

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Hekrova 805, 149 00 Praha 4



Diplomová práce

Marihuana a rizika spojená s jejím užíváním

Vedoucí práce: MUDr. Dušan Randák

Autor práce: Bc. Michaela Slabočková

Akademický rok: 2015/2016

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

2016

Prohlášení o autorství

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

Souhlasím s pořizováním kopií a využitím diplomové práce pro potřeby školy.

Jsem si vědoma toho, že případné využití výsledků získaných v této práci mimo Pražskou vysokou školu psychosociálních studií je možné pouze po písemném souhlasu této školy.

V Praze dne

.....

Identifikační záznam:

SLABOCHOVÁ, Michaela. Marihuana a rizika spojená s jejím užíváním. [The dangers of using weeds]. Praha, 2015. 92 s. Diplomová práce (Mgr.). Pražská vysoká škola psychosociálních studií, studijní obor sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii. Vedoucí práce: MUDr. Dušan Randák.

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na rizika spojená s užíváním marihuany. Užívání marihuany vede k celé řadě psychických a fyzických problémů. Diplomová práce má odpovědět na otázku, proč klienti volí užívání marihuany.

Klíčová slova

Drogy, marihuana, závislost.

Abstrakt v anglickém jazyce

This Thesis focuses on the dangers of using weeds . Using of weeds leads to the most of psychical and fysical problems. The dissertation is to answer the question, why pople chose weed for using.

Key words

Drugs, weed, addiction.

Poděkování

Děkuji vedoucí práce MUDr. Dušanovi Randákovi za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce a celé své rodině za podporu při studiu.

Motto:

„Nespouštěj své nohy ze země a oči z hvězd.“

Theodore Roosevelt

Obsah

ÚVOD.....	9
1 Stručná historie užívání marihuany.....	11
2 Legislativní rámec užívání drog	13
3 Rozdělení konopných drog.....	15
3.1 Konopný olej.....	16
3.2 Hašiš.....	16
3.3 Marihuana.....	17
3.4 Účinky konopných drog.....	18
4 Rizika spojená s užíváním marihuany.....	20
4.1 Rozlišení pojmů.....	20
4.2 Teorie vzniku závislostního chování.....	21
4.3 Rizikové chování uživatelů marihuany.....	22
5 Závislost	25
5.1 Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM IV).....	27
5.2 Závislost na marihuaně.....	27
5.3 Vliv attachmentu u osob závislých na marihuaně	28
5.4 Genderové role v souvislosti se závislostí na marihuaně.....	31
5.5 Užívání marihuany a její vliv na mezilidské vztahy	32
5.6 Marihuana a deprese.....	33
6 Terapie osob se závislostí na marihuaně	35
7 Specifika sociální práce s drogově závislými.....	37
7.1 Harm Reduction.....	37
7.2 Kontaktní práce	37
7.3 Sociální poradenství	37
7.4 Aktivní naslouchání a pozorování	38

7.5 Motivační rozhovor	38
8 Zaměření praktické části	39
9 Volba tématu	40
9.1 Výzkumný soubor	40
9.2 Výzkumný vzorek	41
10 Metodika výzkumu	42
10.1 Analýza životopisů klientů.....	44
10.2 Rozhovory s klienty	44
11 Výzkumné otázky a hypotézy.....	46
11.1 Výzkumné otázky.....	46
11.2 Výzkumné hypotézy	46
12 Kazuistiky.....	48
13 Výsledky.....	76
13.1 Odpověď na výzkumné otázky.....	80
13.2 Výzkumné hypotézy	82
13.3 Diskuse získaných výsledků s odbornou literaturou.....	83
13.4 Závěr výzkumného šetření a formulace nových výzkumných hypotéz	84
13.5 Využití získaných poznatků.....	85
Závěr.....	86
Seznam použitých zdrojů.....	87

ÚVOD

Nad tím, jaké si zvolím téma pro svou diplomovou práci, jsem se nemusela zamýšlet příliš dlouho. Již několik let se zajímám o problematiku drog a drogových závislostí. Sama se často setkávám s uživateli drog. V mém blízkém okolí je marihuana často dlouhodobě užívána, někdy pravidelně, někdy méně často.

Kouření marihuany bere velká část mých vrstevníků za neodlučitelnou součást běžného dne. Lidé si neuvědomují problémy a důsledky, které může droga vyvolat, mnohdy prozírou, až když je pozdě a pomoci jim dokážou už jen odborníci. Tato skutečnost ve mně evokuje otázky, které bych ráda zodpověděla kvalitativním výzkumem v této diplomové práci. Téma mé diplomové práce zní „Marihuana a rizika spojená s jejím užíváním“.

Měla jsem možnost dva roky pracovat se závislými lidmi a podílet se na jejich léčbě. Tato zkušenost ovlivnila můj pohled na užívání návykových látek. Cítila jsem často zlost na osoby distribuující drogy. A bezmoc nad tím, že je to na rozhodnutí samotného uživatele jestli se s tím rozhodne něco dělat nebo ne.

Diplomová práce má empirický charakter. Rozděluje se na část teoretickou a praktickou. Popisuje historické aspekty konopí, mapuje minulost spjatou s užíváním marihuany. Zmiňuje právní souvislosti pěstování, prodeje a konzumaci drog. Popisuje jejich druhy. Uvádí příčiny a vývoj závislostního chování a zamýšlí se nad vlivem attachmentu a rodinného prostředí u uživatelů marihuany. A v neposlední řadě přibližuje sociální práci a možnosti terapie u klientů se závislostmi.

V předkládané práci jsem čerpala z řady dostupných zdrojů zaměřujících se na užívání marihuany a jiných drog. Paleta čerpaných pramenů je poměrně široká a dostupná. Méně výzkumů a odporné literatury se zaměřuje na sociální práci s uživateli marihuany a ještě méně dostupných informací lze získat o práci s klienty závislými výhradně na marihuaně.

Praktická část diplomové práce má charakter kvalitativního výzkumného šetření. Na základě studia odborných textů a rozhovorů s klienty jsou zpracovány kazuistiky. V diplomové práci uvádím případové studie klientů, kteří se léčí ze své závislosti na marihuaně. Zajímá mě, co je vedlo k užívání marihuany a proč zvolili právě marihuanu. Ráda

bych zjistila, jaké bylo jejich původní rodinné prostředí. Dále mě zajímají konkrétní abstinční příznaky daných klientů a znaky psychické a fyzické závislosti.

Praktická část je tvořena metodologií výzkumného šetření, kde vymezují výzkumnou strategii, metodu, soubor. Dále zde seznámím čtenáře s výsledky výzkumného šetření, které bylo prováděno přímo s aktivními uživateli marihuany.

Cílem diplomové práce je zkoumání vlivu marihuany na uživatele. V praktické části práce si kladu za cíl odpovědět na výzkumné otázky. Výsledky zkoumání mají objasnit, proč klienti jako svou primární drogu volí marihuanu.

1 Stručná historie užívání marihuany

Konopné drogy mají v historii lidstva své místo. Objevují se od pradávna. První zmínky pocházejí z dob před vznikem písma. Jejich užívání lze odvodit z různých zchovalých rituálů a fenoménů tehdejší doby. Jedná se především o rituály doprovázející šamanství a s tím spjaté změněné stavy vědomí. Dále tyto nepřímé dokumenty lze nalézt při studiu uměleckých děl. Charakteristické je malířské umění (Miovský, 2008).

Není zcela zřejmé, od kdy se opravdu cíleně začalo pěstovat a využívat konopí. Nejstarším dochovaným důkazem je zchovalý otisk konopného provázku, který se uchoval na hliněném střepu ze zničené vesnice staré asi 10 000 let. Další nesporné důkazy nacházíme v období cca před 6 000 lety. Konopí se využívalo pro výrobu provázků, vláken a jednoduchých obleků. Spekulace hovoří o tom, že jeho psychotropní účinky byly objeveny velmi záhy (Miovský, 2008).

Zmínky z 3. a 4. století př. n. l. popisují nápoj ze směsi bylin (pravděpodobně i konopí), po jehož vypití se dostaví opojná nálada a veselý smích. Konopné látky se používali ke zmírňování zánětů v lidovém léčitelství (Miovský, 2008).

Původní prameny užívání konopí nacházíme ve střední Asii. Odtud jej v 8. století Číňané dovezli do Indie. Spolu s islamizací v roce 800 př. n. l. se dostalo do celého Předního východu a Afriky. Později se rostlina rozšířila do všech částí světa (Gohlert, 2001).

Miovský (2008) píše i první nezpochybnitelné písemné zmínce pocházející ze 3. století n. l. Šlechta té doby pravidelně završovala hostiny po jídání sladkých konopných koláčků, které vyvolávaly rozjařenou náladu. Egyptský císař Aurelián zavedl konopnou daň.

Konopí bylo pro svou výbornou pevnost používáno v textilním průmyslu. Vyráběly se z něj lana, plachty a jiné textilie. Do Evropy ho přivezli Římané v 5. a 6. století n. l. 5. století n. l. je spjato s objevením hašiše (umělého oddělení pryskyřice z konopí). S nástupem středověku bylo konopí rozšířeno do celé Evropy a prakticky i celého světa. Pro Evropany bylo zdrojem konopných vláken a prostředek lidového léčitelství a bylinkářství (Kalina, 2003).

Písemné zprávy o využívání konopí jako drogy nalézáme až v literatuře moderní historie a sahají zhruba do minulého století. Na začátku 20. století je marihuana běžně užívána v jazzových klubech v Americe. V následujících desetiletích je postupně zanášena do seznamů drog v různých částech světa. Její pěstování a konzum se stává nelegálním. V polovině 20. století vychází první filmy pro mládež, které mají zamezit rozmachu marihuany. Současně se objevují první výzkumy škodlivosti užívání konopí (Miovský, 2008).

V 60. letech 20. století OSN odhadla počet uživatelů konopných drog ve světě na 200 – 250 milionů. Spotřeba konopí rostla, zmínky hovoří především o Velké Británii a USA. Marihuana se kouří v masivní míře. Stává se součástí hudebních festivalů a jiných shromáždění. Do povědomí se zapsal tzv. „*Velký šluk*“, kterého se v londýnském Hyde Parku v roce 1967 zúčastnilo přes 3 000 lidí (Miovský, 2008).

V letech 1985 – 1995 došlo k významnému navýšení počtu uživatelů marihuany v Evropě a USA. Česká republika zaznamenala nárůst po revolučním období od 90. let 20. století (Englander 2010).

Průzkumy prováděné v ČR v letech 2004 – 2008 ukazují, že je zkušenost s užíváním drog v populaci vysoká, dlouhodobě neklesá, naopak má spíše stoupající tendenci. Negativním jevem je také nárůst studentů a dětí základních škol, kteří mají zkušenost s užíváním návykových látek. Mezi studenty je v oblibě především kouření marihuany (Lorencová, 2011).

„V roce 2013 narostl počet problémových uživatelů drog, tedy dlouhodobých či injekčních uživatelů pervitinu nebo opiátů. Nárůst byl o 8,7 procent na 44,9 tisíc uživatelů, z nichž 34,2 tisíc užívá pervitin. Za posledních deset let se počet problémových uživatelů drog zvýšil o více než polovinu. Nejvíce z nich je v Praze a Ústeckém kraji. V roce 2013 bylo v ČR spotřebováno 21,4 tun konopných látek, šest tun pervitinu nebo milion kusů tablet extáze.“ (Mravčík a spol., 2014, str. 15).

Česká republika je na začátku 21. století opakovaně umístěna na předních místech v žebříčku užívání marihuany a dlouhodobě vykazuje velký počet uživatelů v dětské a dorostové skupině obyvatel (Kiššová, 2011).

2 Legislativní rámec užívání drog

V České republice i ve většině zemí Evropské unie **patří marihuana mezi nelegální drogy**. Je tak tedy zakázána její výroba, držení i distribuce (Enpsyro, online, 2015).

První mezinárodní úmluvou, kterou tehdejší Československá republika přijala v roce 1922, je *Mezinárodní opiová konvence*. Navazovala na ni *Mezinárodní opiová úmluva* a jiné mezinárodní dokumenty. V současné době patří mezi důležité mezinárodní dokumenty na poli návykových látek *Jednotná úmluva o omamných látkách*, která byla v roce 1961 přijata v New Yorku a v roce 1965 v tehdejší ČSSR. Dále pak *Úmluva o psychotropních látkách* (v ČSSR v roce 1989) a *Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami* (v ČSSR v roce 1991). Cílem vždy bylo potlačení výroby, prodeje a užívání drog (Miovský, 2008).

V České republice platí novelizovaný trestní zákon č. 40/2009 Sb. Upravuje **nedovolenou výrobu a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy, přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, výrobu a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu a šíření toxikomanie** (Miovský, 2008).

Odpovědnost za tvorbu a fungování národní protidrogové politiky nese vláda České republiky. Poradním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Ta zajišťuje koordinaci ostatních výborů a pracovních skupin (Vláda ČR, online, 2015).

Vláda ČR každý rok na podzim projednává Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice. Zprávy shrnují aktuální údaje a trendy v oblasti užívání návykových látek a jejich dopadů na společnost. Trendem posledních let v České republice je nárůst uživatelů pervitinu. **Velmi vážným problémem je pití alkoholu, kouření tabáku a užívání konopných látek, a to zejména u dětí a mladistvých** (Mravčík a spol., 2015).

V r. 2015 došlo v systému k revizi. Protidrogová politika ČR nyní nově spojuje témata užívání alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní. V současné době je platný třetí akční plán protidrogové strategie na období 2013–2015. Plán je zaměřen na problematiku nelegálních návykových látek (Mravčík a spol., 2015).

„V průběhu r. 2014 pokračovala příprava nového zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který by měl od 1. 1. 2016 nahradit stávající zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Návrh obsahuje řadu změn v oblasti protidrogové politiky, a to zejména v oblastech souvisejících s alkoholem a tabákem. Mezi navrhovanými opatřeními je např. úplný zákaz kouření i používání elektronických cigaret v provozovněch stravovacích služeb nebo ve veřejnosti volně přístupných vnitřních prostorech s výjimkou kuřáren v budovách souvisejících s hromadnou dopravou, v uzavřených psychiatrických odděleních a v zařízeních pro léčbu závislosti. V listopadu 2014 byl novelizován zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, především z důvodu změny financování sociálních služeb, která od r. 2016 přesune hlavní zodpovědnost za přidělování dotací na kraje“.
(Mravčík a spol., 2015, str. 3). Zákon bohužel schválen nebyl.

Seznam návykových látek byl dříve obsažen v přílohách zákona o návykových látkách. Od 1. 1. 2014, dle nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek, je uveden samostatně. S účinností zákona č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog, spolu s nařízením vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních limitech (MZ, online, 2015).

Ústavním soudem v srpnu 2013 a Nejvyšším soudem v březnu 2014 byly zrušeny části právních předpisů týkající se určování *většího než malého množství drog*. Justice v této souvislosti zaujala sjednocující stanovisko k výkladu pojmu „*množství větší než malé*“ drog. Limity vycházejí ze zrušeného předešlého nařízení vlády (vyjma marihuany a pervitinu, u kterých došlo ke snížení). Hodnoty návykových látek naměřené v krvi řidiče upravuje nařízení vlády č. 41/2014 Sb. Limity stanovují hranici mezi trestným činem a přestupkem (Vláda ČR, online, 2015).

3 Rozdělení konopných drog

Marihuana patří do skupiny drog, kterou označujeme jako konopné drogy nebo cannabinoidy (Enpsyro, online, 2015). Starší literatura řadí konopné drogy k tzv. měkkým drogám. Jako měkké drogy byly označovány látky s akceptovatelným rizikem užívání. Do této skupiny náležely jiné dostupné látky jako káva, alkohol nebo tabákové výrobky. Rozdělení drog na měkké a tvrdé drogy se v současné odborné veřejnosti neuznává (Gohlert, 2001).

V dnešním pojetí se na návrh WHO (Světové zdravotnické organizace) ustálilo rozdělení drog na látky **stimulační**, tzv. excitační neboli aktivizující, budivé látky a na látky s tlumícím, uklidňujícím účinkem tzv. **sedativní**. Aktivizující drogy mají povzbuzující účinek, zvyšují tep a krevní tlak. Uživatel ztrácí zábrany. K aktivním drogám patří např. konopné drogy a extáze. Sedativa představují např. alkohol nebo opiáty (Gohlert, 2001).

Dále patří Cannabinoidy mezi látky s halucinogenním účinkem. Po užití konopných drog dochází ke změnám vnímání, sebeprožívání. K účinkům užití látek obsažených v konopných produktech patří:

- Zrakové a sluchové halucinace,
- projevy depersonalizace neboli odosobnění,
- poruchy vnímání času a prostoru,
- změny psychiky v hloubce a intenzitě vnímání.

Největší množství psychoaktivních látek obsahuje druh *Cannabis indica*. Obsah THC v suché hmotě této rostliny odhadujeme na více než 0,3 %. Pěstována je výhradně pro účel užívání. Konopí patří ve vyspělých zemích Evropy k nejrozšířenější ilegální droze (Gohlert, 2001).

Tabulka č. 1 Konopné drogy (Gohlert, 2001, str. 54).

Konopné drogy (hašiř, marihuana)	
Vzhled	Hnědé plátky, hrudky nebo rozemleté části rostlin.
Účinek	Krátké zvýšení podnětů, později uklidnění. Pomalé vnímání času, nepřítomnost. Odosobnění, neuskutečnitelnost.
Předávkování	Zakalené vědomí, problémy s dýcháním, poruchy motorické koordinace a křeče.
Odvykání	Afektivní labilita, nespavost, podrážděnost nervového systému.

Konopné drogy dělíme na konopný olej, hašiř a marihuanu.

3.1 Konopný olej

Konopný olej je tekutý koncentrát získávaný chemickou cestou z konopné pryskyřice za pomoci rozpouštědel typu acetonu nebo benzínu. Literatura uvádí dvojí pojmosloví – *konopný* nebo *hašiřový olej*. Řadí se mezi nebezpečné látky, a to dokonce i v Nizozemí, jehož postoj je jinak ke konopným drogám velmi benevolentní. Důvodem toho není ani tak vysoký obsah THC, jako spíše přítomnost nežádoucích vedlejších produktů z použitých rozpouštědel, které mohou negativně působit na lidské zdraví (Booth, 2004).

3.2 Hašiř

Hašiř, označovaný jako *hař* nebo *čokoláda* pochází z oblasti Středního východu. V Indii se nazývá jako *čaras*. Hašiř se získává z pryskyřice kvetoucích rostlin konopí, která se sbírá a hněte do tvaru kvádrů nebo koulí. V ilegálních obchodech se objevuje zabalený do

listů nebo do celofánu. Po vyschnutí se z pryskyřice stává hnědá drolicí se hmota. Koncentrace THC je v hašiši přibližně pětikrát vyšší než v marihuaně (Nožina, 1997; Gohlert, 2001).

3.3 Marihuana

Marihuana je mezi uživateli nazývána také *tráva*, *gandža*, *zelí*, *hulení* aj. Obsahuje sušené a rozmělněné listy, které jsou smíchány se sušeným květenstvím samičí rostliny. V Indii je nazývána *bhang*, v Alžírsku a Maroku *kif*, v Turecku *habak* (Nožina, 1997).

Barvou se podobá sušenému senu, je tmavě zelená až hnědavá. Záleží na kvalitě sušení a zpracování. Dobře usušené a zpracované lístky jsou seskupeny do menších, jemně lepících kousků tvořících malé chuchvalce. Lnou k sobě a mají specifické aroma (Kalina a kol., 2003).

Nejvýznamnější biologicky aktivní látkou konopí je delta-9-transtetrahydrocannabinol, známý pod zkratkou THC. Je hlavní účinnou halucinogenní složkou marihuany a hašiše. (Dupal 2004)

Další látkou je cannabidiol (CBD). Tato látka nemá psychoaktivní účinky, ovlivňuje však průběh intoxikace tím, že částečně mění účinky samotného THC. Působí proti povzbudivým efektům THC a projevuje se tlumivými účinky. V rostlině je zastoupena v různém množství.

Dalším z významných cannabinoidů je cannabichromen (CBC). Obsah této látky v rostlině je relativně nízký, nemá psychoaktivní účinky, avšak jeho přítomnost umocňuje působení THC. Z tohoto vyplývá, že rozdílný poměr cannabinoidů v užitém množství má za následek odlišnou úroveň, intenzitu a průběh opojení. (Dupal 2004)

Obsah účinné látky THC je v rostlinách různý. Záleží na původu i metodě pěstování. Rozlišujeme **outdoorové** a **indoorové** pěstování.

