

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**KONTROLOVANÉ UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH DROG V DOSPĚLOSTI
(CONTROLLED CANNABIS USE IN ADULTHOOD)**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Bedřiška Simetová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Studijní program: Psychologie – navazující – prezenční

Studijní obor: Psychologie – 7701T005

Olomouc

2017

Prohlášení:

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Kontrolované užívání konopných drog v dospělosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 20. června 2017

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za odborné rady a vstřícný přístup. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi projevili důvěru a věnovali svůj čas. V neposlední řadě patří mé díky rodině a mým blízkým, kteří mě podporují a povzbuzují.

Obsah

Úvod	5
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Konopí a konopné drogy	6
1.1 Charakteristika, původ a rozšíření konopí.....	6
1.2 Psychoaktivní látky v konopí.....	7
1.3 Konopné drogy.....	9
1.4 Vzorce užívání	10
1.5 Aplikace konopných drog a prostředky používané k aplikaci (parafernálie)	11
1.6 Akutní intoxikace	13
1.7 Rizika spojená s užíváním konopných drog	15
1.7.1 Vliv užívání konopných drog na psychická onemocnění.....	15
1.7.2 Vliv užívání konopných drog na kognitivní funkce.....	17
1.7.3 Vliv užívání konopných drog na somatická onemocnění	18
1.7.4 Vliv užívání konopných drog na schopnost řídit motorová vozidla	20
1.7.5 Amotivační syndrom.....	21
1.7.6 Marihuana jako „přechodová“ droga	22
1.8 Prevalence užívání konopných drog v České republice.....	24
1.8.1 Prevalence pravidelných a rizikových uživatelů konopných drog	26
1.8.2 Uživatelé konopných drog jako žadatelé o léčbu	28
2 Syndrom závislosti.....	31
2.1 Definice	31
2.2 Konopné drogy a závislost	32
2.3 Příčiny vzniku závislosti.....	35
2.4 Fáze rozvoje závislosti	38
2.5 Sociální důsledky závislosti.....	38
2.6 Abstinční syndrom (syndrom odnětí)	39
2.7 Toxická psychóza (psychotická porucha F1x.5).....	39
3 Uživatelé konopných drog.....	41
3.1 Typologie uživatelů.....	41
3.2 Motivace k užívání	42

3.3	Vybrané osobnostní charakteristiky	43
3.4	Sexualita uživatelů konopných drog	45
3.5	Postoj české společnosti k užívání konopných drog a obraz uživatelů v médiích	45
4	Kontrolované užívání drog	47
4.1	Definice	47
4.2	Výzkumy a vybrané teorie kontrolovaného užívání drog	48
4.3	Kontrolované užívání konopných drog	50
4.4	Typologie kontrolovaných uživatelů	51
4.5	Kontrolované užívání jako jeden ze způsobů užívání návykových látek	53
4.6	Aplikace poznatků do praxe	56
II.	EMPIRICKÁ ČÁST	58
5	Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky	58
6	Popis metodologického rámce a metod	59
6.1	Typ výzkumu	60
6.2	Metody získávání (tvorby) dat	60
6.2.1	Polostrukturovaný rozhovor	60
6.2.2	Doplňkové zdroje dat	62
6.3	Organizace a průběh sběru dat	63
6.4	Metody zpracování a analýzy dat	65
6.4.1	Metoda zakotvené teorie	65
6.5	Etické problémy a způsob jejich řešení	67
7	Základní soubor	69
7.1.1	Prevalence užívání konopných drog v Jihočeském kraji	70
7.2	Výběr respondentů	72
7.3	Charakteristika výzkumného (výběrového) souboru	74
7.4	Představení respondentů	79
8	Výsledky	83
8.1	Existence kontrolovaného užívání konopných drog	83
8.2	Popis kontrolovaného užívání konopných drog	86
8.2.1	První zkušenost	86
8.2.2	Motivy užívání	87
8.2.3	Vzorce užívání	89
8.2.4	Období nadměrného užívání	93

8.2.5	Období abstinence	93
8.2.6	Negativní aspekty užívání	94
8.2.7	Vývoj užívání.....	95
8.2.8	Kombinace konopných drog a alkoholem a tabákem	96
8.3	Dosahování kontroly při užívání konopných drog.....	98
8.3.1	Charakteristiky uživatele	98
8.3.2	Pravidla užívání	99
8.3.3	Ilegalita	100
8.3.4	Dostupnost	101
8.3.5	Kontrolovatelnost alkoholu, tabáku a konopných drog	101
8.3.6	Zkušenosti s jinými nelegálními drogami	102
9	Diskuse	106
10	Závěry	110
	Souhrn.....	112
	Seznam použitých zdrojů a literatury	114
	Abstrakt	
	Seznam příloh	

Úvod

Důvodem volby tohoto tématu je fakt, že ačkoliv je v České republice marihuana nejčastěji užívanou nelegální návykovou látkou, většina výzkumů se zabývá negativními aspekty užívání a problémovým užíváním. V posledních desetiletích se pozornost zahraničních výzkumníků obrací k myšlence, že vedle problémových uživatelů návykových látek existuje skupina těch, kteří nemají v důsledku užívání žádné závažné psychické, somatické, sociální ani jiné problémy. Užívání udržují v mezích neproblémového prostřednictvím různých pravidel a dalších prvků kontroly. V tomto kontextu se hovoří o tzv. kontrolovaném užívání. Cílem práce je proto komplexně popsat fenomén kontrolovaného užívání konopných drog u dospělých uživatelů. Závěry mohou být využity v rámci primární a sekundární prevence, konkrétně v přístupu harm reduction.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Konopí a konopné drogy

1.1 Charakteristika, původ a rozšíření konopí

Na základě poznámek o konopí zmíněných v nejstarší dochované čínské písemné památce „Knize písní“ lze usuzovat, že znalost konopí sahá hluboko do předliterárního období. „Kniha písní“ pocházející z 9. - 6. století před naším letopočtem se totiž odvolává na prameny až o 2 000 let starší (Rätsch, 1994). Na pozůstatcích keramiky objevených ve 12 000 let staré neolitické oblasti (dnešním Tchaj-wanu) byly nalezeny stopy konopného provázku, kterým byl povrch keramiky zdoben (Robinson, 1997). Dle odhadů R. Schultese (in Miovský, 2003) proběhly první pokusy o pěstování konopí v době kolem 10 000 let před naším letopočtem.

Číňané byli pravděpodobně první, kdo začal využívat konopné vlákno, ale další možnosti využití této rostliny jsou hojně popisovány v indických literárních památkách. Bhang (hinský název pro marihuanu) se v Indii kouřil nejen v kontextu náboženských rituálů, ale také například k uklidnění nervů před bitvou nebo k léčení různých nemocí. V ajurvédském systému léčili konopím indiští lékaři mnoho chorob včetně například průjmu, epilepsie, zácpy, anorexie, cukrovky, nachlazení, malárie, tuberkulózy, kožních problémů či nespavosti (Robinson, 1997). Z výše zmíněného je zřejmé, že konopí je již po mnoho let lidmi různě využíváno - semena slouží jako výživa a obsahují mnohostranně využitelný olej, samičí květy produkují omamnou pryskyřici, která se používá jako lék, z listů se získávají nápoje, z vláken stonků se vyrábí pevné provazy, papíry či oblečení a kořeny jsou lékařsky zpracovatelné (Rätsch, 1994; Grinspoon, & Bakalar, 1996).

Do Evropy přinesli konopí Skytové asi 2 800 let před naším letopočtem (Dupal, 2004). Prvním, kdo se na evropském území snažil o jeho popis, byl řecký filozof a historik Herodotos z Halikarnasu. Právě on dal této psychoaktivní látce název „kanabis“. Termín je odvozen od slova „konabos“, jímž označovali marihuanu staří Řekové, kteří znali účinky této rostliny. „Ho konabos“ znamená v překladu ruch, kravál či hluk (Doležal, 1997).

Z hlediska farmakobotaniky je konopí dvoudomá (Magnoliopsida) jednoletá rostlina z linie krytosemenných rostlin (Angiospermophyta), která se vyznačuje velmi dobrou schopností adaptace na rozmanité podmínky. Patří do čeledi konopovitých (Cannabaceae)

spolu s chmelem otáčivým, který též obsahuje psychoaktivní složky (Jahodář, 2011). K základní orientaci slouží následující rozdělení a stručný popis jednotlivých druhů:

- Konopí seté (*Cannabis sativa*) - nejrozšířenější druh, který zahrnuje dva poddruhy: konopí plané a konopí kulturní, byl odborně popsán v roce 1737 v Himalájích v Indii. Autorem tohoto popisu je Carl Linné. Jde o pěstovanou rostlinu, vzpřímenou, větvenou, mající dutou hranatou a dřevnatějící lodyhu (Jahodář, 2011).
- Konopí indické (*Cannabis indica*) - jeho popis se objevuje v textech od roku 1783 zásluhou Lamarcka. V některých oblastech se pěstuje pro výrobu hašiše.
- Konopí rumištní (*Cannabis ruderalis*) - objevil v roce 1924 botanik Janischewsky na jihovýchodě Ruska. Vyrůstem jde o nejmenší druh (Gabrielová, & Ruman, 2008).

I když původním domovem konopí je Asie, rychle se postupně šířilo do dalších oblastí, vzhledem k tomu, že jeho pěstování není náročné a daří se mu téměř ve všech typech klimatu.

1.2 Psychoaktivní látky v konopí

Konopí je využíváno buď na výrobu provazů a tkanin nebo pro psychoaktivní látky, které obsahuje. Tyto látky byly identifikovány až v roce 1964 (Miovský, 2003). „*Rostlina vylučuje pryskyřici bohatou na psychoaktivní terpenické látky, které dostaly podle ní název kanabinoidy*“ píše jednoduše a jasně Linhart (2012, 318). Kanabinoidy jako jediné z psychoaktivních látek produkovaných rostlinami nepatří k alkaloidům (Dupal, 2004). Psychoaktivní látky jsou ty látky, které mají potenciál měnit psychický stav jedince, obvykle subjektivně žádoucím způsobem (Vágnerová, 2004). Jelikož technické konopí produkuje málo kanabinoidů, pěstují se pod umělým osvětlením odrůdy vyšlechtěné tak, aby obsahovaly co nejvíce pryskyřice s účinnými látkami.

Hlavní aktivní psychotropní látkou je THC (Δ^9 -tetrahydrocannabinol), což je velmi lipofilní látka snadno pronikající skrz hematoencefalickou bariéru (bariéra mezi krví a mozkem, která chrání mozek proti vniknutí škodlivých látek z oběhového systému). V organismu se váže na kanabinoidní receptory v centrální i periferní nervové soustavě. Na tyto receptory normálně působí neurotransmitter anandamid, který se uvolňuje v mozku

a chemicky se podobá THC. Název anandamid je odvozen ze sanskrtského slova označujícího blaženost (Iversen, 2006).

Vazba THC na endogenní kanabinoidy zprostředkovává typický účinek v podobě euforie a uvolnění (Linhart, 2012; Minařík, 2008). Ve vyšších dávkách (hlavně po užití hašiše) mohou být psychotropní účinky jiné - objevuje se dezorientace, zmatenost, zrakové a sluchové halucinace a rizikem jsou také panické záchvaty. Co se týká fyzických projevů, zvyšuje se tepová a dechová frekvence (Linhart, 2012). Samotný THC v čisté formě vyvolává úzkost až paniku, cannabidiol (CBD), který je další komponentou konopí, však účinek THC vyvažuje a proto kouření konopí zpravidla úzkostné stavy nevyvolává. CBD sám působí anxiolyticky, podobně jako benzodiazepiny (Onaivi et al., 1990 in Linhart, 2012). Z toho vyplývá, že pokud marihuana obsahuje méně THC a více CBD, navodí zpravidla útlum a pocity slabosti až otupělosti co se týká tělesné i psychické stránky (Dupal, 2004). 11-hydroxy- Δ^9 -THC, metabolit vznikající při oxidaci sloučeniny THC, je psychoaktivně účinnější než samotné THC. Postupně se metabolizuje na příslušnou karboxylovou kyselinu a oxidací Δ^8 -THC, analogicky minoritního isomeru k THC, vzniká biotransformací 11-hydroxy- Δ^8 -THC s většími kanabinoidními a analgetickými účinky než mají oba isomery THC (Linhart, 2012). Produktem oxidace THC je také cannabinol (CBN). Může vzniknout například při nevhodném skladování marihuany nebo během výroby hašiše. I když CBN obsahuje maximálně 10 % psychoaktivity THC, může vyvolat závratě a stav vnitřní rozpolcenosti (Dupal, 2004).

Kanabinoidy mají určitý terapeutický potenciál, který je však poměrně kontroverzním tématem - zatímco jedni spatřují v konopných drogách všelék, druzí k nim zaujímají negativní a odsuzující postoj. Ještě před asi 50 lety se zdálo, že možnosti konopí budou zcela ignorovány z ideologických a politických důvodů. Posledních 20 let však dochází k výrazné změně přístupu ke konopí, a jeho psychotropní účinky jsou stále častěji zkoumány a následně využívány (Zábranský, & Hanuš, 2008). Dle nejnovějších poznatků National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017) lze terapeutický efekt kanabinoidů rozdělit podle jeho prokazatelnosti na značný (léčba chronické bolesti u dospělých, antiemetický prostředek - odstraňuje zvracení při chemoterapii, zlepšení spastických symptomů u roztroušené sklerózy), mírný (zlepšení spánku u pacientů s roztroušenou sklerózou, chronickou bolestí, syndromem spánkové apnoe a fibromyalgií - jeden z projevů mimokloubního revmatismu) a omezený (zvýšení chuti k jídlu a snížení

ubývání na váze u pacientů s HIV/AIDS, zlepšení symptomů Tourettova syndromu, posttraumatické stresové poruchy a úzkosti).

1.3 Konopné drogy

Hlavními formami konopných drog jsou marihuana, hašiš a hašišový olej (Minařík, 2008). Další termíny uvedené v této kapitole nejsou jednotlivými autory používány shodně, proto bude uvedeno jen stručné odlišení konkrétních pojmů.

Pojem *marihuana* (*ganja*) se používá pro označení sušeného květenství a horních lístků ze samičí rostliny konopí. Co se týká obsahu psychoaktivních látek (potence), liší se podle toho, zda jde o domácí (2-8 %) či zahraniční (6-14 %) produkci. Některé vyšlechtěné odrůdy mohou mít i přes 20 % účinných látek (Miovský, 2003). Konopí s vysokou potencí může zejména u nezkušených uživatelů zapříčinit negativní prožitek akutní intoxikace. Další rizika jsou diskutabilní, jelikož neexistují jednoznačné výsledky výzkumů, které se touto oblastí zabývají. Vyšší koncentrace THC však může být v některých ohledech příznivá - pokud uživatel nekouří marihuanu ve směsi s tabákem, snižuje se pravděpodobnost problémů s dýchacími cestami a nižší je i míra výskytu poškození cévních cest. Důvodem je menší objem karcinogenních látek vznikajících při hoření, které se inhalací dostávají do organismu (Zábranský, 2008a). *Bhang* (*kif*, *habak*) označuje směs získanou z odřezaných vrcholků nebo listů a někdy mívá nízký obsah psychoaktivních látek. Někdy však bývají pojmy používané jako synonyma k pojmu marihuana (Dupal, 2004).

Ze zaschlé pryskyřice se vyrábí *hašiš* (*čaras*), nejúčinnější a zároveň nejtoxičtější přípravek z konopí. Z etymologického hlediska je „hašiš“ arabský výraz pro trávu (Linhart, 2012). Hašiš má barvu podle toho, odkud pochází, od tmavě zelené přes tmavě hnědou až světle hnědou. Může obsahovat až 40 % aktivních látek, od čehož se odvíjí i jiná dynamika účinku než je u marihuany (Stafford, 1997). Zatímco marihuana je spíše „snivá“, hašiš má aktivizující účinky (Dupal, 2004). Je možné, že hašiš se začal konzumovat v Persii již v 6. století. Svého evropského kulturního vrcholu dosáhl v 19. století, kdy francouzští spisovatelé založili klub „Le club des Hashishins“, mezi jehož členy patřili například Ch. Baudelaire, Honoré de Balzac či T. Gautier. Ti se netajili tím, že hašiš užívají, aby zlepšili své umělecké výkony. Z jejich záznamů o zkušenostech z intoxikace hašišem lze

usuzovat, že oceňovali především zvýšenou citlivost zraku a sluchu a pocity dobré nálady a klidu. Oproti tomuto pozitivnímu pojetí vlivu hašiše na lidskou psychiku stojí názor francouzského psychiatra Morea, který na základě experimentů došel k závěru, že hašiš obsahuje látku vyvolávající stav podobný psychóze. Ve své knize „O hašiši a choromyslnosti“ rozděluje stavy po užití hašiše do následujících osmi kategorií: euforie, zjitřené emoce, ztráta soustředění, ztráta pojmu o čase s prostorem, zostření sluchu, iluze, impulzivnost a halucinace (Mann, 1996). V Americe se rekreační užívání marihuany objevilo kolem roku 1910 v New Orleansu a dalších pohraničních městech díky mexickým dělníkům (ve střední části Jižní Ameriky a karibských oblastech byla marihuana konzumovaná o půl století dříve). Zájem o konopí rychle rostl hlavně z důvodu zákazu prodeje alkoholu (Stafford, 1997).

Pokud je provedena extrakce hašiše, vzniká **konopný (hašišový, medový) olej**, který se začal objevovat od počátku 70. let (Stafford, 1997). Obsah THC je velmi variabilní, Gabrhelík, Zábranský a Miovský (2008b) uvádí rozmezí od 15 % do 50 %. Dupal (2004) rozlišuje konopný (hašišový) a medový olej. Konopný olej je hustá kapalina získaná extrakcí vrcholů samičích rostlin, kdežto medový olej je tekutina vzhledem a konzistencí připomínající med, která se vyrábí reextrakcí a velmi pečlivým přečištěním konopného oleje. V České republice jde o vzácný a dražší produkt.

Mezi méně obvyklé formy konopných drog lze zařadit konopné mléko, himku (tabák namořený hašišem), shit (kouření usazenin seškrábaných z dýmek, fajfek či jiných používaných pomůcek) a syntetické a farmaceutické konopné drogy, které jsou vyvíjeny za účelem zkoumání mechanismu účinku psychoaktivních látek na centrální nervovou soustavu (Gabrhelík et al., 2008b).

1.4 Vzorce užívání

Termín vzorce užívání je používán pro souhrnné označení nejen technické stránky aplikace psychoaktivní látky, ale také psychologického, sociálního a rituálního aspektu, který se k užívání váže. Právě u konopných drog jsou vzorce užívání spolu se zkušenostmi a očekáváním uživatele tím zásadním, co ovlivňuje průběh a podobu intoxikace (Gabrhelík, Miovský, Zábranský, & Kubů, 2008a). V Asii a na Blízkém východě bylo konopí užíváno pro psychoaktivní účinky už před několika tisíci lety, v západních zemích

se rekreační užívání rozšířilo až v 60. a 70. letech 20. století (Iversen, 2006). Dodnes se liší také přístup k droze a její konzumaci. Ve východních zemích je kouření marihuany spojeno se spiritualitou nebo konkrétním náboženstvím a má jasně daná pravidla a postupy. Naproti tomu v České republice je kouření marihuany ritualizováno minimálně (Doležal, 1997).

1.5 Aplikace konopných drog a prostředky používané k aplikaci (parafernálie)

Nejrozšířenějším a zároveň nejnebezpečnějším způsobem aplikace marihuany a hašiše je kouření (inhalační aplikace). Účinky nastupují téměř bezprostředně, v řádu sekund až minut (Minařík, 2008). Doležal (1997) tvrdí, že zdravotní komplikace nejsou způsobené marihuanou, ale právě kouřením. Podobný názor vyjadřuje také Iversen (2006, 101), který píše, že *„patrně nejvýznamnější zdravotní riziko spočívá v tom, že se konopné drogy obvykle kouří“*.

Joint vynalezli pravděpodobně mexičtí Indiáni (Stafford, 1997). Nejčastěji se balí z jednoho dlouhého cigaretového papírku, zřídka ze dvou krátkých papírků, slepených do tvaru šibenice. Téměř vždy se přidává „filtr“, který slouží spíše ke zchlazení kouře, než k jeho filtraci. Jde o kousek tvrdšího papíru stočeného do asi centimetrové ruličky (Doležal, 1997). Tyto ručně balené cigarety většinou neobsahují jen marihuanu, ale také tabák obsahující nikotin jako jedinou návykovou látku ze čtyř až pěti tisíc složek tabáku. Proto bude nyní stručně pojednáno o nikotinu.

Aktivní látka tabáku získala své jméno po Jeanu Nicotovi, který v 16. století přispěl k popularizaci kouření tabáku. Propagoval využití kouře proti bolestem hlavy (Mann, 1996). Do Evropy byl tabák přivezen na lodích Kryštofa Kolumba v roce 1492 a dnes je rozšířen prakticky po celém světě - jeho spotřeba každoročně roste především v rozvojových zemích. Ve vyspělých státech je trend užívání nikotinu stagnující až klesající (Králíková, 2003). V České republice je výskyt kuřáků dlouhodobě stabilní, dle údajů z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 kouří 31,4 % obyvatel ve věku nad 15 let (37,4 % mužů a 25,8 % žen), denně kouří 23,5 % (28,2 % mužů a 19,0 % žen). Více než polovina (56 %) z nich se v minulosti pokoušela s kouřením přestat (Mravčík et al., 2016). Kouření má negativní vliv na zdraví jedince; ze

70 000 výzkumných prací realizovaných po roce 1950 vyplývá, že kouření má podíl na 24 nemocích, které mohou být zařazeny do třech obecnějších kategorií - kardiovaskulární onemocnění (podíl asi 20-25 %), nádory (30 %) a plicní onemocnění chronického charakteru (75 %). Infarkt myokardu je pak nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření. Na somatická rizika bývá často zapomínáno z důvodu minimálních psychologických a sociálních rizik (Králíková, 2003). Co se týká účinků nikotinu, lze pozorovat zvýšení bdělosti, soustředěnosti a paměti, potlačení agresivity a podrážděnosti a snížení chuti na jídlo (brání zvyšování hmotnosti). Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky jsou řazeny poruchy pozornosti a spánku, neklid, poruchy potence u mužů, poruchy trávicího traktu a chronické záněty dýchacích cest. Hrozí vznik psychické i fyzické závislosti (Minařík, 2008). Abstinenční (odvykací) syndrom se rozvíjí v řádu několika hodin po poslední dávce nikotinu a je pro něj charakteristická velmi silná chuť na cigaretu (craving), nervozita, podrážděnost, roztěkanost, únava, poruchy spánku, výkyvy nálad a smutek až deprese (Králíková, 2003; Minařík, 2008).

Pokud chce uživatel konzumovat jen čistou marihuanu bez příměsí, nabízí se možnost použití dýmky, „šlukovky“ (skleněnky), fajfky nebo bongu (Gabrhelík et al., 2008a). **Dýmky** se v České republice masově nepoužívají, na Moravě jsou však oblíbené „šlučky“, tedy dýmky určené na konzumaci jednoho „šluka“ (Doležal, 1997). **Chillum** (čilam) je na rozdíl od „šlukovek“ uzpůsobený pro větší množství materiálu. Jde o speciální dřevěnou nebo hliněnou pomůcku ke kouření konopí, která má kuželovitý tvar a je dlouhá asi 15 cm. Při kouření jí uživatel drží ve svislé poloze, aby materiál nevypadl. Původně byl chillum používán v Indii ke spirituálním účelům. Co se týká **vodních dýmek**, studená voda ani kostky ledu nezvýší poměr THC a nezabrání vdechnutí dehtu a kysličníku uhelnatého. **Bong** se od vodní dýmky liší především tím, že se zapaluje přímo materiál (marihuana) a ne uhlíky jako ve vodní dýmce. **Vaporizér** poskytuje nejbezpečnější způsob užití konopné drogy. Kanabinoidy jsou vylučovány z rostliny teplem, avšak nedojde k hoření, které produkuje škodlivé benzenové, toluenové a naftalenové výpary (Gabrhelík et al., 2008a).

Hašiš bývá konzumován především dvěma způsoby. „**Soft drink**“ se připraví zapáchnutím špendlíku, na jehož konci je umístěn a zapálen hašiš, do tvrdého papíru, který se položí na prázdnou sklenici. Když je sklenice plná kouře, papírové „víko“ se lehce nadzvedne a uživatel natáhne kouř do plic. „**Hot knives**“ spočívá v nahřátí dvou nožů

a položení hašiše na jeden z nich. Následně se k němu přiloží druhý nůž a v tom momentě se vyvalí kouř, který je nutné rychle vdechnout (Gabrhelík et al., 2008a).

Konopný (hašišový) olej se nejčastěji kouří ve **skleněné dýmce** nebo se kape na cigaretový papírek a pak se z něj udělá joint (Minařík, 2006; Stafford, 1997). Dupal (2004) uvádí ještě další způsob aplikace, při kterém se dávka oleje kápne na alobal a ten se plamenem zahřívá. Výpary, které se při ohřívání uvolňují, jsou inhalovány pomocí nálevky nebo trubičky.

Pokud je droga užita perorálně, nástup a průběh účinku je pomalejší. První účinky se dostaví asi po třiceti minutách. Velmi pozvolný nástup může být jednou z příčin předávkování zejména u nezkušených jedinců (Minařík, 2008). Vzhledem k tomu, že účinné látky konopí jsou lipofilní, šíří se do tukové tkáně a z ní se pozvolna uvolňují zpět do oběhového systému. Důsledkem může být účinek přetrvávající několik hodin až dnů (Linhart, 2012).

Mezi další způsoby užívání patří sublinguální a rektální aplikace. Jde o formy aplikace, které jsou vhodné při podávání THC jako léčiva (Krménčík, 2008). Méně častou alternativou bezpečnější aplikace je transdermální aplikace přes neporušenou pokožku. Psychoaktivní látky se však do kůže vstřebávají pomalu a v malé míře. Zcela ojediněle se vyskytuje injekční aplikace konopných drog, která je možná v případě extrahovaného nebo synteticky vyrobeného THC (Gabrhelík, Kubů, Miovský, & Zábranský, 2008c).

1.6 Akutní intoxikace

Velmi stručná definice akutní intoxikace vycházející z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2000, 85) říká, že jde o „*přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí.*“ Dle MKN-10 (1996) patří mezi znaky intoxikace konopnými drogami následující: dezinhibice chování a euforie, úzkost nebo agitovanost, podezíravost nebo paranoidní představy, pocit zpomalení času, zhoršená pozornost, prodloužený reakční čas, sluchové, zrakové nebo hmatové iluze, halucinace se zachovanou orientací, depersonalizace, derealizace, narušení osobních činností, zvýšená chuť k jídlu, sucho v ústech, zarudlé spojivky (hyperemie) a tachykardie. Specifickým rysem akutní intoxikace konopnými drogami je značná

variabilita prožitků, která se objevuje nejen u různých uživatelů, ale i u každého jednotlivce v průběhu intoxikace (Dupal, 2004). Jde tedy o změněný stav vědomí (marihuanový rauš, high), který se dá lépe vystihnout popisem okolností, jež ho provázely, než přímo charakteristikou subjektivního prožitku intoxikace. Toto opojení trvá dvě až čtyři hodiny, pokud se marihuana kouří a pět až dvanáct hodin, dojde-li k aplikaci per os (Grinspoon, & Bakalar, 1996). Mezi faktory, které nejvíce ovlivňují průběh a podobu marihuanového rauše patří dle Vacka (2004) následující: množství, druh a způsob konzumace drogy; případná kombinace s jinými psychoaktivními látkami; nálada uživatele, prostředí a sociální setting, ve kterém jedinec zažívá intoxikovaný stav. Nepřímo navíc působí genetické a kulturní vlivy. Miovský (2003) používá pojem setting pro označení celkového „nastavení“ jedince - jeho očekávání, prostředí, ve kterém se nachází, případnou únavu, individuálně odlišnou citlivost a další faktory, které mohou výrazně změnit stav intoxikace. Konopí *„má tendenci zesilovat kvality v uživateli již přítomné. Těm, kteří cítí, že uvízli v kolejších prázdných konvencí a touží po volnosti, konopí pomůže vyplnit niterné přání. Pukliny, jimiž k myslím některých lidí proniká pravé světlo, se pod vlivem konopí rozšíří“* (Robinson, 1997, 130-132).

Účinek konopí nastupuje poměrně nenápadně, což může být zrádné zejména u začínajících uživatelů (zvýší dávku, aby dosáhli kýženého stavu). Právě zmíněná variabilita a nenápadný nástup účinků jsou příčinami podceňování vážnosti intoxikace kanabinoidy. Nejvýraznějším účinkem kouření marihuany je významné zvýšení srdečního pulzu (až na devadesát úderů za minutu), které zmizí asi do hodiny a pro zdravého jedince by nemělo být rizikové (Robinson, 1997). Jak upozorňuje Dvořáček (2003a), míra ohrožení života je nižší než u jiných návykových látek, ale intoxikace může nabývat nepříjemných rozměrů. Robinson (1997) píše, že až třetina pravidelných uživatelů marihuany občas zažije halucinace, zmatenost nebo paranoidní a panické stavy. V závislosti na aplikované dávce jsou klinickým obrazem stimulační, sedativní nebo halucinogenní účinky THC. Dupal (2004, 30) poukazuje na specifickou povahu halucinací - liší se od halucinací psychicky nemocného jedince; jsou spíše *„dotvořením existujícího podnětu, obrazového, zvukového, jeho dozráním za působení obrazotvornosti“*. Hlavním prvkem intoxikace je zvýšená senzitivita vnímání, která se však po vyšších dávkách může proměnit až v depersonalizaci či derealizaci, halucinace a paranoidní myšlení. Grinspoon a Bakalar (1996) vyjadřují názor, že nebezpečí úzkostné nebo paranoidní reakce zvyšuje

ilegalita drogy. Jako intervence v takových situacích zpravidla postačí uklidnění prostředí, podpůrným rozhovorem a vyslechnutím intoxikovaného (Dvořáček, 2003a).

1.7 Rizika spojená s užíváním konopných drog

Následující text bude věnován rizikům, která mohou být spojena s užíváním konopných drog. Konkrétně budou zmíněny výsledky studií zabývajících se rizikem vzniku afektivních a psychotických stavů v důsledku užívání konopných drog a vlivem užívání na kognitivní funkce. Dále bude následovat vzhled do problematiky somatických komplikací spojených s užíváním konopných drog. Ke konci kapitoly bude poukázáno na vybraná psychosociální rizika, mezi která lze řadit i poněkud kontroverzní témata jako je schopnost řízení motorového vozidla při akutní intoxikaci THC, amotivační syndrom či teorie marihuany jako vstupní (přechodové) drogy.

1.7.1 Vliv užívání konopných drog na psychická onemocnění

Na základě epidemiologických šetření bývá užívání konopných drog nejčastěji dáváno do souvislosti s psychotickými poruchami, poruchami nálady, úzkostnými poruchami a poruchami osobnosti. Největší pozornost je již mnoho let věnována vztahu mezi užíváním konopných drog a **psychotickým onemocněním**. Jasný kauzální vztah je však obtížné dokázat, což je jedním z důvodů nejednoznačnosti výsledků studií (Miovský, & Miovská, 2008). Fišar (2008) shrnuje výsledky výzkumů a tvrdí, že užívání konopí zvyšuje riziko vzniku psychotických stavů. Z mnoha výzkumů vyplývá, že užívání konopných drog je jednou z příčin dřívějšího propuknutí poruch schizofrenního spektra. Norští výzkumníci došli k závěru, že u pacientů užívajících konopné drogy se projeví schizofrenie asi o tři roky dříve než u skupiny neuživatelů. Jediným statisticky významným faktorem, který měl vliv na časnější počátek poruchy, bylo užívání kanabinoidů. Pohlaví ani rodinná anamnéza neměly na výsledek vliv (Helle et al., 2016). Nejaktuálnější shrnutí výzkumů hodnotí vliv užívání kanabinoidů na rozvoj schizofrenie nebo jiné psychózy jako významný a upozorňuje, že v menší míře souvisí užívání konopných drog také s nárůstem pozitivních symptomů schizofrenie (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017). Všetická (2014) na základě analýzy údajů o 510 pacientech

s diagnostikovanou endogenní psychózou (F20-F29) došel k neočekávanému zjištění, že oproti běžné populaci mají tito pacienti častěji zkušenost s pervitinem, zatímco zkušenost s konopnými drogami je stejně nebo dokonce méně častá než v běžné populaci.

Co se týká **poruch nálady**, švýcarští badatelé analyzovali články publikované od roku 1978 do roku 2013 a shrnují, že u 30 % pacientů s bipolární poruchou je přítomna komorbidita s abúzem či závislostí na konopných drogách. Je pravděpodobnější, že pokud člověk užívá konopí, první manická epizoda se u něj vyskytne v mladším věku. Z některých studií vyplývá, že u uživatelů dochází k rychlejšímu střídání depresivních a manických fází (Strakowski, DelBello, Fleck et al., 2007; Bally, Zullino, & Aubry, 2014). Longitudinální studie zabývající se vlivem konzumace konopných drog na poruchy nálady došla k závěru, že spojitost mezi zvýšeným výskytem depresivní poruchy a užíváním konopí neexistuje. U uživatelů se však častěji objevovala bipolární afektivní porucha (Feingold, Weiser, Rehm, & Lev-Ran, 2015; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017). Současně je u osob s touto poruchou výrazně častější užívání konopných drog (Strakowski, DelBello, Fleck et al., 2007). Co se týká vztahu deprese a užívání konopných drog, výsledky výzkumů jsou nejednoznačné. Pravděpodobně jde o vztah, kde kauzální ovlivnění působí v obou směrech. Užívání může zvyšovat riziko deprese nebo naopak deprese může vést k užívání marihuany. Výsledky aktuální metaanalýzy poukazují na spojitost mezi užíváním kanabinoidů a mírným zvýšením rizika rozvoje depresivních poruch. Toto riziko však z hlediska shody mezi jednotlivými výzkumy není zásadní (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017).

Prospektivní studie provedená na reprezentativním vzorku zjistila, že užívání konopných drog není spojeno s častějším výskytem **úzkostných poruch** (Feingold, Weiser, Rehm, & Lev-Ran, 2016). Dle National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017) existuje omezeně prokázaná evidence o souvislosti mezi užíváním kanabinoidů a rozvojem úzkostných poruch. Závěr, že uživatelé konopných drog vykazují zvýšený výskyt suicidálních myšlenek, pokusů o sebevraždu i dokonaných sebevražd, je lépe empiricky podložený. Jiný longitudinální výzkum zveřejnil výsledky, které dokazují, že deprese a úzkosti jsou multifaktoriálně podmíněné. Pokud byly proměnnými jen věk a pohlaví, užívání konopí bylo spojeno s vyšším rizikem deprese a úzkosti. Když byly zohledněny další charakteristiky na straně respondentů, vztah užívání konopných drog a deprese či úzkosti nebyl statisticky signifikantní (Danielsson, Lundin, Agardh, Allebeck,

& Forsell, 2016). Švédská longitudinální populační studie dospěla na základě rozboru dotazníků vyplněných 19 327 osobami k závěru, že u žen, které užívají konopné drogy, je zvýšené riziko výskytu psychologického distresu (Danielsson, Lundin, Allebeck, & Agardh, 2016).

Některé psychické změny mohou přetrvávat, i když jedinec už drogu neužívá. Psychické reminiscence neboli flashbacky (spontánní návraty halucinací či iluzí) se mohou objevovat ještě dva roky po poslední aplikaci marihuany (Vágnerová, 2004). Jde však o poměrně vzácně se vyskytující jev (Grinspoon, & Bakalar, 1996).

1.7.2 Vliv užívání konopných drog na kognitivní funkce

I přesto, že je obtížné vystihnout jednoznačné důsledky užívání konopných drog, moderní zobrazovací metody poukazují na to, že dlouhodobým a intenzivním užíváním dochází ke slabému a selektivnímu narušení kognitivních funkcí. Toto narušení se projevuje sníženou schopností vybavit si nedávné události a následně podle nich plánovat další činnosti (Iversen, 2006). Není však stále jasné, zda jde o ireverzibilní změnu, nebo zda je v případě abstinence možný návrat k původní kvalitě kognitivních funkcí. Neobjasněná zůstává též otázka, do jaké míry kognitivní deficit narušuje fungování v každodenním životě (Miovská, Miovský, & Šulcová, 2008).

Většina autorů se shoduje v tom, že čím dříve začne jedinec s užíváním, tím větší je dopad na jeho kognitivní funkce. Pope et al. (2003) analyzoval dvě skupiny uživatelů, z nichž v jedné byli ti, kteří začali s užíváním marihuany před 17. rokem a v druhé uživatelé s pozdějším začátkem užívání a zjistil, že časnější zkušenost s konopím vede k chudšímu kognitivnímu projevu. Wilson et al. (2000) prostřednictvím magnetické rezonance zjistil, že uživatelé, kteří začali konopné drogy užívat před 17. rokem, mají menší mozek, menší podíl šedé kůry mozkové a větší podíl bílé kůry mozkové. Dle jiné studie má na zhoršení kognitivních funkcí vliv nejen věk, ale také frekvence užívání a množství konzumované látky (Gruber, Sagar, Dahlgren, Racine, & Lukas, 2012).

Miovská et al. (2008) shrnuje výsledky mnoha studií, které došly k závěru, že akutní intoxikace má jen minimální vliv na komplexní kognitivní výkon. Výzkum 122 dlouhodobých uživatelů ve věku od 21 do 37 let neprokázal statisticky významné zvýšení výskytu poruch paměti u uživatelů konopných drog oproti normě. Ve Wechslerově

paměťové škále byly identifikovány jako snížené k hranici statistické významnosti tři indexy - bezprostřední zrakový, oddálený zrakový a bezprostřední paměť. Není však zcela jasné, zda toto snížení souvisí jen s užíváním konopných drog (Miovský, Miovská, Šedá, & Řehan, 2004). Řada výzkumů se věnuje hodnocení výkonu po různě dlouhé době abstinence. Těžcí uživatelé marihuany vykazovali i po 25 dnech abstinence změny v mozkové aktivitě a deficity ve schopnosti rozhodovat se (Bolla, Eldreth, Matochik, & Cadet, 2005). Block a Ghoneim (1993) srovnávali kognitivní funkce uživatele před počátkem drogové kariéry a v průběhu jejího trvání. U těžkých uživatelů (7 a více užití za týden) pozorovali deficity v matematických schopnostech, verbálním vyjadřování a selektivní narušení procesu vybavování si z paměti. Ti, kteří užívali méně než 6x týdně, nevykazovali kromě snížené schopnosti abstrakce žádné další deficity. Ze zkoumání efektu marihuany na neurokognitivní funkce je prokazatelné zhoršení paměti, exekutivních funkcí, psychomotorického tempa a manuální zručnosti. Tyto deficity závisí na frekvenci a rozsahu užívání. U těžkých uživatelů přetrvávají změny i po 28 dnech abstinence (Bolla, Brown, Eldreth, Tate, & Cadet, 2002). Co se týká dlouhodobějšího účinku, studie přináší smíšené výsledky. Lze usuzovat, že deficity po měsíci abstinence jsou zcela reverzibilní. „*Samozřejmě, že čím déle jsou konopné drogy užívány, tím více mohou být kognitivní narušení zřetelnější. Tato narušení ovšem nemusí nutně být příliš výrazná a stále zůstává nejasné, jak důležitá jsou pro každodenní fungování*“ (Miovská et al., 2008, 393).

