský, 2022)

#### 2.5.1.4 *Bylinná medicína*

Bylinná medicína využívá rostliny nebo rostlinné extrakty k léčbě různých zdravotních stavů. Byliny jako echinacea, ginkgo biloba, třezalka tečkovaná a zázvor jsou běžně používány k posílení imunitního systému, zlepšení kognitivních funkcí, zmírnění depresí a léčbě zažívacích potíží. Bylinná medicína je často používána jako doplněk ke konvenční léčbě a může být efektivní při léčbě mírných až středně závažných zdravotních problémů. (*Léčba Bylinami – Fytoterapie a Kdo Ji Může Používat?*, 2021)

## 2.6 Kazuistická práce

Kazuistika, jinak případová studie, je podrobný popis a analýza konkrétního případu nebo události, který se používá k ilustraci specifických fenoménů. Poukazuje na nové nebo trvající skutečnosti a vytváří prostředí pro otázky z nich vyplývajících, jež mohou postupovat do dalšího zkoumání. Tento termín pochází z latinského slova "casus," což znamená případ nebo událost. Kazuistiky se běžně používají v medicíně, psychologii, právu, sociální práci, adiktologii a dalších oborech. (Dosedělová, 2021)

Proces získávání kazuistiky začíná výběrem relevantního případu, který je obvykle neobvyklý, zajímavý nebo má potenciál přinést nové poznatky. Následuje shromažďování všech dostupných informací, jako jsou lékařské záznamy, rozhovory s pacientem, pozorování a další dokumentace. Tyto údaje jsou poté pečlivě analyzovány a interpretovány, aby bylo možné identifikovat klíčové problémy, použité intervence a výsledky. Kazuistické práce poskytují detailní příklady konkrétních případů, které umožňují studentům a odborníkům aplikovat teoretické znalosti na reálné situace. Slouží jako efektivní nástroj pro edukaci a trénink, což je důležité pro rozvoj klinických dovedností a lepší pochopení komplexních problémů. Publikované kazuistiky umožňují sdílení zkušeností a osvědčených postupů mezi profesionály, což vede ke zlepšení kvality péče a efektivity řešení podobných problémů. Dokumentace neobvyklých případů přináší nové poznatky a upozorňuje na nové symptomy, diagnózy nebo léčebné postupy, které mohou být následně využity v praxi. Kromě toho kazuistiky podporují další výzkum a inovace tím, že identifikují oblasti vyžadující hlubší studium a přispívají k vývoji nových léčebných metod a technologií. (Chrastina, 2021)

## 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 informace od jedinců se zkušenostmi s užitím kanabinoidů ve spojitosti s úzkostnými stavy, které prožívali. 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 ve svém životě pocítili úzkostné stavy a užili kanabinoidy za účelem jejich zmírnění. Výběr tedy nebyl náhodný, naopak zvolený na základě splněných kritérií (prožívání úzkostných stavů, užívání kanabinoidů za účelem zmírnění příznaků). Data získaná pro účely sestavení kazuistiky byla k dispozici prostřednictvím rozhovorů vedených s jednotlivými respondenty, a tedy rozhovory byly jediným zdrojem těchto dat.

#### 3.1.3 Etika

Etická kazuistických prací je dodržena. Nejsou uvedeny osobní údaje respondentů ani časové údaje, které by mohli vést k jejich identifikaci. Před každým z rozhovorů se uskutečnila domluva s každým z respondentů objasňující instrukce o tom, jaké informace budou sbírány, jakým způsobem, přesně k čemu a jak budou použity. Již od začátku práce bylo počítáno se skutečností, že informace budou ovlivněny ze strany mé i respondentů. Skutečnost přítomnosti této slepé skvrny byla ošetřována od počátku pomocí objasnění vztahů s jednotlivými respondenty, blízkost vztahu, délka známosti a otevřenost

komunikace. U ani jednoho z respondentů nedošlo ke znevýhodnění při sběru informací ani u přístupu k nim.

Překážky, objevující se ve spojitosti s touto skutečností byly důkladně diskutovány s vedoucím práce, stejně tak pokusy o její eliminaci. Při rozhovoru mohlo dojít k předpojatosti z obou stran, výskytu emotivní reakce ze strany respondenta při rozhovoru o osobních, náročných tématech a nedostatečná důvěra mohla vést k zatajování.