- a) **Outdoorové pěstování** znamená růst rostlin ve venkovním prostředí. Nejčastěji na vlastním prostoru, v polích a zahradách

- b) **Indoorové pěstování** značící růst rostlin při umělém osvětlení. Často je používán tzv. *hydroponický systém*, který umožňuje pěstování rostlin pouze v živném roztoku bez potřeby živné půdy. Takto pěstované rostliny jsou pro pěstitele výhodnější. Hydroponický systém podporuje rychlejší růst rostliny. Pěstitelé mohou rostliny sklízet i vícekrát za rok, což jim zajišťuje vyšší zisk. Marihuana vypěstovaná tímto způsobem má mnohem větší obsah účinných látek, především THC. Kalina (2003) uvádí, že koncentrace účinných látek v takto vypěstovaných kusech činí až 20 %.

3.4 Účinky konopných drog

Konopné drogy jsou užívány především vdechováním jejich zplodin získaných z **kouření**. Kouří se smíchané s tabákem nebo samostatně. Stočené cigarety se označují jako *jointy*. Název pochází z anglického *join* znamenající *připojit se*. Cigareta (*joint*) je sdílána několika kuřáky mezi sebou. Minimálně se konopné látky přímo konzumují. Pokud tomu tak je, bývají součástí pokrmů či nápojů (Kalina a kol., 2003).

Uživatelé konopných látek pro své potřeby nezdědka kdy využívají vodních dýmek. Cannabiondy se filtrují přes vodní dýmku. Dochází tak k inhalaci výparů ochlazených přes přidanou tekutinu. Do plic kuřáka se tak nedostanou velké částice z jointu (Dupal, 2004).

Hlavní účinnou látkou, jak je již výše zmíněno, je **THC**. THC se dobře rozpouští v oleji, v těle se ukládá do tukových zásob. Jeho přítomnost lze v moči najít až po 90 dnech (Gohlert, 2001).

Užívání marihuany z počátku nejčastěji vyvolává **vzrušeně veselou náladu se záchvaty smíchu a chichotání**. Uvolňuje a **zintenzivňuje prožívanou náladu**. **Podněcuje chuť k jídlu**. **Myšlení ztrácí souvislost, stává se zlomkovitým**. Vyskytují se **poruchy vnímání, iluze a halucinace**. Oči jedince jsou **zarudlé s rozšířenými zornicemi**. **Zvyšuje se krevní tlak**, může docházet k **bušení srdce** a neobvyklým až **zvláštním pohybům těla** (Gohlert, 2001).

Kalina (2003) odhaduje nástup účinku při vykouření drogy na několik desítek sekund až minut. Záleží vždy na obsahu aktivních látek. Gohlert (2001) udává dostavení se účinku v řádu několika minut. Celková doba účinku po užití drogy se pohybuje od 3 do 6 hodin. Avšak nástup účinku se liší podle způsobu užití, perorální způsob tzn. marihuana je obsažena v jídle, má mnohem delší dobu nástupu, než vykouření jointa.

Byla jsem svědkem užití marihuany skrz bong, kde uživatel vytáhl celý obsah marihuany s příměsí tabáku, na jedno nadechnutí, po několika vteřinách vydechl a jeho oči už při výdechu byly rudé, a nástup intoxikace, byl viditelný téměř okamžitě. Pokusím se zde bong popsat. Kotlík na kovové rource dlouhé přibližně 10 cm, byl zavedený do plastové trubice o průměru několika cm, ta měla ještě díru na ucpání prstem. V jedné třetině byla voda. Kuřák zacpal díru prstem, zapálil směs marihuany a tabáku v kotlíku a pomalu tahal, dokud nebylo v kotlíku vše spálené na uhel. Poté pustil díru a na zbytek nádechu vtáhl celý obsah kouře do plic. Uživatel vydechl obrovské množství kouře. Později jsem se ptala, proč kouří marihuanu tímto způsobem, odpověděl, že pro něj je to nejrychlejší a hlavně nejúčinnější způsob aplikace.

Droga je z těla vylučována velmi pomalu. Po vykouření jedné cigarety lze v buněčných membránách po 4 - 8 dnech prokázat 40 až 50 % THC, 10 – 20 % drogy po 30 dnech a 1 % dokonce po 48 – 138 dnech. Při pravidelném užívání se droga hromadí v těle. Trvalá přítomnost látky v těle má neblahý vliv na tělesné i na duševní zdraví člověka. (Nešpor, Csémy, 2003).

4 Rizika spojená s užíváním marihuany

„Téměř čtvrtina Čechů starších patnácti let (více než 23 procent) každý den kouří. Průzkumy navíc ukázaly, že zkušenost s pitím alkoholu přiznávají tři čtvrtiny žáků základních škol ve věku 14-15 let. Téměř čtvrtina z nich uvedla, že kouřila v posledních 30 dnech. Více než 26 procent z nich se také přiznalo k tomu, že zkusili užívání konopných látek.“ (Mravčík a spol., 2014, str. 8).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je drogou jakákoliv látka, která v případě vpravení do živého organismu, může zásadním způsobem změnit jednu nebo více jeho funkcí. Užívání návykových látek představuje pro konzumenty značná rizika (Nožina, 1997).

4.1. Rozlišení pojmů

V následující kapitole vysvětlím pojmy *úzus*, *abúzus* a *misúzus*, které jsou spojené s užíváním drog.

Úzus

Úzus v odborné literatuře (Nešpor, 2011, aj.) značí termín pro užívání látek charakteristiky léků, kam spadají drogy včetně marihuany. Tyto látky nejsou užívány pravidelně a nenarušují fyzickou ani psychickou rovnováhu organismu.

Drogy jsou užívány v takovém množství, které nijak neohrožuje ani nepoškozuje zdraví ani život jednotlivců. Nezpůsobují odlišnosti v chování jedince a nenarušují mezilidské vztahy. U dětí a mladistvých nenarušují vývojový proces ani dospívání (Drogy, online, 2015).

Misúzus

Misúzusem označujeme užívání drog a jiných povzbuzujících látek v době životních zkoušek. Portál Drogy on line (2015) *misúzus* vysvětluje na příkladu gravidní ženy. Mimo těhotenství se považuje za nekuřačku, v době gravidity ale kouří. Jedná se o, tzv. *nevhodnou aplikaci*, tedy užívání nevhodné dávky v nevhodnou dobu s ohledem na osobní i společenské povinnosti (Drogy, online, 2015).

Abúzus

Nešpor (2011) definuje *abúzus* jako *nadměrné užívání* nebo také zneužívání. Takovéto látky je užíváno velké množství, opakovaně, často a v nevhodnou dobu. Užívání ovlivňuje fyzický i psychický stav organismu. Postupně přechází v závislost. Označujeme jím také stav po užívání drog.

Abúzus je patrný v kognitivní oblasti, mizí schopnost chápat věci, vztahy, vyvozovat správné důsledky a závěry. U dětí a mladistvých může být projevem nepříznivý růst a dozrávání organismu. Abúzus nemusí nutně vést k projevům návyku, existuje však nebezpečí potřeby zvyšování dávek a závislost na droze (Drogy, online, 2015).

Dvořáček (2008) definuje *abúzus* jako řadu negativních projevů spojených s nedostatkem nebo úplným chyběním drogy. Mlčák (2003) poukazuje nadměrné, opakované a zdraví škodlivé užívání drogy.

Uživatel drog svou rodinu poškozují nejen materiálně, ale také sociálně i psychicky. Není schopen plnit společenské role. Závislost má silně nepříznivý vliv na kvalitu partnerského života. Klienti se závislostním chováním jsou charakterizováni změnou vnímání sebe sama a okolí. Jsou velmi podezřívaví a nedůvěřiví (Wágnerová, 1999).

4.2. Teorie vzniku závislostního chování

Příčiny vzniku závislostí jsou vysvětlovány mnoha hypotézami. Zahrnují psychologické, sociologické, biologické, ekologické, antropologické i filosofické vlivy (Mlčák, 2003).

V poslední době se objevují výzkumy vlivu attachmentu, neboli citové vazby na vliv vzniku a vývoje závislostí (Bowlby, 2010).

Teorie závislostního chování zahrnuje rámec morální, psychologický, sociologický a medicínský. Každý z modelů pokládá důraz na jinou složku:

- a) **Kulturní faktory** ovlivňují rozhodnutí brát drogy, postoje a praktiky dané skupiny (subkultury), ke které jedinec patří.
- b) **Environmentální faktory** – podstatou užívání drog jsou příjemné zážitky a snížení psychické nepohody při řešení životních událostí.
- c) **Interpersonální důvody**- rodinné faktory a sociální vlivy.
- d) **Interpersonální faktory**. Mezi tyto patří: osobnost, osobní vývoj, afektivní stránka, pohlaví.

Jednotlivé modely a jejich aspekty odlišně reagují a jsou různě přístupné terapeutické práci a ovlivnění závislosti (Millerová, 2011).

Nešpor (2011) spatřuje příčiny vzniku závislosti v souboru několika faktorů. Obecně příčiny rozděluje na **protektivní a rizikové faktory**, které jsou u každého konkrétního jedince různé. *Protektivní faktory usnadňují léčbu*, jsou těmi, které klienta od závislosti odpoutávají. Máme zde na mysli např. fungující rodinu nebo pevnou vůli klienta. *Rizikové faktory jsou naopak ty, které klienta k závislosti vedou*. Mohou jimi být kamarádi, dostupnost návykových látek i osobnost klienta. **Základem léčby je porozumění klientově situaci**, rozpoznání zmíněných faktorů a zahájení terapie s cílem **zmírnění rizikových faktorů a posílení faktorů protektivních**.

4.3. Rizikové chování uživatelů marihuany

Během užívání marihuany dochází k rozvoji značných rizik. Největším rizikem je vznik samotné závislosti. Wágnerová (1999) rozlišuje následky nadužívání psychoaktivních látek obecně takto:

- **Akutní intoxikace.**
- **Psychické nebo somatické poškození.**

- **Závislost a abstinenční příznaky.**

Akutní intoxikace je závažný stav, kdy dochází k reakcím organismu na přítomnost dané látky. V nejzávažnějších případech může dojít k šokovému stavu a ke smrti jedince (Wágnerová, 1999).

Nešpor (2011) poukazuje na devastující účinek drogy na vyvíjející se organismus, rychlejší vznik závislosti a poškození orgánů a jejich funkcí.

Při jediném konzumu marihuany dochází k reakci lidského těla. Objevuje se:

- Zrychlení srdeční akce,
- zvýšení tlaku,
- rozšíření zornic a začervenání očí,
- třes rukou a nohou,
- zvýšená chuť k jídlu nebo naopak nevolnost a zvracení,
- bolesti hlavy,
- necitlivost kůže
- poruchy vnímání, iluze a halucinace,
- poruchy myšlení a řeči (Gohlert, 2001).

Psychické a somatické poškození v případě uživatelů marihuany představuje příznaky spojené s dlouhodobým kouřením. Rozvíjí se chronický zánět průdušek, kašel a uživatelé marihuany jsou potenciálně ohroženi rozvojem rakoviny plic, ústní dutiny a hrtanu. Mezi psychická poškození patří nevratné poškození mozku v důsledku halucinogenních účinků látky (Gohlert, 2001).

Závislost lze obecně definovat jako stav chronické nebo periodické záměrné intoxikace opakovaným užíváním přirozené nebo syntetické drogy. Poškozuje postiženého i společnost. Jde o patologický vztah mezi organismem a drogou, vznikající opakovaným užíváním látky. To vede k periodické intoxikaci spojené s nutkáním opakovaně látku užívat. Většinou je třeba dávky zvyšovat k dosažení žádoucího účinku (Millerová, 2011).

Vynechání užívání může vést k **abstinenčním příznakům**. Droga posléze začne organizovat celý život postiženého. Při závislosti dochází k organickému poškození mozku opakovanými intoxikacemi. Medicínsky nejzávažnější je závislost na opiátech a stimulantech, mezi které patří marihuana (Millerová, 2011).

V případě **absence látky** v těle reaguje organismus **fyzickými nebo psychickými potížemi**. U závislého jedince se v důsledku nedodání drogy do organismu objevuje řada doprovodných příznaků. V případě marihuanové závislosti, hovoří literatura především o vzniku psychické závislosti (Gohlert, 2001).

Dvořáček (2008) uvádí, že abstinenční příznaky se prohlubují, nejvíce jsou patrné druhý až čtvrtý den. Při chybění drogy spatřuje jako hlavní příznaky:

- a) Úzkost,
- b) únava,
- c) bolesti hlavy,
- d) zvýšená dráždivost,
- e) poruchy spánku často doprovázené nočními děsy,
- f) hlad,
- g) spazmy.

Kromě uvedených obtíží, se uživatelé marihuany potýkají s řadou dalších problémů. Jedná se o **společenský dopad, ztrátu životních rolí a neshody v partnerském životě**. Čím větší je potřeba drogu užívat a dochází k prohloubení závislosti, tím četnost a míra uvedených obtíží graduje (Nešpor, 2003).

Miovský (2008) uvádí, že přibližně 60 % uživatelů marihuany užívá ještě další návykové látky, zejména pervitin.

Odvykací stav u konopných drog bývá dle Nešpora (2011) většinou slabý. U pravidelných a dlouhodobých uživatelů, se může vyskytnout úzkost, deprese, zvýšené bažení po droze, poruchy spánku, noční můry, emoční labilita, pocení rukou, třesy, závratě a nechutenství.

5 Závislost

Nešpor (2011, str. 9-10) využívá k definování závislostního chování Mezinárodní klasifikaci nemocí MNK – 10. Vysvětluje syndrom závislosti jako: *„Skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo skupiny látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, jehož si před tím cenil více. Hlavní charakteristikou syndromu závislosti je velmi silná, někdy až přemáhající touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.“*

Závislost na marihuaně je závislostí diskutovanou. Nejen mezi laiky panuje přesvědčení o tom, že na užívání THC nevzniká závislost. Mylně je zařazována mezi lehkou a méně nebezpečnou drogu. Nejzávažnějším důsledkem, který je spojen s opakovaným užíváním, je vznik *závislosti*. Závislým se stává člověk tehdy, kdy se užívání drog stalo nedílnou součástí života. Drogy se stávají jediným smyslem života.

„Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání určité psychoaktivní látky. Sociální důsledky závislosti na psychoaktivních látkách jsou negativní pro jedince i jeho okolí, pro celou společnost. Zásadní dopady má na oblast rodiny, zaměstnání a na sociální vztahy a interakci s okolím. Léčba s účastí odborníků je nezbytná. Cílem terapie je trvalá a důsledná abstinence do konce života a pomoc při zvládnutí sociální a ekonomické pozice pacienta. Pokrok v poznání neurobiologických mechanismů závislosti může významně přispět k jejich prevenci i léčbě.“ (Nešpor, 1996, s. 203).

Hartl a Hartlová (2009) označují závislost jako nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho negativní důsledky.

Závislost obecně spatřujeme jako soubor příznaků, které lze rozdělit na **psychické** nebo **fyzické**. Psychickou závislost máme na mysli v případě, pokud se po užití drogy dostaví pocit uspokojení a touha příjemný zážitek opakovat. V případě fyzické závislosti se při chybění drogy objeví poruchy tělesných funkcí. U jedinců se závislostí dochází v případě nedodání drogy do organismu k abstinčním příznakům. Charakterizují je stavy silně nepříjemné, často nepřekonatelné. Objevit se mohou křeče, nutkání na zvracení a zvracení, změny vědomí

aj. Závislosti komplikují život nejen uživatelům samotným, trpí také jejich rodina, blízcí přátelé, narušeny jsou sociální vazby a vztahy (Miňhová, 2006).

Obecně lze hovořit o dvou základních děleních příčin vzniku závislosti:

- a) O **primárním zdroji závislosti**, která má příčinu v závislosti,
- b) dále o **sekundární závislosti**, která je vázána na osobnost (existencionální vakuum, problém svědomí a ztráta duchovních hodnot, potřeba kreativity atp.), její vývoj (deprivace atp.), zážitky (stres, traumata atp.), výchovu (socializace, rozvoj emocionální inteligence atp.).

Primární příčina vzniku závislostního chování jedince je skryta v potenci samotné návykové látky, jež rozvíjí závislost. Látka sama vyvolává touhu, zvyk a závislost.

U **sekundárního typu příčiny** je závislost chápána jako prostředek hledání přijatelné normality, jakási potřeba zachování homeostázy. Sekundární člověk se závislostí užívá marihuanu jako prostředek úniku a pomoci (Řezníček, 1996).

Gohlert (2001) poukazuje také na vliv prostředí, ve kterém se konkrétní jedinec zdržuje. Udává jako důležitou složku skupinu, kde se droga užívá a dostupnost drogy. Sklon k závislostem může být podmíněn genetickou dispozicí.

Millerová (2011) upozorňuje na predisponující faktory:

- Kriminální subkulturu,
- chudobu,
- deficit intelektuálních schopností,
- rozvrácenou rodinu nebo chybění adekvátní rodičovskou péči v dětství.

Výše zmíněné faktory spatřuji v případě vzniku závislosti jako zcela zásadní.

5.1 Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM IV)

Wágnerová (1999) uvádí definici závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM IV). Závislostí míní stav, kdy návyk předpokládá životní styl zaměřený především na drogu. Závislost uvádí na úrovni biologické a psychické. Projevuje se příznaky, které trvají určitou dobu (12 měsíců). Mezi takovéto příznaky patří:

- Silná potřeba získat látku.
- Neschopnost kontroly, neovládání sebe sama.
- Abstinenční syndrom po snížení nebo vynechání látky.
- Droga dominuje nad vším ostatním.
- Potřeba užívání přetrvává i přes uvědomění si situace.

5.2 Závislost na marihuaně

Obecně je sdílen názor, že marihuana fyzickou závislost nevyvolává. Spíše se hovoří o možnosti vzniku psychické závislosti. Nožina (1997) uvádí, že psychická závislost duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje bažením. Psychická závislost na droze je vlastně často závislostí na určitých okolnostech, které jsou s užíváním drogy spjaty. Těmito okolnostmi autor míní např. určitou společnost, dobu, prostředí, formu drogy nebo rituál spojený s jejím užitím.

Jak uvádí Miovský (2008) podle 10. Mezinárodní klasifikace nemocí se psychická závislost dostavuje u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů. Není zde popisován ani vzestup tolerance, který by vedl ke vzrůstajícím potřebným dávkám, ani odvykací příznaky. Já jsem toho názoru, že se vzestup tolerance u marihuany je značná, a ne proto, aby se dostavil stav, který uživatelé zažívali v počátcích užívání konopných drog, ale proto, aby zvládali běžné denní činnosti bez podráždění a emoční nestability.

Grinspoon a Bakalar (1996) vidí určitý rozdíl mezi pojmy „návyk“ a „závislost“. Podle nich jsou dva uznané příznaky „návyku“ tolerance a abstinenční příznaky. U dlouhodobých uživatelů, kdy se po častém a výrazném užívání vyvíjí tolerance jak na fyziologické, tak na psychické účinky. Zdá se však, že i zde jsou značné individuální rozdíly.

Bývá nesnadné rozlišit mezi užíváním marihuany jako příčinou problémů a jejím užíváním jako důsledkem problémů. To platí i ostatních drog. Většina lidí, kteří se stanou na ní závislími, by se asi stali závislími na jiných látkách, protože trpí úzkostí nebo depresí. Původní stav je pravděpodobně důležitější než snaha jej zlepšit pomocí drogy (Grinspoon, Bakalar, 1996).

Kouření marihuany je stále mezi populací přijímáno jako neškodné. Následky užívání konopí nejsou dosud dostatečně prozkoumány. Je však zřejmé, že marihuana vyvolává psychickou závislost. Její trvalé užívání vede k tělesnému poškození (Gohlert, 2001).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) označuje marihuanu za nejužívanější drogu v Evropě. V České republice je spotřeba konopí mezi zeměmi Evropské unie na prvním místě. Průzkumy uvádějí častý výskyt uživatelů u skupin školních dětí a mládeže. Spotřeba marihuany mezi dětmi a mládeží je na stálém vzestupu. Přičemž se snižuje věk dětí, ve kterém se setkávají a užívají tuto drogu (emcdda, online, 2014). Tato fakta považuji za alarmující, a přesto mám pocit, že je situace v naší zemi brána na lehkou váhu.

Ve svém zaměstnání se setkávám s klienty, kterým užívání marihuany a jiných návykových látek doslova změnilo život. Stejně jako užívání jiných psychotropních látek, si i užívání marihuany s sebou nese nepříjemné doprovodné příznaky při odvykání.

5.3 Vliv attachmentu u osob závislých na marihuaně

První výzkumy vlivu attachmentu neboli citového pouta či vazby vytvořené v dětství prováděl v tehdejší Československu prof. Matějček. Poukazoval na potřebu vytvoření pouta mezi matkou a dítětem. Pokud není takováto vazba vytvořena, u dítěte se objevuje řada

doprovodných příznaků, se kterými se potýká celý život. Jedním z nich je nestálost v partnerských vztazích a závislostní chování (Matějček, 1968).

