

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. Darina Kholová, DiS.

II. ročník – navazující, prezenční studium

Speciální pedagogika - dramaterapie

Diplomová práce

**Využití expresivních přístupů
v nízkoprahovém zařízení pro uživatele
drog**

OLOMOUC 2010

Vedoucí práce: Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a vyznačila jsem veškeré použité prameny a literaturu.

Olomouc

10.4. 2010

Děkuji Mgr. Martinovi Dominikovi Polínkovi, Ph.D., za odborné vedení a za poskytování cenných rad při zpracovávání závěrečné práce.

Motto: *„Naše cíle jsou stejné, jen cesty k nim se liší...“*

anonym

OBSAH

I ÚVOD	5
II TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI	7
1.1 Vznik závislosti	7
1.1.1 Biomedicínský model závislosti.....	9
1.1.2 Psychologický model závislosti	12
1.1.3 Sociální model závislosti	13
1.1.4 Spirituální model závislosti.....	14
1.2 Důsledky závislosti na drogách.....	15
1.2.1 Somatické důsledky	15
1.2.2 Psychické důsledky.....	15
1.2.3 Sociální důsledky	17
2 SYSTÉM PÉČE O UŽIVATELE DROG	19
2.1 Prameny systému péče o uživatele drog v ČR	19
2.2 Systém péče o uživatele drog v ČR	21
2.2.1 Nízkoprahová kontaktní centra	26
2.2.1.1 Bio-psycho-socio-spirituální přístup.....	29
2.2.1.2 Nízkoprahový přístup	30
2.2.1.3 Přístup minimalizace poškození („harm rduction“).....	31
2.2.1.4 Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“)	33
3 VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY JEDINCE.....	34
3.1 Vývoj a osobnost jedince	34
3.2 Motivace	35

3.2.1	Potřeby	36
3.2.2	Zájmy a zájmová činnost	39
3.2.3	Postoje, hodnoty	40
4	EXPRESIVNÍ PŘÍSTUPY	42
4.1	Rozlišení psychoterapie od jiných činností	42
4.2	Expresivní terapie	44
4.3	Pedagogika volného času	47
4.3.1	Volný čas a jeho využití	47
4.3.2	Volný čas a životní styl	49
4.3.3	Volný čas a potřeby	50
4.4	Mezi artefietikou a arteterapií	51
4.5	Mezi dramatickou výchovou a dramaterapií	54
4.6	Arteterapie v kontaktním centru	56
	IIIEMPIRICKÁ ČÁST	57
1	KONTAKTNÍ CENTRUM V OLOMOUCI	58
1.1	Sdružení Podané ruce, o.s.	58
1.2	Charakteristika Kontaktního centra v Olomouci	59
1.2.1	Zásady poskytování sociální služby Kontaktního centra v Olomouci	61
1.2.2	Služby nabízené Kontaktním centrem v Olomouci	63
1.2.3	Charakteristika okruhu osob Kontaktního centra v Olomouci	64
1.2.4	Charakteristika volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci	65
2	METODOLOGIE VÝZKUMU	66
2.1	Cíle výzkumu	66
2.2	Metody výběru výzkumného souboru	67

2.3	Metody získávání kvalitativních dat.....	68
2.4	Metody zpracování kvalitativních dat.....	68
2.5	Metody analýzy kvalitativních dat	69
3	REALIZACE VÝZKUMU	70
3.1	Existující textové dokumenty kontaktních center ČR	70
3.2	Terapeutův deník	71
3.3	Interview s klienty Kontaktního centra v Olomouci	72
3.4	Interview s pracovníky Kontaktního centra v Olomouci	73
4	ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT.....	75
4.1	Existující textové dokumenty kontaktních center ČR	75
	4.1.1 Standardní služby kontaktních center v České republice	76
	4.1.2 Nadstandardní služby kontaktních center v České republice	78
	4.1.3 Shrnutí.....	82
4.2	Terapeutův deník	82
	4.2.1 Proces vzniku volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci.....	83
	4.2.2 Průběh a obsah arteterapeuticky zaměřených volnočasových aktivit.....	86
	4.2.3 Shrnutí.....	90
4.3	Interview.....	91
	4.3.1 Interview s klienty Kontaktního centra v Olomouci	91
	4.3.1.1 Shrnutí	97
	4.3.2 Interview s pracovníky Kontaktního centra v Olomouci	97
	4.3.2.1 Shrnutí	100
	4.3.3 Kontrasty a srovnání interview s klienty a pracovníky Kontaktního centra v Olomouci	101

5	DISKUSE.....	103
6	ZHODNOCENÍ EMPIRIE.....	106
	IVZÁVĚR	108
	V POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	110
	VISEZNAM PŘÍLOH.....	119

I ÚVOD

Drogová problematika je v ČR stále diskutovaným tématem. Tato práce se zaměřuje na tzv. problémové uživatele drog.

Programy systému péče o uživatele drog na sebe navazují a každá služba má svá specifika jak v metodách a formách přístupu ke klientovi, tak i v cílech. Nízkoprahová kontaktní centra jsou na začátku řetězce systému péče, jde o tzv. „vstupní dveře do systému“ a typickým přístupem je harm reduction (snižování škod), který se nejvíce uplatňuje v biologické rovině uživatelů drog (tj. ve výměně injekčního materiálu).

Práce se zaměřuje na **expresivní přístupy** jako prostředky harm reduction v rámci holistického pojetí závislosti (bio-psycho-socio spirituálního modelu závislosti a přístupu v pomoci a péči).

Cílem této práce je také přiblížit kontaktní centra veřejnosti jako službu, která klienty nepodporuje v užívání drog, ale hledá cestu k těmto lidem s respektem k jejich rozhodnutí, avšak se snahou s nimi pracovat na změně směrem k abstinenci.

Pojem **expresivní přístup** je v této práci chápán jak z hlediska terapie, tak výchovy. Autorka záměrně nepoužila pojem expresivní terapie z důvodu, že si je vědoma, že o terapii v pravém slova smyslu nejde. Důvod, proč se autorka nezaměřila pouze na jeden expresivní přístup je zejména ve vzájemné propojenosti expresivních disciplín, ale také proto, že více činností může zaujmout více klientů. Autorka si je vědoma, že kontaktní centra a její klientela je natolik specifická, že není možné uvažovat o „standardní“ terapii, spíše o terapeutickém působení. Expresivní přístupy zde znamenají spíše eklekticismus (než jednu propracovanou disciplínu), který je inspirací pro další možné metody a formy práce s klienty v nízkoprahovém zařízení.

Zaměřili jsme se na propojení holistického pojetí v péči o uživatele drog v kontaktním centru při využití expresivních metod a forem práce. Problematika léčby drogových závislostí zasahuje mnoho oborů a jde tedy o problematiku multidisciplinární (a také multirezortní).

Rozsáhlost této problematiky je především z toho důvodou, aby byl pochopen kontext a specifčnost expresivní práce v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog.

II TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část *si klade za cíl* popsat specifika nízkoprahového zařízení (odkud vycházejí, jaké mají příčiny), také se snaží vymezit specifika osobnosti se zaměřením na to, že se jedná o uživatele drog a specifický přístup práce s nimi, tj. charakterizuje široce pojímané expresivní přístupy.

První kapitola se zaměřuje na příčiny a důsledky vzniku drogových závislostí v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.

Druhá kapitola popisuje systém péče o uživatele drog, s největším zřetelem na kontaktní centra a přístupy, ze kterých vychází nabízené služby.

Třetí kapitola se zabývá osobnostními složkami jedince, jejichž znalost nám usnadní práci s uživateli drog. Především to jsou složky osobnosti, které se vážou na empirickou část této práce a jejich poznání nám usnadní práci s nimi a na nich (např. motivace, potřeby, zájmy).

Poslední kapitola expresivní přístupy se snaží popsat expresivních disciplíny, a to jak edukativní, tak terapeutické povahy a jejich vzájemnou blízkost. Zabýváme se zde zejména blízkostí mezi arteterapií a artefiletikou, dramaterapií a dramatickou výchovou. Kapitola je teoretickým vhladem k výzkumu.

1 BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI

Nahlížení na podstatu závislosti prošlo vývojem od krajně pojímaných modelů morálních, přes modely sociální, úzce medicínské (biomedicínské) až po dnešní holistický model **bio-psycho-sociální**, který někteří autoři (Kudrle in Kalina a kol., 2003a) doplňují o model **spirituální**. Z tohoto modelu závislosti vychází systém péče o drogově závislé (viz kap č. 2).

Drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve **vzájemné interakci** biologických, psychických a vztahových faktorů. V tomto ohledu je důležitá **dispozice** (genetické, ranně získané), **zranitelnost** (vyvíjející se na podstatě dispozic během života) a **spouštěče** (životní události), které vedou k **manifestaci** poruchy (Kalina a kol., 2003a).

Kapitola se dále zabývá **rizikovými faktory** vzniku závislosti (kap č 1.1.2 a 1.1.3) a **důsledky drogové závislosti** (kap č. 1.2).

1.1 Vznik závislosti

Při hledání kořenů závislosti nachází Kalina (2008) hlubší lidské motivy a potřeby:

1. První potřebou je potřeba vyhnout se bolesti, nalézt zklidnění, úlevu od bolesti fyzické i duševní. Lze sem zahrnout i bolest z *prožívané nudy*, neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých nebo nízkého sebehodnocení.

2. Druhá potřeba zahrnuje potřebu cítit se energický, výkonný, bezproblémový a kompetentní. Jde o potřebu zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti.

3. Třetí potřeba transcendence utrpení v zážitku splynutí, sebezpřekročení, jednota se sebou samým i s druhými, jednota s Bohem a podobně.

Tyto tři oblasti motivů jsou zčásti nevědomé, zčásti uvědomované a mají sílu instinktu. Všechny tři lze přiřadit ke své korespondující droze, které tyto prožitky umocňují:

1. *Opioidy* jsou látky tlumící bolest.
2. *Stimulancia* jsou látky přinášející slast a euforii.

3. *Psychedelika*¹ jsou látky zjevující cosi z nejhlubších rovin lidské psychiky (Kalina a kol., 2008).

„**Psychoaktivní látka** je v tomto pojetí **návyková psychotropní látka**, která je u člověka schopna vyvolat **syndrom závislosti**, a to uplatněním svého návykového potenciálu“²
Většinou ovlivňuje prožívání extrémně silně, s pocitem netypické intenzity a hloubky (Kalina a kol., 2003a).

V užívání návykové látky rozlišujeme **úzus** psychoaktivní látky (jednorázové užití či opakované užívání, které nevede k žádnému významnému poškození uživatele), **abúzus** (škodlivé užívání, rizikové, problémové, které způsobuje jisté tělesné, psychické nebo interpersonální poškození jedince) a **syndrom závislosti** (Jeřábek in Kalina a kol., 2008).

Proces vzniku drogové závislosti je procesem proměny v oblasti somatické, psychické a sociální (Netík in Vágnerová, 2002) :

1. Stadium experimentování.

Pro experimentování s drogou mohou být různé impulzy (nuda, zvědavost, touha po neobyčejném zážitku). Důležitou roli zde hraje sociální model, potřeba uniknout problému, který jedinec neumí či nechce řešit. Droga je v tu chvíli nabídka úniku, kdy může vzniknout proces rozvoje návyku.

2. Stadium příležitostného užívání

Konzument si uvědomuje, že droga není dobrým řešením, a proto ji zapírá. Ještě mu záleží na vztazích k blízkým lidem a na jeho profesní roli.

3. Stadium pravidelného užívání.

Člověk užívá drogu častěji, stále popírá riziko takového jednání; snaží se okolí přesvědčit, že nedělá nic špatného.

4. Stadium návykového užívání.

Zvyšuje se lhostejnost k čemukoli, co se netýká drog; ztráta motivace; už svůj návyk neskrývá. Rozbívá své vztahy s rodinou, přáteli. Je v kontaktu jen s uživateli drog. Droga má

¹ *Psyché* znamená duše a *delein* zjevovat.

² Jeřábek in Kalina a kol., 2008, s. 53.

již pro uživatele význam potřebnosti, kterou buď akceptuje jako trvalou součást svého života nebo se jí chce zbavit (Netík in Vágnerová, 2002).

Syndromem závislosti se rozumí (dle MKN-10) skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.

Znaky syndromu závislosti (dle MKN – 10):

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení).
2. Zhoršené sebeovládání.
3. Somatický odvykací stav.
4. Růst tolerance.
5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.
6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků.

1.1.1 Biomedicínský model závislosti

V posledních přibližně 15 letech se jako hlavní **biomedicínský model závislosti** prosadil model neurobiologický, z kterého je možné vyvodit zajímavé konsekvence pro **praktický přístup k závislým** (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Neurobiologický model vychází z „dopaminové hypotézy, podle které je **odměňující efekt drog** závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému, tedy na neuronálních sítích, v češtině nepříliš obratně nazývaných jako **systém odměny**.”³

Předmětem zájmu neurobiologického modelu závislosti je, jak působením **drogy** (biologického agens) na **mozek** (biologický substrát) dochází k **závislostnímu chování** (behaviorálním změnám). Tento model charakterizuje závislost jako **chronické recidivující onemocnění mozku** (ve smyslu systému odměny), s nejčastějšími behaviorálními projevy:

- Kompulsivní charakter užívání drog.
- Užívání drog je upřednostňováno před přirozeným zdrojem odměny.

³ Dvořáček in Kalina a kol., 2008, s. 25.

- Podněty spojené s užitím drogy silně kontrolují chování (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Systém odměny a jeho přirozená funkce

Přirozená funkce skupiny systému odměny je evolučně relativně stará a stabilní a zahrnuje jeden z vnitřních autoregulačních mechanismů pro kontinuální zajištění potřeb nutných k přežití, reprodukci a pocitu tělesné pohody (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Situace, děje, podněty a prostředí, které jsou důležité pro přežití organismu, bývají spojovány s pocitem libosti, tedy odměnou, z toho důvodu, aby se zvýšila pravděpodobnost jejich zopakování a tím se zvýšila i pravděpodobnost přežití organismu. Tyto podněty z prostředí jsou nazývány **biologicky přirozenými zdroji odměny** – jde zejména o potravu, sex a o **komplikovanější zdroje odměny**, jako jsou u člověka různé formy a úrovně sociálních vztahů (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Systém odměny se dále podílí na rozpoznání biologicky významného podnětu, na **přidělení odměňující** (libostní) **hodnoty** tomuto podnětu, na asociování tohoto podnětu s odměnou, na asociování biologicky významného podnětu s behaviorální odpovědí zaměřenou na dosažení odměny a na spouštění této motivované behaviorální odpovědi. Je možné říci, že cílem organismů je učit se chovat tak, aby se maximalizovala budoucí odměna (Kalina a kol., 2003a).

Droga jako umělý zdroj odměny

Návykové látky představují skupinu látek s mnoha odlišnými **účinky** na lidský organismus, avšak jedna vlastnost je jim společná. Účinkem drog je zvýšení výdeje **dopaminu** v oblastech, které jsou původně rezervovány pro spojování pocitu **libosti** s biologicky významnými podněty (potřebnými pro přežití). Cokoliv, co zvyšuje hladinu dopaminu v systému odměny, může v sobě zahrnovat návykový potenciál (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Systém odměny je původně připraven pro **přirozené zdroje odměny**. Oproti přirozeným zdrojům odměny mají drogy (jako umělé zdroje odměny) několik odlišností:

- Dosažení odměny je **jednodušší a rychlejší** (méně náročné strategie).
- Odměna po užití drogy je **nepřiměřeně silná**, z hlediska výdeje dopaminu také **účinnější**.

- V organismu nejsou vytvořeny dostatečné mechanismy zpětné vazby k **zastavení** přijímání umělé odměny (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Funkční změna systému odměny

Po zkušenosti s drogou dochází k dlouhodobým změnám v preferování jednoduché a efektivní strategie ke zisku odměny (libost dosažená drogou, resp. po nějaké době již jen vyhnutí se nelibosti v nepřítomnosti drogy). **Přirozené zdroje odměny** jsou pro komplikovanost strategií potřebných k jejich získání **znevýhodněny, a to** ve srovnání s jednoduchými a rychlými strategiemi drogové odměny a postupně jsou opouštěny a přestávají být používány (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Zjednodušeně řečeno, **mozek** se v důsledku dlouhodobého **užívání drog** stane „rozmazleným“, požaduje **rychlou odměnu**, nechce vyvíjet komplikované strategie a nepřemýšlí nad řešením situace v budoucnu. Takto jednající mozek se mění v tom, že jediným a univerzálním prostředkem pro odměnu v mozku je droga a navíc nutkavý model „teď hned“ je dominujícím vzorem pro **všechno další chování** (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Důsledky neurobiologického modelu na pojetí závislosti a terapie⁴

1. Změny mozku jsou do určité úrovně vratné. Mozek je velmi adaptabilní a většinu výše popsaných změn lze uvést do stavu blízkému původnímu. Od jisté hranice však vzniklé změny nelze odstranit beze zbytku nebo vůbec (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

2. Závislý mozek nezvládá odložení zisku odměny. Rychlost odměny mozku znamená, že mezi touhou po dosažení odměny a jejím dosažením je celkem malá prodleva. Jednoduchost je chápána jako celková časová a instrumentální nenáročnost strategie (strategie získání drogové odměny je výrazně přímočařejší, než jsou strategie dosahování běžných životních radostí). Při srovnání s případnými konkurenčními přirozenými zdroji odměny je rychlý způsob odměny lákavější, tj. snadněji a rychleji dostupný. Terapeutická práce by měla závislé učit zvládat odložení odměny – učí ho dosahovat odměny pomaleji, s prodlevou a instrumentálně náročněji (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

3. Přirozené zdroje odměny jsou v závislém mozku oslabeny. Cestou k původnímu systému odměny je důležité se učit nahrazovat dosud preferovanou drogovou odměnu

⁴ Více viz Dvořáček in Kalina, 2008.

přirozenými zdroji odměny. Z tohoto důvodu by práce se závislým měla obsahovat takové **terapeutické prvky**, které závislému představí přirozené zdroje odměny v co nejširším spektru. Takovéto aktivity (často nazývané jako **volnočasové**) **bývají** vnímány jako doplňkové či nadstandardní, každopádně jsou jedněmi z klíčových aktivit z hlediska změn systému odměny (Dvořáček in Kalina, 2008).

1.1.2 Psychologický model závislosti

Psychologický model zkoumá **psychogenní vlivy a faktory** pro rozvoj abusu návykových látek a pro rozvoj závislosti. Psychogenní faktory je možné najít již v období prenatalního vývoje a porodu v souvislosti s psychickými zážitky (nejedná se biologické faktory, ale o prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození), (Kudrle in Kalina a kol., 2003a).

Do psychogenních faktorů řadí Kudrle (in Kalina a kol., 2003a) úroveň postnatální péče, tj. harmonický **vývoj dítěte** a rozdělení jeho **potřeb**, jejich adekvátní uspokojování a respektování hranic. Důležitá je podpora v období dospívání, zejména během krize hledání identity a přiměřená pomoc v případech, kdy se objeví patologie různých duševních poruch (např. deprese, úzkost, aj.). Pokud není k dispozici vhodná pomoc, dochází u jedince k sebededikaci, která může vést později k rozvoji abusu a vzniku závislosti (Kudrle in Kalina, 2003a).

Rizikové faktory osobnosti, u které dojde k závislostnímu reagování na stresovou situaci a vzniku závislosti řadí Vojtík, Břicháček in Vágnerová (2002) následující:

- *Emoční prožívání* je typické labilitou, dráždivostí, častým psychickým napětím.
- *Rozumové hodnocení*. K drogám více inklinují lidé s neadekvátním sebehodnocením, kteří se vážou na aktuální situaci, čímž se zvyšuje riziko nepřiměřeného řešení potíží.
- *Autoregulace*. Jedná se zejména o oslabení volní složky, nízká sebekontrola, impulzivní jednání. Typická je neschopnost odložit uspokojení aktuálně pociťovaných potřeb.
- *Rigidita reagování* je typická tendencí užívat stejné a situaci neodpovídající vzorce chování (Vojtík, Břicháček in Vágnerová, 2002).

Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti⁵

Jedním z vývojových aspektů vzniku a rozvoje závislosti je **nedostatečná schopnost snášet nepříjemné emoce**. Znakem dokončeného emocionálního vývoje a zrání osobnosti je schopnost snášet nepříjemné stavy vyvolané vnitřními či vnějšími faktory (např. zklamání, ponížení aj.). Závislí lidé užívají drogu proto, aby se vyhnuli duševnímu zranění, čímž je na užívání drog možno nahlížet jako na svépomocnou léčbu (tzv. sebemedikaci). Závislí jsou považováni za nezralé lidi a jedince s **extrémní citlivostí** vůči zranění. Droga tak nahrazuje chybějící odolnost i sílu k vyjádření (Hajný in Kalina, 2003a).

1.1.3 Sociální model závislosti

Sociální úroveň holistického pojetí závislosti si všímá si vlivů a vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování (Kalina a kol., 2003a).

K dalším konkrétním vlivům patří **kvalita rodinných vztahů**, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se probíhá skrze **sociální učení**, na kterém se podílí nejvíce rodina se svými pravidly, mýty a morálkou. Kromě rodiny se sociální učení odehrává ve **skupině vrstevníků**, kde je důležité podpořit jedince ve zdravém a aktivním rozvoji diferencovaných vztahů a s tím i zájmových činností (viz kap. č. 3.2.2), vyrovnání se s autoritami (Kalina a kol., 2008).

„Sociální rizikové faktory vzniku závislosti

- *Městské prostředí* vzhledem k větší pravděpodobnosti nabídky drogy.
- *Porucha funkce rodiny*, kde dítě není citově akceptováno ani vhodně vychováváno, kde chybí disciplína.
- *Rodiče jako negativní sociální vzor* - nadměrně užívající léky nebo alkohol a vytvářející sociální model způsobu řešení potíží.

⁵ Více viz Hajný in Kalina, 2003a.

- *Nižší úroveň vzdělání*, které předcházela neúspěšnost ve škole (často posilovaná dysfunkčností rodiny), 70% závislých jedinců mělo pouze základní vzdělání.
- *Zvýšený vliv party* (subkultury), která má své vlastní, odlišné hodnoty a normy.⁶

Problematické rysy rodinných vztahů (blíže viz Kalina a kol., 2008) mohou být vnímané jako možné příčiny nebo jako následky závislého chování. Charakteristikami rodiny jsou:

- Rodiče užívají drogy, jejich trestná činnost.
- Přehnaná či nedostatečná péče rodičů o dospívající děti.
- Špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícím.
- Nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné plnění.
- Nevšimavost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům (Szapocznik, Coatsworth, in Kalina a kol., 2008).

Dalším rysem rodiny, kde je dítě závislé na drogách, je vyšší výskyt negativních postojů a emocí. Komunikace je typická v obviňování jiných členů rodiny (hádky mezi rodiči o výchovných přístupech před dětmi), malá angažovanost v rodině, excesivní vyjadřování emocí a jiné (Kalina a kol., 2008).

1.1.4 Spirituální model závislosti

Spiritualita je intimní oblast přímého prožitku z toho, co je za každodenním úsilím jedince, co dává smysl snažení a životu vůbec. Jde o vztah k tomu, co každou individualitu přesahuje (viz kap. č. 1.1), k čemu se vztahuje jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji (Kalina a kol., 2008).

Spiritualita tvoří (alespoň u některých jedinců) integrující centrum motivů, postojů, je jádrem osobní identity a smyslem života. Slabost nebo nepřítomnost tohoto integrujícího centra může znamenat *nezralost* či *dezintegraci* osobnosti (Říčan, 2010).

Velkým tématem zůstává práce na vzdání se svého závislého „Já“ a hledání smyslu života. U abstinujících osob se objevuje *existenciální prázdno*, deprese, ztráta smyslu bytí.

⁶ Netík in Vágnerová, 2002, s. 297.

V terapeutických programech je z tohoto důvodu nutné se zaměřit na přístupy, které se dotýkají této roviny potřeb. Objevují se tvrzení, že krize, kterou představuje závislost, je především duchovní krizí (Grofová in Kalina, 2003a).

Často se zaměřuje na přístupy související s objevováním jiných úrovní vědomí, než na hmotnou realitu orientované vědomí. V rámci tohoto modelu jsou využívány zážitkové metody, kam spadají relaxace, meditace, jógická cvičení, holotropní dýchání apod. Slouží k navození vnímavosti pro spirituální rozměr a k aktivizaci vnitřního terapeutického potenciálu. V posledních letech je patrné zvýšení potřeb spirituálního naplnění, což může způsobovat konzumní způsob života a tím absence duchovních hodnot (Kalina a kol., 2003a).

1.2 Důsledky závislosti na drogách

Negativní důsledky závislosti na drogách se snaží snižovat přístup „harm reduction“, tj. snižování škod (viz kap. 2.2.1.3), a to zejména v rovině somatické, psychické, sociální.

1.2.1 Somatické důsledky

Nadměrné užívání psychoaktivních látek poškozuje člověka biologicky, psychicky i sociálně. Somatické poškození jedince se nejčastěji projevuje poškozením centrální nervové soustavy, jater, ledvin, zažívacího traktu, cév a také je u uživatelů drog zvýšené riziko infekce hepatitidy a HIV (Robin, Michelson in Vágnerová, 2002).

Vlivem nadužívání psychoaktivních látek se negativně mění také zevnějšek člověka; ten často celkově tělesně chátrá a přestává o sebe dbát. Tyto změny nakonec ovlivní také jeho sebevědomí (Vágnerová, 2002).

1.2.2 Psychické důsledky

„Závislost na psychoaktivních látkách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince.“⁷

⁷ Vágnerová 2002, s. 303.

Oblasti psychiky, které nadužívání drog deformují (Mareček, Smolík in Vágnerová, 2002):

- *Emoce, emoční prožívání* – citové reakce nebývají přiměřené vyvolávajícímu podnětu. Člověk se závislostí bývá více dráždivý, labilní s tendencí k extrémním citovým prožitkům (tyto změny mohou být vyvolány intoxikací návykové látky nebo jako projev abstinenčního syndromu).
- *Kognitivní oblast* – zhoršení schopnosti koncentrace, pozornosti, paměťové funkce (které může vést k demenci) způsobuje dlouhodobé užívání psychoaktivních látek.
- *Aktivační úroveň* – pod vlivem drogy může být člověk extrémně aktivizován nebo naopak neschopen jakékoliv aktivity. Závislý člověk drogu potřebuje, aby se vůbec aktivizoval,⁸ nebo je utlumený vlivem drogy (např. heroinu).
- *Hierarchie hodnot* ovlivňuje i autoregulaci člověka. Závislý člověk mívá jinou hierarchii hodnot. Často mu chybí dostatek vůle k překonání obtíží, s kterými je užívání drogy spojeno. Mívá problémy se sebeovládáním (ve vztahu k nadužívání návykové látky). Postupem času za své chování přestává pociťovat vinu a jediným cílem se stává droga.
- *Životní styl* - se u uživatelů drog ochuzuje a mění v stereotyp. Život závislého člověka naplňují aktivity zaměřené na získání drogy, její užití a opakování těchto činností dokola. *Závislému člověku zbývá jen droga*, všechno ostatní v životě přestalo mít význam. Soustřeďuje se na tady a teď. Budoucnost neplánuje, neuvažuje o ní a nic o ní nechce vědět.
- *Úpadek osobnosti* – vlivem užívání drog dochází k mnoha závažným změnám (např. psychopatizaci osobnosti, úbytku schopnosti)
- *Poruchy psychotického charakteru* jsou následkem nadužívání psychoaktivních látek. Typickým projevem jsou halucinace, bludy, narušené citové prožívání, neadekvátní emoce a poruchy psychomotoriky.

⁸Srov. kap. č. 4.2.1, bod 10, empirická část.

- *Amnestická porucha* se projevuje zhoršenou pamětí a demencí (Mareček, Smolík in Vágnerová, 2002).

Změněná motivace

Vlivem drog se motivace (jakožto osobnostní dimenze) zásadně mění, a to jak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a také ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu (Kalina a kol., 2008).

Chování závislého jedince je odrazem intrapsychoického chaosu a primární motivace je u těchto jedinců pozorovateli skryta. Pro terapeutickou práci lze používat mnoho motivačních schémat zabývajících se **základními potřebami** lidí (viz kap. č. 3.2.1), dále je vhodné se zaměřit na **práci s motivací**.⁹

Dle Kaliny a kol. (2008) je možné považovat za zásadní determinantu adiktologicky rizikového vývoje **(ne)naplnění nejčasnějších vývojových potřeb**, například Eriksonova kaskáda vývojových potřeb člověka (viz kap. č. 3.1), nebo Maslowova hierarchie potřeb (viz kap. č. 3.2). U uživatelů drog je nutno uvažovat o **deprivaci potřeb** (např. nenaplnění vývojových potřeb).