Při eliminaci těchto komplikací byla využita metoda ujištění respondentů (viz výše) a důkladného probrání vyškerých kritérií. Zároveň došlo k průběžnému ujištění o stavu stresu a úzkosti v rámci rozhovoru, před ním i po něm.

Moje vlastní zkušenosti z užitím kanabinoidů byly vždy pozitivní, nesetkala jsem se s žádnou formou bad tripu ani závislostním chováním, a tak hrozilo, že se objeví zaujatost z mé strany tímto směrem. Ovšem díky uvědomnění si této skutečnosti jsem se mohla soustředit na objektivní postoj vůči přijímaným informacím ze strany respondentů, a zpracovat tak pouze jejich výpovědi bez vlastního zbarvení.

Práce byla schválena etickou komisí (viz Příloha A).

### **3.1.4 Validita a reliabilita práce**

#### **3.1.4.1 Validita**

V bakalářské práci bylo využito mnoho zdrojů k důkladnému prozkoumání úzkostných stavů a jejich ovlivnění života jedince, pohledy na úzkostné stavy jako takové a vliv kanabinoidů na úzkostný stav. Během rozhovorů mohla vzniknout předpojatost na obou stranách, což mohlo být doprovázeno emotivními reakcemi respondentů při diskusi o osobních a náročných tématech. Nedostatek důvěry mohl vést k tomu, že respondenti některé informace zatajovali. Respondenti byli tázáni o své výpovědi a požádáni o potvrzení její správnosti. Data byla získávána pomocí rozhovorů a následně zpracována do kazuistik.

#### **3.1.4.2 Reliabilita**

Všechny kazuistiky byly zpracované a popsány dle stejného schématu. Při opakování výzkumu může dojít ke zjištění odlišných informací, data jsou přímo závislá na individuálních zkušenostech a životech jedinců.

## 3.2 Kazuistická studie 1

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

### 3.2.1 Osobní vztah k respondentce

S respondentkou jsem se poprvé setkala na základní škole, kde jsme docházeli do stejné třídy. V našem vztahu nenacházím žádné konflikty zájmu, jsem si jistá, že respondentka žádné z informací nijak úmyslně nezkreslila, o čemž jsem se přesvědčila také následným dotazem.

### 3.2.2 Anamnéza

#### 3.2.2.1 Rodinná

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

Matka, 54 let, má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako zdravotní sestra v domě se zvláštním režimem. Neužívá žádné návykové látky a téměř nepije ani alkohol, jen velmi ojedinele, a to jen v malém množství. Má mnoho oblastí zájmu, včetně vyšívání, kresby 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 dvě děti. Jedno vlastní a druhé 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.

#### 3.2.2.2 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 jejích úzkostných stavů. 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.

Na otázku, z jakého důvodu se nerozhodla jít ke specialistovi dříve odpověděla, že nechtěla, aby to o ní lidé věděli. „Vždycky jsem působila, jakože je vše v pohodě, pomáhala ostatním a snažila se, aby všichni byli šťastní a takový člověk přeci nemůže mít problémy. Navíc mi dlouho přišlo, jakože se tak cítí všichni a že je to normální, nechtěla jsem působit jako ta divná, o které si lidi myslí, že si něco vymýšlí pro pozornost. Dnes už se na to dívám naštěstí jinak.“

### 3.2.2.3 Zdravotní

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

### 3.2.2.4 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 nesedla jako člověk. Zároveň to bylo prý příliš drahé.

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

### 3.2.2.5 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 se 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.

### 3.2.2.6 Trestně právní

Žádné problémy se soudy nikdy neměla.

### 3.2.2.7 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 předstupeň 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.

### 3.2.3 **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.

### **3.2.4 Shrnutí užívání**

#### *3.2.4.1 Úzkostné stavy a jejich řešení*

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. Chvíli 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.

#### *3.2.4.2 Současná situace*

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 potíže nejsou tak vážné, a že to zvládne sama.