Novodobá literatura hovoří o výzkumech zabývajících se teorií attachmentu v souvislosti se závislostním chováním. Attachmentem se ve svých výzkumech zabýval anglický psychiatr John Bowlby. Jeho výzkumy pocházely z Freudovy psychoanalýzy. Poznatky aplikoval na problematiku mládeže, se kterou pracoval. Bowlby ve svých pracích popisuje vliv vztahových zkušeností a psychického zdraví jednotlivých osob. Poukazuje na negativní vliv života jedinců, kteří se ve svém životě nesetkali s dostatečnou citovou vazbou. Bowlby klade důraz na fakt, že dostatečná podpora a emocionální angažovanost primárních osob v raném dětství má důležitý vliv na vývoj jedince. Bowlby rozdělil attachment na jistý a nejistý (Bowlby, 2010).

V současné psychodynamické psychoterapii a dětské psychologii vytvořil Bowlby (2010) směrodatný rámec pro chápání raných vztahů dítěte k nejbližším osobám v jeho okolí. Základ tvoří zjištění, že podstatou duševního zdraví je zažívání vřelého, důvěrného a kontinuálního vztahu dítěte a se svou matkou, nebo s jinou pečující osobou. Ve vztahu oba nalézají uspokojení.

O vlivu attachmentu hovoří také Winnette (2010, 2014) a Perry (1994). Dítě je ke svému primárnímu pečovateli pevně připoutáno. Pouto vzniká přirozeně a vytváření je geneticky podmíněné. Takto bezpečně vyrobené semknutí představuje pro dítě bezpečí a klid. Je základnou pro další vývoj, osamostatňování se a možnost přijmout péči a naplnění svých vlastních potřeb. Toto pouto je pozitivní a dává oběma pocit sounáležitosti a trvalého vztahu.

U dítěte, kterému se bezpečné vazby nedostane, se objevují známky deprivace. Mohou se u něj projevit důsledky v podobě sklonu k rozepřím, touhy po pomstě či přehnané potřeby lásky. Při hluboké deprivaci dochází k stagnování psychického vývoje, nulové reaktivitě a nedostatku citu (Matějček 1996).

V rodinách, kde se nedaří tzv. bezpečný attachment nalézt, dochází k poškození psychického vývoje, negativnímu vlivu na vznik psychopatologie v pozdějším věku a jsou zde patrné predispozice pro rozvoj závislostního chování. Stává se tak v případech, kdy rodiče nedisponují dostatkem empatie k dítěti, jsou chladní, necitliví, jejich projevy jsou

nesrozumitelné. Rozvíjejí se jiné formy vazby, které již mají obrannou povahu. Dítě si vytváří defektní a nefunkční model attachmentu. Rozlišujeme pak attachment:

- a) Vyhubavý,
- b) odmítavý
- c) a chaotický (Kalina, 2013).

Ze své zkušenosti vím, že rodinná historie, fungování rodiny, její koalice a dynamika zásadním způsobem jedince ovlivňuje a formuje.

Tabulka č. 2: Attachment u dětí (Kalina, 2013)

Parametry	V individuálním vývoji	V psychoterapeutickém vztahu
Udržování blízkosti	Dítě chce být co nejbližší pečující osobě, matce.	Klient vyhledává terapeuta, aby s ním diskutoval o svých problémech.
Separáční úzkost	Dítě prožívá úzkost v nepřítomnosti pečující osoby.	Klient zažívá určitý stupeň úzkosti, když terapeuta potřebuje a terapeut mu není k dispozici.
Bezpečné útočiště	Dítě hledá u pečující bytosti bezpečný útulek a útěchu, když se cítí v nebezpečí nebo prožívá úzkost.	Klient vyhledává terapeuta, když potřebuje pomoc s překonáváním úzkosti.
Bezpečná základna	Dítě prozkoumává svět s důvěrou, že jej jeho pečující bytost bude chránit před nebezpečím.	Klient využívá terapeuta jako bezpečnou základnu, aby byl schopen prozkoumávat vnitřní a vnější světy svého života .

Teorie vztahové vazby definuje závislost jako *problém vytvořit si emocionálně zdravé vztahy*. V literatuře je popsána souvislost prvotních vztahů a vznikem závislosti. Rané problémy ve vzniku bezpečného attachmentu s pečující osobou vedou u dítěte k dalším potížím. **Mnoho osob závislých na drogách vyrůstalo v nepřijímajícím rodinném**

prostředí a nezažily bezpečný a naplňující vztah s matkou či pečující osobou. Výzkumy závislých osob hovoří o **nenaplnění vývojových potřeb, raném traumatu, zanedbávání, nedostatku emocionální a fyzické blízkosti** a další problémy v celém rodinném systému. Klienti mají zkušenost s odmítnutím od své primární pečující osoby. Narušené vazby v rodině jedinci neumožní zakušení bezpečné základny. **Bezpečí potom vyhledávají pomocí užívání návykových látek.** U jedinců, kteří zažili bezpečnost a pohodlí v účincích drogy se může jednat o zcela zásadní zkušenost bezpečného attachmentu, kterou jindy neměli možnost zažít (Bartholomew, Horowitz, 1991).

U jedinců vykazujících rysy závislostního chování se výrazně častěji vyskytuje nejistý typ vztahové vazby. V případě, že klient v dětství nezažil bezpečný attachment, nemusí to nutně znamenat definitivum. **Bezpečnou vazbu lze získat také sekundárně, a to zkušeností** v jiných mezilidských vztazích nebo v psychoterapeutickém vztahu. Také následné vztahy mohou být bezpečné a nosné (Kalina, 2013).

5.4 Genderové role v souvislosti se závislostí na marihuaně

Na genderové role žen ve společnosti upozorňuje Nepustil (2012). Ženské úlohy jsou často spjaté s rodinným životem a péčí o děti. V mnoha oblastech jsou ženy finančně závislé na muži. Toto genderové uspořádání lze sledovat i mezi ženami uživatelkami návykových látek. Ženy častěji začínají užívat drogy spolu s již závislým partnerem.

Na odlišná specifika působení návykových látek u žen a mužů upozorňuje také Nešpor (2011). Ženy jsou podle něj v užívání návykových látek zdrženlivější, ale častěji začínají s užíváním pod vlivem závislého partnera. Ženy mají silnější pud sebezáchovy, přesto se za závislost a její léčbu více stydí. Muži se hůře odpoutávají od party, často té, která je v závislosti podporuje, a hůře si osvojují životní styl. Závislost ženy – matky má na rodinu a děti negativnější dopad než závislost muže – otce.

Opakovaně se potvrzuje, že existují rozdíly v užívání konopných drog mezi pohlavími. Chlapci vykazují vyšší pravděpodobnost užití a uvádějí i vyšší počet zkušeností než dívky, v některých šetřeních více než o 10%. U ostatních drog není pozorován vliv pohlaví na užívání dané látky. V roce 2011 v prevalenci vykazované chlapci i dívkami zastupujeme 1. místo v

kontrastu s dalšími zeměmi EU (Csémy, Chomynová, 2012). Tabulka i graf obsahují data z ESPAD studií, která ukazují na rozdílnost užívání marihuany na základě pohlaví.

Tabulka č. 3 Celoživotní prevalence užití marihuany chlapci a děvčaty v jednotlivých letech Zdroj: Csémy, Chomynová, 2012

Rok	1995	1999	2003	2007	2011
Dívky	25,2 %	40,1 %	48,3 %	48,8%	48,5%
Chlapci	17,6%	29,8 %	40,0 %	42,5 %	42,5 %

5.5 Užívání marihuany a její vliv na mezilidské vztahy

Užívání marihuany má neblahý vliv na jedince, jeho sociální postavení a mezilidské vztahy. Nezřídka kdy dochází k selhávání v sociálních rolích, rozpadu rodinného i společenského života (Vágnerová, 2012).

Obecně u jedinců se závislostním chováním pozorujeme problémy v různých oblastech života:

- Sebeúcta,
- empatie,
- nezávislost,
- autonomie,
- chování,
- úspěch,
- schopnost zvládnání situací,
- aj. (Winnette, 2014)

Z pohledu celoživotní perspektivy se jedná o velmi podstatnou složku.

Barnardová (2011) poukazuje na podstatný negativní vliv na okolí závislého jedince. Užíváním drogy je zasažen partner/partnerka, rodiče, děti i sourozenci. Jílek (2008) je nazývá „*spoluzávislými nešťastnými*“.

Ze své praxe vím, že závislostní chování má negativní či přímo devastující vliv na společenské vztahy jedince. Často se mu rozpadá rodina, rodinní členové se od člověka se závislostí odtahují, partneři jej opouštějí. Nezřídka kdy ztrácí zaměstnání a tím se horší jeho finanční situace. Svět se smrskává na jedinou věc, a tou je droga. Toto se týká asi všech návykových látek. U marihuany je to tím rizikovější, že ji velmi často kouří mladiství, možná bych je spíše mohla i nazvat dětmi, marihuana je bohužel snadno dostupná. A jak je známo, čím je nižší věk uživatele, tím jsou následky abúzu vyšší.

Studie provedené během roku 2013 na školní studii ukazují, že 26 - 33% osob věku 14 - 15 let a 42 - 47% 16letých osob užilo ve svém životě marihuanu (Mravčík a spol., 2014).

Subjektivní vnímání snadné dostupnosti je zjištěno u 62,7% mladistvých věku 15 - 24 let. Rizika pravidelného užívání vnímá 79,5% z nich (Mravčík a spol., 2013).

5.6 Marihuana a deprese

Pro většinu lidí je deprese přechodná nálada, pro některé jedince je to však vysilující chronická nemoc. Pokud je deprese hluboká a trvalá, a stává se překážkou v práci, v rodině, přátelství, nebo dokonce fyzickému zdraví, je považována za psychiatrickou nemoc. Deprese může trvat několik týdnů až let. Některé osoby trpící depresí se vyhýbají společnosti, ztrácejí veškerý zájem o život a nejsou schopni pociťovat radost. Lidé v depresi postrádají energii, mohou trpět nespavostí, ztrátou chuti k jídlu, bolestmi hlavy a dalšími negativními symptomy (Grinspoon, Bakalar, 1996).

Miovský (2008) také upozorňuje na to, že u predisponovaných osob může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých depresivních stavů či stavů úzkosti a napětí. Tyto stavy se mohou vystupňovat a přejít až do panického stavu, kdy hrozí nebezpečí sebepoškození či naopak agrese k okolí. V podstatě neexistuje možnost si drogu předem ověřit a zjistit tak,

kolik účinné látky vlastně obsahuje. Uživatel tak nikdy přesně neví, jaké množství účinné látky do sebe vpraví.

Výsledky některých studií vedou ke vzrůstajícímu podezření na **souvislost užívání marihuany a vzniku úzkosti a deprese**. Dlouhodobí konzumenti udávají pocit úzkosti, depresi, únavnost. Z jedné nedávné studie je zřejmé, že více než třetina příznaků deprese se objevovala v souvislosti s užíváním marihuany. Mechanismus této souvislosti není zatím známý. Nelze vyloučit určitý společný faktor, který zvyšuje pravděpodobnost vzniku sklonu k užívání konopí a zároveň je příčinou rizika vzniku duševní poruchy. Otázkou i nadále zůstává, jaké přímé riziko představuje užívání konopí pro vznik deprese a úzkostných stavů (KOSTIUK, Pavel. Kouření marihuany, deprese a úzkost).

6 Terapie osob se závislostí na marihuaně

V minulosti se objevoval názor, který tvrdil, že závislost není možno léčit. Nynější modely předpokládají možnost a schopnost vyléčení. Předpokládá se, že za určitých vhodných vnějších podmínek může člověk svoji závislost překonat, uzdravit se a žít trvale plnohodnotným a kvalitním životem (Kalina, 2003).

Terapie osob se závislostí na marihuaně probíhá v následujících typech léčby.

1. **Integrovaná krátká intervence**
2. **Individuální dlouhodobá intervence**
3. **Skupinová intervence**
4. **Komunitní skupinová terapie**
5. **Farmakologické intervence**

Integrovaná krátká intervence spočívá v jednom sezení. Je vhodná pro osoby, které užívají konopné drogy příležitostně, jsou si vědomy negativních důsledků užívání a jsou motivováni ke změně (Engelander, 2010).

Individuální dlouhodobá intervence znamená práce jednotlivce pod vedením specialisty. Nejčastěji tuto službu poskytují psychiatrické ambulance. V roce 2010 celkem 453 ambulantních psychiatrických pracovišť evidovalo léčbu klientů užívajících návykové látky (Mravčík a spol., 2011).

Skupinová intervence probíhá nejčastěji v systému režimového léčby. Jako nosnými pilíři jsou využívány pracovní terapie, sport a psychoterapeutické vedení (Jílek, 2008).

Komunitní skupinová terapie má pozitivní vliv na život závislých. Pracuje se se skupinou závislých klientů, kteří žijí ve společenství, tj. komunitě. Terapie závislostního chování je náročnou a dlouhodobou záležitostí nejen pro jedince samotného, ale také pro jeho okolí (Kratochvíl, 1998).

Nejčastěji se v praxi setkáváme s těmito typy terapeutických komunit:

- Terapeutické komunity v zařízeních se střednědobou léčbou (několik týdnů až měsíců);
- terapeutické komunity pracující se specifickými pacienty (např. s duální diagnózou) nebo ve specifických skupinách (věznice);
- a klasické terapeutické komunity pracující s klienty dlouhodobě (měsíce až roky), které mají přesah i po opuštění komunity, kdy klienti docházejí např. do terapeutické ambulance (Nešpor, 2011).

Farmakologické intervence zajišťují léčbu klienta se závislostí pomocí léků. Toto se týká pacientů s **duální diagnózou**, kde je nutné nejen intervencí výše zmíněných, ale i terapie medikamenty např. při léčbě deprese.

Schulte (2010) zmiňuje farmakologickou léčbu osob se závislostí na marihuaně, která probíhá spíše jako podpůrná léčba doplněním vitamínů, minerálů a stopových prvků v organismu, případně ke zmírnění doprovodných příznaků, jakým je např. kašel. S tímto jsem se však osobně nesešla.

Pro podporu a koordinaci práce s klientem, která by propojila metody práce s jedincem a vycházela z klientových potřeb, vzniká nespočet projektů. Vedením a řízením se zabývá mimo jiné také národní politika ČR (Nepustil, 2013).

Nešpor (2011) klade důraz na **samotného jedince**. Podstatu spatřuje v porozumění klientově situaci, rozpoznání ovlivňujících faktorů specifických každého jednotlivce a zahájení terapie s cílem zmírnění rizikových faktorů a posílení faktorů protektivních (viz kapitola 4.2. Teorie vzniku závislostního chování).

Terapie závislostí je terapií dlouhodobou. Je třeba velkého úsilí a angažovanosti jedince, aby byl schopen závislost zvládnout.

7 Specifika sociální práce s drogově závislými

Sociální pracovníci jsou nedílnou součástí spolupráce s drogově závislými. A proto je tato kapitola věnována některým intervencím sociální práce u abúzu návykových látek.

7.1 Harm Reduction

Pojem Harm Reduction znamená snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby s užíváním drog přestaly. Pracovník zde neusiluje o abstinenci uživatele, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky návykového chování byly co nejmenší. Jde o snahu zlepšit kvalitu jejich života, zdravotní stav, tělesnou a duševní pohodu. Důraz je kladen také na ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání a souvisí se strategií ochrany veřejného zdraví. Úsilí směřuje ke snížení poškození zdraví celé komunity a v tomto kontextu je problém jednotlivce chápán jako problém celku (Kalina, K a kol. 2013).

7.2 Kontaktní práce

Jde o službu, která vychází z aktuální situace klienta a jeho potřeb. Cílem je oslovit cílovou skupinu, vytvoření vzájemné důvěry a podmínek potřebných k poskytnutí služby (Adameček 2006). Služba je poskytována co nejvíce v přirozeném prostředí klienta a pro realizaci služby není třeba znát podrobné údaje o klientovi.

7.3 Sociální poradenství

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Základní sociální poradenství poskytuje informace o nárocích, službách a možnostech, které mohou pomoci člověku v náročné situaci. Poskytované informace vyplývají ze systému sociální ochrany občana, k němuž patří pojištění, podpora, pomoc, nebo ze systému, který zajišťuje zaměstnanost. Součástí základního poradenství je i zprostředkování další potřebné odborné pomoci (Hartl, 2013).

Odborné sociální poradenství poskytuje přímou pomoc lidem při řešení jejich sociálních problémů. Odborná pomoc je zaměřena na konkrétní pomoc a praktické řešení obtížné sociální situace člověka, v které se nachází. Nejčastěji se jedná o hmotnou nouzi. (Hartl 2013).

Při obecném poradenství se pracovník zaměřuje na řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetence klienta tyto problémy řešit. Poradenství patří mezi nejčastější intervence především u uživatelů drog, kteří nejsou motivováni k léčbě .

7.4 Aktivní naslouchání a pozorování

V pomáhajících profesích se klade důraz na aktivní naslouchání, které dané osobě poskytne dostatek zpětných vazeb od pracovníka. Sociální pracovník má naslouchat s nějakým cílem a zároveň sdělovat, že naslouchal. Naslouchání je důležité, ale klienti potřebují mnohdy více, aby věděli, že je pracovník vyslechl a že jim porozuměl, k tomu slouží reflektování. Při aktivním naslouchání je klient povzbuzován pomocí technik, jako je objasňování, parafrázování, reflektování a shrnování. Objasňování se děje prostřednictvím otázek, které umožňují přesnější pochopení toho, co klient říkal (Hartl 2013).

7.5 Motivační rozhovor

Jde o kombinaci direktivních a na klienta zaměřených přístupů s důrazem na pomoc při dosažení změny v chování prostřednictvím rozebírání a řešení ambivalence. Jádrem motivačního rozhovoru spočívá ve spolupráci mezi poradcem a klientem, vyvolání změny v klientově nitru a samostatnost ve vztahu ke změně. Čtyři základní principy motivačního rozhovoru tvoří – empatie, rozpor, motivace, odpor.

Empatie je součástí celkového pojetí motivačního rozhovoru. Vytvořením atmosféry přijetí položí poradce důležitý základ pro iniciování změny.

K rozvoji klientovi **motivace** mohou poradci přispět **zvýrazňováním rozporů** mezi tím, co klient dělá, a co by si přál dělat, čili nesouladu mezi tím, kým klient je, a kým by chtěl být.

Odpor je vnímán jako přirozená součást změny, pokud se objeví, je potřeba zvolit jiný způsob, jak klienta do procesu změny vtáhnout. Uživatel drog musí tedy nejprve přijmout závazek, že se chce změnit (Millerová, 2011).

8 Zaměření praktické části

Zaměření praktické části diplomové práce má charakter výzkumného šetření na podkladě kvalitativní metodologie. Ve své práci zpracuji kvalitativní výzkum. Získaná data budou zaznamenána, zanalyzována a následně vyhodnocena. Výstupem šetření budou odpovědi na výzkumné otázky a formulace nových hypotéz.

Předmětem šetření jsou případy jednotlivých klientů, se kterými jsem se setkala při mém zaměstnání. Jedná se o klienty se závislostmi na oddělení pro léčbu závislosti. Provedený výzkum odpovídá na otázky týkající se závislosti na marihuaně. Klienti budou dotazováni na užívání marihuany, jejich abstinenci a jiné příznaky (psychické a fyzické) a na rodinnou situaci.

Klienti závislí na užívání marihuany se ve svém životě potýkají s řadou problémů. Těžko zvládají sociální role, objevují se potíže rozhodovat o svém životě a dodržovat sociální normy. Často se potýkají s problémy v mezilidských vztazích. Klienti užívající drogy mají tendence k asociálnímu chování (Vágnerová, 2012).

Diplomová práce se zaměřuje na kazuistiky klientů, kteří jsou závislí na marihuaně.

Údaje získané při provedené studii jsou zpracovány s ohledem na zachování soukromí respondentů. Nikde jsem neuvedla jména ani jiná identifikační data. Klienti se výzkumu zúčastnili dobrovolně. Svým podpisem potvrdili souhlas s uveřejněním informací.