Kalina a kol. (2008) uvádí, že jedinci se závislostí trpí speciální poruchou motivace pouze v případech terminálních komplikací, kdy dochází k organickému poškození mozku a k poruše psychických funkcí, a to ireverzibilně.

Problém motivace může být v oblasti **osobnostních dispozic a motivační problémy** tak mohou být **sekundární**, a to v rámci pokusů o zoufalou autosanaci základních potřeb. Stav motivačního systému závislého jedince bude stěžejí funkční, dokud si neporadí se saturací základních **Eriksonových vývojových potřeb** (Kalina a kol., 2008).

1.2.3 Sociální důsledky

Nadměrné užívání drog, případně závislost ovlivňuje lidský život také v sociální oblasti, které často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí.

⁹ Více viz Miller, Rollnick, 2003.

Významné sociální důsledky zasahují rodinu, zaměstnání, společenské vnímání jedince a trestná činnost (Vágnerová, 2002).

Závislý jedinec často přestává respektovat příslušné normy, mění se jeho vztahy s lidmi. Uživatelé drog jsou nespolehliví, sobečtí a necitliví k potřebám druhých lidí a jsou ochotni pro drogu krást či prostituovat. Je schopný podvádět a využívat blízké lidi dokud se tyto vztahy závažným způsobem nenaruší. Člověk závislý na droze se stává přítěží, rodina rezignuje po opakující neúspěšné možnosti pomoci. Často se stává, že uživatel drog rodinu opouští, žije s lidmi podobně postiženými, případně se stává bezdomovcem (Vágnerová, 2002).

Změna životního stylu a hodnot způsobuje devastaci a mnohdy i rozbití **rodiny** uživatele drog. U uživatele drog se mění schopnost chodit pravidelně do školy nebo zaměstnání, není schopen požadovaného výkonu, nemůže se soustředit a často ztrácí motivaci k takové činnosti. Ztrácí zaměstnání nebo je vyloučen ze školy a k návratu do zaměstnání či dokončení školy většinou chybí motivace (Vágnerová, 2002).

Postupem času **ztrácí** závislý člověk většinu svých sociálních rolí, společnost jej silně **stigmatizuje**, získává status „feťáka“, kterému se každý vyhne. Pohrdání a odpor společnosti k uživateli drog nakonec donutí identifikovat se s drogovou subkulturou, přijmout jejich hodnoty a normy, protože je to jediná sociální skupina, která je **neodmítá** (Vágnerová, 2002).

Běžným důsledkem bývá **trestná činnost**. Kriminální chování je většinou spojené s drogou (např. výroba a distribuce, majetková trestná činnost na získání prostředků na drogy případně násilné trestné činy pod vlivem drogy aj.), (Vágnerová, 2002).

2 SYSTÉM PÉČE O UŽIVATELE DROG

Tato kapitola slouží jako vhled do problematiky systému péče o uživatele drog (*se zřetelem na aplikaci a roli volnočasových aktivit v těchto službách*) a porozumění zejména specifikům klientely i forem a přístupu práce.

Zabýváme se charakteristikou nízkoprahových kontaktních center, cílovou skupinou, jejich službami a blíže se věnujeme motivačním rozhovorům, které jsou důležitým prostředkem v péči o uživatele drog.

Dále se zabýváme základními přístupy, které představují nabídku realizačních možností a nástrojů v terciální prevenci (kam kontaktní centra spadají).

2.1 Prameny systému péče o uživatele drog v ČR

Systém drogové péče prošel (nejen) v ČR vývojem, který vychází zejména z přístupu k drogovému problému jako globálnímu (podrobněji viz Kalina, 2003a), což přináší různé **strategie řešení** (tzv. protidrogová politika) na národní (Národní strategie protidrogové politiky, akční plán) i mezinárodní úrovni (Protidrogová strategie EU), (Kalina a kol., 2003a).

V ČR vychází Národní strategie protidrogové politiky z tří základních strategií, a to: **snižování nabídky** (represivní složka), **snižování poptávky** (primární prevence, léčba a resocializace) a **snižování rizik** spojených s užíváním drog (harm reduction), (Kalina a kol., 2003a).

Základní pilíře protidrogové strategie tedy jsou primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik a snižování dostupnosti drog.¹⁰

Zastřešujícím opatřením **snižující poptávku** je prevence (dle WHO in Kalina a kol., 2003a):

1. Primární prevence se zaměřuje na předcházení užití drogy u populace, která s ní není v kontaktu, nebo se snaží kontakt s drogou odložit do vyšších věkových kategorií.

¹⁰ Více viz Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009.

2. Sekundární prevence je souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. Snaží se předcházet vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti osob, které jsou užíváním drogy zasaženi a postiženi nebo se na ni stali závislími.

3. Terciální prevence zahrnuje sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci stejně jako prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů (harm reduction). Zaměřuje se na předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog (dle WHO in Kalina a kol., 2003a).

Realizátory protidrogové prevence pro různé **cílové skupiny** především poradenské, výchovné, zdravotní a sociální služby (viz kap. č. 2.2), často poskytované **nestátními neziskovými organizacemi** (Kalina a kol., 2003a).

Cílové skupiny charakterizuje Kalina a kol. (2003a) takto:¹¹

Obecná populace představuje okruh osob zejména v primární prevenci.

Rizikové skupiny a rizikovní jednotlivci. Označení určité skupiny (na základě věku, profesí, zájmů aj.), která je negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohrožena více než zbytek populace. V souvislosti s užíváním drog můžeme celou věkovou kategorii od 13 do 18 považovat za rizikovou.

U rizikových jednotlivců individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, dysfunkční primární rodina. Rovněž děti, sourozence a partnery uživatelů lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem.

Experimentátoři je nepřesné, přesto v odborné terminologii používané označení pro osobu, která drogy „zkouší“, tedy občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může (i když nemusí) mít problémy v jiných oblastech.

Příležitostní a rekreační uživatelé tvoří spíše pravděpodobnou klientelu v terciální prevenci. U této cílové skupiny se užívání drog stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem (dosud) není vznik závislosti a dalších problémů.

¹¹ Srov. kapitola č. 1.2.3, empirická část.

Pravidelní uživatelé zahrnují osoby, u kterých nejde už pouze o životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Je možné hovořit o „škodlivém užívání“ podle MKN-10.

Problémoví uživatelé jsou osoby, které užívají drogy intravenózně a/nebo dlouhodobě a pravidelně užívají opiáty, kokain a drogy amfetaminového typu. Do tohoto pojmu nespadá užívání extáze a konopí.

Závislí jsou uživatelé drog splňující diagnostická kritéria **syndromu závislosti** (viz kap. 1.1) – často, ale ne vždy jde zároveň o problémové uživatele.

Rodiny a partneři – nezanedbatelná cílová skupina, zejména v sekundární a terciální prevenci (Kalina a kol, 2003).

2.2 Systém péče o uživatele drog v ČR

Systém péče o uživatele drog představuje vzájemně provázané programy a služby, které odpovídají na potřeby klientů, kteří se nacházejí v různé fázi rozvoje závislosti, a pamatují i na **specifika** jednotlivých cílových skupin, pro které jsou určeny (Kalina a kol., 2003b).

Spíše než o účinnosti jednoho léčebného programu uvažujeme dnes o účinnosti celého **léčebného kontinua**: poradenství před nástupem do léčby, léčbou a programy následné péče (Kalina a kol., 2003b).

Efektivní systém péče by měl splňovat kvalitativní a kvantitativní kritéria. V oblasti **kvalitativní** jde o komplexnost, provázanost a efektivitu. V oblasti **kvantitativních** kritérií se jedná o rozsah systému péče a dostupnost. (podrobněji viz Kalina, 2008).“

Přestože se přístupy v pomoci uživatelům drog teoreticky vymezují, neměl by být přístup předem určen schematicky, ale měl by vycházet z jedinečné životní situace a potřeb konkrétního klienta (Kalina a kol., 2003a).

1. Terénní programy

Prvním článkem systému péče o drogově závislé jsou **terénní programy**, nazývané jako „záchranná síť“, protože pracovníci terénních programů nejen odesílají klienty na další

(návazné) programy (zejména kontaktní centra), ale také zachycují klienty, kteří přerušili léčbu (více viz Kalina a kol., 2003b).

Specifikem programu je místo poskytování (tj. ulice, byty), dále přístup ke klientovi, kdy pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potenciální zájemce o službu. Mezi základní **přístupy práce** patří nízkoprahovost, „public health“ a „harm reduction“, které umožňují pracovat s klientem bez ohledu na fázi rozvoje závislosti i bez ohledu na motivaci ke změně životního stylu (Kalina a kol., 2008).

Cílovou skupinou terénních programů jsou uživatelé drog, kteří nejsou z různých důvodů v kontaktu s jinou sociální, zdravotní či výchovnou institucí.

Základním cílem terénní práce je minimalizovat negativní důsledky užívání drog, motivovat klienta ke změně a monitorovat drogovou scénu v daném regionu (Kalina a kol., 2003b).

Do používaných **prostředků a metod práce** spadá výměna injekčního materiálu, poradenství, krizová intervence, motivační trénink, informační servis a monitoring drogové scény (Kalina, 2008).

2. Nízkoprahová kontaktní centra

Oproti terénním programům jsou již dostupná místně i časově v daném regionu a jsou pomyslnými dveřmi do systému služeb (podrobněji viz kap. č. 2.2).

3. Detoxifikační jednotky

Dalším stupněm v péči o uživatele drog jsou **detoxifikační jednotky**, jejichž **cílem** je pomoci klientovi zvládnout odvykací stav a intoxikaci návykové látky. Detoxifikační jednotky jsou buď *samostatně* v rámci nemocnice, nebo jsou *součástí* zařízení pro léčbu závislostí (např. v psychiatrických léčebnách – viz bod 7), (více viz Kalina a kol., 2003b).

Cílovou skupinou jsou lidé, kteří se připravují na další odvykací léčbu a vzhledem ke svému zdravotnímu stavu (či sociální situaci) potřebují snížit toleranci vůči droze.

Do základních **prostředků a forem práce** patří farmakoterapie, psychoterapie, sociální práce a strukturovaný program (Kalina a kol., 2008).

4. Substituční léčba

Substituční léčba probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních, a její podstatou je nahrazení ilegálně získávané návykové látky (aplikované nitrožilně) lékem předepisovaný lékařem (více viz Kalina a kol., 2003b).

Cílovou skupinou jsou klienti s dlouhodobou závislostí na látkách opiátového typu, klienti s opakovanými abstinenčními pokusy, těhotné ženy závislé na látkách opiátového typu (Kalina a kol., 2008).

Cílem substituční léčby je snížit užívání ilegálních drog a tím snížit i další rizika spojená s jejich užíváním (kriminalita, zdravotní a sociální poškození). Finálním cílem je abstinence klienta (Kalina a kol., 2003b).

Základní **metodou práce** je podávání substituční látky, dále pravidla a režim, psychoterapie (spíše podpůrná) a poradenství, sociální práce, také práce s rodinou a pracovní terapie (Kalina a kol., 2008).

5. Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je nabízena v zařízeních nezdravotnického i zdravotnického charakteru. Zařízeními poskytujícími ambulantní léčbu jsou ordinace AT, specializovaná ambulantní zařízení pro léčbu závislostí, běžné psychiatrické ambulance či psychologické poradny (nejsou již tolik vyhraněné na práci s lidmi se závislostí), (více viz Kalina a kol., 2003b).

Cílovou skupinu zde tvoří „motivovaní“ klienti, ale také klienti „nemotivovaní“ s nařízenou ústavní léčbou. Výhodou je, že klient setrvává ve svém podpůrném sociálním prostředí (nemusí tedy přerušovat školu nebo práci), (Kalina a kol., 2003b).

Cílem této služby je změna životního stylu klienta, životní stabilizace a příprava na léčbu v rezidenčním zařízení, snížení frekvenci užívání apod. (Kalina a kol., 2008).

Základní používanou **metodou práce** je farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie, poradenství a motivační trénink, kluby, volnočasové aktivity, svépomocné skupiny vedoucí k podpoře klienta v novém životním stylu (Kalina a kol., 2003b).

6. Denní stacionář

Denní stacionář je ambulantní zařízení s denním strukturovaným programem, označovaný za zařízení „na půl cesty“ mezi běžnou ambulanční a rezidenční léčbou (více viz Kalina a kol., 2003b).

Cílovou skupinu tvoří klienti v různé fázi rozvoje závislosti, kteří z různých důvodů nemohou být sami doma, a zároveň nepotřebují pobyt v nemocnici či jiné instituci.

Hlavním **cílem** je změna životního stylu, zlepšení psychického i fyzického zdraví, získání, udržení sociálních dovedností či rozvoj osobního zrání (Kalina a kol., 2008).

Do používaných **forem práce** spadají režim a pravidla, skupinová psychoterapie, komunitní setkání, individuální terapie a poradenství, sociální práce, pracovní terapie a sportovní, zátěžové a volnočasové aktivity (Kalina a kol., 2003b).

7. Střednědobá ústavní léčba

Střednědobou ústavní léčbou je rezidenční léčba ve zdravotnickém zařízení, které využívají prvky terapeutické komunity (např. režim, skupinovou psychoterapii, trénink odpovědnosti aj.). Vstup je obvykle **dobrovolný** (po absolvování detoxu), (více viz Kalina a kol., 2003b).

Cílovou skupinou jsou lidé od 15 let, problémoví uživatelé návykových látek (včetně alkoholu). **Cílem léčby** je stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu, řešení důsledků drogové kariéry, zvnitřnění motivace a abstinence, identifikace rizik relapsu (Kalina a kol., 2008).

Do základních **metod práce** patří strukturovaný program, režim a pravidla, léčebné společenství, skupinová a individuální psychoterapie, pracovní terapie a volnočasové aktivity. **Volnočasové aktivity** nelze chápat jako doplňkovou část programu, pomáhají pacientům obnovit smysl pro některé přirozené zdroje libosti (odměny), (viz kap. č. 1.1.1), zde zejména ze sociálních kontaktů, z uvolnění po sportu (Kalina a kol., 2003b).

8. Terapeutická komunita

Terapeutická komunita (více viz Kalina, 2008) je nezdravotnické rezidenční zařízení, kde probíhá zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie a kde klienti spolu určitou dobu žijí a kromě terapie mají společný i jiný program (pracovní a jinou činnost). Podmínkou

využití této služby bývá absolvování detoxu a zdravotní vyšetření (zejména na infekční nemoci) a sociální stabilizace (Kalina a kol., 2008).

Mezi **základní cíle** patří změna životního stylu, které dosahují osobnostním růstem. Dodání síly klientům, odolnosti proti selhání, změna vzorců sbedestruktivního myšlení a chování, učení se osobní odpovědnosti za sebe, své rozhodnutí. Osvojení si pracovních a hygienických návyků, změna negativního sebepojetí, získání reálného pohledu na sebe (Kalina a kol., 2003b).

Cílovou skupinu tvoří klienti závislí na návykových látkách, často s kriminální historií, s psychosociálním i somatickým poškozením ve věkovém rozmezí 18 – 35 let. Vstup do komunity bývá dobrovolný (Kalina a kol., 2003b).

Základními **metodami práce** je strukturovaný program, pravidla, setkání komunity, skupinová psychoterapie, individuální terapie, práce s rodinou, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity, sociální práce (Kalina a kol., 2008).

9. Doléčovací programy

Doléčovací programy se zaměřují na udržení změny v chování a životního stylu klienta, který získal během léčby či abstinence. Doléčování je nabízeno formou ambulantních skupin jednou týdně, nebo se může jednat o strukturovaný program doplněný *volnočasovými aktivitami* (Kalina a kol., 2008).

Základním cílem doléčovacích programů je udržení změny životního stylu, udržení abstinence, prevence relapsu, podpora osobnostního růstu a sociální stabilizace (Kalina a kol., 2008)

Cílovou skupinou jsou klienti, kteří absolvovali léčbu (ambulantně, rezidenčně) nebo klienti, kteří abstinují sami (alespoň 3 měsíce), jsou motivovaní, ale potřebují podporu (Kalina a kol., 2008).

Základními **metodami práce** je skupinová a individuální psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, chráněné bydlení, práce s rodinnými příslušníky a nabídka *volnočasových aktivit* (sloužících k integraci do běžného života, tj. běžné trávení volného času), (Kalina a kol., 2008).

2.2.1 Nízkoprahová kontaktní centra

Nízkoprahová kontaktní centra při poskytování služeb uplatňují **základní přístupy** v pomoci uživatelům drog, kam řadíme bio-psycho-socio-spirituální přístup (viz kap. č. 2.2.1.1), nízkoprahový přístup (viz kap. č. 2.2.1.2), dále přístup minimalizace poškození (viz kap. č. 2.2.1.3) a přístup ochrany veřejného zdraví (viz kap. č. 2.2.1.4).

Kontaktní a poradenské služby zahrnují kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování léčby (Kalina a kol., 2003b).

Kontaktní centrum je zařízení pro problémové uživatele drog s nízkou mírou motivace k léčbě, vyznačující se snadným přístupem ke službě, nízkoprahovostí, zachováním anonymity a využití služby není podmíněna abstinencí (Kalina a kol., 2008). Kontaktní centra mají být zaměřena na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné aktivity (Libra in Kalina a kol., 2003b).

Nízkoprahová kontaktní centra se člení na **nespecifická** (přispívají ke změnám v rizikovém vývoji – např. využívání volného času) a **specifická** (zahrnují sociální služby související s výchovou, vzděláváním a poradenskou či terapeutickou službou¹²), (Kalina a kol., 2003b).

Obecné cíle kontaktních center (Kalina a kol., 2003b):

- Minimalizace zdravotních a sociálních rizik u uživatelů drog a s tím související ochrana obecné populace.
- Motivace klientů ke změně životního stylu (s výhledem abstinence).

Specifické cíle kontaktních center (Kalina a kol., 2003b):

- Navázání kontaktu se skrytou populací uživatelů drog, vytvoření vzájemné důvěry.
- Minimalizace rizikového chování, zaměření se na změnu rizikových vzorců chování (zejména sdílení injekčního materiálu).
- Pomoc získat a udržet motivaci klienta směrem k léčbě.

¹²Srov. kap. č. 4.1.2, empirická část.

- Příprava klientů na spolupráci s návaznými institucemi léčebné péče, minimalizace nedokončených léčebných pobytů (tj. práce s motivací).
- Zabezpečení základního zdravotního, hygienického a potravinového servisu.
- Sociální stabilizace.
- Zvýšení informovanosti a vzdělávání klientů.
- Zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti (Kalina a kol., 2003b).

Klienti kontaktních center¹³

Cílovou skupinou jsou osoby experimentující s návykovými látkami, závislí a problémoví uživatelé návykových látek, kteří nejsou motivováni k abstinenci.¹⁴

V kontaktních centrech se uvažuje o postupné **specifikaci cílové skupiny** na charakteristické podskupiny (etnické minority, ženy-muži, klienti v konfliktu se zákonem, víkendoví uživatelé syntetických drog) a specifikovat pro ně programy – co, v jaké fázi, pro koho (viz kontaktní centra nespecifická a specifická), (Libra in Kalina, 2003b).

Poskytované služby v kontaktních centrech

Základní činnosti kontaktních center vymezuje Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, do 3 oblastí; první jsou **sociálně terapeutické činnosti**, další oblastí je pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, a poslední je poskytování podmínek pro osobní hygienu.¹⁵

Standardy odborné způsobilosti¹⁶ rozdělují služby na **nízkoprahové a strukturovanou odbornou péči**, kam mimo jiné řadí strukturované aktivity nabízející určitý rozsah a frekvenci individuálních či skupinových terapeutických úkonů, případně nabízí doplňkové aktivity (např. ženské programy). Skupinová práce s klienty je vnímaná zejména

¹³ Srov. kap. č. 1.2.3, empirická část.

¹⁴ Standardy odborné způsobilosti - speciální část (dostupné na www.cekas.cz).

¹⁵ Více viz Vyhláška č. 505/2006, Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

¹⁶ Standardy odborné způsobilosti - speciální část (dostupné na www.cekas.cz).

jako podpora obecných cílů, řešení aktuálních problémů v krátkodobém časovém úseku (několika týdnů).

Obecné spektrum služeb v kontaktních centrech (Kalina a kol., 2003b):¹⁷

1. Kontaktní práce – navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry a zjištění zakázky klienta.

2. Výměnný program – výměna injekčního materiálu, distribuce tzv. „harm reduction materiálu“ (sterilní voda, alkoholové tampony, filtry, lžičky aj.).

3. Základní zdravotní péče – základní zdravotní ošetření poranění, absesů, testování na HIV a hepatitidy aj.

4. Základní poradenství – zaměřené na změnu rizikových vzorců chování klientů. Týká se zdravotní a sociální oblasti klienta, dále minimalizace rizik spojených s užíváním drog, informace o léčbě, zprostředkování, odkaz na další instituce.

5. Vzdělávání a předávání informací – jde nejčastěji o tzv. informační servis, zahrnuje poskytování písemných i ústních informací o rizicích spojených s užíváním drog, bezpečnější způsoby aplikace, ale také o informace o možnostech léčby, sociálních služeb, apod.

6. Sociální práce – pomoc klientovi s vyřizováním dokladů, hledání zaměstnání, evidence na úřadu práce a jiné instituce. Zahrnuje v sobě asistenci, která slouží k podpoře a aktivizaci klienta.

7. Krizová intervence.

8. Poradenství pro rodinné příslušníky a blízké – jednorázová, případně krátkodobá práce s blízkými osobami klienta.

9. Strukturované poradenství a motivační rozhovory – má za cíl klienta motivovat směrem k abstinenci, strukturované terapii.

10. Další služby – potravinový, hygienický, vitaminový servis, praní prádla (Kalina a kol., 2008).

¹⁷ Srov. kapitola č. 4.1 empirická část.

Motivační rozhovory¹⁸

Práce s motivací je v léčbě závislostí zásadním fenoménem. V kontaktních centrech mají motivační rozhovory specifické postavení vzhledem k jejich cílům (viz výše), (Kalina a kol., 2008).

Miller a Rollnick (2003) spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závisilými klienty v přesunu odpovědnosti za změnu na klienta. Úkolem terapeuta zůstává vytvořit prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci. Vývoj motivace k minimalizaci rizik (případně k léčbě) přesto není výlučně věcí klienta, ale pracovník odpovídá za proces a klient za výsledek (Miller, Rollnick, 2003).

Motivaci lze včlenit do nejrůznějších forem terapie. Metody motivačních rozhovorů je příkladem krátkých přístupů v psychoterapii a strukturovaném poradenství u uživatelů drog, charakteristické nekonfrontačním přístupem. Vychází z Rogersovské terapie (na klienta orientované) a odmítají dvojitého přístup k motivaci (klient buď motivovaný je, nebo není). Motivační rozhovory předpokládají, že lidé jsou ve skutečnosti motivovaní, ale stav připravenosti ke změně kolísá a je ovlivněn množstvím různých vnitřních faktorů a vnějších podmínek (Miller, Rollnick, 2003).

Základním cílem motivačních rozhovorů je dosáhnout změny ve smyslu bezpečnějšího, úspěšnějšího životního stylu (snižování užívání drog - snižování škod ve smyslu harm reduction nebo při motivaci k trvalé abstinenci), (Kalina a kol., 2008).

2.2.1.1 Bio-psycho-socio-spirituální přístup

Přístupy v péči a pomoci vycházejí z **přístupu** bio-psycho-socio-spirituálního. V tomto přístupu vycházíme z předpokladu, že drogová závislost vzniká v průběhu vývoje ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Díky tomuto vývojovému hledisku lze na závislost nahlížet jako na „vyléčitelnou“, tj. za příznivých vnitřních a vnějších podmínek může člověk svoji závislost vývojově „přerůst“, tj. překonat (Kalina a kol., 2003a), (viz kap. č. 3.1).

V rámci terciální prevence (viz kap. č. 2.1) se využívají přístupy na **biologické úrovni** zabývající se základní péčí o zdraví uživatelů drog (zejména **výměnný program a**

¹⁸ Více viz Miller, Rollnick, 2003.

jiné harm reduction activity). Díky zprostředkování zdravotnické péče se zlepšuje zdravotní stav u rizikové populace a předchází se zdravotnímu poškození, které s sebou nese i riziko epidmiologické (viz kap č. 2.2.1.4).

Dále využívá přístupy z **úrovně sociální**. Ty mívají podobu konkrétní pomoci uživatelům drog (Kalina a kol., 2008).

Kalina a kol. (2003a) zmiňuje **sociální a sociálně-pedagogický přístup**, který chápe jako součást bio-psycho-socio-spirituálního přístupu. Pro navrácení sociálních dovedností využívá metody sociálního a výchovného poradenství, vedení, intervence a asistence, resocializace, reedukace, rekvalifikace, nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedností, často využívající chráněného prostředí.

Psychologická úroveň zahrnuje v terciální prevenci komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, motivační trénink, prevence relapsu, rodinné poradenství a edukace rodiny. Za významnou považujeme i psychologickou podporu v terminálních fázích vývoje závislosti, kdy medicínská pomoc již selhává nebo není jedincem akceptovaná (Kalina a kol., 2008).

Spirituální úroveň je zaměřena na alternativní terapie (relaxace, masáže, holotropní dýchání). Potřeba morálky a potřeby člověka patří k normálnímu životu, k překonávání krize a uzdravování z nemoci – tedy i k léčbě drogových závislostí (Kalina a kol, 2003a).

Spirituální úroveň má pomoci nemocným v terminálním vývoji choroby AIDS dojít ke smíření s fyzickou smrtí (Kalina a kol., 2008).

2.2.1.2 Nízkoprahový přístup

Kalina a kol. (2008) vymezuje nízkoprahový přístup jako **odborný program**, který si klade za cíl oslovit co největší počet osob. Program je utvořen tak, aby **nestavěl bariéry**, které by bránily uživatelům drog či jejich blízkým **službu využít** (tj. je přístupný komukoliv bez dalších nároků či stanovených omezení).

Kromě nízkoprahového přístupu (služby) existují v systému péče o uživatele drog přístupy **prahové** (které některé z charakteristik nemají, respektive po klientovi již něco vyžadují, např. přijít na smlouvanou dobu) a přístupy **vysokoprahové** (jsou již přesně vymezeny, spadají sem např. rezidenční léčby v terapeutických komunitách), (Kalina a kol., 2003b).

„Nízkoprahový přístup je charakteristický:

- **anonymitou,**
- **bezplatností,**
- **bez nutnosti objednání** (v pracovní době může přijít kdokoliv a není třeba si předem sjednávat schůzku za již promyšleným účelem),
- **není kladen nárok na abstinenci** – nízkoprahové programy jsou určeny především aktivním uživatelům drog,
- **dostupností v čase a prostoru** (tj. služby jsou nabízeny v odpoledních a večerních hodinách, snadno dostupná z centra města),
- **volba nabízených služeb** – klient si vybírá, kterou službu využije, přičemž každý program má určena pravidla pro jejich využívání,
- **individuální přístup** ke každému klientovi programu (přístup ke klientovi není určen předem danými schématy – pracovník zjišťuje potřeby každého uživatele drog, se kterým přijde do kontaktu a na základě zjištěných informací společně hledají možná řešení).¹⁹

2.2.1.3 Přístup minimalizace poškození („harm rduction“)

Přístup „harm reduction“ (dále jen „HR“) znamená „snižování škod/poškození“ a je vnímán jako **pilíř protidrogové politiky**, jako program **výměny injekčního materiálu**, jako **časná intervence** v nízkoprahových programech apod. Ale především by měl termín HR představovat přístup, optiku, skrze kterou se na drogovou problematiku díváme (Kalina a kol., 2008).

Přístup „harm reduction“ vznikl z přístupu „public health“ (viz kap č. 2.2.1.4). Přístup „public health“ sleduje **ochranu celé společnosti** před přenosem a šířením infekčních onemocnění, zatímco HR klade důraz na osobní zodpovědnost, **individuální potřeby** a perspektivy uživatelů drog (Kalina a kol., 2008).

¹⁹ Hrdina, Korčíšová in Kalina, 2008, s. 105.

Přístup HR je v nízkoprahových programech spojován také s pojmem **časné intervence**, které jsou důležité při práci s jednotlivcem v začátku jeho užívání nebo v začátku kontaktu s odbornými službami (Kalina a kol., 2008).