### **3.2.5 Rozvaha**

Problémy respondentky pramení z mnoha zdrojů. Počátečním spouštěčem byl zážitek na stření 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 Osobní vztah k respondentovi**

S respondentem jsem se poprvé seznámila na střední škole, prostřednictvím jiné kamarádky, jež mě s ním seznámila. Rizikem u tohoto respondenta mohla být jeho tendence převádět své vyprávění do humoru, a tak mi párkrát nebylo úplně jasné, zda si pouze nedělá legraci či zda své vyprávění myslí vážně. Potom co jsem si v rozhovoru párkrát této jeho reakce všimla, jsem ho na ni upozornila a na svůj problém v rozpoznání a požádala ho, aby s tím přestal. Bez větších obtíží mi vyhověl.

#### **3.3.2 Anamnéza**

##### *3.3.2.1 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.

##### *3.3.2.2 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.

Na otázku, z jakého důvodu se nerozhodl jít ke specialistovi dříve odpověděl: „Vlastně jak tak na tím přemýšlím, tehdy mi to vůbec nedošlo, že taková možnost je. Kámoš mi prostě řekl, že tohle pomůže, ono to pomohlo, a tak jsem to dál neřešil. Navíc zařizovat si psychiatra, abych pak čekal několik měsíců na čekance by se mi stejně pak nechtělo.“

#### 3.3.2.3 Zdravotní

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

#### 3.3.2.4 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.

#### 3.3.2.5 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.

#### 3.3.2.6 Trestně právní

Žádné problémy se soudy nikdy neměl.

#### 3.3.2.7 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 vzorců. 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.



### 3.3.3 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 abstínuje.

### 3.3.4 Shrnutí užívání

#### 3.3.4.1 Úzkostné stavy a jejich řešení

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 spolubydlicí 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 abstínuje.

#### **3.3.4.2 Současná situace**

Nyní dochází na pravidelné terapie, abstínuje a věnuje se kurzům na zdokonalení svých problémů se zvládáním stresu.

### **3.3.5 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 Osobní vztah k respondentce**

Podobně jako u respondentky 1 jsem se s respondentkou č.3 setkala již na základní škole, kde se z nás postupnými stejnými zájmy staly nejlepší přítelkyně. Právě s ní mám ze všech 4 respondentů nejbližší vztah. Ačkoliv rozhovory o tomto tématu pro ni vždy byly obtížné, mně jako své osobě blízké s tím neměla nikdy žádný problém. I s ní proběhl standardní rozhovor jako u všech ostatních respondentů za stejných podmínek. Ani u této respondentky nenacházím žádné konflikty zájmů a jsem si jistá její upřímností a otevřeností.

### **3.4.2 Anamnéza**

#### **3.4.2.1 Rodinná**

Otec, 52 let, vysokoškolské vzdělání, pracuje jako bchař. 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 pečeni.

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.

#### 3.4.2.2 *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.

Na otázku, z jakého důvodu se nerozhodla jít ke specialistovi dříve odpověděla: „Pořád jsem si říkala, že moje problémy nejsou tak velké. Navíc tehdy když se to dělo bych musela říct tátovi, aby mě tam vzal, a to rozhodně nepřicházelo v úvahu.“

#### 3.4.2.3 Zdravotní

Jediné vážné onemocnění byla mononukleóza.

#### 3.4.2.4 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.

#### 3.4.2.5 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.

#### 3.4.2.6 Trestně právní

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

#### 3.4.2.7 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 přehání 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.

### **3.4.3 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 stupňovala 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 nádech, 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 meditacemi.

### **3.4.4 Shrnutí užívání**

#### *3.4.4.1 Úzkostné stavy a jejich řešení*

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.

#### *3.4.4.2 Současná situace*

Nyní abstinuje s občasným, pouze párkrát za rok, ale velmi minimálním, užitím CBD. Nenavštěvuje žádného odborníka.

### **3.4.5 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 otrásl 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 Osobní vztah s respondentem

Respondenta jsem poznala v mých prvních letech na vysoké škole, byl součástí party přátel, se kterou jsme se scházeli a stejně jako s ostatními respondenty jsme si velmi rozuměli. Tento druh témat u nás nebyl příliš obvyklým, ačkoliv jsme se na jeho notu párkrát dostali, proto bylo rizikem, že se respondent bude ostýchat, ovšem opak byl pravdou. Velmi ochotně mi sdělil veškeré mé tázané informace a po mém ujištění, zda je vše skutečně pravda, jsem si jistá, že ani u něj nedošlo ke konfliktu zájmu.

