

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Pavlna Martinková

Možnosti intervence u mladistvých zneužívající nealkoholové, návykové a
psychotropní látky

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a ke své práci jsem použila literaturu a prameny uvedené v seznamu použité literatury.

V Uherském Ostrohu dne

.....

Pavčina Martinková

Poděkování

Děkuji Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, za poskytování cenných rad a informací a především mu děkuji za jeho podporu. Dále bych také chtěla poděkovat všem odborníkům za jejich ochotu uskutečnit se mnou rozhovory a v neposlední řadě také mé rodině a přátelům, kteří mi byli velkou oporou.

Obsah

Úvod.....	7
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Drogová závislost	10
1.1 Definice dle MKN	10
1.2 Definice dle Americké psychiatrické asociace, DSM-IV	12
2 Vývoj jedince.....	13
2.1 Vývojové aspekty období dospívání.....	13
2.1.1 Dospívání po stránce biologické	13
2.1.2 Dospívání po stránce psychologické a sociální	14
2.2 Vývojové potřeby	23
3 Příčiny užívání návykových látek.....	26
3.1 Vývojové aspekty a potřeby jako příčina rozvoje závislosti.....	26
3.2 Frustrace jako příčina rozvoje závislosti.....	29
3.3 Motivace jako příčina rozvoje závislosti.....	30
4 Možnosti intervence a terapie.....	33
4.1 Kde se tato potřeba vzala?.....	33
4.2 Jak tuto situaci řešit?.....	34
4.2.1 Klasifikace intervence.....	35
4.2.2 Prevence	36
4.3 Možnosti intervence a klasifikace podle činnosti.....	37
4.3.1 Intervence jako poradenská činnost.....	38
4.3.2 Intervence jako terapeutická činnost.....	41
4.3.3 Intervence jako nízkoprahová činnost	54
4.3.4 Intervence jako léčebná činnost.....	59
4.3.5 Intervence jako resocializační, výchovně-vzdělávací, volnočasová činnost	61
5 Motivace, jako klíčový faktor pro intervenci	62
II PRAKTICKÁ ČÁST	66
6 Charakteristika výzkumu	66
6.1 Cíl práce	66
6.2 Strategie šetření	67
6.3 Metody sběru dat	67

6.4	Výzkumný soubor.....	67
6.5	Způsob zpracování dat	67
7	Realizace výzkumu	69
7.1	Výběr výzkumného souboru	69
7.2	Příprava a realizace rozhovoru	69
7.3	Zpracování rozhovoru	70
8	Analýza a interpretace dat	94
8.1	Interpretace výsledků	102
	Diskuze	112
	Závěr	114
	Seznam použité literatury	115
	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	120
	SEZNAM ZKRATEK	121
	SEZNAM PŘÍLOH	122
	Anotace	

Úvod

„I kdybys stál na pokraji sil a jediná vůle ti zbyla,
pomohl bych ti.“

(Johan Wolfgang von Goethe)

I kdybys stál na pokraji sil...tam je často drogy zahání. Až na pokraj sil. Jedinci, kteří sáhnou po návykové látce, mají různé důvody, proč k takovému jednání přistoupí. Někdy je jejich jednání zapříčiněno pocitem, že na pokraji sil už dávno jsou vlivem osobnostních, partnerských, rodinných a jiných problémů, jindy a to často v případě mladistvých jde jen o pouhou zvědavost, touhu zkusit něco nového co mohou mít pod kontrolou zapříčiněnou vývojovými aspekty právě období dospívání. Nabízí se nám otázka, kde mladiství berou takovou jistotu, že vše zvládnou, kde je respekt z něčeho neznámého co může ublížit? Je to možná vlivem nesprávné osvěty, kde je teenagerům podsouvána normálnost užívání návykových látek - drog jako je alkohol a cigarety nebo v poslední době také marihuana a jejichž dopady jsou mladistvými často bagatelizovány. Možná se důvod nachází jen v nevyzrálosti a rizikovosti tohoto období. Jenže ona zmíněná kontrola se často vymkne z rukou. Ačkoliv jak uvádí Mudr. Marian Korandra (in substituční léčba [online]), je u mladistvých častým jevem, že se domnívají dokonce i při nástupu do léčby že vše pod kontrolou mají a je strašně snadné se závislosti zbavit. Opak je pravdou. Proto bychom navázali na druhou část z citátu: „... a jediná vůle ti zbyla, pomohl bych ti.“ Právě problematika pomoci mladistvým zneužívající nealkoholové návykové a psychotropní látky, je ústředním tématem této práce.