„Časnými intervencemi se rozumí krátkodobé odborné postupy navazující na časnou detekci; tj. na zjištění problémů s užíváním návykových látek dříve, než dojde k závažnému psychickému, somatickému a/nebo sociálnímu poškození či vzniku závislosti.“²⁰

HR je definován (Kalina a kol., 2008) jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum od **bezpečnějšího užívání** po strategie vedoucí k abstinenci. HR pracuje s klienty „tam, kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na způsob aplikace.

Přístup HR vychází z **pragmatičnosti**, který akceptuje, že psychoaktivní látky měnící vědomí jsou trvalým rysem lidských společností (a život bez drog je nerealistický cíl). Dalším rysem HR jsou **humanistické hodnoty**, které akceptují klientovu situaci (tj. klient drogy užívá a nechce nebo nemůže přestat). Akceptace rozhodnutí uživatele drogy užívat, není totožná se schvalováním či podporováním v užívání drog, přestože HR neprosazuje ani nevyklučuje abstinenci. Intervence, které stoupenci HR prosazují, **podporují abstinenci** vnímanou jako speciální „podmnožinu“ HR (Kalina a kol., 2008).

Přístup HR je zaměřen na **bezprostřední, realistický a dosažitelný cíl**, aby odpovídaly na **aktuální potřeby** klienta (Kalina a kol., 2008).

Zaměření na poškození je prioritou HR, snížit negativní dopady přímo u uživatele, nebo snížit užívání drog jako takové. Snížení škod může být vnímané ve změně způsobu užívání, snížení dávek, ale především se snaží snížit rizika v oblasti **bio-psycho-sociální**. HR rozlišuje **poškození na více úrovních** – individuální, komunitní a na úrovni společnosti a rozlišuje typy poškození na zdravotní, sociální a ekonomické (Kalina a kol., 2008).

HR bývá v souvislosti s návykovými látkami spojován se **službami výměnného materiálu** a prevencí infekčních chorob (Kalina a kol., 2003a).

²⁰ Kalina a kol., 2008, s. 99.

2.2.1.4 Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“)

Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“) vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Přístup veřejného zdraví sleduje **ochranu populace**, především před přenosem závažných infekčních nemocí (AIDS, hepatitidy typu B a C). U jeho vzniku byla významná epidemie viru HIV. Soustředil se na **sdílení jehel a stříkaček** při intravenózním užívání drog a na rizikový pohlavní styk jako na významné zdroje, jimiž se HIV šíří. Z toho se vyvinuly postupy HR (viz kap. č.2.2.1.3).

Přístup public health nabízí bezprostřední **zdravotnickou pomoc, informace a vzdělávání**. Předpokládají, že informovaní klienti se mohou na základě svých znalostí sami rozhodnout, co je pro ně nejlepší (Kalina a kol., 2003a).

3 VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY JEDINCE

Cílem této kapitoly je popsat určité aspekty jedince, které autorka považuje za důležité u uživatelů drog, a jejichž pochopení má význam při práci s nimi na překonávání závislosti skrze zvládnutí vývojových krizí, čímž může dojít k osobnostnímu růstu a odklonu od patologického vývoje (tj. člověk svou závislost „přeroste“). Dalším cílem této kapitoly je popsat dílčí oblasti osobnosti, které se dotýkají výzkumu (viz kap. č. 4.3.1, empirická část)

Osobnost jedince, obzvláště pak uživatele drog determinují motivy, potřeby, hodnoty. Veškeré informace o jeho osobnosti jsou tím nejlepším zdrojem k využití těch nejlepších prostředků ke změně chování skrze různé metody a formy práce (viz kap. č. 4).

V první části kapitoly se zabýváme specifikami psychického vývoje, dále se věnujeme motivaci, motivům, potřebám, hodnotám a zájmům, které jsou vzájemně propojeny a které považujeme za významné pro práci s uživateli drog.

3.1 Vývoj a osobnost jedince

„**Učením** rozumíme proces navozený vnitřními nebo vnějšími podněty k psychické činnosti, pokud tento proces vede k přetrvávajícím změnám psychických procesů a vlastností.“²¹ Psychický vývoj není bez učení možný. Některé případy učení mají pro vývoj zásadní význam, někdy je učení formující člověka pozitivní, jindy spíše vývoj brzdí (Říčan, 2010).

V psychickém vývoji jedince existují **senzitivní období**, ve kterých je psychika jedince k určitým vlivům více vnímavá. Jestli se toto období plně nevyužije, může vzniknout defekt, kdy některá složka v osobnosti chybí, je oslabena či deformována. Tento defekt lze později kompenzovat jen za zvláštních podmínek (Říčan, 2010).

Během vývoje osobnosti jsou období klidného růstu a období bouřlivější přestavby. Dění, ve kterém vše vrcholí, nazýváme **krizí**. Krize může být způsobena významnou individuální událostí, nebo k ní může zákonitě vést psychický vývoj, ke kterému dochází, dostanou-li se hybné síly vývoje do ostrého rozporu. Jde tedy o stav, kdy jedinec nemůže

²¹ Říčan, 2010, s. 164.

zůstat takovým jakým byl dosud a cesta kupředu není otevřená nebo je velmi nesnadná (Říčan, 2010).

Vývojová stádia E. H. Eriksona

E. H. Erikson (in Říčan, 2010) navrhl a popsal osm vývojových stádií člověka, z nichž každé je charakteristické nějakým typem **konfliktu**. Přejod z jedné fáze do druhé často provází **krize**. Pokud je tato krize jedincem zvládnuta, dochází k růstu a zrání (Šimíčková Čížková, 2003). Pokud konflikt není vyřešen, jedinec odchází s pocitem méněcennosti a jeho další vývoj může stagnovat. Jedno vývojové stádium je závislé na druhém, navazují na sebe chronologicky i hierarchicky (více viz Říčan, 2010).

3.2 Motivace

„**Motivace** je pohnutka k jednání. Zatím značně nejednotný, nejčastěji chápán jako intrapsychický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, energizace organismu; projevuje se napětím, neklidem, činností směřující k **porušení rovnováhy**; v zaměření motivace se uplatňuje *osobnost jedince*, jeho *hierarchie hodnot* i *dosavadní zkušenosti*, schopnosti a naučené *dovednosti*; za nežádoucí motivace jsou považovány strach, úzkost, bolest aj.“²²

„**Pojem motivace** vysvětluje psychologické důvody chování, jeho subjektivní význam a současně vysvětluje pozorovanou variabilitu chování, proč se různí lidé orientují na různé cíle. Některé z těchto charakteristik, však nelze zcela spolehlivě odlišit od účinků učení (právě např. zmíněnou variabilitu chování), neboť různí lidé se v téže situaci chovají různě, podle toho, jak se v ní naučili dosahovat těchž cílů. Příkladem je **různý způsob, jakým lidé uspokojují tytéž potřeby**.“²³

Říčan (2010) vymezuje **motivaci** jako souhrnné označení pro motivy a jejich působení. Dále vymezuje motiv, který chápe jako faktor, který uvádí věci do pohybu, a to ve fyzikálním prostoru nebo psychickém (v přeneseném smyslu) – pohyb myšlenek, představ, přání aj. Motiv uvádí do pohybu činnosti či procesy. **Motiv** je cokoli, co **vede k aktivitě**.

²² Hartl, 1993, s. 110.

²³ Nakonečný, 2004, s. 12.

Často je **motiv** chápán jako **potřeba**, obzvláště když se má zdůraznit **nedostatek** cílového předmětu.

Říčan (2010) dále mluví ve vztahu k motivu o **homeostatickém modelu** (nedostatek a vybití). **Model nedostatku** vychází z pocitu prázdnoty, která vyžaduje naplnění (např. hlad, žízeň, ale i potřeba vzdělání, svobody). **Model vybití** popisuje motivaci, která vede k uspokojení a uklidnění tehdy, když organismus ze sebe něco vydá, něčeho se zbaví (např. vybití ze sebe vztek, odreagovat se). Tyto modely předpokládají, že po nasycení či odreagování dojde ke stavu rovnováhy, vyrovnání. Jsou případy, kdy tento model selhává (v případě agrese, která nenaráží na odpor, neustává, ale stupňuje se), (Říčan, 2010).

Motiv je možné chápat v užším smyslu jako **vědomé záměry či vědomé cíle jednání**. V užším smyslu vyjadřují cíle chování obecně, tedy také **nevědomé účely chování** (Nakonečný, 2009).

Chování je aktivita, která zprostředkovává vztah mezi **potřebou** a jejím uspokojením, **motiv** pak vyjadřuje obsah tohoto uspokojení. **Motivace** je proces, který se odehrává na základě **motivačního stavu**. V motivačním stavu se odráží nějaký deficit ve fyzickém či sociálním bytí, směřující k odstranění tohoto deficitu, jehož odstranění je prožíváno jako určitý druh uspokojení. Výchozí **motivační stav** charakterizovaný nějakým **deficitem** lze označit jako **potřebu** (Nakonečný, 2004).

3.2.1 Potřeby

Hartl (1993) definuje **potřebu** jako „nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit; též stav organismu člověka, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti.“²⁴

Doplňujícím pojmem k potřebám jsou **hodnoty**, jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány. Hodnoty jsou ve vývoji lidstva proměnlivé, oproti systému potřeb, které se **podstatně nemění** (Hartl, 1993).

Potřeby (aktuální nebo trvalé) společně s vnitřním „vyladěním“ se stávají **motivujícím činitelem** člověka (Nakonečný, 2004).

²⁴ Hartl, 1993, s. 152.

Říčan (2010) zahrnuje do **primárních fyziologických potřeb** potřebu kyslíku (nadechnutí), potřeba zbavit se oxidu uhličitého (vydechnutí), potřeba vody, potravy, smyslových podnětů, sexuální potřeba, potřeba vyhnout se bolesti²⁵, horku, chladu, poškození, potřeba spánku, potřeba laktace, vyměšování a další. **Primární potřeby** jsou proto primární, jelikož jejich uspokojování je nutné pro zachování života jedince či rodu, jsou zajišťovány instinktivními mechanismy.

Z psychologického hlediska k **primárním fyziologickým potřebám** jsou blízké i **sekundární potřeby vzniklé na základě návyku** (alkohol, heroin a jiné drogy), jedná se o syndrom závislosti (viz kap. č. 1.1). Tyto potřeby, pokud dojde k návyku, jsou stejně silné jako potřeba potravy a nápoje a dochází k hlubokým změnám celé osobnosti (Říčan, 2010).

Vztah mezi **primárními potřebami** psychologickými a fyziologickými je složitý, protože se potřeby vyvíjejí na vrozeném základě, který z části tvoří fyziologické potřeby. Z tohoto důvodu je možné chápat **psychologické potřeby** jako *deriváty* („odnože“) **fyziologických potřeb** (Říčan, 2010).

Potřeby představují **cíle lidského chování**, proto potřeby vysvětlují a skrze ně se chápe chování člověka (Nakonečný, 2009). **Potřeby** jsou biologicky determinované a formované vnějšími vlivy (Plháková, 2008).

Maslowova hierarchie potřeb je sestavena z hlediska jejich **naléhavosti** od nejnižších po vývojově nejvyšší.

Maslowova hierarchie potřeb (Nakonečný, 2009):

A. Základní potřeby:

1. Fyziologické potřeby.
2. Potřeba bezpečí (ve chvíli ztráty pocitu jistoty, nebezpečné situace).

B. Psychologické potřeby:

1. Potřeba sounáležitosti a lásky.
2. Potřeba uznání (potřeba kompetence, výkonu, respektu).

C. Seberealizace, potřeby sebeaktualizace.

²⁵ Srov. kapitola č. 1.1.

Neuspokojené potřeby nižší úrovně vždy vítězí v konfliktu nad neuspokojenými potřebami vyšší úrovně (Plháková, 2008). Dělení potřeb dle Maslowa do tří základních skupin. Základní potřeby a psychologické potřeby jsou souhrnně označeny jako **nedostatkové, deficientní**. Tyto potřeby chápe jako podmínku k udržení **fyzické a psychické rovnováhy**. Deficientní potřeby dále dělí na *nižší* (fyziologické potřeby, potřeby bezpečí) a *vyšší* (potřeba lásky, sounáležitosti a uznání). Uspokojování vyšších nedostatkových potřeb zajišťuje duševní pohodu, ale i **rozvoj osobnosti** (Plháková, 2003).

Třetí skupinu potřeb tvoří potřeby seberealizace (sebeaktualizace), které se nazývají jako *růstové* potřeby (též metapotřeby nebo **potřeby bytí**), jejichž uspokojováním se jejich intenzita nesnižuje, ale roste (Plháková, 2003).

Uspokojování potřeb

Uspokojování základních potřeb rozlišuje Maslow (in Nakonečný, 2009) do dvou základních vzorců. Prvním je **redukce potřeb** (redukce hladu nasycením, redukce strachu dosažením pocitu jisty). Druhým vzorcem uspokojení metapotřeb je, kdy je uspokojování těchto potřeb fakticky **neuspokojitelné** a jejich motivační vliv je trvalý (což je charakteristické pro zájmy), (Nakonečný, 2009).

Jiný pohled na uspokojování potřeb je v požadavku mít **pouto k druhým lidem**, nejméně k jednomu. Glasser (2001) tvrdí, že po celou dobu našeho života potřebujeme mít nejméně jednoho člověka, který o nás stojí a o něhož stojíme i my. Jako terapeuti je možné s klienty pracovat a dávat jim dobře míněné rady, ale dokud jedinec nebude mít odpovídající vztah, nelze mu pomoci natolik, aby dokázal uspokojit své potřeby. (Glasser, 2001).

Pokud potřeby nejsou uspokojovány, dochází k jejich **frustraci či deprivaci**. Frustrace je častá varianta zátěže, která bývá překonána odložením uspokojení či posílením vytrvalosti řešení vzniklého problému, případně **změnou motivu** (Vágnerová, 2002).

Deprivace zahrnuje stav, kdy „některá z objektivně významných potřeb, biologických, i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu“²⁶

²⁶ Vágnerová, 2002, s. 36.

3.2.2 Zájmy a zájmová činnost

Hartl (1993) definuje zájem jako „schopnost trvalejšího zaměření, soustředění na určitou činnost, s výrazným emočním doprovodem; stimuluje myšlení, paměť, vůli a jiné psychické procesy.“²⁷

Říčan (2010) chápe zájmy jako zvláštní druh **motivů**, jejich základem jsou **primární potřeby**, zvláště psychologické.

„**Zájem** můžeme definovat jako odvozenou **potřebu**, která se uspokojuje *prováděním* určité činnosti.“²⁸

Zájem obsahuje tři prvky: prvním je **mobilizace pozornosti**, druhým **citový vztah** a třetím jsou **snahové tendence** (Lacerbeau, in Nakonečný, 2009). Nejde jen o příklon pozornosti, ale o zaujatý zájem, přičemž **poznávání** (což není totožné s potřebou poznávání) je dominantním prvkem. Zájmy přitahují pozornost trvale a aktivně a jedinec jejich „pěstování“ ochotně přináší různé oběti. Zájmy vedou do hlubin osobnosti a v jejich pozadí stojí potřeba či celý komplex potřeb (Nakonečný, 2009).

Uspokojování zájmů je analogické uspokojování potřeb růstu (viz Maslowova hierarchie potřeb, kap. č.3.2.1), kdy se uspokojováním zájmů zesiluje jejich motivační naléhavost (např. každý nový předmět do sbírky motivuje k dalšímu sběratelskému úsilí), (Nakonečný, 2009).

Existuje tolik zájmů, kolik je činností, které člověka těší. **Zájmy** představují část struktury osobnosti, kterou je možné **nejsnadněji ovlivnit**. Zájmy lze zesilovat, zeslabovat i vytvářet (záměrným působením), a to daleko spíše než primární potřeby nebo hodnotové orientace. U jedince je možné vzbudit zájem nebo naopak odpor (nucením k činnosti), (Říčan, 2010).

Pedagogika vnímá zájem z hlediska výchovy, usměrňování a formování a **psychologie** vnímá zájem jako osobnostní jev. Pedagogika zájmů se věnuje existujícím zájmům a snaží se vytvářet a ovlivňovat podmínky pro vznik nových. Potlačuje zájmy nežádoucí z hlediska jednotlivce i společnosti (Hájek, 2007).

²⁷ Hartl, 1993, s. 238.

²⁸ Říčan, 2010, s. 108.

Hájek (2007) chápe zájmové činnosti jako cílevědomé aktivity zaměřené na uspokojování individuálních potřeb a zájmů, které mají silný vliv na **rozvoj osobnosti**.

3.2.3 Postoje, hodnoty

Hartl (1993) definuje postoj jako „sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace, a na sebe sama. Jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění.“²⁹ Postoje se získávají v průběhu života (zejména vzděláváním, širšími sociálními vlivy – jako je veřejné mínění, sociální kontakty aj.) a jsou relativně trvalé (Hartl, 1993).

Postoje, jako zvláštní prvky ve struktuře osobnosti, nejsou jednoznačně vymezeny. Postoje jsou chápány jako formy motivů. Důležitým aspektem vztahu člověka ke světu je hodnocení, které je výsledkem poznávání a cítění (Nakonečný, 2009). Postoj může být vymezen jako **hodnotící vztah**, jelikož vztah k hodnotám tvoří obsah postojů. Je možné rozeznávat tři složky postoje:

- Kognitivní – postoje vznikají na základě určité *informace*.
- Emocionální – postoje vznikají na základě *pocitu*.
- Konativní – postoje vznikají na základě určitého *způsobu chování* vůči objektu (Nakonečný, 2009).

Znalost postoje jedince (např. k rodině, pracovnímu kolektivu atd.), usnadňuje předpovědět jednání tohoto jedince spíše, než kdybychom vycházeli jen ze znalosti jeho schopností, temperamentu a síly primárních potřeb (Nakonečný, 2009).

Postoje mohou být elementární (mají malý význam), obecnější (k rodině) a nejobecnější postoje, které určují celý životní styl a orientaci člověka ve světě. Takovéto postoje se nazývají hodnoty či **hodnotová orientace**. Hodnotové orientace jsou blízké k některým zájmům (Říčan, 2010).

Hartl (1993) uvádí hierarchii hodnot jako systém hodnot uspořádaný podle důležitosti, určuje životní styl a morálku člověka.

²⁹ Hartl, 1993, s. 151.

Individuální systém hodnot si utváří každý jedinec sám vlivem životních podmínek a vlastní aktivitou. Hodnotová orientace člověka se projevuje v protikladu, zda mít, či být (blíže viz Pávková a kol., s 29).

4 EXPRESIVNÍ PŘÍSTUPY

Cílem kapitoly je popsat různé vědní disciplíny, které pracují s lidmi **terapeutickým** či **edukačním** způsobem za pomoci *expres* (nejčastěji skrze *médium*), které souhrnně nazýváme „**expresivní přístupy**“. Záměrem není podrobný popis každé disciplíny, jejich technik, ale spíše jde o uvědomění si hranic a blízkosti jednotlivých disciplín.

Tato kapitola sloužila jako podklad i inspirace v přípravě a sestavení projektu volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci (viz kapitola č. 4.2.1, empirická část).

Před zaměřením se na expresivní přístupy považujeme za důležité zmínit **psychoterapii**, ze které expresivní terapie vycházejí. Zároveň se věnujeme odlišení psychoterapie od jiných činností.

Zmínit se o **pedagogice volného času** považujeme za důležité vzhledem k empirické části této práce, ale také proto, že i ve volném čase můžeme využívat k edukativním, případně terapeutickým cílům, *expresi*.

Závěr kapitoly je doplněn o zkušenosti z arteterapie v kontaktním centru.

4.1 Rozlišení psychoterapie od jiných činností

„**Psychoterapie** je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.“³⁰

„**Psychoterapie** je odborná, záměrná, cílevědomá aplikace psychologických prostředků použitých za účelem pomoci lidem měnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.“³¹

Müller (2005) vymezuje **terapii** jako „způsob odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně.“³²

³⁰ Vymětal, 2004, s. 20.

³¹ Müller, 2005, s. 25.

³² Müller a kol., 2005, s. 13.

Terapii aplikují terapeuti, které vycházejí z nejrůznějších zdrojů a využívají nejrůznějších prostředků, metod, technik a forem práce (Müller a kol., 2005).

Pro veškeré terapie vždy platí (Müller a kol., 2005):

- a) *probíhají v určitém prostředí a čase,*
- b) *mají organizační formu (individuální, skupinovou),*
- c) *odpovídají určité orientaci terapeuta,*
- d) *závisí na věku, příčinách nebo symptomech,*
- e) *jsou zaměřeny léčivě, ale také preventivně či rehabilitačně (tj. zmenšování rizik vzniku a rozvoje dalších potíží)*

Společnými faktory psychoterapie jsou pozitivní očekávání klienta (důvěra v terapeuta a léčbu), autentický terapeutický vztah. Hawthornský efekt předpokládá, že zlepšení stavu klienta je důsledkem zvýšení pozornosti terapeuta vůči klientovi (Prochaska, Noccross, 1999).

Psychoterapii je možné odlišit od **jiných činností**, zejména v těchto směrech:

- f) *čím působí* (léčebné působení psychologickými prostředky),
- g) *na co působí* (psychoterapie působí na nemoc, poruchu či anomálii),
- h) *čeho má dosáhnout* (psychoterapie má odstranit či zmírnit potíže a podle možností i odstranit jejich příčiny),
- i) *co se při ní děje* (v průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta) a
- j) *kdo působí* (psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba), (Kratochvíl, 2007).

K terapeutické činnosti patří práce s člověkem buď **individuálně nebo ve skupině**:

Individuální terapie zpravidla znamená setkání pacienta a terapeuta. Specifické podmínky individuální terapie vyžadují postupy zaměřené na práci s tělem (**relaxační techniky**), případně činnostní terapie (**expresivní terapie**), (Vymětal, 2004).

Skupina může být uzavřená, která trvá ve stejném složení klientů po předem stanovený počet sezení. Otevřená skupina je typická tím, že umožňuje lidem aby odcházeli a

přicházeli jak se klientům zachce. Polouzavřená skupina má většinou podmínku docházky (Liebmann, 2005).

Terapie ve skupině je vymezení určitého počtu pacientů, kteří se střetávají za účelem terapie a kde jsou více méně léčeni samostatně. Terapie skupiny je zaměřena na kooperaci a komunikaci ve skupině (Vymětal, 2004).

Kratochvíl (2006) popisuje dvojí rozlišné **formulace cílů** v psychoterapii. První se zaměřuje na odstranění chorobných příznaků. Druhým cílem je reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturační, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti, kdy je osobnost přetvářena ve směru správné adaptace nebo zrání (Kratochvíl, 2006).

Psychoterapie může být **systematická** (je tedy o hlavní postup při prevenci, léčbě a poruše zdraví) nebo **podpůrná či doplňková** (často v kombinaci s farmakoterapií, ale i **expresivní přístupy** jsou používány jako doplňkové), (Vymětal, 2004).

Podpůrná psychoterapie není zaměřena na změnu osobnosti, poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové, jaká je (což lze nadneseně vnímat jako „přístup HR v terapii“). Zdůrazňuje pozitivní rysy osobnosti, vede k důvěře ve vlastní síly a pomáhá při řešení aktuálních problémů (Kratochvíl, 2006).

4.2 Expresivní terapie

„Exprese, resp. výraz je projektivní vyjádření obsahu v mimických a pantomimických projevech, v neverbálních a verbálních hlasových projevech, v gestech, v pohybových vzorcích, ve výtvarných a muzických projevech i v produktech záměrné i nezáměrné činnosti člověka.“³³

Exprese jako **projev emocí** a nástroj projekce sděluje pouze to, co autor sdělit chce. V tomto smyslu je exprese vstupem do **odkrývání** své vlastní tváře. Navíc exprese slouží k **(sebe)vyjádření**, není určena k předání zprávy (postrádá vědomí sdělování). Autor má s expresí spojený zážitek tvorby. Exprese je také nástrojem individuality, dává prostor k jedinečnosti a seberealizaci. Exprese se tak stává jedinečným nástrojem k poznání pravého světa člověka (Slavík, 1997).

³³ Slavík, 1997, s. 104.

Expresivní terapie (Arteterapie v širším smyslu) lze definovat jako „odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobností strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Umělecké prostředky jsou dány jednotlivým druhem umění – dramatické, hudební, literární či výtvarné“³⁴

Terapeuticko-formativní přístupy se odvíjí od psychoterapeutických škol, které jsou převážně **činnostního charakteru**. Tyto cíleně využívají specifických lidských činností k terapeutickým a formativním cílům a účelům (Müller in Ludíková, Renotierová, 2003).

Speciálněpedagogické terapie navazují na **léčbu** (příp. ji doplňují), slouží jako druh pomoci při potížích vyplývajících ze **sociálněadaptačních** odlišností. Současně jsou zaměřeny na důsledky těchto problémů, které se projevují ve snížených schopnostech (tedy neschopnosti) normální **životní seberealizace**, která zahrnuje zejména vzdělání, práci, bydlení a *zájmové aktivity* (Müller a kol., 2005).

Expresivní postupy v sobě zahrnují různé postupy, které jsou většinou používány jako doplňkové či podpůrné terapie (Vymětal, 2004).

Expresivními postupy v psychoterapii rozumíme takové metody, při kterých je možno se vyjadřovat verbálně i neverbálně prostřednictvím **specifického média** (uměleckého, pohybového). Toto médium usnadňuje, umocňuje a často posunuje spontánní vyjádření vnitřních procesů a stavů jedince do symbolické roviny, které jsou běžnými postupy pomaleji nebo obtížněji dostupné (Hanušová in Vymětal, 2007).

Prostředkem expresivních postupů může být **dramatická metoda** (psychodrama, dramaterapie), hra (terapie hrou), **výtvarný projev** (arteterapie), hudba (muzikoterapie), pantomima a pohyb (psychogymnastika). Jednotlivé prostředky lze kombinovat (Hanušová in Vymětal, 2007).

Specifika použití expresivních postupů (Hanušová in Vymětal, 2007):

Expresivní postupy umožňují **projekci vnitřních obsahů** a vzorců chování do výtvoru. Takto lze hlouběji poznat i témata nepřístupná, potlačená, nevědomá.

³⁴ Müller in Ludíková, Renotierová, 2004, s. 65.

Expresivní metody umožňují „obejít“ **obrané mechanismy** pacienta, což je důvodem, proč s těmito metodami zacházet citlivě, vhodně je načasovat a pracovat s interpretacemi tak, aby pacient sám dosáhl vhledu do souvislosti mezi svými symptomy, životními událostmi a osobnostními faktory.

Komunikace s pacienty může být vedena **symbolikou** artefaktu. Takovýto způsob komunikace je prožíván pacienty jako méně ohrožující a zraňující, a přitom díky němu lze proniknout do hloubky nevědomých úrovní. Umělecký prostředek umožní komunikaci i tam, kde by byla jinak obtížná nebo nemožná.

Tvořivá činnost má autosanační potenciál především v tom, že při ní mohou zažít úspěch a radost. **Prožitky** spojené s uměleckým médiem (uvolnění, aktivizace, radost z tvořivosti a hry) podporují rozvoj zdravých složek osobnosti pacienta.

V expresivních postupech se objevuje **odpor a obavy**³⁵ jako strach z nedokonalého výtvoru nebo obavy z testování. Hodnotící kritéria jsou spojena s pocity napětí, studu, viny, nejistoty, zda jim lze dostat (Hanušová in Vymětal, 2007).

Dělení speciálněpedagogických terapií dle terapeutických prostředků (Müller, 2005):

1. Terapie hrou

2. Činnostní a pracovní terapie

3. Psychomotorické terapie

4. Expresivní terapie (arteterapie) dále dělíme:

- *Dramaterapie, teatroterapie, psychodrama.*
- *Muzikoterapie.*
- *Biblioterapie.*
- *Arteterapie v užším slova smyslu.*

5. Terapie s účastí zvířete (animoterapie)

³⁵ Srov. kap. č. 4.3.1, bod 4, empirická část.

Eklekticismus ve speciálněpedagogických terapiích (Müller a kol., 2005) je založen na propojení nejrůznějších poznatků, které terapeuti využívají do vlastních terapeutických přístupů (metod, technik a forem terapeutické práce) :

- Aplikace psychoterapie C.R.Rogerse - využívá **práce s kreativitou každého člověka** za účelem podpory jeho vnitřního potenciálu se seberealizovat a dosahovat svých nejlepších možností.
- Aplikace strategií kognitivně-behaviorální psychoterapie a relaxačních psychofyziologických postupů – **autogenní trénink** J. H. Schultz, Jacobsonova **progressivní relaxace**, hraní rolí, formování žádoucího chování, práce s dechem aj.
- Aplikace postupů dynamické psychoterapie – pracuje s kreativními a volně asociačními technikami (např. **imaginace**), (Müller a kol., 2005).