### 3.5.2 Anamnéza

#### 3.5.2.1 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.

#### 3.5.2.2 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.

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

Na otázku, z jakého důvodu se nerozhodl jít ke specialistovi dříve opáčil: „Nemyslel jsem si, že to potřebuju. Nechtěl jsem, aby si ostatní mysleli, že jsem nějaký cvok, co potřebuje cvokaře a není normální.“

### 3.5.2.3 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.

### 3.5.2.4 Psychologicko-psychiatrická

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

### 3.5.2.5 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.

### 3.5.2.6 Trestně právní

Žádné problémy se soudy nikdy neměl.

### 3.5.2.7 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 opíjeli. 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.

### **3.5.3 Vliv marihuany na úzkostný stav**

#### *3.5.3.1 Úzkostné stavy a jejich řešení*

Respondent popisoval své první úzkostné stavy okolo 15 roku. To bylo také důvodem, proč začal navštěvovat školní psycholožku, 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, zvláště 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“.

### **3.5.4 Shrnutí užívání**

#### *3.5.4.1 Úzkostné stavy a jejich řešení*

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.

#### *3.5.4.2 Současná situace*

Marihuanu užívá 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.

### **3.5.5 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.

## **3.6 Porovnání kazuistik**

### **3.6.1 Osobní anamnéza**

#### Společné rysy:

Všichni čtyři respondenti popisují své dětství jako šťastné, ačkoliv se u některých vyskytly specifické problémy. Rodiče se snažili poskytovat podporu a měli vysoká očekávání ohledně vzdělání, přičemž matky nekouřily ani nepily alkohol během těhotenství. Školní léta provázely specifické problémy, jako je šikana, tlak na výkon a nároky na jejich čas, a všichni měli určité sociální obtíže, ať už kvůli introvertnímu charakteru, šikaně nebo nálepkám od společnosti. Všichni pokračovali na vysokou školu, kde se setkali s různými výzvami, ať už se jednalo o stres, finanční potíže nebo tlak na výkon. Osobní vztahy byly často komplikované a měly negativní vliv na jejich psychiku a emocionální stav, přičemž první vážné vztahy měly dlouhodobé důsledky na jejich životy.

#### Odlišné rysy:

Specifické události a problémy se lišily: první respondentka zažila několik traumatických událostí včetně pokusu o znásilnění a manipulativního vztahu, zatímco třetí respondentka byla obětí šikany kvůli svému akademickému úspěchu a čelila stresovému rodinnému prostředí. Druhý respondent měl stabilní rodinné zázemí, ale vysoký tlak na akademický výkon, zatímco čtvrtý respondent narazil na problémy hlavně během puberty a

na gymnáziu, kde se poprvé setkal s alkoholem a marihuanou. Rodinné zázemí a vztahy také vykazovaly rozdíly: první respondentka měla stabilní rodinné zázemí, ale vysoká očekávání rodičů způsobovala stres, druhý respondent měl dobrý vztah jak s bratrem, tak s oběma rodiči, třetí respondentka měla komplikované rodinné vztahy kvůli rozvodu rodičů a sourozenecké závisti a čtvrtý respondent měl podporu rodiny a žádné problémy v tomto směru.

### **3.6.2 Drogová anamnéza**

#### Společné rysy:

Všichni čtyři respondenti mají zkušenosti s užíváním marihuany a alkoholu, i když se k těmto látkám dostali za různých okolností. Alkohol poprvé okusili většinou v období dospívání, marihuanu pak ve střední škole nebo na začátku vysokoškolského studia. Motivace k užívání byla často spojena se stresem, úzkostí nebo sociálním tlakem. U všech respondentů je patrná snaha najít úlevu nebo útěk od reality prostřednictvím těchto látek, přičemž se často potýkali s následnými negativními důsledky pro jejich fyzické a psychické zdraví. Také se ukazuje, že každý z respondentů měl období, kdy se snažil marihuanu nebo alkohol omezit nebo úplně přestat užívat, a to s různou mírou úspěšnosti.