Cílem diplomové práce není jen prostý výčet možností intervencí, ale snaha postihnout problematiku intervence a její efektivity právě u mladistvých uživatelů. V úvodu teoretické části práce se budeme věnovat vymezení pojmů, částečně se dotkneme i legislativního vymezení. V dalších kapitolách se zabýváme obecným specifikou dospívání v kontextu inklinace k návykovým látkám. Čtvrtá kapitola je asi nejrozsáhlejší, jelikož se týká jádra naší práce, kterým je intervence. Tu jsme rozdělili na základě činností. Poslední kapitola teoretické části, která rovněž koresponduje se slovem v citátu: „a jediná vůle zbyla ti,“ se věnuje motivaci jedinců. Praktická část navazuje na teoretické poznatky možností intervence, na základě kterých byl vybrán výzkumný vzorek, prostřednictvím něhož jsme se zabývali intervencí v užším kontextu využitelnosti metod a terapií příslušného typu intervence

a následné úspěšnosti. Byly stanoveny dílčí výzkumné otázky, na které jsme hledali odpovědi prostřednictvím rozhovoru s pracovníky kontaktovaných zařízení a služeb. Tyto rozhovory jsou nejdříve zpracovány jednotlivě do tabulek. Na základě výzkumných otázek jsou vytvořeny trsy a provedena syntéza informací poskytnutých jednotlivými respondenty. Po utřídění podstatných informací z jednotlivých rozhovorů jsou tyto informace vyselektovány a přehledně seřazeny do komplexní tabulky. Na základě výskytu četnosti shodných informací z rozhovorů byly pro zkoumanou problematiku vytvořeny orientační grafy, které znázorňují výsledky našich dílčích cílů. Při vypracování této práce jsme dospěli k mnoha zajímavým poznatkům a doufáme, že přinesou užitek pro případnou motivaci pracovníků, a zkvalitňování péče o tyto jedince.

I TEORETICKÁ ČÁST

Vzhledem k názvu této práce - Možnosti intervence u mladistvých zneužívající nealkoholové, návykové a psychotropní látky - cítíme povinnost vydefinovat důležité pojmy, které jsou často studenty nepřesně interpretovány:

Kdo je mladistvý?

Co je to intervence?

Co jsou návykové látky?

Mladistvý

Ve znění § 2 zákona 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže ve vymezení některých pojmů, se rozumí mladistvým ten, „*Kdo v době spáchání provinění dovršil patnáctý rok a nepřekročil osmnáctý rok svého věku.*“

Intervence

Termín pochází z latinského slova *intervenire*, což znamená zasahovat do něčeho, měnit něco. Intervenci tedy můžeme chápat jako vnější zásah do situace klienta s cílem ji změnit.

Pokud se jedná o poradenskou případně terapeutickou intervenci je zásah záměrný s cílem posunout klientovu situaci dále. U krizové intervence hovoříme o situaci klienta, která je pro něj zátěžová, ohrožující, krizová. „*Jedná se o práci na minimalizaci ohrožení, objevení a posílení schopnosti člověka vyrovnat se se zátěží, a pokud možno předejít i negativnímu, destruktivnímu řešení situace*“ (Vodáčková 2007 in Hutyrová a kol., 2011, podkap. 2.1.).

Návykové látky

Jsou podle definice uvedené v přednášce Ing. Lucie Kochánkové, Ph.D. (2012) z ústavu chemie a ochrany prostředí na Vysoké škole chemicko-technologické v Praze:

- „*Jakékoli chemické látky, které způsobují změny tělesné, duševní nebo emoční nebo změny chování jednotlivce.*“

- „Každá přírodní nebo syntetická látka, která působí psychotropně a je schopna vyvolat závislost.“

Legislativní vymezení najdeme v zákoně č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, novele zákon č. 106/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů; nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů č. 467/2009 Sb.

1 Drogová závislost

Obecně bychom mohli vydefinovat drogovou závislost jako závislost na návykové látce, která se projevuje silnou touhou tuto látku získat a která postihuje osobnost v celé jeho bio-psycho-sociální rovině. (ošetřovatelství, [online]).

Definice drogové závislosti existuje více, ale v podstatě jsou si hodně podobné. Mezi nejznámější a asi nejpresnější jsou definice Mezinárodní statistické klasifikace nemocí MKN Světové zdravotnické organizace WHO - World Health Organization a definice Americké psychiatrické asociace DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, kterými se v následujících dvou podkapitolách budeme zabývat.