4.3 Pedagogika volného času

„Pedagogika volného času je pedagogickým jednáním, které se podílí na formování volného času s cílem nabídnout a zajistit jedinci optimální předpoklady pro jeho růst a učení, vývoj a existenci.“³⁶

Pedagogika volného času shromažďuje poznatky, dovednosti a praktické zkušenosti ke smysluplnému trávení volného času a zaměřuje se na zlepšení kvality života (Vážanský, Smékal, 1995).

Utváření volného času lze skrze uspokojování potřeby seberealizace, získání volnočasových kompetencí a rozvoje schopnosti, dosáhnout nejplnějšího **lidského potenciálu** (Vážanský, Smékal, 1995).

4.3.1 Volný čas a jeho využití

Volný čas je časový prostor, který člověku umožňuje svobodnou volbu činností, které si sám vybírá nezávisle na společenských povinnostech. Tuto činnost vykonává dobrovolně a poskytuje mu uspokojení, uvolnění a příjemné zážitky. (Vážanský, Smékal, 1995)

³⁶ Vážanský, Smékal, 1995, s. 73.

Volný čas je opakem pracovního času, doba nutná k reprodukci sil (Průcha, Walterová, Mareš in Pávková, 2002).

Pávková a kol.(2002) pod pojmem volný čas zahrnuje odpočinek, rekreaci, zábavu, zájmovou činností, zájmové vzdělávání, dobrovolnou společensky prospěšnou činnost i časové ztráty s těmito činnostmi spojené.

Pávková a kol. (2002) popisuje různé pohledy na volný čas. Z hlediska **sociologického a sociálněpsychologického** je dobré sledovat, jak činnosti ve volném čase přispívají k utváření mezilidských vztahů, zda pomáhají tyto vztahy kultivovat.

Z hlediska **pedagogického a psychologického** se bere v úvahu věk a individuální zvláštnosti jedince a jejich respektování ve volném čase. Je důležité uvážit, zda a do jaké míry a jakým způsobem činnosti ve volném čase přispívají k uspokojování biologických a psychických potřeb člověka. „Činnosti ve volném čase konané na základě dobrovolné účasti a vhodným pedagogickým způsobem motivované a usměrňované poskytují příležitost pro rozvoj všech stránek osobnosti, tělesných a duševních vlastností i sociálních vztahů.“³⁷

Z psychologického hlediska by měl mít volný čas takovou strukturu a náplň, aby vedl k rozvoji osobnosti člověka (viz kap. č. 1.1.2).

Patologie využívání volného času

Z psychologického hlediska si všímáme fenoménů, které brání využívání volného času nebo jeho hodnotu pro rozvoj osobnosti člověka redukuje (Spousta, 2006). **Neorganizovaný** nebo nevhodně organizovaný **volný čas** se může stát zdrojem ohrožení sebe i druhých, např. experimentování s drogami aj. (Pávková a kol., 2002).

Nepříznivý vliv na člověka vychází ze samotné **existence volného času**. Velmi škodlivé je, když člověk **volný čas nemá**, což pramení z nesprávné organizace životního režimu. V tomto případě jedinec nechce nebo není schopen odpočívat (Spousta, 2006).

Jiným patologickým využíváním volného času je neschopnost volný čas využít, jedinec tedy zažívá „prázdnost“, nudu. **Nuda** způsobuje nepříjemný afektivní stav spojený s pocitem napětí, se zkresleným prožíváním času a pocitem prázdnoty (viz kap. č. 1.1.4). Nudu někteří autoři popisují jako opak zábavy. Spousta (2006) nudu popisuje jako zdroj pocitu

³⁷ Pávková a kol., 2002, s. 17.

nesmyslnosti vlastní existenci. Z tohoto vychází, že pocit nudy není možné odstraňovat změnami v prostředí, ale výchovným či psychologickým působením na nudícího se jedince (Spousta, 2006).

4.3.2 Volný čas a životní styl

Pávková a kol. (2002) vymezuje „životní styl jako souhrn životních forem, které jedinec aktivně prosazuje. Zahrnuje hodnotovou orientaci člověka, projevuje se v jeho chování i ve způsobu využívání a ovlivňování materiálních i sociálních životních podmínek. Všechny tyto skutečnosti lze posuzovat mimo jiné i z hlediska volného času a hospodaření s ním.“³⁸ Důležitým ukazatelem životního stylu je způsob využívání volného času (Pávková a kol., 2002).

Na základě hodnot (viz kapitola č. 3.2.3) lze lidi dělit z hlediska volného času podle toho, jakou hodnotu mu přisuzují. Někteří lidé považují za nejvyšší hodnotu práci a volný čas považují za něco nepatřičného; jiní chápou pracovní povinnosti jako nutné zlo, snaží se jich co nejrychleji zbavit a pak se věnovat svým zájmům a zábavě. Žádný z extrémních přístupů k volnému času není optimální – volný čas není dobré ani přeceňovat, ani podceňovat. Ideální stav je, když člověk dokáže dát práci i zábavu do rovnováhy; obě tyto oblasti mají v životě stejně významné místo (Vážanský, Smékal, 1995).

Jednání člověka je složitý komplex interakcí hodnot, volných vlastností, motivace a další (viz kapitola č. 3.1). Ve volném čase lze jednání člověka posuzovat podle míry aktivity a toho, kolik úsilí je ochoten a schopen vynaložit pro uskutečnění svých plánů a přání (Pávková a kol., 2002).

Dalším ukazatelem **životního stylu** jsou *sociální interakce*, vztahy s lidmi kolem nás, ať už s jednotlivci nebo se skupinami. Ve vztahu k volnému času je důležité, s kým a v jaké společnosti jej trávíme. V posuzování sociálních vlivů ve volném čase hraje *rodina prvotní roli* (Pávková a kol. 2002).

Kvalitní osobní záliby (viz kap. č. 3.2.2) člověka jsou velkou oporou pro celý život a dokážou někdy člověka zachránit v náročných životních situacích. Pedagogické ovlivňování volného času velice úzce souvisí s výchovou ke *zdravému životnímu stylu*. Významným cílem

³⁸ Pávková a kol., 2002, s. 29.

výchovy k využívání volného času je naučit člověka tento čas rozumně využívat, umět s ním hospodařit, uvědomovat si jeho hodnotu (Pávková a kol., 2002).

4.3.3 Volný čas a potřeby

Zájmy ve volném čase jsou zpravidla nejen kognitivní, ale také emocionální výpovědí osobnosti. Je možné se domnívat, že pro zájmy ve volném čase figurují podobné determinanty jako pro volnočasové aktivity. V souvislosti se zájmy je možno pohlížet také na volnočasové potřeby, které odhalují četnost, intenzitu a kvalitu činností ve volném čase. (Činčera, Kaplánek, Sýkora, 2009)

Osm zásadních potřeb ve volném čase (Opaschowski in Vážanský, Smékal 1995):

1. **Potřeba rekreace** zahrnuje zbavení se zátěží všedního dne, pocit osvobození; potřeba osvěžení, regenerace.
2. **Potřeba kompenzace** představuje rozptýlení, odstranění námahy, potěšení, uvolnění od sledovaných cílů, vědomé užívání života.
3. **Potřeba edukace** je potřebou dalšího poznání, podněcování a učení se; touha po zážitku, zvědavost; úsilí poznat a užívat nové, učit se jednat v jiných rolích aj.
4. **Potřeba kontemplace** je potřebou rozjímání, sebevědomí, sebeuvědomění, (pozorování sebe sama), pocit vlastní individuality a identity.
5. **Potřeba komunikace** je spojená s družností, kontaktem; je sdělovací potřebou (rozhovor), potřebou sociálních vztahů.
6. **Potřeba integrace** zahrnuje potřebu podpory, emocionální jistoty, sociálního bezpečí, pocit sounáležitosti, skupinové atmosféry, sociálního učení ve skupině i se skupinou.
7. **Potřeba participace**, tj. potřeba účasti, angažovanosti, sociálního sebepojetí.
8. **Potřeba enkulturace** zahrnuje potřebu kreativního rozvoje, produktivního uplatnění; potřeba nezávislého růstu osobních schopností a nadání, přání vlastního tvůrčího uplatnění, schopnost vyjádření, spontaneita; rozvíjení estetického pocitu, iniciativy, aktivní účasti (Opaschowski in Vážanský, Smékal, 1995).

4.4 Mezi artefiletikou a arteterapií

„Název artefiletika je složen ze dvou částí. První část názvu odkazuje k umění (především výtvarnému) a také **arteterapii** – z latinského ars, artis = umění. Druhá část pojmenování je inspirována myšlenkou pedagoga H. Broudyho (1976) o „filetickém“ přístupu ve výchově, v němž intelektový rozvoj je úzce spjatý s rozvojem emočním a sociálním.“³⁹

Artefiletický přístup k výchově spojuje expresi s reflexí. Artefiletika má v **psychoterapeutické** oblasti nejbližší k **arteterapii**, šířeji k **expresivní terapii**. Artefiletika je vnímaná jako pojetí, skrze které vstupují do výchovy velká životní témata vyjádřené prostřednictvím exprese (Slavík, 1997).

Artefiletika má zájem o rozvoj tvořivosti, *podporuje* proces sebepoznávání a sebedpřijetí, zrání osobnosti, zvládání krizí a jejich využití pro osobní růst (Slavík, 1997).

Artefiletika je výchovné pojetí, jehož hlavním principem je spojení výrazové hry (výtvarné, dramatické) s reflektujícím dialogem. Artefiletika má blízko k **arteterapii**, ale nemá v pravém slova smyslu charakter léčby, spíše je využívána k duševnímu rozvoji a k pozitivní prevenci psychosociálních poruch, nejčastěji u *děti a mladých lidí* (Slavík, 2004).

Artefiletika je vnímaná jako pedagogická disciplína, kde je důležitou součástí aktivní výchovy a *komplexní rozvoj jedince*, který může přesahovat až do krajů **psychoterapie**. Jelikož **artefiletika využívá metod arteterapie**, která se zabývá především léčením a zlepšením duševního stavu (stejně jako psychoterapie), je jasné, že **tyto dva obory k sobě mají velmi blízko** a je nutné podotknout, že **artefiletika** se ve svých počátcích rodila z **arteterapie**, ale v rámci pedagogicky (Slavík, 2001).

„Artefiletika je pedagogická (či umělecko pedagogická) disciplína, využívající obdobných postupů jako **arteterapie** v oblasti výchovy. Skrze vlastní aktivní experimentování a prožitek směřuje k poznání a sdílení kultury jako systému vztahů, norem, hodnot, a forem komunikace.“⁴⁰

³⁹ Slavík, 2001, s. 12.

⁴⁰ Stiburek in Slavík a kol., 2000, s. 33.

Hlavní cílem artefiletiky je učit se symbolicky vyjadřovat a zároveň citlivě vnímat sebe i svět skrze umělecký zážitek, který vychází z vlastního tvořivého projevu (Slavík, 2001).

Artefiletika má s arteterapií společné zejména tyto oblasti:

V oblasti cílů jde o zaměřenost na sebepoznávání a na *rozvíjení* sociálních kompetencí prostřednictvím uměleckých výrazových prostředků. V tomto ohledu směřují k rozvoji sociální a emoční inteligence. **Artefiletika** se soustřeďuje na vzdělávání jedince, na jeho výrazovou kultivaci, rozvoj umělecké tvořivosti a na pozitivní prevenci (prevence sociálněpatologických jevů). Oproti tomu **arteterapie** je zaměřena především na léčbu.

V oblasti metod je zaměřenost na poznávání prostřednictvím umělecké výrazové hry (výtvarná tvorba nebo dramatizace uměleckého díla) spojené s tzv. reflektivním dialogem.⁴¹

O **arteterapii** se jedná tehdy, když se zaměřujeme na *individuální téma jedince*; třeba i nevyslovenou zakázku. V případě **artefiletiky** pak jde spíše o hledání individuálního vztahu k *obecnému tématu* (Stiburek in Slavík, 2000).

Arteterapie

Název arteterapie je složen ze dvou částí. První část odkazuje k umění (za latinského „ars“) a druhá část k léčbě (z řeckého „therapeineiosi“), (Šicková-Fabrici in Müller, 2005).

„Arteterapie představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl *změnit* sebehodnocení člověka, *zvýšit* jeho sebevědomí a přinést mu pocit smysluplného naplnění života.“⁴²

„Arteterapie často léčí sekundární handicap, to znamená, že zmírňuje individuální prožitek znevýhodnění pacienta, klienta, postiženého člověka“⁴³

Arteterapie jako psychoterapeutická a psychodiagnostická disciplína využívá k léčebným cílům umělecké formy a prostředky. Zaměřuje se hlavně na proces umělecké tvorby, pracuje s tvorbou a reflexí. Prvořadým cílem arteterapie není vytvoření uměleckého díla, ale odstranění nebo zmírnění těžkostí nemocného člověka skrze sebevyjádření, rozvíjení

⁴¹ Dostupné na www.artefiletika.cz

⁴² Šicková-Fabrici, 2002, s. 32.

⁴³ Šicková-Fabrici, 2002, s. 32.

tvořivosti, schopnosti komunikovat a zpracovat osobně významné téma (Slavík in Šicková-Fabrici, 2002).

V arteterapii je rozhodující proces tvorby, který je společný v prevenci i terapii. Umělecký artefakt či vytvoření uměleckého produktu, který je posuzován vnějšími měřítky, není důležitý (Liebmann, 2005).

Arteterapie umožňuje **práci** s různými typy klientů, jako např. s lidmi se závislostí na alkoholu či drogách (Šicková-Fabrici, 2002).

Strukturovaná výtvarná skupina může být pojímána různě. Může znamenat pouze jedno ohraničující pravidlo, nebo může jít o činnost více definovanou, strukturovanou (zadané téma, techniky, materiál aj.), (Liebmann, 2005).

Struktura arteterapeutického setkání (Šicková-Fabrici, 2002) se po úvodním seznámení a navázání kontaktu s klientem dělí na tři části:

- *V první části* dostávají klienti instrukci, příp. vysvětlení tématu či techniky.
- *Druhá část* zahrnuje vlastní výtvarnou práci, tedy proces.
- *Třetí část* je záměrná na diskusi; reflexe se soustřeďuje nejen na vytvořený artefakt, ale i proces tvorby, kdy klient vypráví, jaké pocity v něm vyvolávají (Šicková-Fabrici, 2002).

Liebmann (2005) uvádí několik důvodů, proč **využívat strukturovanou arteterapii**:

1. Lidé mívají problém začít a téma jim ve startu může pomoci.
2. Některé skupiny jsou nejisté a potřebují strukturu pro fungování.
3. Práce ve skupině bývá časově omezena.
4. Téma může zvolit skupina; dále téma může pomoci stmelit skupinu, vhodně zvolené téma může rozvíjet diskusi, vzájemné vztahy (více viz Liebmann, 2005).

Pravidla v arteterapii

Každá skupina potřebuje pravidla, aby bylo jasné, co se od koho očekává. Některá pravidla je dobré si připravit předem, jiná vzniknou až v průběhu skupiny. Mezi základní pravidla bývají řazena běžná společenská pravidla, časové vymezení, vzájemný respekt a další (Liebmann, 2005).

4.5 Mezi dramatickou výchovou a dramaterapií

Dramatická výchova spadá do paradivadelních systému **edukační povahy** a dramaterapie do paradivadelních systému **terapeutické povahy** (Valenta, 2007).

Dle Valenty (2007) **paradivadelní systémy** používají divadlo k nedivadelním účelům (tedy k účelům, které primárně nesledují uměleckou hodnotu nebo estetický prožitek), ale k účelu, jehož hlavním cílem je „praktičtější“ využití dramatu, a to:

- divadlo jako **edukační** prostředek a
- divadlo jako prostředek **léčby** (terapie).

Nejfrekventovanější **paradivadelní systémy** u nás i ve světě je možné rozdělit na *paradivadelní systémy edukační povahy* (kam patří dramatická výchova a divadlo ve výchově) a *paradivadelní systémy terapeutické povahy* (kam spadá terapie hrou, psychodrama, sociodrama, psychogymnastika, teatroterapie a dramaterapie). Jinak řečeno, paradivadelní systémy využívají divadelních a dramatických prostředků k edukačním nebo terapeutickým cílům (Valenta, 2007).

„**Dramatická výchova** je improvizovaná, k předvádění neurčená a na vnitřní proces práce orientovaná forma dramatu, v níž jsou účastníci směřováni vedoucím k představování si, hraní a reflektování lidské zkušenosti.“⁴⁴

Dramatická výchova využívá dramatických prostředků k dosažení psychologických a pedagogických **cílů** (sociální rozvoj, příležitost ke spolupráci, rozvíjení obrazotvornosti a tvořivosti, rozvoj schopnosti kritického myšlení a má vést k sebepoznání a sebekontrolě a ke získání sebepojetí), (Valenta, 2007).

Dramatická výchova může mít podobu samostatného školního předmětu, didaktické a výchovné metody a principu i obsahu osobnostního rozvoje (Valenta, 2007).

Výchovná dramatika jako disciplína paradivadelního systému edukační povahy, (dramatika, dramatická výchova aj.) rozvíjí dramatický talent, citění, estetické vnímání, dále vychovává v jedinci poučeného diváka i aktivního „divadelníka“ (obdoba výtvarné výchovy),

⁴⁴ J. Valenta in M. Valenta, 2007, s. 12.

ale také s pomocí dramatických a divadelních prostředků podněcuje a zkvalitňuje personálně sociální růst jedince (obdoba artefiletiky), (Valenta, 2007).

Při zvažování rozdílů mezi dramaterapií a výchovnou dramatikou je důležité se zaměřit na tyto oblasti:

V oblasti cílové skupiny, kdy je **dramaterapie** určena (stejně jako arteterapie) především osobám s psychickými či sociálními problémy. *Cílovou skupinou dramatické výchovy* (ale i artefiletiky) jsou nejčastěji děti a mladí lidé.

V oblasti cílů, kdy **výchovná dramatika** se kromě informativní oblasti soustřeďuje na etické hodnoty, zahrnuté ve formativní oblasti. Cíle **dramaterapie** mají terapeuticko-formativní povahu, kdy je klient veden ke schopnosti vytvořit si reálnou zpětnou vazbu, sebereflexi a na jejich základě přehodnotit nesprávné životní postoje či vzorce chování (Valenta, 2007).

Dramaterapii jako systém je možné zařadit do **paradivadelních systémů** terapeutické povahy na straně jedné, a do **terapeuticko-formativních disciplín** na straně druhé (Valenta, 2007).

„**Dramaterapie** je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně-sociálního růstu a integrace osobnosti.“⁴⁵

Cíle dramaterapie

Majzlanová (in Valenta, 2007) označuje za hlavní cíle dramaterapie snižování tenze, rozvoj empatie, tvořivosti a fantazie, zpřístupnění komunikačního kanálu, posílení sebedůvěry, vytváření pocitu zodpovědnosti.

Emunah (in Valenta, 2007) řadí k nesespecifickým cílům dramaterapie zvyšování interakce, schopnost uvolnit se, sebekontrolu, změna nekonstruktivního chování, obohacení repertoáru životních rolí, rozvoj spontánního chování, podpora koncentrace a představitosti, rozvíjení sebedůvěry, sebeúcty, získat schopnost rozeznat a akceptovat své limity a možnosti.

⁴⁵ Valenta a kol., 2006b, s. 67.

Jennings (in Vymětal, 2004) uvádí mezi terapeutické cíle dramaterapie symptomatickou úlevu, emoční a fyzickou integrace a osobnostní růst.

4.6 Arteterapie v kontaktním centru

Holubová (2009) popisuje možnosti a meze arteterapie na základě vlastních zkušeností.

Možností arteterapie je komunikace s klientem pomocí výtvarného artefaktu, tj. je s klientem komunikováno jinak než verbálně a skrze vhodně volené otázky je tak možné klienta nasměrovat k odpovědím. Takto sám klient dostává možnost nahlédnout na sebe sama zvnějšku, což je u aktivního uživatele drog často problematické. Navíc je artefakt prostředníkem v navazování vztahu mezi pracovníkem a klientem (Holubová, 2009).

Korekce patologických jevů v sociálním chování je u klientů možná až po uvědomění si svého způsobu chování. Výtvarným vyjádřením je tato reflexe pro klienty přijatelnější než verbální forma. Následně je možné s klienty dále pracovat (Holubová, 2009).

Sebereflexe při výtvarném tvoření slouží k odhalení stránek osobnosti klienta, o kterých nemluví. Při tvorbě dochází k emotivnímu vyprávění životních příběhů klientů.

Důležitým momentem arteterapie v kontaktním centru je tedy zejména navázání vztahu s klientem na jiné úrovni, také možnost pracovníků odklonit diskusi od tématu drog a dostat se tak blíže ke klientovi (Holubová, 2009).

Meze arteterapie v kontaktním centru⁴⁶ vycházejí ze zásad poskytování služeb, zejména nízkoprahovosti, která mimo jiné umožňuje klientovi službu kdykoliv opustit. Toto má vliv na proměnlivost skupiny a také její sestavu, což ovlivňuje celý arteterapeutický proces. Na skladbu skupiny a její atmosféru působí vztahy mezi klienty.

Dalším specifíkem jsou aktivní uživatelé, kteří jsou v různé fázi rozvoje závislosti i v různé fázi intoxikace, případně přicházejí v době, kdy zažívají abstinenční syndrom. Tato specifika ztěžují arteterapeutickou intervenci, případně ji i znemožňují. Častým omezením je odpor klienta tvořit, komunikovat, navázat pracovní vztah, který může mít různé příčiny (Holubová, 2009).

⁴⁶ Srov. kap. č. 4.2.2, bod 10, empirická část.

III EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část popisuje cíle, metody, průběh a místo realizace výzkumu.

První kapitola charakterizuje Kontaktní centrum v Olomouci, kde výzkum probíhal. Zejména se zabývá nabídkou služeb a charakterem provozu.

Druhá kapitola popisuje cíle výzkumu. Zabývá se metodami použitými v průběhu výzkumu.

V realizaci se zaměřujeme na průběh a případné změny, které během realizace výzkumu proběhly. Konkrétněji popisuje výběr výzkumného souboru, čas a místo sběru dat.

Ve čtvrté kapitole analyzujeme existující dokumenty kontaktních center v České republice a vytváří přehled jejich služeb. Věnuje se popisu vzniku a průběhu volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci. Dále analyzuje rozhovory s klienty a pracovníky tohoto zařízení.

V diskusi se zamýšlíme nad vzájemnou provázaností zanalyzovaných dat, které jsou doplněny komentářem autorky.

Poslední kapitola shrnuje celkový průběh výzkumu a hodnotí empirii. Dále si všímá stanovených cílů a úspěšnosti jejich realizace.

1 KONTAKTNÍ CENTRUM V OLMOUCI

Tato kapitola popisuje zařízení, ve kterém byl výzkum realizován (kromě analýzy existujících textových dokumentů).

Popsat toto zařízení považujeme za vhodné, jednak pro představu charakteru a specifik těchto institucí (viz kap. č. 2.2.1, teoretická část), ale také pro pochopení souvislostí vztahujících se k výzkumu.

Kapitola charakterizuje vize, poslání a principy Sdružení Podané ruce, o.s., ze kterých nabízené služby Kontaktního centra v Olomouci vycházejí.

V popisu Kontaktního centra se autorka zaměřuje na zásady práce, nabízené služby, charakteristiku okruhu osob a specifika provozu.

Základní charakteristika okruhu osob Kontaktního centra v Olomouci pomůže čtenáři se zorientovat ve specifčnosti práce a přístupů ke klientům v Kontaktním centru v Olomouci s odkazem na podrobnější charakteristiku výzkumného souboru (viz kap. č. 4.2).

1.1 Sdružení Podané ruce, o.s.

Kontaktní centrum v Olomouci patří do sítě služeb Sdružení Podané ruce, o.s. (dále jen „Sdružení“). Sdružení je občanské sdružení určené k morální, hmotné a jiné odborné podpoře zejména mladistvých osob, které se v důsledku užívání návykových látek nacházejí v tíživé životní situaci.

Vizí Sdružení je vytvořit síť komplexních služeb, která poskytne pomoc člověku v jakékoliv fázi jeho drogového problému, nebo tomuto problému přechází.

Posláním Sdružení je pomáhat lidem v tíživé životní situaci s řešením jejich drogového problému a působit tak, aby tento problém vůbec nevznikal. Zároveň chránit společnost před možnými negativními důsledky zneužívání návykových látek.

Mezi své *cíle* řadí Sdružení poskytování služeb v oblasti prevence a léčby drogových závislostí, poskytování úplných a pravdivých informací z drogové oblasti a podílení se na jejich výzkumu. Dalším cílem je chránit veřejné zdraví před možnými negativními dopady zneužívání návykových látek.

Sdružení má formulované *hodnoty*, ze kterých vychází jejich služby. Patří zde hodnota lidského života, pomoc člověku, základní etické principy, tolerance, respekt a rovné příležitosti, *inovativnost*, *tvorivost*, profesionalita, týmová práce, *transparentnost*, vytrvalost, odvaha a další.⁴⁷

1.2 Charakteristika Kontaktního centra v Olomouci

Kontaktní centrum v Olomouci (dále jen „KC“) poskytuje své služby v Olomouckém kraji od roku 1991. Svým rozsahem a výkony představuje základní článek v síti služeb Olomouckého kraje. Ve městě Olomouc je jediným zařízením určeným pro skupinu *aktivních uživatelů drog*.

Posláním KC je poskytovat odborné sociální a poradenské služby lidem s projevy návykového chování a jejich blízkým, kteří se v této souvislosti ocitli v tíživé životní situaci. KC se snaží snižovat negativní důsledky užívání nelegálních nealkoholových drog v Olomouckém regionu.

Neodmyslitelnou součástí práce KC je podporovat a **motivovat** uživatele sociálních služeb **ke změně** dosavadního životního stylu s výhledem abstinence a snaha o jejich znovu zapojení do běžného způsobu života.

Hlavním **cílem** KC je zlepšení kvality života klientů po stránce psychické, zdravotní a sociální, které by umožňovalo jejich smysluplné zapojení do společnosti.

Mezi **zásadní cíle** KC patří především dosažení (ve spolupráci s klientem):

- Rozvoje nebo udržení sociálních schopností a dovedností klientů.
- Optimálního sociálního začlenění uživatelů sociální služby.
- Maximální informovanosti u uživatelů návykových látek o rizicích spojených se současným způsobem života.
- Minimalizace rizik spojených se současným způsobem života klientů.
- Schopnosti klienta samostatně zařizovat své běžné záležitosti.

⁴⁷ Manuál Kontaktního centra v Olomouci

- Obnovení nebo upevnění kontaktů s rodinou uživatele sociální služby.
- Schopnosti klienta samostatně a plánovaně vykonávat osobní hygienu.
- Optimální péče o zdraví osob s problémem návykového chování, včetně začlenění do návazné zdravotní sítě.
- Sociální a psychické stabilizace rodičů, příbuzných a přátel osob ohrožených návykovým chováním.

Materiální a technické zázemí

KC využívá dlouhodobě pronajatých prostor, které jsou majetkem města Olomouc. Jsou přímo v centru města a jsou velmi dobře dostupné.

KC se skládá z 2 sousedících místností, kanceláří pro individuální práci s klienty (cca 20 m²) a kontaktní místností (cca 25 m²) pro přímou práci s klienty. Na kontaktní místnost navazuje sociální zařízení pro klienty (toaleta a sprchový kout) a kuchyňka.⁴⁸

Provozní doba (viz Tabulka č. 1) je přizpůsobena požadavkům klientely. Pro širokou skupinu aktivních uživatelů nealkoholových drog je situována do *odpoledních hodin* a pro individuální potřeby klientů při řešení konkrétních problémů, vyžadujících např. i návštěvu jiné organizace či instituce, je provozní doba situována do *dopoledních hodin*.