9 Volba tématu diplomové práce

Téma diplomové práce jsem zvolila Marihuana a rizika spojená s jejím užíváním. Inspirovala jsem se na oddělení pro léčbu závislostí, kde jsem pracovala. Výlučně se závislostí na marihuaně léčilo jen velmi malé množství osob. Problém vidím v tom, že lidé s abúzem marihuany nevědí kam se obrátit. V roce 2010, v době, kdy chtěl jeden můj známý přestat kouřit marihuanu, jsem ho byla doprovodit do nejmenovaného zařízení zabývající se drogovou problematikou. Popsal své abstinenční příznaky, jimiž byla nespavost, opocení, stavy na omdlení, nechůť k jídlu, pocity beznaděje, neklid, snížené sebevědomí, pocity úzkosti, po kterých následuje zvýšená podrážděnost, až agresivní ataky. Dodnes, než jde výše zmíněný známý ráno do práce, vykouří jointa a pak několik dalších během dne. Vyprávěl, že se někdy v noci probudí a jde opět vykouřit jointa, aby mohl znovu usnout.

Zamýšlela jsem se nad negativy spojenými s kouřením marihuany. Laická společnost má marihuanu za téměř běžnou drogu, na které nevzniká závislost. Já se domnívám opak. Podle mého názoru na marihuaně vzniká jak fyzická, tak psychická závislost. K této úvaze mě vede moje zkušenost ze zaměstnání a osobní setkání s výše uvedeným známým.

Ve své práci bych chtěla věnovat prostor případovým studiím klientů, se kterými mě pojí společná minulost a pracovní čas strávený na oddělení pro léčbu závislostí.

9.1 Výzkumný soubor

Pracovala jsem na nejmenovaném oddělení léčby závislostí. Podrobný název neuvádím z důvodu ochrany a zachování anonymity klientů. Číním tak s ohledem na zpracování citlivých dat o klientech.

Výzkumný soubor tvořila skupina klientů, kteří byli hospitalizováni na oddělení pro léčbu závislostí a léčili se z nich.

9.2 Výzkumný vzorek

Respondenty jsem oslovovala osobně na oddělení nejmenovaného zařízení zabývajícího se mimo jiné léčbou závislostí. Byli vybíráni ze skupiny osob léčících se přímo ze závislostí. Podmínkou účasti ve studii bylo, že musí být uživatelé marihuany, kteří prošli režimovou léčbou na oddělení závislostí. Výzkumné šetření proběhlo v měsíci září - říjen 2015. V té době bylo na oddělení celkem 26 klientů. Léčili se ze závislosti na alkoholu, pervitinu, lécích a kombinované závislosti. Na oddělení bylo celkem 5 klientů se závislostí na marihuaně. Tyto klienty jsem oslovila. Jednalo se o 2 muže a 3 ženy ve věku od 20 do 39 let.

Klienti se zařazením do výzkumu výslovně souhlasili. Účast byla dobrovolná a proběhla po předchozím informování.

S respondenty jsem se domluvila na změně iniciál i jiných důležitých faktů, aby nebylo možné zjistit jejich identitu. Klienti si mohli své jméno i jiná osobní fakta dle svého přání měnit. Pozměněno bylo jméno, pohlaví, místa pobytů, škol a zaměstnání. U jednoho respondenta byl na jeho přání změněn i věk, a to tak, že byl o několik let snížen. Tato fakta neměla žádný vliv na zkreslení kvalitativního výzkumu. Relevantnost zjištěných informací o jednotlivcích zůstala zachována.

10 Metodika výzkumu

Gavora (2000) definuje výzkum jako systematické řešení problémů, jehož pomocí dochází u jednotlivců k rozšíření vědomostních hranic.

Pro účely výzkumného šetření použitého v závěrečné práci jsem zvolila kvalitativní výzkumnou metodologii. V případě tohoto typu výzkumu je výzkumný vzorek vybírán záměrně, výběr osob je reprezentativní. Gavora (2000) hovoří o reprezentativnosti nikoliv ze statistického nebo matematického hlediska, ale z pohledu dobré reprezentativnosti osob v daném prostředí.

Kvalitativní metodologie používá zjištěná fakta ve slovní, nečíslné podobě. Důraz klade na sblížení a proniknutí do zjišťovaných situací. Cení si významu, který přináší osoba. Kvantitativní výzkum oproti tomu pracuje s množstvím. Hodnotí získaná číselná data, zjišťuje např. frekvenci výskytu nebo rozsah jevů. Výzkumník si udržuje odstup od zkoumaných jevů. Na jedné straně tak zajišťuje nestrannost a zobecnitelnost. V případě kvalitativně zaměřeného výzkumu jde více o člověka (Gavora, 2000).

Kvalitativní výzkumné šetření upřednostňuje:

- porozumění zkoumaným jevům,
- odhalení významu motivů, citů a sociálního chování,
- získání vhledu do života jedince (Srnc, 2006).

Gavora (2000) vidí nepostradatelný rys v případě kvalitativního zkoumání v dlouhodobosti, intenzitě a detailním popisu zkoumaného jevu. Vyzdvihuje zaměření výzkumu na konkrétní případ. Cílem kvalitativního pátrání je průnik do hloubky zkoumaného jevu a objevení nových skutečností. Tyto skutečnosti by hromadným zkoumáním nemohly být odhaleny.

Disman (2002) uvádí jedinečnost kvalitativního výzkumu v porozumění lidem v různých sociálních situacích. Použitím této techniky získáme velmi mnoho informací o malém počtu osob. Závěry mají nízkou reliabilitu (spolehlivost), ale potenciaálně vysokou

validitu (platnost). Dále autor uvádí, že o redukci dat rozhodují respondenti tím, že výzkumníkovi řeknou to, co považují za relevantní.

V případě výzkumu použitým v praktické části diplomové práce byly informace získány jak od respondentů, tak od ostatních zainteresovaných pracovníků. Při analýze dokumentů bylo vycházeno z poměrně obsáhlých dat, která mají vypovídající hodnotu.

Výzkumná metodologie diplomové práce vychází ze dvou technik:

1) Analýzy životopisů klientů,

2) rozhovory s klienty.

Studium písemných dokumentů jsem provedla na oddělení pro léčbu závislostí v nemocnici, kde jsem byla zaměstnána. V diplomové práci jsou použity životopisy klientů léčících se se závislostí na marihuaně.

Klienty jsem nejprve seznámila s výzkumným šetřením. Požádala jsem je o souhlas s uvedením kazuistik, použitím životopisů a provedením rozhovorů.

Na našem oddělení je možné případy konzultovat na supervizních a intervizních setkáních. Supervize znamená společné setkání se nad případem. Směřuje k rozvoji dovedností sociálního pracovníka (Kadushin; Harkness, 2002). Intervize („*peer-supervision*“) je definována jako forma supervizního setkání spolupracujících kolegů (Matoušek, 2003, s. 356).

K získání ucelené sumy informací byly jednotlivé kauzy konzultovány s kolegyní, která zná případy uvedených klientů. Informace od kolegyně byly využity k doplnění příběhů klientů, ke zpětné vazbě i reflexi případů. Tuto metodu nazývá Matoušek (2003) „*co-consultancy*“.

Při práci s klienty je pro mě důležitým prvkem vztah. Zajímá mě příběh a zapojení dílčích faktů do kontextu života. Proto jsem si pro diplomovou práci vybrala kvalitativní metodu výzkumu.

10.1 Analýza životopisů klientů

Analýzu dokumentů Disman (2002) definuje takto: „*Obsahová analýza je kvantitativní, objektivní analýza sdělení jakéhokoliv druhu. Může se zabývat třeba obsahem, formou, autorem, adresátem. Je též důležitým nástrojem pro organizování záznamů získaných kvalitativními postupy. Organizačně se podobá výzkumu – vychází z pracovních hypotéz, ze souboru sdělení vybírá vzorek atd. Pro objektivnost musí být operační definice velmi jasné a jednoznačné, aby dva výzkumníci došli vždy k totožným závěrům.*“

Informace o klientech jsem získala z obsahové analýzy životopisů, které na oddělení každý klient sepisuje. Životopisy jsou součástí pacientovy dokumentace. Vztahuje se na ně povinná mlčenlivost. S použitím životopisných dat klienti souhlasili. Údaje z dokumentů byly změněny tak, aby nebylo možné klienty identifikovat.

Při použití této techniky existuje riziko zkreslení, jež souvisí např. s různými metodami záznamu. Takové zkreslení dat je třeba eliminovat již na začátku výzkumných procedur. Mimo jiné je zapotřebí začínat co nejvěrnějším popisem, neredukovaným a bez vlastních výzkumných interpretací (Disman, 2002).

Při mém šetření jsem riziko zkreslení dat minimalizovala podrobným popisem kazuistik a také tím, že jsem se zkoumanými klienty osobně pracovala. Záznamy do spisové dokumentace jsou na oddělení zakládány dle normy pro zařazování dokumentů. Záznamy vkládají všichni pracovníci, kteří s klientem pracují. Vytvoří se tak ucelená složka obsahující objektivní údaje. Eliminace zkreslení je dána také počtem pracovníků pracujících s dokumentací.

10.2 Rozhovory s klienty

Rozhovor definujeme jako klinickou metodu získávání dat zaměřenou na jednotlivce (Srnc, 2006). Sharry (2006) upřednostňuje řešení problémů prostřednictvím komunikace. Rozlišit můžeme strukturovaný (řízený) nebo částečně strukturovaný rozhovor (polořízený). Výhoda použití rozhovoru skýtá možnosti získání doplňujících informací (Srnc, 2006).

Formu pokládaných otázek jsem zvolila jako otevřené otázky. Respondenti měli variabilnější možnosti odpovědí. V případě potřeby byly kladené otázky doplněny či upřesněny.

Pro účely mé diplomové práce byly s klienty provedeny polostrukturované rozhovory. Klienti, se kterými jsem hovořila, mohli na dané otázky volně odpovídat, údaje doplňovat a v případě potřeby také vysvětlovat. Klienti s použitím rozhovorů v diplomové práci výslovně souhlasili.

Rozhovory probíhaly během pobytové léčby. S klienty bylo hovořeno v prostorách daného zařízení, ve vyhrazené soukromé místnosti bez přítomnosti dalších osob.

S provedením rozhovorů respondenti souhlasili. Odpovědi na výzkumné otázky byly zaznamenány písemnou formou a sloužily k dokreslení životopisných dat klientů. Části rozhovorů jsou zaznamenány jako přímá řeč přímo v jednotlivých kazuistikách.

Respondenti na pokládané otázky volně odpovídali, často se více věnovali otázkám, které byli pro ně samotné zajímavější. Měli možnost na některé otázky neodpovědět, čehož také využili. Otázky byly zvoleny tak, aby dokreslily a doplnily životopisná data a ucelily jednotlivé kazuistiky.

Koncept rozhovoru byl následující:

- 1. Kdy jste se poprvé setkal/a s vlastním užíváním marihuany?*
- 2. Cítil/a jste fyzické projevy závislosti na marihuaně? Pokud ano, které?*
- 3. Cítil/a jste psychické projevy závislosti na marihuaně? Pokud ano, které?*
- 4. Pociťoval/a jste abstinenční příznaky? Pokud ano, které?*
- 5. Vidíte Vy sám/sama některé faktory, které mohly vést k Vaší potřebě užívání marihuany?*
- 6. Jak a v čem pro Vás bylo užívání marihuany pozitivní a v čem naopak spatřujete negativa?*
- 7. Byla pro Vás přínosem sociální pracovnice, sociální kurátor nebo jiný pracovník sociální sféry?*

11 Výzkumné otázky a hypotézy

11.1 Výzkumné otázky

Ve své diplomové práci se zabývám užíváním marihuany a riziky spojenými s jejím užíváním. Odborná literatura zaměřená na výzkum zaujímá odlišné postoje na užívání marihuany. Zajímám se tedy o otázku *Proč uvedení klienti užívají právě marihuanu* a co způsobí, že klienti užívající THC si zvolí právě tuto drogu. Dále mě zajímá, zda-li klienti pociťují abstinenční příznaky doprovázející nedodání drogy do organismu a zda-li se setkali s psychickými a fyzickými projevy závislosti. Odborná literatura dále poukazuje na vliv attachmentu na vznik a vývoj závislostního chování (kap. 5.3 mé diplomové práce). V praktické části závěrečné práce bych ráda ověřila tyto skutečnosti. Pro výzkumné šetření formuluji následující otázky:

Výzkumné otázky:

1. *Proč uvedení klienti užívají právě marihuanu?*
2. *Pociťují uživatelé marihuany abstinenční příznaky při nedodání drogy a potýkají se s psychickými a fyzickými projevy závislosti?*
3. *Jak ovlivnilo původní rodinné prostředí uživatele marihuany?*

11.2 Výzkumné hypotézy

Podkladem pro kvalitativní výzkum nemusí být hypotézy. Pokud bych přesto měla hypotézy týkající se rizik spojených s užíváním marihuany uvést, stanovila bych následující tři:

Hypotéza 1: **Marihuana není prediktorem pro užívání jiných drog.**

Hypotéza 2: **Klienti se závislostí na marihuaně nevyužívají služeb sociálních pracovníků.**

Hypotéza 3: **Klienti užívající marihuanu se setkávají s podobným souborem abstinčních příznaků, jako je tomu při závislostech na jiných drogách.**

Vycházím zde ze svého působení v praxi.

12 Kazuistiky

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum a zpracování případových studií. Z podkladů, které jsem získala analýzou dokumentace a z rozhovorů s jednotlivými klienty, jsem sestavila níže uvedené kazuistiky. Pro výzkumné účely jsem použila celkem pět případových studií. Případové studie jsou zaměřeny na zodpovězení výzkumných otázek.

Kazuistiky definuje Srnec (2006) jako studie zaměřené na jedince. Poukazuje na jeho jedinečnost po stránce biologické, psychologické a sociální. Případové studie mohou přinášet nové a zajímavé poznatky. Výzkumník se velmi intenzivně zaobírá zkoumaným problémem. Tento typ výzkumu zahrnuje menší počet jedinců, které ale podrobuje důkladnějšímu zkoumání. Výzkum může zohlednit historii daného klienta a současný stav zúčastněných jedinců.

Praktická část diplomové práce zpracovává jednotlivé kazuistiky klientů, kteří byli závislí na marihuaně a ve sledovaném období probíhala jejich léčba na závislostním oddělení nejmenovaného zařízení. Diplomová práce obsahuje celkem pět případových studií.

V diplomové práci byly kazuistiky klientů použity s jejich souhlasem a zaznamenány v písemné podobě. Z důvodu zachování anonymity byly iniciály klientů nahrazeny.

Kazuistika 1 - Michal

Rodinné prostředí

Michal se narodil v roce 1974 jako první dítě svých rodičů. Matka měla rizikové těhotenství a velmi těžký a dlouhý porod (12 hodin). Rané dětství strávil s matkou a otcem. Stýkal se s prarodiči ze strany otce i matky. Na toto období vzpomíná Michal pozitivně, hodnotí ho jako šťastné a spokojené. Rodiče Michala měli velmi rádi a pěkně se o něj starali.

Doma nebyly žádné slovní hádky ani jiné konflikty. Tělesné tresty v Michalově rodině byly výjimkou. „Na zadek“ dostal asi 5krát za celé dětství. Otec byl hlavou rodiny, matka byla spíše submisivní. Bližší informace o rodičích neuvádí.

Dětství

V deseti letech se s rodiči stěhoval do jiného bytu. Michal měl dost osobního prostoru na vše, nic mu nechybělo. Ze strany matky byl více rozmazlován. Uvědomuje si, že měl všechno víceméně bez práce a zadarmo. S bratrem až na občasné pranice vycházeli dobře.

Michalovi rodiče měli několik dobrých kamarádů, se kterými se navštěvovali. Michal si hrál s dětmi těchto rodin. Od svých 5 let jezdil s otcem, bratrem a těmito rodinami na „pánské dovolené“ (bez matek). Vždy první týden v červenci děti s tatínky odjeli na týden na vandr. Otcové vymýšleli různé hry, bojovky a jiné veselé akce. Moc se na to těšil. Byla to jeho nejoblíbenější část prázdnin.

Michal si vzpomíná na to, jak na dovolené tatínci pili alkohol. Pili pivo během dne, také rum a fernet. Nikomu to nepřišlo divné. Pití alkoholu patřilo k tradicím těchto dovolených. Zde poprvé Michal ochutnal od otce pivo. Bylo mu asi deset let.

Michal chodil pět let do hasičského kroužku. Hrál fotbal a tenis. Jeho matka se sama v dětství věnovala závodně tenisu. Trénoval jí její otec, Michalův děda. Matka byla úspěšná, ve svých patnácti letech skončila druhá na mistrovství České republiky. Michalovi tenis šel a bavil ho.

S rodiči hodně cestoval po hradech, zámcích a různých koupalištích. Hrál tenis, ping-pong, hodně času trávil ve skupině dětí. Na dětství vzpomíná velmi rád.

Michalův otec chodil jedenkrát až dvakrát do měsíce do hospody na pivo. Doma si dával dvě piva denně a kouřil. Matka kouřila 2 až 3 krabičky cigaret denně a občas pila víno. Michalovi rodiče často pili ve skupině známých, někdy až do rána. Jiné drogy Michal neudává. Do jisté míry toto přisuzuje době, kdy vyrůstal (předrevoluční období).

Od 12 let se u Michala objevila závislost na sledování televize. Postupně tím omezil chůzi ven. Dával si televizní program na postel. Realita pro něj byla obtížná a nepříjemná. Při sledování televize nastávala pro Michala krásná iluze, podobné příjemnému dětství.

Škola Michala z počátku bavila. Byl vedený k tomu, aby paní učitelku poslouchal. Ve škole se setkal s přeučováním z původního leváka na praváka. Uvádí, že v průběhu jeho vzdělávání, cca na prvním stupni, byla přijata vyhláška Ministerstva školství, která toto zakazuje. Michal od té doby používá při psaní levou ruku. Z počátku školní docházky měl problém s výslovností některých písmen abecedy, jakých už neví. Po cvičeních a návštěvách u specialisty se toto srovnalo.

Ve škole ve třídě měl Michal svůj okruh přátel. Patřil k uzavřenějším, klidnějším dětem, moc nezlobil.

Na druhém stupni přišla změna. Michal se špatně učil, propadal a chodil za školu. Po základní škole studoval učňovský obor lakýrník.

Dospívání

Dospívání probíhalo ve skupině zmiňovaných dětí. První láska Michala zastihla na škole v přírodě na Slovensku cca ve 14 letech. Další ve stejném období na pionýrském táboře. Došlo na zkoumání těl bez sexu. Michal uvádí, že byla vždy poblíž nějaká slečna, se kterou se mohl sblížovat.

V období dospívání Michala velmi negativně zasáhl rozvod rodičů. Rozvodové období probíhalo od jeho 12 do 18 let. Michal se poprvé opil ve třinácti letech. Vypil sedm piv a dvě lahve vína. Po alkoholu mu bylo velmi špatně. Michal se začal špatně učit, propadal z matematiky a fyziky a chodil za školu. Občas spolu s partou dětí pily víno.

Hlavní Michalův kontakt s alkoholem začal na lakýrnickém učilišti. Pracovní doba končila ve 12 hodin a pak se šlo na pivo. Dalším podstatným momentem, kdy se setkal s pitím

alkoholu, byly vandry, které Michal od 15 let podnikal. Zde se hojně pilo pivo a kouřila marihuana.

Michal stále často sledoval televizi. Okolní svět nepotřeboval. Veškeré jeho přání a touhy naplňoval virtuální svět televize. Michal nesnadno navazoval vztahy s dívkami. Dívky ke svému životu nepotřeboval, nevyhledával chození s nimi ani sexuální život. Doma se o sexu nemluvilo. Otec se tomuto tématu vyhýbal, informace podávala Michalovi spíše matka.

Na učilišti pil Michal pivo a panáky. Když byl opilý, byl veselý a v okolí oblíbený. Bral to jako dobrou věc.

Mezi 17. až 18. rokem se jeho rodiče rozvedli. Michal zůstal bydlet s bratrem a matkou. Po nějakém čase si matka našla přítele, se kterým Michal nevycházel. Časem si ale zvykl. S otcem se v té době stýkal omezeně.

V té době začal Michal se svým dlouholetým a nejbližším kamarádem ze základní školy a jeho bratrem provozovat diskotéky. Diskotéky probíhaly v divokém duchu. Michal uvádí, že hned na první diskotéce byly rozkopené toalety a několik rvaček mezi místními lidmi a lidmi z vedlejších vesnic. Michal v tomto období silně holdoval alkoholu. V oblíbené byly různé míchané nápoje spojené s rituály při jejich pití. Pilo se například *žabítko*. To představuje panáka zelené nalité do půllitru piva a orální sex pod stolem. Do módy přišla *hopsinka* - broskvová vodka s pivem a *lízaná tequilla*, která se pila po olíznutí citronu a soli nasypané na ruku.