1.1 Definice dle MKN

Světové zdravotnické organizace (WHO), uvádí drogovou závislost pod pojmem syndrom závislosti jako: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí*“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky[online]).

Dle MKN je kód pro syndrom závislosti F_{IX.2}. Pro závislost na určitém typu látky doplňujeme na místo x, příslušný kód látky.

Typy závislosti:

- F10.2 Závislost na alkoholu;
- F11.2 Závislost na opioidech;
- F12.2 Závislost na kanabinoidech;
- F13.2 Závislost na sedativech a hypnoticích;
- F14.2 Závislost na kokainu;
- F15.2 Závislost na jiných stimulantech včetně kofeinu a pervitinu;
- F16.2 Závislost na halucinogenech;
- F17.2 Závislost na tabáku;
- F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech;
- F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [online]).

Syndrom závislosti vychází z abúzu-škodlivého užívání, kdy změna prožívání reality, kterou jedinec ve druhém stupni užívání návykové látky oceňoval, se změnila na realitu samotnou (Kalina a kol, 2008).

Definitivní diagnóza závislosti by měla být stanovena v případě výskytu jednoho nebo více uvedených jevů opakovaně během jednoho roku. Případně tři jevů, trvajících souvisle po dobu tří měsíců. Mezi tyto jevy patří:

- Silná touha - craving dychtění, brát psychoaktivní látku, alkohol nebo tabák.
- Odvykací stav-látka musí být užívána z důvodu nepříjemnosti až bolestivosti abstinčního stavu ve snaze se mu vyhnout.
- Zvýšená tolerance k látce- jedinec vyžaduje stále vyšší a vyšší dávku látky, aby docílil stavu jako na počátku užívání.
- Narušená kontrola užívání- jedinec se není schopen při užívání látky ovládnout. (začátek, konec, množství látky)
- Zanedbávání svých aktivit a zájmů- jedinec je tak zaujat užíváním látky, že už nemá jiné aktivity, než ty související se získáváním a užíváním dané látky.
- I přes zjevnou škodlivost látky-fyzickou i psychickou, jedinec v užívání stále pokračuje (Nešpor, 2007; Kalina a kol. 2008).

V literatuře se také můžeme setkat s fenoménem, jako je závislost na internetu, sexu práci, nakupování apod. Nejedná se o závislost v pravém slova smyslu, ovšem je druhem návykového chování, který jedinci škodí a se závislostí je spojují určité rysy (Nešpor, 2007).

1.2 Definice dle Americké psychiatrické asociace, DSM-IV

Klasifikace dle DSM-IV je velmi podobná s klasifikací MKN.

Podmínkou pro diagnózu závislosti je výskyt nejméně tří příznaků během dvanácti měsíců.

Dle DSM IV jsou jimi:

- Neschopnost kontrolovat užívání látky- množství, četnost.
- Odvykací stav při vysazení látky.
- Tělo si zvyká na určité množství látky a roste potřeba užívat ji ve větší míře (častěji, větší množství) k dosažení stejného výsledku jako při počátečním dostačujícím malém množství.
- Většina času se točí kolem látky- obstarání, zotavování se z účinků.
- I přes vědomí negativních následků na fyzický i psychický stav jedinec látku stále užívá.

Jak můžeme porovnat, příznaky podle Americké psychiatrické asociace se od příznaků ve WHO opravdu moc neliší. Jediným podstatným rozdílem je absence cravingu mezi známkami závislosti u DSM-IV. Americká psychiatrická asociace tento jev neuvádí, ale je součástí charakteristik chování závislé osoby (Kalina a kol., 2008; Nešpor, 2007).

2 Vývoj jedince

V definici drogové závislosti z první kapitoly jsme se dozvěděli, že závislost na droze-návykové látce, způsobuje změny v bio-psycho-sociální rovině.

Člověk představuje bio-psycho-sociální jednotku a v období dospívání především ve fázi adolescence, je jedinec asi nejnáchylnější ke vzniku drogové závislosti. Proto se v následující kapitole budeme věnovat vývojovým aspektům a potřebám jedince právě v tomto období patnácti až osmnácti let.

2.1 Vývojové aspekty období dospívání

Nejčastěji můžeme v literatuře najít členění na tato období:

- Období pubescence 11-15 let rozdělené dále na fázi prepuberty a fázi vlastní puberty
- Období adolescence vymezeno přibližně mezi 15 a 22 let.