Tabulka č. 1: Provozní doba a individuální poradenství Kontaktního centra v Olomouci⁴⁹

	Provoz kontaktní místnosti	Individuální poradenství (po domluvě)
Pondělí	10,30 – 16,30	9,00 – 18,00
Úterý	10,30 – 16,30	9,00 – 18,00
Středa	12,00 – 17,30	9,00 – 12,00
Čtvrtek	10,30 – 16,30	9,00 – 18,00
Pátek	10,30 – 16,30	9,00 – 18,00

⁴⁸ Manuál Kontaktního centra v Olomouci

⁴⁹ Interní materiál Kontaktního centra v Olomouci (leták k prvnímu kontaktu)

Provoz Kontaktního centra v Olomouci

Struktura času a průběhu běžného dne v KC je volná (více založena na náhodě než plánovitosti, avšak zásady práce a poskytované služby jsou strukturované a profesionální). Provoz je vymezen interními pravidly (za kardinální lze považovat: zákaz manipulace či aplikace drog, slovní či fyzické násilí mezi klienty navzájem nebo směrem k personálu a další). Typická pro KC je klubová atmosféra.

Klienti mají povolen jeden vstup za den, přičemž délka pobytu není časově omezena (výjimkou jsou klienti se psy, ti mohou max. na 2 hodiny) v provozní době Kontaktního centra v Olomouci (viz Tabulka č. 1.).

Klienti nepravidelně přicházejí a odcházejí a individuálně využívají nabídku služeb (viz kap. č. 1.2.2) na základě svých aktuálních potřeb, k čemuž využívají personál KC.⁵⁰

1.2.1 Zásady poskytování sociální služby Kontaktního centra v Olomouci

Pracovníci Kontaktního centra v Olomouci se řídí Etickým kodexem sociálních či zdravotnických pracovníků, zákonnými normami ČR a jinými mezinárodními smlouvami.

Kontaktní centrum v Olomouci tímto vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.

Základní zásady (principy) poskytované služby jsou především⁵¹:

Harm Reduction

Termín „harm reduction“ znamená minimalizace škod. Jedná se tedy o minimalizaci negativních bio-psycho-sociálních dopadů, které vznikají v důsledku užívání drog.

Prosazuje neodsuzující, nenátlakový přístup a poskytování služeb uživatelům i komunitám, v nichž uživatelé žijí. Dále prosazuje poskytování služeb s cílem minimalizovat vzniklá poškození.

⁵⁰ Interní materiál Kontaktního centra v Olomouci (leták k prvnímu kontaktu).

⁵¹ Manuál Kontaktního centra v Olomouci.

Public Health

Přístup Public Health je zaměřený na ochranu a podporu zdraví společnosti před šířením škodlivých jevů ve společnosti (HIV, AIDS, Hepatitidy typu B, C); jedná se o specifickou podobu minimalizace škod.

Bio-psycho-sociálně-spirituální model

Na situaci uživatele služby se pohlíží v souvislostech bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu.

Vznikl rozšířením biomedicínského přístupu o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů a duchovních potřeb jedince, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Z tohoto pohledu je užívání návykových látek a závislost na nich jevem, který vzniká v průběhu vývoje jedince ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových a duchovních faktorů.

Nízkoprahovost, Anonymita, Bezplatnost

Zařízení umožňuje uživateli služeb přístup k nabízeným službám bez jakéhokoliv pomyslného prahu. Služby jsou tedy poskytovány bezplatně, anonymně a bez nutnosti předchozího objednání či jiného doporučení.

Veřejná přístupnost ke službě

Služby jsou pro uživatele služeb přístupné bez ohledu na typ užívané návykové nealkoholové látky, historii užívání a způsob aplikace návykové látky.

Samotné zařízení je umístěno v centru města Olomouc, je dostatečně dosažitelné z většiny míst daného regionu. K zařízení je snadná možnost dopravy soukromými i hromadnými prostředky.

Provozní doba je přizpůsobena požadavkům klientely (viz kap. č. 1.2).

Dobrovolnost využívání služby

Abstinance není podmínkou k využití služby. Je respektována klientova volba způsobu života a je mu aktivně nabízena odborná péče či pomoc. Uživatel služby se může svobodně rozhodnout, zda a kterou službu využije. Ke klientovi je přístupováno individuálně a strukturovaně.

Flexibilita a potřebnost

Služby se přizpůsobují aktuálním potřebám uživatelů a pružně na ně reagují. Služby jsou poskytovány pokud možno bez odkladu.

Aktivizace uživatele sociální služby, podpora klienta v odpovědnosti za sebe sama

Poskytování sociální služby je koncipováno tak, aby klient řešil svou obtížnou životní situaci sám, případně s adekvátní podporou zaměstnanců Kontaktního centra v Olomouci. K tomu je mimo jiné efektivně využíván systém individuálního plánování poskytování sociální služby, kde klient formuluje své osobní cíle.

Rovný a individuální přístup k uživatelům služby

Služba je poskytována na základě dohody s uživatelem služby. Ctí se jedinečnost každého uživatele a jeho vlastní vůle. Na základě toho mu je nabízena a poskytována služba dle jeho aktuálních potřeb a možností.

1.2.2 Služby nabízené Kontaktním centrem v Olomouci

Vstupní zhodnocení stavu klienta – jde o proces jednání se zájemcem o sociální službu, zjištění základních informací o klientovi, jeho momentální zdravotní a sociální situaci, včetně užívaných drog a rizikovém chování.

Kontaktní práce – je základní metoda práce v kontaktním centru. Cílem je vytvoření podmínek vzájemné důvěry a komunikace s klientem. Také je v rámci kontaktní práce zásadní vytvářet podmínky pro poskytování kvalitních služeb. Důležité je, aby klient uměl (ve spolupráci s pracovníkem) vyjádřit adekvátně své potřeby.

Výměnný program – tato služba zahrnuje výměnu použitého injekčního materiálu za čistý injekční materiál společně s distribucí dalšího harm reduction materiálu. Nezbytné je poskytnout informace o bezpečném a bezpečnějším způsobu aplikace drog.

Zdravotní servis – jedná se o základní zhodnocení stavu klienta, základní ošetření, případně další doporučení do specializovaného zdravotnického zařízení.

Testování infekčních onemocnění – cílem je zjištění výskytu infekčního onemocnění u klienta. Samozřejmou součástí je před a po testové poradenství stejně jako zjištění rizikového chování klienta. Součástí této služby je předávání informací o možnostech přenosu a příznacích možné infekční nákazy a též o možnostech testování.

Hygienický servis – cílem je obnovit a podporovat základní hygienické návyky klientů; je jim umožněno využít sprchu, WC a vyprání prádla.

Potravinový servis – Kontaktní centrum v Olomouci poskytuje tuto službu částečně v závislosti na sponzorském daru a znamená poskytnutí základních potravin, nápojů a vitamínů určených ke konzumaci v zařízení.

Informační servis – se zaměřuje na poskytování informací (a odkazování na příslušné instituce apod.) z oblasti bezpečného užívání, zdravotní a sociálně-právní oblasti.

Sociální servis – jejím cílem je zlepšení sociální situace klienta a schopnost řešit své sociální problémy. Týká se především sociálně-právní oblasti (vyřizování dokladů, sociálních dávek, bydlení, splácení dluhů apod.).

Individuální konzultace a motivační rozhovory – jsou zaměřené nejen na řešení aktuálních potřeb klienta, ale i strukturované a dlouhodobější konzultace a systematická péče podpůrného charakteru.

Krizová intervence – neodkladná pomoc, resp. intervence v případě osobní krize je poskytována osobně i telefonicky.

Asistenční služba – je služba, která je zahrnuta také v sociálním a zdravotním servise, kdy je klientům nabízena, případně si klient sám požádá o asistenci ze strany pracovníků kontaktního centra (doprovod) na úřady, poštu, k lékaři, soudu apod.⁵²

1.2.3 Charakteristika okruhu osob Kontaktního centra v Olomouci

Kontaktní centrum v Olomouci poskytuje odborné sociální a poradenské služby lidem s projevy návykového chování a jejich blízkým v Olomouckém kraji, kteří se v této souvislosti ocitli v tíživé životní situaci.⁵³

Do okruhu osob spadají *osoby* (tj. muži i ženy bez ohledu na věk, původ, etnickou příslušnost, mateřský jazyk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé

⁵² Manuál kontaktního centra v Olomouci.

⁵³ Viz Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

společnosti) *s projevy návykového chování* s rozdílnou motivací ke změně dosavadního životního stylu a motivací k léčbě, či s různými fázemi a typy závislosti.

Podrobná charakteristika okruhu osob v Kontaktním centru v Olomouci:

- problémoví intravenózní uživatelé nelegálních nealkoholových drog,
- uživatelé těkavých látek,
- problémoví uživatelé psychofarmak,
- osoby s kombinovanou závislostí,
- dívky, těhotné ženy a matky ohrožené návykovým chováním,
- rodiče, přátelé a příbuzní osob ohrožených návykovým chováním.

Věkové rozpětí klientů KC OL se většinou pohybuje od 16 - 35 let s průměrem kolem 28 let. V Olomouckém kraji je nejčastěji (kromě marihuany a alkoholu) nadužíván pervitin, dále nelegálně léky, toluen, sezónně opium a halucinogenní houby, extáze, LSD a jiné syntetické drogy. Ve velké míře případů se jedná o polymorfní užívání několika druhů drog, střídavě či najednou.⁵⁴

1.2.4 Charakteristika volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci

Volnočasové aktivity je možné v Kontaktním centru v Olomouci chápat ve smyslu **pasivního trávení volného času**, tj. sledování filmů, poslechu hudby, četby (časopisy, knihy), internet či společenské hry (karty) a další činnosti v kontaktní místnosti v Olomouci. Nejčastěji jsou to činnosti, které nejsou příliš strukturované (vyjma sledování filmů, který má pevnou časovou strukturu, a to každou středu od 15:00 do konce filmu nebo provozní doby, tj. do 17:30).

Volnočasové aktivity je možné vnímat ve smyslu **aktivního trávení volného času**, jejichž vznik a charakteristika je popsána na základě empirie (viz kap. č. 4.2).

⁵⁴ Manuál Kontaktního centra v Olomouci

2 METODOLOGIE VÝZKUMU

Kapitola charakterizuje **cíle výzkumu** a jeho obecný smysl. Dále zde popisujeme jednotlivé **metody** výběru výzkumného souboru (viz kap. č. 2.2), získávání kvalitativních dat (viz kap. č. 2.3), jejich zpracování (viz kap. č. 2.4) a analýzy (viz kap. č. 2.5).

2.1 Cíle výzkumu

Základním smyslem výzkumu je zjistit **možnosti a limity volnočasových aktivit** (resp. expresivního přístupu při práci s klienty) v Kontaktním centru v Olomouci a **popsat jejich vznik a průběh**.

Snahou je zmapovat nabídku **volnočasových aktivit, arteterapie** nebo jiné **expresivní přístupy** v kontaktních centrech v České republice.

Dílčí cíle výzkumu⁵⁵:

1. Popsat **proces vzniku** nové služby volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci (pozorování, viz kap. č. 4.2.1).
2. Popsat **průběh** nově zavedené služby volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci (pozorování, viz kap. č. 4.2.2).
3. Popsat **motivy**, které klienty vedou k **využití** volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci a naopak, co je od využití **odrazuje** (interview, pozorování, viz kap. č. 4.2.2).
4. Popsat a analyzovat **reflexi** (podněty) od klientů (pozorování, interview, viz kap. č. 4.3.1) a pracovníků (interview, viz kap. č. 4.3.2) na nabídku volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci.
5. **Popsat a porovnat** jednotlivé fenomény (volný čas, pracovní čas, potřeby, sny, drogy, aj.) klientů a pracovníků Kontaktního centra v Olomouci (viz kap. č. 4.3.3).

⁵⁵ Srov. kap. č. 1.2.4

6. Analyzovat **možnosti** (na co se v budoucnu zaměřit) a **limity** (čeho se v budoucnu vyvarovat) **vzniku** a **realizace** volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci (pozorování, viz kap. č. 4.2).
7. **Zmapovat situaci v kontaktních centrech v České republice**, na které služby se kontaktní centra nejvíce zaměřují a jaké místo (postavení) v této nabídce zaujímají volnočasové aktivity, arteterapie, artefiletika či jiné expresivní přístupy (existující textové dokumenty, viz kap. č. 4.1).

2.2 Metody výběru výzkumného souboru

1. Záměrný výběr přes instituci je metoda, kdy se využívá určitý typ služby nebo činnosti instituce, *určená pro cílovou skupinu*, která nás výzkumně zajímá (Mioviský, 2006).

Tato metoda sloužila k **výběru výzkumného souboru** pro pozorování, interview s klienty a pracovníky Kontaktního centra v Olomouci.

Výběrovým kritériem výzkumného souboru je skutečnost, že se jedná o uživatele služeb Kontaktního centra v Olomouci, případně pracovníky tohoto zařízení (viz cíl č. 4).

Dalším **kritériem** v případě klientů (pozorování, rozhovory) je minimálně jedna účast na volnočasových aktivitách v Kontaktním centru v Olomouci (aktivní i pasivní).

2. Stratifikovaný záměrný výběr vychází z toho, že základní soubor je možné (dle vybraných kritérií) rozdělit do vrstev (kraj) a z nich volíme zástupce (kontaktní centrum v jednom kraji), (Mioviský, 2006).

Důvod pro výběr této metody je získat rozsáhlý výzkumný soubor, což zajistí co nejobjektivnější přehled služeb kontaktních center v České republice (viz cíl č. 7).

Kritériem pro výběr výzkumného souboru je podmínka, že se jedná o **kontaktní centrum**, kdy celkový výzkumný soubor zastupuje **minimálně jedno kontaktní centrum v každém kraji v České republice**.

2.3 Metody získávání kvalitativních dat

1. Zúčastněné pozorování otevřené je metoda, kterou se rozumí přímá účast badatele v prostoru, kde se vyskytují jevy či procesy, které pozoruje. Tímto způsobem se stává součástí těchto jevů a cílová skupina je informována o tom, že je pozorována. Získaná data jsou dále zpracována s utajením identifikačních údajů o výzkumném souboru (Mioviský, 2006).

Tímto způsobem provedené pozorování umožňuje **celistvě popsat vznik volnočasových aktivit** v Kontaktním centru v Olomouci (viz cíl č. 1, 2, 4).

2. Polostrukturované interview je forma rozhovoru, ke kterému si badatel připraví okruhy otázek, na které se bude účastníků výzkumu ptát (Mioviský, 2006).

Důvodem výběru této metody je možnost zkoumat jednotlivé fenomény (volný čas, hodnoty aj.) více do hloubky a konfrontovat se s výzkumným souborem (viz cíl č. 3, 4, 5, 6). Polostrukturovanou formu interview považuje autorka za výhodnou z hlediska vývoje průběhu rozhovoru (toto jí umožňuje měnit strategii vedení interview, pořadí i znění otázek).

3. Metoda získávání kvalitativních dat (tj. existujících textových dokumentů) je **podmíněna** výběrem výzkumného souboru (viz kap. č. 2.2). Jedná se o specifickou metodu získávání kvalitativních dat, která jsou **již vytvořena** a jejichž podobu nemůžeme ovlivnit. Existujícími textovými dokumenty budou **výroční zprávy výzkumného souboru**.

2.4 Metody zpracování kvalitativních dat

Metody zpracování dat zahrnují **fixaci a systematizaci** kvalitativních dat, čímž vzniká základní materiál pro jejich **analýzu** (Mioviský, 2006).

1. Sesbíraný materiál budeme **fixovat** pořízením **audiozáznamu** (*interview*) a formou **zápisků badatelky** po ukončení *zúčastněného pozorování*. Záznamový arch nemá konkrétní podobu – vychází ze situací vzniklých v terénu. *Existující textové dokumenty* (výroční zprávy) budou **vytištěny**. Dále budou data netextové povahy (interview) převedena do povahy textové (doslovný přepis, tzv. **transkripce**).

2. Všechna **zafixovaná kvalitativní data** budeme **systematizovat** (Mioviský, 2006). Roztřídíme data podle zdroje, použité metody a případně dalších kritérií vzhledem k plánované analýze.

Systematizace dále zahrnuje **redukcí prvního řádu** (tj. transformace doslovné transkripce záznamu do plynulejší podoby vhodnější pro analytickou práci), kterou použijeme při *interview, pozorování, existujících textových dokumentech*.

3. Technika barvení textu nám usnadní kategorizaci, tj. vytváření trsů, kdy budeme stejně vybarvovat tematické okruhy (v *interview, pozorování a existujících textových dokumentech*).

2.5 Metody analýzy kvalitativních dat

Metody analýzy dat se **jistým způsobem překrývají** s metodou zpracování dat, protože již při transkripci, třídění, systematizaci dochází současně ke zpracování dat, ale i k jejich analýze.

1. Metoda prosté deskripce je považovaná za analytickou metodu a zahrnuje třídění, klasifikaci a deskripci (Mioviský, 2006). Tento způsob analýzy nám umožní popis „první fáze“ **pozorování** (viz kap. č 4.2.1).

2. Metodu vytváření trsů použijeme, abychom seskupili určité výroky do skupin, tj. trsů. Měly by vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vzniknou obecnější kategorie, které zařadíme do trsu na základě opakujících se znaků (nejčastěji tematický překryv, prostorový překryv apod.) (Mioviský, 2006).

Takto budeme analyzovat získaná data z „druhé fáze“ **pozorování** (kap č. 4.2.2), **interview a existujících textových dokumentů**.

3. Metoda kontrastů a srovnání umožňuje od sebe lépe odlišit dvě identifikované kategorie a upozornit na rozdíly mezi nimi, přestože mají zároveň mnoho společného. Kontrastování může být užitečné při zdůraznění některých kontextuálních odlišností určitého fenoménu (Mioviský, 2006).

Tuto metodu použijeme pro kontrastování a srovnání **rozhovorů** mezi klienty a pracovníky Kontaktního centra v Olomouci. Důvodem pro srovnání výpovědí s pracovníky a klienty Kontaktního centra v Olomouci je získat názory obou výzkumných skupin na různé fenomény (viz cíl č. 5).

Všechna zanalyzovaná data bude autorka komentovat a uvádět je do kontextuálních vztahů (viz kap č. 5), což nám upřesní analýzu získaných dat.

3 REALIZACE VÝZKUMU

Popisujeme **průběh výzkumu** (tj. aplikace metod výzkumného souboru, sběru dat, zpracování a analýzy dat) a okolnosti, které jej ovlivnily. Všímáme si rozdílu mezi plány z výzkumu a jeho realizací. Výzkum trval od **dubna 2009** do **února 2010**.

Samotná realizace interview a pozorování proběhla v Kontaktním centru v Olomouci (dále jen „KC“). Sběr existujících textových dokumentů autorka získala z oficiálních internetových zdrojů.

Badatelka byla **realizátorkou** volnočasových aktivit v KC a současně **zaměstnancem** KC. Tato role ovlivnila realizaci interview a pozorování, a to jak pozitivně tak negativně.

Skutečnost, že badatelka byla zároveň zaměstnankyní KC, ji neumožnila se věnovat výzkumu, což mohlo mít **negativní dopad**.

Pozitivní stránkou je kontinuita výzkumu a sledování výzkumného souboru v různých situacích (např. sledovat reakce na výrobky klientů během celého týdne). Badatelka terén v době zahájení výzkumu důvěrně znala a s většinou klientů již měla vybudovaný vztah důvěry.

3.1 Existující textové dokumenty kontaktních center ČR

Získané existující textové dokumenty vycházely z výběru výzkumného souboru (viz kap. č. 2.3). Výzkum probíhal od ledna do března 2010.

Autorka sestavila **seznam všech 67 kontaktních center v České republice**⁵⁶ (dále jen „seznam“, viz Příloha č. 1). Ze seznamu badatelka zvolila ze **14 krajů ČR jedno nebo dvě kontaktní centra** (tedy zástupce kraje). Vzniklo tak **23 konkrétních kontaktních center z ČR** (tj. výzkumný soubor), a k nim na internetu vyhledala **výroční zprávy za rok 2007, 2008** (tj. existující textový dokument).

⁵⁶Dostupné na www.drogy-info.cz

Při systematizaci badatelka zjistila, že ve **výroční zprávě** Sdružení Podané ruce, Kontaktního centra Drug Azyl, **není uvedena kategorie nabídka služeb** (viz cíl č. 7). Proto hledala nabídku služeb na internetových stránkách Kontaktního centra Drug Azyl⁵⁷, kde se odkazovali na **Registr sociálních služeb**⁵⁸. Zde byla nabídka služeb kontaktního centra Drug Azyl uvedena. Na základě tohoto zjištění použila **pro získání a k analýze existujících textových dokumentů tři zdroje, místo zamýšleného jednoho** (viz kap. č. 2.3).

Dále jsme postupovali při získávání **existujících textových dokumentů** následovně: vyhledali jsme si k vybraným kontaktním centrům další dokumenty, a to v **Registru sociálních služeb** v odkazu na **Popis realizace poskytování sociálních služeb** a na **internetových stránkách** jednotlivých kontaktních center, kde uvádějí nabídku služeb.

Během **systematizace** a **analýzy** existujících textových dokumentů se autorka zaměřila (viz cíl č. 7) na vyhledání volnočasových, výchovných, expresivně zaměřených aktivit v **nabídce služeb** vybraných kontaktních center, a to za pomoci **metody trsů** (viz kap. č. 2.5). *Kromě těchto služeb jsme se zaměřili i na další, které sice nejsou předmětem výzkumu, ale stojí za povšimnutí.* Během systematizace autorka zaznamenala skutečnost, že konkrétní kontaktní centra neměla ve výroční zprávě buď uvedenou **žádnou nabídku služeb**, nebo pouze standardní. V Registru sociálních služeb byly uvedeny standardní i **nadstandardní služby** (viz kap. č. 4.1.2).

Nabídku služeb kontaktních center v ČR autorka rozděluje do dvou kategorií podle jejich četnosti výskytu (viz kap. č. 4.1.2). První kategorii jsme nazvali „standardní služby“ a druhou „nadstandardní služby“.

3.2 Terapeutův deník

Metoda pozorování (viz kap. č. 2.3) byla záměrně použita ve stejnou dobu, kdy vznikala nová služba pro klienty Kontaktního centra v Olomouci, tzv. „Art koutek“. Při analýze jsme tuto službu nazvali „volnočasové aktivity“(viz kap. č. 4.2.1).

⁵⁷ <http://www.podaneruce.cz/cz/programy/kontaktnei-centra/drug-azyl.html>

⁵⁸ Dostupné na www.iregistr.mpsv.cz

Před vlastní realizací pozorování získala badatelka od klientů tzv. **informovaný souhlas**, čímž souhlasili s účastí na výzkumu.

Výzkumným souborem (viz kap. č. 2.2) se stalo 20 klientů, z nichž 10 je současně výzkumným souborem pro interview. Podrobnější údaje o **charakteristice výzkumného souboru** (viz kap. 4.2) autorka získala z interních materiálů Kontaktního centra.

Pozorování volnočasových aktivit, které byly zaměřeny *arteterapeuticky* a *dramaterapeuticky*, trvalo **od dubna do konce roku 2009** a to v kontaktní místnosti Kontaktního centra v Olomouci (viz kap. č. 1.2, viz Příloha č. 5).

Terapeutův deník vznikl na základě pozorování z **poznámek badatelky**, která si zapisovala proces **vzniku nové služby** (viz kap. 4.2.1) a **průběh** nově zavedené **služby** volnočasových aktivit (viz kap. 4.2.2). Pozorované jevy badatelka zaznamenala nejčastěji ihned po jejich skončení.

Terapeutův deník jsme rozdělili na **dvě části**. První část deníku jsme analyzovali pomocí metody prostého popisu a druhou část jsme za použití metody trsů rozdělili do kategorií (viz kap. č. 2.5). Analýza průběhu a obsahu. Z důvodu malé účasti na volnočasových aktivitách *dramaterapeuticky* zaměřených jsme se rozhodli **analyzovat** pouze aktivity zaměřené *arteterapeuticky* (viz kap. č. 4.2.2).

Specifické okolnosti pozorování

Realizace pozorování byla pozitivně ovlivněna skutečností, že se výzkumný soubor s badatelkou již předem znal, a prostředí realizace bylo oběma stranám známé (badatelka byla zároveň pracovnící v Kontaktním centru v Olomouci).

Realizace cílů pozorování (viz cíl č. 1, 2, 3, 4, 6) bylo závislé na aktivní účasti klientů v Art koutku. Účast na výzkumu, resp. na účasti volnočasových aktivit byla motivována.

3.3 Interview s klienty Kontaktního centra v Olomouci

Výzkumným souborem (viz kap. č. 2. 2) se stalo **10 klientů Kontaktního centra v Olomouci** (dále jen „KC“), sedm z nich se účastnilo volnočasových aktivit v KC OL aktivně, tři pouze přihlíželi. Podrobnější údaje o **charakteristice výzkumného souboru** autorka získala z interních materiálů KC a samotného rozhovoru (viz kap. č. 4.3.1). Pro realizaci výzkumu byla použita metoda **polostrukturovaného interview** (viz kap. č. 2. 3).

Klienty badatelka **oslovila**, většinou svolili k rozhovoru okamžitě, jindy bylo zapotřebí vnější motivace (káva se sušenkou).

Před zahájením interview badatelka získala od klientů KC tzv. **informovaný souhlas** pro jeho provedení a další zpracování. Dále autorka získala od 9 klientů svolení nahrát rozhovor na diktafon, jedna klientka toto odmítla a badatelka si pro zachycení informací zapisovala poznámky v průběhu rozhovoru.

Délka interview se lišila, v rozpětí od půl hodiny do hodiny a půl. Celkově rozhovory probíhaly v klidné a přirozené atmosféře. Interview s klienty se uskutečnila v **klidné místnosti** KC; s šesti klienty byla realizována **souběžně** s pozorováním volnočasových aktivit, tj. od října do konce roku 2009. Další čtyři interview byla uskutečněna **po ukončení pozorování**, tj. od ledna do února 2010.

Při realizaci interview bylo důležité **oddělit roli pracovnice KC od role badatelky** (např. badatelka odkazovala klienty na individuální plánování, následnou péči po skončení rozhovoru).

Pořízený audio záznam interview autorka přepsala do **textové podoby** v přesném znění, které dále zjednodušila pro usnadnění analýzy (viz kap. č. 2.4). Metoda trsů byla použita pro vznik kategorií (viz kap 2.5).

3.4 Interview s pracovníky Kontaktního centra v Olomouci

Výzkumným souborem se stali tři pracovníci Kontaktního centra v Olomouci (dále jen „KC“). Při realizaci byla použita metoda polostrukturovaného interview (viz kap. č. 2.3).

Pro realizaci výzkumu autorka získala tzv. **informovaný souhlas** s použitím získaných dat k jejich zpracování. Před realizací rozhovorů s pracovníky získala badatelka svolení pořídit audio-záznam na diktafon.

Interview se uskutečnilo v jeden den **v lednu 2010** v KC v klidné místnosti. Interview probíhala v klidné a přátelské **atmosféře**, průměrně každé trvalo **hodinu**.

Získaný audiozáznam autorka doslovně přepsala. Tento textový materiál byl dále zpracován redukcí prvního řádu (viz kap č. 2.4), dále barvením textu seřazen do **kategorií** (viz kap. č. 4.3.2).

Po analýze interview s klienty i pracovníky KC jsme za pomoci **metody kontrastů a srovnání** (viz kap. č 2.5) vybrali kategorie a jejich zobecněné výpovědi postavili do *kontrastu*, případně *shody*; tyto jsme zpřehlednili v tabulce (viz kap. 4.3.3).

4 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

Tato kapitola se zaměřuje na analýzu získaných dat pomocí různých metod sběru.

Nejprve zde analyzujeme **existující textové dokumenty**, které existují nezávisle na výzkumu (viz kap. č. 2.3). Analýza dokumentů mapuje **nabídku služeb kontaktních center v České republice a postavení expresivních přístupů v nich** (viz kap. č. 4.1.2.).

Dále zde autorka generalizuje údaje získané z **vlastního pozorování** vzniku a průběhu volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci. Všímá si především reakcí klientů na novou nabídku služby. Také se zaměřuje na dynamiku aktivních i pasivních účastníků volnočasových aktivit.

Třetí oblastí analýzy jsou **rozhovory s klienty a pracovníky** Kontaktního centra v Olomouci, kteří byli aktivně či pasivně účastni volnočasových aktivit. Interview obou výzkumných vzorků měla obdobné kategorie. Vybrané kategorie byly pomocí metody kontrastů a srovnání zpřehledněny v tabulce (viz kap. č. 4.3.3).

4.1 Existující textové dokumenty kontaktních center ČR

Před vlastní analýzou existujících textových dokumentů bylo zapotřebí tato data systematizovat do podoby vhodné pro zahájení kvalitativní analýzy (viz kap. č. 3.1).