1.7.3 Vliv užívání konopných drog na somatická onemocnění

I když jsou konopné drogy užívány z důvodu působení na psychiku, psychoaktivní látky v nich obsažené neovlivňují jen nervový systém, ale také další orgánové systémy - kardiovaskulární, imunitní a reprodukční. Vzhledem k tomu, že nejčastějším způsobem aplikace konopných drog je kouření, dochází k poškození **respiračního systému**. Zdravotní rizika většinou souvisejí s dlouhodobým užíváním (Krměčik, 2008). Jasně dokázaným škodlivým důsledkem kouření marihuany je poškození plicního systému. Konkrétně dochází k zúžení dýchacích cest, vzniku zánětů a zmenšení dýchací kapacity (Grinspoon, & Bakalar, 1996). Epizody chronické bronchitidy se objevují u dlouhodobých uživatelů častěji (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017). Přímé ohrožení pro dýchací systém nepředstavuje THC, ale produkty vznikající při hoření. Kouř obsahuje velké množství dráždivých a rakovinotvorných látek. Při kouření

marihuany dochází až ke 4x většímu zanesení plic dehtem a hladina oxidu uhelnatého v krvi je až 5x vyšší než při kouření tabáku. Důvodem je především způsob aplikace (jointy často neobsahují filtry, dýmky nikdy), celkové množství vykouřené marihuany (pravidelní a náruživí uživatelé kouří i pět a více jointů za den) a způsob inhalace (snaha o vdechnutí maximálního objemu kouře a zadržení vdechnutého kouře v plicích). Odhaduje se, že z hlediska možnosti vzniku akutní či chronické bronchitidy, jsou tři až čtyři jointy za den rovny asi dvaceti cigaretám (Ashton, 1999).

Co se týká ovlivnění **imunitního systému**, kanabinoidy působí jako imunomodulátory, což jsou látky schopné měnit rozsah imunitní odpovědi. Vzhledem k tomu, že i přes rostoucí počet uživatelů marihuany nedošlo k žádné epidemii infekčních onemocnění, teorie tvrdící, že kouření konopí způsobuje poškození imunitního systému uživatelů, je empiricky nepodložená (Krměčık, 2008).

Riziko infarktu myokardu je u dlouhodobých uživatelů, kteří kouří marihuanu do věku 40 až 50 let, hodinu po aplikaci asi 5x vyšší (Krměčık, 2008). Celkově mohou být účinky THC ohrožující pro osoby trpící hypertenzí, ischemickou srdeční chorobou, cerebrovaskulárními potížemi a koronární aterosklerózou. U zdravých jedinců však nebyl popsán žádný případ selhání **kardiovaskulárního systému** v důsledku intoxikace konopnou drogou (Vyskočilová, & Praško, 2015).

U občasných konzumentů marihuany THC inhibuje vylučování luteinizačního hormonu, který ovlivňuje produkci testosteronu a má nepřímý vliv na **reprodukční systém** (Joy et al., 1999 in Krměčık, 2008). U chronických uživatelů se častěji vyskytuje nižší koncentrace spermatu (oligospermie). Tato změna je reverzibilní, což znamená, že po 5 až 6 týdnech od poslední dávky THC se opět koncentrace spermatu dostane do běžných hladin (Brown et al., 2002 in Krměčık, 2008). U žen závisí změna hormonů jako reakce na THC na stádiu menstruačního cyklu, ve kterém se uživatelka nachází. Z výsledků výzkumů je zřejmé, že konzumace konopných drog vede ke zkrácení menstruačního cyklu a většímu výskytu anovulačních cyklů. Co se týká užívání konopí v těhotenství, plod může být narušen podobným způsobem jako plod matek kouřících cigarety - zvýšení oxidu uhelnatého v krvi matky vede k nedostatku kyslíku v těle plodu (Ashton, 1999). Behaviorální a vývojové odlišnosti u dětí narozených kuřačkám marihuany nebyly prokázány. Pokud takové negativní účinky existují, jsou pravděpodobně menší než důsledky užívání alkoholu a tabáku během těhotenství (Hall et al., 2001 in Krměčık,

2008). Nejnovější poznatky poukazují na to, že děti matek, které v těhotenství užívaly konopné drogy, mají nižší porodní váhu. Méně častým jevem jsou v těhotenství obtíže na straně matky (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017). V případě, že žena užívá marihuanu během kojení, koncentrace THC je v mateřském mléce až 8,4x větší než v krevní plazmě matky (Kremenčík, 2008).

1.7.4 Vliv užívání konopných drog na schopnost řídit motorová vozidla

Názory odborníků se v této oblasti liší - jedni tvrdí, že marihuana ohrožuje bystrost a schopnost jedince udržet situaci pod kontrolou, druzí oponují tím, že marihuana snižuje tendenci riskovat a vede řidiče k pomalejší jízdě (Grinspoon, & Bakalar, 1996). Mnoho studií se snaží odhadnout, jak riskantní je řízení po užití marihuany. Výsledky nedávno realizované metaanalýzy však nepřinášejí jednoznačné závěry - některé studie tvrdí, že marihuana má minimální až žádný vliv na pravděpodobnost účasti na nehodě, jiné odhadují malé zvýšení rizika nehody při ovlivnění řidiče touto návykovou látkou (Compton, & Berning, 2015). Iversen (2006) zastává názor, že ve stavu akutní intoxikace by uživatelé neměli řídit motorová vozidla. Prokazatelně jasné je to, že marihuana má menší negativní vliv na řízení než alkohol. Jako nejnebezpečnější je hodnocena kombinace zmíněných drog (Bondallaz et al., 2016).

V závislosti na dávce drogy jsou ovlivněny některé kognitivní a psychomotorické funkce. Mezi konkrétní účinky, které působí na schopnost řídit, patří zkrácení reakčního času, bezstarostnost doprovázená snížením pozornosti a zhoršená schopnost udržet trajektorii. Tyto negativní dopady však mohou být kompenzovány snížením rychlosti (Vorlová, 2008). Z výsledků studií je zřejmé, že lidé pod vlivem THC jezdí pomaleji a jsou opatrnější než řidiči pod vlivem alkoholu (Bondallaz et al., 2016). Přesto mnohé analýzy poukazují na vyšší riziko nehody při intoxikaci THC. Konkrétní odhady se liší; Li, Bradya a Chen (2013 in Compton, & Berning, 2015) například uvádí 1,8x vyšší riziko nehody u řidičů, kteří před jízdou užili marihuanu.

Většina projevů narušení psychomotorických funkcí se vyskytuje hlavně v prvních dvou hodinách a vymizí do tří až šesti hodin po kouření marihuany či hašiše. U chronických uživatelů mohou mít vliv na schopnost řízení strukturální změny ve specifických oblastech mozku (Bondallaz et al., 2016).

Je těžké určit, co je skutečným důvodem rozdílných výsledků jednotlivých výzkumů, jelikož zkoumání problematiky skýtá mnohá metodologická úskalí. Rozbor krve je tou nejefektivnější cestou, jak detekovat nedávné užití konopné drogy, i přesto, že koncentrace THC v krvi přímo nekoreluje s mozgovými centry, které jsou zodpovědné za nepříznivé kognitivní a behaviorální efekty THC (Bondallaz et al., 2016).

1.7.5 Amotivační syndrom

S dlouhodobým působením marihuany na lidskou psychiku jsou spojeny psychické změny označované jako amotivační syndrom. Americký psychiatr Smith (1968) popsal tento jev jako ztrátu chuti pracovat či soutěžit a případně i pokles energie (sexuální). Větší pozornost pojem vzbudil v roce 1971 v souvislosti s článkem „Účinky marihuany na adolescenty a mladé dospělé jednotlivce“, publikovaným H. Kolanským a W. Moorem. Autoři psali o vzniku psychiatrických problémů, které u jedinců propukly po kouření marihuany. Uváděli, že lidé, kteří užívají marihuanu 3x týdně a častěji po dobu alespoň šestnácti měsíců jsou citově oploštělí, chybí jim ctizádostivost, mají problémy ve škole nebo zaměstnání (především v důsledku zhoršení krátkodobé paměti), nestarají se o svůj zevnějšek, jsou neteční, rychle unavitelní a lhostejní k podnětům (Kolansky, & Moore, 1972). Nevysvětlili však ani zmiňovanou „dekompenzaci ega“ v důsledku „toxického“ efektu konopí, ani neprokázali příčinnou souvislost mezi užitím marihuany a popisovanými obtížemi. Přesto neodborná zpráva vzbudila zájem a byla počátkem vědeckého zkoumání tohoto fenoménu (Robinson, 1997).

Stimmel (1992) charakterizuje amotivační syndrom jako zasněný stav s nechutí dělat cokoli produktivního. Dle Linharta (2012) se častí a dlouhodobí uživatelé konopných drog vyznačují pomalými pohyby, tváří bez výrazu, laxním chováním a působí, jakoby neměli energii. Autor na druhou stranu také upozorňuje, že ve srovnání s alkoholiky jsou tyto důsledky užívání menší a nenápadnější. Gabrhelík (2008, 365) používá termín apaticko-abulický syndrom, který definuje jako „*narůstající selhání až sociální exkluze, pokles sociální či pracovní výkonnosti se ztrátou motivace ke změně, malým a neproduktivním zájmem o vztahy a postupující celkovou jalovostí životních hodnot a plánů*“. V aktuálním shrnutí studií nehovoří autoři přímo o amotivačním syndromu, ale uvádí, že ojedinele může užívání kanabinooidů souviset s narušením studijních výsledků, sociálního fungování a závazků vůči sociálním rolím. S užíváním je také spojen nárůst

míry nezaměstnanosti nebo častější nižší příjem uživatelů konopných drog (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017).

Lorencová (2011) dospěla ve svém výzkumu ke zjištění, že více než čtvrtina uživatelů připisuje marihuaně ztrátu motivace, lenost a touhu po klidu. V tomto případě se však velmi silně objevuje problém, jak odlišit příčiny od příznaků. „*Někdy je to droga, která vyvolá tyto duševní stavy, a někdy ony jsou výsledkem osobnostních rysů, které vedou k zneužívání drog*“ (Grinspoon, & Bakalar, 1996, 138). Gabrhelík (2004) navíc upozorňuje na metodologická úskalí většiny realizovaných výzkumů a na základě kvalitativního zkoumání dlouhodobých uživatelů konopných drog dochází k závěru, že tzv. amotivovaní jedinci byli méně motivovaní i před začátkem intenzivního užívání.

Závěry jednotlivých studií jsou velmi nesourodé. Některé výzkumy existenci amotivačního syndromu potvrzují, jiné vyvracejí. Gabrhelík (2008) spatřuje řešení v realizaci antropologických studií, které zachycují odlišnost uživatelů v jejich přirozeném prostředí. Výsledky etnografických studií z Jamajky a Kostariky poukazují na to, že nejtěžší uživatelé dosahovali nejvyšších příjmů, měli nejnižší nezaměstnanost a práce byla jejich oblíbenou činností během intoxikace. Pro lepší prozkoumání amotivačního syndromu je vhodné rozlišovat vliv konopné drogy na výkon mentální a fyzický a nezaměňovat vliv akutní intoxikace a trvalejší dopad na motivaci.

1.7.6 Marihuana jako „přechodová“ droga

Ve společnosti se často objevuje názor, že marihuana slouží jako přechodová (iniciační) droga (gateway drug) k dalším nelegálním drogám (Nešpor, 2011). Jde o takzvanou hypotézu odrazového můstku (Grinspoon, & Bakalar, 1996). Doležal (1997, 72) se k tématu vyjadřuje následovně: „*...nejde o úplný nesmysl. Nejedná se ovšem o přechod zákonitý, nebo dokonce o přechod vyvolaný nějakým působením na fyziologii organismu. Jde o přechod vyvolaný sociálními tlaky a neinformovaností.*“ Nešpor (2011) zastává názor, že „průchozími drogami“ jsou i alkohol a tabák, nejen nejčastěji zmiňovaná marihuana. Je prokázáno, že nadužívání alkoholu, tabáku a marihuany je spojeno s vyšším rizikem užívání dalších drog, ale příčinná souvislost nebyla zatím jednoznačně potvrzena. Různé návykové látky se však mohou vzájemně posilovat. Stimmel (1992) upozorňuje na skutečnost, že často ti, kteří bezmyšlenkovitě a jednoznačně považují užívání marihuany za

příčinu následného užívání dalších nelegálních drog, nejsou ochotni připustit, že stejnou funkci zaujímá také tabák a alkohol. Netvrdí, že marihuana je neškodná, ale považuje za nemístné, aby byly proti užívání marihuany uplatňovány stejně přísné sankce jako proti užívání kokainu a heroinu.

Zábranský (2008b) podrobně rozebírá jednotlivé aspekty problematiky, které jsou zásadní pro zodpovězení otázky, zda je marihuana příčinou užívání dalších nelegálních látek. U uživatelů konopných drog bylo prokázáno poměrně vysoké relativní riziko, že přijdou do styku s jinou nelegální látkou. Konkrétně jde o asi 10x vyšší pravděpodobnost užití jiné nelegální drogy. Marihuana téměř vždy předchází nebezpečnějším drogám, marihuaně ovšem téměř vždy předchází užívání legálních drog. *„Zastánci teorie „vstupní drogy“ obvykle pomijejí fakt, že první psychotropní látkou pozdějších konzumentů nebezpečnějších ilegálních drog byl alkohol anebo tabák, a soustřeďují se pouze na marihuanu“* (Zábranský, 2008b, 380). Zřejmé je, že mezi frekvencí užívání konopných drog a pravděpodobností užívání vysoce nebezpečných látek je silná pozitivní korelace. Ani jeden z výše popsaných jevů však není dostatečným důkazem pro tvrzení o kauzalitě mezi užíváním marihuany a užíváním dalších nelegálních drog.

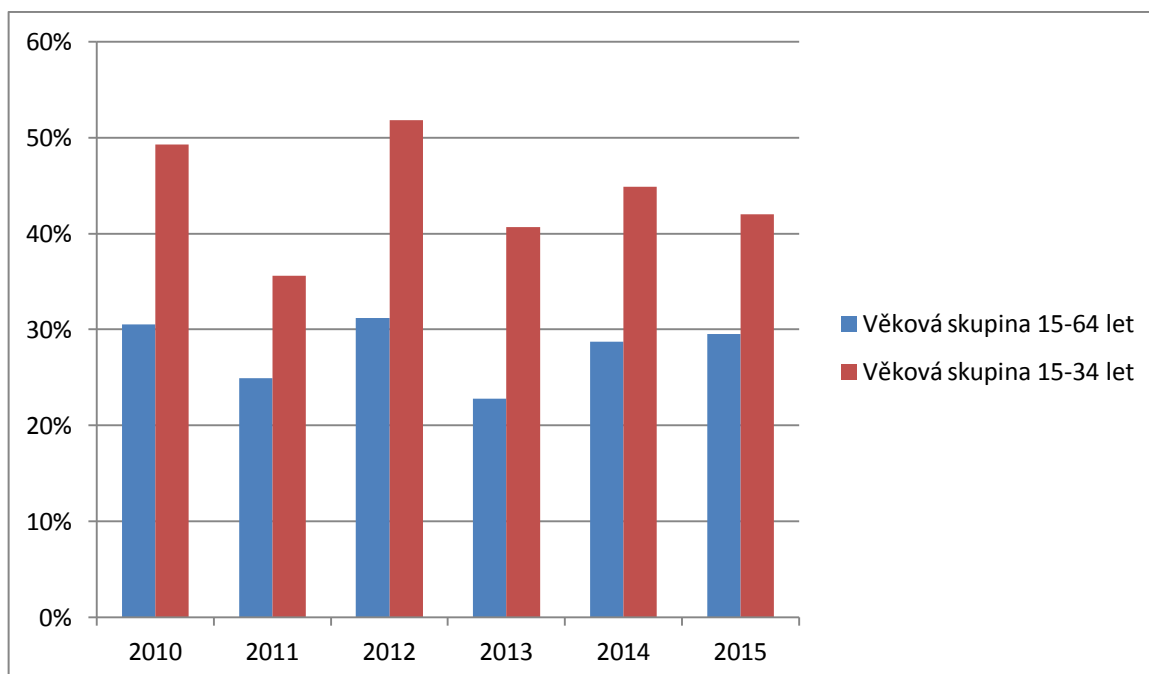
Závěrem lze shrnout, že současné výzkumy nepodporují teorii „vstupní drogy“. To, že marihuana je často užita dříve než jiné nelegální drogy, může být způsobeno prostým faktem, že je snadněji dostupná a více rozšířená. Je možné, že i kdyby konzumace marihuany byla nulová, uživatelů ostatních drog by nijak nebylo (Zábranský, 2008b).

1.8 Prevalence užívání konopných drog v České republice

Zneužívání konopných drog se v Československu objevilo ve 30. letech a to především v Praze. Rozšíření užívání souviselo s uvolněním atmosféry ve společnosti a s novými myšlenkovými směry, které se k nám dostávaly koncem 60. let. V důsledku represe spojené s normalizací bylo konopí dlouho užíváno v poměrně malých uzavřených skupinách. Do širší společnosti se dostalo až v polovině 80. let, kdy během stále větší krize socialistického Československa došlo k rozpadu kontrolních systémů. Po roce 1989 se užívání marihuany rychle šířilo a dnes je konopí nejrozšířenější nelegální psychoaktivní látkou (Nožina, 1997).

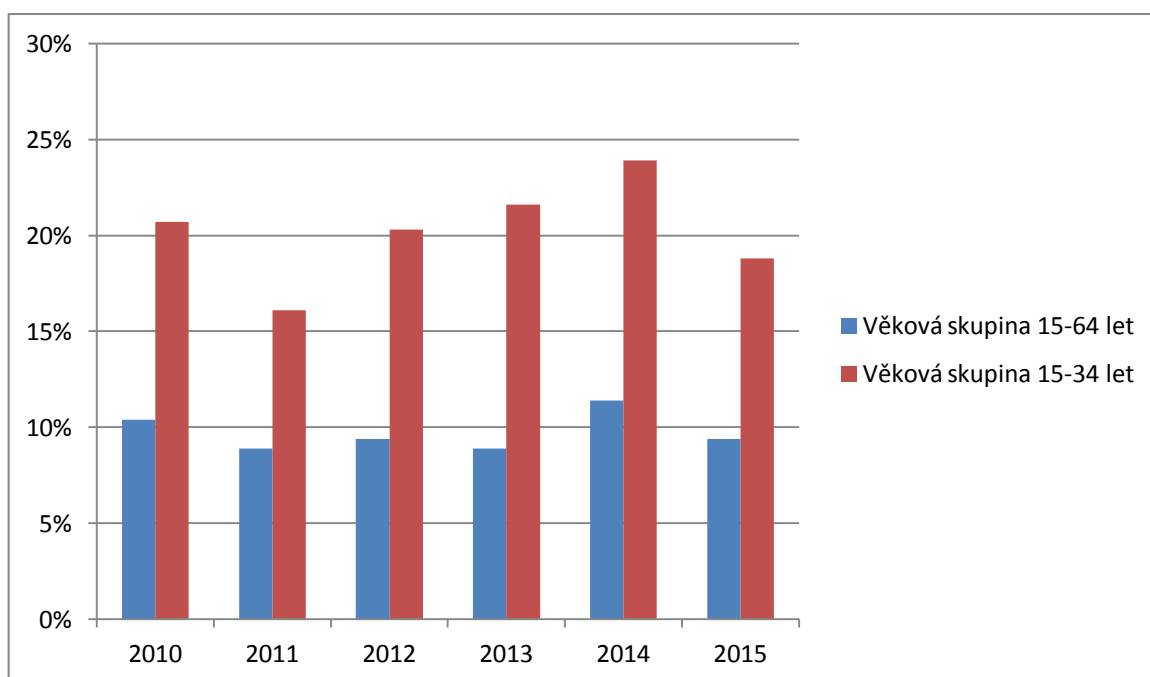
Prevalence užívání konopí v České republice za posledních pět let je uvedena v Grafech 1 až 3. Údaje byly získány z výzkumů obecné populace. V porovnání s ostatními zeměmi Evropské unie (EU) se Česká republika objevuje na předních místech mezi státy s nejvyšší prevalencí užívání konopných drog (EMCDDA, 2014; 2015).

Graf 1: Celoživotní prevalence užívání konopných drog



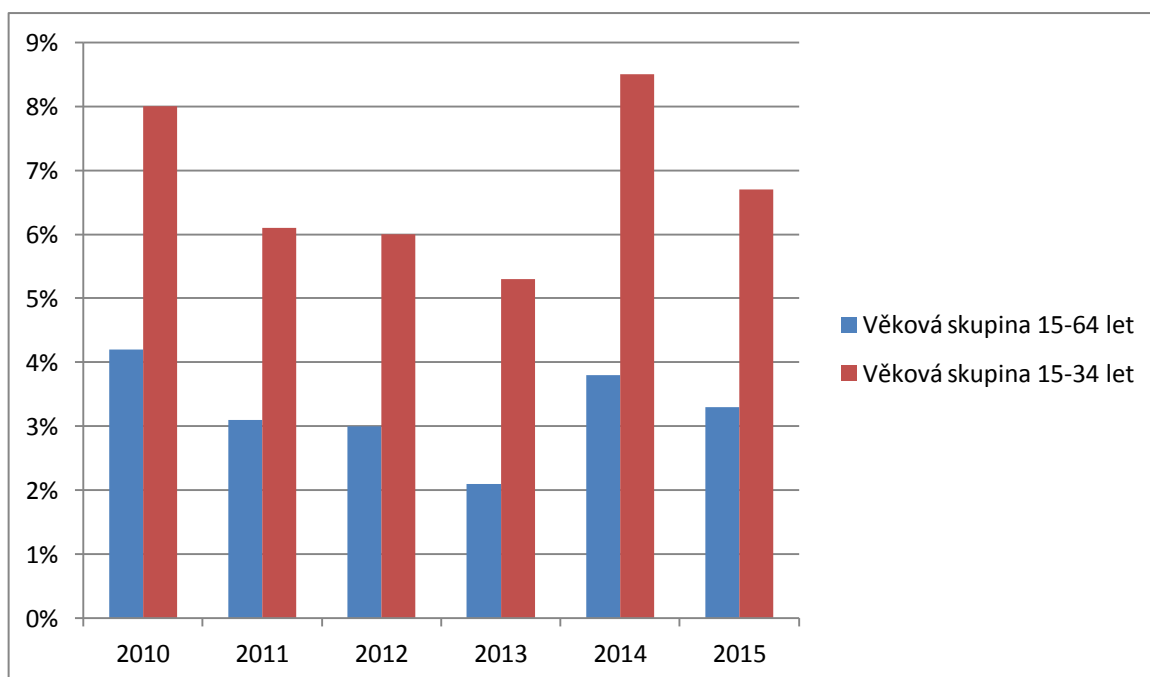
Zdroj: Mravčík et al. (2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016)

Graf 2: Prevalence užívání konopných drog v posledních 12 měsících



Zdroj: Mravčík et al. (2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016)

Graf 3: Prevalence užívání konopných drog v posledních 30 dnech



Zdroj: Mravčík et al. (2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016)

Užívání konopných drog se častěji objevuje u mužů a nabývá u nich intenzivnějšího charakteru. Česká republika spolu s Dánskem a Španělskem zveřejnila informace o nárůstu akutních stavů spojených s užíváním konopí, jež se vyznačovaly úzkostí, psychózou či jinými psychiatrickými symptomy, které obvykle nevyžadovaly hospitalizaci. Typickým znakem těchto případů byla kombinace konopné drogy a alkoholu. Postiženými byli nejčastěji mladí muži (EMCDDA, 2014).

1.8.1 Prevalence pravidelných a rizikových uživatelů konopných drog

Za pravidelného uživatele bývá považován ten, kdo užívá konopnou drogu alespoň jednou týdně. Z těch, kteří za posledních 12 měsíců užívali nebo užívali konopí, je asi 20 % uživatelů příležitostných a 20 % pravidelných. V roce 2012 tedy pravidelně marihuanu užívalo asi 138 000 osob ve věku od 15 do 64 let (Chomynová, 2013). Podle údajů z roku 2013 patří Česká republika k zemím, kde konopí užívá denně nebo téměř denně méně než 10 % všech uživatelů (EMCDDA, 2015).

V roce 2010 bylo screeningovým šetřením prostřednictvím dotazníku CAST (Cannabis Abuse Screening Test) zjištěno, že mezi uživateli konopných drog je asi 10 % těch, jejichž užívání je značně rizikové (Mravčík et al., 2011). Odhad problémových uživatelů v roce 2012 byl stanoven na 116 000 (Mravčík et al., 2013), Chomynová (2013) zveřejnila odhad na 13,7 % uživatelů, kteří jsou ve vysokém riziku. Zatím nejaktuálnější odhad rizikových uživatelů z roku 2015 je až 200 000, z toho 80 000 osob užívá konopí vysoce rizikovým způsobem. Konkrétně jde o mladé muže, které je možné rozdělit do dvou skupin - užívání je u nich buď projevem syndromu rizikového chování v dospívání, nebo příčinou zdravotních obtíží a problémů ve fungování v každodenním životě u jedinců kolem třiceti let (Mravčík et al., 2016).

Hodnocení míry rizika užívání konopí dle škály CAST bylo v České republice provedeno v rámci Národního výzkumu užívání návykových látek již několikrát. Stejně jako v zahraničí, ani u nás nepanuje shoda v posuzování stupně rizika podle dosaženého skóre, což je patrné i z následujících tabulek.

Tab. 1: Výsledky škály CAST v roce 2012

Škála CAST	Muži	Ženy	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	Celkem	Z toho ve věku 15–34 let
Rizikové užívání – mezi těmi, co užili konopí v posledních 12 měsících									
Žádné nebo nízké riziko (0–1 bod)	64,8	78,2	70,9	66,7	63,0	81,8	50,0	68,9	69,9
Mírné nebo střední riziko (2–3 body)	17,2	18,2	16,5	25,4	0,0	18,2	50,0	17,5	20,3
Vysoké riziko (4 a více bodů)	18,0	3,8	12,7	7,9	37,0	0,0	0,0	13,7	9,8
Rizikové užívání – v celé populaci									
Žádné nebo nízké riziko (0–1 bod)	95,5	98,8	93,3	95,2	97,7	99,5	99,8	97,2	94,4
Mírné nebo střední riziko (2–3 body)	2,2	1,0	3,8	3,7	0,0	0,5	0,2	1,6	3,8
Vysoké riziko (4 a více bodů)	2,3	0,2	2,9	1,1	2,3	0,0	0,0	1,2	1,8

Zdroj: Mravčík et al. (2013)

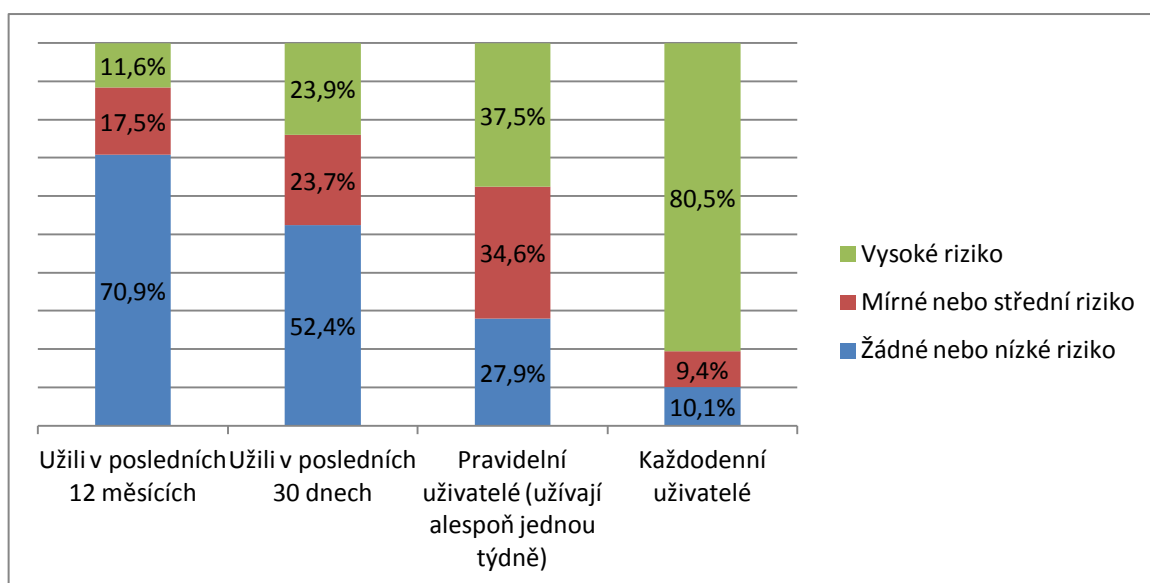
Tab. 2: Výsledky škály CAST v roce 2014

Škála CAST	Muži	Ženy	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	Celkem	Z toho 15–34 let
Rizikové užívání – mezi těmi, kteří užili konopí v posledních 12 měsících									
Žádné nebo nízké riziko (0–2 body)	67,2	78,2	71,8	75,8	59,3	72,7	50,0	70,5	73,5
Mírné nebo střední riziko (3–6 bodů)	17,2	18,2	19,2	17,7	3,7	27,3	50,0	17,5	19,4
Vysoké riziko (7 a více bodů)	15,6	3,6	9,0	6,5	37,0	0,0	0,0	12,0	7,1
Rizikové užívání – v obecné populaci									
Žádné nebo nízké riziko (0–2 body)	95,8	98,8	93,6	96,6	97,5	99,2	99,8	97,3	95,2
Mírné nebo střední riziko (3–6 bodů)	2,2	1,0	4,4	2,5	0,2	0,8	0,2	1,6	3,5
Vysoké riziko (7 a více bodů)	2,0	0,2	2,0	0,9	2,3	0,0	0,0	1,1	1,3

Zdroj: Mravčík et al. (2014)

Z výsledků podrobnějšího průzkumu vyplývá, že pravděpodobnost výskytu problémů souvisejících s užíváním konopných drog roste s frekvencí jejich užívání.

Graf 4: Výskyt stupňů rizika dle CAST v podskupinách uživatelů konopných drog

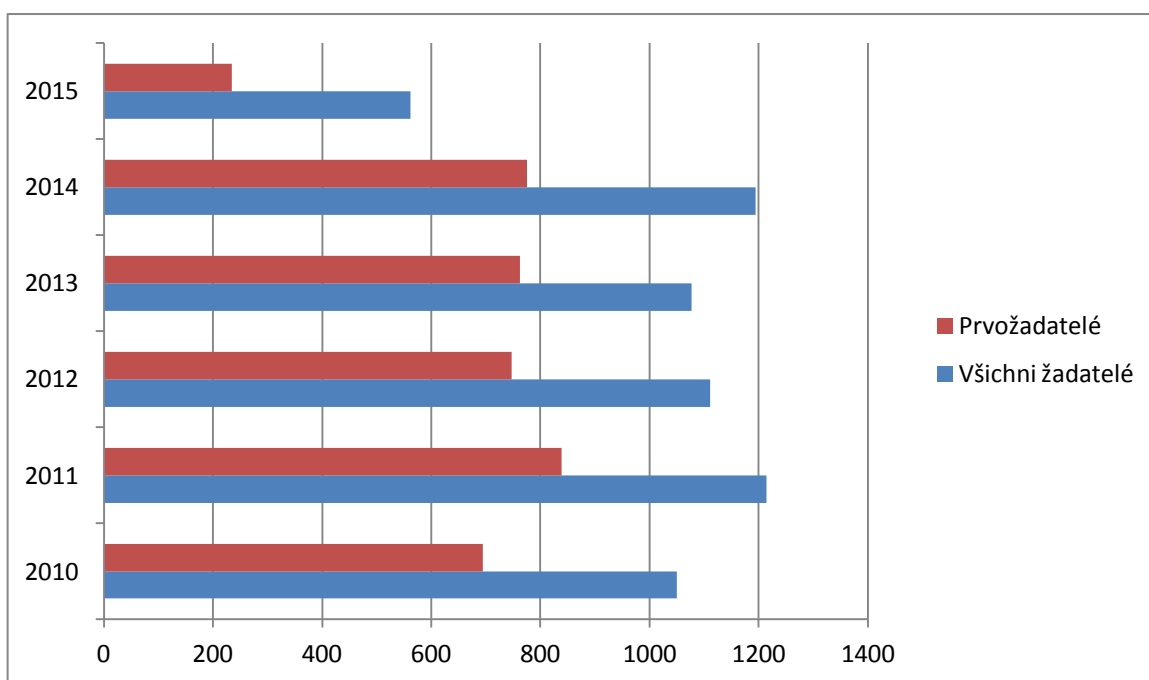


Zdroj: Mravčík et al. (2014)

1.8.2 Uživatelé konopných drog jako žadatelé o léčbu

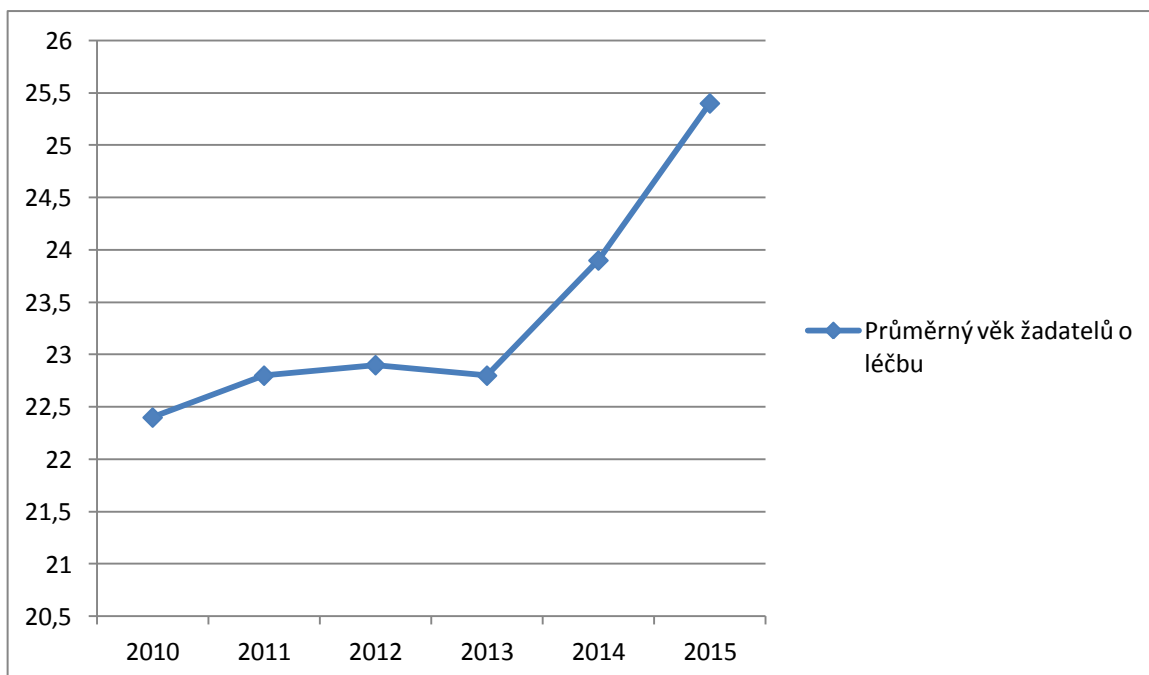
Počty uživatelů, kteří žádají o léčbu, jsou v porovnání s jinými zeměmi EU dlouhodobě nízké. Při páté nejvyšší celoživotní prevalenci v obecné populaci od 15 do 64 let (28,7 %) má Česká republika šesté nejnižší procento uživatelů, kteří se uchází o léčbu (11,8 %), na což poukazují údaje z roku 2014 (EMCDDA, 2016). Konkrétní vývoj v České republice v letech 2010 až 2015 je zobrazen v Grafu 5 a 6.

Graf 5: Počet žadatelů a prvožadatelů o léčbu (primární droga: konopné látky)



Zdroj: Mravčík et al. (2015; 2016)

Graf 6: Průměrný věk žadatelů o léčbu (primární droga: konopné látky)



Zdroj: Mravčík et al. (2015; 2016)

V roce 2015 uvedla skoro polovina žadatelů o léčbu jako další užívanou drogu pervitin (46 %), dále pak alkohol (18 %) a opioidy (13 %), což svědčí o častém polymorfním užívání návykových látek (Mravčík et al., 2016).

2 Syndrom závislosti

2.1 Definice

V současné době je nejuznávanějším medicínským modelem závislosti model neurobiologický, který stojí na objektivnějších důkazech než ostatní modely závislosti. V tomto pojetí je závislost „*chronické recidivující onemocnění mozku (resp. systému odměny), s některými klíčovými behaviorálními projevy:*

- *užívání drog získává kompulsivní charakter,*
- *závislý uživatel jednoznačně a silně preferuje užívání drog před přirozenými zdroji odměny,*
- *podněty spojené s užitím drogy (nebo s možností drogu užít) silně kontrolují chování,*
- *existuje vysoká tendence k relapsu a toto riziko relapsu trvá i po letech abstinence od drog“ (Dvořáček, 25-26, 2008).*

Dle MKN-10 je diagnostikován syndrom závislosti, pokud během jednoho roku došlo k naplnění alespoň třech kritérií z šesti následujících:

- 1) Silná touha až puzení užít látku (craving, bažení) - subjektivní přání znovu zažít účinky látky, které jedinec již v minulosti pocítil.
- 2) Zhoršená schopnost kontroly co se týká začátku, ukončení a množství užívané látky, jasně se projevující v chování. Tento znak je v úzkém vztahu ke zhoršenému uvědomování si sebe a svých emocí.
- 3) Somatický odvykací stav (u kanabinoidů nejsou diagnostická kritéria stanovena).
- 4) Nárůst tolerance - potřeba zvyšování dávek k dosažení stejného účinku.
- 5) Zanedbávání jiných zájmů a toho, co jedinci působilo potěšení, než začal užívat návykovou látku (souvisí i s tím, že shánění a užívání drogy zabere uživatelům mnoho času).
- 6) Pokračování v užívání i přes jasné důkazy o jeho škodlivosti. Ke splnění tohoto kritéria musí být uživatel o škodlivých následcích informován - musí se od ošetřujícího lékaře dozvědět konkrétní zdravotní komplikace zapříčiněné užíváním (Nešpor, 2011).