#### Odlišné rysy:

První respondentka začala s kouřením cigaret na střední škole kvůli úzkostem a postupně se dostala k marihuaně, kterou zpočátku užívala spíše sociálně. Druhý respondent se k marihuaně dostal až na univerzitě kvůli stresu ze studia, a postupně si na ní vytvořil závislost, kterou překonal až pomocí terapie a farmakologické léčby. Třetí respondentka začala užívat marihuanu ve 14 letech během toxického vztahu a intenzivně ji užívala několik let, než ji incident s kamarádkou přiměl přestat. Poslední respondent se s marihuanou setkal již na gymnáziu a pokračoval v užívání na vysoké škole, ale nikdy se nestal pravidelným uživatelem a dodnes ji užívá sporadicky. Každý respondent tedy měl jiný počáteční důvod pro užívání a různé následky, které z toho vyplynuly, od závislosti a zdravotních problémů po sporadické užívání bez větších následků.

### 3.6.3 Vliv marihuany na úzkostný stav

#### Společné rysy

Všichni čtyři respondenti popisují své zkušenosti s úzkostí a panickými atakami, které výrazně ovlivňují jejich každodenní život. Projevy úzkosti se u nich projevují fyzickými symptomy, jako je tlak na hrudi, bušení srdce, dušnost a celkové napětí. Marihuana pro všechny představovala účinný, ale dočasný únik od těchto nepříjemných pocitů. Popisují, že po užití marihuany zažívají pocit uvolnění, tepla a klidu, který jim pomáhá zvládat úzkostné stavy. Respondenti uvádějí, že marihuana poskytovala rychlou úlevu a zlepšila jejich schopnost usnout a celkově se zklidnit.

#### Odlišné rysy

První respondentka popisuje úzkost jako těžkou kovovou vestu, která jí svírá hrudník. Marihuana jí poskytuje postupné uvolnění a pocit tepla. Přestala kouřit marihuanu pravidelně a nyní ji užívá jen příležitostně s přáteli. Druhý respondent zažíval každodenní úzkost a časté panické ataky, které vedly k problémům se spánkem. Marihuana mu pomohla získat kontrolu nad svými pocity, ale uvědomil si, že jeho úzkost se po odeznění účinků vrací a zhoršuje. Nyní je několik měsíců abstinent a podstupuje terapii. Třetí respondentka začala trpět úzkostí ve 13 letech a její první panická ataka přišla v 20 letech. Marihuana jí pomohla lépe spát a relaxovat, ale přestala ji užívat po traumatickém zážitku s kamarádkou. Nyní se snaží zvládat úzkost pomocí změn životního stylu a meditace. Čtvrtý respondent začal mít úzkostné stavy v 15 letech a ke kanabinoidům se dostal na vysoké škole. Užívá marihuanu 2–3krát měsíčně, aby si "restartoval hlavu", a dbá na to, aby jeho užívání nepřerostlo v závislost.

## 4 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá užíváním kanabinoidů ve spojitosti s úzkostnými stavy, zkoumá subjektivní zkušenosti jednotlivců a jejich důvody pro užívání marihuany jako prostředku pro zvládání úzkosti. Cílem bylo zjistit, zda a jak kanabinoidy mohou ovlivnit úzkost u individuálních, vybraných případů, jaké jsou zkušenosti respondentů a z jakého důvodu zvolili alternativní možnost léčby. Jedná se o podrobné popsání fenoménu pomocí případů 4 kazuistik.

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 úzkostnými stavy 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.

Důkladný náhled do kazuistik respondentů mi umožnil věnovat tomuto fenoménu, užívání kanabinoidů ve spojitosti s úzkostnými stavy, podrobnou pozornost. Z výpovědí a rozhovorů s respondenty bylo možné se podívat na jejich individuální přístupy a příběhy, z nichž vyplynulo několik skutečností.

Z odpovědí respondentů na otázku, proč se nerozhodli jít ke specialistovi dříve, vyplývají společné důvody a obavy spojené s vyhledáním odborné pomoci při psychických obtížích. Respondenti často uvádějí strach z odsuzování okolí a obavy, že by byli vnímáni jako "divní" nebo "nenormální". Tento společenský tlak a stigma spojené s duševním zdravím hrály významnou roli v jejich rozhodnutí nevyhledat odbornou pomoc včas.