K analýze autorka použila **tři základní dokumenty** (Výroční zprávy kontaktních center ČR, Registr sociálních služeb – odkaz na Popis realizace poskytování sociálních služeb⁵⁹ a internetové stránky jednotlivých kontaktních center).

Pro účel analýzy autorka vymezila kategorie standardních a nadstandardních služeb (viz kap. 3.1). Vzhledem ke kategoriím rozdělujeme kapitolu na **dvě části**.

Standardní služby se častěji objevovaly ve **výročních zprávách** jednotlivých kontaktních center, případně na jejich **internetových stránkách**. V **Registru sociálních služeb** se významněji objevovala podrobnější struktura nabídky služeb, které se staly součástí kategorie **nadstandardních služeb**.

⁵⁹ Dostupné na www.iregistr.mpsv.cz

Pro analýzu dokumentů autorka nazvala „**nabídku služeb**“ to, co některá kontaktní centra označila za **metodu práce s uživatelem** nebo **základní činnosti**.

Různá kontaktní centra dělí **nabídku služeb** do různých kategorií (např. nízkoprahové, strukturované a doplňující⁶⁰ nebo jako nízkoprahový program, program poradenství a program podpůrné terapie⁶¹), které se zcela neshodují s kategoriemi **standardních** a **nadstandardních** služeb.

4.1.1 Standardní služby kontaktních center v České republice

Kritériem pro zahrnutí služeb do **standardních** je jejich výskyt v **každém** zkoumaném **kontaktním centru v České republice** a tvoří tak „minimum“ služeb kontaktních center v České republice.

Autorka si je vědoma skutečnosti, že níže popsané podkategorie **standardních služeb kontaktních center v České republice** některá centra zahrnula do služeb prahových (např. motivační rozhovory). Tato skutečnost však nebrání **prahovou službu** zahrnout **do standardních**, přestože standardní služby jsou z velké části **nízkoprahové** (viz kap. č. 2.2.1.2, teoretická část).

Standardní služby kontaktních center v České republice (dále jen „standardní služby“):

1. **První kontakt** – navázání kontaktu s klientem.
2. **Výměnný servis** – výměna použitého injekčního materiálu za čistý, další HR materiál.
3. **Zdravotní servis** – zhodnocení stavu klienta, základní zdravotní péče, odkaz na zdravotnická zařízení.
4. **Hygienický servis** – praní prádla, sprcha.

⁶⁰ Kontaktní centrum Prevent, České Budějovice

⁶¹ Kontaktní centrum Drug Azyl, Brno

5. **Informační servis** – nejčastěji z oblasti zdravotní, sociálně-právní, bezpečné užívání drog.
6. **Sociální servis** – poradenství sociální, drogové, rodinným příslušníkům, se zaměřením na sociální stabilizaci klienta.
7. **Motivační rozhovory** – zaměření na zvýšení motivace klienta směrem k méně rizikovému způsobu života (řadí se také do „poradenství“ či „sociální servis“).
8. **Krizová intervence** – okamžité řešení krizové situace klienta, pomoci zorientovat se v krizi, odkaz na další spolupráci, odborníky apod.
9. **Testy** - HIV, VHC, těhotenský test, syfilis, orientační test přítomnosti drog aj. (tato služba bývá součástí služby „zdravotní servis“).
10. **Asistenční služba** – nabídka asistence pracovníkem při sociální práci (na úřady), zdravotnické péči (doprovod k lékaři) apod.

Náplň jednotlivých oblastí standardních služeb se navzájem doplňuje a propojuje. Standardní služby nabízené kontaktními centry v České republice jsou velmi podobné službám v Kontaktním centru v Olomouci (viz kap. č. 1.2.2).

Analýzu a popis **standardních služeb**, které nabízejí kontaktní centra, je možné chápat jako „*minimum služeb*“, které slouží pro obecné pochopení fungování kontaktních center v České republice. Standardních služby popisují, jaké služby kontaktní centra v ČR nabízejí (resp. uvádějí).⁶²

Poznání „*minima*“ je důležité pro pochopení specifčnosti uvedení **nadstandardních** (a často prahových) **služeb** do *zavedeného* prostředí kontaktních center s převažující nabídkou standardních (a často nízkoprahových) služeb. Všechny služby by měly stále **respektovat zásady a principy** poskytování sociální služby v nízkoprahovém zařízení.

⁶² Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

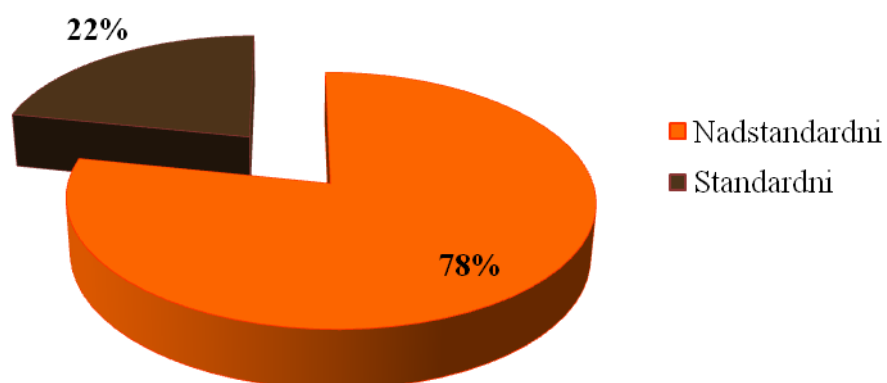
4.1.2 Nadstandardní služby kontaktních center v České republice

Kritériem pro zařazení služeb do nadstandardních je jejich méně častý *výskyt* v nabídce služeb kontaktních center.

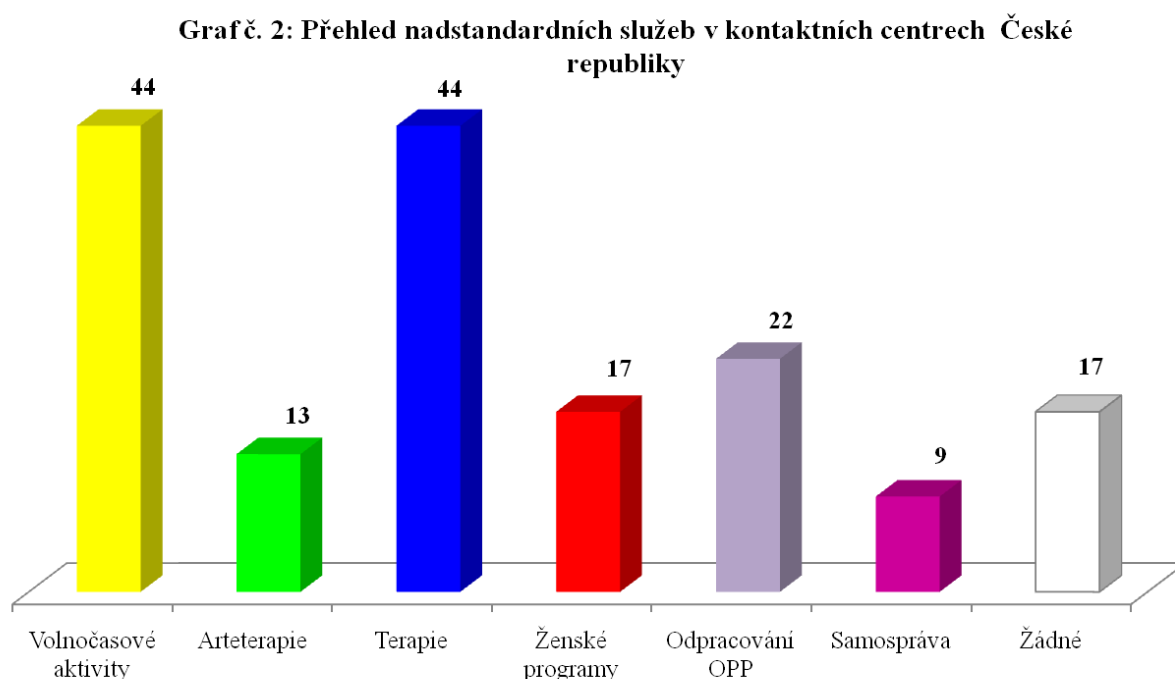
Specifický znak nadstandardních služeb autorka vnímá ve smyslu **prahovosti** (viz kap. č. 2.2.1.2, teoretická část).

Služby, které autorka řadí do **nadstandardních**, nazývají některá kontaktní centra jako **specifické, fakultativní, strukturované** a případě jiné.

Graf č. 1: Poměr standardních a nadstandardních služeb v kontaktních centrech v České republice



Graf č. 1: Znázorňuje podíl **nadstandardních služeb** k službám **standardním** v kontaktních centrech v ČR. *78% kontaktních center* v ČR nabízí minimálně jednu z níže uvedených *nadstandardních služeb*. *22% kontaktních center* nemá ve své nabídce žádnou z nadstandardních služeb, pouze *standardní* (viz kap. č. 4.1.1).



Graf č. 2: Zpřehledňuje, kolika procenty jsou zastoupeny jednotlivé (konkrétní) **nadstandardní služby** (z celorepublikového poměru 78% nadstandardních služeb, viz Graf č.1). **Nejvíce** nabízenou nadstandardní službou jsou *volnočasové aktivity a terapiemi* s 44% zastoupením v kontaktních centrech. **Nejméně** nabízenou službou (9%) je *samospráva* klientů v kontaktní místnosti. 13% kontaktních center uvádí ve svých službách *arteterapii*, 17% *ženské programy* a 22% umožňuje svým klientům si *odpracovat obecně prospěšné práce v kontaktním centru*.

Popis jednotlivých nadstandardních služeb v kontaktních centrech v České republice:

(1) **Volnočasové aktivity** – do této kategorie řadíme společenské hry, výlety, výjezdy mimo kontaktní centrum, relaxace, apod.

(2) **Arteterapie** – jedná se o terapii využívající art prvky k sebevyjádření, uvolnění apod. Více o arteterapii – teoretická část, příp. Kontaktní centrum Drug Azyl Brno.

(3) **Terapie** – zahrnují terapeutické činnosti, terapie či činnosti s terapeutickým, podpurným efektem (nezahrnujeme zde arteterapii – ta je v bodě 2 a Ženské programy)

(4) **Ženské programy** – je služba, jejímž cílem je pomáhat matkám a ženám uživatelkám drog v sociální oblasti a při zvládnání své rodičovské role.

(5) Odpracování obecně prospěšných prací – jedná se o možnost využít kontaktního centra k realizaci alternativních trestů se spoluprací s Probační a mediační službou.

(6) Samospráva – jedná se o samosprávu klientů na kontaktní místnosti, kterým je umožněno se spolupodílet na fungování kontaktní místnosti, udržování pořádku během dne a po skončení provozní doby kontaktního centra.

Tabulka č. 2: Přehled nadstandardních služeb v konkrétních kontaktních centrech v České republice

Kontaktní centrum	Volnočasové aktivity	Arteterapie	Terapie	Ženské programy	Odpracování OPP	Samospráva
KC SANANIM, Praha	žlutá					
KC Prevent, České Budějovice	žlutá		modrá			červená
KC pro drogovou závislost, České Budějovice (o.s. Háječek)			modrá	červená	šedá	
KC Arkáda, Písek						
KC Drug Azyl, Brno	žlutá	zelená				
KC, Cheb			modrá			
KC Laxus, Hradec Králové						
KC pro lidi ohrožené drogou, Liberec			modrá		šedá	
KC Krystal, Krnov	žlutá					
KC, Orlová			modrá			
KC KAPPA, Hranice	žlutá					
KC KAPPA, Přerov	žlutá					
KC v Olomouci						
KC Krédo, Šumperk	žlutá					
KC Laxus, Pardubice						
KC, Plzeň					šedá	červená
KC, Mladá Boleslav					šedá	
KC Magdaléna Benešov, Benešov	žlutá	zelená	modrá		šedá	
KC Magdaléna Příbram, Příbram	žlutá	zelená	modrá			
KC Chomutov, Chomutov	žlutá			červená		
KC WHITE LIGHT I, Teplice			modrá	červená		
KC NOE, Třebíč			modrá	červená		
KC, Zlín (Onyx, o.s.)			modrá			

Podrobnější analýza nadstandardních služeb kontaktních center v České republice je uvedena v Příloze č. 2.

4.1.3 Shrnutí

Pro analýzu jsme použili *tři zdroje dokumentů* (výroční zprávy kontaktních center, doplňující informace z Registru sociálních služeb⁶³ a internetové adresy jednotlivých kontaktních center) z **23 kontaktních center v České republice**⁶⁴ ze všech 14 krajů.

Z nabídky služeb kontaktních center ČR vznikly dvě hlavní kategorie. **Standardní služby** zahrnují ty služby, které ve své nabídce má každé z analyzovaných kontaktních center. Druhou kategorií jsou tzv. **nadstandardní služby** kontaktních center v České republice, které se v nabídce center objevovali méně často.

Poměr standardních a nadstandardních služeb v kontaktních centrech v České republice je znázorněn v *Grafu č. 1*. Nadstandardní služby a jejich procentuální zastoupení lze vidět v *Grafu č. 2*. Pro přehlednění nabídky služeb v konkrétních (23) kontaktních centrech byla vytvořena *Tabulka č. 2*.

Z nadstandardních služeb jsou **nejvíce** zastoupeny volnočasové aktivity a terapie. **Nejméně** zastoupena je samospráva klientů na kontaktní místnosti a arteterapie.

Autorka si je vědoma toho, že tyto informace se nemusí shodovat s realitou, že se jedná o pouhou analýzu dokumentů (bez konfrontace s realitou).

4.2 Terapeutův deník

Pro analýzu zpracovaných dat z pozorování jsme zvolili metodu *prosté deskripce a vytváření trsů* (viz kap. č. 3.2). Vzhledem k rozdílnému způsobu provedení analýzy získaných dat a vzhledem k rozdílnému zanalyzovanému obsahu pozorování, považovala autorka za důležité, kapitolu rozdělit na **dvě části**.

⁶³ Dostupné na www.iregistr.mpsv.cz

⁶⁴ Celkový počet registrovaných kontaktních center v České republice je 67 (dostupné na www.drogy-info.cz).

Charakteristika výzkumného souboru:

Počet: 20 (13 mužů, 7 žen), z toho 10 klientů, kteří jsme použili také jako výzkumný soubor k interview.

Průměrný věk: 26 let.

Účast výzkumného souboru na volnočasových aktivitách v Kontaktním centru v Olomouci: aktivně (16), pasivně (4), náhodně (18) a záměrně (2).

Užívání drog: pervitin (19), průměrně 5,5 let; abstínuje (1), rok.

Způsob aplikace drog: intravenózně (19).

Sociální situace: byt (4), zahradní chatka (6), squat (4), ubytovna (4), všichni bez stálého zaměstnání.

4.2.1 Proces vzniku volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci

Proces vzniku a zavádění nové služby volnočasové aktivity v Kontaktním centru v Olomouci jsme rozdělili dle **časového období**.

1. Před-přípravné období (únor – duben).

Poslání: Minimalizace škod v oblasti bio-psycho-socio-spirituální za užití expresivních přístupů, volnočasových aktivit.

Základní koncept: Základní myšlenkou je využití *expresivních přístupů s klienty* v Kontaktním centru v Olomouci. Volnočasové aktivity budou zaměřeny *arteterapeuticky* a *dramaterapeuticky*.

Pojmenování služby pro klienty: Autorka chtěla pojmenovat volnočasové aktivity tak, aby oslovila potencionální zájemce (klienty) a neodradila je. Z toho důvodu zvolila pojmenování služby „Art koutek“, které považovala za vhodné pro klienty. Tento název v sobě zahrnuje jak *dramaterapeuticky*, tak *arteterapeuticky* zaměřené aktivity.

Obecné pojmenování služby, aktivity: Autorka vycházela z eklecticismu expresivních přístupů (viz kap. č. 4.2). Autorka zvolila obecný název „volnočasové aktivity“, které mají podpurný charakter a využívají prvky dramaterapeutických a arteterapeutických

metod a technik (resp. s využitím všech expresivních přístupů); jsou to tedy aktivity s *terapeutickým potenciálem*.

Volný čas je zde použit proto, že je tato služba nabízena v rámci volného času klientů (viz kap. č. 4.3.1, bod 1) a také proto, že je jim skrze volnočasové aktivity nabídnuta varianta, jak trávit svůj volný čas v Kontaktním centru v Olomouci, případně jinde.

Cíle volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci:

Hlavním smyslem volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci je nabídnout klientům možnost trávit volný čas (nejen) v Kontaktním centru v Olomouci „jinak“, produktivněji, zábavněji.

Záměrem volnočasových aktivit je skrze expresivní techniky dojít k terapeutickému efektu a naučit klienty mimo jiné strukturovat čas.

Hlavní cíle volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci:

1. Snížení napětí u klientů, odreagování, uvolnění (snižování agresivity).⁶⁵
2. Nabídka vyplnění volného času tvořivou činností, příp. relaxací.
3. Pomoci s vytvářením struktury (nejen) volného času.
4. Zvýšení sebeuvědomění (náhledu na svoji situaci) a posílení sebevědomí.
5. Nalezení a znovunalezení tvůrčích schopností (s možností jejich využití v běžném životě).
6. Návčik obtížných sociálních situací z reálného nebo možného života klienta (příprava na úřady, seznamování se s potencionálním partnerem apod.).
7. Aktivizace a motivace klienta ke změně jeho životního stylu (vzdálený cíl).

Pravidla: Před realizací volnočasových aktivit bylo zapotřebí sestavit základní pravidla, která vycházela ze specifik cílové skupiny a zařízení, kde měly aktivity probíhat (viz kap. č. 1.2). Autorka sestavila základní pravidla:

1. *Pravidlo respektu* (nehodnotíme, co kdo vytvořil, řekl).

⁶⁵ Viz kap. č. 3.2, teoretická část.

2. *Pravidlo přiměřené aktivity* (pokud se klient účastní, tak se zapojí do aktivity).
3. *Pravidlo bezpečí* (to, co se během volnočasových aktivit odehrálo, dále nešíříme).
4. *Pravidlo dobrovolnosti* (pokud je klientovi činnost nepříjemná, nemusí se zapojit).

Příprava technik: Z uvedeného eklektického pojetí volnočasových aktivit, konceptu i cílů vycházejí techniky, které si realizátorka v této fázi připravovala. Jedná se spíše o techniky se zaměřením na **uvolnění**, **sebepoznání** a expresi, technicky méně náročné (arteterapeutické, dramaterapeutické a relaxační techniky).

Při vyhledávání konkrétních technik autorka vycházela z informací, které o klientech měla. Vybrané techniky autorka upravila vzhledem k *specifikům výzkumného souboru*.

2. Přípravné období (duben – květen).

Organizační a technické zázemí: Zahrnuje vyjednávání s vedoucí Kontaktního centra v Olomouci (dále jen „KC“) a vedoucími Sdružení Podané ruce, o.s., ohledně možnosti takovouto službu klientům nabídnout, za jakých podmínek prostorových, materiálních a časových.

Badatelka poskytovala informace o plánované službě i ostatním zaměstnancům KC. Následně zjišťovala, jaký zaujímají názor k plánované službě volnočasových aktivit pro klienty Kontaktního centra v Olomouci.

Nákup materiálu: Vzhledem k arteterapeuticky zaměřeným aktivitám bylo zapotřebí se materiálně vybavit (nakoupit výtvarné pomůcky).

Plánované místo realizace: Badatelka plánovala využít prostor kontaktní místnosti Kontaktního centra v Olomouci, nacházející se u dveří (viz Příloha č. 5).

Plánovaný časový harmonogram: Začátek realizace volnočasových aktivit byl stanoven na první týden v květnu, kdy přibližně tři týdny před zahájením proběhne informování klientů o nově nabízené službě.

Dopolední aktivity, zaměřené arteterapeuticky, badatelka plánovala realizovat od 10:30 do 16:30 a *odpolední aktivity*, zaměřené dramaterapeuticky, od 17:00 do 18:30.⁶⁶

⁶⁶ Srov. kap. č. 1.2, Tabulka č. 1.

Návrh plakátů a letáků: Plakáty a letáky vznikaly souběžně se vznikem názvu „Art koutek“, se snahou co nejvíce vystihnout podstatu nabízených aktivit, a nalákat co nejvíce klientů (viz Příloha č. 3).

3. Počáteční realizační období (květen).

Informování: Před vlastní realizací volnočasových aktivit autorka informovala a nabízela klientům Kontaktního centra v Olomouci možnost využití nové služby. Poskytovala jim podrobnější informace distribucí letáků, vyvěšením plakátů či diskusí, čímž bylo klientům nabídnuto využít čas v kontaktním centru „trochu jinak“.

Reakce klientů na nově vznikající službu: Klienti často reagovali na službu kriticky, s poznámkami, že k využití této služby by si potřebovali aplikovat drogu. Jiní klienti tuto možnost vítali a ptali se, co tato služba obnáší a nabízí.

4. Vlastní realizace volnočasových aktivit (červen-prosinec).

Vlastní realizace volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci je analyzována v kapitole č. 4.2.2.

4.2.2 Průběh a obsah arteterapeuticky zaměřených volnočasových aktivit

Z důvodu *malé účasti* na dramaterapeuticky zaměřených volnočasových aktivitách jsme se zaměřili *pouze* na analýzu *arteterapeuticky zaměřených volnočasových aktivit*, které pro zjednodušení pojmenováváme „arteterapie“.

Pro analýzu zpracovaných dat z pozorování (tj. terapeutova deníku – zápisků badatelky) jsme použili metodu trsů k vytvoření níže popsaných kategorií.

1. Délka arteterapeutických aktivit.

Začátek *arterapeutických setkání* se shodoval s *provozní dobou* Kontaktního centra v Olomouci. Vzhledem k tomu, že klienti využívají služby nejvíce ihned po otevření, nezbýval čas ani prostor k realizaci ve stanovenou dobu (tj. od 10:30). Z toho důvodu arteterapie začínala až ve 12:00 hodin, a proto badatelka posunula začátek arteterapeutických setkání na dobu od 13:00 do 16:00.

2. Místo konání arteterapie.

Místo konání *arteterapie* se oproti plánovanému *místu* realizace *měnilo* v závislosti na potřebách provozu Kontaktního centra v Olomouci či klientů. Místo konání nebylo nutné vždy striktně dodržovat (arteterapie probíhala v kontaktní místnosti a to jak u dveří, tak u okna). Stalo se také, že pro arteterapii byla využita *celá kontaktní místnost* najednou. Vlastní arteterapie probíhala za běžného provozu Kontaktního centra v Olomouci.

3. Aktivní účast klientů na arteterapii.

V průběhu výzkumu proběhlo 26 arteterapeuticky zaměřených aktivit. Většinou se účastnili *dva klienti*, stalo se, že se účastnilo sedm klientů, dvakrát se nezapojil nikdo. Občas klienti vytvořili více než jeden výtvar (obrázek, mandalu, přání).

Návštěvnost byla ovlivněna různými faktory (viz bod 10). Po měsíci, tj. 4 sezeních, začaly *záměrně navštěvovat* arteterapii dvě klientky a jeden klient se účastnil vždy, když přišel, ale nechodil záměrně.

4. Počty klientů v Kontaktním centru v Olomouci během arteterapie.

Mnoho klientů v Kontaktním centru v Olomouci: *Pozitivem* přítomnosti většího počtu klientů v Kontaktním centru v Olomouci je možnost oslovit více lidí k účasti na arteterapii. *Negativem* je méně prostoru, větší hluk, menší soustředěnost na práci vlivem vnějších jevů, nedokončování započaté práce.

Málo klientů v Kontaktním centru v Olomouci: *Pozitivem* přítomnosti menšího počtu klientů v Kontaktním centru v Olomouci je jejich větší účast na arteterapii, snadnější navození přátelské a „bezpečné“ atmosféry pro tvoření. Jasným pozitivem je skutečnost, že započatou práci dokončili (klienti nebyli od tvoření vytrženi vnějšími vlivy). *Negativem* je menší možnost k oslovení klientů k zapojení se na arteterapii.

5. První reakce klientů na nabídku arteterapie.

Pro zapojení byla důležitá *první* reakce klientů. **Negativní reakce** odradila potencionální účastníky a poté bylo velmi těžké je oslovit a motivovat k účasti. Naopak v případech **pozitivní reakce** na možnost využití arteterapie se zapojil větší počet klientů.

6. Specifičnost arteterapeutické skupiny.

*Společným znakem skupiny*⁶⁷ jednotlivců využívajících arteterapii v daný den byl zájem o tuto službu. Skupina měla pokaždé rozdílné složení.

Jednalo se o *jednotlivce*, případně *skupinu jednotlivců*, kteří se účastnili arteterapie v rámci *kolektivu ostatních klientů* Kontaktního centra v Olomouci, kteří těmto aktivitám přihlíželi, nebo využívali jiných služeb. Klienti, kteří se arteterapie neúčastnili, přesto její průběh ovlivňovali (viz bod 4, 5, 7, 10).

7. Struktura arteterapeutického setkání (průběh, dynamika).

Průběh i strukturu arteterapie ovlivnila *specifika provozu Kontaktního centra v Olomouci* (viz kap. č 1.2).

První fáze: Před arteterapeutickým setkáním realizátorka nachystala na stoly v kontaktní místnosti výtvarné pomůcky. Arteterapie začínala vždy pozdravem, oslovením, nabídkou aktivity (motivací). Pokud klienti projevili zájem o výtvarnou činnost, autorka je seznámila s tématem, možnými technikami a pravidly arteterapeutického sezení. Realizátorka působila jako *podporující prvek*, když klientům individuálně vysvětlovala technický postup, případně jej názorně předvedla společně s možností využití dalších materiálů.

Významná role realizátorky pro zapojení se klientů do arteterapeutických činností byla v tzv. „*dynamizujícím efektu*“, tj. navozovala atmosféru, motivovala a aktivizovala tím, že začínala aktivně tvořit jako první. Pak obvykle převzali iniciativu klienti. Tato fáze je pro celý arteterapeutické sezení stěžejní k dalšímu průběhu.

Druhá fáze: *Vlastní výtvarná práce* trvala přibližně třicet minut a během této doby jsme se bavili o tom, co tvoří a co je k tomu vede. Během této fáze se vytvořila příjemná přátelská atmosféra.

Přibližně v *druhé polovině tvoření* docházelo k uvolnění a klienti se během kreslení začali svěřovat i s méně diskutovanými tématy.

Třetí fáze: Většinou se reflexe po ukončení aktivity nesla v duchu toho, jak artefakt vnímá klient, který ho vytvořil a ostatní, kteří také tvořili nebo pouze přihlíželi. Klienti měli tendenci výrobek hodnotit a na hodnocení ostatních se ptát.

⁶⁷ Srov. kap. č. 4.1, teoretická část.

8. Témata arteterapie v Kontaktním centru v Olomouci.

Témata určovala realizátorka, jindy nechala téma na volbě klientů. Témata reflektovala aktuální zájmy či potřeby klientely.

Tematické tvoření pomohlo navodit atmosféru a usnadnilo klientům tvorbu. Určení tématu a popis techniky často vedly klienty k odbourání obav z neúspěchu (viz kap. č. 4.2, teoretická část).

Příklady použitých témat: „Já, co mě baví, co mě charakterizuje“ (viz Příloha č. 6). „Moje ideální, vysněné Káčko“. „Jak si myslím, že mě vidí okolí“ (viz Příloha č. 7). „Co je pro mě volný čas.“

9. Techniky arteterapie v Kontaktním centru v Olomouci.

Obecně autorka tyto techniky rozdělila dle *cílů* (sebereflexe, odpočinek, relaxace, uvolnění agrese). Použitými arteterapeutickými technikami je koláž, tupování přes šablonu, frotáž, kresba, malba za použití různých materiálů (prstové barvy, barvy na sklo, vodové barvy, tempery, sloupávací barvy).

Nejoblíbenější technikou klientů byla *tematická koláž*, malba *prstovými barvami* a vymalovávání *mandal*.

10. Faktory ovlivňující účast klientů na arteterapeutických aktivitách.

- **Počet klientů v kontaktní místnosti během arteterapeutických aktivit** (viz bod č. 4).
- **Reakce ostatních klientů na skutečnost, že jiný klient „tvoří“, případně jejich nezapojení** (viz bod č. 5).
- **Specifičnost skupiny** (viz bod č. 6).
- **Celková atmosféra v kontaktní místnosti** (nepříjemná atmosféra).
- **Aktuální naladění klientů** (podrážděnost, agresivita).
- **Zdravotní stav klientů** (akutní intoxikace, odvykací stav).
- **Nezaujetí konkrétní technikou, tématem.**

11. Reflexe klientů na arteterapii.

Pozitivní reflexí klientů bylo zjištění, že *jsou schopni* něco vytvořit. Ocenění klientů (vystavení artefaktů v kontaktní místnosti) bylo inspirací pro ostatní k účasti na arteterapii a současně působilo jako prvek udržující motivaci pro ty, kteří se již zapojili. Přestože autorka se snažila podpořit *spontánní vyjádření klientů*, výsledek byl pro klienty velmi důležitým elementem.