Doležal (1997) charakterizuje psychickou závislost na marihuaně jako trvalý stav, kdy člověk nezajímá nic jiného než konzumace marihuany. K dalšímu rozvoji závislosti přispívá začlenění jedince do společnosti lidí, kteří mají zájem jen o to, co souvisí s marihuanou, kouření jako činnost z nudy a užívání marihuany nehledě na to, zda je to v dané situaci vhodné. Fyzická závislost se dle Doležala (1997) neobjevuje, ovšem negativní vliv může mít marihuana na kvalitu spánku. Člověk podle něj potřebuje delší spánek stejně jako například po užití alkoholu.

2.2 Konopné drogy a závislost

Vzhledem k tomu, že je problematické přesně a jednoznačně definovat závislost, je složité odpovědět na otázku, zda je možné být závislý na marihuaně. Konopné drogy mají jistý návykový potenciál, i když aplikace poznatků z výzkumů do klinické praxe je u člověka složitá a poměrně nejednoznačná. V současné době panuje shoda v tom, že kanabinoidy působí podobně jako jiné drogy na dopaminovou transmissi v systému odměny a zvyšují hladinu dopaminu v oblasti nucleus accumbens. K jakým změnám v tomto procesu dochází je však dosud nejasné (Dvořáček, Miovský, & Šulcová, 2008).

Závislost na konopných drogách patří po dlouhá desetiletí mezi diskutovaná témata a názory odborníků se velmi liší. Grinspoon a Bakalar (1996) tvrdí, že problémy typické pro závislost na jiných návykových látkách se u uživatelů konopných drog vyskytují pouze ojediněle. Návykovost marihuany je *„ve srovnání s legálním tabákem mnohem nižší, srovnatelná s ethanolem, a následky této závislosti jsou přitom přece jen mírnější než důsledky alkoholismu“* (Linhart, 2012, 321). Dle nejpoužívanějšího dělení drog podle míry rizika v tělesné, duševní a sociální oblasti bývají marihuana a hašiš označovány jako měkké drogy a míra rizika je hodnocena jako relativně malá. V rámci rozdělení drog podle účinku na psychiku jsou konopné drogy řazeny mezi halucinogeny spolu s LSD a psilocybinem. Psychická závislost u těchto látek vzniká slabá až žádná, somatická závislost se nevyskytuje a nárůst tolerance je mírný. Podrobnější informace jsou uvedeny v Tabulce 3 a 4.

Tab. 3: Rozdělení drog podle míry rizika

Míra rizika	„Tvrdoost drog“	Zástupci
vysoká	tvrdé	toluen, heroin, morfin, durman, crack
vysoká až střední	tvrdé	kokain, pervitin, LSD
střední	tvrdé	alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin, kodein
relativně malá	měkké	marihuana, hašiš, kokový čaj
prakticky bez rizika	měkké	káva, čaj

Zdroj: Minařík (2008, 340)

Tab. 4: Rozdělení drog podle účinku na psychiku

Látka	Psychická závislost	Somatická závislost	Vzestup tolerance
Stimulancia	silná	nevzniká	silný
Pervitin	++	-	++
Kokain	++	-	++
Halucinogeny	slabá až žádná	nevzniká	mírný
Kanabis	+ -	-	+ -
LSD	+ -	-	+ -
Psilocybin	+ -	-	+ -
Tlumivé látky	silná	silná	silný
Benzodiazepiny	++	++	++
Barbituráty	++	++	++
Alkohol	++	++	++
Opiáty	++	++	++
Těkavé látky	++	+ -	++

Zdroj: Minařík (2008, 340)

Tvrzení, že marihuana vyvolává slabou psychickou závislost, kritizují např. Nešpor a Csémy (2012). Podle nich je toto tvrzení velmi nepřesné zejména proto, že nebere v potaz věk, délku užívání, dávky, které jsou užívány a další faktory.

Další úskalí přináší obtížnost určit, zda je užívání příčinou nebo důsledkem problémů. „Většina lidí, kteří se stanou závislími na marihuaně, by se stali závislími na jiných látkách, protože trpí úzkostí, depresí nebo pocitem neschopnosti. Původní stav je pravděpodobně důležitější než snaha jej zlepšit pomocí drogy“ (Grinspoon, & Bakalar, 1996, 136). Becker (1970) vyjadřuje názor, že závislost (v tom smyslu, v jakém o ní mluvíme u alkoholu nebo opiátů) se u marihuany nevyskytuje. Používá frázi „užívání pro potěšení“ neboli „rekreační užívání“, jímž zdůrazňuje absenci kompulzivního charakteru, který se u návykového chování vyskytuje. Podobný postoj zastává i sociolog Lindesmith (1970), podle něhož pravidelné a časté užívání marihuany nevede ke zvyšování tolerance a přerušování užívání nevyvolá abstinční příznaky. Odlišný názor prezentuje Stimmel (1992) svou poznámkou, že chroničtí uživatelé často mají potřebu konzumovat stále větší množství marihuany, aby dosáhli těch samých pocitů, jaké zažívali na začátku své drogové kariéry. Wallace (1970) shrnuje výsledky několika klinických studií, které byly realizovány jako odezva na poplašné zprávy týkající se nebezpečných vlivů marihuany a dochází k těmto závěrům: nebyl prokázán přímý vztah mezi užíváním konopných drog a násilným chováním či kriminalitou; náhlé ukončení užívání není spojeno s abstinčními příznaky; marihuana nemění základní osobnostní strukturu, pouze může vyvolat skryté myšlenky a emoce; marihuana má potenciál k terapeutickému využití (snižuje zábrany, navozuje euforii, posiluje chuť k jídlu,...). V rámci těchto výzkumů byla marihuana podávána per os, což může být příčinou zkreslení, jelikož v přirozených podmínkách se nejčastěji kouří, jak upozorňuje Wallace (1970).

Odhad těch, u nichž se vyvine syndrom závislosti, činí 8-10 % z populace, která přijde do styku s konopnou drogou. Hodnoty pro alkohol se odhadují na 12-13 %, pro kokain na 15-16 % (Wagner, & Anthony, 2002 in Zábranský, 2008). Dvořáček et al. (2008, 284) shrnuje dostupné poznatky, které ukazují na to, že „ve skupině pravidelných uživatelů konopí užívajících ve frekvenci 4x týdně nebo více, se závislost může vyskytovat u přibližně 10-20 % s tím, že celoživotní prevalence závislosti pak u této skupiny může dosahovat až 50 %“. Vyvozovat závěry ze statistických údajů je však nesnadné, jelikož americká i evropská data jsou zkreslena buď tím, že uživatel nastupující léčbu je k léčbě přinucen

(léčba jako alternativa k uvěznění) nebo tím, že „pacientem“ není pouze jednatel, ale také jeho rodina (Zábranský, 2008).

Komplexní pohled na „závislostní potenciál“ jednotlivých drog publikoval na základě studie Henningfield (1995 in Dvořáček et al., 2008). Srovnání v Tabulce 5 hodnotí nejen závislostní potenciál, ale také širší důsledky užívání a zpochybňuje stereotypy, které panují ve společnosti, týkající se hodnocení konkrétních návykových látek.

Tab. 5: Hodnocení závažnosti vlivu návykových látek (čím nižší je číslo, tím závažnější jsou projevy týkající se dané oblasti: 1 = nejvíce závažné projevy, 6 = nejméně závažné projevy)

Návyková látka	Syndrom odnětí	Nutkavost	Rozvoj tolerance	Celková dependence	Vliv intoxikace	Celkem
Konopí	6	5	6	6	4	27
Kofein	5	6	5	5	6	27
Nikotin	3	4	2	1	5	15
Kokain	4	1	4	3	3	15
Alkohol	1	3	3	4	1	12
Heroin	2	2	1	2	2	9

Zdroj: Henningfield (1995 in Dvořáček et al., 2008)

2.3 Příčiny vzniku závislosti

Po mnoha letech výzkumů a hledání příčin rozvoje syndromu závislosti, je dnes uznáván názor, že jde o multifaktoriálně podmíněnou poruchu (Kalina, 2003a; Kudrle, 2003a; Nešpor, 2011; Vágnerová, 2004). V důsledku pak záleží na tom, zda převáží rizikové faktory nad protektivními (ochrannými) nebo je tomu naopak a u jedince nedojde ke vzniku závislosti (Nešpor, 2011). Psychiatři Göhlert a Kühn (2001) poukazují na komplexní povahu fenoménu závislosti vymezením následujících čtyř tezí, které nabízí pohled na motivaci lidí k užívání návykových látek:

- a) Člověk je orientovaný na své potřeby a záleží mu na jejich uspokojení - potřeba dynamiky, vyrovnanosti, přijetí druhými, vlastní identity.
- b) Člověk je zodpovědný sám za sebe. V průběhu života používá naučené strategie a způsoby chování a stává se tak tvůrcem svého života - čím méně je schopen realizovat smysl života s uplatněním vnitřních zdrojů, tím více se uchyluje ke zdrojům vnějším, kterými mohou být i drogy.
- c) Lidé touží po dokonalosti a jsou odkázáni na „pomocné prostředky“.
- d) Drogy jsou užívány jako pomoc při překonávání problémů - ke zlepšení nálady, překonání bolesti či k odstranění subjektivně nepříjemných pocitů a stavů.

Důležité je upozornit na to, že za jistých okolností se může stát závislým na užívání psychoaktivní látky kdokoliv. Vágnerová (2004) uvádí faktory, jež hrají významnou roli v počáteční fázi, kdy dojde k první zkušenosti s určitou látkou. Jde o aktuální stresovou situaci, která může být spouštěčem pro toto užití; míru schopnosti uvědomit si zrádnost řešení problémů pomocí drog a úroveň vztahů a sociálního zázemí.

Vzhledem k tomu, že konopné drogy jsou nejčastěji první nelegální látkou, se kterou se adolescenci setkají, mnoho výzkumů se zabývá osobnostními rysy a potřebami jedinců ve vztahu k užívání drog (Miovská, Vacek, & Gabrhelík, 2008). Konkrétně u konopných drog, zjišťovali autoři čtyřleté prospektivní longitudinální studie, jaké faktory predikují rozvoj závislosti. Riziko vzniku závislosti je podle jejich výsledků zvýšené u jedinců s nízkým socioekonomickým statusem a nižší úrovní vzdělání, kteří se nachází v nepříznivé finanční situaci, užívají další ilegální drogy a zažili smrt rodiče dříve, než jim bylo patnáct let (Sydow, Lieb, Pfister, Höfler, & Wittchen, 2002).

Z desetileté kohortové studie vyplývá, že riziko rozvoje závislosti je větší u těch, kteří v adolescenci užívali konopné drogy s týdenní frekvencí (weekly). Umírněné užívání (moderating cannabis use) je naopak spojeno s malým rizikem vzniku problémového užívání. Co se týká ohrožení závislostí u příležitostných uživatelů (occasional users), nacházejí se ve středu mezi skupinou neuživatelů a skupinou každotýdenních uživatelů (Swift et al., 2009).

V uznávaném longitudinálním výzkumu autorů Shedlera a Blocka (1990 in Miovská et al., 2008) byly navzájem srovnávány tři skupiny - neuživatelé, experimentátoři a pravidelní uživatelé. Respondenti byli vyšetřeni osobnostními testy ve věku 7, 11 a 18 let. Ti, ze kterých se později stali pravidelní uživatelé, měli již v sedmi letech málo kamarádů

a obtížněji vycházeli s ostatními dětmi. Neměli důvěru v sebe a své schopnosti, nedokázali předvídat situaci, byli méně spolehliví a vůči morálním otázkám lhostejní. V jedenácti letech snadno podléhali stresu, byli nepozorní a nedbalí. V osmnácti letech byli popsáni jako impulzivní, odcizení, nespolehliví, nejistí a nevypočitatelní. Ve škole dosahovali horších výsledků než ostatní dvě skupiny. Nejlepších výsledků ve třech kategoriích - osobní štěstí, vztahy ke druhým a racionální sebekontrola - dosahovali experimentátoři. Ti byli hodnoceni v sedmi letech jako aktivní, citliví, zvědaví, otevření a spokojení. Neuživatelům chyběla jistá úroveň kreativity, uvolnění, sociálních dovedností a smyslu pro humor. V sedmi letech byli hodnoceni jako nesmělí, průměrní a poslušní, v jedenácti pak stydliví, uhlazení a neschopní vyjadřovat své emoce. V osmnácti letech byly úzkostní, moralizující, napjatí až nervózní a co se týká studijních výsledků průměrní.

Rozsáhlá studie provedená na 10 000 studentů středních škol došla k závěru, že užívání konopných drog je spojeno s nižší sebekontrolou, orientací spíše na přátele než na rodiče, nižším stupněm religiozity, nekonvenčním chováním a častější konzumací alkoholu. Uživatelé marihuany se dle výsledků tohoto výzkumu nechají více ovlivnit přáteli než rodiči, jsou nezávislejší, tolerantnější k deviantnímu chování a jejich očekávání týkající se dosažení lepších studijních výsledků jsou nízká (Jessor, Chase, & Donovan, 1980).

V tříleté prospektivní studii bylo ze vzorku šesti set častých uživatelů kanabinoidů (ve věku 18-30 let) vybráno 269 těch, kterým nikdy nebyla diagnostikována závislost na kanabinoidech (dle DSM-IV). Následně bylo zjištěno, že riziko rozvoje závislosti u mladých dospělých, kteří často užívají konopné drogy, je značné (37 %) zejména v případech, kdy se užívání stane copingovou strategií, uživatel žije sám a je vystaven stresujícím negativním životním událostem. Aktuální intenzita užívání a přítomnost stabilních rysů zranitelnosti nejsou již tak signifikantními rizikovými faktory (Pol et al., 2013).

Mezi zásadní rizikové faktory pro rozvoj problémového užívání konopných drog patří příslušnost k mužskému pohlaví, kouření cigaret a časný začátek experimentování s drogami. Méně významnými rizikovými faktory jsou depresivní poruchy, užívání jiných návykových látek, sexuální zneužívání v dětství a antisociální chování (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017).

2.4 Fáze rozvoje závislosti

Ani v této oblasti není názor odborníků jednoznačný a shodný, uvedeny proto budou vybrané názory na fáze vývoje závislosti. Göhlert a Kühn (2001) píší o fázích vývoje návyku u ilegálních drog a vymezují je takto: pro euforické počáteční stadium je charakteristický snadný přístup k droze, touha po odstranění úzkosti či po uvolnění a pocit vyššího sebevědomí. Finanční problémy, potíže ve škole či zaměstnání, omezení dřívějších zájmů a menší účinky navzdory zvyšování dávek poukazují na postup do kritického stadia. Stadium návyku (závislosti) se vyznačuje ztrátou kontroly nad drogou, zhoršením výkonů v práci či škole, vyřazením ze společnosti, poškozením fyzické i psychické stránky uživatele a abstinenčními příznaky při vysazení dané návykové látky. Posledním stadiem je chronický rozklad, kdy hrozí bezdomovectví, chudoba, opuštěnost, závažné tělesné problémy a rozpad osobnosti (jedinec není tím, kým byl dřív).

2.5 Sociální důsledky závislosti

Společnost, ve které se jedinec pohybuje, reaguje na závislost různými způsoby. Obecně řečeno, postoj české společnosti k uživatelům alkoholu a uživatelům nealkoholových drog je podstatně odlišný. Zatímco alkohol, nikotin a psychofarmaka patří mezi legální a sociálně akceptované drogy, užívání jiných drog je mnohdy důvodem pro stigmatizaci drogově závislých a jejich vyčlenění na okraj společnosti. *„Jedním z důvodů vyhraněně odmítavého postoje je omezenější zkušenost se závislými lidmi a z ní vyplývající nejistota“*, udává jedno z možných vysvětlení tohoto jevu Vágnerová (2004, 573). Dle autorky se závislý jedinec není schopen přizpůsobovat sociálním požadavkům, nerespektuje příslušné normy (neplní povinnosti, nechodí do zaměstnání nebo nenavštěvuje školu) a jeho schopnost navázat a udržet jakýkoli citový vztah je značně omezená. Droga se dostává na první místo v hodnotovém žebříčku závislého člověka a má pro něj větší subjektivní význam než všechno ostatní.

2.6 Abstinenční syndrom (syndrom odnětí)

Jedná se o skupinu různých příznaků dostavujících se při úplném nebo částečném vysazení látky, která byla dlouhodobě nebo opakovaně užívána (MKN-10, 1996). Je jedním z kritérií závislosti. „*Po vysazení chronického příjmu kanabinoidů se dostavuje abstinenční syndrom u zvířat i lidí. Je mírnější než po jiných látkách vyvolávajících závislost, nicméně existenci závislosti potvrzuje*“ (Dvořáček et al., 2008, 278). Nešpor (2011) popisuje odvykací stav u kanabinoidů jako slabý, život neohrožující. Některé uváděné potíže, jako je například úzkost, pocení, podrážděnost a bolesti svalů, nejsou tak závažné, aby přiměly uživatele k vyhledání odborné pomoci (Dvořáček, 2003b). Dle Stimmela (1992) se po přerušení častého užívání vysokých dávek marihuany často objevuje úzkost, podrážděnost, rozechvělost, ztráta chuti k jídlu a problémy se spánkem.

Podle výsledků metaanalýzy 19 významných studií provedených na lidech se více než 70 % těchto studií shoduje v tom, že mezi symptomy syndromu odnětí konopné drogy patří podrážděnost, nervozita, tenze, ztráta chuti k jídlu, mírné snížení hmotnosti, neklid, roztěkanost, problémy se soustředěním a poruchy spánku. Autoři upozorňují, že rozlišování mezi termíny závislost v medicínském pojetí (addiction) a závislost v širším pojetí (dependence), odvykací stav a syndrom odnětí drogy (withdrawal syndrom) je zásadní nejen pro konzistenci výsledků výzkumů, ale především pro diagnostiku (Budney, Hughes, Moore, & Vandrey, 2004). Tento syndrom se obvykle vyskytuje pouze dlouhodobých a těžších uživatelů aplikujících si drogu minimálně 4x týdně po dobu alespoň jednoho měsíce. Projevy syndromu odnětí se objevují během dvou dnů a mají vrchol mezi 2. a 6. dnem po vysazení konopné drogy. Většina symptomů do měsíce vymizí (Dvořáček et al., 2008).

2.7 Toxická psychóza (psychotická porucha F1x.5)

Pokud se během užití konopné drogy nebo krátce po něm objeví halucinace (typicky sluchové), záměna osob, bludy (obvykle paranoidní či perzekuční), vztahovačnost, psychomotorické poruchy (vzrušení či stupor) nebo abnormální emoce (od strachu po extázi), a tento stav trvá alespoň 48 hodin, je možné diagnostikovat toxickou psychózu. Na druhou stranu, aby šlo o tuto poruchu, musí symptomy při abstinenci do šesti měsíců zcela vymizet, aby mohla být vyloučena jiná duševní porucha (MKN-10, 1996). Dalším

podobným problémem může být psychotická porucha s pozdním začátkem, která začíná po 2 až 6 týdnech od posledního užití. V publikovaných studiích bohužel často nebývá rozlišováno mezi těmito dvěma různými psychotickými stavy (Horáček, 2008).

Kromě konopí může být toxická psychóza vyvolána pervitinem či halucinogeny. V případě alkoholu je ekvivalentem alkoholová halucinóza, alkoholická žárlivost nebo paranoia (Nešpor, 2003).

3 Uživatelé konopných drog

Uživatele konopných drog je těžké definovat, jelikož jde o velmi nehomogenní skupinu, která reprezentuje široké spektrum společnosti. Patří sem na jedné straně uživatelé vykazující rizikové způsoby chování, na druhé straně rekreační uživatelé, kteří se nijak neliší od populačního průměru (Miovská et al., 2008).

3.1 Typologie uživatelů

Obecnější dělení, které se vztahuje celkově k nelegálním drogám, vymezil Simon (1997) následovně:

- z obecné populace má část lidí **zkušenost s nelegální drogou**, alespoň jednou v životě jí zkusili
- **aktuální uživatelé** v současnosti opakovaně užívají s různou frekvencí
- **problémoví uživatelé** (intravenózní uživatelé, uživatelé opiátů a/nebo stimulancií; všichni, kteří vyhledali v souvislosti s užíváním pomoc)
- **závislí uživatelé** tvoří jen část problémových uživatelů a splňují diagnostická kritéria pro závislost
- **těžcí dlouhodobí uživatelé**, pro které jsou charakteristické výrazné problémy v sociální oblasti, rizikové užívání a špatný somatický stav.

Kromě těchto typů uživatelů existuje ještě tzv. skrytá populace těch, kteří nikdy nevyhledali žádnou odbornou pomoc, a tudíž nejsou nikde vedeni jako uživatelé. Miovský a Urbánek (2001) je dělí na **experimentátory** (užili látku více než jednou, ale v dlouhých časových intervalech a bez tendence k pravidelnému užívání), **rekreační uživatele** (drogy užívají s cílem se pobavit a odreagovat) a **závislé uživatele** (mají stabilizované sociální zázemí a vzorce užívání, naplňují kritéria závislosti, ale nedostávají se do problémů se zákonem ani nemají zdravotní a sociální problémy, které by je přiměly k vyhledání pomoci). Kalina (2003b, 17) upozorňuje na nepřesnost pojmu experimentátor, ale konstatuje, že i přesto se pojem v odborné literatuře používá pro označení osoby, která *„občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech.“*

Typologii uživatelů konopných drog se pokusili vytvořit Kandel a Chen (2000). Navrhli čtyři typy uživatelů na základě začátku a frekvence užívání: těžcí uživatelé s časným začátkem užívání, lehcí uživatelé s časným začátkem užívání, těžcí uživatelé s pozdějším začátkem užívání a lehcí uživatelé s pozdním začátkem užívání. Miovský (1998 in Miovská et al., 2008) uvádí konkrétní kritéria pro členění uživatelů:

- podle frekvence užívání: lehký (1-2x týdně), středně těžký (2-4x týdně), těžký uživatel (minimálně 5x týdně)
- podle celkové délky užívání: krátkodobý (0-4 měsíce), střednědobý (4 měsíce-2 roky), dlouhodobý uživatel (déle než 2 roky).

Kombinací těchto kritérií lze uživatele dělit do devíti různých skupin. Závěrem je nutné podotknout, že v literatuře neexistuje jednotná typologie a tudíž i odhad počtu jednotlivých typů uživatelů je téměř nemožný.

3.2 Motivace k užívání

Kořeny užívání drog souvisí s hlubšími lidskými motivacemi a potřebami, kterými jsou potřeba vyhnout se bolesti či dosáhnout uklidnění, potřeba cítit se energický a radostný a potřeba transcendence (Kudrle, 2008). Obecným principem, který ovlivňuje životy lidí, je motiv dosažení slasti. Zdroje slasti jsou velmi rozmanité a s tím souvisí i různorodost faktorů, které vedou k užívání drog.

Z hlediska neurobiologie je droga umělým zdrojem odměny, který zvyšuje výdej dopaminu z ventrální tegmentální arey do nucleus accumbens. Na rozdíl od přirozených zdrojů odměny přináší umělé zdroje rychlou, jednoduchou a nepřiměřeně intenzivní odměnu a organismus nemá dostatečně silné zpětnovazebné mechanismy, které by přijímání umělé odměny zastavily. Pokud jsou drogy opakovaně užívány, dojde k adaptaci specifických neuronů v systému odměny, což je prvním, ne však postačujícím krokem k vytvoření závislosti (Dvořáček, 2008).

Newcombe a Woods (1999 in Miovská et al., 2008) dospěli k teorii, že motivy pro užívání drog se skládají ze čtyř hlavních faktorů, které mohou být různě kombinovány:

- posílení pozitivních pocitů (vzrušení, relaxace, tvořivost)
- zvládání negativních pocitů (únik z tenze, řešení náročné situace)

- sociální koheze (konformita)
- závislost (nutkavé a neodolatelné puzení vzít si drogu).

Simons, Correia a Carey (2000) předložili uživatelům marihuany k vyplnění dotazník pro měření motivů užívání a dospěli k následujícímu pořadí motivů:

- 1) posílení pozitivních pocitů
- 2) sociální motivy
- 3) rozšíření vědomí
- 4) zvládání negativních emočních stavů
- 5) konformita.

V českém prostředí nebyl stejný dotazník administrován, ale z výzkumu Lorencové (2011) lze usuzovat, že pořadí prvních tří nejsilnějších motivů je až na první pozici odlišné:

- 1) posílení pozitivních pocitů
- 2) rozšíření vědomí
- 3) konformita.

Vacek (2008, 239) shrnuje závěry výzkumů a poukazuje na to, že s prodlužující se délkou uživatelské kariéry se motivace může proměňovat od rekreační („užívám, aby mi bylo lépe“) přes poznávací („užívám, abych lépe poznal sebe a svět - smyslově nebo rozumově“) a kreativní („užívám, abych byl tvořivější“) až ke zvládání („užívám, abych zvládl pracovat nebo aby mi nebylo špatně“).

3.3 Vybrané osobnostní charakteristiky

Vzhledem k tomu, že většina uživatelů konopných drog je zároveň uživateli alkoholu, tabáku či jiných drog, je obtížné popsat jedinečné vlastnosti osobnosti, které by uživatele konopných drog charakterizovaly (Miovska et al., 2008).

Na základě mnoha výzkumů lze tvrdit, že uživatelé konopných drog mají zvýšenou potřebu prožívání vzrušení (sensation seeking). Jako jedni z prvních potvrdili tuto hypotézu Satinder a Black (1984), když zadali skupině uživatelů a neuživatelů test Sensation Seeking Scale a participanti užívající konopné drogy v něm skórovali výš ve všech subškálách. Jiná studie, zabývající se vztahem mezi užíváním marihuany a úrovní

potřeby vzrušujících zážitků u adolescentů, dospěla k výsledku, že zvýšená potřeba vzrušujících zážitků souvisí s užíváním konopných drog u mužů (Martin et al., 2002). Silins et al. (2013) na základě prospektivního výzkumu zjistil, že zvýšená potřeba vyhledávání zábavy (fun-seeking), která je obdobná potřebě vyhledávat nové, intenzivní a vzrušující zážitky (sensation seeking), hraje významnou roli při začátku užívání konopných drog. Vyšší stupeň religiozity naopak koreluje se začátkem užívání negativně. Zvýšená míra psychoticismu je spojena s vyšší pravděpodobností pokračování v užívání.

Wells a Stacey (1976) srovnávali skupinu lidí užívajících konopné drogy s neuživateli. Čím bylo užívání intenzivnější, tím vyšší úroveň úzkosti, neuroticismu a psychoticismu byla nalezena. Konzumace kanabinoidů souvisela s častějšími potížemi v interpersonálních vztazích, problémy v zaměstnání a větší spotřebou alkoholu. Autoři na základě těchto výsledků vyjádřili názor, že neuživatelé, příležitostní uživatelé a pravidelní uživatelé se od sebe liší v osobnostních charakteristikách.

Charvát (2009) realizoval výzkum v českém prostředí, kde dlouhodobí a pravidelní uživatelé vykazovali statisticky významné snížení faktoru svědomitosti, zvýšení faktoru extravertze a významné zvýšení otevřenosti vůči zkušenosti ve všech subškálách. Jak autor poznamenává, výsledky jsou v souladu s většinou studií, které se zabývají touto problematikou.

Shrnutí výzkumů podávají ve svém textu Archer a Lopata (1979). Pravidelní uživatelé jsou popisováni jako sebevědomí, vyrovnaní, důvěřiví, citliví vůči ostatním a mající mnoho zájmů. Dle jiných výsledků jsou impulzivní, nekonformní a zastávají nepřátelský postoj k pravidlům a nařízením.

Novozélandští výzkumníci realizovali 21 let trvající longitudinální studii s adolescenty a mladými dospělými ve věku 14 až 21 let a zjistili, že u pravidelných nebo těžkých uživatelů se častěji vyskytuje kriminalita, depresivita, suicidální tendence a užívání jiných nelegálních drog (Fergusson, Horwood, & Swain-Campbell, 2002).

Nezbytné je zmínit, že *„výsledky výzkumů ukazují, že nejen mezi uživateli konopných drog a neuživateli jsou psychosociální a behaviorální rozdíly, ale také mezi těmi, kteří užívají konopné drogy pravidelně a často, a těmi, kteří užívají zřídka nebo patří mezi experimentátory“* (Miovska et al., 2008, 168). Proto je nevhodné uchylovat se k jakýmkoli generalizujícím závěrům.

3.4 Sexualita uživatelů konopných drog

Konopí je se sexualitou úzce spojeno, protože prohlubuje sexuální prožitek a navozuje novou kvalitu tohoto prožitku. Na úrovni vědomí lze mezi stavem akutní intoxikace a sexuálním vzrušením vidět jisté podobnosti, především více či méně intenzivní pohlcení. Cílené užívání konopných drog za účelem snížení či zvýšení sexuální touhy a zvýšení sexuálního uspokojení je popisováno již ve starověké literatuře. Od konce 30. let 20. století se začínají objevovat studie, jejichž cílem je vystihnout krátkodobé i dlouhodobé účinky užívání na sexualitu (Blaha, 2008).

Zkušenosti uživatelů jsou velmi rozmanité; jedni tvrdí, že marihuana má afrodiziakální účinky, u druhých tlumí sexuální chutě a jiné uspává. Pokud je člověk smyslově zaměřený, sexuální zážitky pro něj budou intenzivnější, u mužů pravděpodobně dojde k oddálení ejakulace a umocní se pocit jednoty s druhým (Robinson, 1997). Reportérka B. Lewisová (1970) dospěla na základě rozhovorů s 208 účastníky k závěru, že konopné drogy mají na sexuální život uživatelů nezanedbatelný vliv. Zásadní je však již vytvořený partnerský vztah, který může být užíváním konopných drog prohlouben (in Blaha, 2008). Dle nejnovějších poznatků lze shrnout, že efekt marihuany je podmíněn nejen užitým množstvím, ale také osobností jedince, jeho fyziologií a prostředím, ve kterém žije (Necco, 1998).

3.5 Postoj české společnosti k užívání konopných drog a obraz uživatelů v médiích

Nad skutečností, že užívání alkoholu není majoritní společností vnímáno jako užívání drogy, kdežto užívání konopných drog ano, se pozastavuje například Lorencová (2011). Ve výzkumu postojů realizovaném v roce 2015 byla konzumace alkoholu přijatelná pro 87 % dotázaných, užívání konopných látek tolerovalo 25 % oslovených. Kouření bylo tolerováno 74 % dotázaných. Léky proti bolesti, na uklidnění a na spaní byly přijatelné pro 85 % dotázaných. Rozdíly jsou markantní, i co se týká názorů na pravidelné užívání uvedených návykových látek (CVVM, 2015).

V médiích je dokonce alkohol často oslavován a propagován (Lorencová, 2011). Obraz užívání a uživatelů konopných drog je naopak spíše negativní a v mnohých ohledech

zavádějící, což potvrzují výsledky obsahové analýzy 1735 článků publikovaných českými médii. S konopnými drogami jsou nejčastěji spojovány významy jako „trestný čin, ohrožení a omezení společnosti a závislost, nemoc“. Dohromady se tyto významy objevují v 87 % všech analyzovaných článků (Sivek, Miovská, & Miovský, 2004). Obsahová analýza článků zveřejněných v roce 2007 přináší podobná zjištění. Při porovnání obrazu alkoholu s obrazem konopných drog navíc bylo zjištěno, že „*média se podílejí na vytváření společenského kontextu opatření regulujících užívání návykových látek, ve kterém je užívání zdravotně a sociálně nebezpečnějšího alkoholu nejenom tolerováno, ale často i sociálně schvalováno*“ (Novák, Miovský, & Šťastná, 2009, 197).

4 Kontrolované užívání drog

Přestože na základě výzkumů byly popsány různé vzorce konzumace alkoholu a bylo velmi pravděpodobné, že také užívání jiných návykových látek má odlišné varianty, byla tato skutečnost dlouhodobě ignorována (Harding, 1988; Warburton, Turnbull, & Hough, 2005). Plant (1973, 1975 in Harding, 1988) navrhoval, aby se rozlišovalo užívání drog a narkomanie stejně jako se odlišuje sociálně tolerované pití od alkoholismu.

Jak upozorňují mnozí autoři (Morávek, 2007; Warburton, Turnbull, & Hough, 2005; Zinberg, 1984), většina výzkumů a teorií v oblasti adiktologie se týká především problémového užívání drog a syndromu závislosti. I když v posledních čtyřiceti letech vznikají na základě výzkumů teorie zabývající se užíváním drog, které nutně nevede k negativním důsledkům, stále není zcela jasné, co se pojmem kontrolované užívání přesně myslí a jaké jsou jeho širší souvislosti.

4.1 Definice

Jednoduše řečeno jde o opak problémového užívání (Lozano, Stephens, & Roffman, 2006). Kontrolované užívání nenabývá destruktivního charakteru a mezi jednotlivými uživateli existuje značná variabilita. Míra kontroly může být různá, ale užívání nemá znaky kompulzivity, která je typická pro chování závislého člověka. Kontrola se týká jak nelegálních, tak legálních látek. Podle Zinberga (1984) je k posouzení typu užívání nutné brát v potaz minimálně dva aspekty užívání, které jsou k dispozici - kvantitu (jak často a kolik drogy jedinec užívá) a kvalitu (jak je droga užívána a jaké jsou podmínky užívání; sociální kontext a vzorce užívání). Kontrolované užívání nenarušuje běžné denní aktivity - nemá vliv na vztahy s rodinou a přáteli, práci, finanční situaci ani úroveň bydlení. Jde o komplexní proces, kterého lze dosáhnout různými způsoby (Warburton, Turnbull, & Hough, 2005).

Poměrně často bývá pojem kontrolované užívání používán pro označení takového užívání, které nevede k problémům se zákonem a zdravotním potíží (Dalgarno, & Shewan, 2005). Dle jiného názoru jde o pravidelné užívání, které nevede k abúzu či rozvoji závislosti a nenarušuje běžné fungování ve společnosti (Waldorf, Reinerman,

& Murphy, 1991). Pro účely výzkumu je možné vymežit kontrolované užívání konkrétním počtem užití za týden. Například autoři studie zabývající se kontrolovaným užíváním jako možným cílem léčby závislosti na marihuaně, stanovili maximálně tři dny v týdnu, kdy může být droga užitá. V praxi je však tento způsob definice nevhodný především z důvodu variability obsahu psychoaktivních látek v droze (Lozano, Stephens, & Roffman, 2006). Harding (1988) dodává, že frekvence užívání může být jedním z ukazatelů nepřítomnosti syndromu závislosti, ale rozhodně by neměla být jediným indikátorem. Kvantitativní měření četnosti konzumace drogy vypovídá více o tom, zda užívání nabývá kompulzivního charakteru, než o tom, zda je kontrolováno. Z toho vyplývá nedostatečnost pojmů rekreační (recreational), příležitostné (occasional) nebo náhodné (casual) užívání pro vysvětlení konceptu kontrolovaného užívání. Skutečnost je navíc taková, že pojmy bývají užívány zaměnitelně a jejich vymezení prostřednictvím údajů o frekvenci, množství a souvislostech užívání je nejednotné.

4.2 Výzkumy a vybrané teorie kontrolovaného užívání drog

V 70. letech se objevily snahy o vědecké zkoumání nealkoholových drog zejména ze dvou hlavních důvodů. Prvním byl rychle rostoucí počet uživatelů marihuany, který nebyl následován výskytem většího počtu negativních zdravotních důsledků, a druhým bylo publikování několika menších výzkumů, které poskytly jiný pohled na užívání drog. Především šlo o závěry Robinse a jeho spolupracovníků (1974 in Harding, 1988), kteří na základě výsledků studie veteránů z války ve Vietnamu, došli k hypotéze, že ani užívání heroínu nemusí nutně vést k vytvoření závislosti nebo k užívání, které by jedince vyřadilo z běžného života. Norman Zinberg začal zkoumat kontrolované užívání marihuany, psychedelických drog a opiátů poprvé v roce 1973. Později rozvinul ve svém díle „Drug, Set, and Setting“ (1984) vlivnou teorii, která je inspirativní i v současnosti a řada dalších autorů z ní vychází. V jeho třífaktorovém modelu kontroly hrají roli vlastnosti drogy (drug), individuální postoj k droze (set) a sociální kontext, ve kterém je droga užívána (setting).

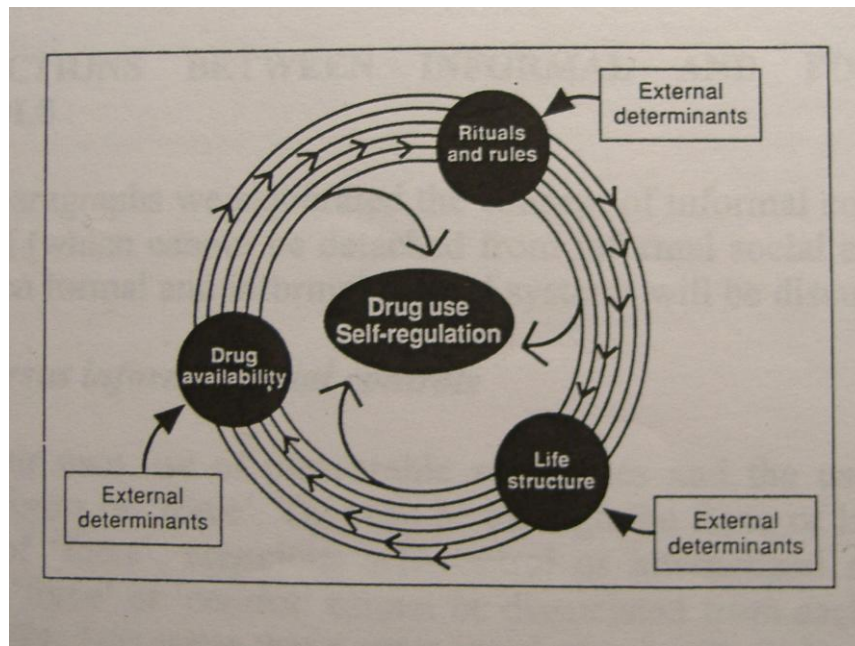
Další teorie týkající se uživatelů heroínu je v hlavním aspektu odlišná od většiny zmíněných, jelikož kontrolované užívání nestaví do opozice vůči závislému vzorci užívání, ale tvrdí, že existuje víc typů uživatelů a jedním z nich je kontrolující se závislý.