Dalším častým důvodem, proč respondenti nevyhledali pomoc specialisty, byla jejich vlastní bagatelizace problémů. Považovali své problémy za běžné, nepovažovali je za dostatečně závažné, aby vyžadovaly odbornou intervenci. Tento přístup často pramenil z nedostatku informací o duševním zdraví a o tom, jak rozpoznat, kdy je potřeba vyhledat pomoc. První respondentka například uvedla, že si dlouho myslela, že její problémy jsou normální a že se tak cítí všichni. Někteří respondenti nebyli informováni o možnostech léčby nebo se obávali dlouhých čekacích dob u specialistů. Druhý z respondentů zmínil, že by se mu nechtělo čekat několik měsíců na čekací listině, což přispělo k jeho rozhodnutí nevyhledat odbornou pomoc a raději následovat zdánlivě okamžité pomoci ze strany jeho kamaráda. Další respondent uvedl, že mu vůbec nedošlo, že taková možnost existuje, a spoléhal se na rady kamarádů. Rovněž se ukazuje, že snaha udržet si zdání normality je důvodem odkládání návštěvy odborníka.

I když jsem se domnívala, že informovanost o duševních problémech vzrostla a stigmatizace pomalu vymizela, přítomnost duševních obtíží a náhled okolí na tento problém je u respondentů stále předmětem obav. Otázkou tedy zůstává, nakolik se rodina baví o tomto druhu problémů, jak se v rodinném zázemí nahlíží na duševní potíže a jejich řešení a co nejdůležitější, jak v rodině probíhá komunikace. U druhého respondenta můžeme vidět, že tlak na jeho akademický výkon kvůli velkým úspěchům v jeho rodině a zřejmý strach, že bude pro rodinu zklamáním mu zabránilo zmínit se se svými problémy, a i později došlo ke sdílení o nadužívání marihuany jen s bratrem, který byl respondentovi nejbližší.

Podobná situace se objevila u respondentky číslo tři, u které se úzkostné stavy začaly objevovat již v ranném věku, ale její nepříznivý vztah s rodinou jí zamezil se jednak o problémech svěřit, druhak vyhledat odbornou pomoc, jelikož do plnoletosti vyžaduje odborná pomoc souhlas rodiče či zákonného zástupce, a to bylo pro dívku v tom období dle její slov neproveditelné, proto volila alternativní možnosti léčby, kterou jí poskytovala její tehdy nejbližší sociální skupina přátel. V období pubescence je vliv vrstevníků a

sociální skupiny, ve které se jedinec nachází, klíčový, literatury zmiňují, že právě v tomto období je ještě důležitější a vlivnější než vliv rodičů. Pokud se tedy v rodinném prostředí objevují potíže, nedorozumění a konflikty, jako u respondenty číslo tři, je přirozené přiklonit se ke skupině vrstevníků jako k náhradní rodině, a tedy přejímat návyky a zvyky v ní zavedené. (Vágnerová & Lisá, 2021)

V otázce na individuální prožívání užití kanabinoidů se v prvotních fázích užití za účelem zmírnění příznaků úzkostného stavu 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.

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.



## 5 Závěr

Závěry získané z kazuistik ukazují, že užívání kanabinoidů poskytovalo respondentům krátkodobou úlevu od úzkostných stavů, avšak dvěma ze čtyř přineslo obtíže a zhoršení psychického zdraví při dlouhodobém užívání, pouze jeden z respondentů doted kanabinoidy užívá. Společenské stigma a nedostatek informací často bránil jedincům včasné vyhledat odbornou pomoc.

Dle prozkoumané literatury se v průběhu let pohled společnosti na kanabinoidy výrazně změnil. Od úplného odporu se názor v průběhu let upravuje k postupné toleranci. Mohli bychom předpokládat, že s těmito postupnými změnami se kanabinoidy stanou až favorizovatelnými? Nebo se snad současný pohled stane finálním? Mohl by přeměněný pohled na kanabinoidy přispět k začlenění CBD mezi běžnou léčbu?