Michal má období dospívání spojené s častým pitím velkého množství alkoholu. Především piva a panáků tvrdého alkoholu. A také s nárazovými sexuálními aktivitami, rovněž spojenými s pitím alkoholu. Sexuální aktivity často doplňovaly rituály při pití. Např.. již zmiňované *žabítko*.

Michal se dvakrát pokusil o dálkové studium stavební průmyslové školy. Více než zájem o studium ho ke škole nutilo vyhnutí se nástupu na vojnu. Oba pokusy po čase vzdal. Částečně kvůli lenosti, z velké části však z důvodu času, který věnoval „na hospodu a diskotéky“.

Postupem času si někteří jeho kamarádi našli trvalý vztah a oženili se. Michal se do manželství nikdy moc nehrnul. Sám uvádí, že mu to moc s holkami nešlo a také kvůli rozvodu rodičů.

Zaměstnání

Michal se vyučil lakýrníkem a tři roky toto řemeslo dělal. Po vojně dělal krátkou dobu ve skladu. V tomto zaměstnání se nepilo. Po půl roce dostal Michal výpověď. Doma byl asi 5 měsíců. Vše mu bylo jedno, peníze měl našetřené, bydlel stále u matky, která o něj pečovala – vařila, prala aj. Další práci si našel až za pomoci matky. Pracoval jako uklízeč. V práci se seznámil s Dušanem a jeho kamarádem. S oběma chodil pít a hrát automaty. V té době měl průměr alkoholu na jednu návštěvu hospody cca sedm piv a tři panáky.

V úklidu pracoval celkem šest let. Vydělané peníze používal výhradně pro svoji potřebu, především návštěvy hospod. Ve větší míře začal kouřit marihuanu, a to téměř denně. Marihuana se mu zalíbila především kvůli stavu nekonečného veselí.

Setkání s drogou

Michalovo první setkání s marihuanou proběhlo v již zmiňovaném období po základní škole, kdy chodil s partou na vandry. Zde v hojné míře užívali alkohol a marihuanu. Ve 26 letech Michal začíná kouřit marihuanu pravidelně a také více pít.

Michal má v oblibě pivo v kombinaci s fernetem. Během provozování diskotéky vyzkoušel pervitin.

V roce 2008 měl Michal vztah s vdanou ženou. Michal vztah popisuje jako velmi stresující. Když se s partnerkou rozešli, začal více pít. Narůstal u něj stav bezohlednosti vůči okolí. Michal vlivem alkoholu opakovaně ztrácí boty, bundy, mikiny, mobily, peněženky a jiné.

Michal popisuje různé zážitky, např.: „Jeden večer jsem pil do tří do rána. Vychlastal jsem určitě dvanáct piv a víc než deset panáků. Po cestě z baru (směje se), sem narazil do lampy. Vomdlel sem a probudil sem se s prokousnutým jazykem na zemi, všude krve jak z vola. Pak sem šel rovnou do práce. Byl sem tak vožralej a pomlácenej, že sem nemoh mluvit ani chodit (opět se směje)“.

Roky 2009 a 2010 přinesly výraznější zkušenosti s marihuanou. Zážitky Michal popisuje následovně: „Hulil sem třeba s kámošema na chatě. Byl sem vysmátej jak lečo“. Marihuana se Michalovi líbí. Zkušenost s marihuanou bere pouze jako opakované experimenty. Občasně hraje automaty, kde prohrává menší částky, celkově však v řádech deseti tisíců korun.

Léčení

V roce 2010 až 2013 se ze závislosti na automatech léčil v psychiatrické léčebně. Situaci popisuje následovně: „Moje závislost na automatech byla hrozná. Měl sem velký dluhy, které sem řešil půjčkama, který sem měl problémy splácet. Ve finále sem prohrál tři vejplaty za sebou, asi 50 000 tisíc, a to si připočtete k tomu vostatnímu a byl sem v prdeli. Už předtím sem si vypůjčoval vod rodičů dost peněz, tak mě s další půjčkou poslali do háje. Máma vyváděla jak blázen a brácha taky, a ať se du léčit. Na to sem jim řek, že upadli, pač já žádnéj velkej problém nemám a rozhodně se nikam léčit nepudu. Nikam, kde sou jen blázni a já teda blázen nejsem. Jenže pak mě ukecali a já šel.“

V roce 2015 nastoupil na oddělení pro léčbu závislostí. Před nástupem užíval převážně marihuanu. „Pivo sem si dal, když nebylo co hulit“. Michal popisuje soubory abstinčních příznaků, které pociťoval při nedodání drogy do organismu následovně: Pociťoval zvýšenou agresivitu, nesoustředěnost, nabroušenost a prudké reagování na běžné podněty.

Jako projev dlouhodobého užívání marihuany se u Michala vyskytly výpadky paměti a poruchy nálady směrem k depresivnímu ladění. Drogou si často dodával pocit sebevědomí, lehkosti a dobré nálady.

Sociální práce s klientem

V době, kdy hrál automaty, ho přímo v herně zkontaktoval sociální kurátor. Michal si setkání blíže nevybavuje. Ví ale, že byl se sociálním kurátorem cca čtyřikrát v kontaktu. Měli nastavené plány schůzek, které Michal ale nebyl schopen plnit.

Zúčastnil se schůzky se sociální pracovníci na oddělení závislostí. Mapovali společně jeho možnosti bydlení a okrajově se dostali na zaměstnání. Michalovi se dostalo informací, o kterých nevěděl, nicméně nebyl schopen zapamatovat si údaje o noclehárnách a azylových

domech pro muže. Uvádí, že po absolvování léčby by si tyto informace rád oživil a věděl o nich pro případ nouze.

Několikrát ho přímo na ulici oslovil streetworker. Michal ho hodnotí jako „fajn týpka, co neprudil a celkem dobře si pokecali“.

Plány po léčbě

Michalovi plány po léčbě jsou následující. Rád by se nakontaktoval na rodinu, která mu chybí. Chtěl by obnovit vztah s otcem, častěji se stýkat s matkou a bratrem. Plánuje si najít stabilní zaměstnání a docházet na doléčovací skupiny. Sám připouští, že vymanit se z prostředí, kde se nepije a neužívá marihuana pro něj bude velmi obtížné. Do budoucna neplánuje založení rodiny, je si vědom svých limitů a domnívá se, že na výchovu svých dětí není dostatečně připraven.

Kazuistika 2 - Andy

Rodinné prostředí

Andy se narodila v roce 1991 v Praze. Otec zemřel, když jí byly 3 roky. Důvod úmrtí je jí neznámý. Matka jako důvod úmrtí uváděla autonehodu. Když byla starší a chtěla o smrti otce hovořit, odbyla ji matka s tím, ať si raději myslí, že otec zemřel při autonehodě. Andrea se domnívá, že příčinou otcovy smrti byla sebevražda. Otec byl alkoholik a pracoval jako autolakýrník v zahraničí. Tam také všichni tři roky žili. Od matky se o otci doslechla, že když byla ona a její bratr malí, chtěl je zabít. Pustil plyn, zavřel děti v místnosti a nepřijít nečekaně babička, tak zemřeli. Jako jednu z mála vzpomínek na otce měla obrázek, jak se pral s matkou a měl zkrvavený obličej.

Z dětství si velmi živě pamatuje neshody svých strýců, kdy jeden byl bohatý a kupoval si drahé věci a druhý bral drogy a okrádal ho. První posiloval, píchal si steroidy, hodně pil a byl agresivní. Mnohokrát se prali a jednou se napadli i nožem. Často u toho zasahovali policisté. Malá Andrea byla skrčená v rohu na balkóně a čekala, až to vše skončí. Strejda Tomáš, ten bohatý, je již po smrti. V roce 2008 se zabil. Zastřelil svou přítelkyni, a pak i sebe v autě. Babička se z toho dodnes nevzpamatovala. Celá tato událost je stále v rodině přítomna, pravidelně se chodí na hřbitov a auto se neprodalo. Babička nechtěla, aby ho měl někdo cizí. Na dveřích auta je patrný šrám od kulky. Matka Andrey věří, že jí zemřelý strýc při řízení a cestách ochraňuje.

Dětství

Od malička byla Andrea doma pravidelně a často fyzicky trestaná. Za každou chybu, často maličkost, přišel trest ve formě pohlavku, facky, výprasku. To vše doprovázené slovními urážkami a vulgarismy. Andy se dnes bojí chybovat a sama se za to trestá.

V době Andreiny školní docházky žila matka s přítelem Jirkou. Andrea si ho nikdy neoblíbila. Vzpomíná, že jí od malička dělal různé naschvály. „Když se například jednou u oběda máma chvíli nedívala, tak mi namočil vlasy do jídla a pak říkal, že jsem prase a máma mě pak vynadala,“ vzpomíná. Dobrý vztah neměla ani s Jirkovou matkou. Ta u nich jednou

nechala hlídat svého loveckého psa. Neupozornila rodinu, že nemá rád děti a pes Andreu kousl do obličeje. Andy strávila měsíc v nemocnici. Na tváři má stále patrnou jizvu.

Andrea měla na základní škole problémy s chováním. V 7. třídě zjistila, jaké je to být opilá. Uvádí: „ Bylo mi skvěle! Žádný stydění se a v centru dění, juu.... Neměla jsem problém s klukama, bavila se s nima a poprvé mi nevadilo, být jim na blízku.“ A tak se popíjení po škole stalo zvyklostí.

Tou dobou nastoupila do třídy nová spolužačka Jája. Andy se s ní spřátelila. Její rodina hodně kouřila marihuanu. Andrea kamarádku přemluvila, aby jí přinesla do školy. Jája už v té době měla zkušenosti s pervitinem.

Celou 7. třídu spolu pravidelně pily alkohol a kouřili marihuanu. Několikrát utekly z domu. Jezdily na chatu k Jájinyým známým, kde kradly marihuanu. Jindy se jen tak toulaly městem a opíjely se. Vždy pro ně druhý den přijely jejich matky, dostaly výprask a zákazy skoro na všechno. Andrea svojí matku přemluvila a druhý den mohla opět ven.

V 7. třídě začalo i Andreino sebepoškozování. „Pamatuju si ten den, kdy to bylo poprvé. Rozbila jsem omylem máminu oblíbenou skleničku a máma mi vynadala. Automaticky jsem strčila střep do kapsy. Po úklidu střepů jsem odešla na patro a začala se řezat, do obou rukou i nohou. Bylo mi líp.... Od té doby to bylo mým pravidlem. Když sem něco provedla, někdo mi vynadal a tak, řezala jsem se.“

Kamarádka musela na konci 8. třídy školu opustit. Andrea propadla ze třech předmětů. Z anglického jazyka propadnout neměla. Učitelka angličtiny jí „nechala rupnout“ za to, že každý den po škole popíjí v parku. Prý jí vídá z okna.

Andy od té doby začala chodit za školu. Ve třídě jí říkali propadlík. Skamarádila se s jinou dívkou a začaly spolu denně pít. Nakonec chodily opilé i do školy. Po čase to učitelé poznali a v ředitelně jim udělali test na alkohol. Byl pozitivní. Dívky pily dál a z testování v ředitelně se stalo pravidlem.

Tou dobou se hodně přátelila s romskými chlapci. Jeden z nich vdechoval plyn do

zapalovačů. Andrea to zkusila a připadalo jí to do školy praktičtější. Po ránu se pravidelně potkávala s Jájou a užívaly marihuanu. Jednoho dne měla u sebe víno, prášky z domova a dvě lahve plynu do zapalovače. Kamarádka jí dala ještě dvě plata nějakých léků. Nevzpomíná si, jaké to přesně byly. „Prášky jsem polykala jak bonbóny a plyn směle vdechovala.“ To vše zapíjela vínem. A pak během vyučování usnula.

Když se probudila, tak třída byla prázdná. Seděla tam pouze jedna z kantorek a ta Andree řekla, aby vydržela, neboť sanitka už je na cestě. „Sotva jsem se postavila, šla jsem za skříň schovat zbytky hulení, co jsem měla u sebe, aby z toho nebyl průser. Pak jsem si sedla a zase usnula. Probudilo jsem se až v sanitce. Ptali se mě na jméno, já ale byla schopna říct jen velké A a za celou jízdu jsem to nedořekla. Tam v nemocnici mě položili a zkontrolovali mou činnost srdce a dýchání, já jsem zase usnula a probudila se až druhý den na přístrojích. Jelikož nevěděli, co jsem měla všechno za prášky, tak jsem musela čekat, jestli to přežiju, máma mi pak říkala, že tomu moc nadějí nedávali.“

Další den Andreu přemístili na normální pokoj, kde si před spolubydlícíma na pokoji dělala legraci, že se oběsí na šňůře od televize, na kterou se dívali. Nepochopila, že to co se stalo, všichni brali jako pokus o sebevraždu. Spolubydlící to nahlásili a Andreu obratem přemístili na psychiatrii. Na Andyino naléhání matka podepsala reverz a Andy byla propuštěna. Doktorka jí zařídila docházení ke kurátorce a k psychologovi. Tam nakonec Andrea byla jen dvakrát.

Dospívání

S vdechováním plynu skončila, zůstala u alkoholu a marihuany. Andrea přeskočila 9. třídu a šla na střední soukromou školu. Kam na školu půjde, rozhodla za Andreu matka a ona se to dozvěděla až na konci srpna. Matka jí poslala studovat obor kuchař-číšník.

V tomto období strýc Tomáš zaplatil babičce zájezd do Egypta. Aby nejela sama, zaplatil zájezd také Andy. Bylo jí 16 let. Tou dobou měla přítele, se kterým byla půl roku. Byl to první a poslední vztah s klukem. V té době spolu každý den pili a kouřili marihuanu, občas si vzali i diazepam.

Přes prázdniny hlídala malého brášku. Během její nepozornosti, a jak sama přiznává, byla pod vlivem drog, vypadl z okna v prvním patře. Kromě otřesu mozku a několika pohmožděnin, vyvázl bez vážných následků. Rodina to má Andy dodnes za zlé.

Do učiliště dojížděla se svým kamarádem ze základní školy. Hned od začátku do ní chodila opilá a zkouřená. Praxi se vyhýbala. Ve škole vydržela dva roky. Poté šla studovat obor zahradnictví.

Většina třídy brala drogy. Andrea zpočátku kouřila jen marihuanu. Netrvalo dlouho a zkusila pervitin. „ Bylo mi skvěle, v duchu jsem si říkala, tohle je ono, tohle je pocit štěstí,“ vzpomíná.

V zahradnické škole pokračovalo zanedbávání docházky. Každý den ráno začínal otevřením vína a místo do školy Andrea směřovala například do lesa, kde se procházela. V lese, kam chodila nejčastěji, měla čas přemýšlet a pokládala si otázky o smyslu života a jeho dalšího směřování.

Po roce studia byla Andy ze školy vyloučena. Nastoupila na dívčí katolickou školu obor pečovatelské služby. Prázdniny před začátkem školy strávila kouřením marihuany a pitím levného vína, nevynechala ani pervitin.

V nové škole byli dobří učitelé a studium Andreu bavilo. Oblíbila si třídní učitelku. Ta jí doporučila, ať své myšlenky píše na papír. Andrea si psala deníky a básně. Ve škole poznala nové přátele, bylo tam i mnoho homosexuálních holek a narkomanek. Andrea si uvědomila, že i jí samotnou přitahují dívky. Její největší kamarádka Nikky jí naučila, jak si na drogy vydělat. I ona občas brala pervitin a vydělávala si na něj prostitucí. Andrea začala také. Klienty sháněly přes internet. Andrea pravidelně prostituovala jeden rok. Peníze utrácela za alkohol, marihuanu, pervitin a věci, co se jí líbily. S kamarádkou Eliškou si poprvé pervitin aplikovala nitrožilně. Při sexuálních stycích nepoužívala vždy ochranu. Otěhotněla a šla na potrat.

Ve škole zažila několik nešťastných vztahů s děvčaty. Byla opět testována na alkohol a drogy a po několika šancích, domluvách a benevolencí ze strany školy, byla vyloučena. Tou

dobou začala chodit s Markétou. Andrea byla velmi žárlivá. Po neustálých hádkách měla myšlenky na sebevraždu. Po rozchodu s přítelkyní strávila Andrea několik týdnů s kamarádem ve squatu, kde nitrožilně užívali pervitin. Za dávky pervitinu Andrea platila sexem.

Léčení

Na přelomu roku 2014 se Andy pokoušela abstinovat, začala přemýšlet o léčbě a navštěvovat psycholožku. Období abstinence nikdy netrvalo déle jak 14 dní. Jako úspěch pokládá to, kdy po 7 letech byla na silvestra střízlivá. Pokud neměla delší dobu marihuanu, byla nervózní, podrážděná a nemyslela prakticky na nic jiného. Klepaly se jí ruce, byla opocená a roztěkaná.

Bydlení doma začínalo být neúnosné. Neviděla jiné východisko, než se sbalit a odejít. Šla ke své psycholožce, která jí zařídila bydlení v azylovém domě. Do konce února 2013 chodila do práce, pila a kouřila marihuanu nadále. Terapeutka jí doporučila léčení, kam v dubnu 2014 nastoupila.

Z kázeňských důvodů, byla Andree léčba přerušena. Po přerušení léčby nepila ani nekouřila marihuanu. Přemýšlela o životě. „Ztratila jsem úplnou chuť do života a naděje na lepší svět se vytratila.“ Z poslední komunity na přerušení odcházela s tím, že spáchá sebevraždu. Měla strach, že vše začne znovu. Zvažovala zůstat na ulici, nebo jít bydlet k matce. Obávala se, že na ulici by začala opět pít a to mnohem více než doma. A tak se vrátila k matce.

Doma byla schovaná v pokoji, nechtěla nad ničím přemýšlet, jen sledovala televizi. Přestala jíst už od dne přerušení léčby. Po několika dnech začala s přejídáním. Toto se neustále opakovalo s tím, že přejídání bylo častější. Objevily se deprese.

Po čase začala na doporučení terapeutky a po návštěvě psychiatra brát antidepresiva a začala se cítit lépe. Léčbu nakonec dokončila. V současné době po jednorázové recidivě, se Andree daří abstinovat.

Sociální práce s klientkou

Andy chodila v době svých školních excesů ke kurátorovi pro děti a mládež. Docházela k němu na pohovory. Hodnotí to jako „celkem v pohodě“. Kurátor jí nabádal ke zmírnění chování a vysvětloval negativa spojená s pitím alkoholu, kouření a užívání drog. Andy popisuje, že se na pohovory celkem těšila. Věděla, že se za svoje chování může dostat do „pastřáku“ (míněno dětský domov, diagnostický nebo výchovný ústav).

Jiné intenzivnější zkušenosti se sociálním pracovníkem Andy nemá.

Plány po léčbě

Celkově se Andrea nevnímá jako holka, vnitřně se cítí jako kluk. Ona sebe vidí jako kluka, muže, a tělo bere jako omyl. Obléká se jako muž a prsa si stahuje obvazem. Často se setkává s tím, že se jí lidé ptají, jestli je holka nebo kluk. I Já když jsem Andreu uviděla, myslela jsem si, že je kluk, nebo spíše mladý hoch. Holky se jí líbily vždy, ale nikdy se necítila jako lesbička. Andrea si uvědomila, že když se jí lidé smějí, proto jak vypadá, vzbuzuje to v ní pocit, že se chce opít a uniknout.

Andrea začala podstupovat přeměnu pohlaví. Žije s přítelkyní v pronajatém bytě. Začala mít pocit, že jí konečně bude umožněno žít, tak jak se cítí. Od září by chtěla nastoupit na dálkové studium obor Ekologie a životní prostředí.

Kazuistika 3 – Vlad'ka

Rodinné prostředí

Narodila se v roce 1989. Jako dítě byla plánovaná a rodičům se narodila brzy po svatbě. Její matka se jmenuje stejně jako ona. Matka je momentálně na mateřské dovolené a je jí 47 let. Pracovala na základní škole jako účetní. Vlad'ka matku miluje. „Moje maminka je moc hodná, milá, upřímná a především je milující mámou, rodina je pro ni na prvním místě. S maminkou máme moc hezký vztah. Jsem si vědoma toho, že jsem ji hodně ublížila a ona mě přes to má ráda.“

Rodiče jsou rozvedení. Vlad'ka vyrůstala s matkou, o otci moc informací neví. Opustil je, když jí byly tři roky. Je jí známo, že otec pracuje jako osobní řidič a má novou rodinu. Otec neměl nikdy snahu ji kontaktovat a ona svoji snahu po několika pokusech vzdala. Nikdy mu neodpustí.

Vladimíra má dva sourozence, bratra a sestru. Bratr se jmenuje Jakub a je mu 21 let, je o 5 let mladší. Sestře jsou 2 roky. Vztah k sourozencům popisuje jako kladný. Bratr se ještě na Vlad'ku kvůli problémům s drogami a alkoholem trochu zlobí. I přesto jí byl během léčení navštívit a Vladimíra si myslí, že jejím nástupem do léčby se jejich vztahy trochu zlepšily. Malá sestřička chodí s maminkou na návštěvy. Oba své sourozence miluje. Vlad'ka o rodině ráda a často hovoří.