Kontrolující se závislý nemá pocit, že by byl „otrokem“ drogy, rozhoduje se racionálně a autonomně, ale při přerušení přísunu návykové látky se u něj objevují abstinenční příznaky. V souladu s tímto tvrzením, fyzická závislost nemusí být vždy příčinou problémového užívání. Kromě faktorů poprvé popsanych Zinbergem, je v otázce dosahování kontroly důležitá dostupnost návykové látky, frekvence a množství dávek, efekt, který člověk od drogy očekává a sladění užívání s běžným životním režimem. Udržování stabilních vzorců užívání bez častých výkyvů a plánování konkrétních aspektů užívání patří k důležitým prvkům kontroly (Warburton, Turnbull, & Hough, 2005).

Mnozí autoři vychází ze Zinbergova (1984) tvrzení, že kontrolovaní uživatelé si sami vybírají okolnosti, ve kterých drogu užijí a tento regulovaný vzorec udržují v průběhu své drogové kariéry. To znamená, že jsou schopni vykonávat kontrolu jak nad frekvencí užívání, tak nad množstvím drogy, které je užito. Sociální rituály a sankce jako regulační mechanismy jsou první podmínkou kontrolovaného užívání. Kontrolované užívání je v tomto pojetí výsledkem interakce mezi drogou, postojem uživatele k ní a sociálním kontextem, ve kterém užívání probíhá. Od narkomanů se kontrolovaní uživatelé liší počtem sociálních rituálů, které ovlivňují užívání a brání vzniku kompulzivního charakteru chování ve vztahu k psychoaktivní látce (Zinberg, 1984). Druhou podmínkou jsou individuálně formulované strategie, které si uživatelé stanovují a tím dosahují jisté úrovně kontroly nad návykovou látkou (Blackwell, 1983).

Grund (1993) přidal k Zinbergovo rituálům a pravidlům ještě dostupnost drogy a životní strukturu. Vytvořil tak třífaktorový model kontrolovaného užívání (Drug Availability, Rituals and Rules, Life Structure - DARRLS). Životními strukturami míní činnosti, povinnosti, závazky, cíle, kontakty a další kulturní, socioekonomické a osobnostní faktory, které se nutně nemusí vztahovat k návykové látce. Co se týká dostupnosti drog, „*při jejich stabilní nabídce mají uživatelé větší prostor k plánování epizod užívání, zatímco při častých výpadcích nabídky podléhají chaotickému vzorci „beru, dokud je“*“ (Morávek, 2007, 449). Celkově jde o trojici interaktivních faktorů, které ovlivňují úroveň seberegulace v procesu kontroly užívání drog (Grund, 1993). Vztah mezi jednotlivými prvky modelu je znázorněn na Obrázku 1.

Obrázek 1: Třífaktorový model kontroly (DARRLS) dle Grunda (1993)



Zdroj: Grund (1993, 248)

Blackwell (1983) na základě analýzy rozhovorů s 51 uživateli opiátů, došel ke zjištění, že kontrolovaní uživatelé si formulují svoje individuální strategie, které jim pomáhají zajišťovat kontrolu nad užíváním. U každého byly tyto strategie jiné, ale u všech platilo, že když se zhoršovalo jejich fungování v běžném životě, omezili užívání. Jde o zodpovědnost, kterou uživatelé cítili, ať už jako jednotlivci nebo v kontextu sociálních či pracovních vztahů. Různé druhy kontroly jsou tím, co odlišuje rekreační uživatele od těch, kteří se stanou na heroinu závislí.

4.3 Kontrolované užívání konopných drog

Závěry mnohých realizovaných studií poukazují na skutečnost, že vedle skupiny těžkých uživatelů marihuany, kteří mají zkušenost se závislostí a s ní souvisejícími problémy, existuje také mnoho lidí, kteří užívají marihuanu umírněně a patrně jen s malým negativním vlivem. Přesto je dosud nejasná definice kontrolovaného užívání (Lozano, Stephens, & Roffman, 2006). Jak konstatuje po provedení rešerše vědeckých článků Morávek (2007), neexistuje specifická teorie kontrolovaného užívání konopí.

Studie uživatelů konopných drog v Amsterdamu, Brémách a San Franciscu ukázala, že 62 % až 73 % uživatelů používá ke kontrole užívání nějaká pravidla - nekonzumují drogu během práce nebo studia (35-39 %), během dne (5-29 %), ráno (4-21 %) a v přítomnosti malých dětí (3-17 %). Často uplatňují jiná, ve studii nepojmenovaná, pravidla (34-47 %). Dalším znakem umírněného užívání je to, že existují situace, ve kterých respondenti nechtějí užívat. Mezi nejčastěji zmiňované patří práce a studium (52-69 %), řízení motorového vozidla (8-26 %), setkání s rodiči (4-17 %), oficiální události na veřejnosti (6-16 %), situace, které vyžadují koncentraci (11-20 %) nebo setkání s příbuznými (10-15 %). Autoři došli k těmto závěrům na základě dotazníkového šetření celkem 536 uživatelů kanabinoidů (Cohen, & Kaal, 2001).

Oreský (2015) v rámci své bakalářské práce provedl kvalitativní analýzu dat získaných prostřednictvím rozhovorů se sedmi uživateli a došel ke zjištění, že příležitostní i častí uživatelé marihuany berou na vědomí rizika, která jsou s užíváním spojená. Své chování regulují v následujících čtyřech oblastech: povinnosti (škola, práce), kontakt s autoritami (rodiče, učitelé), vyhýbání se problémům souvisejícím s porušováním zákonů (např.: řízení pod vlivem THC) a dostupnost a cena návykové látky. Respondenti upravují způsob užívání a množství užití látky tak, aby negativní účinky THC minimalizovali a pozitivní maximalizovali. Příležitostní uživatelé jsou méně ohroženi sociálními riziky, jelikož frekvence a rozsah užívání nezasahuje do jejich životů tak jako u náruživějších uživatelů. S rostoucí intenzitou užívání se pojí častější užívání o samotě a lepší schopnost ovládat a kontrolovat svůj psychický stav v průběhu intoxikace.

4.4 Typologie kontrolovaných uživatelů

Alfred Lindesmith (1957 in Harding, 1988) jako jeden z prvních zveřejnil své poznatky o uživatelích heroínu, kteří užívají pro potěšení (pleasure users, joy poppers) a liší se od ostatních uživatelů tím, že se nestanou závislými. Své tvrzení podložil popisem případů, kdy jedinec měl dva až tři roky stabilní a lukrativní zaměstnání, které si udržel i přesto, že užíval. Takový vzorec užívání pojmenoval jako regulovaný nebo kontrolovaný zvyk.

Dalším, kdo se zabýval tím, zda rekreační užívání heroínu vede nevyhnutelně k závislosti, byl Blackwell (1983). Zkoumaný vzorek 51 respondentů z Londýna a okolí rozdělil na epizodické a pravidelné uživatele podle frekvence a pravidelnosti vzorců

užívání. Došel k závěru, že prvky sociálního prostředí a osobnostní charakteristiky, které staví limity ve vztahu uživatele k návykové látce, jsou tím, co zajišťuje kontrolu. Když se respondentů ptal, proč se ostatní stanou závislými a oni nikoliv, častou odpovědí bylo, že nezávislí mají i jiné zájmy a aktivity než je užívání drog a v budoucnu chtějí realizovat svoje plány. Závislí podle odpovědí respondentů již nemají co ztratit - mohou být sociálně a kulturně deprivovaní a chybí jim atraktivní modely rolí a realistické aspirace. Pro přesnější orientaci rozdělil kontrolující se uživatele do třech skupin. „Tuláci“ (drifters) jsou příležitostní uživatelé, které psychotropní efekt heroínu ve větší míře neoslovil. Označování tak mohou být též ti, u nichž se nevyvine závislost, protože nitrozilní aplikace v nich vyvolává negativní pocity nebo jí nejsou schopni sami realizovat. Zásadní vliv na pokračování či ukončení užívání mají u „tuláků“ sociální vztahy a zájem o jiné aktivity. Když se v životě „tuláka“ objeví například zajímavá práce, jeho partner přestane užívat nebo se dostane na prestižní školu, tak příliš neváhá a s užíváním skončí. Další skupinou nezávislých uživatelů jsou takoví, kterým se účinky heroínu líbí, ale různými způsoby užívání regulují (controllers). Konzumaci heroínu omezí či ukončí, když začnou pociťovat negativní zdravotní důsledky, necítí se psychicky dobře nebo znají těžkého uživatele a uvědomí si, jak heroín zhoršuje jeho stav a situaci, v níž se nachází. Mohou také dojít k závěru, že denní užívání po nějaké době přestává být zábavné a proto se vrátí k méně častému užívání. Poslední skupinu tvoří jedinci, kteří zažili epizodu závislého užívání, ale tu překonali (overcome) a nestali se chronicky závislými. Celkovým závěrem Blackwellovy studie je tvrzení, že chronická závislost zřejmě není nutným důsledkem rekreačního užívání opiátů. Někteří uživatelé jsou schopni svoje chování kontrolovat.

Typologii pravidelných kuřáků marihuany navrhnul jako jeden z výsledků výzkumu Jan Morávek et al. (2008). Studie se mohli zúčastnit jedinci ve věku 15-29 let, kteří v posledních sedmi dnech alespoň jednou užili marihuanu. Data byla získána prostřednictvím polostandardizovaných rozhovorů a zúčastněného pozorování. Následně byla data analyzována použitím metod zakotvené teorie. Výstupem analýzy jsou tři skupiny uživatelů - týdenní kontrolující se uživatelé mají poměrně striktní pravidla a jejich užívání má ritualizovanou podobu. Pro každodenní kontrolující se uživatele je zvládnutí běžných povinností nadřazeno užívání i přesto, že užívají často. Na rozdíl od nich nekontrolující se každodenní uživatelé kouří marihuanu v jakékoliv situaci (v práci, při řízení, v průběhu celého dne) a subjektivně nemají problém zvládnout všechny činnosti ve stavu intoxikace. Otázkou však zůstává, zda nejde jen o jejich pocit „zvládnutí zhulenosti“.

4.5 Kontrolované užívání jako jeden ze způsobů užívání návykových látek

Jak již bylo zmíněno, psychoaktivní látky je možné užívat různým způsobem od jednorázového užití ze zvědavosti přes příležitostné užívání až po užívání naplňující kritéria závislosti.

Abúzus (nadužívání, zneužívání) je termín používaný v různém významu. Dle Úmluv OSN se týká jakéhokoliv užití bez ohledu na jeho frekvenci. DSM-IV definuje abúzus jako maladaptivní vzorec užívání, který vede ke vzniku obtíží v rovině psychické, fyzické či sociální (Kalina et al., 2001). Rozlišován je abúzus bez návyku, s návykem, jednorázový, opakovaný, příležitostný, pravidelný a periodický (Hartl, & Hartlová, 2004). Pokud jedinec občas a nepravidelně „zkouší“ různé druhy drog, bývá označován jako **experimentátor**. Příležitostné užívání od rekreačního rozlišuje Kalina et al. (2001). **Příležitostné užívání (occasional use)** nenaplnuje kritéria závislosti a neprobíhá častěji než jednou týdně. **Rekreační užívání** charakterizuje užívání drog (typicky marihuany, LSD nebo extáze) za různých společenských a rekreačních okolností. Jde o neodborný a nepřesný pojem, jelikož „*všechny typy užívání mohou být čas od času společenské a rekreační*“ (Kalina et al., 2001, 91). Pokud jedinec užívá návykovou látku alespoň jednou týdně, hovoří se zpravidla o **pravidelném užívání (regular use)**. Od něj se odvíjí nejen životní styl, ale většinou také určité negativní důsledky. Dle MKN-10 jde o tzv. škodlivé užívání (ill-usage) (Kalina, 2003a). V literatuře se však vyskytuje i jiné pojetí pravidelného užívání, dle kterého termín „*zahrnuje široké rozpětí frekvencí dávek od každodenní konzumace až po jednu dávku měsíčně*“ (Iversen, 2006, 94). Spilka, Janssen a Legleye (2013) definují pravidelné užívání jako deset a více užití za měsíc. **Rizikové užívání (risk use)** se může týkat všech druhů drog. Vede k větší pravděpodobnosti zdravotního a sociálního poškození jako důsledku užívání drog (Kalina et al., 2001). **Problémové užívání** je možné charakterizovat jako takové užívání, které vede k negativním zdravotním či sociálním důsledkům, jež pociťuje buď pouze uživatel, nebo i jeho okolí. Často bývá specifikováno jako intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, amfetaminů a kokainu (EMCDDA, 2008). Do tohoto pojmu dříve nebylo zahrnováno užívání konopných drog a extáze (Kalina, 2003a). V roce 2013 byla definice problémového užívání drog dle EMCDDA rozšířena - u konopných drog jde o téměř denní až denní užívání nebo o takové užívání, které je spojeno se zdravotními či sociálními problémy (Thanki, & Vicente, 2013). Dělení druhů abúzu drog dle Nožiny (1997, 15) je uvedeno v Tabulce 6.

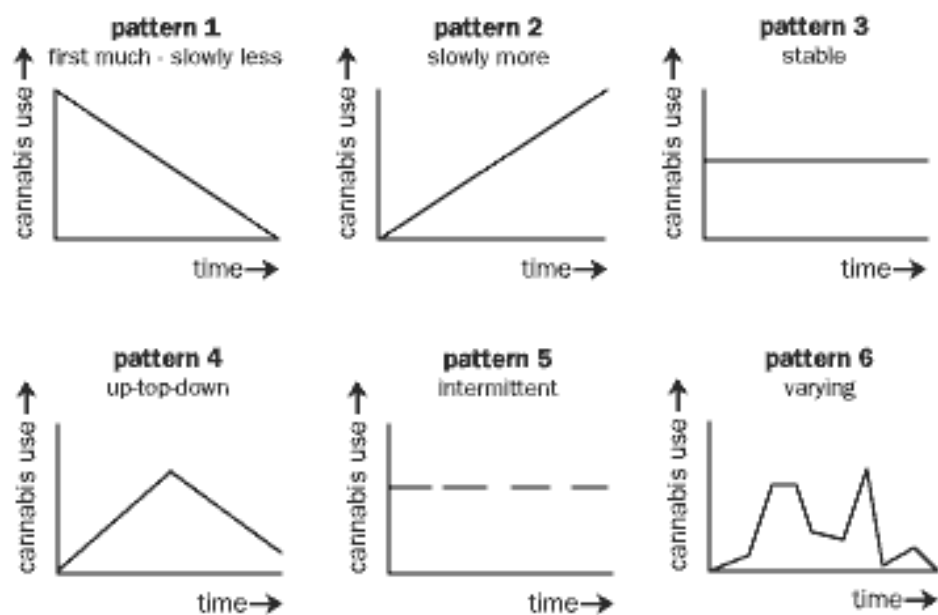
Tab. 6: Druhy abúzu drog

Příležitostně-experimentální zneužívání	Zřídkaivé, sporadické užívání, ne více než čtyřikrát až pětkrát za život, jako experiment a pouze za jistých úvodních podmínek.
Rekreační zneužívání	Mírně časté; jedinec nekupuje drogy přímo, ale neodmítá je, jsou-li mu nabídnuty. Užívá je na večírcích nebo při jiných společenských a oddychových příležitostech.
Příležitostné zneužívání	Častější; jedinec si nakupuje vlastní drogy, které užívá za určité situace, při určité příležitosti (pro povzbuzení, aby se vyrovnal s obtížemi, aby získal odvalu aj.).
Intenzivní zneužívání	Velice časté; jedinec má stále menší a menší kontrolu nad drogou a užívá ji při stále obvyklejších příležitostech, až dosáhne denního užívání; stále si udržuje iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání.
Nuceně-závislé zneužívání	Nezbytné a nucené užívání drog, denně nebo i vícekrát za den, jedinec je neschopen být bez drogy, která pokrývá všechny jeho potřeby. Je nucen ve stále rostoucí míře riskovat, aby si byl schopen zajistit drogu nebo peníze nutné k jejímu nákupu; není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní cizí pomoci.

Zdroj: Nožina (1997, 15)

Hathaway (2004) došel na základě studie 104 uživatelů konopných drog (téměř polovina respondentů byla každodenními uživateli) z Toronta k závěru, že problematické užívání kanabinoidů je značně subjektivní a závislé na kontextu a okolnostech. Respondentům předložil šest typů průběhu drogové kariéry (viz Obrázek 2) podle Cohena a Kaalové (2001), ze kterých vybral čtyři hlavní, nejčastěji se vyskytující.

Obrázek 2: Vzorce užívání konopných drog



Zdroj: Cohen, & Kaal (2001, 47)

Hathaway (2004) dále hodnotil souvislost mezi jednotlivými vzorci užívání a rizikem rozvoje závislosti. Z jeho výzkumu vyplývá, že jedinci se stabilním vzorcem užívání mají méně problémů spojených s užíváním, i když návykovou látku konzumují častěji a ve větším množství než ti, jejichž vzorec užívání má proměnlivý charakter. Riziko rozvoje závislosti (dle kritérií DSM-IV) je vyčísleno na Obrázku 3.

Obrázek 3: Vzorce užívání a riziko vzniku závislosti

Use levels and dependence by career pattern (N=93)					
<i>CAREER PATTERN</i>	<i>PAST-YEAR USE</i>		<i>DEPENDENT USE</i>		
	<i>Daily</i>	<i>Oz. +/Mo.</i>	<i>Lifetime</i>	<i>Past Year</i>	
	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	
Pattern 2 (slowly more)	63.6	22.7	22.7	18.2	(N=22)
Pattern 3 (stable)	78.9	47.4	5.3	0.0	(N=19)
Pattern 4 (up-top-down)	45.0	10.0	35.0	10.0	(N=20)
Pattern 6 (varying)	37.5	21.9	46.9	28.1	(N=32)
Totals	53.8	24.7	30.1	16.1	(N=93)
<i>Pearson Chi-Square</i>	<i>.021</i>	<i>.051</i>	<i>.014</i>	<i>.053</i>	

Zdroj: Hathaway (2004, 412)

Závěrem lze konstatovat, že kontrolované užívání je jedním z druhů neobtěžujícího (unobtrusive) užívání - neobtěžuje ani jedince, ani společnost (Dalgarno, & Shewan, 2005).

4.6 Aplikace poznatků do praxe

I když většina programů primární prevence cílí na to, aby lidé nebrali drogy, Apsler (1982) přichází s kontroverzní myšlenkou, že primární prevence by mohla jedince „učit, jak užívat drogy zodpovědně“. Podle slov autora jednou nastane den, kdy pracovníci primární prevence zjistí, že je nevyhnutelné učít potenciální uživatele stylům kontroly, které zajistí minimalizaci škodlivých následků užívání drog.

V rámci sekundární drogové prevence spočívá praktická využitelnost výzkumu kontrolovaného užívání ve vzdělávání uživatelů. Rozvoj informovaného a zodpovědného rozhodování ohledně drog by měl vést ke snížení negativních důsledků užívání (Morávek, 2007).

Kontrolované užívání jako cíl léčby závislosti je konzistentní s přístupem harm reduction. Z výzkumu vyplývá, že pokud uživatelé pocítují jen malé znaky závislosti a nemají velké problémy v důsledku užívání marihuany, pravděpodobně si na začátku léčby stanoví jako cíl právě kontrolované užívání. Intenzivní pocity závislosti naopak snižují přesvědčení, že kontrolované užívání je uskutečnitelným cílem (Lozano, Stephens, & Roffman, 2006).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Dlouhou dobu byla pozornost odborné společnosti zaměřena pouze na problémové užívání drog. I přesto, že společensky tolerované pití alkoholu je rozšířeným fenoménem, společensky tolerované užívání jiných návykových látek bylo ještě nedávno nemyslitelné a empiricky nepodložené. V posledních čtyřiceti letech se v zahraničí začíná vědecky zkoumat kontrolované užívání drog. Tento jev je však dodnes mnohdy definován obecně a nejednoznačně. Dalším paradoxem je skutečnost, že i když jsou konopné drogy nejvíce užívanými nelegálními návykovými látkami, výzkumů neproblémového užívání těchto látek je ve srovnání s výzkumy zabývajícími se jinými drogami málo.

Situace v České republice je v tomto ohledu ještě mizivější. Prvním cílem je proto zjistit, zda jsou dlouhodobí uživatelé konopných drog schopni užívat tyto látky kontrolovaně podle definice uvedené v teoretické části práce. S tím je spojena i otázka, co konkrétně pro uživatele znamená kontrolované užívání a jak tento pojem subjektivně vnímají. Druhým cílem je popsat, jak kontrolované užívání vypadá v co nejširších souvislostech. Komplexní popis zahrnuje nejen aktuální, ale také minulou podobu užívání. Třetím cílem je zjistit, jaké faktory ovlivňují to, zda je užívání kontrolované či naopak nekontrolované (problémové). Na základě těchto cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Je možné užívat konopné drogy kontrolovaně?
2. Jak uživatelé subjektivně vnímají kontrolované užívání?
3. Jak lze komplexně popsat kontrolované užívání konopných drog?
4. Jaké faktory hrají roli v udržování kontroly?
5. Jakými pravidly uživatelé regulují užívání konopných drog?

6 Popis metodologického rámce a metod

Jak lze usuzovat ze závěrů studií popisovaných v teoretické části práce, kontrolované užívání drog je subjektivní a komplexní fenomén, který má určitý vývoj v průběhu času a událostí. Z toho důvodu byl v empirické části uplatněn kvalitativní přístup. Miovský (2006) řadí mezi klíčové charakteristiky tohoto přístupu jedinečnost a neopakovatelnost, kontextuálnost (v psychologii je málo pravidel a zákonitostí, které by byly obecně platné; většina jevů je vázána na kontext), procesuálnost a dynamiku (souhrnně řečeno historičnost - vznik, rozvoj a zánik fenoménů) a reflexivitu (výzkumník ovlivňuje procesy, které zkoumá a zpětně je jimi ovlivňován; tento jev nemusí být eliminován, ale je nutné ho popisovat a snažit se mu porozumět). Zjednodušeně lze tvrdit, že výzkum realizovaný na základě kvalitativního principu směřuje k „*pochopení celkového kontextu a emočních a psychosociálních aspektů určitého typu lidského chování*“ (Barker, 1999, 8).

Kvalitativní přístup je vhodný při počáteční exploraci výzkumného problému, nabízí možnost studovat průběh procesů v jejich přirozeném prostředí, navrhopvat teorie a hledat příčinné souvislosti. V neposlední řadě patří k výhodám získání detailního popisu a vhledu při zkoumání člověka, skupiny lidí, událostí a dalších fenoménů. Na druhou stranu získaná data nemusí být zobecnitelná na populaci nebo na jiné prostředí a sběr i analýza dat je náročná. Testování hypotéz a teorií je obtížnější než u kvantitativního přístupu. Totéž lze tvrdit také o predikci. Výsledky mohou být snadněji ovlivněny (zkresleny) výzkumníkem (Hendl, 2016).

Pozice výzkumníka při aplikaci kvalitativního přístupu je rovnocenná s pozicí účastníka výzkumu. Výzkumník spolu s participanty vytváří výzkumné situace - způsob, jak dojít ke sledovanému cíli není dopředu striktně daný (Miovský, 2006). Barker (1999, 10) upřesňuje, že „*výzkumník nezůstává skryt v anonymitě za svým dotazníkem, ale vstupuje do kontaktu s účastníkem způsobem, který vede ke sdílení osobních a intimních informací*“.

6.1 Typ výzkumu

Vzhledem ke stanoveným cílům práce byla jako typ výzkumu zvolena případová studie, kterou vystihuje snaha o pochopení určitého sociálního objektu v jeho jedinečnosti a komplexnosti (Stake, 1995 in Hendl, 2016). Objektem výzkumného zájmu (případem) jsou konkrétní osoby, které užívají konopné drogy, splňují požadovaná kritéria a souhlasily s účastí ve výzkumu. Strategií případové studie je analýza jednotlivých případů, která umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu jako komplexního fenoménu a vede k detailním a pod povrch jdoucím výsledkům (Miovský, 2006). Dle Yina (1989 in Miovský, 2006) je vhodné použít tuto strategii, pokud chceme získat odpovědi na výzkumné otázky typu *proč a jak*, dále pokud je zkoumaný problém aktuální a hranice mezi případem a kontextem nejsou příliš ostré.

Prostřednictvím případové studie je možné získat informace o dosud neznámé situaci, porozumět problematice oblasti výzkumu, navrhnout hypotézy, zpochybňovat teorie či zkoumat jedinečné fenomény. Možnost prozkoumat jeden případ a na základě toho pochopit další případy jemu podobné, je hlavní výhodou případové studie. Případovou studii nelze prokázat příčinné souvislosti a její závěry nejsou zobecnitelné, což patří mezi nevýhody, které jsou s tímto typem výzkumu spojeny (Hendl, 2016).

6.2 Metody získávání (tvorby) dat

Ke zvýšení validity byla použita metodologická triangulace, která spočívá v kombinaci jednotlivých technik sběru dat (Reichel, 2009). Data byla primárně získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Jako doplňkový zdroj dat byla zvolena metoda životní křivky, dotazník CAST a zachyceny byly též údaje z pozorování během rozhovorů.

6.2.1 Polostrukturovaný rozhovor

K získání dat ke kvalitativní analýze byly realizovány rozhovory s jednotlivými respondenty. Rozhovor je v tomto kontextu „*zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat*“ (Ferjenčík, 2010, 171). Jde o uměle navozenou sociální situaci, kdy spolu z různých důvodů komunikují alespoň dva lidé. Role tazatele a odpovídajícího se odvíjí od

míry standardizace celého procesu. Pro kvalitativní design výzkumu je jedním z vhodných způsobů získávání dat polostrukturovaný (částečně řízený) rozhovor (Reichel, 2009). Ten je také nejčastějším zdrojem dat v případě použití metody zakotvené teorie, která byla využita k analýze získaných dat (Řiháček, & Hytych, 2013).

Tazatel má předem připravené otázky (primární otázky), na které chce získat odpovědi, ale forma těchto odpovědí není stanovena a záleží na respondentovi, jakým stylem odpoví. V průběhu interview klade tazatel doplňující (sekundární) otázky, které ho napadnou. Miovský (2006) v tomto kontextu používá pojem jádro interview, který vystihuje minimum otázek a témat, jež tazatel musí probrat. Na jádro se postupně nabalují další otázky a témata. I když je schéma specifikující okruhy otázek pro tazatele závazné, pořadí okruhů je obvykle možné zaměňovat a upravovat tak, „*abychom tím maximalizovali výtěžnost interview*“ (Miovský, 2006, 159). Většinou bývají pokládány otevřené (volné) otázky, aby respondenti byli svobodní v tom, na co a jak zareagují, což bývá hodnoceno jako velká výhoda těchto otázek. Hendl (2016) uvádí čtyři hlavní silné stránky méně strukturovaného dotazování:

- možnost ověřit si, zda dotazovaný porozuměl otázkám
- prostor k vyjádření subjektivních názorů dotazovaného
- možnost dotazovaného navrhnout souvislosti a vztahy
- konkrétní situace dotazovaného může sloužit jako námět k dalším otázkám a tématům.

Nestrukturovanost může na druhou stranu působit problémy při zpracování odpovědí (Reichel, 2009). Nevýhody této techniky sběru dat shrnuje například Hendl (2016):

- subjektivita získaných informací (záměrné či nezáměrné zkreslení ze strany respondenta)
- přítomnost výzkumníka, která může být zdrojem zkreslení
- situace, ve které probíhá interview, je často uměle navozená
- pokud respondenti neumí vyprávět, je náročné získat bohatá data pro analýzu.

Vzhledem k tomu, že rozhovor byl použit jako prostředek k získání informací, jedná se o rozhovor poznávací (Ferjenčík, 2010). Projev tazatele by měl být autentický a přirozený. Jako účelná se též jeví eliminace nežádoucích vlivů z vnějšího prostředí (Miovský, 2006).

Na základě poznatků z literatury a výzkumů souvisejících s tématem kontrolovaného užívání byly vymezeny tyto okruhy otázek:

- 1) sociodemografické údaje
- 2) užívání alkoholu a tabákových výrobků
- 3) užívání konopných drog
- 4) kontrolované užívání konopných drog
- 5) užívání ostatních nelegálních drog

Z těchto okruhů byla vytvořena konkrétní osnova rozhovoru, která zajišťovala, že během všech rozhovorů budou respondenti dotazováni na stejná témata. Během průběžně realizované analýzy bylo zjištěno, že zejména u několika prvních respondentů nedošlo k získání dat ve všech okruzích. Z tohoto důvodu byli participanti znovu kontaktováni a dotázáni na chybějící informace. Jde o jeden z aspektů principu hermeneutické spirály, který je pro kvalitativní výzkum charakteristický - „*některé části výzkumu se cyklicky opakují. Každý další cyklus přitom probíhá na jiné úrovni - vždy při něm zohledňujeme dosažené poznatky, které do dalšího cyklu promítáme*“ (Miovský, 2006, 124). Konečná verze osnovy rozhovoru je uvedena v Příloze č. 2.

6.2.2 Doplnkové zdroje dat

Metoda životní křivky

V kontextu případové studie je rozšířena metoda životní křivky (čáry života) a časové křivky. Původně byla tato projektivní výzkumná metoda vytvořena J. Tylem. V dnešní době má mnoho podob a je oblíbená především proto, že i přes svou jednoduchost nabízí mnoho možností. Tuto techniku „*lze aplikovat prakticky na jakékoli výzkumné téma, jehož součástí je sledování určitých změn za dané časové období*“ (Miovský, 2006, 192).

Vzhledem k tématu této práce byli respondenti požádáni, aby načrtli na arch čtverečkovaného papíru vývoj konopné kariéry v průběhu svého života. Pokud byla první zkušenost izolovaná a následovalo po ní několik let abstinence od konopných drog, začátek užívání byl pro lepší přehlednost zmíněn v textu a není vyznačen v grafu. Ukázka grafického zachycení vývoje užívání je součástí Přílohy č. 3.

Dotazník CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Screeningový dotazník CAST byl vytvořen v roce 2002 ve Francii. Je určen k populačním studiím a v současné době je nejpoužívanějším nástrojem tohoto typu. Cílem dotazníku je popsat a odhadnout problémové užívání na základě epidemiologických údajů týkajících se obecné populace. Jde o šestipoložkový dotazník, jehož otázky se ptají na chování a zkušenosti související s užíváním konopných drog v posledních 12 měsících (Spilka et al., 2013). Konkrétní podoba současné verze CASTu, která byla respondentům předložena k vyplnění, je uvedena v Příloze č. 4.

Pozorování

V průběhu interview se nelze vyhnout sledování vnějších projevů respondentů a prostředí, ve kterém interview probíhá. Proto byli účastníci na začátku rozhovoru dotázáni, zda souhlasí s průběžným zaznamenáváním poznámek během konverzace. Všichni souhlasili a na přesný obsah zapsaných informací se neptali. Lze proto říct, že během realizace rozhovorů svým způsobem probíhalo skryté zúčastněné pozorování, které patří mezi extrospektivní metody (Miovský, 2006). Dle dalšího dělení se jedná o nestrukturované pozorování probíhající v umělé situaci (Hendl, 2016).

6.3 Organizace a průběh sběru dat

Komunikace s potenciálními respondenty probíhala prostřednictvím sociálních sítí nebo po telefonu. Rozhovory byly realizovány v období od ledna do dubna 2017 na území Jihočeského a Olomouckého kraje (místo není specifikováno z důvodu zachování anonymity jednotlivých respondentů). Potenciálním respondentům bylo řečeno, ať si zvolí místo, kde bude probíhat rozhovor tak, aby se cítili komfortně a bezpečně. Většina interview se po domluvě uskutečnila v restauračním zařízení (hospoda, kavárna), ostatní v bytě respondenta (Jirka, Stanislav) nebo u respondentova známého, který tuto možnost sám nabídl (Milena, Daniel).

V úvodu setkání bylo potenciálním respondentům přiblíženo téma diplomové práce, účel výzkumu a tematické okruhy, na které budou v případě souhlasu s účastí ve výzkumu

dotazování. Objasněna byla v první řadě otázka anonymity, která byla pro některé respondenty velmi citlivým tématem. Z tohoto důvodu byla upřednostněna ústní forma informovaného souhlasu, která byla pro respondenty přijatelnější. Účastníci byli ubezpečeni, že mohou kdykoliv odmítnout odpovídat na položenou otázku nebo ukončit spolupráci bez udání důvodu. Před začátkem samotného interview byli respondenti znovu ujištěni o anonymitě a vyzváni, ať se zeptají na jakékoli nejasnosti.

Po zjištění základních sociodemografických údajů následovalo polostrukturované interview spolu s dalšími doplňujícími metodami tvorby dat. Respondenti byli nejprve požádáni, aby se pokusili na arch papíru vyznačit křivku, která by co nejvěrněji vystihovala užívání konopných drog v průběhu jejich života. Během této techniky začali většinou spontánně mluvit o zkušenostech s marihuanou a tím zodpověděli i mnohé otázky z rozhovoru, který plynule navazoval na metodu životní křivky. Pořadí kladených otázek bylo operativně přizpůsobováno tak, aby byl zachován co nejpřirozenější průběh celého interview. V případě potřeby byly pokládány doplňující otázky pro upřesnění, rozvinutí či lepší pochopení odpovědi. Nestalo se, že by někdo odmítl odpovídat na některou z položených otázek. Ke konci setkání byl administrován screeningový dotazník CAST. Ačkoliv jde o velmi krátký dotazník (6 položek s dichotomickou volbou odpovědí ano-ne), téměř všichni respondenti se nad některými otázkami (konkrétně 4. a 5.) pozastavovali a hodnotili je jako nevhodně formulované. Celkově lze říct, že tato metoda vyvolala negativní reakce.

V závěrečné fázi bylo ověřeno, zda je účastník rozhovoru v pořádku a nedošlo k vyvolání ohrožujících vzpomínek či uvedení do rizikového psychického stavu. Většina respondentů hodnotila rozhovor jako přínosný (zamyšlení se, utřídění si událostí v životě, nový pohled na věc...) a příjemný (popovídání si, vzpomínání na „staré časy“, na „mládí“, akce...). Celá interakce probíhala v neformální atmosféře. Styl komunikace byl přizpůsoben jednotlivým respondentům. Snaha o naladění se na respondentův jazykový projev zde sloužila k lepšímu pochopení jeho sdělení (Charmaz, 2003). Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala mezi 50 až 170 minutami. Průměrně trval jeden rozhovor kolem 90 minut.

V průběhu interakce probíhalo skryté zúčastněné pozorování. Získané údaje byly zapisovány.

6.4 Metody zpracování a analýzy dat

Rozhovory byly nahrány na diktafon a při ručním přepisu do textové podoby (Microsoft Office Word 2007) byla provedena redukce prvního řádu (Příloha č. 5). Text byl pro zlepšení přehlednosti rozčleněn na jednotlivé otázky a k nim patřící odpovědi. Životní křivky byly co nejpřesněji přeneseny do počítačové podoby (Microsoft Office Excel 2007). Snaha o sjednocení měřítka měla za cíl umožnit porovnávání jednotlivých křivek mezi sebou. Z hlediska absence objektivního měřítka množství a frekvence užívání bylo operováno s pojmem „počet užití“ za určité časové období. Ke každému přepsanému rozhovoru byly zapsány také údaje z pozorování.

Data byla analyzována průběžně v duchu již zmíněného principu hermeneutické spirály. Proces tvorby, zpracování a analýzy dat probíhal cyklicky, každý další cyklus na jiné úrovni (Miovský, 2006).

Získaná data byla analyzována prostřednictvím zakotvené teorie a jejích dílčích procesů, kterými jsou otevřené, axiální a selektivní kódování. Tento přístup bude proto nyní stručně charakterizován.

6.4.1 Metoda zakotvené teorie

Vzhledem k tomu, že kontrolované užívání drog je komplexním procesem, který je ovlivňován mnoha faktory a má různé podoby, byla k analýze zvolena metoda zakotvené teorie, konkrétně pojetí Strausse a Corbinové. Tento často využívaný přístup nabízí flexibilní induktivní strategii, jejichž výsledkem je teorie „zakotvená“ v získaných datech. Jednotlivé případy, zkušenosti a události (pojmy) jsou postupně seskupovány do abstraktnějších kategorií (tříd pojmů), které vysvětlují, co daná data indikují (Strauss, & Corbinová, 1999). Kategorie data nejen slučují, ale též napomáhají k interpretaci a identifikaci vztahových vzorců mezi nimi. Metoda je užitečná jak pro deskripci zkoumaného jevu, tak pro vytváření teoretických koncepcí (Charmaz, 2003).

Analýza bývá často označována jako kódování. Kódování „představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby“ (Strauss, & Corbinová, 1999, 39). Proces analýzy je možné dělit na tři části. Označení těchto částí se v jednotlivých zdrojích mírně liší. Řiháček a Hytych (2013) dělí pro

přehlednost celý proces na 1) tvorbu konceptů, 2) hledání teoretických vztahů mezi koncepty a 3) volbu ústředního konceptu a formulaci teorie. Miovský (2006) se drží názvů otevřené, axiální a selektivní kódování.

Otevřené kódování (tvorba konceptů)

Prvním krokem je hledání významových jednotek - částí textu, které obsahují informace vztahující se k výzkumné otázce. Jsou složeny z pojmů označujících jednotlivé jevy, pocity, soudy a další (Mioviský, 2006). Každá významová jednotka je vyznačena a následně stručně pojmenována (okódována). „*Pro vytvoření kódu můžeme využít své vlastní pojmenování, nebo si vypůjčit slova samotných participantů*“ popisují Řiháček a Hytych (2013, 48). Kódy slouží k rozdělení dat do kategorií. Měly by být výstižné a aktivní. Cílem je vidět svět očima respondenta a pochopit logiku jeho zkušeností a zážitků (Charmaz, 2013). Porovnáváním a tříděním významových jednotek vznikají abstraktnější kategorie. Tento proces se nazývá kategorizace. Každá kategorie má svoje vlastnosti a dimenze. „*Vlastnosti jsou znaky nebo charakteristiky náležející kategorii. Dimenze je umístění takové vlastnosti na nějaké škále*“ (Mioviský, 2006, 229). Jádrem metody zakotvené teorie je neustálé porovnávání kategorií a pojmů, které do těchto kategorií budou zařazeny a které nikoliv (Řiháček, & Hytych, 2013). Příklad pro ilustraci této části analýzy je uveden v Příloze č. 6.