4.2.3 Shrnutí

Terapeutův deník zahrnuje jednak **vznik volnočasových aktivit a průběh a obsah arteterapeuticky zaměřených volnočasových aktivit**. Dramaterapeutické volnočasové aktivity badatelka neanalyzovala vzhledem k minimální účasti na nich.

Před vznikem volnočasových aktivit bylo nutné získat podporu vedení, vytyčit cíle a stanovit pravidla. Důležitou součástí procesu vzniku bylo pojmenování služby pro klienty a seznámení je s ní.

Zajímavým zjištěním v **průběhu arteterapie** je popis **velmi specifické skupiny**, která probíhá v rámci existujícího kolektivu běžného provozu Kontaktního centra v Olomouci. Pozorování trvalo necelých 6 měsíců. Během nabídky volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci byla témata i techniky různé, se snahou sledovat aktuální náladu a potřeby u klientů.

Arteterapie v běžném provozu Kontaktního centra v Olomouci měla svá **pozitiva** i **negativa**, a to převážně v první reakci na arteterapii, a také v celkovém počtu přítomných klientů v kontaktní místnosti.

Účast na arteterapii byla **ovlivněna** různými **faktory**, např. počet přítomných klientů v kontaktní místnosti, reakce přihlížejících klientů aj. (viz kap. 4.2.2, bod 10).

4.3 Interview

Kapitola analyzuje interview klientů i pracovníků Kontaktního centra v Olomouci **zvlášť**. Kategorie obou výzkumných souborů jsou obdobné.

Analyzujeme dále kategorie obou výzkumných vzorků **metodou kontrastů a srovnání**.

4.3.1 Interview s klienty Kontaktního centra v Olomouci

Pro analýzu zpracovaných dat (viz kap. č. 3.3) z interview jsme použili metodu trsů k vytvoření níže popsáných kategorií.

Charakteristika výzkumného souboru:

Počet: 10 (7 mužů, 3 ženy).

Průměrný věk: 28,9 let.

Účast na volnočasových aktivitách v Kontaktním centru v Olomouci: aktivně (9), pasivně (1), náhodně (7), záměrně (2).

Užívání drog: pervitin (9), průměrně 5,9 let; abstinuje (1), rok.

Způsob aplikace: intravenózně (9).

Sociální situace: byt (2), zahradní chatka (4), squat (2), ubytovna (2), všichni bez stálého zaměstnání.

Analyzované kategorie členíme do **typických, zajímavých odpovědí**. V případě, že se u klientů objevil rozpor, je zmíněn v **ambivalentních odpovědích**. Kategorie je vždy shrnuta v **charakteristice**.

1. Význam a způsob trávení volného času.

Typické odpovědi: Nejvíce klientů uvedlo, že mají volného času **málo a** je pro ně důležitý „...je to pro mě úzkoprofilový zboží, protože ho opravdu moc nemám...“.

Pro klienty znamená volný čas odpočinek, odreagování, relaxaci. Tento čas mají spojený s tím, že se **věnují sami sobě** a je podřízen jejich svobodné vůli.

Všichni klienti uvedli, že **tráví volný čas v Kontaktním centru v Olomouci**. Stejně tak všichni respondenti uvedli, že **nemají pravidelnou aktivitu**. Nejčastěji tráví volný čas **pasivně**.

Zajímavé odpovědi: Volný čas **nemá hodnotu** pro klienty, kteří jej neodlišují od pracovního. Jiní klienti vypověděli, že v době, kdy je něco baví, neprožívají craving, a proto se snaží soustředit na tuto činnost co nejdéle. Klienti uvedli, že se ve **volném čase nudí**, a aby tento pocit zahnali a nemysleli na drogy, hledají si nějakou činnost, kterou by se zaměstnali „...zabít nudu jakoukoliv činností, jakákoliv se naskytne...“

To, že tráví volný čas s drogou, uvedli téměř všichni až po přímé otázce. Na otázku, jak tráví volný čas, odpověděli „užíváním drog“ pouze dva klienti.

Ambivalentní odpovědi: Klienti vypověděli, že **mají rádi volný čas** a zároveň, že je už **nebaví** a těší se, až si najdou zaměstnání.

Pro klientku nemá volný čas hodnotu, protože ho **nevyužívá** k tomu, k čemu by chtěla. Zároveň si uvědomuje, že **začala** volný čas **trávit oblíbenou činností** „Teď jsem si vyloženě vyhradila volný čas na čtvrtek na to malování, že mě nebude votrvavovat manžel, že musím jít domů nebo něco. Čtvrtky patří mně.“

Charakteristika kategorie: Volný čas má pro klienty *význam*, věnují ho sobě, užívají drogy, zároveň pociťují jeho přebytek. V době, kdy se *nudí*, hledají pro ně zajímavou činnost, při které nepociťují potřebu užívat drogy. Volný čas tráví pasivně v Kontaktním centru v Olomouci.

2. Vysněná volnočasová aktivita.

Typické odpovědi: Respondenti vypověděli, že mají různá přání, co dělat ve volném čase, a drogy do žádného z toho nepatří. Někteří klienti by se rádi vrátili ke svému „hobby“, kterému se dříve věnovali.

Zajímavé odpovědi: Klientka si přeje ve volném čase *pečovat o své dítě*.

Jiný klient touží po sobě zanechat něco, co sám vytvoří ve volném čase „...abych se jednou mohl otočit na nějaký dílo po sobě a podívat se, že jsem to vytvořil svými rukama.“

Charakteristika kategorie: Klienti mají individuálně rozlišná přání co dělat ve volném čase, společným znakem je absence drog ve volném čase.

3. Názory klientů na volnočasové aktivity v Kontaktním centru v Olomouci.

Typické odpovědi: Volnočasové aktivity klienti vnímali *pozitivně*, a zároveň si myslí, že *výtvarné nadání* je nutné k využití této služby.

Většina klientů ocenila vznik nové služby v Kontaktním centru v Olomouci, vnímali ji jako *dobrou věc*, možnost se něčemu *přiučit*. Také ji vnímali jako možnost *přestat myslet na drogy*, případně se o drogách *přestat bavit*.

Zajímavé odpovědi: Díky volnočasovým aktivitám se dle názorů klientů zamezilo jejich *bezcílnému polehávání* v kontaktní místnosti.

Jiní klienti v této nabídce spatřovali možnost rozvíjet *fantazii*, příležitost se *odreagovat*, *vyjádřit* vlastní myšlenky „U téhle školy hrou se lidi nejvíc otvírají.“

Volnočasové aktivity byly vnímané jako možnost *seberealizace*, cesta z nudy.

Nabídku volnočasových aktivit vnímá klientka jako jistotu způsobu trávení volného času, kterou si ve svém domově není schopna zorganizovat.

Ambivalentní odpovědi: Klient uvádí, že volnočasové aktivity v Kontaktním centru v Olomouci pro něj *neměly význam*, a současně relaxaci, které se účastnil, *hodnotí pozitivně* v průběhu rozhovoru.

Klientovi připadají volnočasové aktivity v Kontaktním centru v Olomouci *zbytečné* a zároveň by se jich účastnil, kdyby ho někdo *ocenil*. „...ale k čemu mi to bude venku, když se musím postarat sám o sebe. K čemu mi to bude. Nebudu tam kreslit...“

Volnočasové aktivity byly klienty všeobecně hodnoceny *pozitivně* a zároveň si myslí, že jsou pro *výtvarně nadané a také převládá názor*, že během volnočasových aktivit je bude někdo *testovat* a nebudou mít možnost si *svobodně vybrat* náplň aktivit.

Charakteristika kategorie: Klienti nejčastěji vypověděli, že pro ně volnočasové aktivity *mají význam* a hodnotí je *pozitivně* zejména z toho důvodu, že nemyslí a nebaví se o drogách, *nenudí se*. Zároveň mezi klienty převládá názor, že aktivity pro ně *nejsou vhodné*.

4. Motivy využití a nevyužití volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci.

Typické odpovědi: Nejčastějším motivem k využití volnočasových aktivit byla *zvědavost*, možnost vyzkoušet něco *nového*, snaha *zahnat nudu* a aktuální naladění klientů. Častým motivem bylo ocenění v podobě vystavení výrobků klientů v kontaktní místnosti

Kontaktního centra v Olomouci. Motivující pro klienty je vidět v tvoření určitý *smysl* a *význam*. Někteří klienti uvedli různé *obavy* ve vztahu k využití volnočasových aktivit

Zajímavé odpovědi: *Positivní motivační roli* sehrála realizátorka volnočasových aktivit v tom, že klienty oslovila „...někdo člověka popostrčí k tomu, že teď si můžeme malovat, a ono ho to chytne, tak proč by si nemohl malovat, vždyť je to ve volném osobním čase...“

Pokud klientům něco *bránilo* ve využití volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci, tak to byly *drogy*. V době, kdy probíhaly volnočasové aktivity, bylo pro klienty přednější si zajistit drogy. Absence dávky v průběhu volnočasových aktivit byla důvodem k jejich nevyužití „...dej mi pecku a uvidíš, co ti namaluju...“

Další *zábranou* pro využití volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci byly *obavy* klientů. Nejčastěji se objevovala u klientů *obava*, že *nejsou výtvarně nadaní* k tomu, aby se volnočasových aktivit v Kontaktním centru účastnili.

Obava z toho, že pro tvoření nebudou mít „*svoji náladu*“ (kterou většinou podmiňovali aplikací a účinkem drogy) a také obavy *z názoru okolí, ze ztrapnění, nepochopení či výsměchu*.

Klient uvedl *obavy* z toho, že ho někdo během volnočasových aktivit *bude testovat* a nebude mít možnost si vybrat, co bude vytvářet, čímž *ztratí svobodu*. „Pokud to není o tom, že tě bude soudit nějaký psycholog, ale že se člověk projeví tak, jak to cítí, že je to svobodná volba, žádný rozkaz, tak to člověk bude vnímat lehčeji, nebude tolik uzavřenej, tak to je dobrý.“ (srov. kap. č. 4.2.2., bod 10).

Charakteristika kategorie: Klienti uvedli za nejčastější motiv svoji zvědavost, snahu zahnat nudu a ocenění jejich výrobků. Společným znakem této kategorie jsou *obavy* klientů z účasti na volnočasových aktivitách.

5. Význam Kontaktního centra v Olomouci pro klienty.

Typické odpovědi: Klienti obecně vnímají Kontaktní centrum v Olomouci pozitivně. Všichni si uvědomují *nutnost tohoto zařízení a váží si nabízených služeb*.

Významný počet klientů uvedlo Kontaktní centrum v Olomouci jako místo, kde si *odpočívou*, kde zapomenou na chvíli na okolní svět; přichází se *odreagovat, vypovídat se*.

Zajímavé odpovědi: Pro některé klienty je Kontaktní centrum v Olomouci *domov*, zažili zde mnoho významných životních momentů a rozhodnutí spojené s pracovníky (zajištění léčby, pomoc s úřady aj.).

Nespokojenost některých klientů vychází ze z **nepochopení změn** v Kontaktním centru v Olomouci.

Charakteristika kategorie: Z kategorie jasně vyplývá, že Kontaktní centrum v Olomouci je pro klienty existenčně nutné a váží si nabízených služeb.

6. Význam pracovního času (práce) pro klienty.

Typické odpovědi: Práce je pro klienty důležitá jako zdroj *finančních prostředků* a jako nástroj, jak se *přestat nudit*, nemyslet na drogy a užívat je. Práce je pro některé klienty *zdrojem* vytvoření si *režimu* „Tak ráda bych chodila do práce, abych byla nějak užitečná, nebo abych už konečně měla nějaký režim, co mi chybí.“

Pracovní čas tráví klienti *podle toho, kde pracují*. Pokud aktuálně nemají zaměstnání, nejčastěji tráví pracovní čas *doma*. Mnoho klientů má pracovní čas spojený s drogami, které je motivují k činnosti.

Zajímavé odpovědi: Klienti, kteří dlouhodobě nemohli sehnat žádné zaměstnání, vnímali práci jako *velice nutný a potřebný prostředek k potvrzení vlastní užitečnosti*. Jiní klienti uvedli, že pokud *mají práci, abstinují*.

Ambivalentní odpovědi: Někteří klienti uvedli, že v době, kdy mají práci, *přestanou užívat drogy* a zároveň tito klienti vypověděli, že *drogy jim pomáhají práci dokončovat* a vydržet u ní „...v tomhle případě má pro mě pervitin nějakou hodnotu, protože mě dokáže dokopat k tomu, že vytvářím sám nějaký hodnoty...“

Jeden klient tvrdí, že práci *nepotřebuje* (nepovažuje ji za důležitou), a zároveň by ji *vzal*, kdyby mu ji někdo nabídl.

Charakteristika kategorie: Pro klienty znamená pracovní čas zdroj financí, prostředek k zabránění vzniku nudy. Když klienti pracují, abstinují, zároveň drogy potřebují k dokončování činností. Pracovní čas tráví doma.

7. Tendence klientů dokončovat započaté činnosti.

Typické odpovědi: Až na jednu klientku nikdo ze zkoumaného souboru činnosti nedokončuje *bez vnější motivace*, která jim *není vždy příjemná*. Potřebují být za činnosti

ocenění, případně je dělat pro někoho. Dále potřebují podporu okolí, povzbuzování, nejlépe doprovod „...abych došla na pracák, musím tam jít s někým...“

Nedokončování činností tedy omlouvají *nepříznivými okolními* podmínkami.

Zajímavé odpovědi: Klientka považuje za důležité věci *dokončovat*, a to i v případě, že ji v tom někdo nebo něco *brání*.

Charakteristika kategorie: Klienti činnosti v zásadě dokončují, pro dokončení potřebují *podporu okolí, doprovod a ocenění*.

8. Význam drog pro klienty Kontaktního centra v Olomouci.

Typické odpovědi: Sami o sobě klienti tvrdí, že jsou leniví a pouze droga je motivuje k činnosti. Zároveň jsou drogy pro klienty zdrojem relaxace, uvolnění a zábavy. Pro mnoho klientů znamenají drogy jednoduchý zdroj obživy.

Zajímavé odpovědi: Přestože si klient uvědomuje pozitivní i negativní dopady drogy, tak ji nedokáže přestat užívat. Klient přijímá vlastní zodpovědnost za to, že užívá drogy, resp. že je na nich závislý „...protože jsem sám s těma drogama začal, nikdo mě k tomu nenutil...“

Klienti jsou přesvědčeni, že jim *droga dodává* schopnosti a dovednosti, které předtím neměli. Mnoho klientů vypovědělo, že v době, kdy mají fungující vztah, nepotřebují užívat drogy.

Ambivalentní odpovědi: Objevují se klienti, kteří vypověděli, že drogy pro ně znamenají to, co jim vzalo během krátké chvíle *všechno*. Přestože si klienti uvědomují, co všechno jim droga vzala, popisují její pozitiva. Negativa způsobené drogou připisují okolnostem, ojedinele sobě. Klient, který v minulosti stavěl *drogy* na první místo, si časem uvědomil, že ho drogy ovládají, čímž ztratily pro něj *hodnotu*. Zároveň tento klient uvádí, že pro něj drogy mají hodnotu jako zdroj zábavy.

Klient vyjadřuje k droze pozitivní vztah, zároveň ji vnímá jako „prokletí“, kterého se už nezbaví. Klientka by chtěla přestat užívat drogy a současně jí droga neubližuje a nemá tedy důvod přestat.

Charakteristika kategorie: Přestože si uvědomují negativní dopad drog na svůj život, vnímají v nich *silný motivační prvek a hodnotu*. Klienti se neshodli v míře vlastní zodpovědnosti za problémy způsobené drogou. Většina klientů v době fungujícího partnerského vztahu nevnímají drogu jako hodnotu.

4.3.1.1 Shrnutí

Volný čas má pro klienty celkově význam, nicméně tento čas nevyužívají k tomu, k čemu by si přáli. Nejvíce tráví volný čas v Kontaktním centru v Olomouci. Klienti se **nudí**, uvítali by činnost, která je zabaví a oddálí tak potřebu drogy užívat.

Klienti **hodnotí** volnočasové aktivity v Kontaktním centru v Olomouci kladně zejména proto, že oddálí téma drog. Většina klientů pociťovala obavy z účasti na volnočasových aktivitách. Tyto obavy se jim podařilo překonat, díky vlastní **zvědavosti**, možnosti **ocenění** a zahnání **nudy**.

Pracovní čas vnímají klienti jako prostředek k zahnání **nudy**, zároveň potřebují drogy k dokončení činnosti. Klienti k **dokončení činnosti** potřebují vnější podporu.

Pro klienty má **droga svou hodnotu**, přestože si uvědomují její negativní dopad na jejich zdraví i vztahy s okolím.

4.3.2 Interview s pracovníky Kontaktního centra v Olomouci

Pro analýzu zpracovaných dat (viz kap. č. 3.4) z interview jsme použili metodu trsů k vytvoření níže popsaných kategorií.

Analyzované kategorie členíme do **typických, zajímavých odpovědí**. U pracovníků se **ambivalentní odpovědi** neobjevily. Kategorie je vždy shrnuta v **charakteristice**.

1. Význam a způsob trávení volného času pro pracovníky.

Typické odpovědi: Pro pracovníky je volný čas **vzácný** a velmi si ho váží. Je to čas, který věnují sobě, svým blízkým, odpočinku a svým koníčkům. Každý z pracovníků má svoji **jasně danou strukturu**, jakým způsobem volný čas tráví. Nejčastěji volný čas tráví v přírodě, sportem a odpočinkem.

Zajímavé odpovědi: Pracovnice zaznamenala změnu náplně svého volného času od doby, kdy pracuje v Kontaktním centru v Olomouci, a to tak, že více volného času tráví o samotě, spíše *pasivně*.

Charakteristika kategorie: Pro pracovníky je volný čas jednoznačně něčím vzácným a tento čas věnují sobě, strukturují jej.

2. Vysněná volnočasová aktivita.

Typické odpovědi: Všichni pracovníci měli podobný sen – jet na dovolenou, případně cestovat.

Zajímavé odpovědi: Preferovali pohodlnější způsob cestování, více komfortu.

Charakteristika kategorie: Pracovníci se shodli na vysněné volnočasové aktivitě, kterou je dovolená.

3. Názory pracovníků na volnočasové aktivity v Kontaktním centru v Olomouci.

Typické odpovědi: Volnočasové aktivity vnímali všichni *pozitivně*, jako jinou možnost *formy a metody práce s klienty*, jako způsob *navázání vztahu* s klienty a jiný způsob *komunikace*.

Všichni pracovníci měli volnočasové aktivity spojené s osobou realizátorky služby. Jakákoliv další aktivita s klienty je pracovníky vnímaná jako *krok dopředu*.

Zajímavé odpovědi: Vyžaduje to *kreativitu* (a aktivního člověka), kterou, jak tvrdí všichni pracovníci, nedisponují. Pracovnice tuto nabídku služby považuje za *revoluční*.

Pracovnice volnočasové aktivity považuje za možnost pro klienty zažít pocit, když se jim někdo *věnuje*, jsou *středem zájmu* „Tohle může mít efekt, který nemusíme krátkodobě vidět.“

Jiná pracovnice vnímá za zajímavé, že klienty někdo motivuje k vytváření hmatatelných věcí, kterých si okolí všimne a *ocení*.

Jako nízkoprahová služba jsou volnočasové aktivity všemi pracovníky vnímány jako velmi *náročné* „...nevíš, kdo ti tam přijde, v jakém stavu, náladě, emoci...“ Všichni pracovníci *pozitivně hodnotí* volnočasové aktivity jako pomocníka ve vytváření struktury času klientů.

Charakteristika kategorie: Pracovníci se shodli ve významu volnočasových aktivit, které hodnotí *pozitivně*. Současně přiznávají, že pro jejich případnou realizaci považují za nutné zaměstnat vhodného člověka.

4. Význam Kontaktního centra v Olomouci pro jeho pracovníky.

Typické odpovědi: Všichni pracovníci se shodli, že Kontaktní centrum je především zaměstnání, zdroj finančních prostředků.

Někteří vnímají toto zařízení nejen jako způsob seberealizace, ale také zdroj zábavy a setkání se s člověkem.

Zajímavé odpovědi: Pracovnice vnímá práci v Kontaktním centru v Olomouci za specifickou, zejména vzhledem k malé strukturovanosti „...tady je ten čas zdánlivě nestrukturovaný, čímž se může velmi rychle rozutést do ztracena...“

Charakteristika kategorie: Všichni pracovníci toto zařízení vnímají zejména jako práci spojenou se seberealizací.

5. Význam pracovního času.

Typické odpovědi: Pro pracovníky je pracovní čas povinnost. Práce je pro pracovníky důležitá nejen kvůli seberealizaci, ale také kvůli dobrému pracovnímu týmu, a dobrým vztahům s klienty.

Zajímavá odpověď: Práce pracovníkům umožňuje seberealizaci, a díky dobře odvedené práci jsou schopni si kvalitně užít i volný čas.

Charakteristika kategorie: Pro pracovníky je čas povinností i činností, která je naplňuje.

6. Tendence pracovníků dokončovat započaté činnosti.

Typické odpovědi: Všichni pracovníci uvedli, že dokončují činnosti, které započali. Zdrojem k dokončování aktivit je *vnitřní zdroj*, *motivace*, pochopení důležitosti danou věc dokončit „To by mi nedalo to nedodělat, nemám ráda nedokončené věci.“

Jako vnitřní zdroj vnímají všichni pracovníci *nutnost mít strukturu*, plánovat si věci a zároveň mít jistou *svobodu* v rozhodování.

Zajímavé odpovědi: Jeden pracovník uvedl, že s dokončováním činností mívá občas problém; nejčastěji tehdy, kdy pro danou věc *nebyl dostatečně motivován a dostatečně jí nevěřil*.

Charakteristika kategorie: Všichni pracovníci mívají tendence činnosti dokončovat, nejčastěji nacházejí motiv k dokončení ve svém vnitřním zdroji.

7. Význam drog pro pracovníky.

Typické odpovědi: Drogy pro pracovníky zdrojem uvolnění, spojené s volným časem. Někteří význam drog spatřují v možnosti lepšího sebepoznání.

Charakteristika kategorie: Drogy jsou v životě pracovníků především zdrojem uvolnění a jsou schopni se jich vzdát. Pracovníci se shodli na komfortnějším způsobu trávení dovolené.

4.3.2.1 Shrnutí

Ambivalence se u pracovníků během rozhovoru neobjevila. Volný čas si pracovníci **váží** a tráví ho **odpočinkem**. Všichni pracovníci vnímají volnočasové aktivity jako důležitou součást Kontaktního centra v Olomouci, zároveň se nevnímají jako jejich **realizátoři**.

Kontaktní centrum v Olomouci pro pracovníky znamená především finanční zabezpečení a možnost seberealizace. Pracovníci shodně uvádějí **vnitřní zdroj** pro dokončování činností. **Drogy** pro pracovníky nemají větší význam a jsou schopni se jich vzdát.

4.3.3 Kontrasty a srovnání interview s klienty a pracovníky Kontaktního centra v Olomouci

Metodou kontrastů a srovnání jsme vybrané kategorie z interview klientů a pracovníků Kontaktního centra v Olomouci více generalizovali za účelem jejich srovnání.

Tabulka znázorňuje vztah kategorií z analýzy rozhovorů klientů a pracovníků Kontaktního centra v Olomouci. Níže uvedené kategorie neodpovídají přesně kategoriím užitých v analýze rozhovorů klientů i pracovníků (může jít o jejich podkategorie). Čísla v závorce odpovídají číselnému pořadí kategorií klientů.

**Tabulka č. 3: Kontrasty a srovnání kategorií z interview s klienty a pracovníky
Kontaktního centra v Olomouci**

Kategorie	Pracovníci	Klienti
Význam volného času (1)	Považují ho za důležitý	Považují ho za důležitý
Místo trávení volného času (1)	Domov	Kontaktní centrum v Olomouci
Způsob trávení volného času (1)	Odpočinek	Nudí se a užívají drogy
Názory na volnočasové aktivity v Kontaktním centru v Olomouci (3)	Navázání vztahu	Odklon od tématu drog, nenudí se
Vnímání Kontaktního centra v Olomouci (5)	Práce	Existenční nutnost
Místo trávení pracovního času (6)	Kontaktní centrum v Olomouci	Domov
Význam pracovního času (6)	Finanční zajištění	Vidina abstinence, droga pomáhá dokončit práci
Dokončování započaté činnosti (7)	Dokončují činnosti	Dokončují činnosti
Význam drog (8)	Sebepoznání	Stimulují je k činnosti

	Pozitivní hodnocení
	Negativní hodnocení
	Ambivalentní hodnocení

Komentář k Tabulce č. 3:

Z tabulky je patrné, že převažují **pozitivně** vnímané odpovědi u **pracovníků**. Dále je z tabulky zřejmé, že **klienti** vnímají Kontaktní centrum v Olomouci **pozitivně**. Ostatní kategorie jsou vždy u klientů vnímány **ambivalentně**.

Klienti i pracovníci **dokončují činnosti**, avšak klienti k jejich dokončení potřebují vnější stimul (viz kap. č. 4.3.1, bod č. 7), což hodnotí **negativně**; pracovníci potřebují vnitřní stimul.

Pracovníci **tráví volný čas** doma, a pracovní čas v Kontaktním centru v Olomouci, zatímco u klientů je to přesně naopak.

Pro klienty mají **drogy** ambivalentní význam v tom, že je stimulují k činnosti a zároveň je vnímají negativně (viz kap. č. 4.3.1, bod č. 8).

5 DISKUSE

Tato kapitola se zaměřuje zejména na komentování a doplňování dat, které mají uvést zanalyzovaná data do kontextuálních vztahů, čímž zpřesní analýzu. Výsledky výzkumu se navzájem zajímavě propojily, zejména **pozorování** klientů při realizaci volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci a **interview** s nimi.

Při systematizaci **existujících textových dokumentů** kontaktních center České republiky autorka překvapila skutečnost, že ve *výročních zprávách* většiny analyzovaných kontaktních center **chybí nabízené služby** a další důležité či zajímavé údaje (viz kap. č. 3.1). Autorka toto hodnotí **negativně**, zejména z toho důvodu, že kontaktní centra by mohla tento prostor lépe využít k vlastní propagaci. **Nabízené služby** byly většinou **uvedeny** v *Registru sociálních služeb*, případně na *internetových stránkách konkrétních kontaktních center*.

Autorka si je vědoma, že **dokumenty** kontaktních center České republiky se mohou od reality **lišit**. Analýzou dokumentů autorka podchytila pouze **uvedené** nabízené služby. Autorka si uvědomuje, že některé služby **uvedené v dokumentech** jednotlivá kontaktní centra **nemusí nabízet** a naopak; jiné služby, které **dokumenty neobsahovaly**, **mohou** být v konečném důsledku kontaktními centry **nabízeny**.

Autorka považuje **kvalitu nabízených služeb** za hodnotnější oproti kvalitě dokumentů, jejichž význam nepodceňuje.

Analýzou dokumentů (viz kap. č. 4.1) jsme rozdělili služby kontaktních center na **standardní** (nejčastěji nízkoprahové služby, tzv. „minimum“ nabízených služeb) a **nadstandardní** (prahové služby).

Autorka zastává názor, že **nízkoprahové služby** mají potenciál poskytovat své služby více strukturovaně, edukativně, terapeuticky a toto vše v zachování přístupu harm reduction (společně s bio-psycho-socio-spirituálním modelem).

Autorka považuje **standardní** (nízkoprahové) služby za důležitější (pro klienty) než **nadstandardní** (prahové). Na základě využívání **standardních** služeb klientům můžeme nabízet a rozvíjet služby **nadstandardní**. Autorka zastává názor, že skrze **nadstandardní** služby je možné vytvářet bezpečný terapeutický vztah mezi klientem a pracovníkem, případně klientům skrze tyto služby pomoci objevit nebo znovuobjevit cestu k vlastnímu „já“ a

nastartovat tak změnu životního stylu (což je všudypřítomným cílem v každé části systému péče o uživatele drog).