Na návštěvy také jezdí její babička ze strany matky. Ze strany otce má ráda dědečka a babičku, kteří pomáhali s její výchovou místo jejího biologického otce. Může se na ně kdykoliv obrátit a se vším svěřit. Mezi další, se kterými má dobrý a důvěrný vztah, je strýc a sestřenice, se kterou prožila celé své dětství a dospívání. Dětství považuje za krásné. Vyrůstala ve velkém městě. Jezdili jako parta na kolech a chodili na výlety. Vlad'ka na to ráda vzpomíná.

Dětství

V pěti letech začala navštěvovat mateřskou školu. „Ve školce se mi nelíbilo, možná se tehdy ve mně probouzel vzdor vůči dodržování pravidel,“ popisuje své zážitky.

Do první třídy základní školy nastoupila v šesti letech. Navštěvovala mnoho kroužků: balet, sbor, výtvarný kroužek, divadelní kroužek a jiné. Později, na druhém stupni, se zaměřila na gymnastiku a hru na klávesy. Celou základní školu prospívala s vyznamenáním a bez problémů s chováním.

Dospívání

Jelikož od dětství ráda kreslila, a jako malá navrhovala oblečení pro panenky, které poté s babičkou vyráběla, nastoupila po základní škole na střední školu oděvní. Nadšení ze střední školy vydrželo půl roku. Zjistila, že šití a šicí stroj nepatří k jejím oblíbeným činnostem. Nedokázala si představit, že se tím bude dlouhodobě živit. Vyučování ji nebavilo a raději se chodila s kamarády bavit.

Následující školní rok nastoupila školu zaměřenou na cestovní ruch. Zde si zvolila obor průvodcovství. Nová střední škola ji velice bavila, i když prospěch byl průměrný. Školu úspěšně ukončila maturitní zkouškou. Problémy ve škole neměla, o své pubertě téměř neví.

Zaměstnání

Po střední škole nastoupila na pracovní pozici jako referentka lékařské posudkové komise. Práce na počítači jí nepřišla zajímavá a vydržela v ní půl roku.

Po této zkušenosti přijala nabídku kamaráda a nastoupila na místo barmanky. Práce s lidmi jí bavila a pracovala v mladém kolektivu. Pozice barmanky byla finančně ohodnocena velice dobře.

Zde začaly její zkušenosti s pitím alkoholu a užívání drog. Pila občas skleničku alkoholu s hosty nebo kolegy, později kouřila s hosty několik marihuanových jointů za večer. Z občasného kouření a pití se stalo pravidlo. Vladka denně kouřila marihuanu. Skleničky alkoholu se staly normou související s prací. Závislost na alkoholu popírá. Po apelu rodiny práci barmanky po roce opustila. Začala docházet na terapii. Cítila však stále potřebu uvolnění a získání svobody. Tyto pocity jí provázely při užívání marihuany. Kouřila stále.

Matka jí sehnala místo vychovatelky ve školní družině na základní škole. Na práci Vladěku bavilo, že s dětmi mohla dělat to, co jí baví a díky nim poznala opravdovou a upřímnou radost. Ve školní družině pracuje již 5 let a ráda by po dokončení léčby nastoupila zpátky. Kvůli užívání marihuany měla v práci problémy. Dostala výtku za příchod pod vlivem návykové látky. Podmínkou, aby mohla práci nadále vykonávat, byl nástup na léčbu a abstinence.

Setkání s drogou

Vladěka poprvé ochutnala alkohol v 15 letech. Poprvé se opila tak, že další rok nepila vůbec. Zlom nastal při práci barmanky. Popíjela pravidelně a postupně začala s pravidelným užíváním marihuany. Mnohokrát kouřila jen marihuanu, po které jí bylo lépe než po alkoholu. Nebylo po ní špatně a většinou si vše pamatovala. Pokud měla na marihuanu chuť, zakouřila si. Abstinční příznaky nepocítovala. Kouřila denně a vždy, když měla chuť.

Vladimíra uvádí: „Namlouvala jsem si, že droga je moje záchrana a nepřipouštěla si, že mě ničí.“ Marihuanu ve velkém množství užívala každý den, připadalo jí to zcela normální. Nevěděla, kde končí zábava a kde začíná nebezpečí. Jedna z událostí, na které vzpomíná, je zážitek z večírku, kdy jí kamarád sundává z otevřeného okna, ve kterém stála a chtěla skočit. „Nedokážu si představit, co by se stalo, a co vše bych způsobila, kdybych skočila,“ míní.

Léčení

Vladěka dostala šanci i od svého zaměstnavatele. Byla jí vystavena pracovní neschopnost a vyhledala pobytovou léčbu. „Moc si vážím druhé šance, kterou jsem od svého zaměstnavatele dostala. Jsem si zcela jistá, že podruhé již zklamat nechci a jako důkaz a poděkování bude moje abstinence,“ uvádí Vladěka.

Sociální práce s klientkou

Vladěka se velmi intenzivně snaží zapojit se do běžného života bez závislostí. Je nakontaktována na individuálního terapeuta, se kterým i během pobytové léčby spolupracuje. Dochází na setkání se sociální pracovníci, se kterou konzultují otázky bydlení i zaměstnání.

Vladěce tyto intervence a zapojení více odborníků dodává pocit jistoty a pomáhají jí zvládnout občasné obavy, které zažívá.

Plány po léčbě

Vladka má v plánu abstinovat. Chce vydržet žít bez nutkání užívat marihuanu. Ráda by docházela do doléčovací skupiny. V budoucnu si přeje zažít velkou lásku a mít děti.

Po skončení léčby Vladka plánuje zůstat nadále v zaměstnání ve škole, které jí naplňuje a baví. Setkání s drogou bere jako svou šanci pro nový život.

Kazuistika 4 - Libor

Rodinné prostředí

Libor se narodil v roce 1974 jako druhorozený syn. O tři roky starší bratr dostal po otci jméno Vladimír. Otec, který se narodil roku 1942, byl povoláním inženýr. Matka je o sedm let mladší než otec a je povoláním farmaceutka. Libor pochází z úplné rodiny, což trvá až do dnes.

Kvůli otravě krve a napadení meningokokem ihned po narození, bojoval 4 měsíce o život. Většinu času trávil v inkubátoru. Nikdo nevěděl, jestli se ho podaří zachránit. Libor míní, že si rodiče dost vytrpěli.

Matka krátce pracovala jako hospodářka v jeslích, a tak zařídila, aby tam mohl chodit i malý Libor. Z tohoto období si pamatuje, jak utíkal za matkou do kanceláře. Do školky chodil rád, neutíkal.

K babičce a dědovi jezdili většinou o víkendech a trávili tam s bratrem velkou část prázdnin. Měli velký dům, velkou zahradu a bazén. Liborův děda byl velkým fanouškem fotbalu.

V létě jezdívali na tábory, kam Libor jezdil rád.

Dětství

V šesti letech přešel na základní školu nedaleko bydliště. Do té samé školy chodil i jeho starší bratr. Libor měl od první třídy problémy se psaním a čtením. Byla mu diagnostikována dyslexie a dysgrafie. Navštěvoval logopeda, neuměl vyslovovat L, Ř a V, což mu zůstalo do dnes. Díky této vadě byl v kolektivu odlišný, děti se mu pro jeho vady smály. Při hodinách býval neklidný a neposedný, za což velmi často dostával poznámky.

Mimo první stupeň se Libor učil průměrně, prospíval s dobrým prospěchem. Rodiče se Liborovi a jeho bratrovi hodně věnovali. Od šesti let chodil hrát fotbal. Fotbal Libora ale moc nebavil, každý den trávil na hřišti skoro všechen volný čas.

V páté třídě se rodina stěhoval do většího bytu, což pro Libora znamenalo změnu základní školy. Od šesté třídy chodil na jinou základní školu. Nové změny nenesl dobře,

musel si hledat nové kamarády a trvalo mu dlouho, než se začlenil. Libor opět zažíval nové posmívání kvůli vadám řeči.

Ve škole měl problémy s učením. U tabule měl trému a nemohl si na nic vzpomenout, i když se doma látku naučil. Libor uvádí: „Vím, že rodiče to dost trápilo. Bratr se učil lépe a naši měli oba vždy samé jedničky. Moje známky pro ně byly nepochopitelné“. Školní tábory a lyžařské výcviky Libora oproti škole bavily. Několikrát s matkou navštívil psychiatra. Základní školu dokončil s trojkami a čtyřkou z ruského jazyka.

Dospívání

Po základní škole šel do učení na tříletý obor malíře pokojů. Libor toto období vnímá jako začátek puberty. První sex měl Libor v patnácti letech. Ve fotbale v té době přestoupil do horšího klubu. Začal experimentovat s marihuanou. Věděl již, že se ve fotbalovém klubu jen tak neprosadí. „Bylo to o tom, z jaké jste rodiny a jaký je vztah rodičů s trenérem,“ domnívá se Libor. Fotbal brzy vzdal.

Učiliště dokončil s velkými problémy. Práci malíře nikdy nedělal. Chtěl být číšníkem, v devatenácti letech si udělal rekvalifikační kurz kuchař - číšník. Na vojnu nemusel, díky známé psychiatrice dostal modrou knížku.

V tomto období Liborovi zemřela babička na infarkt. Libor ji měl velmi rád. Děda, i když nebyl nikdy nemocen, za dva roky dostal rakovinu, která metastazovala do mozku. Libor vzpomíná: „Tenkrát jsem to špatně nesl, a nejvíc asi mamka, protože ztratila oba rodiče v krátký době.“

Zaměstnání

Poté následovalo další stěhování. V novém domě měl k dispozici celé patro. Bratr se osamostatnil a s rodinou už nebydlel. Libor začal pracovat jako číšník v jedné restauraci s hotelem. „Hrozně mě ta práce bavila, práce s lidmi. Dělal jsem koktejly, roznášel drahá jídla a ještě jsem si vydělával super peníze. Na první zahraniční auto jsem si našetřil za půl roku. To byla krásná doba“. Libor chodil na diskotéky, hrál tenis, v létě jezdil na dovolené k moři.

Měl několik vztahů, ale nic vážného. Marihuanu a alkohol užíval víkendově. Po roce a půl dostal Libor nabídku, jestli by nechtěl dělat provozního. Bylo mu 21 let. Práci přijal. Novou funkci bral jako karierní postup.

Setkání s drogou

Jednou se za ním stavil kamarád ze staré party. Pozval Libora na taneční párty do klubu. „Ano, pamatuju si to jako dneska, jak mi nabídnul lajnu perníku a já si to šel na záchod vyzkoušet“. Do té doby to nikdy nezkusil a ani se po drogách nesháněl. Stav na pervitinu se mu zalíbil. Chodil do klubů a tam vyzkoušel různé taneční drogy, ty ho ale neoslovily.

Stále pracoval. Začaly se objevovat problémy, jak doma, tak v práci, kam Libor často chodíval přímo z klubů. Několikrát byl v práci upozorněn, že s ním přestávají být spokojeni. Libor svůj postoj nezměnil a byl vyhozen. Kvůli alkoholu přišel o řidičský průkaz.

Libor toto období popisuje jako velmi problematické. Jeho život se začal otáčet o 360 stupňů. Neměl práci, a tak se potuloval s partou uživatelů drog. Toto období trvalo tři roky. Libor si aplikoval pervitin nitrožilně, k tomu kouřil marihuanu a pil alkohol.

Po rozhodnutí, že to tak dál nejde, vydržel doma abstinovat asi měsíc. Žádnou odbornou pomoc tenkrát nevyhledal. S rodiči se opět stěhoval. V novém místě si našel práci jako sanitář v zahraniční firmě, která se specializuje na umělé oplodnění.

Tam se potkal se svojí první ženou Lenkou. Lenka byla rozvedená a měla tříletého syna Mirečka. Po dvou letech se vzali. Libor začal dělat taxikáře, kde vydělával slušné peníze, a mohl si dovolit koupit dům na hypotéku. V té době Libor neužíval pervitin, občasně si zakouřil jointa.

Jednou během služby taxikáře náhodou vezl starou známou, která řekla, že jede pro drogy. Jel s ní. Po dvou letech si šnupl pervitin. Jelikož dělal noční služby, začal drogy užívat častěji. Zkontaktoval staré známé a občas od nich nakupoval drogy. Bral sám a většinou jen v práci. Postupem času se doma vše provalilo. Manželka Lenka mu chtěla pomoci. Libor uvádí: „Ale já už byl za hranicí!“.

Následoval rozvod a spory o majetek. Libor nastoupil po rozvodu do léčebny, kde byl asi tři týdny, ale sám odešel. Po návratu z léčebny Libor spadl do pití a užívání pervitinu hlouběji.

Po domluvě s jeho rodiči se vrátil k nim domů a rozhodl se abstinovat. Začal pracovat jako skladník. Po půl roce se vrátil na pozici taxikáře. V této době se opět dostal k příjmu

drog. Nově vyzkoušel heroin. Aby na drogy měl, začal si na ně vydělávat jejich prodejem. „To jsem do toho zahučel úplně nejvíc,“ hodnotí po letech.

Léčení

Ve 27 letech byl závislý na heroinu s denní dávkou 4 gramy. Nastoupil léčbu v několika léčebnách, kde byl dva měsíce a potom nastoupil do komunity. V komunitě strávil 12 měsíců. Odešel v půlce třetí fáze, kdy byl vyhozen kvůli nedorozumění s pozdním návratem.

Začal pracovat jako řidič v jiném městě. Postupem času začal upadat do samoty, nikoho neznal. Po krátké době začal znovu kouřit marihuanu a posléze brát pervitin. Proběhla další léčba. Zde poznal Terezu. Libor po té nastoupil do jiné komunity. Hodně si s Terezou psal, ale spíše to bylo kamarádský vztah.

Po čtyřech měsících se rozhodl v komunitě zůstat celou léčbu. Po pěti měsících, kdy jel na druhý víkend domů, se po dlouhé době viděl s Terezou. Spolu trávili každý první víkend v měsíci, kdy Libor mohl jezdit domů. Tereza si v léčebně domluvila chráněné doléčování v komunitě. Pro oba byla na prvním místě léčba a její dokončení.

Pro Libora byla v komunitě nejtěžší třetí fáze. „Bylo to dost náročné a tvrdé, ale po komunitě jsem tři roky abstinovat, což беру jako úspěch,“ přemítá. Vztah s Terezou pokračoval a z peněz ušetřených z komunity si sehnali v Praze byt do podnájem.

„Sice jsme žili skromně, abychom vyšli, ale nic nám ke štěstí nechybělo. Měl jsem štěstí v srdci, velkou opravdovou lásku a moc silné city k Tereze,“ líčí Libor.

Oba chodili na doléčování. V roce 2010 se vzali. Díky Liborovým rodičům se přestěhovali do bytu, který vlastnili. Nemuseli platit nájem a celý byt zrekonstruovali. Začali plánovat dítě.

V tu dobu si Libor na dva dny vzal drogy. Snažil se problém hned řešit a navštívil doléčovací skupinu. Jeden měsíc strávil na oddělení pro přeléčení recidivy. Po odchodu z léčby dále navštěvoval doléčovací skupinu a dařilo se mu abstinovat.

V roce 2011 se jim narodil syn Denis. „Byl to pro mě nejsilnější zážitek v životě. Byl jsem celou dobu u porodu, a když jsem přestříhl pupeční šňůru, celé jsem to probřečel.“

Když byly Denisovi čtyři měsíce, bylo u něj zjištěno zúžení močovodu z ledviny. Musel na operaci. Následující roky byly velmi náročné provázené častými návštěvami lékařů. Netrvalo dlouho a Libor začal brát heroin. Díky starostem s dítětem, nevyspáním, prací, celkové únavě a nevyspání. Heroin mu dodával pocit klidu. Libor se snažil občas abstinovat, ale jak sám uvádí, byla to „taková houpačka“. „Nezvládal jsem to, byl jsem hnusnej, zlej a sobeckej.“ Žena mu dala na vybranou, jakým směrem se může vydat. Libor si vybral v roce 2015 nástup na oddělení pro léčbu závislostí.

Libor nejprve absolvoval detox. Uvědomil si potřebu zodpovědnosti za své jednání a činy. Dokázat, že je schopen se zvednout ze dna. Drogy mu zničily vztahy a důvěru lidí kolem. Našel v sobě sílu postavit se své závislosti, aby ho neovládala a začít dělat věci jinak. Přestat plakat a litovat se. Libor uvádí: „Sis to nadrobil, tak si to sám uklid“. Děkuje lidem z léčení, že pochopil svou závislost jako chybu, ze které by se mohl poučit. Začal být aktivní, nebál se mluvit o sobě a začal si věřit. Zapojoval se do všeho ve skupině. Vymýšlel hry, pracoval na zahradě, a to i o víkendech, kdy nemusel.

Libor popisuje svůj stav jako *procitání*. Psal si deník, kde se mohl vypsát ze svých špatných pocitů. Ve volných chvílích sportoval, posiloval a četl. Naučil se přijmout svou závislost jako fakt a naučit se s tím žít. Pomalu se začínal zlepšovat i vztah s manželkou. Libor uvádí: „Někdy cítím jako bychom začínali znova. Tím, že jsem teď pro ni čitelný, nelžu a chovám se zodpovědně, tak opadá její nedůvěra. Ale bude asi trvat dlouho, než mi začne věřit“.

Sociální práce s klientem

Libor se setkal se sociálními pracovníky několikrát. Kontinuální sociální práce neprobíhala. Jednalo se spíše o nárazové setkání při řešení nastalých životních situací. Libor si vzpomíná, že s jednou sociální pracovnící řešil otázky bydlení. Setkal se s ní třikrát, jednání ale nedopadla a Liborova situace bydlení se nezměnila. S jinou sociální pracovnící se spojil tehdy, když potřeboval peníze na jídlo a přespání v noclehárně. Další z kontaktů uvádí streetworkera na ulici a sociální pracovníci v zařízení pro léčbu závislostí.

Plány po léčbě

V léčbě poznal mnoho lidí a i díky jejich zkušenostem získal pohled na sebe jako do zrcadla. Naučil se respektovat ostatní, i ty, se kterými neměl dobrý vztah. Libor pochopil, že

občas není na škodu se chovat pro své dobro jako sobec. Ví, že nemá vyhráno, že je jen člověk a má své chyby, ale ty je potřeba si přiznat a umět s nimi žít. Problémy řešit v klidu a s nadhledem. Ovládat své emoce.

Liborovi plány po léčbě jsou následující. Změnit zaměstnání, chtěl by pracovat jako malíř, kdy je důležitá pravidelnost pracovní doby. V rámci doléčování se každý týden účastnit doléčovací skupiny a dále se účastnit týdenního pobytu během roku. Libor říká: „ Když se ohlédnu, tak mám ze sebe dobrý pocit s tím, že jsem v komunitě hodně nechal, ale také si odnáším uvědomění, že mám ještě dost práce před sebou“.

Kazuistika 5 – Květa

Rodinné zázemí

Květa se narodila v roce 1990 na Slovensku. Matce je 45 let, vystudovala hotelovou střední školu. Nikdy nepracovala, pečovala doma o další čtyři děti, Květiny sourozence. Starší sestra kvůli těhotenství zanechala studia. Mladší sestra je vyučená v oboru vizážistka. Nejmladší sestře je 17 let a učí se na kadeřnici. Ještě má bratra, kterému je 15 let. Otec Květy (50 let) je vystudovaný svářeč ve výškách, v tomto oboru pracuje dodnes. Vyrůstal v dětském domově, protože jeho matka zemřela, ještě když byl malý. Rodiče spolu nežijí. Květoslava o otci nerada hovoří a mnoho z jeho života neví. Popisuje jeho povahu a chování jako výbušné a agresivní.

Květina rodina byla veliká a často se potýkala s nedostatkem financí. Děti neměly nové oblečení, televizi ani počítač. Matka občas vzala některého ze sourozenců do města do cukrárny nebo obchodu, většinou každý měsíc jednoho. O tom Květa vypráví a vzpomíná na to ráda. Vztah s matkou hodnotí jako dobrý a ráda na ni vzpomíná.

Dětství

Po nástupu na základní školu, se situace začala doma zhoršovat. Hádky rodičů byli na denním pořádku a otcovo chování vůči matce bylo velmi prudké a agresivní. Děti byly často vystavovány hádkám a domácím násilí, nejdříve vůči matce, později však i vůči nim. Otec nejprve házel a rozbíjel věci a později děti fyzicky trestal. Třeba koženým řemenem, nebo musely klečct celý den v rohu na kukuřici a mít vztyčené ruce. Pokud povolily, dostaly výprask metlou.