Jedinec se vyvíjí, zraje po stránce biologické psychologické a sociální a nepříznivý vývoj nebo nějaká patologie ve vývoji může jedince ovlivnit negativním způsobem do takové míry, že se uchýlí ke zneužívání návykových látek jako ke kompenzačnímu mechanismu jeho nepříznivého vývoje.

2.1.1 Dospívání po stránce biologické

V období adolescence jde o „ukončovací“ stádium fyzického vývoje. Je dokončen tělesný růst a jsou vyvinuty sekundární pohlavní znaky (hlas, změna kůže, nárůst ochlupení, širší boky, růst penisu, růst prsů). Tělesný růst nebývá rovnoměrný. Často se stává, že horní a dolní končetiny rostou rychleji, oproti proporcím zbytku těla a jedinec pak působí jako „samá ruka, samá noha“. Je patrný rozdíl v tělesné stavbě u dívek a chlapců. Dále je v tomto období dokončováno zrání reprodukční schopnosti. U dívek nástupem menarche u chlapců noční poluce. V tomto období bývá také statisticky uváděn první pohlavní styk, jehož následkem je často i početí dítěte, považováno s nejrůznějších důvodů za předčasné (Langmeier; Krejčířová, 2006).

V literatuře se v souvislosti dospíváním můžeme setkat s pojmem sekundární akcelerace. Je to jev, kdy za posledních 100 let sledujeme zrychlení nástupu dospívání, které se projevuje zrychleným růstem do výšky, váhou a časnějším pohlavním zráním (Macek, 2003). Např. podle Metieškova byl u dívek nástup menarche koncem 19. stol. přibližně

ve věku patnácti až šestnácti let ale v roce 1962 podle šetření M. Prokopce už ve třinácti letech. Tento jev souvisí se zlepšováním životní úrovně obyvatel - výživa, očkování s důsledkem eliminace dětských chorob (Langmeier; Krejčířová, 2006; Macek 2003).

Jedinec může změnu svého zevnějšku brát různými způsoby. Může na něj být pyšný, ale také se může stát, že mu nějakou dobu trvá než se se svou „novou identitou“ úplně ztotožní. Vliv na sebereflexi dospívajícího jedince hraje reakce okolí, především blízkých lidí a v neposlední řadě média, která neustále masírují ideálními vzory. Zejména dívky jsou k tomuto tématu citlivější. Např. podle amerických výzkumů je pro časněji dopívající dívky charakteristické nižší sebehodnocení, větší výskyt rizikového chování a problémů ve škole (Macek, 2003 in Brooks-Gunn, 1987; Petersen, Leffest, 1992). U chlapců se tento problém nevyskytuje tak často. Pro chlapce je důležitý především vzhled tváře a celkový dojem postavy oproti dívkám, které kladou důraz na vzhled jednotlivých částí těla a které podle výzkumů uvedly, že se v tomto období mnohem častěji setkaly s kritikou své postavy nebo hmotnosti (Macek, 2003).

Vágnerová (2012) uvádí, že může docházet k problému u chlapců, jejichž tělesný vývoj je zpomalen. Takový jedinec se častěji stává obětí agrese, a o to silněji se u něj posiluje potřeba obrany, útěku, kompenzace této situace. U dívek tato situace není z pohledu chování vrstevnické skupiny tak nápadná, nicméně o to silnější vliv může mít na sebepojetí a vnitřní prožívání.

V tomto období můžeme pozorovat adolescenty kladený velký důraz na zevnějšek, který může hraničit až s narcismem. Úprava zevnějšku a oblečení se stává prostředkem vyjádření příslušnosti k určité sociální skupině - někam patřím - a tím vyjádření vlastní identity. Atraktivita zevnějšku je vyjádřena vysokou sociální hodnotou, zvyšuje sebepojetí a úspěch mezi vrstevníky. Má vliv na sebevědomí a seberealizaci jedince. Menší atraktivita může být, ale také nemusí, hnacím mechanismem k osobnostnímu rozvoji (Vágnerová, 2012).

Jestli to tak bude, to ovšem záleží na osobnostních charakteristikách jedince.

2.1.2 Dospívání po stránce psychologické a sociální

Podstatným je v adolescenci zejména vývoj po stránce psychologické- tvorba postojů, cílů a hodnot a sociální- včleňování se, osamostatnění se od rodiny-zejména po finanční stránce, což souvisí s nástupem do zaměstnání. Právě nástup do zaměstnání je považován přechodem do dospělosti (Vágnerová, 2012).