Psaním této práce jsem si uvědomila, jak i přes propagaci pomoci a otevřenosti tématu o úzkostných stavech je tato problematika pro mé respondenty stále tabuizovaná. Tři ze čtyř respondentů nevyhledalo pomoc právě kvůli obavám společenské nálepky „duševního onemocnění“ a bylo tak pro ně jednodušší nechat si pomoci kanabinoidy podanými z rukou přátel. Kanabinoidy jim po prvním užití zmírnili přítomné úzkostné obtíže, a tak docházelo k opakování tohoto vzorce, dokud nedošlo k nějaké významné události, jež je od užívání odradila.

Díky důkladné přípravě všech kritérií a otázek jsem neměla s vedením rozhovoru žádný problém, pouze jsem odhalila své omezení, a to ve spojitosti s ucelováním informací, které mi byli podány, pokud respondent skákal z tématu na téma, což je při rozhovoru samozřejmě normální. Ovšem díky této skutečnosti jsem objevila nejen své slabiny, ale také přednosti. První obhajoba mé bakalářské práce reflektovala na nedostatky v práci, co se týkalo vymezení jeho cílů, tématu a dodržení logického rámce. Uvědoměním si těchto překážek a jejich úpravou mi bylo umožněno se více do tématu ponořit, a tak věnovat tomuto fenoménu více času a pozornosti.

## 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. Shapiro, L. (2022). *Generalized Anxiety Disorder Workbook: CBT Activities to Manage Anxiety, Cope with Uncertainty, and Overcome Stress*. PESI.
5. Abraham, M. (2022, November 26). *Complete list of anxiety symptoms (241 total)*. CalmClinic. <https://www.calmclinic.com/anxiety-guide/symptoms>
6. Sherrell, Z. (2023, June 21). *What are the physical symptoms of anxiety?* MedicalNewsToday. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/physical-symptoms-of-anxiety#managing-physical-symptoms>
7. Bence, S. (2023, December 15). *Anxiety and anxiety disorder symptoms*. Verywell Health. <https://www.verywellhealth.com/anxiety-symptoms-5086955>
8. *Social anxiety disorder (social phobia) - Symptoms and causes* - Mayo Clinic. (2021, June 19). Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/social-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20353561>
9. *Anxiety and panic attacks*. (2021, February). Mind. <https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/anxiety-and-panic-attacks/symptoms/>
10. Höschla, C. [Univerzita Karlova]. (2014, November 11). *Týden vědy a techniky 2014 | Neurobiologie úzkosti a strachu* [Video]. Youtube.
11. Hroch. (2023, November 22). *Úzkosti*. Psychologická a Psychiatrická Klinika AdiCare. <https://adicare.cz/uzkosti/>
12. Géryk, J. (2022). *Společnost úzkosti: Jak souvisí politika, čas a duševní zdraví*. Brno : Host.

13. Ramirez, A. (2024, March 6). Depression & Anxiety: Exploring Spiritual Meanings. *After Anxiety*. <https://after-anxiety.com/spiritual-meaning-of-depression-and-anxiety/>
14. Tucson. (2023, December 7). The spiritual meaning of anxiety: understanding the deeper purpose behind the turmoil. *Tucson Spiritual Direction*. <https://tucsonspiritualdirection.org/spiritual-meaning/anxiety>
15. Zinbarg, R. (2010). Sacred Anxiety: Anxiety as an emblem of spirituality. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/cultivating-courage/201012/sacred-anxiety-anxiety-emblem-spirituality>
16. Hunley, S., PhD, & Hunley, S., PhD. (2024, March 4). *CBT for anxiety - Cognitive Behavioral therapy for anxiety*. Anxiety Disorders and Universal Health Care. <https://www.anxiety.org/what-is-cognitive-behavioral-therapy-cbt>
17. 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>
18. Fišar, Z. (2006, Prosinec 15). Fytokanabinoidy. *Chemické Listy*, 233–242.
19. Kanabinoidy. (2016, Říjen 25). *Kanabinoidy | Kanabinoidy*. <https://kanabinoidy.cz/vzdelani/kanabinoidy/>
20. 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>
21. Luber, M. (2019). *Stuff Every Cannabisuser Should Know*. Quirk Books.
22. Linda A. Parker. (2017). *Cannabinoids and the Brain*. The MIT Press.
23. Reese, L. A. (2024, January 18). *Boomers to Millennials: Generations on Cannabis*. Marijuana Doctors. <https://www.marijuanadoctors.com/blog/baby-boomers-vs-generations-vs-gen-x-on-cannabis/>