Když bylo Květě asi 10 let, vytáhl otec na matku velký nůž. Dívka maminku bránila a zavolala policii. Toto se bohužel ještě několikrát opakovalo. Po několikátém upozornění dostal její otec na dva roky podmínku.

V té době, začali Květě zdravotní a psychické potíže.

I přes problémy v rodině, se Květa učila celkem dobře a reprezentovala školu ve sportovních aktivitách, zejména v běhu na 800 m a ve štafetách. Hrála házenou a kriket. Sport ji bavil.

Se spolužáky si příliš nerozuměla. Děti se jí často posmívaly za oblečení a také s nimi nemohla trávit volný čas, ani si je pozvat domů. Cítila se ostrčená a za situaci v rodině se styděla.

Doma žili v nepříznivých podmínkách, bez vody a se suchým záchodem na dvoře. V noci se bála jít na toaletu sama, raději čekala do rána. Již v brzkém věku se starala o domácnost, prala a také žehlila. V neděli chodila rodina do kostela.

Dospívání

Dále pokračovala Květa ve studiu na učilišti, kde se učila v oboru kuchař - číšník. Školu dokončila závěrečnou zkouškou. Na dalším studiu pokračovat nechtěla, vzhledem k rodinné situaci to ani nebylo možné. Po vyučení nastoupila do zaměstnání – pracovala brigádně, později na klasickou pracovní smlouvu.

Matka a starší sestra se mezitím odstěhovaly do České republiky, kde měly vidinu lepší práce. Květoslava po studiích zůstala ještě na Slovensku a čekala zde na výběrové řízení jedné firmy v České republice. Do této práce ji později přijali.

Mezitím pracovala po brigádách, např. v Německu na sběru jahod nebo v Rakousku jako pokojská a pomocná kuchařka. Za vydělané peníze si nakoupila lepší oblečení, ve kterém se konečně mohla cítit lépe a svá a také nakoupila dárky, potraviny a potřebné věci své rodině.

Zaměstnání

Po příjezdu do České republiky, cca ve 20 letech, začala pracovat v automobilovém průmyslu. Zprvu bydlela u své starší sestry. Sestra v té době žila se svým přítelem, dětmi a strýcem. Strýc se potýkal s problémy s drogami.

Květoslava pracovala na noční směny, což vnímala jako velmi náročné. Chtělo se jí spát a byla hodně unavená.

Setkání s drogou

Strýc jí nabídl marihuanu, aby se jí údajně pracovalo lépe. Květa neodmítla a začala marihuanu pravidelně kouřit. Z počátku se jí to líbilo. Vypráví, jak se nasmála a jak jí práce rychle utekla. Nejprve jí stav navozený drogou připadal příjemný, časem ale zjistila, že ji

droga nedělá úplně dobře. Začala být ještě více unavená až otupělá, flegmatická, a nepozorná ke svým povinnostem. Začalo se jí dělat nevolno až na zvracení. Když neměla možnost marihuanu požit, byla podrážděná, a pociťovala abstinenční příznaky, jako je pocení, nespavost a stavy úzkosti. Sama si uvědomovala, že začíná být na marihuaně závislá.

Tento stav se jí nelíbil a tak zkusila častěji užívat alkohol, který jí navodil stavy o něco příjemnější, to bylo ovšem opět jen dočasné. „Jen jsem vyměnila jednu drogu za druhou, jak mi později došlo,“ uvádí s odstupem.

Nejčastěji požívala víno nebo vodku s kamarádkami na diskotékách. Alkohol Květě začal působit podobné stavy, jako u abúzu marihuany, které se prohloubily. Květa popisuje nekontrolovatelné agresivní a sebezničující nálady, kdy později uvažovala i o sebevraždě.

Bydlení u sestry se závislým strýcem se tedy jevilo jako nevhodné a Květa si vyjednala bydlení ve firemním bytě, který jí nabídla její pracovní agentura. Nadále se, ale se strýcem setkávala a pila s ním alkohol nebo kouřila marihuanu, někdy obojí. Po nějaké době jí strýc nabídnul „něco lepšího“. Jednalo se o pervitin.

Květa byla zvědavá, a tak neodmítla a nejprve pervitin šňupala. Stav po užití drogy se jí líbil. Nechala se unést a drogu se strýcem konzumovala častěji. Později jí Josef nabídnul drogu užít nitrožilně. Květa souhlasila a tak jí strýc drogu aplikoval.

Strýc začal Květu využívat. Donutil ji vzít si půjčku, poté jí rozprodal osobní věci a cennosti, aby měl na další dávky pervitinu.

Květa začala upadat do dluhů. Objevily se problémy v práci. Pod vlivem drogy vymýšlela různé výmluvy, aby do práce nemusela, nebo jí bylo po odeznění účinku drogy zle a místo práce potřebovala shánět další dávku. V zaměstnání dostala výpověď, tím zároveň přišla o možnost bydlení v bytě od agentury, přes kterou práci měla. Květa zůstala na ulici, bez práce a peněz, s malým množstvím osobních věcí a s dluhy u bankovní společnosti.

Ocitla se v situaci, která ji opět donutila sáhnout po únikové cestě, kterou pro ní představovala další dávka pervitinu. Tentokrát opět větší a nitrožilně aplikovaná. Pod vlivem drog Květa nevnímala problémy.

I přes rozvoj závislosti se snažila shánět práci a bydlení. Marně. Zůstávala dál na ulici ve společnosti drogově závislých. Potloukali se po ulicích, kradli a prodávali různé věci, jen aby měli na další dávky pervitinu.

Květy závislost se stávala ještě silnější a neovladatelnou. Začala si aplikovat velké množství, které ji uvádělo do stavu, kdy měla deprese, myšlenky na sebevraždu a začala se sebepoškozováním. Začala si dávky zvyšovat tak, aby byla ve stavu, kdy nevnímá realitu, a aby její tělo mělo neustálý přísun pervitinu a udržovala tak potřebnou hladinu drogy v krvi.

U Květoslavy se projevoval strach z lidí, bludy a ztráty vědomí. Popisuje stavy, které měla pod vlivem drog. Jednalo se o bludy, pocity, že ji někdo pronásleduje, kterými trpěla, dokud nebyla dávka drogy příliš vysoká, poté o sobě vůbec nevěděla. Její prožívání i závislost byli čím dál tím horší.

Léčení

Poprvé se pokusila o nástup do léčení cca ve 24 letech. První pokus ale nevyšel. Květa porušila léčebný řád. Pronesla v nohavici kalhot psaníčko pervitinu a spolu s dalšíma dvěma pacientkami drogu užily i přes přísný zákaz. Květa měla pocit, že se jí zhroutil svět, nevěděla, co bude dělat, nechtěla být bez práce a skončit znovu na ulici.

Do léčebny pro Květu přišel sociální kurátor. Za jeho pomoci se Květa ihned objednala na jiné oddělené léčby závislostí. Musela čekat asi měsíc na příjem. Prozatím si za pomoci sociální pracovnice našla bydlení u své kamarádky z předchozího zaměstnání, která žila se svým bývalým partnerem a synem.

Květa kamarádce Luce pomáhala s malým synem. To bylo pro Květu dobré, protože měla jak vyplnit volný čas a také jakousi zodpovědnost, která jí nedovolovala propadnout drogám. Abstinovala. Později pak přiznala, že si před stěhováním ke kamarádce zakouřila marihuanu. Marihuana jí uvolnila. U kamarádky kouřila marihuanu spíše příležitostně, večer a o víkendech.

V červenci 2015 (v necelých 25 letech) přišla Květa na skupinu, kterou musela podstoupit před nástupem do léčení. Ten samý měsíc nastoupila na detoxifikační oddělení. Zprvu měla velké obavy, jestli to zvládne. Představa čtyř měsíců léčby pro ni byla děsivá a nedokázala si představit vydržet tak dlouhou dobu v léčbě. Detoxikační léčba trvala týden a po té nastoupila na oddělení pro ženy.

Začátky léčby byli pro Květu velmi těžké, nevěděla, jestli je nemocná nebo je to jen důkaz závislosti. Prodělávala různé fyzické i psychické stavy. „Věděla jsem, že to nebude jednoduché, ale takhle jsem si to nepředstavovala, potila jsem se, bylo mi na zvracení, neměla jsem chuť jíst a připadalo mi to všechno marné,“ popisuje Květa.

Uvědomovala si, v jaké je obtížné situaci, s dluhy které na sebe nabalila během doby, kdy užívala drogy. Květa si uspořádala hodnoty, které ve svém životě má a znovu se zkontaktovala s rodinou. Rodina, tedy matka a sourozenci jsou přestěhovaní v České republice. Otec žije na Slovensku a Květa s ním v kontaktu není.

Sociální práce s klientkou

Květa využila spolupráce se sociálním kurátorem, který za ní přišel v době jejího prvního léčení do zařízení. Za jeho pomoci se zkontaktovala s kamarádkou, u které mohla krátce bydlet a využila nabídky zařazení do dalšího léčebného programu. Ke kurátorovi chodí na pravidelné schůzky, je s ním ve spojení a v případě vzniklých komplikací, s ním spolupracuje a svou situaci řeší.

Plány po léčbě

Rodina Květu přijala zpět a Květa tak s radostí a úspěchem absolvovala odvykací léčbu, hnaná touhou žít příjemný rodinný život, bez drog a drogových následků. Květa se na oddělení ukazovala do února 2016, do této doby abstinovala, jak prokazovalo i toxikologické vyšetření, chodila do práce a dařilo se jí splácet dluhy. Plány po léčbě má především v duchu zachování rodinné pospolitosti a abstinování.

13 Výsledky

Pro přehlednost zjištěných výsledků jsem vytvořila tabulky, do kterých jsem zaznamenala zjištěné informace o jednotlivých klientech.

Tabulka č. 1 Kazuistika 1 Michal

Michal	
Rodinné zázemí	Michal měl zpočátku pevné rodinné zázemí, byl preferovaným dítětem matky, žil s rodiči

	<p>a bratrem. Navštěvoval prarodiče ze strany matky. Jezdil s rodiči na výlety, dovolené a trávil čas se známými rodičů. Velkým zásahem pro něj byl vleklý rozvod rodičů, po kterém zůstal žít s matkou a bratrem a odcizil se s otcem.</p>
Setkání s drogou	<p>Michal se s kouřením marihuany osobně setkal v patnácti letech. Marihuana jej provází od 15 do 36 let. Stejnou dobu pije alkohol. Má za sebou léčbu závislosti na automatech a jednorázový experiment s užitím pervitinu.</p>
Důsledky závislosti – abstinenční příznaky, psychická a fyzická závislost	<p>U Michala se objevily následující abstinenční příznaky: Zvýšená agresivita, nesoustředěnost, nabroušenost a prudké reagování na běžné podněty. Trpě výpadky paměti a poruchami nálady směrem k depresivnímu ladění. Droga mu dodávala pocit sebevědomí, lehkosti a dobré nálady.</p>
Jiné drogy	<p>Alkohol, experiment s pervitinem, závislost na automatech.</p>
Sociální práce s Michalem	<p>Sociální práce nebyla kontinuální. Michal nedocházel na domluvené schůzky, podané informace si nebyl schopen zapamatovat. Jednal se sociálním kurátorem, sociální pracovníci zařízení pro léčbu závislostí a streetworkerem.</p>

Tabulka č. 2 Kazuistika 2

Andy	
Rodinné zázemí	Andy pochází z neúplné rodiny. Žila sama s matkou, otec spáchal pravděpodobně sebevraždu. Matka si našla nového přítele, se kterým si Andy nerozuměla. Spolu měli syna, And'yna polorodého sourozence Jiříka.
Důsledky závislosti – abstinenční příznaky, psychická a fyzická závislost	Pokud neměla delší dobu marihuanu, byla nervózní, podrážděná a nemyslela prakticky na nic jiného. Klepaly se jí ruce, byla opocená a roztěkaná. Vydržela abstinovat nejdéle 14 dní.
Jiné drogy	Alkohol, pervitin, marihuana.
Sociální práce s Andy	Andy v době základní školy chodila ke kurátorovi pro děti a mládež. Setkání měla ráda. Probíhaly v preventivním duchu. Jiné setkání se sociálními pracovníky nemá.

Tabulka č. 3 Kazuistika 3

Vlad'ka	
Rodinné zázemí	Vlad'ka pochází z milující rodiny. Pevný vztah má se svou matkou a bratrem. Matka má nyní dvouletou dceru. Vlad'ka navštěvovala prarodiče ze strany obou rodičů. Otec s rodinou nežije, s Vlad'kou v kontaktu není.
Setkání s drogou	Vlad'ka se poprvé opila ve svých 15 letech. Předtím ani potom nepila ani nekouřila. Zlom nastal při její práci barmanky, cca v 19 letech.

	Zde začala pít pravidelně alkohol, závislost na něm popírá. Dostala se ke kouření marihuany, kterou kouřila 6 let.
Důsledky závislosti – abstinenční příznaky, psychická a fyzická závislost	Abstinenční příznaky ani vznik závislosti fyzické nebo psychické neuvádí. Pokud měla potřebu, marihuanu užívala. K abstinenčním příznakům nedocházelo.
Jiné drogy	Alkohol, marihuana.
Sociální práce s Vlad'kou	Vlad'ka intenzivně spolupracuje s odborníky vč. Sociální pracovnice zařízení.

Tabulka č. 4 Kazuistika 4

Libor	
Rodinné zázemí	Z úplné rodiny, žil s matkou, otcem a starším bratrem. Stýkal se s prarodiči, které měl velmi rád. Rodiče byly vzdělaní. Libor měl ve škole potíže s učením, byla mu diagnostikována dyslexie a pro vadu řeči chodil na logopedii.
Setkání s drogou	První setkání s drogami proběhlo na učilišti. Drogy Libora provázely celým dalším životem, tedy více než 20 let. Střídavě se pokoušel abstinovat, střídavě propadal do závislosti. Vyzkoušel různé druhy drog.
Důsledky závislosti – abstinenční příznaky, psychická a fyzická závislost	Libor se vzhledem ke své dlouhodobé a pestré drogové kariéře setkal s celou řadou abstinenčních příznaků a nepříjemným stavům provázejícím psychickou a fyzickou

	závislost. Příznaky, které by svědčily pro přímé užívání marihuany, jsou v jeho případě nezjistitelné.
Jiné drogy	Marihuana, alkohol, pervitin, taneční drogy, heroin.
Sociální práce s Liborem	Libor absolvoval několik nárazových setkání s sociálními pracovníky. Setkání proběhla v době, kdy řešil akutní potřeby – bydlení, finance apod. Setkal se se streetworkerem a pracovníky zařízení.

Tabulka č. 5 Kazuistika 5

Květa	
Rodinné zázemí	Pochází z chudé slovenské rodiny, kde žilo pět dětí, matka a otec. Otec byl agresivní, děti fyzicky napadal, prošel si dětským domovem. Matka nepracovala, dlouhodobě pečovala o děti. Nyní žije rodina bez otce, na různých místech v České republice.
Setkání s drogou	Poprvé se setkala s marihuanou, kterou jí podal její strýc (sám závislý na drogách). Po čase přidala alkohol a pervitin. Drogy užívala 5 let, cca od 20 do 25 let.
Důsledky závislosti – abstinenční příznaky, psychická a fyzická závislost	U Květy se objevovaly deprese, myšlenky na sebevraždu a sebepoškození. Projevoval se strach z lidí, bludy a ztráty vědomí. Panikařila při pocitech pronásledování.

Jiné drogy	Marihuana, pervitin, alkohol.
Sociální práce s Květou	Květa intenzivně spolupracuje se sociálním kurátorem. Dochází k němu na pravidelné návštěvy a aktivně se zapojuje do řešení svých záležitostí.

13.1 Odpovědi na výzkumné otázky

V diplomové práci jsem si položila následující otázky:

1. *Proč uvedení klienti užívají právě marihuanu?*
2. *Pocit'ují uživatelé marihuany abstinenní příznaky při nedodání drogy a potýkají se s psychickými a fyzickými projevy závislosti?*
3. *Jak ovlivnilo původní rodinné prostředí uživatele marihuany?*

V následujícím textu uvedu odpovědi na uvedené otázky.

Ad 1.) U otázky č. 1 jsem pátrala po důvodu, proč si klienti vyberou jako drogu právě marihuanu. Z odpovědí účastníků studie vyplývá, že se všichni k marihuaně dostali při běžné komunikaci s jinými lidmi. Marihuana jim byla nabídnuta od přátel (Michal, Andy, Vlad'ka a Libor) nebo příbuzných (Květa). Tato droga pro ně byla stejně dostupná jako alkohol nebo cigarety. Užívání respondentům pomohlo odstranit napětí, stres a cítili se veselejší a uvolněnější. V kouření marihuany pokračovali dlouhodobě. Droga pro ně byla běžně dostupná, nebyla finančně náročná, jako třeba pervitin. **Z provedeného zkoumání je tedy patrné, že marihuana je běžně dostupnou drogou a klienty je vnímána jako méně nebezpečná droga, podobně jako alkohol nebo cigarety.**

Ad 2.) Otázka č. 2 směřovala k odpovězení na otázky abstinenních příznaků, psychických a fyzických projevů závislosti. K této otázce mě vedl fakt, kdy velké množství odborné literatury hovoří o projevech psychických příznaků závislosti, nikoli však fyzických. Zajímalo mě proto zjištění, zdali klienti užívající marihuanu trpí oběma typy příznaků závislosti.

Michal uvádí výskyt následujících abstinčních příznaků. Pociťoval zvýšenou agresivitu, nesoustředěnost, nabroušenost a prudké reagování na běžné podněty. Jako projev dlouhodobého užívání marihuany se u Michala vyskytly výpadky paměti a poruchy nálady směrem k depresivnímu ladění. Drogou si často dodával pocit sebevědomí, lehkosti a dobré nálady.

Andy popisuje, že pokud neměla delší dobu marihuanu, byla nervózní, podrážděná a nemyslela prakticky na nic jiného. Klepaly se jí ruce, byla opocená a roztěkaná. Vydržela abstinovat nejdéle 14 dní. Avšak marihuana nebyla jedinou drogou, kterou v té době užívala.

Vlad'ka výskyt abstinčních příznaků ani vznik fyzické nebo psychické závislosti neuvádí. Pokud měla potřebu, marihuanu užívala. Kouřila jí denně.

Libor se během své drogové kariéry setkal s celým spektrem abstinčních příznaků a nepříjemným stavům provázejícím psychickou a fyzickou závislost. Příznaky, které by svědčily pro přímé užívání marihuany, jsou v jeho případě nezjistitelné.

Květa vnímá především psychické projevy užívání marihuany. Objevovaly se u ní deprese, myšlenky na sebevraždu a sebepoškozování. Projevoval se strach z lidí, bludy a ztráty vědomí. Panikařila při pocitech pronásledování.

Z výzkumného šetření je patrné, že se klienti potýkali s abstinčními příznaky v případech, kdy delší dobu nekouřili marihuanu. Trpěli fyzickými i psychickými projevy závislosti.

Ad 3.) Třetí otázka se věnovala rodinnému prostředí klienta. Vycházela jsem z faktů, kdy je stále častěji poukazováno na vliv attachmentu a rodinného prostředí na vznik a vývoj závislostního chování (Winnette, 2014).

Klienti pocházeli z různého prostředí. Vyrůstali v odlišných podmínkách. Různorodé bylo i zapojení rodičů či prarodičů do výchovy a s tím spojené trávení volného času. Klienti se k droze dostali v období puberty a dospívání. Droga jim byla nabídnuta jejich známými a klienti jí neodmítli. **Souvislost mezi užíváním a rozvojem závislosti u klientů se závislosti na marihuaně se tímto zkoumáním nepodařilo zjistit. Zjišťování vlivu rodinného prostředí a attachmentu u osob závislých na marihuaně by mohlo být předmětem zkoumání dalších odborných prací.**

13.2 Výzkumné hypotézy

Jak jsem již uváděla, kvalitativní výzkum nemusí nutně obsahovat hypotézy. Já jsem je ve své diplomové práci uvedla. Vycházela jsem ze své praxe. Ověřovány byly následující hypotézy.

Hypotéza 1: Marihuana není prediktorem pro užívání jiných drog.

Tato hypotéza byla potvrzena. U zkoumaného vzorku osob nebyla marihuana prediktorem k užívání jiných drog. Respondenti zkoušeli jiné drogy. Nebylo prokázáno, že by marihuana byla startovací drogou, na kterou nasedá užívání jiných drog. Naopak bylo zjištěno, že respondenti nejčastěji nejdříve pijí alkohol, až poté mají zkušenosti s jinými látkami. Tyto faktory provázely život všech klientů uvedených v kazuistikách.