Analýzou dokumentů jsme zjistili, že kontaktní centra rozlišují v **nadstandardních** službách zvláště *arteterapii* a zvláště *volnočasové aktivity* (viz kap. č. 4.1.2). Autorka během realizace volnočasových aktivit, jejichž vznik, průběh a obsah popsala v Terapeutově deníku (viz kap. č. 4.2), tyto vnímala jako jeden pojem, tj. *volnočasové aktivity arteterapeuticky zaměřené*.

Autorka považuje za důležité, aby nízkoprahová kontaktní centra nabízela **expresivní práci s klientem**, tj. měla by **nenásilnou** formou pomoci klientovi strukturovat, plánovat **volný čas** v kontaktních centrech. Mělo by jít o vytvoření zvyku, ze kterého má **klient radost** a dokáže si tuto radost přirozeně navodit sám (viz kap. č. 1.1.1, teoretická část).

Význam volnočasových aktivit (viz kap. č. 4.3.1, kat. 1) v Kontaktním centru v Olomouci potvrzují klienti ve svých **výpovědích**, kde zmiňují, že se ve volném čase často **nudí** a svůj volný čas převážně tráví v Kontaktním centru v Olomouci. Volnočasové aktivity **reflektují klienti pozitivně**, nejčastěji jako „možnou cestu z nudy.“

Z **pozorování volnočasových aktivit**, jejich *zavedení* do Kontaktního centra v Olomouci, z *reakcí klientů* na ně a sledování účasti je možné konstatovat jisté shodné **faktory** (kap. č. 4.2.2), které **ovlivnily** nejen **návštěvnost**, ale i **strukturu** samotných volnočasových aktivit, resp. arteterapie.

Díky tomu, že se faktory ovlivňující účast klientů na volnočasových aktivitách projeví také během interview s klienty v podobě **obav** (viz kap. č. 4.3.1), bylo pro autorku jednodušší pracovat na jejich odstranění.

Práci na odstranění obav autorka považuje za zásadní; je třeba si tyto obavy **uvědomit** a **reflektovat**, **společně s klienty** tyto obavy **odkrývat** a odbourávat. Podle autorky je důležité zaměřit se na první fázi arteterapeutického sezení (viz kap. č. 4.2.2) vzhledem k významnému postavení obav. Dle autorky různé **obavy** brzdí klienty nejen ve využití volnočasových aktivit, ale často v mnohem zásadnějších věcech, na kterých je dobré společně s klientem pracovat (za pomoci expresivních i jiných přístupů či metod).

Za velice zásadní a specifickou v průběhu arteterapeutických sezení vnímá autorka **specifičnost skupiny** a možnosti ovlivňování přihlížejících klientů na samotný proces.

Autorka zastává názor, že v případě speciální místnosti a pracovníka určeného pro arteterapii, by se faktory ovlivňující její průběh eliminovaly.

Během pozorování byla pro klienty důležitá vidina jejich **ocenění** (viz kap. č. 4.2.2), což se následně potvrdilo i při interview (viz kap. č. 4.3.1). Autorka si tuto touhu interpretuje jako potřebu přijetí, naplnění pocitu sounáležitosti. S tímto fenoménem (oceněním), pracují také **techniky motivačního rozhovoru** (blíže viz Miller, Rollnick, 2003). Na základě autorčina zjištění z pozorování i interview je patrné, že pro mnohé klienty může být oceněním také projevení **zájmu o jejich osobu**, což lze hodnotit jako **terapeutický efekt** (blíže viz Prochaska, Norcross, 1999).

Během volnočasových aktivit je možné na klienta motivačně působit, ukázat mu, že sám dokáže něco vyrobit a osvojit si určitou techniku. Samotný tento fakt může vést ke **zvýšení sebevědomí**. Celý proces volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci napomáhá klientům vytvořit a zachovat si strukturu volného času, naučí je pravidlům, respektu, komunikaci, ale i disciplíně (při uklízení barev). Skrze **ocenění** lze u klientů dosáhnout i jiných pozitivních změn. **Volnočasové aktivity** klientům umožňují přestat se o drogách bavit, nemyslet na ně, a především se **přestat nudit**, odreagovat se (viz kap. č. 3.2.1). Význam volnočasových aktivit v nízkoprahových kontaktních centrech se autorce potvrdil ve zpětné vazbě z interview s klienty (viz kap. č. 4.3.1).

V **odpovědích** klientů se převážně objevovala ambivalence, zatímco odpovědi zaměstnanců tuto postrádaly. Přestože jsou si klienti vědomi negativit způsobené drogou, stále vyzdvihují její pozitiva. Dle autorky klienti drogu vnímají jako potřebu až nutnost, které se nedokážou vzdát, přestože jsou si vědomi jejich negativit. Klienti popisují drogu jako motivační a stimulační prvek, který jim pomáhá začít i dokončit činnosti, zároveň jim dodává schopnosti. Autorka toto vnímá jako projev nízkého sebevědomí, což může mít souvislost s obavami pro využití volnočasových aktivit. Během **interview** klienti nejčastěji uvádějí, že přestože mají volný čas rádi, už je nebaví, **nudí se**, užívají drogy a rádi by jej zaplnili jakoukoliv činností.

Autorka zastává názor, že v rámci nízkoprahových kontaktních center, by se měly volnočasové aktivity nabízet, neboť klienti tráví převážnou část svého volného času právě zde, kde se dle vlastních slov ponejvíce nudí. Kontaktní centrum v Olomouci vyšlo z názorů klientů **jednoznačně pozitivně** (viz kap. č. 4.3.3), a i z tohoto důvodu považuje autorka za vhodné se snažit se na ně terapeuticky působit.

6 ZHODNOCENÍ EMPIRIE

Kapitola hodnotí a popisuje ty části výzkumu, které byly z pohledu autorky nejzásadnější, zajímavé, nečekané či podnětné. Kapitola je shrnutím všech částí výzkumu a jejich výsledků.

Kvalitativní výzkum je považován za náročnější v porovnání s kvantitativním. Klade vyšší nároky na badatele a jeho zkušenost. Autorka si náročnost uvědomovala také ve **specifičnosti vlastní role**.

V rámci **přípravy na výzkum** autorka prostudovala různou literaturu vztahující se nejen k problematice psychologie osobnosti jedince, adiktologii, ale především různé zdroje zabývající se expresivními přístupy a terapiemi.

Realizace výzkumu trvala přibližně šest měsíců a badatelka během této doby plnila několik rolí najednou: autorka, realizátorka, badatelka a pracovnice Kontaktního centra v Olomouci. Tyto rozdílné **role** bylo nutné **oddělovat**; autorka se po celou dobu výzkumu snažila udržet **objektivní přístup**. Vzhledem ke skutečnosti, že autorka Kontaktní centrum v Olomouci bezpečně znala, stejně jako výzkumný soubor, vnímala samotnou realizaci výzkumu za příjemnou, přirozenou a navíc za jinou možnost jak jinak a lépe poznat klienty Kontaktního centra v Olomouci.

Specifičnost výzkumu lze spatřovat v analýze existujících textových dokumentů (viz kap. č. 4.1), kdy jejich obsah nelze nijak ovlivnit.

Náročnost výzkumu badatelka spatřuje ve využití rozdílných a specifických výzkumných metod a odlišném způsobu jejich zpracování. Specifika výzkumu lze také spatřovat v podmínce úspěšné realizace volnočasových aktivit v Kontaktním centru v Olomouci, které bylo stěžejní pro analýzu pozorování. Volnočasové aktivity byly úspěšně realizovány jen z poloviny.

Před realizací volnočasových aktivit měla autorka realistické **očekávání** účasti volnočasových aktivit. Během realizace byla příjemně překvapena účastí klientů na volnočasových arteterapeuticky zaměřených. **Překvapením** během zpracovávání výročních zpráv kontaktních center byla jejich obsahová strohost, čímž se **ztížil a prodloužil** sběr dat i následná analýza.

Nečekaným zjištěním je vysoký poměr nadstandardních služeb v kontaktních centrech České republiky. Nicméně jejich jednotlivé zastoupení už tolik pozitivní není (viz kap. č. 4.1.2). Autorka si uvědomuje, že informace z dokumentů se nemusí shodovat s realitou.

Pozitivním výsledkem výzkumu je reflexe klientů na volnočasové aktivity, jejich připravenost tyto služby využít (viz kap. č. 4.3.2, bod č. 1). Po **analýze** výzkumu je zřejmé, že vytyčených **cílů** se nám podařilo dosáhnout kromě dramaterapeuticky zaměřených volnočasových aktivit, které byly podmíněné účastí klientů na nich.

Porovnáním výsledků z pozorování (viz kapitola č. 4.2) a z interview s klienty Kontaktního centra v Olomouci (viz kap. č. 4.3.1) vzniknou zajímavé závěry, které se navzájem podporují a doplňují.

Za zajímavé autorka považuje **srovnat** faktory ovlivňující účast klientů na volnočasových aktivitách v Kontaktním centru v Olomouci, které se projeví během pozorování (viz kap. č. 4.2.2, bod 10), s obavami klientů, které zmiňovali během interview (viz kap. č. 4.3.1, bod 4).

Jako **podnětné** pro budoucí **praktické využití** expresivních přístupů v nízkoprahových kontaktních centrech lze chápat **faktory** ovlivňující účast na volnočasových aktivitách (viz kap. č. 4.2.2, bod 10), jejichž eliminací můžeme předejít malé účasti na nich. Dále považujeme za vhodné minimalizovat vznik **obav** u klientů, pracovat na jejich odkrývání, či odbourávání (zejména skrze jasné vysvětlení obsahu aktivit) (viz kapitola č. 4.3.1, bod 4). Zjištěním **motivů** lze klienty podpořit v naplnění volného času, který tráví v kontaktních centrech (viz kap. č. 4.3.1, bod 4).

IV ZÁVĚR

Problémoví uživatelé drog jsou častým zdrojem diskusí. Lidé mají tendenci uživatele drog velmi rychle odsuzovat, pohlíží na ně s odporem, případně s lítostí. Služby, které s touto skupinou populace pracují, mají mnohá specifika, která se snaží reagovat na potřeby a zájmy jednak uživatelů drog, ale také celé společnosti (přístup veřejného zdraví propojen s přístupem snižování škod).

Potenciál expresivních forem a metod práce s klienty kontaktních center autorka spatřuje zejména ve snižování škod (HR) ve všech rovinách člověka, zejména však v rovině psychologické, sociální a potažmo spirituální. Nejedná se o praktickou službu s viditelným dopadem na osobnost uživatele drog okamžitě nebo na cíl, který je možné „vidět“. Tato služba, lépe řečeno tento způsob práce s člověkem, je založený na specifické lidské činnosti, který má dle autorky silný uzdravný efekt. Skutečnost, že expresivní práce s klienty v Kontaktním centru v Olomouci, neměla přesný „učebnicový“ řád je pouze reakcí na specifickou prostředí i klientů. Jednotlivé úpravy a modifikace ve vztahu ke službě jsou reakcí na konkrétní potřeby klientů, tj. volnočasové aktivity se snažily přizpůsobit klientovi, nikoliv naopak. Klient bude muset na své cestě k abstinenci absolvovat ještě mnoho „přizpůsobení“ a akceptovat mnoho požadavků. Autorka si myslí, že méně požadavků a více přijetí „ve dveřích do systému“, kterého se klientovi dostane, povede k vytvoření pocitu bezpečí a důvěry, což by mělo být důležitým cílem kontaktních center. Teprve v prostředí bezpečí je možné pracovat se „zanedbanými“ a „odkládanými“ místy osobnosti uživatele drog, a pracovat tak na cestě k dozrání osobnosti, překonání vlastní závislosti a tím i k motivaci ke změně životního stylu směrem k abstinenci.

Měnit životní styl nikoho z nás není jednoduchá záležitost. O to je tato změna těžší, týká-li se osob, které jsou již ve velmi problematické situaci. Jejich okolí je většinou odmítlo a „bojovat sám“ je velmi vysilující a uživatelům drog brzy dojdou síly, které si kompenzují aplikací drogy. Přílišnou iniciativou, kdy posíláme klienty okamžitě do léčby, je můžeme odmítat jako takové, a akceptaci jejich osoby podmiňujeme zmíněnou léčbou, která může být v tu chvíli pro klienta nedosažitelným způsobem řešení jeho situace. Nepřijetím utvrdíme uživatele drog v tom, že droga je jediná věc, která ho vždy přijme a nikdy nezklame. Autorka zde vnímá tenkou hranici mezi přijetím a odmítnutím, na který by si měl zejména pracovník

v nízkoprahových službách dát velký pozor, protože tímto je možné klienta naprosto ztratit, nebo se klient fixuje na pracovníka, což nic neřeší. Nejlepší cestou z tohoto je podporující a oceňující respekt.

Většinou, když lidé slyší slovo uživatel drog, resp. „feťák“, velmi rychle chtějí znát řešení, nejlépe najít u člověka pokažený drát a nechat ho zpravit. Na počkání. Léčba, resp. změna životního stylu, která zahrnuje léčbu a je zaměřena na celou osobnost, je velmi dlouhodobá, komplexní a náročná na trpělivost. V nízkoprahovém zařízení jde spíše o proces a sledování změny, které se klientovi podařilo dospět.

Může se často zdát, že expresivní přístupy nemají v kontaktním centru své místo, ale dle názoru autorky mají své místo zcela specifické, stejně tak, jako v celém systému péče o uživatele drog. Jejich potenciál má jak edukativní, tak terapeutickou povahu. Autorka si je vědoma limitů, ale i možností, které expresivní přístupy nabízejí při využívání expresivních forem práce s problémovými uživateli drog. Expresie napomáhá lidem vyjadřovat skrytá témata, kterých mají problémoví uživatelé dostatek a neumí, nechtějí či nedokážou o svém nitru mluvit. Vždyť právě užíváním drog se vzdalují sami sobě.

V POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ČINČERA, J. *Práce s hrou: pro profesionály*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 115s. ISBN 978-80-247-1974-0

ČINČERA, J., KAPLÁNEK, M., SÝKORA, J. *Tři cesty k pedagogice volného času*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2009, 130s. ISBN 978-80-7399-611-6

GLASSER, W. *Terapie realitou: jak najít skutečný vztah k realitě*. 1.vyd., Praha: Portál, 2001, 192s. ISBN 80-7178-493-1

HÁJEK, B. *Nástin metodiky vedení zájmové činnosti*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2007, 65s. ISBN 978-80-7290-265-1

HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Budka, 1993, 298s. ISBN 80-90 15 49-0-5

HÁŠKO, J. *Autogenní trénink*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 53s. ISBN 80-7254-516-7

HICKSON, A. *Dramatické a akční hry ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 168s. ISBN 80-7178-387-0

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, 320s. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, 344 s. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kol. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 5.vyd. Praha: Filia nova, 2001.

KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 392s. ISBN 978-80-247-1411-0

KALINA, K. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 394s. ISBN 978-80-247-2449-2

KIRCHNER, J. *Emotivní pohybové aktivity jako součást kvality života*. 1.vyd. Ústí nad Labem: UJEP v Ústí nad Labem, 2007, 145s. ISBN 978-80-7044-958-5

KOLEKTIV AUTORŮ. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: Česká praxe*. 1.vyd. Praha: Středočeský kraj ve spol. s Magdaléna, o.p.s., 2007, 320s. ISBN 978-80-7106-937-9, neprodejné.

KOOYMANN, M. a kol. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. 1.vyd. Praha: Středočeský kraj ve spol. s Magdaléna, o.p.s., 2004, 240s. ISBN 80-7106-876-4, neprodejné.

KOŤÁTKOVÁ, S. a kol. *Vybrané kapitoly z dramatické výchovy*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1998, 223s. ISBN 80-7184-756-9

KRATOCHOVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3.dopl.vyd. Praha: Galén, 2005, 297s. ISBN 80-7262-347-8

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006, 384s. ISBN 80-7367-122-0

LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 280s. ISBN 80-7178-864-3

MACHKOVÁ, E. *Jak se učí dramatická výchova*. 2.vyd. Praha: Akademie múzických umění v Praze, 2007, 223s. ISBN 978-80-7331-089-9 a

MACHKOVÁ, E. *Metodika dramatické výchovy. Zásobník dramatických her a improvizací*. 10. vyd. Praha: Sdružení pro tvořivou dramaturgii, 2005. 153s. ISBN 80-901660-6-7

MACHKOVÁ, E. *Úvod do studia dramatické výchovy*. 2., upravené vyd. Praha: NIPOS, 2007, 200s. ISBN 978-80-7068-207-4 b

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. Revize. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 3.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 251s. ISBN 80-5121-11-5

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. 1.vyd. Tišnov: SCAN, 2004, 332s. ISBN 80-86620-09-3

MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M., GABRHELÍK, R., CHARVÁT, M.: *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. 1. vyd. Praha: ÚVČR, 2005, 80s. ISBN 80-86734-44-7

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 332s. ISBN 80-247-1362-4

- MORGAN, N., SAXTON, J. *Vyučování dramatu. Hlava plná nápadů*. 1.vyd. Praha: Sdružení pro tvořivou dramaturgii, 2001, ISBN 80-901660-2-4
- MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2005. 296s. ISBN 80-244-1075-3
- NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. Rozšířené vyd., Praha: Academia, 1998, 439s. ISBN 80-200-0625-7
- NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1.vyd. Praha: Academia, 2004, 272s. ISBN 80-200-0592-7
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2., rozšířené a přepracované vydání, Praha: Academia, 2009, 624s. ISBN 978-80-200-1680-5
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. dopl. a opr. vyd., Praha: Portál, 2007, 176s. ISBN 978-80-7367-267-6
- NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka*. 2. vyd., Praha: Grada, 1998, 98s.
- NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka*. 5. Rozšířené vyd., Praha: FIT IN, 2006.
- PÁVKOVÁ, J., HÁJEK, B., HOFBAUER, B., HRDLIČKOVÁ, V., PAVLÍKOVÁ, A. *Pedagogika volného času*. 3. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2002, 231s. ISBN 80-7178-711-6
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1.vyd., Praha: Academia, 2007, 472s. ISBN 978-80-200-1499-3
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. 4. vyd. Praha: Grada, 1999. 479s. ISBN 80-7169-766-4
- REEDMAN, L. *Léčivá síla imaginace*. 1.vyd., Praha: Portál, 2009, 216s. ISBN 978-80-7367-530-1
- RIEGER, Z. *Lod' skupiny: inspirace pro současné i budoucí lodivody ve skupinové terapii*. 2.vyd., Praha: Portál, 2007, 208s. ISBN 978-80-7367-222-5
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. 6., revidované a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 208s. ISBN 978-80-247-3133-9

- SEIFERT, A. L., SEIFERT, T., SCHMIDT, P. *Aktivní imaginace: práce s fantazijními obrazy a jejich vnitřní energií*. 1.vyd., Praha: Portál, 2004, 208s. ISBN 80-7178-845-7
- SLAVÍK a kol. *Současná artererapie v České republice a v zahraničí*. 1.vyd., Praha: Pedagogická fakulta UK, 2000, 200s. ISBN 80-7290-004-8
- SLAVÍK, J. *Od výrazu k dialogu ve výchově (Artefiletika)*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 1997, 200s. ISBN 80-7184-437-3
- SLAVÍK, J. *Umění zážitku, zážitek umění (teorie a praxe artefiletiky) 1.díl*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2001, 281s. ISBN 80-7290-066-8
- SLAVÍK, J., WAWROSZ, P. *Umění zážitku, zážitek umění (teorie a praxe artefiletiky) 2.díl*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2004, 302s. ISBN 80-7290-130-3
- SMITH, E.W.L. *Tělo v psychoterapii*. 1.vyd., Praha: Portál, 2006, 208s. ISBN 978-80-7367-144-0
- SPOUSTA, V. *Kapitoly z pedagogiky volného času*. 1.vyd., Brno: Masarykova univerzita, 1996, 37s. ISBN 80-210-1274-9
- SPOUSTA, V. *Kapitoly z pedagogiky volného času*. 1.vyd., Brno:Masarykova Univerzita, 1996, 37s. ISBN 80-210-1247-9
- SPURNÝ, J. *Psychologie násilí: o psychologické podstatě násilí, jeho projevech a způsobech psychologické obrany proti němu*. 1.vyd. Praha: Eurounion s.r.o., 1996, 134s. ISBN 80-85858-30-4
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 176s. ISBN 80-7178-616-0
- ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry pro rozvoj zdravé osobnosti: prevence problémů s agresivitou, pasivitou a závislostí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 160s. ISBN 80-7367-024-0
- ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry pro zvládnání agresivity a neklidu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, 176s. ISBN 80-7178-689-6
- ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2.vyd., Praha: Portál, 2007, 147s. ISBN 978-80-7367-339-0

ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J., a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2.vyd. Praha:Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 176s. ISBN 80-244-0629-2

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3.vyd. Praha: Portál, 2002. 444s. ISBN 80-7178-678-0

VALENTA, J. *Manuál k tréninku řeči lidského těla (didaktika neverbální komunikace)*. 1.vyd. Kladno: o.s. AISIS, 2004. 260s. ISBN 80-239-2575-X

VALENTA, J. *Metody a techniky dramatické výchovy*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 352s. ISBN 978-80-247-1865-1

VALENTA, M. a kol. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006a. 139s. ISBN 80-244-1358-2

VALENTA, M. a kol. *Rukověť k metodice kurzu ESF*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006b. 125s. ISBN 80-244-1265-9

VALENTA, M. *Dramaterapeutické projektování*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 92s. ISBN 80-244-0615-2

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 2. vyd. Grada: Portál, 2007, 256s. 978-80-247-1819-4

VÁŽANSKÝ, M., SMÉKAL, V. *Základy pedagogiky volného času*. 1.vyd. Brno: Paido, 1995. 194s. ISBN 80-901737-9-9

VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2., rozšířené a přepracované vyd. Praha: Grada, 2004, 340s. ISBN 80-247-0723-3

VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. 2., přepracované a doplněné vyd., Praha: Grada, 2007, 400s. ISBN 978-80-247-1315-1

Zákony a právní normy:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Další zdroje:

Výroční zprávy:

Výroční zpráva 2008 KAPPA HELP, o.s.

Výroční zpráva 2007, Laxus, o.s.

Výroční zpráva 2007, Magdaléna, o.p.s.

Výroční zpráva 2008, PONTIS, o.p.s.

Výroční zpráva 2008 o.s. Prevent

Výroční zpráva 2008, Sananim, o.s.

Výroční zpráva 2008, Semiramis, o.s.

Manuál Kontaktního centra v Olomouci

Protidrogová strategie EU na období 2005 – 2012

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky

Standardy RVKPP – obecné a speciální (na drogy-info.cz)

Časopisy:

Broža, J.: Adiktologie: Různé pohledy a přístupy k osobnosti závislého, ročník III., číslo 2, Tišnov 2003, 120s. ISSN

Gabrhelík, R., Charvát, M., Miovský, M. Adiktologie: Kvalitativní analýza potřeb klientů využívajících nízkoprahové služby ve Středočeském kraji, Tišnov 2005, ročník 5, číslo 1, 106s. ISSN 1213-3841

Holubová, M.: Arteterapie: Možnosti a meze arteterapie v K-centru, 18. Číslo, Praha 2009, 72s. ISSN 1214-4460

Jeřábek, P., Jahodová, L., Mahrová, G.: Adiktologie: Sny toxikomanů, ročník III., číslo 2, Tišnov 2003, 120s. ISSN

Internetové zdroje:

<http://artefiletika.cz>

<http://cas.cz>

<http://cekas.cz>

<http://cppt.cz>

<http://drogy-info.cz>

<http://iregistr.mpsv.cz>

<http://kappa-help.cz>

<http://krystalhelp.cz>

<http://laxus.cz>

<http://magdalena-ops.cz>

<http://mesto-orlova.cz>

<http://mostknadeji.cz>

<http://os-onyx.cz>

<http://os-semiramis.cz>

<http://podaneruce.cz>

<http://pontis.cz>

<http://sananim.cz>

<http://whitelight1.cz>

<http://www.arkadacentrum.cz>

<http://www.asociace.org/>

<http://www.kcentrumnoe.cz>

<http://www.kotec.cz>

<http://www.os-onyx.cz>

<http://www.os-prevent.cz>

<http://www.os-svetlo.net>

Výroční zprávy z internetu:

http://files.os-onyx.webnode.cz/200000075-3894139ae4/ONYX-Vyrocní_zprava_2007.pdf

http://www.arkadacentrum.cz/_uploads/files/Arkada_VZ_2008.pdf

http://www.cppt.cz/cz/docs_vyrocky.asp

<http://www.hajecek.wz.cz/?page=docs>

http://www.kotec.cz/sites/default/files/v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va_08_0.pdf

<http://www.mostknadeji.cz/Data/VZ/2008.pdf>

http://www.podaneruce.cz/data/files/SPR%20Vyrocní%20zprava%202008_269.pdf

<http://www.w11.cz/os/zpravy/vz-2007.pdf>

Doplňkové údaje z Registru sociálních služeb:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=0b4f7b856ea2d1f9&SUBSESSION_ID=1266843054597_112#3

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=123b3fc179b5d7aa&SUBSESSION_ID=1266841382248_17#3

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=33ae27ddc535b8ee&SUBSESSION_ID=1266841982949_59#3

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=3590b0cc42f989e6&SUBSESSION_ID=1266840852169_13#3

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=51fca45b6ee708b6&SUBSESSION_ID=1266841396977_28#3

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=76da543b141b2489&SUBSESSION_ID=1266840852169_13#3

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=8ad4144e7912e676&SUBSESSION_ID=1266841489799_37#3

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=944b432afb86c4cf&SUBSESSION_ID=1266842244102_54#3 -

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=ba9b1218929b2b63&SUBSESSION_ID=1266842465706_65#3

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=ef3526a88bac764b&SUBSESSION_ID=1266840862709_17#3

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/stazeni_souboru.do?736f=68d8a6b60c3c2b81&SUBSESSION_ID=1266842703262_73

VI SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Seznam kontaktních center v České republice

Příloha č. 2 – Podrobnější analýza k nadstandardním službám kontaktních center v České republice

Příloha č. 3 – Původní plakát k službě „Art koutek“

Příloha č. 4 – Nový plakát k službě „Art koutek“

Příloha č. 5 – Fotografie kontaktní místnosti Kontaktního centra v Olomouci

Příloha č. 6 – Koláž klientky Kontaktního centra v Olomouci na téma „Co mě baví, co mě charakterizuje“

Příloha č. 7 – Koláž klienta Kontaktního centra v Olomouci na téma „Jak si myslím, že mě vnímá okolí“

Příloha č. 8 – Nástěnka s vystavenými artefakty klientů Kontaktního centra v Olomouci

Příloha č. 9 – Ukázky artefaktů klientů Kontaktního centra v Olomouci

Anotace diplomové práce

Jméno a příjmení:	Darina Kholová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Dominik Polínek, PhD.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Využití expresivních přístupů v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog
Title in English:	Expressive attitude's usage in Low Threshold facility for drug users
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá systémem péče o uživatele drog, zejména nízkoprahovými zařízeními, určené nejčastěji pro tzv. problémové uživatele drog. Expresivní přístupy popisují možné inspirační zdroje při expresivních forem a metod práce s klienty v nízkoprahovém zařízení. Empirická část analyzuje standardní a nadstandardní nabídku služeb kontaktních center v ČR. Zaměřuje se na vznik a průběh volnočasových aktivit v kontaktním centru v Olomouci a porovnává názory klientů a pracovníků na ně, ale i na další fenomény (volný čas, drogy, atd.).
Klíčová slova:	Uživatel drog, bio-psycho-socio-spirituální model závislosti, nízkoprahový přístup, terciální prevence, potřeby, hodnoty, zájmy, motivace, schopnosti, tvořivost, pedagogika volného času, expresivní terapie, artefiletika, arteterapie, dramatická výchova, dramaterapie, umění, výchova.
Annotation in English:	Diploma work is focused on care system for drug users, especially low-threshold facilities that are mostly dedicated for so called problematic drug users. Expressive approaches

	<p>describe possible inspirational sources by expressive forms and methods of work with clients in low-threshold facilities. Empiric part analyses standard and above standard service offer of contact centers in the Czech Republic. It's focused on the creation and process of free-time activities in contact center in Olomouc and compares clients' opinions with employees' opinions about them but also other phenomena (free time, drugs, etc.).</p>
Key words in English:	<p>Drug user, bio-psycho-socio-spiritual model of addiction, low-threshold approach, tertiary prevention, needs, values, interests, motivation, abilities, creativity, education of free time, expressive therapy, art-philletic, art-therapy, dramatical education, dramatherapy, art, education.</p>
Počet příloh	9
Rozsah práce:	119
Jazyk práce:	Český jazyk