24. *Generational opinions about weed*. (2022, May 10). EarthMed.  
<https://earthmed.com/blog/generational-opinions-about-weed>
25. Weinberg, B. (2023, August 24). *Cannabis & Boomers: The Generation Gap in Cannabis culture*. Cannabis Now. <https://cannabisnow.com/cannabis-boomers-the-generation-gap-in-cannabis-culture/>
26. Graham, A. (2022, September 9). *Generational gap of cannabis understanding and use*. fizzlymag.com. <https://fizzlymag.com/articles/generational-gap-of-cannabis-understanding-and-use>
27. Eldridge, S. (2023, April 14). *Generation Alpha | Years, characteristics, & Facts*. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/topic/Generation-Alpha>
28. Briggs, J. P., & Shurtleff, D. (2017). Acupuncture and the complex connections between the mind and the body. *JAMA*, 317(24), 2489.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.7214>
29. Pertwee, R. (Ed.). (2014). *Handbook of Cannabis*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199662685.001.0001>
30. 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>
31. 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>

32. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-medication. (2000).
33. Frankl, V. E. (1946). *Man's search for meaning*.  
[http://lifemanagement4filipinos.weebly.com/uploads/1/2/0/6/12062185/mans\\_search\\_for\\_meaning\\_-\\_viktor\\_e.\\_frankl\\_1.pdf](http://lifemanagement4filipinos.weebly.com/uploads/1/2/0/6/12062185/mans_search_for_meaning_-_viktor_e._frankl_1.pdf)
34. Freud, S. (1959). An autobiographical study ; Inhibitions, symptoms and anxiety ; The question of lay analysis, and other works. In *Hogarth Press : Institute of Psycho-Analysis eBooks*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA56323722>
35. Freud and beyond: a history of modern psychoanalytic thought. (1996). *Choice/Choice Reviews*, 33(07), 33–4221. <https://doi.org/10.5860/choice.33-4221>
36. Hepburn, R. W., Heidegger, M., Macquarrie, J., & Robinson, E. (1927). *Being and time*. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BB05721088>
37. Sartre, J. P. (1943). *Being and nothingness*.  
<https://dx.doi.org/10.4324/9780203827123>
- 38.
39. 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](https://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/medical-use-of-cannabis-and-cannabinoids-questions-and-answers-for-policymaking_en)
40. 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>
41. *Druhy zdravotní péče*. (2012, October 30). Ministerstvo Zdravotnictví.  
<https://mzd.gov.cz/druhy-zdravotni-pece/>
42. Briggs, J. P., & Shurtleff, D. (2017). Acupuncture and the complex connections between the mind and the body. *JAMA*, 317(24), 2489.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.7214>
43. West, H. (2019, September 30). *What are essential oils, and do they work?* Healthline. <https://www.healthline.com/nutrition/what-are-essential-oils#what-they-are>
44. Čehovský, J. [vidalter]. (2022, May 4). *Myslíte, že jsou vleké potíže těla a myslí nevyléčitelné? Homeopatie – jemná zdravotní sebeobrana* [Video]. Youtube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=2tLLXcOULQ0&t=60s>
45. *Léčba bylinami – fytoterapie a kdo ji může používat?* (2021, July 8). Herbavis.  
<https://www.herbavis.cz/blog/lecba-bylinami-fytoterapie-a-kdo-ji-muze-pouzivat>
46. Dosedělová, A. (2021, May 1). *Jak psát kazuistiku*. Uzdravím.cz - Magazín O Zdraví, Medicíně a Farmacii. <https://www.uzdravim.cz/jak-psat-kazuistiku.html>
47. Chrastina, J. (2021). Jak (správně) zpracovat a publikovat kazuistiku z klinické praxe? *Praktický Lékař*, 3, 135.
48. Vágnerová, M., & Lisá, L. (2021). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Charles University in Prague, Karolinum Press.

## **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](http://www.adiktologie.cz) / [www.lfl.cuni.cz](http://www.lfl.cuni.cz) / [www.vfn.cz](http://www.vfn.cz)



Klinika adiktologie