Axiální kódování (hledání teoretických vztahů mezi koncepty)

Vzhledem k tomu, že podstatou teorie není pouhé definování jednotlivých konceptů, ale tvorba vztahů mezi těmito koncepty, dalším krokem po otevřeném kódování je axiální kódování (Řiháček, & Hytych, 2013). Jde o induktivně-deduktivní proces, který zahrnuje hodnocení toho, jak spolu koncepty souvisí. Ačkoliv se mnozí autoři nepoužívají totožná pojmenování konkrétních postupů, shodují se v tom, že „*není dostačující pouze konstatovat, že „koncepty A a B spolu souvisejí“*“, je potřeba jejich vztah podrobněji specifikovat“ (Řiháček, & Hytych, 2013, 51). Dle Mioviského (2006) tento proces zahrnuje příčinné podmínky, kontext, intervenující podmínky, interakce a následky, které se vztahují k ústřednímu jevu (myšlenka, události či případu). Jednoduše řečeno, mezi

kategoriemi a subkategoriemi je hledán vzájemný vztah, který je následně popisován. Zásadní je nalezení a zachycení objevujících se podobností i rozdílů.

Selektivní kódování (volba ústředního konceptu a formulace teorie)

Tato fáze vychází z volby centrální kategorie (ústředního konceptu), která je hlavním tématem celkové analýzy. Centrální kategorie je propojována s ostatními kategoriemi. Prostřednictvím těchto postupů vzniká teorie zakotvená v datech. Integrace jednotlivých konceptů by měla probíhat tak, aby výsledná teorie co nejpřesněji odpovídala na výzkumnou otázku (Řiháček, & Hytych, 2013). Zachycení a popis vztahů mezi kategoriemi explicitně vyjadřuje význam analýzy a vede k lepšímu pochopení jednotlivých souvislostí (Charmaz, 2003).

6.5 Etické problémy a způsob jejich řešení

Jelikož psychologický výzkum provází řada etických problémů, dle Miovského (2006) je vhodné o nich uvažovat alespoň ve třech rovinách. První rovinou je výzkumné pole, tedy fyzický, biologický, psychologický a sociální prostor, ve kterém výzkum probíhá. Výzkumník tento prostor ovlivňuje a také je jím zpětně ovlivňován. Proto je nutné vznikající vazby reflektovat.

Druhým problémem je ochrana účastníků výzkumu. Nezbytnou nutností je získání informovaného souhlasu. Potenciální účastník výzkumu musí být obeznámen s povahou a účelem výzkumu, ubezpečen, že může kdykoliv odstoupit (nebo odmítnout odpovědět na otázku) a teprve pokud se vším dobrovolně souhlasí, stává se skutečným účastníkem studie. Jelikož se tato práce zabývá užíváním nelegální látky, nebyli respondenti dotazováni na žádné osobní údaje, prostřednictvím kterých by se stali identifikovatelnými. Z tohoto důvodu byl informovaný souhlas proveden ústně a respondentům byla pro účely této práce přiřazena fiktivní jména. Hendl (2016) dokonce považuje za ideální situaci, kdy ani výzkumník nezná identitu respondentů. Zcela samozřejmé je pravidlo, že nesmí dojít k psychické ani fyzické újmě či poškození. To se týká nejen účastníků výzkumu, ale také samotného výzkumníka, který by si měl hlídat hranice kontaktu a v případě pocitu

ohrožení jej přiměřeně ukončit. Účast ve výzkumu nebyla odměňována, což se respondenti dozvěděli před udělením informovaného souhlasu.

Třetí rovinou, kterou nelze opomenout, jsou pravidla chránící výzkumníky. Kromě zmíněné ochrany hranic si výzkumník musí chránit své soukromí, jelikož během realizace výzkumu mohou vznikat nejen pozitivní, ale i negativní osobní vztahy. Konkrétně během studie uživatelů nelegálních návykových látek se může vyskytnout hypotetické riziko trestního stíhání výzkumníka, který nesplní povinnost oznámit spáchání trestného činu nebo toto páčání nepřeruší (Miovský, 2006).

7 Základní soubor

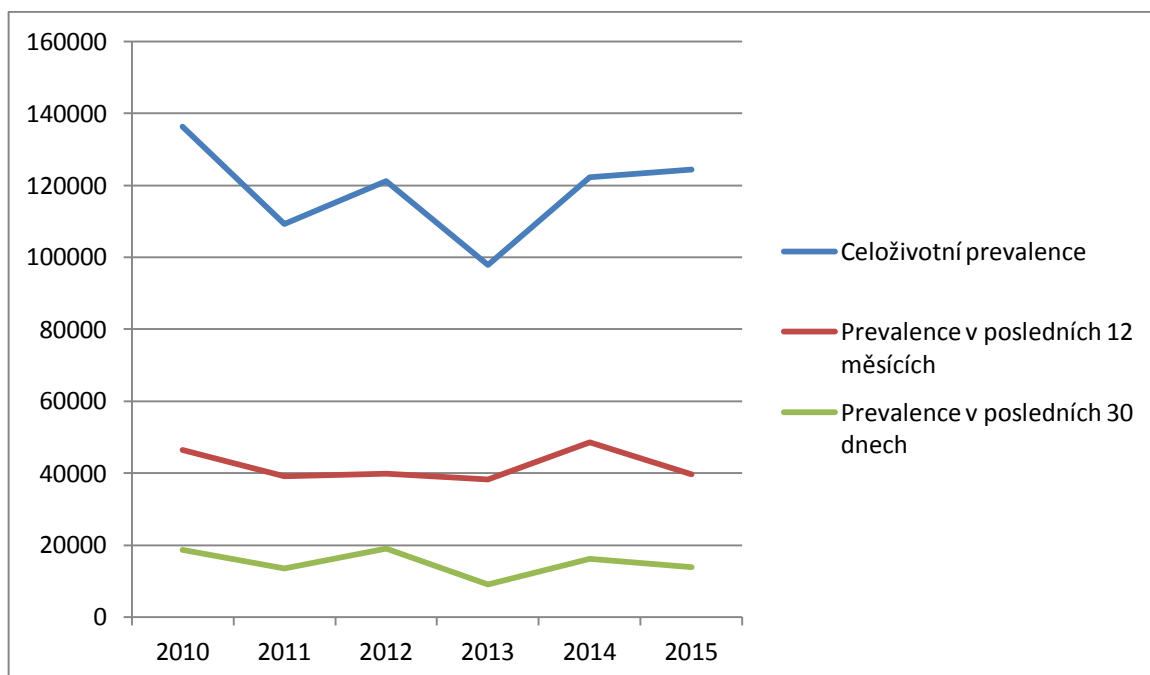
Vzhledem k tomu, že kontrolovaní uživatelé nejsou jasně definovanou podskupinou uživatelů, neexistují ani empiricky podložené odhady velikosti této skupiny. Hrubý odhad lze získat porovnáním prevalence užívání konopí v posledních 30 dnech s počtem problémových uživatelů konopí. Revidovaná definice EMCDDA hodnotí jako problémové užívání konopných drog denní či téměř denní užívání nebo takové užívání, jehož důsledkem jsou zdravotní či sociální problémy (Thanki, & Vicente, 2013). Komplikací při pokusu učinit odhad je nedostupnost aktuálních údajů o každodenním užívání konopných drog v populaci České republiky. Dle údajů z roku 2006 užívá konopí několikrát týdně či denně, tedy častěji než příležitostně, asi 1,2 % dospělé populace České republiky, což činí v přepočtu přibližně 90 tisíc lidí ve věku od 18 do 64 let (ÚZIS, 2006). Z této informace však není možné vyvodit, jaká část jedinců užívá konopí každý nebo téměř každý den a jaká nikoliv. V tomto roce navíc nebyla realizována žádná celopopulační studie, která by přibližovala rozsah užívání drog v dospělé populaci (Mravčík et al., 2007).

Jediným nástrojem k posouzení rizika užívání konopí, který byl v České republice administrován, je screeningový dotazník CAST. Výsledky tohoto dotazníku proto byly použity pro stanovení odhadu té části uživatelů, kterým konzumace THC nepůsobí problémy. Jestliže prevalence užití konopí v posledních 30 dnech byla v roce 2015 v populaci od 15 do 64 let 3,3 %, tedy 230 tisíc osob a ve vysokém riziku užívání bylo asi 80 tisíc uživatelů (Mravčík et al., 2016), 150 tisíc jedinců by patřilo do skupiny neproblémových uživatelů, za které jsou považováni experimentátoři, příležitostní a kontrolovaní uživatelé. Pokud by byli bráni v potaz všichni uživatelé, kteří byli podle skóre v dotazníku CAST rizikováni, klesl by odhad neproblémových uživatelů na 30 tisíc. Konkrétně v Jihočeském kraji, odkud pochází 12 ze 13 respondentů, činí stejně provedený odhad přibližně 8 900 neproblémových uživatelů (Oddělení prevence a humanitních činností, 22. září 2016).

7.1.1 Prevalence užívání konopných drog v Jihočeském kraji

Prevalence užívání konopných drog v Jihočeském kraji je odhadována z údajů celorepublikových šetření Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti. Přibližné přepočty jsou uvedeny v následujícím grafu:

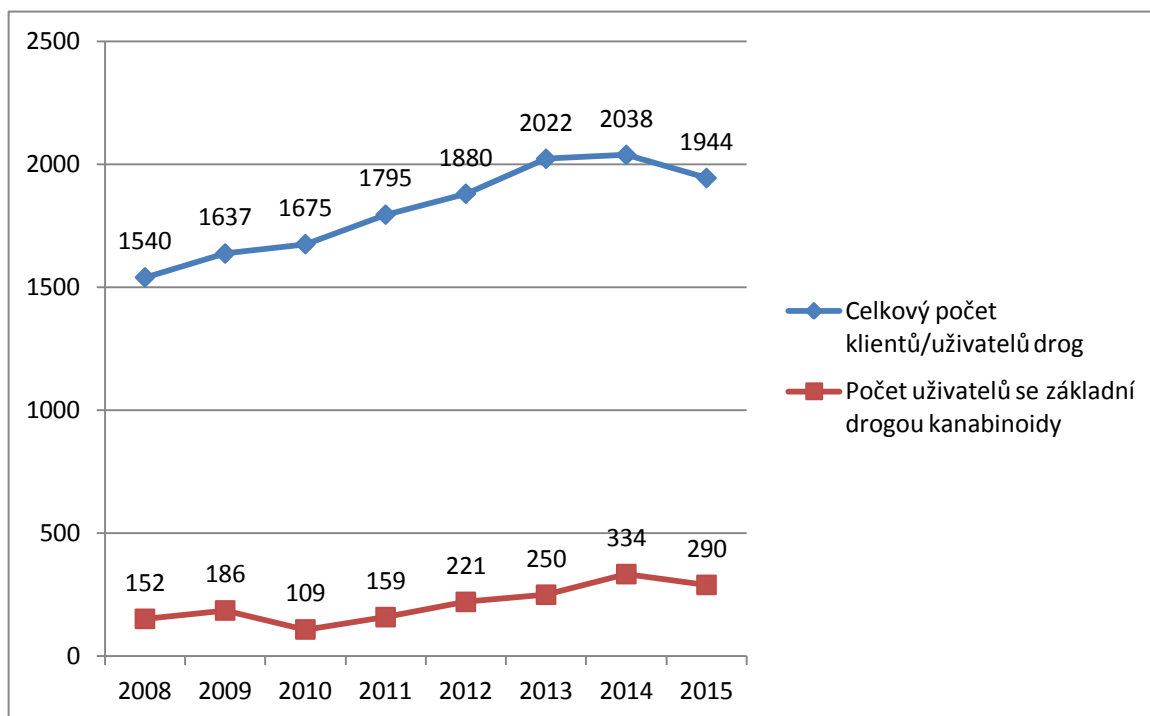
Graf 7: Odhady prevalence užívání konopných drog v obecné populaci ve věkové skupině 15 - 64 let v Jihočeském kraji



Zdroj: Mravčík et al. (2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016); Český statistický úřad (2016)

Na základě kvalifikovaného odhadu založeného na údajích z celostátní úrovně je 0,8 % dospělé populace ve vysokém riziku užívání konopí. V Jihočeském kraji jde zhruba o 5 040 obyvatel. O léčbu v souvislosti s problémovým užíváním konopí žádalo v roce 2015 v tomto kraji 25 osob. Pro srovnání, škodlivé nebo problémové pití alkoholu se dle těchto odhadů týká až 5,5 % obecné populace, v Jihočeském kraji tedy přibližně 34 650 lidí (Mravčík et al., 2016). Z porovnání statistických údajů o prevalenci problémového užívání konopných drog a počtu klientů vybraných adiktologických zařízení vyplývá (Graf 8), že jen malé procento uživatelů pociťuje negativní důsledky na takové úrovni, aby vyhledali odbornou pomoc.

Graf 8: Vývoj počtu klientů terénních programů a kontaktních center v Jihočeském kraji v letech 2008 - 2015



Zdroj: Oddělení prevence a humanitních činností (15. května 2012; 22. září 2016)

Pro účely této práce jsou za kontrolované uživatele konopných drog považováni ti jedinci, kteří užívají nebo užívali danou látku častěji než příležitostně, nikdy se neléčili z důvodu závislosti a nemají žádné zjevné psychické, fyzické či sociální problémy související s užíváním.

7.2 Výběr respondentů

Jak uvádí Miovský (2006), stále neexistuje shoda mezi jednotlivými autory, co se týká klasifikace metod výběru výzkumného vzorku. Charvát (2004) proto stanovuje základní požadavky, kterými se snaží sjednotit názory na výběr účastníků dle různých autorů:

- při použití kvalitativního přístupu se metoda výběru výzkumného vzorku během studie mění
- jelikož cílem je dosažení teoretické saturace, metoda výběru by měla být tomuto cíli přizpůsobena
- volbu dané metody je nutno zdůvodnit a následně popsat její specifické charakteristiky.

Vzhledem k tomu, že empirická část této diplomové práce je zasazena do kvalitativního rámce, byla použita kombinace nepravděpodobnostních metod výběru účastníků, u kterých není kladen požadavek na reprezentativitu výběrového souboru. Konkrétně byl proveden výběr metodou sněhové koule, metodou příležitostného výběru a metodou záměrného výběru.

„Metoda sněhové koule je určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy“ definuje Hartnoll (2003, 19) na nejobecnější úrovni tuto techniku. Celý proces začíná tzv. nultou fází, ve které jsou osloveni jedinci, u nichž víme, že splňují stanovená kritéria. Během rozhovoru jsou požádáni, aby nominovali další osoby, které by odpovídaly požadovaným kritériím. Pokud nominovaní souhlasí s účastí ve studii, výzkumník s nimi taktéž provede interview a znovu je požádá o další kontakty. Tento proces se opakuje, dokud přibývají další nominovaní a výzkumník potřebuje naplnit rozsah výběrového souboru (Hartnoll, 2003; Miovský, 2006). Postup směřuje k dosažení teoretické saturace, tedy k okamžiku, kdy další případy nepřinášejí žádné nové informace, které by změnily znění dosavadní teorie, již badatel na základě zkoumání vytvořil (Hendl, 2016). Jedním z důvodů pro aplikaci této techniky získávání výběrového souboru je snaha o vytvoření komplexního pohledu na daný jev (jaké faktory ovlivňují užívání konopných drog, jaké vzorce užívání se objevují mezi uživateli, zda si uživatelé uvědomují rozsah následků užívání pro sebe i okolí,...). Na základě smysluplného propojení jednotlivých zjištěných poznatků dochází dle Hartnolla (2003) k vytváření koncepcí, které jsou jedním z účelů výběru metodou sněhové koule.

Záměrnost výběru snižuje nutnost velkých výběrových souborů, poskytuje reprezentativnější vzorek než výběr přes instituce a i relativně malý výběrový soubor přináší mnoho cenných informací nejen o jednotlivcích, ale také o sociálních sítích, v rámci kterých se pohybují. Obtížná je otázka reprezentativity a rizikem je náročnost pro výzkumníky, kteří chtějí provést náhodný výběr kandidátů. Další nevýhodou je hrozící nebezpečí, že ve výběrovém vzorku bude více přátel než jedinců, kteří se navzájem znají jen zběžně, což může způsobit zkreslení výsledků. Jelikož účelem této práce není odhad velikosti základního souboru, ale spíš popis rozmanitých vzorců užívání, je možné upustit od náhodného výběru a požadavku na reprezentativitu (Hartnoll, 2003).

Metoda příležitostného výběru výzkumného souboru využívá příležitostí, které se vyskytnou v průběhu realizace výzkumného záměru. V baru byli osloveni jedinci kouřící marihuanu a těm, kteří byli ochotni zapojit se do konverzace, byl v průběhu rozhovoru vysvětlen důvod jejich kontaktování. Jak uvádí Miovský (2006), tato metoda se hojně používá v kombinaci se záměrným výběrem, protože umožňuje efektivní a rychlý způsob získání účastníků studie. I v této práci byla využita tato častá kombinace. Vyhledávání byli plnoletí jedince, kteří užívají konopné drogy a nikdy se neléčili s látkovou či nelátkovou závislostí. Další podmínkou byla samozřejmě jejich ochota zapojit se do výzkumu.

Poslední použitou metodou výběru byl již zmíněný **záměrný (účelový) výběr**. Dle Miovského (2006) jde o celkově nejrozšířenější způsob výběru v rámci kvalitativního přístupu. Výzkumník postupuje s cílem vyhledat účastníky dle stanovených kritérií, kterými mohou být určité vlastnosti či stav. V této práci byla stanovena následující kritéria:

1. Věk minimálně 18 let.
2. Užívání konopných drog v současné době nebo v minulosti častěji než jednou týdně (tj. intenzivnější než příležitostné).
3. Potenciální účastník výzkumu se v minulosti neléčil z důvodu látkové či nelátkové závislosti a ani v současné době není léčen.

Základním druhem tohoto typu výběru výzkumného souboru je prostý záměrný výběr. Výběr potenciálních účastníků výzkumu probíhá bez použití dalších specifických metod či strategií. Pokud není nutný příliš velký výběrový soubor a osoby jsou poměrně dobře dostupné, je vhodné uplatnit právě tento způsob výběru.

7.3 Charakteristika výzkumného (výběrového) souboru

Celkem se do výzkumu zapojilo 13 uživatelů konopných drog, konkrétně 7 mužů a 6 žen ve věku od 18 do 45 let. Průměrný věk účastníků je 31,8 let. Až na jednu respondentku žijí všichni na území Jihočeského kraje. Všichni mají stabilní zaměstnání (10 respondentů) nebo se věnují studiu (3 respondenti). Co se týká rodinných a partnerských vztahů, výzkumný vzorek pokrývá rozmanitou škálu variant.

Tab. 7: Charakteristika výzkumného souboru

Respondent	Věk	Zaměstnání/studium	Rodinný stav, partnerské vztahy, manželství a děti	Bydlení
Adéla	18 let	studentka SŠ s uměleckým zaměřením	svobodná, nezadaná, bezdětná	v pronájmu se spolubydlicí
Gábina	22 let	studentka VOŠ s uměleckým zaměřením	svobodná, nezadaná, bezdětná	v pronájmu se spolubydlicí
Sára	24 let	studentka VŠ humanitního zaměření	svobodná, 2 měsíce ve vztahu, bezdětná	v pronájmu se spolubydlicí
Ondřej	24 let	zaměstnanec v potravinářském průmyslu	svobodný, 2 roky ve vztahu, bezdětný	sám v pronájmu
Milena	28 let	prodavačka	svobodná, nezadaná, dcera (7 let)	v pronájmu s dcerou
Jírka	32 let	řemeslník	svobodný, nezadaný, bezdětný	ve vlastním bytě

Klára	34 let	OSVČ (prodej přírodních produktů, masáže)	svobodná, ve vztahu 14 let, čeká dítě	v rodinném domě s partnerem
Daniel	34 let	řidič zájezdového autobusu	svobodný, ve vztahu 7 let, bezdětný	v rodinném domě s partnerkou a jejími dětmi (syn 13, dcera 17 let)
Aneta	37 let	obsluha a provozní v kavárně	vdaná, 17 let ve vztahu (později v manželství), dva synové (5 a 9 let)	v bytě s manželem a dvěma dětmi
Tomáš	38 let	projektant (administrativní činnost)	ženatý, 13 let ve vztahu (z toho 6 let v manželství), bezdětný	v dvougeneračním domě s manželkou a svými rodiči
Jakub	38 let	OSVČ (technik a mechanik na špičkové úrovni)	svobodný, ve vztahu 18 let, dcera (7 let)	ve vlastním bytě s partnerkou a dcerou
Stanislav	39 let	kuchař	svobodný, nezadaný, syn (6 let)	v pronájmu
Hynek	45 let	truhlář	rozvedený (po 27 let trvajícím vztahu, z toho 25 let v manželství), dva synové (16 a 24 let)	v dvougeneračním domě se svými rodiči

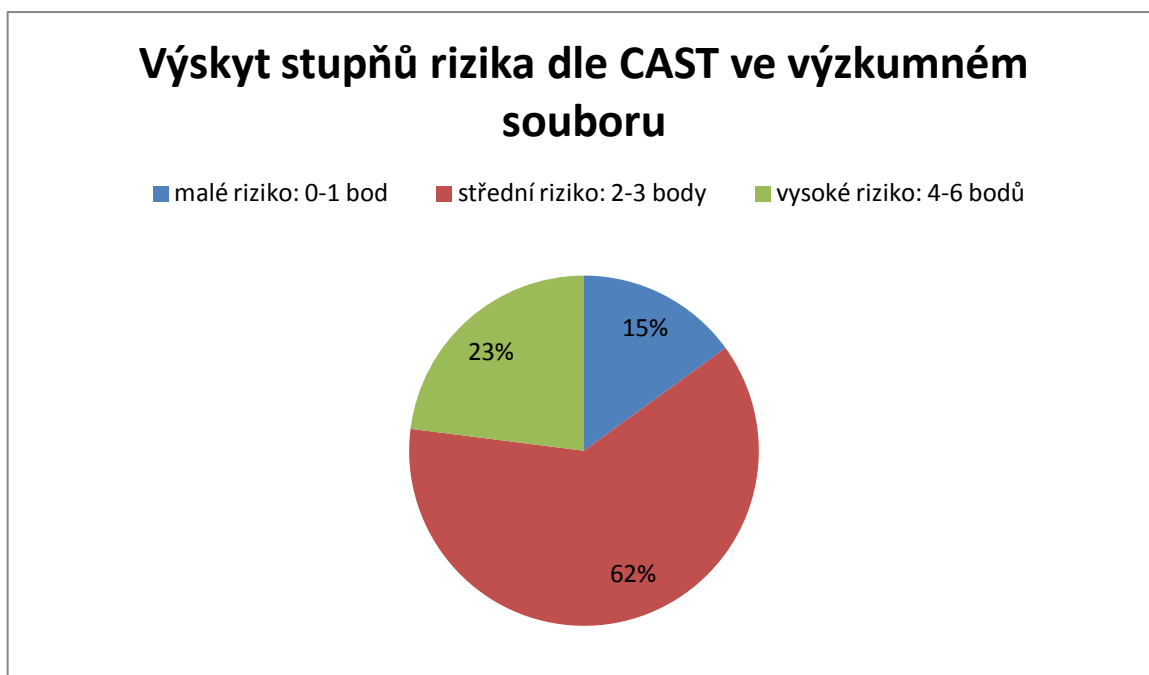
Tab. 8: Přehled užívání tabáku a vztah mezi užíváním alkoholu a konopných drog

Uživatel	Užívání tabáku	Alkohol a konopné drogy
Adéla	v 11 letech první cigareta, pravidelně kouří od 14 let, nyní 15 cigaret denně	téměř nepije, jedno ovlivňuje druhé: alkohol ☞ menší chuť na konopí konopí ☞ menší chuť na alkohol
Gábina	v 10 letech první cigareta, pravidelně kouří od 12, 5 let, nyní: přes týden 15, o víkendu 30 cigaret denně	bojí se kombinace
Sára	v 10 letech první cigareta, pravidelně kouří od 14 let, nyní 7 cigaret denně	nepodmiňuje se
Ondřej	pravidelně kouří od 18 let, nyní 10 cigaret denně	většinou nekombinuje
Milena	pravidelně kouří od 12 let, nyní 20 cigaret denně	na sobě hodně závislé; stav záleží na pořadí užití jednotlivých látek
Jírka	v 10 letech první cigareta, pravidelně kouří od 15 let, nyní 15 cigaret denně	alkohol ☞ chuť na konopí, konopí ☞ absence chuti na alkohol
Klára	tabák kouří jen v jointech	kombinace jí vadí, na alkohol nemá chuť
Daniel	v 16-17, 20 cigaret denně, nyní čtyři týdny nekouří	nepodmiňuje se, kombinace pouze „když je na to parta“
Aneta	příležitostně kouří od 25 let	téměř nepije, spíš konopí než alkohol
Tomáš	pravidelně kouří od 17 let, nyní příležitostně	alkohol spojen s konopím, konopí bez alkoholu ☞ lepší stav
Jakub	ve 21 letech první cigareta, nyní 4-5 cigaret denně	nepodmiňuje se, kombinace ☞ méně alkoholu i konopí
Stanislav	pravidelně od 16 let, nyní kouří tabák jen v jointech	konopí ☞ absence chuti na alkohol, čím více alkoholu, tím méně konopí
Hynek	pravidelně od 20 let, nyní 15 cigaret denně	kombinace bez problémů

Tab. 9: Přehled užívání nelegálních drog

Uživatel	Věk prvního užití konopí	Délka užívání	Stupeň rizika dle dotazníku CAST	Zkušenosti s dalšími psychoaktivními látkami
Adéla	14 let	4 roky	střední riziko (3 body)	x
Gábina	14 let	5 let (s pauzami)	střední riziko (2 body)	x
Sára	13, 14 let	10 let (s pauzami)	střední riziko (3 body)	příležitostně speed, extáze; experimentálně MDMA
Ondřej	15 let	4 roky (s pauzou)	střední riziko (3 body)	x
Milena	15 let	13 let (s pauzou)	vysoké riziko (5 bodů)	příležitostně extáze, LSD; experimentálně lysohlávky
Jirka	17 let	14 let (s pauzami)	střední riziko (3 body)	příležitostně extáze, LSD, lysohlávky; experimentálně kokain, šalvěj divotvorná, speed, rajský plyn
Klára	15 let	17 let (s pauzami)	vysoké riziko (4 body)	experimentálně LSD, extáze, kokain, ayahuasca
Daniel	18 let	15 let (s pauzou)	střední riziko (2 body)	příležitostně lysohlávky; experimentálně pervitin, extáze, LSD
Aneta	20 let	17 let (s pauzami)	malé riziko (1 bod)	experimentálně lysohlávky, MDMA
Tomáš	18-20 let	12 let (s pauzou)	střední riziko (3 body)	experimentálně extáze, kokain
Jakub	18 let	20 let (s pauzou)	střední riziko (2 body)	příležitostně LSD, lysohlávky, kokain, MDMA; experimentálně pervitin
Stanislav	16 let	22 let (s pauzami)	vysoké riziko (5 bodů)	příležitostně LSD, lysohlávky, pervitin; experimentálně rajský plyn, poppers, extáze, kokain, speed, opium, kodein, listy vraního oka, tečky muchomůrky červené
Hynek	17 let	17 let	malé riziko (0 bodů)	příležitostně kokain

Graf 9: Výskyt stupňů rizika dle CAST ve výzkumném souboru



7.4 Představení respondentů

Adéla (18 let)

Je studentkou střední školy s uměleckým zaměřením. V týdnu bydlí se spolužačkami v pronájmu a na víkendy jezdí domů za rodinou. Je homosexuálně orientovaná, v současné době nezadaná. První zkušenost s marihuanou má z doby, kdy navštěvovala základní školu (14 let) a od té doby se frekvence užívání odvíjí především od toho, s kým tráví svůj volný čas (sama neužívá). V nezanedbatelné míře ji ovlivňuje starší sestra Gábina. Alkohol konzumuje příležitostně, cigarety jsou pro ni nutnost. Jiných nelegálních drog se bojí, ale uvažuje o tom, že je vyzkouší, až už nebude mít co ztratit.

Gábina (22 let)

Je sestra Adély, věnuje se studiu na vyšší odborné škole s uměleckým zaměřením. Žije s dalšími studentkami v pronájmu a většinu svého volného času tráví aktivitami spojenými se studiem. Po komplikovaném vztahu si nyní udržuje určitý odstup a je nezadaná. První zkušenost s marihuanou má též z období, kdy chodila na základní školu (14 let). Vývoj užívání byl ovlivňován blízkými osobami (kamarádkou, partnerem...). Ve většině případů užívá s osobami, které dobře zná. Alkohol konzumuje příležitostně, co se týká cigaret, označuje se za „feťáka“. Z jiných nelegálních drog má strach a proto se jim vyhýbá.

Sára (24 let)

Při studiu vysoké školy si přivydělává dlouhodobou brigádou, žije v pronájmu se spolubydlící a ve volném čase navštěvuje svého partnera, který žije v zahraničí. Jejich vztah trvá dva měsíce. Užívat marihuanu začala ke konci základní školy (14-15 let), ze začátku užívala v partě, později bylo užívání ovlivňováno partnery. V současné době užívá tehdy, když má splněné studijní i pracovní povinnosti, radši s někým. Alkohol je pro ni příležitostnou záležitostí, na nikotinu je dle svých slov závislá. Poslední dobou rekreačně užívá i jiné nelegální návykové látky (MDMA, extáze, speed).

Ondřej (24 let)

Je zaměstnán v potravinářském průmyslu na pozici, která je velmi specifická a jediná v daném podniku. Žije v pronájmu. Se svou partnerkou jsou spolu přes dva roky. První zkušenost s marihuanou (15 let) ho nenadchla, až do 20 let užíval velmi ojedinele. V současné době užívá obden, většinou sám. Alkohol konzumuje příležitostně, cigarety „nemá pod kontrolou“. Jiné drogy ho nelákají, takže je ani nezkoušel.

Milena (28 let)

Svobodná matka sedmileté dcery, tři roky zaměstnaná jako prodavačka ve velkém obchodním řetězci. Žije s dcerou v pronájmu. První zážitek s marihuanou má z konce základní školy (15 let), od té doby užívala ve velké míře až do těhotenství. Po půlroční pauze frekvence užívání klesla a ustálila se. Alkohol užívá příležitostně, cigarety jsou pro ni „těžká závislost“. Když byla bezdětná, užívala příležitostně extázi a LSD.

Jirka (32 let)

Svobodný a nezadaný, žijící ve vlastním bytě, který si zrekonstruoval podle svých představ. Vydělává si jako řemeslník, náplň jeho práce je různorodá. Poprvé se s marihuanou setkal v 17 letech a svůj zážitek popisuje jako neskutečný. Intenzivně užívat začal v době, kdy musel ze zdravotních důvodů skončit s fotbalem, ve kterém vynikal. Během jeho dlouhodobého užívání se objevují období abstinence i nadměrného užívání. Alkohol je pro něj příležitostnou záležitostí, tabák považuje za naučenou závislost. S ostatními drogami dříve experimentoval, v jednom období užíval extázi a LSD rekreačně.

Klára (34 let)

Tato respondentka je OSVČ, prodává přírodní produkty a dělá masáže. Se svým partnerem je čtrnáct let a nyní je v 5. měsíci těhotenství. Poprvé vyzkoušela marihuanu s partou kamarádů v 15 letech. Častěji užívala od 20 let, kdy téměř přestala pít alkohol. V současné době je to šest měsíců od posledního užití marihuany. Dvanáct let intenzivního kouření

marihuany ukončila ze dne na den kvůli těhotenství. Tabák vždy užívala jen v jointech. Má jednorázovou zkušenost s LSD, extází, kokainem a ayahuascou - tu jedinou hodnotí jako pozitivní.

Daniel (34 let)

Daniel se čtrnáct let žíví jako řidič z povolání, nyní už několik let řídí zájezdový autobus. Žije v rodinném domě s partnerkou a jejími dětmi. Vztah trvá přes sedm let. Marihuanu poprvé vyzkoušel na vojně, kde pak vše bylo snesitelnější. Od té doby užívá, ale když cítí, že potřebuje pauzu, vydrží abstinovat. Alkohol pije příležitostně, na cigaretách je „závislejší“ a „furt přestává“. Dříve rekreačně užíval lysohlávky, jednou zkusil pervitin, LSD a extázi.

Aneta (37 let)

Se svým manželem je Aneta sedmnáct let a mají spolu dva syny. Žíví se jako obsluha v kavárně. Poprvé užila marihuanu ve 20 letech, do té doby se bála. První zkušenost souvisí se seznámením se s budoucím manželem. Během obou těhotenství a kojení neužívala. Alkohol téměř nekonzumuje, cigarety příležitostně. Má zkušenost s lysohlávkami a MDMA.

Tomáš (38 let)

Je projektant, se svou manželkou je třináct let a žijí spolu v dvougeneračním domě s Tomášovými rodiči. Po své první zkušenosti s marihuanou, kterou zažil mezi 18 a 20 lety, asi do 25 až 27 let neužíval a dokonce uživatele trochu odsuzoval. Pak následovalo období nadměrného užívání, které skončilo s nástupem do nové práce. Od té doby je intenzita a frekvence užívání víceméně stabilní. Alkohol i cigarety jsou pro něj příležitostnou záležitostí. Jednou vyzkoušel extázi a kokain, ale tyto zkušenosti ho „nechávají chladným“.

Jakub (38 let)

Je špičkovým mechanikem (OSVČ) a bývalým úspěšným rallye závodníkem. Se svou partnerkou je osmnáct let a mají spolu sedmiletou dceru. Bydlí ve vlastním bytě. Poprvé zkusil marihuanu v 18 letech, více užívá od 24 let, kdy byl velmi pracovně vytížený a potřeboval se po práci uvolnit. Během užívání prošel obdobím nadměrného až nekontrolovaného užívání, proto se rozhodl pro pauzu a od té doby užívá v menší míře. Alkohol pije příležitostně, koření cigaret ho neomezuje, kouří relativně málo. Dříve užíval příležitostně halucinogeny a kokain, jednou měl pervitin a v současné době užívá příležitostně MDMA.

Stanislav (39 let)

Nezadaný, povoláním kuchař, žije sám v pronájmu. Má šestiletého syna, kterého pravidelně a často vidá a stará se o něj. První zkušenost s marihuanou proběhla v 16 letech, do 20 let šlo o příležitostné užívání, které se na vojně stalo intenzivnějším. Období abstinence byla určována partnerkami či pobyty v zahraničí. Alkohol užívá příležitostně, přestat s kouřením cigaret je pro něj těžší než přestat s konzumací marihuany. Vyzkoušel téměř všechny dostupné drogy kromě heroinu, zálibu našel v halucinogenech, několik let je však sám nevyhledává.

Hynek (45 let)

Je čerstvě rozvedený, po sedmadvacetiletém vztahu, ze kterého má dva syny. Pobírá invalidní důchod a k tomu pracuje jako truhlář. Žije ve vlastním domě. Poprvé si zakouřil marihuanu v 17 letech, pak šel na vojnu, kde neužíval. Později se stal denním uživatelem, ale před deseti lety výrazně omezil (až téměř přestal) užívání marihuany kvůli synovi. Od té doby si zakouří, jen když mu někdo nabídne, párkrát do měsíce. Alkohol pije příležitostně, o cigaretách se vyjadřuje jako o „hrozných závislostech“. Z jiných drog vyzkoušel pouze kokain.

8 Výsledky

8.1 Existence kontrolovaného užívání konopných drog

Vzhledem k tomu, že neexistuje jednotná a všemi uznávaná definice kontrolovaného užívání konopných drog, byli nejprve všichni respondenti dotázáni na to, co pro ně osobně znamená kontrolované užívání a jak by ho popsali. Tato otázka byla položena s cílem zachytit subjektivní vnímání daného pojmu samotnými uživateli. Jejich pojetí kontrolovaného užívání bylo následně porovnáno s definicemi, které jsou uvedeny v teoretické části práce.

To, že **kontrolované užívání konopných drog je možné**, bylo zjištěno na základě shody mezi popisem užívání ze strany respondentů a definicemi kontrolovaného užívání. Také odpovědi na další otázky sloužily k potvrzení této skutečnosti. V míře kontroly byly mezi jednotlivými respondenty nalezeny poměrně významné rozdíly - někteří byli schopni přestat užívat drogu doslova ze dne na den, u jiných se po vysazení drogy objevovaly abstinenci příznaky, které jsou jedním ze symptomů syndromu závislosti dle MKN-10 i DSM-V. Všichni respondenti však byli sociálně začlenění, užíváním neobtěžovali sebe ani své okolí a proto je lze považovat za kontrolující se uživatele. Měli zaměstnání nebo se úspěšně věnovali studiu, jejich finanční situace byla příznivá, nezažívali sociální izolaci (většinou měli trvalé partnerské či manželské vztahy), měli zajištěné bydlení a při občasných problémech, které souvisely s užíváním, projevíli dostatečnou sebereflexi tím, že ze své vlastní vůle a iniciativy nějaký čas od konopných drog abstinovali.

Kontrolované užívání znamená pro respondenty především **vnitřní kontrolu**, prostřednictvím které užívání regulují. Konkrétně je často zmiňována **absence nutkání** užít drogu, **míra** užívání, **zodpovědnost**, užívání jako **možnost, ale ne nutnost, sebereflexe** a určitá **úroveň psychické vybavenosti**, která umožňuje užívat látku bez závažnějších negativních důsledků. To, že člověk užívá návykovou látku kontrolovaně, souvisí podle probandů se stanovenými **prioritami**. Většina dotazovaných proto dodržuje určitá **pravidla** týkající se především okolností, za jakých marihuanu užívají.