Hypotéza 2: Klienti se závislostí na marihuaně nevyužívají služeb sociálních pracovníků.

Hypotéza č. 2 nebyla potvrzena. Klienti využívají služeb sociálních pracovníků. U některých probíhá spolupráce spíše nárazově a v případě potřeby (Libor). U jiných je naopak sociální podpora velmi důležitá (Vladka a Květa). Tato zjištění jsou pro mě samotnou překvapující. Vzhledem k mému tehdejšímu zaměstnání ve zdravotnictví, jsem byla orientovaná spíše tímto směrem. S klienty v zařízení jsme pracovali především v ošetrovatelském rámci a terapeuticky. Zapojení a potřeba sociální práce u klientů se závislostí na marihuaně je pozitivním zjištěním plynoucím z mého zkoumání.

Hypotéza 3: Klienti užívající marihuanu se setkávají s podobným souborem abstinčních příznaků, jako je tomu při závislostech na jiných drogách.

Uvedená hypotéza byla potvrzena. Pokud respondenti uváděli abstinční příznaky, popisovali stejné, jako u užívání jiných drog. Patří mezi ně:

- zvýšená agresivita, nesoustředěnost, nabroušenost a prudké reagování na běžné podněty (Michal)
- nervozita a podrážděnost (Andy)
- deprese, myšlenky na sebevraždu, sebepoškozování, strach z lidí, bludy, ztráty vědomí a panika s pocity pronásledování (Květa)

13.3 Diskuse získaných výsledků s odbornou literaturou

Běláčková (2012) poukazuje na toleranci společnosti vůči drogám. Klienti se k odborníkům dostávají pozdě, nebo nemají o terapii zájem. Užívání marihuany je bráno téměř jako norma. Z provedeného výzkumného šetření je patrné, že marihuana je běžně dostupnou drogou. Klienti samotní ji vnímají jako méně nebezpečnou droga, podobně jako alkohol nebo cigarety. Na terapii se dostávají po delší době. Často vyzkoušeli jiné drogy a pokoušeli se o terapii jiných druhů závislostí.

Z mého výzkumu vyplývá, že se klienti setkali s abstinenčními příznaky v souvislosti s užíváním marihuany. Po delším užívání pociťovali fyzické a psychické projevy závislosti. Jednalo se o:

- Zvýšená agresivita,
- nesoustředěnost,
- nabroušenost,
- prudké reakce na běžné podněty,
- nervozita a podrážděnost,
- deprese,
- myšlenky na sebevraždu,
- sebepoškozování,
- strach z lidí,

- bludy,
- ztráty vědomí,
- panika
- a pocity pronásledování.

Vliv rodinného prostředí a attachmentu, které uvádí Winnette (2014) prokázán nebyl. Tato otázka by mohla být předmětem dalšího výzkumného zkoumání.

13.4 Závěr výzkumného šetření a formulace nových výzkumných hypotéz

Výstupem kvalitativního výzkumu je vytvoření nových hypotéz (Srnc, 2006). Z mého výzkumu vyplývá, že klienti užívají marihuanu pro její snadnou dostupnost a pro účinky, které navozují odpoutání od reality. Marihuana jim byla nabídnuta jejich známými nebo příbuznými se samozřejmostí podobnou podávané sklence alkoholu nebo cigaretě.

Závěr výzkumného šetření vede k následujícím hypotézám:

- 1) Marihuana je dostupnou drogou, kterou klienti nevnímají nebezpečněji než alkohol nebo cigarety.**
- 2) Sociální pracovník je důležitým členem týmu při práci s klienty užívajícími marihuanu.**
- 3) Uživatelé marihuany řeší své psychické problémy užíváním této drogy.**

13.5 Využití získaných poznatků

Poznatky získané v překládané diplomové práci mohou být použity jako podklad pro odborníky zabývající se drogovou problematikou. Z výzkumu je patrné, že marihuana je běžně dostupnou drogou. Uživatelé je řazena na stejné pomyslné místo jako by zaujal alkohol

a cigarety. Marihuana je bez velkého úsilí snadno sehnatelná a v populaci užívaná. Na tyto informace se mohou zaměřit např. preventisté pracující s uživateli marihuany.

Vedlejším zjištěním bylo prokázáno, že klienti často spolupracují se sociálními pracovníky. Někteří jejich služby využívají nárazově, jiní chodí na pravidelné konzultace. Z výpovědí klientů je patrné, že někdy spolupráce probíhá systematicky, jindy je nárazová. Ve sféře sociální práce s uživateli marihuany jsou rezervy, se kterými lze pracovat a sociální práci s klienty v mnohém zlepšit.

Marihuana je návykovou drogou stejně jako jiné drogy. Klienti trpí abstinenciími příznaky a potýkají se s celou řadou fyzických a psychických projevů dlouhodobého užívání.

Závěr

Ve své diplomové práci se zabývám uživateli marihuany, se kterými jsem se setkala při mém tehdejší zaměstnání na oddělení pro léčbu závislostí. V teoretické části jsem popsala problémy spojené s užíváním této drogy, zabývala jsem se příznaky spojenými s jejím užíváním. Dále jsem se zaměřila na terapeutické možnosti uživatelů a způsob práce s klienty.

V praktické části mé práce jsem provedla kvalitativní výzkum za pomoci analýzy životopisů a rozhovorů s klienty. Vytvořila jsem případové studie klientů, kteří se účastnili odvykacího programu pro léčbu závislostí a byli závislí na marihuaně.

Cílem předkládané práce bylo zmapování života uživatelů drogy, zaměření na možnosti léčby a sociální práce s klienty. Praktická část zkoumala nalezení odpovědí na výzkumné otázky. Zajímala mě otázka, proč klienti užívají právě marihuanu, zda-li má na uživatele vliv jejich rodinné prostředí a s jakými projevy a příznaky užívání se potýkají.

Cíl výzkumné práce byl splněn. Nalezla jsem odpovědi na výzkumné otázky. Marihuana je běžně dostupnou drogou, klienti ji vnímají jako méně nebezpečnou drogu, podobně jako alkohol nebo cigarety. Z provedeného šetření vyplývá, že se klienti potýkali s abstinenčními příznaky. Pociťovali fyzické a psychické projevy závislosti. Navrhuji, aby souvislost mezi užíváním a rozvojem závislosti byla předmětem zkoumání dalších odborných prací.

V závěru diplomové práce byly formulovány nové výzkumné hypotézy.

Seznam použitých zdrojů

- ADAMEČEK, D., 2006. Seznam a definice výkonů drogových služeb. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3481-1
- BARNARDOVÁ, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8
- BARTHOLOMEW, K., HOROWITZ, L. M. (1991). *Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61: 226-244.
- BĚLÁČKOVÁ, Vendula. *Celopopulační studie užívání návykových látek*. Úřad vlády ČR, 2012. ISBN 978-80-7440-052-0
- BOOTH, M. *Konopí: dějiny*. Přel. J. Kočová. 1. vyd. Praha: BB/art s. r. o., 2004. 347 s. Přel. z: *Cannabis: A History*. ISBN 80-7341-348-5
- BOWLBY, John. (2010). *Developmental psychiatry comes of age*. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- CONRAD, CH. *Konopí pro zdraví*. Přel. M. Procházková. 1. vyd. Praha: Pragma, 2001. 210 s. Přel. z: *Hemp for Health*, ISBN 80-7205-834-7
- Csémy, L., Chomynová, P. (2012). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. Zaostřeno na drogy, 10(1): 1-12. Platný : <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2012/>
- ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ a kol. *Pomoc obětem a svědkům trestných činů*. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-141-2
- DROBNÁ, H., VELEMÍNSKÝ, M. *Problematika drogových závislostí matiek a*

novorodencov. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 128 s. ISBN 80-7040-407-8

DUPAL, L., *Kniha o marihuaně*. 2. vyd. Praha: Mat' a, 2004. 136 s. ISBN 80-7287-082-3

DVOŘÁČEK, J.. *Zvládání akutní intoxikace a odvykacích stavů (Ed.), Základy klinické adiktologie (pp. 10)*. Praha: Grada, 2008.

ENGELANDER, Marnie. *Efektivní regulace užívání marihuany*. Úřad vlády ČR, 2010. ISBN 978-80-7440-041-4

ENSPYRO, Další využití konopí (online) Platný <http://www.biotox.cz/drogy/>, January 15, 2015

Enpsyro, Popis a výskyt. (online) Platný: <http://www.biotox.cz/drogy/>, January 15, 2015

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2014: stav drogové problematiky v Evropě (online)

Platný: <http://ar2014.emcdda.europa.eu/download/ar2014-cs.pdf>, March 17, 2015

GABRHELÍK, Roman, Amotivační syndrom a popis životního stylu u těžkých uživatelů konopných drog (online). Platný na <http://www.adiktologie.cz/publications/cz/232/875/Amotivacni-syndrom-a-popiszivotniho-stylu-tezkych-uzivatelu-konopnych-drog.html>), January 20, 2007

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6

GOODYER, P. *Drogy a teenageři*. Přel. R. Kuncová. 1. vyd. Praha: Slovanský dům, 2001. 168 s. ISBN 80-86421-44-9

GOHLERT, Christoph. *Od návyku k závislosti*. Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9

- GRINSPOON, L., BAKALAR, J. B. *Marihuana: zakázaná medicína*. Přel. A. Rohan. 1. vyd. Bratislava: Cad Press, 1996. 176 s. Přel z: *Marihuana, the forbidden medicine* 176 s. ISBN 80-85349-57-4
- HARTL P., HARTLOVÁ H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Grada.
- HARTL, P., 2013. Poradenství. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Portál, s. 101-134. ISBN 978-802-6202-134
- CHVÁLA, Vladislav a Ludmila TRAPKOVÁ. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-561-5
- JÍLEK, Jan. *Ze závislosti do nezávislosti*. Praha, 2008. ISBN 978-80-85524-03-1
- KADUSHIN, Alfred a Daniel HARKNESS. *Supervision in Social Work*. New York: Columbia University Press, 2002. ISBN 0-231-12094-X
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 320 s. ISBN 80-86734-05-6
- KIŠŠOVÁ, Lucie. *Evaluace Národní strategie protidrogové politiky*. Úřad vlády ČR, 2011. ISBN 978-80-7440-044-5
- KOMOROUS, Jiří. *Historie Protidrogové brigády*. Naše vojsko, 2009. ISBN 978-80-206-1008-9
- KOSTIUK, Pavel. *Kouření marihuany, deprese a úzkost (online)* Platný http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=5188&s_ts=38536,3382407407,
January 15, 2015
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0
- KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk, prostředí, výchova*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2

- LANGMAIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968. ISBN 08-063-68
- LORENCOVÁ, Radmila. *Spiritualita uživatelů alkoholu a marihuany*. Dauphin, 2011. ISBN 978-80-7272-247-1
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Naděje není v kouzlech*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-350-1
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Škola rodičů*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-29-5
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologické eseje*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0892-8
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
- MIŇHOVÁ, J. (2006). *Psychopatologie pro právníky*. Plzeň.
- MILLEROVÁ, G., 2011. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2627-653..
- MIOVSKÝ, Michal. *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2
- MIOVSKÝ Michal. *Konopí a konopné drogy*. Garda, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2
- MLČÁK, Z. (2003). *Základy psychopatologie*. Ostrava.
- MRAVČÍK, Viktor a spol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Úřad vlády ČR, 2011. ISBN 978-80-7440-056-8
- MRAVČÍK, Viktor a spol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Úřad vlády ČR, 2015. ISBN 978-80-7440-054-6
- MRAVČÍK, Viktor a spol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Úřad vlády ČR, 2015. ISBN 978-80-7440-134-3
- MZ, online, 2015, dostupné z http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/narizeni-vlady-c463/2013-sb-_8622_1051_3.html
- NEPUSTIL, Pavel. *Užívání drog ve skupinách*. Úřad vlády ČR, 2012. ISBN 978-80-7440-072-8

- NEPUSŤIL, Pavel. *Case management*. Úřad vlády ČR, 2013. ISBN 978-80-7440-076-6
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8
- NEŠPOR, Karel, CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 5. vyd. Praha: Sportpropag, 2003. 83 s. (on line) Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/adde03.doc>., January 14, 2007
- NEŠPOR, Karel, CSÉMY, L. *Průchozí drogy*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1
- NEŠPOR, Karel. *Jak přestat brát drogy*. 5. vyd. Praha: Sportpropag, 2004, 133 s. (online). Platný na <http://www.plbohnice.cz/nespor/shd06w.pdf>, January 27, 2007
- NEŠPOR, Karel, PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí*. Praha: Sportpropag, 1998, 108s. (online). Platný na <http://www.plbohnice.cz/nespor/skint17w.doc>, February 25, 2007
- NEŠPOR, Karel, PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X
- NEŠPOR, Karel. *Marihuana má velká rizika* (online). Platný na <http://www.rodina.cz/clanek2244.htm>, November 27, 2006
- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: Koniasch Latin Press, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X
- PAVLAS, I. *Člověk a drogové závislosti*. 1. vyd. Ostrava: Centrum dalšího vzdělávání, 2001. 116 s. ISBN 80-7042-197-5
- PERRY, B. D. (1994). *Catechoamine function in post – traumatic stress disorder*. American Psychiatric Press 1994, Washington, DC.

PLESNÍK, Vladimír. Projevy užívání konopí (online). Platný na <http://www.uszscb.cz/sativa.htm>, March 7, 2007

Příloha č. 1 k Závaznému pokynu policejního prezidenta – výňatek (online). Platný na <http://www.dropin.cz/prilohakzp.shtml>, March 10, 2007

Příloha k Závaznému pokynu policejního prezidenta č. 12/1999: Orientační hodnoty malého množství omamných a psychotropních látek (online). Platný na <http://www.dropin.cz/prilohakzp.shtml>, March 10, 2007

RÄTSCH, CH. *Konopí: léčebný prostředek v dějinách lidstva*. Přel. M. Sanollová. 1. vyd. Brno: Datel, 1994. 159 s. Přel. z: Hanf als Heilmittel.

RÄTSCH, CH. *Konopí jako lék*. Přel. V. Čadský. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2000. 216 s. Přel. z: Hanf als Heilmittel. ISBN 80-7207-391-5

RIBAUEROVÁ, Martina. Marihuana: proklínaná i obdivovaná. Mladá fronta Dnes. (online). Platný na <http://www.dropin.cz/zmedii.shtml?x=137368>, January 26, 2007

RIEGER, Zdeněk. *Návrat k rodině a domů*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-544-8

RIEGER, Zdeněk. *Lod' skupiny*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-222-5

RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9

ROBINSON, R. *Konopný manifest*. Přel. J. Klímovský. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 1998, 111 s. Přel. z: Hemp manifesto. ISBN 80-7207-146-7

ROBINSON, R. *Velká kniha o konopí*. Přel. M. Bobysud. 3. vyd. Praha: Volvox Globator, 2004. 281 s. Přel. z: The Great Book of Hemp. ISBN 80-7207-532-2

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ a kol. *Dětská klinická psychologie*. Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5

SAXONBERG, Steven. *The Development of Czech Children Policies*. Slon, 2013. ISBN 978-80-7419-101-5

SHARRY, John. *Řešíme problémy s výchovou dětí a dospívajících*. Computer Press, 2006. ISBN 80-251-1295-0

SCHULTE, Bernd. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Úřad vlády ČR, 2010. ISBN 978-80-7440-042-1

SRNEC, Jan. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*, PVŠPS, 2006

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2012. ISBN 978-80-87455-14-2

VECERNIK, George. *Czech society in the 2000s: a report on socioeconomic policies and structures*. Academia, 2009. ISBN 80-200-1750-5

Vláda ČR: *protidrogová politika* [online]. [cit. 2016-08-05]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/>

ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita

Palackého v Olomouci, 2003. 96 s. ISBN 80-244-0709-4

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (online). Platný na

<http://www.sagit.cz/pages/sbirkasrch.asp?cd=76&typo=r&typ=s&refresh=yes>,

February 4, 2015

ZIMMEROVÁ, L., MORGAN, E. J. P. *Marihuana: mýty a fakta*. Přel. J. Bayer.

1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2003. 242 s. Přel. z: *Marihuana – Myths and facts*. ISBN 80-7207-463-6

Posudek vedoucího diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Bc. Michaela Slabochová
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Marihuana a rizika spojená s jejím užíváním
 Vedoucí práce: MUDr. Dušan Randák

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 77 stran vlastního textu

Počet stránek příloh: 16 (úvod a literatura)

Počet titulů v seznamu literatury: 82

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- Čím si vysvětľujete obľibu marihuany v rámci mládeže v rámci ČR a máte nějaká vysvětlení pro to, že je marihuana u mládeže v ČR výrazně oblíbenější a užívanější než ve zbytku Evropy?
- Z vaší práce vychází, že marihuana není onou demonizovanou první vstupní „drogou“ (návykovou látkou), čím je to, že je právě marihuana v některých kruzích tak obávaná oproti bagatelizovanému tabáku a alkoholu?
- Z toho pohledu, že určité typy lidí inklinují k určitým návykovým látkám... lze vystopovat u vašich respondentů některé společné osobnostní rysy, které by je predikovaly k užívání konopných drog? Dalo by se to následně nějak zobecnit? Jaké osobnostní predispozice by mohly vést k užívání konopných drog?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práci považuji za kvalitní.

Výběr tématu je trvale aktuální, neboť problematika užívání THC je trendem, který v rámci nelze opomíjet.

Jedná se o téma, v této podobě často zpracovávané, na druhou stranu stále jej vnímám jako aktuální.

Po formální stránce je práce jasně strukturovaná, jazykově s občasnými chybami, ale nikoliv takovými, aby degradovaly jak formu, tak obsah práce.

Práce s odbornou literaturou je odpovídající.

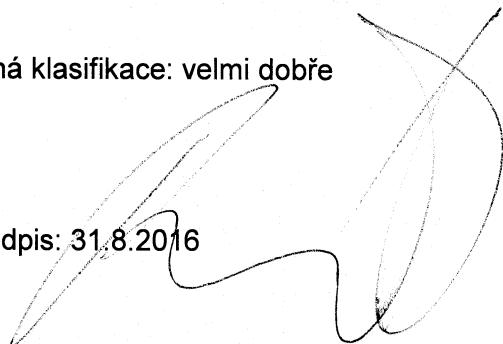
Kapitoly na sebe navazují, dokázal bych si představit ještě hlubší rozvedení jednotlivých témat v kapitolách (například léčba), na druhou stranu je otázkou, zda by to bylo v souladu s cíli práce.

Co oceňuji, jsou přehledné a kvalitně zpracované kazuistiky, z nichž sice nelze díky počtu zpracovaných osob žádné obecné závěry vyvozovat (malý počet zpracovaných osob), přesto na otázky, které si autorka kladla, odpovědi poskytly.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 31.8.2016



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Michaela Slabočová
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Marihuana a rizika spojená s jejím užíváním
 Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Tomáš Rezníček

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 93
 Počet stránek příloh: 0
 Počet titulů v seznamu literatury: 82

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			3	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

			3	
--	--	--	---	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			3	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Jakým způsobem by bylo možno závěry výzkumu využít v praxi např. u nemotivovaných uživatelů marihuany?
2. Jakým způsobem mohou být výsledky šetření ovlivněny tím, že u všech respondentů se jedná o různou kombinaci zneužívaných látek?
3. Jakým způsobem lze ověřit, že fyzické i psychické projevy závislosti u respondentů souvisí s užíváním marihuany?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma předložené diplomové práce je aktuální, problematika závislostí je tématem, které ve společnosti dlouhodobě rezonuje. Autorka se ve své práci zaměřuje na otázku závislosti na jedné konkrétní psychotropní látce, jejíž závislostní potenciál je ve společnosti vnímám spíše jako nízký. Autorka má však ze své praxe jinou zkušenost. Sociální práce s uživateli drog je v DP zmíněna spíše okrajově, pouze jako výčet možných způsobů práce s klientem. Práce je poměrně dobře logicky strukturována (pouze úvod kapitoly 9 vnímám jako vhodný spíše do úvodu celé práce) v teoretické části i v praktické části. Výzkumná část práce je postavena na kvalitativním výzkumu, který vychází z praktických zkušeností autorky DP a tím je také ovlivněn výzkumný vzorek – respondenty jsou klienti jednoho oddělení, jednoho pracoviště. Výsledky jsou významným způsobem ovlivněny kombinací závislostí. Prezentace výsledků šetření je poměrně problematická, není zcela zřejmé, že je možno u jednotlivých respondentů oddělit jednoznačně závislost na canabinoidech od jiných závislostí hrajících významnou roli v životech respondentů. Práce obsahuje stylistické i gramatické nedostatky.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: V Praze 9. září 2016



* nehodící se, škrtněte