„Když vím, že si můžu zahulit, tak si zahulim, mám rád, když mám vše hotový, čistý. K tomu člověk potřebuje nějakou psychickou vybavenost.“ Daniel

„Tráva 3x denně, ráno, v poledne a večer. Víc už je nekontrolované. Všechno přes míru je naprd.“ Klára

„Že hulim, když mám chuť. A i když to může být každý den, tak si každý den nedám. Nejsem bez jointa v prdeli.“ Tomáš

„Není to o tom, že bych bez toho nemohla být.“ Aneta

*„Mít ošéfovanej život a zvládnout vše, co máš. Zodpovědnost ke všemu a ke všem...“
Hynek*

„Že člověk má nad drogou kontrolu nebo má alespoň takový pocit, neovládá ho droga. Dá si, když chce. Droga vždy trochu ovládá. Ale jako že nejsi závislý.“ Sára

„Mít dostatek inteligence, sebereflexe, sebeuvědomění, abys dokázal poznat, že už to není slučitelný s normálním fungováním. Že prostě funguješ stejně jako bys fungoval střízlivej. V ničem tě to neomezuje, ani v pracovní, ani v rodinné činnosti.“ Jakub

„...jediným slovem by se dalo říct zodpovědnost. Taky abych nekonsumoval příliš velké množství.“ Ondřej

„Musí to ty lidi zvládat, když to nezvládaj, tak ať se na to vyserou.“ Stanislav

„... vnitřní kontrola, že to nepotřebuju, dám si to nebo ne.“ Adéla

V menší míře je zmiňována také jakási **vnější kontrola** související s okolím uživatele a prostředím, ve kterém se pohybuje. Může jít o srovnávání se s jinými uživateli, osobu, která uživatele kontroluje nebo skutečnost, že marihuana je v naší společnosti nelegální.

„Kontroluje mě ségra... Tu (marihuanu) ale kontroluju proto, že je nelegální. Ve smyslu, že je volně nedostupná a lidma nepřijímaná.“ Adéla

„A v porovnání s jinýma ještě nehulim tak moc.“ Gábina

Jeden z respondentů (Jirka) se nad kontrolovaným užíváním zamýšlel zcela jiným způsobem: *„Člověk s jakýmkoli problémem, psychickým i fyzickým, by si mohl zajít k doktorovi, který mu vystaví kartičku za poplatek, aby byl legálně registrovaný uživatel marihuany. Aby si pro to člověk mohl dojít, lidi mu budou schopný poradit, co si má vybrat, budou vědět, z čeho je to složený, jaký model je na co dobrý. Když by někdo řekl, že nekouří, nabídli by mu bonbóny nebo keksy. Aby mi fízl dal pokoj, jako třeba v Kanadě. Byl*

bych uživatel marihuany a on by to bral ok.“ Kontrolované užívání je pro něj spjata s legalizací marihuany a užíváním bez stigmatizace.

Jelikož kontrolované užívání by mělo být neobtěžující i pro uživatelevo okolí, byli respondenti tázáni, zda užívání před svým okolím tají a jak reagují ti jedinci, kteří o užívání vědí. Z odpovědí vyplývá, že většina probandů před blízkým okruhem lidí (rodiče, přátelé, bližší spolupracovníci a spolužáci) **užívání konopných drog netají**. V několika případech (převážně u mladších respondentů) nebyli s touto skutečností obeznámeni rodiče nebo jeden z rodičů jako je tomu v případě Gábiny: *„Ségra, mamka, pár kamarádů a spolužáků. Asi deset až patnáct lidí. Ale kdyby se to dozvěděl taťka, to by bylo nejhorší, to nechci. On měl po trávě hodně špatný stav, přemýšlel i nad sebevraždou.*“ Celkově je z odpovědí zřejmé, že **pokud uživatel funguje v každodenním životě a plní svoje závazky a povinnosti, nespatřuje okolí v jeho užívání problém**. *„Většina lidí kolem mě, rodina, kámoši, známí... normálně funguju, takže to neřeší,*“ odpovídá Jakub. Je třeba zdůraznit, že takto reagovali nejen spoluživatelé, ale také neživatelé. Tomáš k tomu říká: *„Rodiče to ví, nikdy to se mou neřešili. Mamka si pěstuje pro léčebné účely, má náběh na zelený zákal, doporučil jí to doktor. Víc jim vadí cigarety. Manželka mě ani trošičku neomezuje, neznepříjemňuje. Sama nehulí, ale zkusila to několikrát. V práci to ví nejbližší kolektiv, taky hulí.*“

8.2 Popis kontrolovaného užívání konopných drog

Rozdíly týkající se intenzity užívání a prvků kontroly byly identifikovány nejen mezi jednotlivými respondenty, ale také u každého respondenta zvlášť, jelikož charakter užívání se v průběhu času měnil. Na druhou stranu se během analýzy dat objevovaly znaky, které měla většina respondentů společné.

8.2.1 První zkušenost

Průměrný věk prvního užití marihuany byl **16,3 let**. Většina respondentů (8 ze 13) poprvé užila drogu s jedním nebo více kamarády, zbývající respondenti získali tuto zkušenost v přítomnosti sestry, strýce, partnera, v cizí partě nebo o samotě. Marihuana byla téměř všem nabídnuta, jen jedna respondentka si jí koupila. Téměř všichni respondenti byli během první zkušenosti s marihuanou střizliví.

Nejčastějšími motivy prvního užití byla **zvědavost**, kterou lze ilustrovat například odpovědí Kláry: *„Prvního špeka jsem měla v patnácti s kamarády na vesnici, ze zvědavosti, prostě puberta.“* a **konformita** jasně vyjádřená Tomášem: *„Chodili jsme do B. (název baru), kde hodně lidí hulilo, a přemlouvali nás, ať jdeme s nima. Dlouho se jim to nevedlo, ale pak jsme jednou byli s kámošem už nalitý a ostatní nás zlomili.“* Dalšími motivy byly **nápodoba** starší sestry či partnera (*„Ve dvaceti jsem poznala F. (manžela) a on hulil, tak mi přišlo přirozené hulit s ním.“* Aneta), **experimentování** či **únik** ze stresující situace v případě Daniela: *„Poprvé na vojně, díky tomu bylo vše snesitelnější, lehčí.“* V několika případech se jednotlivé motivy prolínaly a důvodů prvního užití bylo více. Tento jev lze ilustrovat výpovědí Gábiny: *„Bylo to ze zvědavosti, všichni o tom mluvili. Prostě jsem se přizpůsobila.“*

Prožitek akutní intoxikace popisuje osm respondentů, ostatní si na něj přesně nevzpomínají. U dvou respondentek se očekávaný stav nedostavil, jak říká Milena: *„Měla jsem pocit, že nejsem zhulená, všichni okolo byli, všichni se smáli.“* Dva respondenti hodnotí první zkušenost s marihuanou ambivalentně - pozitivní začátek intoxikace se v průběhu změnil v negativní: *„Byli jsme vysmátý jak lečo, ale nad ránem jsme měli dojezd, stíhy, že takhle nemůžeme jít domů, že to na mně máma pozná,“* říká Tomáš. Jirka uvádí: *„Smál jsem se do extrému, hodinu, dvě, další dvě tři hodky jsem byl v hajzlu. To*

bylo proto, že jsem to přehnal.“ Pozitivně hodnotí své první užití Klára: *„Pamatuju si smích, výtlem.“* a Hynek: *„Smál jsem se.“* Neutrální názor vyjádřil jen Ondřej: *„...moc si to nepamatuju, neoslovilo mě to.“* Nechybí ani negativní hodnocení prožitku první intoxikace marihuanou, které sděluje Gábina: *„Nevěděla jsem, že joint se kouří jinak než cigareta, kouřila jsem to jak cigaretu. Celkově to byla špatná zkušenost.“*

8.2.2 Motivy užívání

Uváděné motivy lze na základě podobnosti rozdělit do čtyř skupin. **Posílení pozitivního** je nejčastěji zmiňovanou motivací k užívání, která zahrnuje motivy jako je *relaxace, zábava, kvalitní spánek a kreativita*. Konkrétně motiv relaxace je až na jednu výjimku zmiňován všemi respondenty.

„Já si zahulim, úplně se uvolním, proberu si celý den a jsem z toho tak nadšená, vzpomínám na to hezký a je mi fajn.“ Milena

„Baví mě ten stav, když jsem zkouřená. Uvolnění, to bude to správný slovo.“ Aneta

„... tak si uvolním mozek...“ Jakub

„... od přírody jsem zbrklej, tak mě to vyklidní.“ Stanislav

„Uvolnění, euforie, spánek, legrace. Zlepšuje to kvalitu mého života.“ Daniel

„Ale když tvořím, to je rituál, mám už třeba hotovou postavu a zkusím si to v tom stavu. Hodí mi to jiné věci, to se dá nazvat jako tvůrčí rituál.“ Gábina

„Přišel jsem na spoustu věcí, nápady v hudbě, do práce... Jakoby se uvolnil ukrutný proud myšlenek.“ Tomáš

Pokud je důvodem pro užívání **smyslový prožitek, rituál** spojený s užíváním nebo **zážitek nových kvalit prožitků a vnímání**, lze tyto motivy souhrnně označit jako **„požitkářské“**.

„Mám ráda tu chuť, a jak to voní. Týká se to smyslů, chuti a čichu. Taky se těším na ten proces s tím spojený.“ Adéla

„Vždy mám příjemné, pomalé okamžiky v tom stavu. Když hulím sama, udělám si čaj a jdu ven. Pak se vrátím dovnitř a umývám se, jím velmi dobré jídlo, konzumuji příjemné chvíle s hudbou.“ Gábina

„Chutná mi to, baví mě to...“ Jirka

„Chuť, vůně a stav vědomí. Otevře oči jinak.“ Tomáš

„Pozměněný stav vědomí, vnímáš realitu jinak.“ Klára

Stejně často jako „požitkářské“ motivy se objevují motivy spojené se **sebepoznáním a seberozvojem**. Užívání konopných drog přináší probandům **nové úhly pohledu** a **zážitky transcendentální až spirituální** povahy. Respondenti dále mluvili o tom, že během intoxikace je jejich **pozornost specificky zaměřená**, dojdou k **adekvátnímu porozumění** problému a mohou se věnovat **introspekci**.

„Pozorování sebe sama, jiná soustředěnost, řeším jednu věc lépe. Vše chápu dobrým způsobem.“ Adéla

„Objevování, zkoušení...“ Sára

„... přemýšlím nad tím, co se stalo a vidím to i z druhé strany.“ Milena

„Taký jsem na trávě došla ke spoustu duchovním věcem.“ Klára

„... kde se dá filozofovat, rozebírat věci, který by tě za střízliva nenapadlo rozebírat tak do hloubky. Mnohem víc možností, obohacení. Otevřená kniha novým věcem, která je za střízliva zavřená. Změna vědomí, jiný úhel pohledu na svět.“ Tomáš

„Jinej úhel pohledu...“ Stanislav

Zvládání negativního je poslední skupinou důvodů, které motivují respondenty k užívání kanabinoidů. Užívání jako **únik**, **copingová strategie** či **sebemedikace** jsou motivy, které byly identifikovány v nejméně případech.

„Je to pro mě uvolnění z tenze, která je u mě celoživotní. Jednou za čas musím vypnout, abych se nezbláznila.“ Gábina

„... zaženu myšlenky na problémy třeba v práci nebo celkově.“ Ondřej

„Zvládam pak líp těžké stavy, nejsem hysterická...“ Milena

„Únik z reality...“ Tomáš

„Pomůcka vypnutí sama sebe.“ Jakub

„Na mojí psychiku to má dobrou vliv, myslím, že bez toho bych byl na antidepresivech... Je po tom život snesitelnější.“ Stanislav

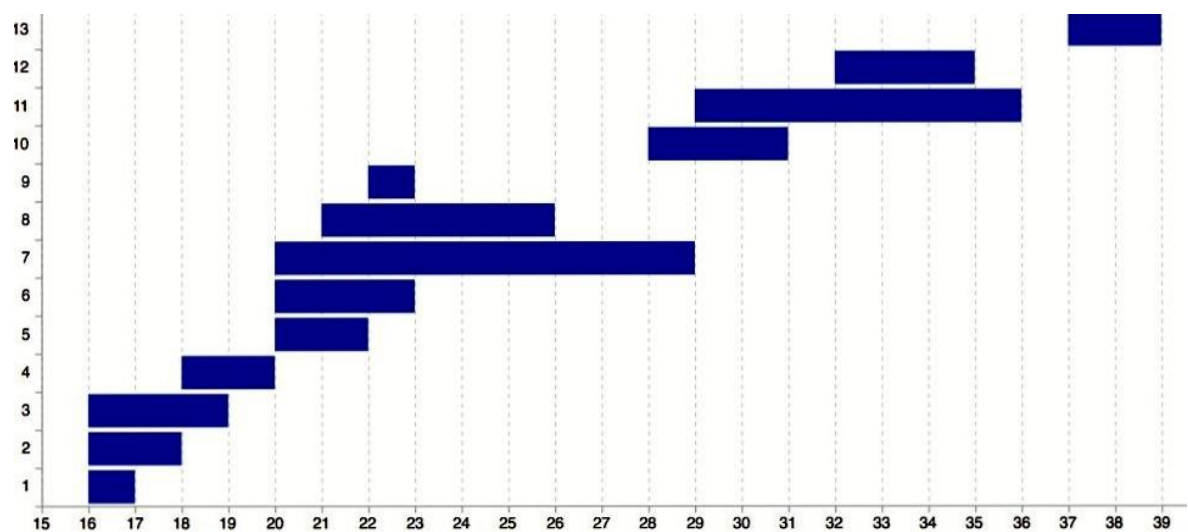
„Pomáhalo mi z každodenního stresu.“ Hynek

Sociální motivy byly zmíněny pouze ve dvou případech a to u Jirky („I společenská záležitost, možnost seznámení. Když na cestách zabalíš, hned se seznámíš.“) a Tomáše („Dokážu se otevřeněji bavit s okolím, i s cizíma, ale ve svém prostředí.“)

8.2.3 Vzorce užívání

Délka i frekvence užívání byla u jednotlivých respondentů různá. Rozdíl byl také v konzumovaném množství a v obsahu psychoaktivních látek. Období nejintenzivnějšího užívání se objevují v různých fázích drogové kariéry, což je zachyceno na Obrázku č. 4. Nejčastěji se intenzivnější užívání objevuje mezi 21. a 23. rokem věku.

Obrázek č. 4: Období nejintenzivnějšího užívání v průběhu let (osa x) u jednotlivých respondentů (osa y)



Křivky zachycující vývoj užívání v průběhu uživatelské kariéry byly porovnány s šesti vzorci užívání, které jsou zobrazeny v teoretické části práce. Na základě porovnání lze tvrdit, že nejčastěji se vyskytuje **vzorec č. 4 „up-top-down“** (u šesti respondentů) a **č. 6 „varying“** (u pěti respondentů). Jednou průběh užívání odpovídal vzorci č. 1 „first much-slowly less“ a jednou vzorci č. 2 „slowly more“.

Šest účastníků výzkumu má radši skunky (indoor), pět preferuje venkovky (outdoor) a dva vyjadřují neutrální postoj. Větší část uživatelů dává přednost aktivizujícím druhům kanabinoidů. Všichni si však jsou vědomi vlivu setu a settingu na výslednou podobu marihuanového rauše. *„Záleží na tom, co si zakouříš, jak kdy... když se jdu bavit, chci mít tu, co mě rozesměje, rozpovídá, po práci chci relaxovat. Na každého to funguje jinak.... Záleží, jaké model si člověk zakouří, někdy jsem přectilivělejší nebo zase rozradostněnější. Záleží na hodně okolnostech, pak ten stav má určitý průběh,“* říká Jirka. Podle Ondřeje mají na akutní intoxikaci vliv převážně vlastnosti dané látky a v menší míře jeho osobnost: *„Tak ze 70 % je to vlastnost trávy, z 30 % je to mnou.“* Podle Jakuba má na prožitek akutní intoxikace větší vliv set než vlastnosti konzumované látky.

Pro všechny respondenty je inhalační forma aplikace základním způsobem, jak drogu užívají. Konkrétně se nejvíce vyskytuje **kouření jointů**. Z alternativních způsobů byl jmenován nejčastěji bong, čilam a vaporizér. Tyto způsoby aplikace jsou využívány zejména pro zpestření a skupinové užívání. Stejně tak orální aplikace marihuany je uskutečňována především pro zábavu a ve větším počtu uživatelů.

Co se týká settingu, většina probandů užívá drogu **radši s někým**. Podstatné však je, že musí jít o kamarády nebo alespoň dobré známé. Dva uživatelé vyjadřují preferenci užívání o samotě. Někteří respondenti jsou v této otázce nevyhranění. Například u Ondřeje kontext užívání zásadně ovlivňuje prožitek intoxikace, jak sám popisuje: *„Je mi to celkem jedno. Když jsem s někým, tak mám záchvaty smíchu, když jsem sám, tak si rád čtu nebo na něco koukám, na cokoliv.“*

Rituální aspekt užívání konopných drog nabývá mezi uživateli jedinečných podob. Tři respondenti se k otázce rituálů nevyjadřují, respektive tvrdí, že užívání záleží na vnějších okolnostech a proto je pokaždé něčím jiné. Ostatní odpovědi se objevují vyrovnaně. Rituál je spjat s oblíbeným **místem**, kde je výhled, **dobou**, kdy bývá droga pravidelně užívána (*„Jedinej rituál, že jsem si zahulil před spaním.“* Hynek), **parafernáliemi**, které uživatel musí mít při sobě (*„Akorát musím mít naše filtry, uhlíkové, jinak mi to už nechutná.“*

Aneta) nebo se samotným **procesem** přípravy a konzumace látky. Výjimku tvoří Jirka, který tvrdí: „*Každý joint je pro mě rituál. Děkuju bylině, že je.*“ Velmi specifická je výpověď uvedená Stanislavem, ze které je očividná odlišnost charakteru užívání v minulosti: „*Když nám zhasnul joint, tak jsme ho dál nekouřili a zapálili jsme ho až za dvacet minut třeba. Před dvaceti lety jsme měli pravidla šlechty: 1. Od jointa se neodchází, 2. Tráva se neprodává, 3. U jointa se nekouří a 4. Zhulil sis mě, tak se o mě postarej.*“

Vliv aktuálního psychického stavu neboli setu na podobu akutní intoxikace si uvědomuje většina respondentů. Největší shoda panovala v názoru, že marihuana zintenzivňuje jak pozitivní, tak negativní prožitky. „*Marihuana vše prohlubuje, někdy mám nutkavé zvrácené myšlenky, kterých se bojím. Říkám si, jestli taková opravdu jsem...*“ říká Adéla. Klára a Tomáš dokonce shodně označili marihuanu jako „**umocňovač**“. „*Tráva je umocňovač tvýho rozpoložení. Když seš v prdeli, tak tě to ještě víc skope, když seš pohodář, tak jsi pak ještě větší pohodář. Když jsi lenora, tak tě to nenakopne, to ne,*“ popisuje účinky drogy Klára. Ani jeden z respondentů se nedomnívá, že konopné drogy působí na všechny jedince stejně. Mnozí explicitně zdůrazňují individuální odlišnosti, které se spolupodílí na výsledném efektu drogy, a proto konstatují, že „*kouření je individuální, není pro každého*“ (Klára).

Respondenti si uvědomují, že prožitek akutní intoxikace kanabinoidy nemusí být vždy příjemný. Sedm uživatelů přiznává, že mají za sebou alespoň jeden negativní zážitek spojený s užitím dané látky. Popisované komplikace jsou různé, psychické i fyzické. Dvě uživatelky popisují pocity na omdlení až mdloby spolu s pocením, Tomáš a Hynek negativně hodnotí zvýšení chuti k jídlu a následné přibírání na váze a na zhoršení krátkodobé paměti zejména v oblasti vybavování si stěžují tři uživatelé. Mezi nimi i Milena, která konstatuje: „*Po třinácti letech zapominám, už je to horší, ta paměť, ale jenom když jsem zhulená.*“ Během rozhovoru se však jednou či dvakrát ptá, jak zněla otázka, i když není momentálně intoxikovaná. S množstvím užití drogy souvisí další jmenované nepříjemnosti, které se mohou vyskytnout, když se jedinec „přehulí“. Z psychických komplikací se jedná o „schízý“, smutek, pocity viny či depersonalizaci. Tomáš popisuje též zhoršení schopnosti erekce: „*Pak taky když jsem hodně zhulenej, když se předávkuju, tak to má vliv na potenci. To je padák.*“ V jednotlivých případech byly dále na fyzické úrovni zmíněny pocity na zvracení, zatmění před očima, bolest hlavy při užití během dne, nekvalitní spánek či sucho v ústech a žízeň. Negativní psychické zážitky souvisí se zintenzivněním nutkavých myšlenek, paranoiou („*Mám pocit, že to všichni vidí,*

že to není dobrý, mám hrůzu z toho, ale nikdo mi zatím nic neříkal, neřešil,“ uvádí Milena), přecitlivělostí a únavou po aplikaci konopné drogy.

Co se týká sexuality v kontextu akutní intoxikace konopnými drogami, většina uživatelů bez ohledu na věk a pohlaví zdůrazňuje **vliv stupně intoxikace**. Sexuální prožitek je intenzivnější, pokud není stupeň intoxikace příliš vysoký.

„Když jsem lehce pod vlivem, tak je větší citlivost. Ale hranice mezi málo a moc je tenká...“ Tomáš

„Uvolní tě to, je to lepší. Ale nesmíš být překouřenej. Víc si to užiješ, je to intenzivnější, ale záleží na dávkování.“ Klára

Sex po užití konopné drogy popisují respondenti převážně jako **kvalitativně jiný**.

„Sex po trávě? Wow! Je jiný, je v něm jiná energie.“ Gábina

„Po vykouření? Jinej než střízlivej... je třeba to střídat, aby nebyla nuda. Asi prožitek ne tak citlivě, zato hlava to myslim vnímá citlivějc.“ Jakub

Záleží také na **druhu konopné drogy** a na tom, zda je **intoxikován jen jeden nebo oba** účastníci sexuálních aktivit. Pro většinu je žádoucí, aby látku užili oba jedinci a sexuální aktivity zažívali v podobném psychickém stavu.

„Záleží hodně, jak je to model.“ Jirka

„Když jsme oba na stejný vlně, tak se zvýší senzitivita.“ Sára

Podle některých má marihuana **afrodiziakální účinky** a zvyšuje chuť na sex. Roli však také může hrát věk a délka vztahu se sexuálním partnerem.

„Někdy se to tak stane, že máš větší chuť.“ Daniel

„Možná zkraje působila jako afrodiziakum, teď už mi to tak nepřijde. Ale ptej se mě na to, po šestnácti letech vztahu.“ Aneta

„U sebe bych řekl, že tak do třiceti let pro mě měla tráva afrodiziakální účinky.“ Tomáš

Pouze Ondřej se vyjadřuje spíše odmítavě a svůj názor zdůvodňuje: „Mám rád, když jsem při sexu střízlivý a schopný se plně koncentrovat, ne když mi myšlenky lítají všude možně. Já osobně si nepřipadám tak dobře.“

8.2.4 Období nadměrného užívání

Období nadměrného užívání bylo možno identifikovat u osmi ze třinácti kontrolovaných uživatelů. Zda šlo o užívání svou povahou nadměrné či dokonce nekontrolované je obtížné s odstupem času a bez podrobných informací posuzovat. To, že se v minulosti většina respondentů dostala do situace, kdy konopné drogy užívali „přes míru“, bylo jednotlivými uživateli popisováno různě. Jednalo se buď o **každodenní užívání** („*Když jsem hulila častěji, denně, cítila jsem se hůř a bála jsem se, že jsem závislá.*“ Adéla), nebo o užívání **velkého množství** drogy („*Před dvěma lety jsem hulil fakt hodně, večer půl gramu minimálně, v extrému i gram, když si na to zvykneš.*“ Jakub) a **v nevhodnou denní dobu** („*Třeba jsem si vyzkoušel hulit od rána, ale po čase jsem zjistil, že tak to nejde, tak jsem s tím přestal.*“ Tomáš). Většina probandů dospěla na základě sebereflexe k tomu, že bude vhodné na nějaký čas drogu přestat užívat nebo užívání omezit. Pro příklad lze uvést výpověď Jakuba: „... *A zjistil jsem, že tohle množství není slučitelné s normálním fungováním. Když jsem byl zkouřenej, tak jsem měl schízky.*“ U ostatních došlo k regulaci užívání v průběhu času nebo v důsledku životních událostí, jak popisuje třeba Milena: „*Na střední jsem potkala K. a začala jsem hulit hodně. To byly stavy vypatlávání, měnily se myšlenky a názory... To bylo tak od 16 do 19. Pak jsem potkala K. (otec dcery), změnila jsem prostředí a byli jsme usedlejší.*“ V několika případech se vnitřní a vnější příčiny změny s největší pravděpodobností ovlivňovaly, jak popisuje například Stanislav: „*Na vojně jsem hulil hodně, tam k tomu byl přístup, kluci to vozili. Ve 20 jsem měl holku a tý se to nelíbilo a mně už taky mrdalo v hlavě. Do 22 jsem nehulil vůbec.*“ Ke změně tudíž vedly především **pocitované negativní důsledky užívání a změna životní struktury**.

8.2.5 Období abstinence

Období abstinence bylo možno vysledovat **až na jednu výjimku u všech** respondentů. Nejmladší respondentka s nejkratší uživatelskou kariérou otevřeně uvedla, že přestávat s užíváním zatím nezkoušela. Pauza od užívání konopných drog trvala u jednotlivých probandů **v řádu týdnů až let**. Nejkratší uváděná abstinence trvala tři týdny a pravidelně se opakovala alespoň jednou za rok. Nejdelší období bez užívání trvalo dva roky a v obou případech souviselo především s životní situací, ve které se respondent nacházel. V prvním

případě se jednalo o absolvování základní vojenské služby a v druhém případě měl vliv na respondentovo chování partnerský vztah, ve kterém partnerka odsuzovala užívání konopných drog a respondent tudíž přestal užívat. Stanislav popisuje, jakou racionalizaci si v té době vytvořil: „... protože jsem si myslel, že na to nemám DNA nebo jak bych to řekl, že na to v Indii jsou zvyklý a my na alkohol... Kvůli holce jsem si tohle vybuřoval v hlavě.“

Příčiny abstinence lze rozdělit do dvou skupin na vnější a vnitřní. Mezi vnější příčiny je možné řadit změnu prostředí („Na cestách jsem třeba měsíc nehulil.“ Jirka), ve kterém proband žije, nový partnerský vztah („A taky po seznámení s partnerkou jsem asi čtvrt roku nehulil. Neměl jsem čas ani potřebu.“ Ondřej) nebo naopak rozpad vztahu, sázku s kamarádem („Asi tři až čtyři měsíce jsem vůbec nehulil. Heclli jsme se s kámošem, běhali jsme, cvičili... pak kamarádství skončilo a dril taky.“ Tomáš), těhotenství („Nehulila jsem v těhotenství, a když jsem kojila.“ Aneta) nebo nutnost prokázat nepřítomnost návykových látek v těle a tím neztratit možnost vidat své dítě. Důvodem pro abstinenci byly tedy ve většině případů **změny životní struktury**. Nejčastěji užívání či abstinenci ovlivňovaly partnerské vztahy, jak tvrdí Sára: „Vždy mě v tom ovlivnilo to, s kým jsem chodila.“ Co se týká rozhodnutí abstinovat na základě čistě subjektivních důvodů, jeden respondent pocítoval negativní důsledky užívání, druhý cítil, že potřebuje pauzu („Po vojně jsem měl pocit, že musím vysadit. Asi půl roku jsem nehulil vůbec.“ Daniel) a třetí respondentka si pravidelně dávala „detox“, jak dobu abstinence sama nazývá.

8.2.6 Negativní aspekty užívání

Negativní důsledky užívání konopných drog v dlouhodobějším hledisku zmínilo šest respondentů. Ve většině případů byly spjaty s překročením subjektivně zvladatelné míry užívání, jak otevřeně říká Sára: „Když nehulím moc, necítím žádné negativní důsledky.“ Dvakrát byl jmenován nepříznivý vliv užívání na krátkodobou paměť. Na druhou stranu, se Gábina zamýšlí nad tím, zda jde opravdu o přímý důsledek užívání nebo hrají roli i osobnostní charakteristiky: „Asi na krátkodobé paměti, to si sama někdy říkám, ne, že by mi to řekl někdo z okolí. Ale já jsem vždycky byla taková, měla jsem svůj svět a během dne jsem byla mimo.“ U Adély vyvolávalo nadměrné užívání strach ze závislosti a Sára říká: „...když hulím hodně, mám mišmaš v hlavě, pletu si věci a cítím, jak mě tráva vymazává. To jsem si říkala asi 2x v životě. Prostě poznáš, když je někdo vyhulený.“ Čtyři uživatelé přiznávají fyzické negativní důsledky. Konkrétně jde o kašel, jehož příčinou je

nejrozšířenější způsob aplikace - kouření, horší vstávání, problémy s pletí (při dlouhodobém a intenzivním užívání skunku) a nárůst tělesné hmotnosti v důsledku uspokojování chutí vyvolaných užitím marihuany.

U několika uživatelů se po vysazení drogy objevovaly symptomy syndromu odnětí konopné drogy. Alespoň jeden příznak zmiňovali čtyři respondenti. Milena a Stanislav uvádí podrážděnost, zhoršení spánku a špatné sny. *„Tak týden jsem protivnej ve vyhrocených situacích...zdaj se mi hrozny sny,“* říká Stanislav. Poměrně detailní popis průběhu abstinčního syndromu popisuje Jirka i Jakub. Oba mluví kromě výše uvedeného o nadměrném pocení a horší kvalitě spánku. Po několika dnech abstinence si připadali aktivnější a bystřejší, jak dokládá mimo jiné Jirkova výpověď: *„První tři dny jsou kritické, první den pocení, dlaně se ti potí, jsi celkově nesvůj, nemáš chuť k jídlu, nejde ti dobře usnout. Druhý a třetí den jsi bez nálady, stačí ti malé šťouchnutí a vybuchneš, přerušíš prostě svůj rituál...nechuť k jídlu, nevíš, co by sis dal. Ale tak je to, i když se přehuliš. Pak se tělo začne srovnávat, ráno je člověk upřímně bystřejší, ale je to takový zvláštní, nevím, jak bych to popsal. Jakoby je člověk dopoledne víc soustředěnej, ale po obědě začne být unavenej a chce se mu spát. Jakoby bez trávy začneš moc aktivně a pak se rychle vyčerpáš. S trávou to děláš vše v klídku. Něco jako přepálenej start. Čtvrtej a pátej den mám na to po jídle chuť nejvíc.“*

8.2.7 Vývoj užívání

U dvou respondentů je kontrolované užívání záležitostí minulosti - Hynek asi po patnácti letech každodenního užívání omezil konzumaci konopných drog na ojedinělou: *„Od roku 2008 si dám tak jednou za 14 dní jednoho práska. Směješ se jak na začátku, je to dobrý. Jinak mě to ani nenapadne.“* Důvodem změny bylo plnění rodičovské role, ve které chtěl být dospívajícímu synovi vzorem jako „nehulič“. Klára abstinuje ode dne početí svého prvního dítěte. V současné době je to půl roku, kdy naposledy užila marihuanu. *„Odsuzuju, když někdo hulí v těhotenství. Nechybí mi to, teď mám poprvé skutečný důvod, proč nehulit, tak prostě nehulim,“* dodává. Po dvanácti letech každodenního užívání začala ze dne na den abstinovat.

Většina dotázaných někdy **nad vývojem uživatelské kariéry přemýšlí**. Pouze tři respondenti odpověděli, že se takovými úvahami nezabývají. *„Nepřemýšlím nad tím, zatím“*

mě to baví,“ říká Aneta. Ostatních osm užívajících má v této otázce poměrně jasno. Tři respondenti **neplánují s užíváním přestat**, protože k tomu nemají důvod, jak říká Milena: *„Nevidím důvod, proč bych přestávala.“* Ondřej chce prozatím v užívání pokračovat, ale zároveň mluví o životní události, kvůli které plánuje v budoucnosti užívání omezit: *„Napadlo mě to, ale když jsem to zhodnotil, neviděl jsem důvod, proč skončit, nezpůsobuje mi to sociální problémy. Zdravotní taky ne, nebo o nich zatím nevím. Do budoucna si říkám, že to časem omezím. Nechtěl bych třeba před dětma hulit.“* O **omezení a regulaci** mluví také Jakub a Tomáš, který si hlídá svá rozhodnutí, protože je chce dodržet: *„Stanovuju si reálné cíle, ne přestanu, ale třeba omezím.“* Sára a Gábina vyjadřují k otázce užívání v budoucnosti podobný postoj. Nedokážou říct, zda budou užívat nebo ne, jelikož jde pro ně o otevřenou záležitost. Umí si představit život s marihuanou i bez ní, což Sára přímo říká: *„Umím si představit, že budu hulit i to, že nebudu. Záleží na tom, jak se zrovna cítím, na situaci.“*

8.2.8 Kombinace konopných drog a alkoholem a tabákem

Dle některých kontrolovaných uživatelů spolu konzumace alkoholu a konopných drog souvisí (*„Jo, alkohol mám spojen s trávou.“* Tomáš), dle jiných nikoliv (*„Alkohol a tráva se nijak nepodmiňují.“* Sára). Nelze tedy v žádném případě tvrdit, že by jedno podmiňovalo druhé: *„Když mám chuť na pivo, tak mám chuť na pivo, když na trávu, tak na trávu,“* tvrdí Stanislav. Na druhou stranu z toho, co mnohdy během rozhovoru zaznělo, lze usuzovat, že jedno ovlivňuje druhé a to různými způsoby. Větší část výzkumného souboru většinou **alkohol s konopnými drogami nekombinuje**, dvě respondentky (Aneta a Klára) z této skupiny téměř nepijí, Gábina uvádí: *„Bojím se toho.“* Alkohol a kanabinoidy se ovlivňují ve třech hlavních směrech - nejčastěji se vyskytuje model **„THC☞absence chuti na alkohol“**, druhý je **„alkohol☞absence chuti na THC“** a poslední **„alkohol☞ chuť na THC“**. Pokud uživatelé drogy **kombinují, užívají obou látek méně**, protože si uvědomují rizika, jaká mohou být důsledkem takového chování: *„Někdy si dám obojí, ale spíš se snažím nehulit, když nějak víc piju, protože pak se mi hůl hlídám a je mi ráno špatně,“* říká Sára a Daniel uvádí, že *„kombinace je mi zvládnutelná, když je toho hodně.“* Milena navíc zmiňuje vliv pořadí užití na výsledný účinek: *„Když si zakouříš a pak se napiješ, je to jiný stav, než když se napiješ a pak si zakouříš. Když si chceš užít akci, tak nejlepší je se nezahulit.“*

Co se týká souvislosti mezi akutní intoxikací kanabinoidy a kouřením cigaret, tři respondenti spontánně vyjadřují svou zkušenost, že po užití konopné drogy mají menší chuť na nikotin a méně kouří: „*Když jsem zhulený, tak skoro nekouřím, nedělá mi to dobře*“ (Ondřej).

8.3 Dosahování kontroly při užívání konopných drog

8.3.1 Charakteristiky uživatele

Osobnost uživatele je významným faktorem, který zásadně určuje, zda je užívání kontrolované či nikoliv. Někteří kontrolovaní uživatelé byli **v dětství klidní a poslušní** třeba jako Aneta: „*Hodná holčička, vzorná, spíš klidnější.*“ Jiní se hodnotí jako **divocí a vzdorovití**. Stanislav o sobě říká: „*Hyperaktivní, neposlouchal jsem, vzdor vůči autoritám a bezpráví, to mam doted', zlobil jsem.*“ Obě skupiny jsou přibližně stejně početné. U velké části respondentů se objevuje jeden společný prvek, kterým je jistá **ambivalence** různých vlastností. Nějaký druh rozporu zmiňuje celkem pět kontrolovaných uživatelů. Často zmiňovaná je přemýšlivost a zároveň živost. O tom mluví například Adéla: „*Přemýšlivá i divoká, byla jsem kompletně složitý dítě, se kterým šlo těžko zacházet.*“ Opakuje se i označení „jiné nebo divné dítě“: „*Divné, jiné než všichni ostatní, osamělé, nepochopené, přemýšlivé i divoké, osobité, tvrdohlavé, nikdy jsem si nechtěla nechat poradit,*“ popisuje Sára.

Pouze několik probandů se cítí lépe mezi více známými, většina dává přednost **menšímu okruhu bližších přátel**. Od toho se odvíjí i fakt, že kontrolovaní uživatelé si vybírají, ve společnosti jakých lidí drogu užijí. Setting je tak podstatný, že je mu přizpůsobováno samotné užívání. Někdo užije látku radši sám, jiní si „počkají“ na přítomnost oblíbených spoluživatelů: „*Jsou lidi, co mám rád a znam je leta a s těma si zakouřím vždycky rád,*“ říká Jirka.

Pro všechny uživatele je charakteristické, že **droga není jejich hlavní prioritou**. Pro ty, kteří mají děti, jsou na prvním místě právě ony, jak přímo říká Milena: „*Dítě a práce je nejdůležitější*“ nebo Hynek: „*Děti byly nejvíc, to jsem musel šéfovat. Abych uživil svoji rodinu, postaral se o domácnost, barák, splácel hypotéku...*“ Bezdětní kontrolovaní uživatelé mají na předních místech hodnotové žebříčku vztahy, práci nebo školu. V životě jim jde v první řadě o uspokojivé fungování v blízkých vztazích a řádné plnění pracovních či studijních povinností. „*Proto hulim, až když mám vše vyřízeno a za odměnu. Intoxikace se neslučuje s mýma nárokama na žití ve společnosti,*“ sděluje Jakub. Užívání drogy nemá být ani jediným možným způsobem trávení volného času, jak říká Ondřej: „*... abys dělal věci, které jsi dělal před hulením, chodil do práce, do školy, dělal koníčky...*“ nebo Sára:

„Nechci, aby drogy byly tím, co mi dává nadšení, energii. Pro mě tráva rekreační záležitost, neměla jsem problém přestat kvůli přítelovi.“

Mnozí respondenti si uvědomují, že užívání jakékoliv návykové látky není vhodným způsobem řešení problémů. Užití kanabinoidů může naopak negativní psychický stav ještě prohloubit, což přiznává Sára: *„Když jsem ve stresu a zahulím si, přemýšlím a je to ještě horší.“* Někteří vyjadřují názor, že akutní intoxikace sice může sloužit jako chvilkové odpojení se od problémů, ale nikoliv jako řešení těchto potíží.

Kontrolovaní uživatelé disponují poměrně dobře rozvinutou schopností **sebereflexe**. Uvědomují si případné negativní důsledky užívání, dokážou zaujmout kritický postoj ke svému chování a na základě něj regulovat frekvenci a intenzitu užívání. *„Ale určitě ta kontrola u mě není stoprocentní, je částečná,“* přiznává Tomáš. Probandi nad užíváním přemýšlí, jsou zodpovědní k sobě i svému okolí, cílevědomí, respektují neuživatele a jsou si vědomi toho, že konzumace kanabinoidů může mít na některé jedince velmi nepříznivý vliv. *„Že nad tím přemýšlím, i když jsem zhulená. Víím, co to hulení se mnou dělá, znám sama sebe,“* tvrdí Milena. Tomáš popisuje svůj postoj tímto: *„Je to zodpovědnost vůči sobě, aby mi ze sebe nebylo nahovno, že jsem si musel zahulit a další den nebudu schopnej podat výkony. Je to určitě spjatý s prací, protože dělám hlavou.“*

8.3.2 Pravidla užívání

Na základě analýzy získaných dat je možné identifikovat mnohá pravidla, prostřednictvím kterých respondenti regulují užívání. Tato pravidla určují, za jakých okolností bude droga užitá a za jakých nikoliv. Jedná se o více či méně podmínek, které si stanovil sám uživatel s cílem nestát se problémovým uživatelem. Tyto podmínky jsou dodržovány ve většině případů, výjimky se vážou hlavně k volnějším odpočinkovému režimu, který je typický pro dovolené či prázdniny.

Pravidla se týkají především času a okolností, kdy bude droga užitá a také množství a frekvence užívání. Sedm kontrolovaných uživatelů užívá marihuanu téměř vždy **pouze večer**. Aneta k tomu uvádí: *„Jen večer, nemusím nic řešit, děti spí. Přes den mi to spouští bolení hlavy, když mám něco řešit.“* Šest probandů si hlídá, **jak často a kolik** drogy užívají. Stanislav využívá finanční kontrolu - stanoví si měsíční limit a pokud nakoupenou marihuanu vykouří dřív než za měsíc, abstinuje, než začne další měsíc, aby limit

nepřekročil: „*Hlídám si to finančně, maximálně ty tři tisíce utratím za trávu... když nemám, tak nekouřím, tři dny, týden...*“ Pět jedinců zmiňuje podmínku, která musí být splněna dřív, než dojde k aplikaci návykové látky. Jednoduše řečeno jde o to „**mít vše hotové**“. „*Všechno hotový a klid, to je rituál, mít všechno čistý,*“ říká Daniel.

Mezi prvky kontroly lze též řadit činnosti, sociální prostředí a jiné okolnosti, které jsou pro respondenty neslučitelné s intoxikací a proto do nich intoxikovaní nevstupují. Co se týká činností, nejčastěji zmíněno bylo **řízení motorových vozidel**. Devět respondentů vyjadřuje názor, že pod vlivem drogy není vhodné řídit a proto se této činnosti po užití marihuany vyhýbají. Někteří však přiznávají, že to zkusili. Svou zkušenost popisuje Gábina: „*A neřídím zhulená. Stalo se mi to jednou a ta cesta trvala hrozně dlouho, i když byla několikaminutová. Necítila jsem se při tom dobře, takže už po trávě neřídím.*“ Další dvě respondentky nevlastní řidičský průkaz. S **pracovními povinnostmi** se intoxikace kanabinoidy neslučuje podle osmi uživatelů, se **studijními** podle čtyř.

Pro většinu kontrolovaných uživatelů existují lidé, v jejichž společnosti by se intoxikovaní necítili dobře, a proto před setkáním s nimi drogu nekonzumují. Nejčastěji jde o **rodiče, neuživatele a cizí lidi**. V mnoha případech byly uvedeny všechny tyto sociální kontakty, které jsou příčinou regulace užívání: „*... nešel bych tak za rodičema ani na rande. Kontakt s cizíma lidma nebo lidma, který neznám dobře, nevyhledávám v tom stavu,*“ říká Ondřej.

Jak již bylo zmíněno, pro značnou část výzkumného souboru je nemyslitelné užívání drogy během dne. Intoxikace je subjektivně nepříjemná při zařizování formálních záležitostí (úřady, třídní schůzky,...) a v nových neznámých situacích, které jsou zároveň spojeny s cizími lidmi.

8.3.3 Ilegalita

Ilegalita konopných drog pravděpodobně není významným prvkem kontroly užívání. Prvním důvodem pro tento závěr je často zmiňovaná horší kontrolovatelnost tabákových výrobků, které jsou legální. Druhým podkladem je to, že pouze Adéla dává do souvislosti ilegalitu marihuany s kontrolou nad užíváním: „*Tu (marihuanu) ale kontroluju proto, že je nelegální. Ve smyslu, že je volně nedostupná a lidmi nepřijímaná.*“ Ondřej naopak tvrdí: „*I kdyby byla tráva legální, nekouřil bych víc, jen třeba na jiných místech.*“

V důsledku pěstování, distribuce a prodeje marihuany měl jeden respondent problémy se zákonem a byl odsouzen k tříletému podmíněnému trestu. Ostatní respondenti na otázku páchání kriminální činnosti odpovídají záporně, marihuanu pěstují pro vlastní potřebu tak, aby šlo maximálně o přestupek, nikoliv o trestný čin.

8.3.4 Dostupnost

Uživatelé nemají **problém s tím, že by nemohli drogu sehnat**. Problém se sháněním může nastat, když uživatel změní místo bydliště a neví, kde drogu opatřit. To popisuje Ondřej: *„Nehulil jsem, když jsem tady ještě nikoho neznal a neměl jsem, kde sehnat.“* Poměrně vyrovnané skupinky tvoří respondenti, kteří si drogu **kupují a pěstují**. Důvody pro pěstování jsou různé - někdo nechce za drogu dávat peníze, někoho baví se o rostliny starat a další chce znát původ toho, co užívá. U Kláry se vyskytuje víc důvodů najednou: *„Většinou jsem měla svoje kytky, kupovala jsem si v minimálních případech. Nemám ráda, když nevím, jaký chemky tam dali a taky mi to přijde jako vyhazování peněz. I když je mám, tak bych nedala za gram 250.“* Několik zejména mladších uživatelek marihuanu dostává nebo je jim nabízena ke spoluužití.

8.3.5 Kontrolovatelnost alkoholu, tabáku a konopných drog

Jedna z otázek, která byla součástí interview, měla za cíl vést respondenty k zamyšlení a následnému vyjádření se k problematice kontrolovatelnosti tabáku a konopných drog. V této souvislosti se někteří samovolně vyjádřili také k alkoholu, který spolu s tabákem hodnotí jako nebezpečnější drogy: *„Proto to říkam každému, že alkohol a cigá jsou mnohem horší,“* uvádí Hynek. Klára užívá tabák jen v jointech, Aneta tvrdí, že kanabinoidy pro ni představují větší riziko než nikotin: *„Je pro mě těžší korigovat trávu, spíš bych si řekla, že si nedám cigaretu a nedala bych si, to by bylo jednodušší.“* Co se týká cigaret, nezažívá nutkání k užití ani Jakub. Zároveň nevidí důvod, proč by přestával, jelikož kouří poměrně málo.

Zbývajících deset probandů nezávisle na sobě a zcela explicitně tvrdí, že **užívání nikotinu je pro ně hůř kontrolovatelné**. Většina svůj vztah k této návykové látce

popisuje přímo slovem „závislost“. Příčinu závislosti vidí každý někde jinde, což lze ilustrovat níže uvedenými příklady:

„K tabáku nemám žádnéj citovej vztah, je to jen závislost, kterou jsem se naučil.“ Jirka

„Cigarety uvolní fyzické tělo, kdežto tráva uvolní mozek. Jsem fetišák, co se týká cigaret. Chci uvolněné tělo, ale myslící mozek.“ Gábina

„Cigarety nemám pod kontrolou, s trávou bych mohl kdykoliv přestat, s cigaretama by to bylo mnohem těžší. Jsou v tom dva aspekty: už jsem fyzicky závislý a taky mi to přináší uklidnění.“ Ondřej

„No...nevím, proč to tak je. Možná, že dýl kouřim?“ Tomáš

„Podle mě na nikotinu je fyzická závislost, zkoušel jsem přestat a mám s tím větší problémy než s marihuanou, jsem nepříjemný sám sobě, třetí den se hrozně potím... pokusy přestat kouřit tabák jsem vzdal.“ Stanislav

„Je to pro mě hrozná závislost, ty ciga, šílený, je to potřeba. Něco v hlavě je cvaklý, nedává mi to ani uklidnění, ani uvolnění...“ Hynek

To, že jsou tabákové výrobky na rozdíl od konopných drog legální a dostupnější, hraje roli jen v případě Adély a Jirky.

8.3.6 Zkušenosti s jinými nelegálními drogami

Tři nejmladší respondenti nikdy nezkusili jinou nelegální drogu než marihuanu nebo hašiš. Jako důvod uvádí strach nebo absenci chuti experimentovat s návykovými látkami. Zkušenost s pouze jednou další nelegální drogu má za sebou nejstarší respondent. Když se mu naskytla příležitost, neodmítnul kokain, sám ho však cíleně nevyhledával ani nevyhledává.

Všichni ostatní mají za sebou zkušenosti s alespoň dvěma dalšími nelegálními drogami. Celkem jde tedy o devět respondentů. Ve většině případů (šest respondentů) šlo dle počtu užití o rekreační či příležitostné užívání, většinou v minulosti. Někteří (tři respondenti) konzumovali drogy experimentálně, jednou či maximálně pětkrát za život. Bez ohledu na

frekvenci a četnost užívání zmiňovali respondenti nejčastěji zkušenost se stimulačními drogami (nejčastěji **extáze** a **kokain**) a s halucinogeny (konkrétně **LSD** a **lysohlávky**).

Tab. 10: Přehled užívání jednotlivých nelegálních drog

Droga	Počet respondentů, kteří mají s danou drogou zkušenost	Jednorázové užití	Experimentální užívání	Příležitostné užívání	Období příležitostného užívání
Extáze	7	4	0	3	Milena: 15-17 let
					Jirka: 18-20 let
					Sára: od 24 let
Kokain	6	3	1	2	Hynek: v průběhu života
					Jakub:35-37
LSD	6	2	0	4	Milena: 16-17 let
					Jirka: 18-23 let
					Jakub: 18-26 let
					Stanislav: 27-34 let
Lysohlávky	6	1	1	4	Daniel: 18-20 let
					Jirka: 18-23 let
					Jakub: 18-26 let
					Stanislav: v průběhu života
MDMA	3	0	2	1	Jakub: od 20 let
Pervitin	3	2	0	1	Stanislav: kolem 27. roku
Speed	3	1	1	1	Sára: od 24 let

Při jednorázovém užití extáze se ve většině případů nedostavil očekávaný účinek, jak popisuje například Tomáš: „*Asi před třinácti lety jsem měl půlku extáze, ale nic jsem necítil.*“ Respondenti, kteří mají zkušenost s halucinogeny i stimulancii, většinou užíli jako první v pořadí některý z halucinogenů a teprve později nějakou stimulační drogu. Účinky návykových látek jsou hodnoceny převážně pozitivně, negativní zážitky jsou popisovány ojediněle. U halucinogenů je oceňováno rozšíření vědomí a určitý druh sebepoznání, u stimulantů je jako přínos hodnoceno uvolnění, energie a pozitivní emoční naladění. Konkrétně respondenti popisují příznivý průběh intoxikace takto:

„*Nedokážu to popsat, ať si to každé zkusí. Začne mi fungovat mozek mnohem líp, vše funguje na vyšší úrovni, vše vychází a zapadá do sebe. Díky tripům vím, že vše je tak, jak má být, mám to v srdci.*“ Stanislav

„Pak jsem ještě měla ayahuascu, to je nejlepší přírodní droga. Toho, čeho se obáváš i to, co chceš prožít, prožiješ. Vyřešíš si to. Já zažívala vlnu lásky, hezký... Je to dobrý druh psychoterapie, musíš tam jít se záměrem, co chceš řešit.“ Klára

„Mockrát houby... užíval jsem si halucinace a snažil se uvolnit hlavu, aby vytvořila, co chce a já to viděl. Abych viděl, co ve mně je. Halucinace mi ukazovaly, co bych měl změnit, vnitřně mě to lynčovalo, ale pak se mi zlepšil život, daly se mi věci do pořádku.“ Jirka

„Před Vánocema jsem zkusil kokain. Fajn stav, intenzivní, nakopávací, nabuzený. Měl jsem plno energie a zdálo se mi, že zvládám koordinovat plno činností najednou.“ Tomáš

„MDMA je totální uvolnění. I když mám deprese, tak když si dám emko, nezhorší se to. Druhej den budu fyzicky nic moc, ale psychicky na tom budu líp.“ Jakub

„MDMA, nedávno, asi 4x a to není konečné číslo. Je to fajn, droga lásky.“ Aneta

„V 18 extáze, tou to všechno začalo. Do 20 byly největší extoškový léta... To byly technoléta. Dávali jsme si na akcích, taky na lanpárty, abychom dlouho vydrželi. Člověk byl rozteklej, milej, všechno miloval, s každým dokázal najít vlnu, na akcích chytíš rytmus a držíš ho.“ Jirka

Pokud má za sebou respondent špatnou zkušenost s drogou, netají se s ní, ale zároveň svou odpověď nerozvádí, což je patrné z následujících vět:

„Ale vyzkoušela jsem půlku LSD. Byl to špatný zážitek a navíc jsem pak nemohla spát.“ Klára

„Kouli jsem měl jednou v životě, hrozný, nechci to nikdy už.“ Stanislav

„Ve 25 jednou peří, to se mi vůbec nelíbilo.“ Daniel

Z odpovědí jednotlivých respondentů je zřejmé, že nad užíváním přemýšlejí a snaží se brát si z účinků drogy to, co je pro ně přínosné nebo obohacující: „... žral jsem tripy s nějakým účelem, potřeboval jsem něco změnit a droga mi ukázala cestu, až na ten poslední, kterej mi ukázal, že už to žrát nemam. Halucinace mi ukazovaly něco, co bych měl změnit, vnitřně mě to lynčovalo, ale pak se mi zlepšil život, daly se mi věci do pořádku,“ vysvětluje Jirka

Zároveň všichni zmiňují, že ten, kdo z jakéhokoliv důvodu nechce experimentovat s drogami nebo z nich má strach, se má řídit podle sebe, protože jde o individuální

záležitost. Nikdo netvrdí, že „drogy jsou super a proto by je měli brát všichni“. Nejednoznačný postoj k návykovým látkám otevřeně vyjadřuje Sára: „*Můj vztah k drogám je ambivalentní. Jednou pozitivní, pak negativní. Nad užíváním přemýšlím a beru si z něj to pozitivní jako je sebevědomí a otevřenost.*“

Když cítí, že by další zážitky s drogou mohly být negativní, s užíváním přestanou, jak uvádí například Jakub: „*Halucinogeny zamlada, člověk si to užíval, neměl životní starosti. S postupem životních starostí jsem od halucinogenů upustil, nedělalo mi to dobře.*“

9 Diskuse

Metodologický rámec

Zvolený kvalitativní design se osvědčil jako vhodný, jelikož kontrolované užívání konopných drog je velmi subjektivním fenoménem. Mezi pravidelnými uživateli konopných drog navíc existují větší rozdíly než mezi pravidelnými uživateli jiných nelegálních návykových látek (Murray, 1986). Použité metody tvorby dat se zdají být adekvátní, i když skýtají mnohá úskalí, která již byla popsána.

Výsledky

Výsledky potvrzují závěry zahraničních studií, které dochází k tomu, že všechny drogy je možné užívat kontrolovaně. Kontrolované užívání konopných drog nabývá mnoha různých podob a proto je obtížné tento jev jednoznačně definovat. V souladu s výsledky této práce je kvalitativní studie 97 dlouhodobých uživatelů, ze které vyplývá, že kontrola užívání souvisí se sociálním fungováním v každodenním životě. Zodpovědné a kontrolované užívání zahrnuje regulaci množství a frekvence užívání, užívání za vhodných podmínek a respektování neuživatelů (Lau et al., 2015). Výsledky této práce poukazují na to, že kontrolované užívání je multifaktoriálně podmíněný jev, který má svůj vývoj (Warburton et al., 2005). Z výsledků vyplývá, že zásadním faktorem je osobnost uživatele, nikoliv jeho sociální okolí, které hodnotí jako nejvýznamnější například Zinberg (1984).

Hlavním motivem pro užívání konopných drog je posílení pozitivních pocitů. Tento faktor je na prvním místě v pořadí jednotlivých motivů také dle Simonse et al. (2000) a pro Newcomba a Woodse je jedním ze čtyř základních faktorů (1999 in Miovska et al., 2008). Další motivy v pořadí jsou následující: rozšíření vědomí, zvládnutí negativních pocitů a sociální motivy. Toto pořadí není ve shodě se zjištěním Simonse et al. (2000). Faktor konformity, který je dle zjištění zmíněného autora na čtvrtém místě v pořadí motivů, hraje podle výsledků této práce roli spíše při první zkušenosti s marihuanou. Dle výsledků Lorencové (2011), která realizovala dotazníkové šetření, jsou nejčastějšími důvody užívání uvolnění, odreagování, zpomalení; dále dobrá nálada a zábava, jiné zobrazení reality a nadhled spolu s lepším porozuměním druhým.

Kariéra uživatele prochází několika fázemi, které jsou ovlivněny především sociálním okolím uživatele a životní strukturou. Začátečník se učí, jak drogu užít a jak dosáhnout stavu „high“, příležitostný uživatel postupně zjišťuje, jak maximalizovat příjemné a minimalizovat nepříjemné prožitky. Než se jedinec seznámí s technikou kouření, často se stává, že při první zkušenosti s drogu nedosáhne očekávaného stavu. Jak popisuje Becker (1970), respondenti uvádí, že se museli naučit, jak správně marihuanu kouřit, jelikož cigarety se kouří jinak. Pravidelný uživatel užívá drogu systematicky a denně. Celkově lze shrnout, že usuzovat na stupeň rizikovosti užívání z frekvence a množství užití drogy je velmi neobjektivní, a to hned z několika důvodů - není znám přesný obsah THC v daném konopném produktu, uživatelé většinou neznají svou přesnou spotřebu v gramech a pro určení frekvence užívání je těžké najít takové měřítko, které by umožňovalo jednoznačné porovnávání mezi jednotlivými uživateli.

Popisované prožitky akutní intoxikace odpovídají podle četnosti výskytu Tartovým zjištěním (1971). Mezi charakteristické zkušenosti patří vnímání času jako pomaleji ubíhajícího, poznávání nových kvalit chuti, radost z konzumace jídla, více vzrušující doteky a orgasmus, uvolněnost těla až relaxovaný stav, zapomínání začátku konverzace, snížená schopnost číst, spontánní introspekce a snadnější usínání. Běžné jsou intuitivnější a originálnější myšlenky, pocit jednoty s druhými či zapomínání v běžné konverzaci. Výjimečně se objevují nutkavé myšlenky, nekvalitní spánek, třes nebo pocity na omdlení.

Okolnosti užívání byly posuzovány jednak dotazem na nejčastější kontext užívání, jednak otázkou, zda existují nějaké činnosti, místa, osoby, situace a další okolnosti, do kterých uživatelé většinou nevstupují intoxikovaní. Z výsledků je zřejmé, že kontrolovaní uživatelé konzumují drogu převážně ve večerních hodinách, když mají hotové všechny povinnosti a závazky a tím zároveň regulují množství a frekvenci užívání. Užívat konopné drogy podle respondentů není vhodné zejména během řízení, při plnění pracovních a studijních povinností, před rodiči, přes den, ve společnosti neuživatelů a cizích osob a při zařizování úředních a dalších formálních záležitostí. Tyto výsledky se shodují se závěry studie dlouhodobých uživatelů kanabinoidů z Amsterdamu, San Francisca a Brém (Cohen, & Kaal, 2001).

Sociální kontroly, kterými jsou dle Beckera (1970) nabídka, utajení a morálka, se z výsledků nezdají být významné. Získat marihuanu je v dnešní době v České republice snadné, je dostupná téměř vždy a všude. I když jde o nelegální návykovou látku, její

užívání je velmi rozšířené a poměrně tolerované. Možná i proto respondenti užívání příliš netají. Morální hledisko u kontrolovaných uživatelů hraje roli zejména v tom, že převážně užívají drogu, až když mají všechny povinnosti a závazky splněné.

Nejčastěji se objevujícím vzorcem užívání je vzorec up-top-down, pro který je charakteristické, že v průběhu konopné kariéry množství a frekvence užívání nejprve roste a v určitém okamžiku začne klesat. Druhým nejčastějším vzorcem je vzorec proměnlivý v čase - užívání kolísá především jako důsledek změn v životní struktuře. Tyto výsledky korespondují se zjištěním Cohena a Kaalové (2001).

Pokud se u uživatele objevují symptomy syndromu odnětí, jde zejména o podrážděnost, zhoršení kvality spánku, špatné sny a pocení. Na základě snahy o stanovení prevalence jednotlivých symptomů bylo zjištěno, že právě nervozita, neklid, tenze a poruchy spánku jsou nejčastější. Také další uvedené příznaky jsou dle výsledků studie časté (Wiesbeck et al., 1996).

Limity práce

V důsledku nedostatku zdrojů týkajících se přímo kontrolovaného užívání konopných drog, nemohla být teoretická část zpracována detailněji. Z důvodu nereprezentativnosti výzkumného souboru není možná generalizace výsledků. Mnohá úskalí souvisí se značnou subjektivitou výpovědí, jejichž pravdivost nebyla ověřena. Screeningový dotazník CAST, který byl administrován s cílem zjistit, v jakém stupni rizika se kontrolovaní uživatelé nachází, se jeví jako značně nedostatečný nástroj k posuzování rizikovosti chování. Některé položky jsou nejednoznačné a celkově je hodnocení velmi přísné. Tento dotazník navíc nerozlišuje, zda se rizikové chování v posledních dvanácti měsících objevuje jednorázově či pravidelně. V neposlední řadě je nutné upozornit na nezkušenost výzkumníka, která může být příčinou mnohých nedostatků.

Návrhy na další výzkumy

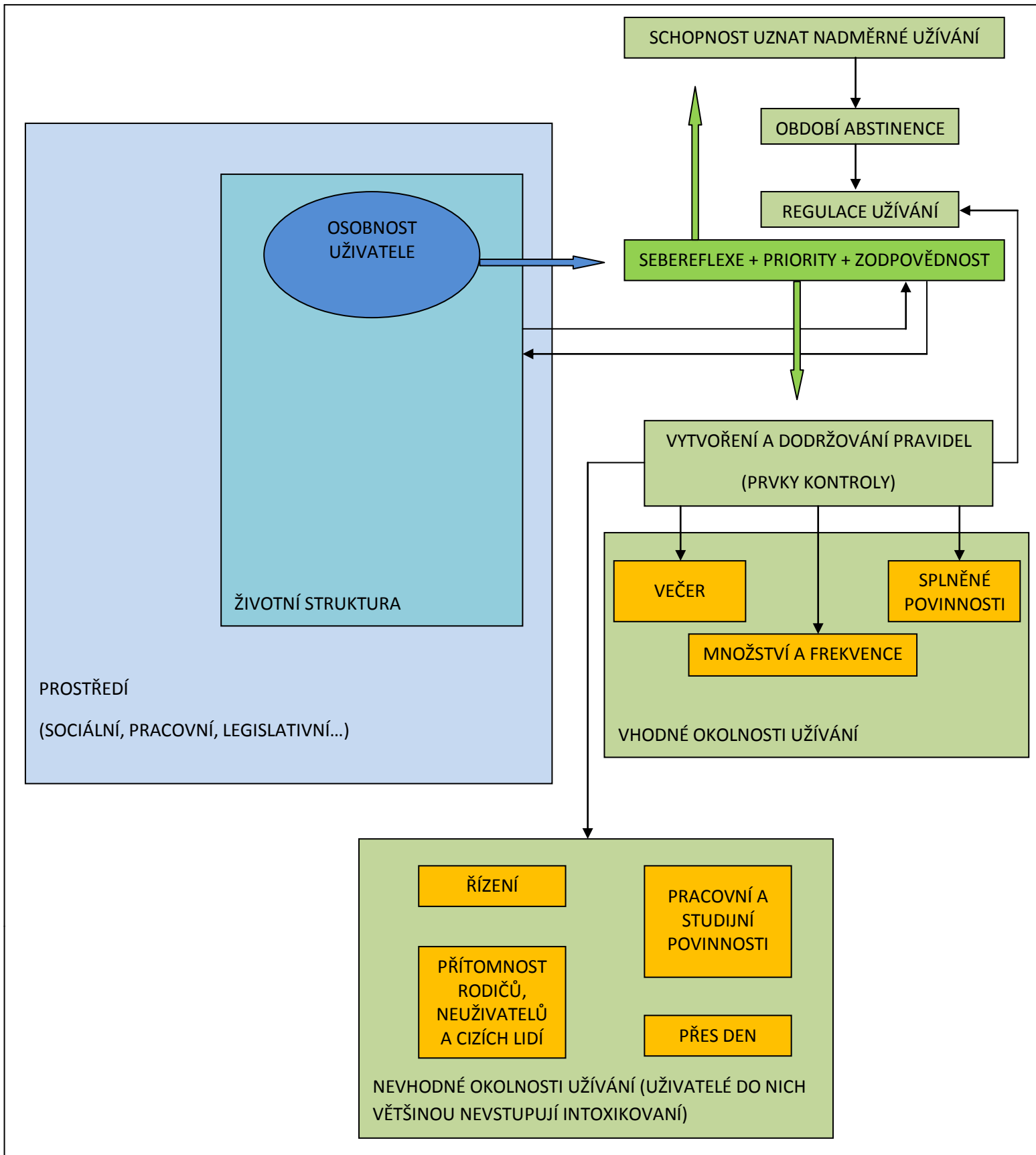
Vzhledem k tomu, že kontrolované užívání konopných drog nebylo dosud ve větší míře zkoumáno, bylo by vhodné věnovat se této problematice. Závěry by bylo možné aplikovat především v primární a sekundární prevenci, konkrétně v přístupu harm reduction. Vhodné a užitečné by bylo vyvinutí specializovanějšího a validnějšího nástroje k posuzování rizikivosti užívání konopných drog. Podle takového nástroje by se dalo lépe rozlišovat, zda jde o užívání problémové či nikoliv. V souvislosti s tím by bylo žádoucí porovnat kontrolované uživatele se závislými uživateli a s neuživateli a hledat, co mají tyto tři skupiny společné a co je odlišuje.

10 Závěry

Na základě výsledků empirické části práce lze vyvodit následující závěry:

- Kontrolované užívání konopných drog je možné.
- Co se týká intenzity a frekvence užívání, existují mezi uživateli poměrně velké rozdíly. Rozdíly v míře užívání se objevují nejen při vzájemném porovnání všech respondentů, ale také v průběhu užívání jednotlivých respondentů. Nejintenzivnější užívání se u každého vyskytuje v jiném věku a po jiné době užívání. Nejčastěji však šlo o období mezi 21. a 23. rokem věku.
- U většiny uživatelů lze identifikovat období nadměrného užívání. Respondenti byli schopni sebereflexe, a proto po tomto období začali užívání regulovat. Až na jednu výjimku se u všech objevují období abstinence trvající několik týdnů až let. Období nadměrného užívání i období abstinence jsou určována především změnami v životní struktuře.
- Kontrolované užívání je ovlivňováno mnoha faktory, z nichž jako nejvýznamnější se jeví osobnost uživatele, konkrétně jeho hodnotový žebříček, zodpovědnost a schopnost sebereflexe. To, že si je uživatel vědom rizik, která jsou s užíváním spojena a že nad užíváním přemýšlí, vede k vytvoření a dodržování pravidel, pomocí nichž je užívání udržováno v mezích neproblémového užívání.
- Respondenti regulují užívání prostřednictvím různých pravidel. Ta vymezují a určují, za jakých okolností bude droga užita a za jakých nikoliv. Mezi okolnostmi, které nejsou vhodné k užívání konopných drog, patří řízení motorových vozidel, pracovní a studijní povinnosti, přítomnost rodičů, neuživatelů a cizích lidí, jiná denní doba než večer a formální záležitosti. Přijatelné je naopak užívání večer a po splnění všech závazků a povinností. Také množství a frekvence užívání nesmí překračovat individuálně zvladatelnou úroveň.

Obrázek č. 5: Výsledný model kontrolovaného užívání konopných drog



Souhrn

Diplomová práce se věnuje tématu kontrolovaného užívání konopných drog v dospělosti. Je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části práce jsou popsány konopné drogy z hlediska historie jejich rozšíření a užívání, dále jsou zařazeny z pohledu farmakobotaniky a v neposlední řadě je pozornost věnována psychoaktivním látkám, které obsahují. V další kapitole jsou stručně charakterizovány modality konopných drog, zejména marihuana, hašiš a konopný olej. V části věnované vzorcům užívání jsou zmíněny způsoby aplikace konopných drog či průběh akutní intoxikace. Následující kapitola se zabývá pojednáním o rizicích, která jsou s užíváním konopných drog spojená. Konkrétně je rozpracována problematika vlivu užívání na psychická a somatická onemocnění, kognitivní funkce a schopnost řídit motorová vozidla. Pojednáno je také o amotivačním syndromu a teorii, která tvrdí, že marihuana slouží jako přechodová droga. Po údajích o prevalenci užívání konopných drog následuje kapitola zabývající se syndromem závislosti. Zaměřena je na příčiny vzniku a rozvoje závislosti a abstinční příznaky v obecném i konkrétním pojetí. Nejdůležitější částí teoretického textu je kapitola o důvodech užívání konopných drog, uživatelích a jejich osobnostních charakteristikách a kontrolovaném užívání, na které je nahlíženo nejprve v kontextu užívání všech návykových látek a poté v kontextu užívání konopných drog.

Obecným cílem práce je komplexní popis kontrolovaného užívání konopných drog. Proto byl zvolen kvalitativní design, konkrétně případové studie, prostřednictvím kterých je možné skrze jednotlivé případy porozumět dalším podobným případům a popsat je. K tvorbě dat byl využit především polostrukturovaný rozhovor, k doplnění údajů sloužila metoda životní (časové) křivky, pozorování a screeningový dotazník zjišťující stupeň rizikovitosti užívání (CAST). Získaná data byla analyzována v kontextu zakotvené teorie. Výběrový soubor tvoří 13 respondentů, z toho 7 mužů a 6 žen. Průměrný věk respondentů je 31,8 let. Nejmladšímu je 18 let, nejstaršímu 45. Až na jednu výjimku všichni žijí v Jihočeském kraji. Respondenti byli vybráni metodou sněhové koule, příležitostným a záměrným výběrem. Jde o nepravděpodobnostní metody výběru, které se v kontextu kvalitativního metodologického rámce uplatňují a nekladou požadavek na reprezentativnost výběrového souboru. Během celého procesu realizace empirické části práce byly dodržovány etické zásady a normy, které je v psychologickém výzkumu nutné respektovat.

Z výsledků vyplývá závěr, že kontrolované užívání konopných drog je možné. Nejde však o jednoznačně vymezenou kategorii, ale spíše o jeden z typů užívání na kontinuu mezi pólem abstinence a závislost. Kontrolované užívání je ve většině případů reakcí na sebereflexi nadměrného užívání. Dle respondentů kontrolované užívání konopných drog souvisí se zodpovědností, schopností sebereflexe a různými pravidly sloužícími k regulaci užívání. Nejčastěji zmiňovanými pravidly je užívání konopných drog ve večerních hodinách, a když má uživatel vše splněno a zařízeno. Kontrola souvisí také s množstvím a frekvencí užívání. Nutno podotknout, že tento fenomén nabývá velmi komplexních a individuálních rozměrů. Z toho důvodu se jeví jako nevhodné hodnocení rizikovosti užívání výhradně na základě těchto zdánlivě objektivních údajů. Dalším prvkem kontroly je vyhýbání se užívání za nevhodných okolností. Většina respondentů neužívá drogu během řízení motorového vozidla, při plnění pracovních a studijních povinností, přes den nebo v přítomnosti rodičů, neuživatelů a cizích lidí. Výsledky je možné využít v rámci primární a sekundární prevence, konkrétně v kontextu přístupu harm reduction.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Apsler, R. (1982). Measuring How People Control the Amounts of Substances They Use. In N. E. Zinberg, & W. M. Harding (Eds.), *Control Over Intoxicant Use. Pharmacological, Psychological and Social Considerations* (37-51). New York: Human Sciences Press.

Archer, J., & Lopata, A. (1979). Marijuana Revisited. *Personnel & Guidance Journal*, 57(5), 244-250. Získáno 21. února 2017 z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=0fbee0d-079e-4436-a189-c97a98e6e8d4%40sessionmgr4007&vid=0&hid=4111&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT11ZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=6456976&db=a9h>

Ashton, C. H. (1999). Adverse effects of cannabis and cannabinoids. *British Journal of Anaesthesia*, 83(4), 637-649. doi: 10.1093/bja/83.4.637

Bally, N., Zullino, D., & Aubry, J. M. (2014). Cannabis use and first manic episode. *Journal of Affective Disorders*, 165, 103-108. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.038

Barker, G. (1999). *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: Albert.

Becker, H. S. (1970). Marijuana: A Sociological Overview. In D. Solomon (Ed.), *The Marijuana Papers. An examination of marijuana in society, history and literature* (94-134). London: Panther Books.

Blackwell, J. S. (1983). Drifting, controlling and overcoming: Opiate users who avoid becoming chronically dependent. *Journal of Drug Issues*, 13(2), 219-235. doi: 10.1177/002204268301300204

Blaha, T. (2008). Lidská sexualita v kontextu akutní intoxikace konopnými drogami. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (240-248). Praha: Grada.

Block, R. I., & Ghoneim, M. M. (1993). Effects of chronic marijuana use on human cognition. *Psychopharmacology*, 110(1), 219-228. doi: 10.1007/BF02246977

Bolla, K. I., Brown, K., Eldreth, D., Tate, K., & Cadet, J. L. (2002). Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology*, *59*(9), 1337-1343. doi: 10.1212/01.WNL.0000031422.66442.49

Bolla, K. I., Eldreth, D. A., Matochik, J. A., & Cadet, J. L. (2005). Neural substrates of faulty decision-making in abstinent marijuana users. *NeuroImage*, *26*(2), 480-492. doi: 10.1016/j.neuroimage.2005.02.012

Bondallaz, P., Favrat, B., Chtioui, H., Fornari, E., Maeder, P., & Giroud, Ch. (2016). Cannabis and its effects on driving skills. *Forensic Science International*, *268*, 92-102.

Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A., & Vandrey, V. (2004). Review of the Validity and Significance of Cannabis Withdrawal Syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(11), 1967-1977. doi: 10.1176/appi.ajp.161.11.1967

Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR. (2015). *Postoj veřejnosti ke konzumaci vybraných návykových látek – květen 2015*. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.

Cohen, P. D. A., & Kall, H. L. (2001). *The Irrelevance of Drug Policy. Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen*. Amsterdam: CEDRO / UvA

Compton, R. P., & Berning, A. (2015). Drug and alcohol cash risk. *Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication*, *11*(1), 29-46. Získáno 28. března 2017 z <https://search.proquest.com/docview/1841978960?accountid=16730>

Český statistický úřad (2016). Demografická ročenka krajů – 2006 až 2015: Jihočeský kraj. Získáno 16. dubna 2017 z <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-kraju-2006-az-2015>

Dalgarno P., & Shewan, D. (2005). Reducing the risks of drug use: The case for set and setting. *Addiction Research & Theory*, *13*(3), 259-265. doi: 10.1080/16066350500053562

Danielsson, A. K., Lundin, A., Agardh, E., Allebeck, P., & Forsell, Y. (2016). Cannabis use, depression and anxiety: A 3-year prospective population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *193*, 103-108. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.045

- Doležal, J. X. (1997). *Marihuana*. Olomouc: Votobia.
- Dupal, L. (2004). *Kniha o marihuaně*. Praha: Maťa.
- Dvořáček, J. (2003a). Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (297-303). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Dvořáček, J. (2003b). Detoxifikace. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (304-309). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (25-40). Praha: Grada.
- Dvořáček, J., Miovský, M., & Šulcová, A. (2008). Závislost na konopných drogách. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (273-291). Praha: Grada.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2008). *Stav drogové problematiky v Evropě. Výroční zpráva za rok 2008*. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2014). *Evropská zpráva o drogách 2014. Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2015). *Evropská zpráva o drogách 2015. Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Feingold, D., Weiser, M., Rehm, J., & Lev-Ran, S. (2015). The association between cannabis use and mood disorders: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 172*, 211-218. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.006
- Feingold, D., Weiser, M., Rehm, J., & Lev-Ran, S. (2016). The association between cannabis use and anxiety disorders: Results from a population-based representative sample. *European Neuropsychopharmacology, 26*, 493-505. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.12.037
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction, 97*(9), 1123-1135. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00103.x

- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Fišar, Z. (2008). Kanabinoidy a duševní poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(6), 297-307.
- Gabrielová, H., & Ruman, M. (2008). Botanika konopí. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (63-70). Praha: Grada.
- Gabrhelík, R. (2004). Amotivační syndrom a konopné drogy. *Adiktologie*, 4(1), 54-63.
- Gabrhelík, R. (2008). Amotivační syndrom u uživatelů konopných drog. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (365-372). Praha: Grada.
- Gabrhelík, R., Miovský, M., Záborský, T., & Kubů, P. (2008a). Inhalační vzorce užívání konopných drog a parafernália využívaná za tímto účelem. *Adiktologie*, 8(2), 98-111.
- Gabrhelík, R., Záborský, T., & Miovský, M. (2008b). Modality konopných drog. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (125-132). Praha: Grada.
- Gabrhelík, R., Kubů, P., Miovský, M., & Záborský, T. (2008c). Vzorce užívání konopných drog a parafernálie. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (132-145). Praha: Grada.
- Göhlert, F.-Ch., & Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti: Toxikománie; Drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar.
- Grinspoon, L., & Bakalar, J. B. (1996). *Marihuana. Zakázaná medicína*. Bratislava: CAD Press.
- Gruber, S. A., Sagar, K. A., Dahlgren, M. K., Racine, M., & Lukas, S. E. (2012). Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 496-506. doi: 10.1037/a0026269
- Grund, J. P. C. (1993). *Drug Use as a Social Ritual. Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO).
- Harding, G. (1988). Patterns of Heroin Use: what do we know? *British Journal of Addiction*, 83(11), 1247-1254. doi: 10.1111/j.1360-0443.1988.tb03035.x

- Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hartnoll, R. (Ed.). (2003). *Průručka k provádění výběru metodou sněhové koule. Snowball Sampling*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hathaway, A. D. (2004). Cannabis careers reconsidered: transitions and trajectories of committed long-term users. *Contemporary Drug Problems*, 31, 401-423.
- Helle, S., Ringen, P. A., Melle, I., Larsen, T. K., Gjestad, R., Johnsen, E.,... Løberg, E. M. (2016). Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia spectrum disorder in a naturalistic, multi-site sample (N = 1119). *Schizophrenia Research*, 170, 217-221. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.027
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Horáček, J. (2008). Užívání konopných drog a problematika psychotických stavů a schizofrenie. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (300-312). Praha: Grada.
- Charmaz, K. (2003). Grounded theory. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (81-110). London: SAGE Publications.
- Charvát, M. (2004). Problematika výběru účastníků kvalitativního výzkumu z řad uživatelů nelegálních drog. In M. Miovský, I. Čermák, & V. Řehan (Eds.), *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III. Olomouc 2004. Sborník prací z III. ročníku celostátní konference o kvalitativním přístupu a metodách* (77-86). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Charvát, M. (2009). Vybrané osobnostní charakteristiky dlouhodobých a pravidelných uživatelů konopných drog. *Adiktologie*, 9(3), 140-150.
- Chomynová, P. (2013). Národní výzkum užívání návykových látek 2012. *Zaostřeno na drogy*, 2(11), 1-16.
- Iversen, L. (2006). *Léky a drogy. Průvodce pro každého*. Praha: Dokořán.
- Jahodář, L. (2011). *Farmakobotanika – semenné rostliny*. Praha: Karolinum.

Jessor, R., Chase, J. A., & Donovan, J. E. (1980). Psychosocial Correlates of Marijuana Use and Problem Drinking in a National Sample of Adolescents. *American Journal of Public Health*, 70(6), 604-613. doi: 10.2105/AJPH.70.6.604

Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Miovský, M., & Nešpor, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.

Kalina, K. (2003a). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (78-82). Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2003b). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (15-24). Praha: Úřad vlády České republiky.

Kandel, D. B., & Chen, K. (2000). Types of marijuana users by longitudinal course. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3), 367-378. doi: 10.15288/jsa.2000.61.367

Kolansky, H., & Moore, W. T. (1972). Toxic Effects of Chronic Marijuana Use. *Journal of the American Medical Association*, 222(1), 35-41. doi: 10.1001/jama.1972.03210010017004

Králíková, E. (2003). Tabák a závislost na tabáku. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (205-210). Praha: Úřad vlády České republiky.

Krmenčík, P. (2008). Somatická rizika spojená s kouřením marihuany. *Adiktologie*, 8(2), 112-126.

Kudrle, S. (2003a). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (91-95). Praha: Úřad vlády České republiky.

Kudrle, S. (2003b). Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (83-89). Praha: Úřad vlády České republiky.

- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (17-24). Praha: Grada.
- Lau, N., Sales, P., Averill, S., Murphy, F., Sato, S.-O., & Murphy, S. (2015). Responsible and controlled use: Older cannabis users and harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 26(8), 709-718. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.03.008
- Lindesmith, A. R. (1970). The Marijuana Problem: Myth or Reality? In D. Solomon (Ed.), *The Marijuana Papers. An examination of marijuana in society, history and literature* (50-68). London: Panther Books.
- Linhart, I. (2012). *Toxikologie. Interakce škodlivých látek s živými organismy, jejich mechanismy, projevy a důsledky*. Praha: VŠCHT.
- Lorencová, R. (2011). *Spiritualita uživatelů alkoholu a marihuany*. Praha: Dauphin.
- Lozano, B. E., Stephens, R. S., & Roffman, R. A. (2006). Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction*, 101(11), 1589-1597. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01609.x
- Mann, J. (1996). *Jedy, drogy, léky*. Praha: Academia.
- Martin, C. A., Kelly, T. H., Rayens, M. K., Brogli, B. R., Brenzel, A., Smith, W. J., & Omar, H. A. (2002). Sensation Seeking, Puberty, and Nicotine, Alcohol, and Marijuana Use in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1495-1502. doi: 10.1097/00004583-200212000-00022
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. (1996). Praha: Psychiatrické centrum.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická kritéria. (2000). Praha: Psychiatrické centrum.
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (339-367). Praha: Grada.

- Miovská, L., Miovský, M., & Šulcová, A. (2008). Vliv užívání konopných drog na kognitivní funkce. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (354-365). Praha: Grada.
- Miovská, L., Vacek, J., & Gabrhelík, R. (2008). Uživatelé konopných drog. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy, Adiktologické kompendium* (162-168). Praha: Grada.
- Miovský, M., & Urbánek, T. (2001). *NEAD 2000. Zprávy z výzkumu za jednotlivé okresy*. Boskovice: Nakladatelství Albert.
- Miovský, M. (2003). Konopné drogy. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (174-179). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Miovský, M., Miovská, L., Šedá, E., & Řehan, V. (2004). Výzkum poruch paměti u dlouhodobých uživatelů konopných drog: předběžné výsledky. In D. Heller, J. Procházková, & I. Sobotková (Eds.), *Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů. Polarita a vzájemné obohacování: sborník příspěvků z konference Psychologické dny, Olomouc 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miovský, M., & Miovská, L. (2008). Psychiatrická komorbidita u uživatelů konopných drog. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (298-299). Praha: Grada.
- Morávek, J. (2007). Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet. *Adiktologie*, 7(4), 445-455.
- Morávek, J., Drbohlavová, B., Dvořák, J., Kluchová, R., Královcová, O., Musilová, B., & Petrenko, R. (2008). *Kontrolované užívání marihuany: rituály a neformální normy u mladých pravidelných uživatelů* [PowerPoint prezentace]. Získáno 21. března 2017 z www.jan-moravek.cz/download/moravek-et-al_kontrolovane-uzivani-marihuany.pdf
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., ... Vacek, J. (2007). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., ... Koňák, T. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., ... Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., ... Jurystová, L. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., ... Jurystová, L. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., ... Malinová, H. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Murray, J. B. (1986). Marijuana's Effects on Human Cognitive Functions, Psychomotor Functions, and Personality. *The Journal of General Psychology*, 113(1), 23-55. doi: 10.1080/00221309.1986.9710540

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/24625

Necco, T. (1998). Marijuana and Sex: A Classic Combination. *Cannabis Culture: Marijuana Magazine*, 14. Získáno 20. února 2017 z <http://www.cannabisculture.com/content/1998/09/01/1372>

- Nešpor, K. (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup* (217-222). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2012). Marihuana: rizika a krátká intervence. *Praktický lékař*, 92(8), 455-459.
- Novák, P., Miovský, M., & Šťastná, L. (2009). Mediální obraz konopných drog v souvislosti s kriminální činností. *Adiktologie*, 9(4), 196-203.
- Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP – Koniasch Latin Press.
- Oddělení prevence a humanitních činností. (15. května 2012). *Koncepce Oddělení prevence a humanitních činností 2012-2014*. Získáno z [kraj-jihocesky.cz/file.php?par\[id_r\]=84957&par\[view\]=0](http://kraj-jihocesky.cz/file.php?par[id_r]=84957&par[view]=0)
- Oddělení prevence a humanitních činností. (22. září 2016). *Závěrečná zpráva o plnění koncepce Oddělení prevence a humanitních činností 2015-2017 za rok 2015*. Získáno z [kraj-jihocesky.cz/file.php?par\[id_r\]=135750&par\[view\]=0](http://kraj-jihocesky.cz/file.php?par[id_r]=135750&par[view]=0)
- Oreský, J. (2015). *Prvky kontroly a rituály uživatelů konopí* (Bakalářská práce). Získáno 10. dubna 2017 z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/138377/>
- Pol, P., Liebrechts, N., Graaf, R., Korf, D. J., Brink, W., & Laar, M. (2013). Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 352-359. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.06.009
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Hudson, J. I., Cohane, G., Huestis, M. A., & Yurgelun-Todd, D. (2003). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug and Alcohol Dependence*, 69(3), 303-310. doi: 10.1016/S0376-8716(02)00334-4
- Rätsch, Ch. (1994). *Konopí; léčebný prostředek v dějinách lidstva*. Brno: Datal.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.

- Robinson, R. (1997). *Velká kniha o konopí*. Praha: Volvox Globator.
- Řiháček, T., & Hytych, R. (2013). Metoda zakotvené teorie. In T. Řiháček, I. Čermák, R. Hytych, & kolektiv. *Kvalitativní analýza textu: čtyři přístupy* (44-74). Brno: Masarykova univerzita.
- Satinder, K. P., & Black, A. (1984). Cannabis Use and Sensation-Seeking Orientation. *The Journal of Psychology*, 116(1), 101-105. doi: 10.1080/00223980.1984.9923623
- Silins, E., Hutchinson, D., Swift, W., Slade, T., Toson, B., & Rodgers, B. (2013). Factors associated with variability and stability of cannabis use in young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 452-458. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.07.003
- Simon, R. (1997). Estimating prevalence using the case-finding method: an overview. In G. V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Frischer, & C. Taylor (Eds.), *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe* (45-54). Lisabon: EMCDDA.
- Simons, J., Correia, Ch. J., & Carey, K. B. (2000). A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users. *Addictive Behaviors*, 25(1), 153-160. doi: 10.1016/S0306-4603(98)00104-X
- Sivek, V., Miovska, L., & Miovsky, M. (2004). Obraz uživatelů a užívání konopných drog v českých médiích v roce 2003. *Adiktologie*, 4(4), 474-491.
- Smith, D. E. (1968). Acute and chronic toxicity of marijuana. *Journal of Psychedelic Drugs*, 2(1), 37-48. doi: 10.1080/02791072.1968.10524399
- Spilka, S., Janssen, E., & Legleye, S. (2013). *Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST)*. Získáno 13. dubna 2017 z www.ofdt.fr
- Stafford, P. (1997). *Encyklopedie psychedelických látek*. Praha: Volvox Globator.
- Stimmel, B. (1992). *The facts about drug use: coping with drugs and alcohol in your family, at work, in your community*. New York: The Haworth Medical Press.
- Strakowski, S. M., DelBello, M. P., Fleck, D. E. et al. (2007). Effects of Co-occurring Cannabis Use Disorders on the Course of Bipolar Disorder After a First Hospitalization for Mania. *Arch Gen Psychiatry*, 64(1), 57-64. doi: 10.1001/archpsyc.64.1.57

Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.

Swift, W., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Calabria, B., & Patton, G. C. (2009). Are adolescents who moderate their cannabis use at lower risk of later regular and dependent cannabis use? *Addiction*, *104*(5), 806-814. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02534.x

Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *68*(1), 49-64. doi: 10.1016/S0376-8716(02)00102-3

Tart, Ch. T. (1971). *On Being Stoned. A Psychological Study of Marijuana Intoxication*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books. Získáno 18. ledna 2017 z <https://www.newgrowbook.com/filebaseup/ups/pdf/01/On%20Being%20Stoned%20-%20Psychological%20Study%20of%20Marijuana%20Intoxication.pdf>

Thanki, D., & Vicente, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

ÚZIS. (2006). *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Vacek, J. (2004). Klasifikace prožitku akutní intoxikace konopnými drogami: klinické souvislosti s drogovou kariérou. *Adiktologie*, *4*(4), 526-542.

Vacek, J. (2008). Prožitek akutní intoxikace. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (220-240). Praha: Grada.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vorlová, K. (2008). Drogy, alkohol a řízení. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, *1*, 66-71.

Všetička, J. (2014). Souvislosti mezi užíváním pervitinu a marihuany, toxickými psychózami a schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*, *110*(2), 67-74.

- Vyskočilová, J., & Praško, J. (2015). Psychické a somatické komplikace závislosti na kanabinoidech. *Česká a slovenská psychiatrie*, *111*(1), 14-22.
- Waldorf, D., Reinarman, C., & Murphy, S. (1991). *Cocaine gangs. The experience of using and quitting*. Philadelphia: Temple University Press.
- Wallace, G. B. (1970). The Marijuana Problem in the City of New York. Summary. In D. Solomon (Ed.), *The Marijuana Papers. An examination of marijuana in society, history and literature* (382-390). London: Panther Books.
- Warburton, H., Turnbull, P. J., & Hough, M. (2005). *Occasional and heroin controlled use. Not a problem?* York: Joseph Rowntree Foundation.
- Wells, B., & Stacey, B. (1976). A Further Comparison of Cannabis (Marijuana) Users and Non-Users. *Addiction*, *71*(2), 161-165. doi: 10.1111/j.1360-0443.1976.tb00074.x
- Wiesbeck, G. A., Schuckit, M. A., Kalmijn, J. A., Tipp, J. E., Bucholz, K. K., & Smith, T. L. (1996). An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. *Addiction*, *91*(10), 1469-1478. doi: 10.1046/j.1360-0443.1996.911014696.x
- Wilson, W., Mathew, R., Turkington, T., Hawk, T., Coleman, E., & Provenzale, J. (2000). Brain Morphological Changes and Early Marijuana Use. A Magnetic Resonance and Positron Emission Tomography Study. *Journal of Addictive Diseases*, *19*(1), 1-22. doi: 10.1300/J069v19n01_01
- Zábranský, T. (2008a). Potence kultivace konopí. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (70-80). Praha: Grada.
- Zábranský, T. (2008b). Teorie marihuany jako „vstupní drogy“. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (372-392). Praha: Grada.
- Zábranský, T., & Hanuš, L. O. (2008). Využití látek z konopí v současné medicíně. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (406-421). Praha: Grada.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Kontrolované užívání konopných drog v dospělosti

Autor práce: Bc. Bedřiška Simetová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 126 (230 715)

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 142

Abstrakt: Teoretická část práce je věnována komplexnímu popisu užívání konopných drog a shrnutí dosavadních výzkumů týkajících se kontrolovaného užívání. Empirická část práce je zasazena do kvalitativního metodologického rámce. Prvním cílem práce je zjistit, zda je kontrolované užívání konopných drog možné. Druhým cílem je podat komplexní popis kontrolovaného užívání. Třetím cílem je prozkoumat, jaké hlavní faktory ovlivňují kontrolované užívání. Výzkumný soubor tvoří pravidelní uživatelé konopných drog. Výběrový soubor byl vybrán pomocí nepravděpodobnostních metod výběru a tvoří jej celkem 13 respondentů. Jako typ výzkumu byla zvolena případová studie. Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, metoda životní křivky, pozorování a screeningový dotazník CAST. Data byla analyzována pomocí zakotvené teorie. Bylo zjištěno, že kontrolované užívání konopných drog je možné. Jedná se o multifaktoriálně podmíněný jev. Za dominantní faktor lze označit osobnost uživatele, konkrétně schopnost sebereflexe, hodnotový žebříček a zodpovědnost. Kontrolovaní uživatelé si vytváří soubor různých pravidel, kterým užívání přizpůsobují.

Klíčová slova: kontrolované užívání, konopné drogy, uživatelé konopných drog

ABSTRACT OF THESIS

Title: Controlled Cannabis Use in Adulthood

Author: Bc. Bedřiška Simetová

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 126 (230 715)

Number of appendices: 6

Number of references: 142

Abstract: The theoretical part of the thesis deals with a complex description of cannabis use and a summary of up to now findings in the field of controlled use. The empirical part of the thesis has three major aims. The first aim is to determine if it is possible to use cannabis in a controlled and moderate way. The second aim is a complex description of a controlled cannabis use. The third aim is to explore which main factors influence the controlled use. The research sample group consists of regular cannabis users. The sample group consists of 13 respondents. As a type of research a case study was chosen. The data were collected using the semi-structured interview, the life curve method, observation and the Cannabis Abuse Screening Test (CAST). The data were analysed by means of a grounded theory. According to the results, controlled use of cannabis is possible. This phenomenon is multifactorially dependent. The dominant factor is the personality of a user specifically the ability of self-reflexion, priorities and responsibility. Controlled users create their own variety of rules, which help to moderate their usage of cannabis.

Key words: controlled use, cannabis, cannabis users

Seznam příloh

Příloha č. 1: Formulář zadání magisterské diplomové práce

Příloha č. 2: Osnova rozhovoru

Příloha č. 3: Životní křivka uživatelky Sárky

Příloha č. 4: Cannabis Abuse Screening Test (CAST)

Příloha č. 5: Přepis rozhovoru po redukci prvního řádu

Příloha č. 6: Ukázka identifikovaných kódů a obecnějších kategorií jako výsledek prvního kódování

Příloha č. 1: Formulář zadání magisterské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCHN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. SIMETOVÁ Bedřiška	1. máje 248, Vimperk	F150453

TÉMA ČESKY:

Kontrolované užívání konopných drog v dospělosti

TÉMA ANGLICKY:

Controlled Cannabis Use In Adulthood

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium a rešerše odborné literatury z oblasti adiktologie, psychologie a psychiatrie týkající se problematiky závislosti, konopných drog a jejich kontrolovaného užívání. Zpracování současných výzkumů, které se zabývají tímto tématem nebo blízkými tématy.
2. Kvalitativní výzkum (případové studie) realizovaný na výzkumném souboru čítajícím alespoň deset dospělých uživatelů konopných drog. Výběr bude proveden kombinací metod příležitostného výběru, záměrného výběru, samovýběru a sněhové koule. Data budou získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.
3. Cílem je poskytnout komplexní pohled na problematiku kontrolovaného užívání konopných drog.
4. V závěrečné části budou shrnuty výsledky a v diskuzi budou zmíněna možná rizika práce.
5. Postup práce bude průběžně konzultován s vedoucím práce, budou dodrženy aktuální normy katedry a etické zásady psychologického výzkumu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Cohen, P. D. A., & Kaal, H. L. (2001). The Irrelevance of Drug Policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen. Amsterdam: CEDRO Universiteit van Amsterdam.
2. Dostál, J. (2013). Identita a Cannabis. Sinceritas.
3. Dupal, L. (2010). Kniha o marihuaně. Praha: Mat'a.
4. Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: základní metoda a aplikace. Praha: Portál.
5. Houstonová, J., & Masters, R. (2004). Druhy psychedelické zkušenosti. Klasický průvodce účinky LSD na lidskou psychiku. Praha: Mat'a.
6. Kalina, K. & kolektiv. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I a II. Praha: RVKPP/Úřad vlády ČR.
7. Kalina, K., & kolektiv. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada.
8. Leary, T. (1996). Záblesky paměti. Olomouc: Votobia.
9. Lorencová, R. (2011). Spiritualita uživatelů alkoholu a marihuany. Praha: Dauphin.
10. Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galén.
11. Miovský, M. (2008). Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium. Praha: Grada.
12. Morávek, J. (2007). Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet. Adiktologie (7)4, 445-455.
13. Morávek, J., & Kabele, J. (2010). Náruživost, koordinace a kontrolované užívání drog. Sociální studia 7(2), 93-114.
14. Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál.
15. Preiss, M., Kučerová, H., & kolektiv. (2006). Neuropsychologie v psychiatrii. Praha: Grada.
16. Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R., & kolektiv. (2013). Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita.
17. Zinberg, N. E. (1984). Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. New Heaven, CT: Yale University Press.

Podpis studenta: 

Datum: 25.11.2015

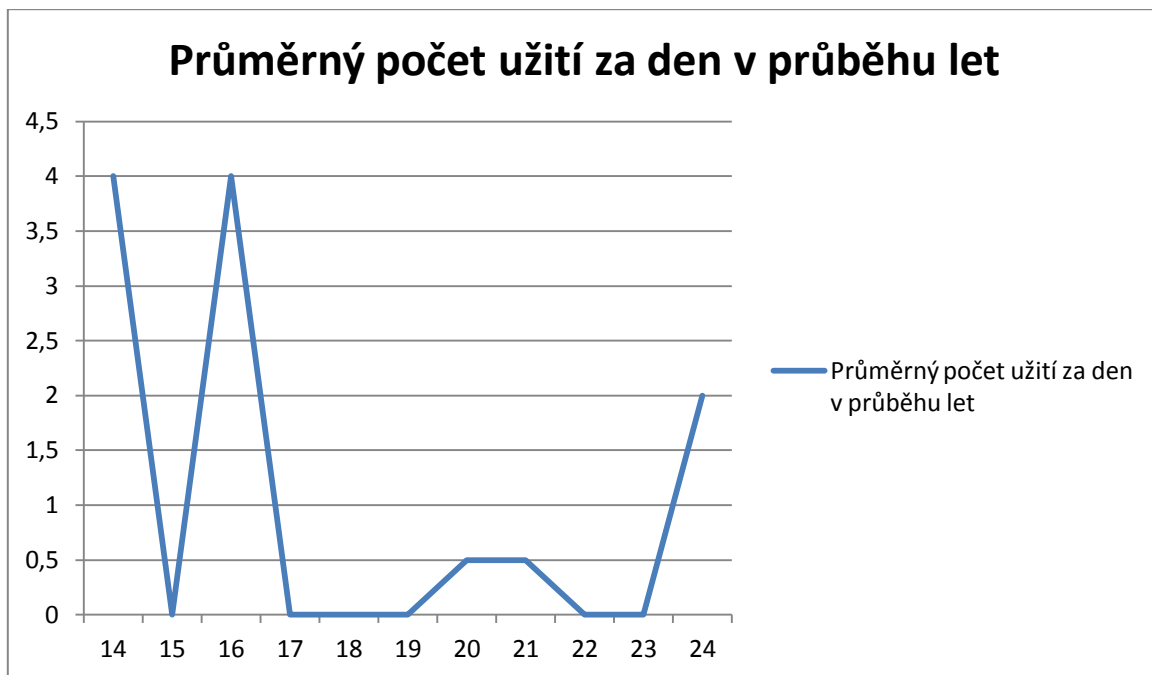
Podpis vedoucího práce: 

Datum: 25. 11. 2015

Příloha č. 2: Osnova rozhovoru

- 1) sociodemografické údaje (pohlaví, věk, rodinný stav, partnerské vztahy, děti, bydlení, zaměstnání/studium)
- 2) užívání alkoholu a tabákových výrobků (frekvence, množství)
- 3) užívání konopných drog (průběh užívání od prvního užití po současnost, motivace k užívání, prožitek akutní intoxikace, kombinace s jinými návykovými látkami, intenzita užívání, negativní aspekty užívání, důsledky užívání, okolnosti užívání, období nadměrného užívání a abstinence)
- 4) kontrolované užívání konopných drog (subjektivní vnímání kontrolovaného užívání, prvky kontroly, vhodné a nevhodné okolnosti užívání, dostupnost drogy)
- 5) užívání ostatních nelegálních drog (zkušenosti s jinými nelegálními návykovými látkami)

Příloha č. 3: Životní křivka uživatelky Sáry



Příloha č. 4: Cannabis Abuse Screening Test (CAST)

Dotazník CAST

Užívání konopí může mít vliv na Vaše zdraví. Dotazník má za cíl zmapovat rizikové chování v souvislosti s užíváním konopných drog v posledních 12 měsících.

Instrukce: U každé otázky označte křížkem jednu možnost, která nejlépe vystihuje Vaši odpověď. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi.

Otázky:

1. Užil/a jste někdy marihuanu nebo hašiš před polednem?

ANO NE

2. Užil/a jste někdy marihuanu nebo hašiš, když jste byl/a sám/sama?

ANO NE

3. Měl/a jste problémy s pamětí, které podle Vás mohly souviset s užíváním marihuany nebo hašiše?

ANO NE

4. Řekli Vám někdy Vaši přátelé nebo rodinní příslušníci, že byste měl/a omezit nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš?

ANO NE

5. Zkusil/a jste omezit nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš, ale nepodařilo se Vám to?

ANO NE

6. Měl/a jste kvůli svému užívání marihuany nebo hašiše někdy problémy (např. hádka, rvačka, nehoda, špatné výsledky ve škole)?

ANO NE

Cílem je zmapovat rizikové chování v souvislosti s užíváním konopných drog v posledních 12 měsících. Výsledkem součtu jednotlivých kladných odpovědí na otázky dotazníku má respondent možnost získat 0–6 bodů:

0–1 bod představuje malé riziko rizikového chování,

2–3 body představuje střední riziko rizikového chování,

4–6 bodů představuje vysoké riziko rizikového chování užívání konopných drog.

Příloha č. 5: Přepis rozhovoru po redukci prvního řádu

TOMÁŠ (38 let)

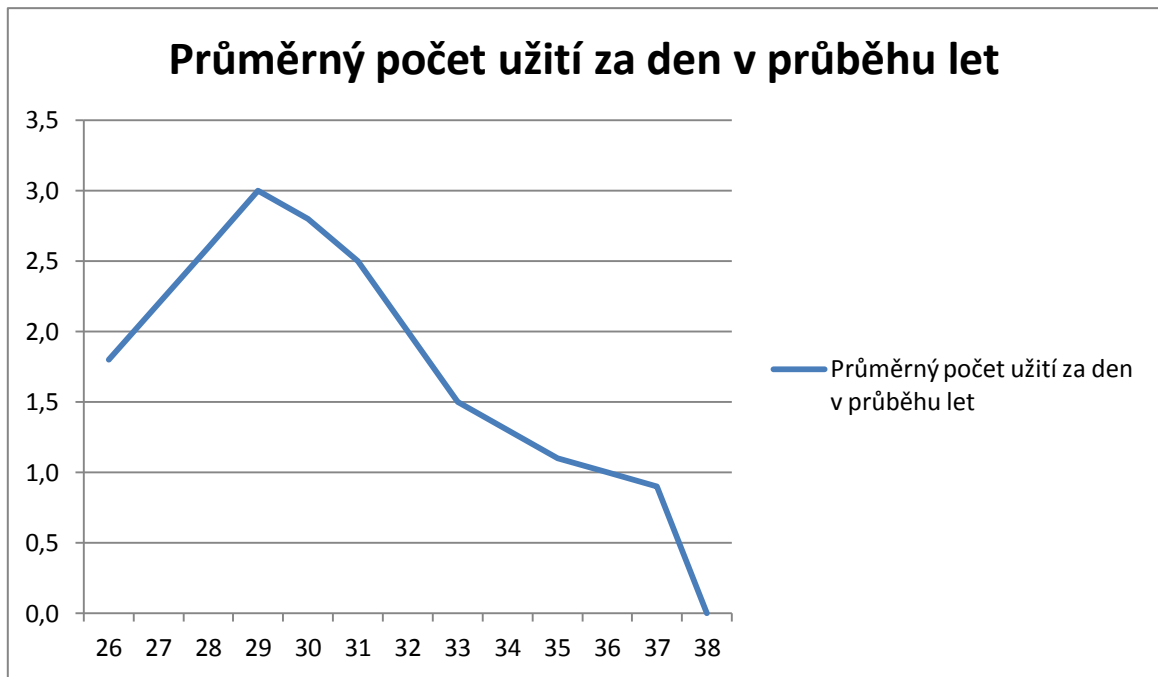
1. Co si představíš pod pojmem kontrolované užívání drog? Jak bys ho podle sebe definoval?

Že hulím, když mám chuť. A i když to může být každý den, tak si každý den nedám. Je to něco jako chuť na sladké, dobré jídlo, prohřešek. Nedáš si to každý den, ale občas si na tom ulítneš. Nejsem bez jointa v prdeli. Rozdíl mezi mnou a člověkem, který to nezvládá a propadne drogám, je asi ten, že umím ovládat emoce, držet je na uzdě. Třeba jsem si vyzkoušel hulit od rána, ale po čase jsem zjistil, že tak to nejde, tak jsem s tím přestal. Ale určitě ta kontrola u mě není stoprocentní, je částečná. Až budu mít zdravotní problémy, nevím, jak se zachovám. Dokud to jde, tak si to budu užívat, ale ne tak, abych byl za dva roky vygumovanej. Jen vychutnat, ne se přežírat. Je to zodpovědnost vůči sobě, aby mi ze sebe nebylo nahovno, že jsem si musel zahulit a další den nebudu schopnej podat výkony. Je to určitě spjatý s prací, protože dělám hlavou. Taky po předávkování nechci.

2. Kdy jsi kouřil trávu poprvé a jaký byl vývoj od té doby, co si pamatuješ?

Někdy mezi 18 a 20. Chodili jsme do Bohemky, kde hodně lidí chodilo ven hulit, a přemlouvali nás, ať jdeme s nima. Dlouho se jim to nevedlo, ale pak jsme jednou byli s kámošem už nalitý a ostatní nás zlomili. Byli jsme vysmátý jak lečo, ale nad ránem jsme měli dojezd, stíhy, že takhle nemůžeme jít domů, že to na mě máma pozná. Druhý den mi bylo blbě, myslel jsem si, že z trávy. Dneska tuším, že to bylo kombinací s alkoholem nebo spíš alkoholem, ale tehdy horší převážilo lepší a do 25 až 27 let jsem nehulil, trochu jsem ty lidi i odsuzoval.

Jinak od toho, co hulím pravidelně, má vývoj sestupnou tendenci. Na začátku bylo intenzivní období, trvalo asi 3-4 roky, hulil jsem i ráno, ale ne každý den. Teď přes pracovní týden mám tak 3 jointy za týden, jenom večer. O víkendu je to víc, tak 5-7 jointů za od pátečního večera do neděle. Ale taky vždy jen večer.



Proč jsi omezil hulení?

Tak kvůli práci, dělal jsem pečovatele v Německu a Rakousku, kde jsem byl vždy 2-3 týdny čistý a pak jsem zase doma 2-3 týdny řádil. A pak taky nikam to nevede pořád hulit. Nic to nedávalo, bylo to jako cigareta.

3. Hulíš radši sám nebo s někým?

Rozhodně se známýma, v hospodě. Sám jen tak jednou za měsíc, když chci záměrně jinou frekvenci vědomí, užít si večer jinak...pak si třeba hraju na baskytaru. Před 14 dny jsem taky poprvé hulil s mamkou, bylo to fajn, pak jsme si šli povídat i s tatškou a bylo to příjemný. Kdybych přestal, musel bych odbourat i ty místa a lidi.

4. Souvisí u Tebe nějak konzumace alkoholu a trávy?

Jo, alkohol mám spojen s trávou. Ale zodpovědně, když mám druhý den fungovat, čeká mě něco důležitého, tak si radši dám jen dvě tři piva a nezahulim si. Ale když hulim bez chlastu, víc si ten stav užívám, víc mě to baví. Je to čistější stav, nezakalený alkoholem, mám víc nápadů a myšlenek. Jakoby se uvolnil ukrutný proud myšlenek. Záleží na modelu, ale jsem pak kreativní. Když jsem rozhozený nebo vystresovaný, mám blíž k tomu se zhulit nebo napít víc než jindy.

5. Vyzkoušel jsi někdy jiné drogy? Pokud ano, tak jaké?

Asi před 13 lety jsem měl půlku extáze, ale nic jsem necítil. Před Vánoce jsem zkusil kokain. Fajn stav, intenzivní, nakopávací, nabuzený. Měl jsem plno energie a zdálo se mi, že zvládám koordinovat plno činností najednou. Necháávají mě chladným, tráva vede.

6. Máš nějaké rituály spojené s kouřením trávy? Něco, co musíš mít, udělat...?

Když jdu někam se záměrem, že tam budu hulit, nosím s sebou krabičku, ve které mám další krabičku s marihuanou, drtičku, papírky, filtry a šťouchátko na upěchování.

7. Hulíš spíš venek nebo skunk?

Mám radši aktivační stavy, radši dobrou venkovku. Skank je lepší chuťově, ale je zrádný, nedokážu odhadnout množství. Ale nejradši mám hašiš.

8. Ví někdo o tom, že hulíš? Jak se k tomu staví ti, kteří to ví?

Rodiče to ví, nikdy to se mnou neřešili. Mamka si pěstuje pro léčebné účely, má náběh na zelený zákal, doporučil jí to doktor. Víc jim vadí cigarety. Manželka mě ani trošičku neomezuje, neznepríjemňuje. Sama nehulí, ale zkusila to několikrát. V práci to ví nejbližší kolektiv – taky hulí.

9. Přemýšlel jsi někdy o budoucnosti, jestli budeš hulit nebo přestaneš?

Několikrát jsem nad tím přemýšlel, když jsem byl ráno vygumovanej, blbě jsem se probíral. Tak jsem koketoval s tou myšlenkou. Ale dávám si pozor na rozhodnutí, chci to fakt dodržet, jinak shazuju sám sebe. Stanovuju si reálné cíle, ne „přestanu“, ale třeba „omezím“. A pak naplňuju den jinýma činnostma. Sport, zdravá strava...vyrovnat misky vah, ne jen chlastat.

10. Pociťuješ na sobě nějaké negativní důsledky hulení?

Maže slovní zásobu, nebo spíš paměť, vybavování. Ve stavu i druhý den po hulení, většinou i s chlastem. Tak po třech jointech a pěti pivech jsem ráno zabržděný. Můžu fungovat, ale dá to mnohem víc práce. Žízeň, sucho v puse. Budím se po dvou hodinách na pití, mám pak nekvalitní spánek. Podpora chuti k jídlu. Pro mě osobně negativní. Že mě to nutí jíst nespoutaně nezdravý věci v nočních hodinách. Nechci jíst večer a to je jediný čas,

kdy hulim. Pak taky když jsem hodně zhulenej, když se předávkuju, tak to má vliv na potenci. To je „padák“.

11. Proč hulíš? Co Ti to přináší?

Únik z reality do světa, kde se dá filozofovat, rozebírat věci, který by tě za střízliva nenapadlo rozebírat tak do hloubky. Přišel jsem na spoustu věcí, nápady v hudbě, do práce... jsou optimističtější, splnitelné, ale méně realistické než nápady za střízliva. Druhý den tu myšlenku upravím. Otevřená kniha novým věcem, která je za střízliva zavřená. Mnohem víc možností, obohacení. Změna vědomí, jiný úhel pohledu na svět. Otevře oči jinak. Je mi dobře. Dokážu se otevřeněji bavit s okolím, i s cizíma, ale ve svém prostředí. Uvolňující, relaxační stav. Chut', vůně a stav vědomí. Umocňovač.

12. Máš nějaké situace, lidi, okolnosti, místa... kdy by sis nezahlil?

Práce, taky za volant to nepatří, i když kdybych si měl vybrat, tak pojedu radši zhulenej než opilej. Opilec má přehnané sebevědomí, neuvědomuje si svůj stav. Zhulenej má stíhy a je proto opatrnější, jede pomalu. Pak taky v průběhu dne, nakupování, výlety, když jsem doma s Kačenkou (manželka), prostě až večer. Na koncert s kapelou, při vystoupení ne. Posunuje to čas a pak špatně časuju. Setkání s rodiči, necítil bych se dobře. Kromě toho, kdy i mamka si dala se mnou jointa.

13. Když jsi přestal hulit, objevily se nějaké problémy nebo nepříjemné pocity, ať psychické nebo fyzické?

Asi 3-4 měsíce jsem vůbec nehulil. Hecli jsme se s kámošem, běhali jsme, cvičili... pak kamarádství skončilo a dril taky. Žádné abstinenční příznaky, ani psychické ani fyzické. Chut' byla, to jo, ale zase rychle přešla. Určitě je snazší přestat s trávou než s tabákem. Není problém s tím seknout ze dne na den, dojdou zásoby, došly. Nebude to jako s cigaretou, nikotin je mnohem větší svinstvo.

14. Jak si vysvětluješ to, že kouření marihuany jsi schopný ovládat, kdežto kouření tabáku ne?

No... nevím, proč to tak je. Možná, že déle kouřím, než hulim? Kouřit mě naučila ženská v partě, asi v 16, 17. Když jsem kouřil nejvíc, měl jsem krabičku tak na dva dny. Teď jsou dny, kdy si nedám ani jednu cigaretu a jen když jdu na pivo, koupím si kusovku. Ale je u

toho horší kontrola než u trávy. Možná je to i tím, že cigarety nemají takový dopad – 10 cigaret nebo 10 jointů za den, to je rozdíl.

15. Jak se dostaneš k marihuaně?

Většinou mám svoje vypěstované, jednou, dvakrát ročně si koupím nebo vyměním, když je něco dobrého.

16. Dopustil ses někdy nějaké kriminální činnosti?

Kromě toho, že pěstuju, ne.

17. Jaké jsi byl dítě? Buď z popisu okolí, nebo co si pamatuješ.

Tiché, přemýšlivé. Mamka říkala, že jsem byl „jiný“.

18. Máš spíš méně blízkých přátel nebo více kamarádů a známých?

Rozlišuju na známé a kamarády, přátele. Nejsem rád ve společnosti lidí, které neznám, vydržím to, ale nevyhledávám davy cizích lidí, třeba poutě... necítím se tam dobře. Přátel mám pár, ale i plno známých, které rád vidím.

19. Jaký je sex pod vlivem marihuany?

Když jsem lehce pod vlivem, tak je větší citlivost. Ale hranice mezi málo a moc je tenká, taky záleží na modelu. U sebe bych řekl, že tak do 30 let pro mě měla tráva afrodiziakální účinky.

Poznámky z pozorování:

- štíhlé postavy, středně vysoký, nakrátko ostříhaný, upravený, oblečený čistě a vkusně
- udržuje oční kontakt
- mluví plynule a srozumitelně, otázky chápe
- zamýšlí se (někdy se vrátí k předchozí otázce, aby jí doplnil či upřesnil)
- odpovědi rozvíjí

Příloha č. 6: Ukázka identifikovaných kódů a obecnějších kategorií jako výsledek prvního kódování

Motivy užívání

Seberozvoj a sebepoznání

- introspekce
- specifické zaměření
- adekvátní porozumění
- nové úhly pohledu
- spiritualita
- transcendentálnita

Posílení pozitivního

- relaxace
- kreativita
- zábava
- kvalitní spánek

Požitekárské motivy

- smyslový prožitek
- rituál
- nová kvalita vnímání

Zvládání negativního

- lék
- únik

Sociální motivy

- seznámení
- sociální lubrikant

Kontrolované užívání

Vnitřní kontrola

- obhajoba
- absence nutkání
- obava z užívání přes míru
- míra užívání
- možnost volby
- zodpovědnost
- introspekce
- sebereflexe
- pravidla - kdy
- hodnotový žebříček
- frekvence užívání
- inteligence
- cílevědomost
- sebeuvědomění
- autoregulace

Vnější kontrola

- blízký člověk
- srovnání s jinými uživateli
- podpora v rodině
- ilegalita marihuany
- finanční kontrola