Vzhledem k tomu, že adolescence má převážně psycho-sociální charakter, jelikož všechny biologické změny proběhly již v období pubescence, jak uvádí Plevová (2006), rozdělili bychom si psychologické změny a sociální změny v adolescenci do několika oblastí, kde tuhle transformaci můžeme vnímat nejintenzivněji. Po stránce psychologické jsou to emoce a kognitivní procesy. V otázce sociologické respektive socializace se pak zaměříme na jednotlivé sociální skupiny a jevy, které ve formování adolescenta mají velký až klíčový význam.

Je nutné zmínit, že změny, které se během vývoje jedince odehrávají, nemůžeme brát izolovaně. Souvisí spolu, vzájemně se prolínají a ovlivňují.

Emoce:

V období adolescence dochází ke změnám v emočním prožívání. Adolescenti jsou přecitlivější na nejrůznější podněty přicházející z vnějšího prostředí, mnohem intenzivněji reagují na citový konflikt, proto také ono známé označení tohoto období jako období „bouří a krizí“ (Langmeier; Krejčířová, 2006 in G. S. Hall: „storm and stress“, V. Příhoda: „vulkanismus“, P. Mendousse: „anarchie des tendances“, M. Debesse: „la crisée’originalitéjuvénile“). Časté jsou především změny nálad:

„Já brečím často a někdy ani nevím proč.Naposledy jsem brečela, když jsme se pohádali s bráchou...Kolikrát se mi chce brečet i při filmu, nebo nad knížkou, ale snažím se to potlačit.“(Klusáková, 1994 in Vágnerová, 2012, s. 390).

Vágnerová (2012) uvádí, že citové prožívání bývá sice intenzivní, ale také se vyznačuje velkou mírou proměnlivosti. Právě proměnlivost nálad souvisí s frustrační tolerancí, která je u adolescentů na nižší úrovni, což je příčinou častých konfliktů především s dospělými. Na konfliktnost má vliv také nedostatečně vyvinutý systém autoregulace, který se stabilizuje až v období pozdní adolescence.

Autoregulace je jedním z důležitých mechanismů, který jednak působí aktivizačně, to znamená, umožňuje zvládnout zátěžovou situaci, popřípadě funguje jako obranný mechanismus, pokud se jedinec cítí být v ohrožení. Správný vývoj autoregulace je nezbytný pro schopnost odolávat stresovým faktorům případně umět eliminovat jejich negativní důsledky vhodnou volbou strategie jejího zvládnutí (Vágnerová, 2012).

Nezřídkou se také objevují výkyvy ve školním prospěchu spojené s obtížemi v koncentraci pozornosti, zvýšenou unavitelností a častější frekvencí střídání aktivity a apatie (Langmeier; Krejčířová, 2006).

Jak jsme v předešlém textu předeslali, emocionální nestabilita souvisí s pohlavním dospíváním, proto ve stádiu starší adolescence nejsou jedinci tak citově labilní a nestabilní, jelikož už došlo k adaptaci organismu na reprodukční zralost a hormonální změny. Vágnerová pro tento jev uvádí pojem: „stabilizace emočního prožívání“ (Vágnerová, 2012, s. 393). Krejčířová a Langmeier (2006) však uvádí, že většina autorů přisuzuje výskyt emoční lability ve větší míře spíše období pubescence (např. Příhodův vulkanismus). Novější studie však tuhle obecnou charakteristiku nepotvrdily.

Kognitivní procesy:

„Zpozoroval jsem, jak přemýšlím o své budoucnosti, potom jsem začal přemýšlet o tom, proč jsem přemýšlel o své budoucnosti, konečně jsem myslel na to, čím to je, že jsem začal přemýšlet o tom, jak myslím na svou budoucnost.“(Mussen, 1969 in Langmeier; Krejčířová, 2006, str. 151).

Tento citát nám jenom potvrzuje myšlenku Plevové, která ve své publikaci uvádí, že adolescence je „vstupem do věku rozumu“ (Plevová, 2000). Změny v kognitivních schopnostech jsou důležitým předpokladem pro rozvoj dalších schopností (Vágnerová, 2012).

Starší výzkumy poukazovaly na dosažení vrcholu kognitivního vývoje, jež byl měřen prostřednictvím inteligenčních testů v 15 až 16 letech. Pozdější práce však tento vývoj „posunuly“ do období adolescence. Novější studie prokazují, že inteligence se vyvíjí po celou dobu dospívání a ani v rané fázi dospělosti není tento vývoj ještě zcela ukončen. Má na něj samozřejmě také vliv následné vzdělávání, případně výkon manažerských pozic, kde se jedinec stále učí. Přesto však lze uvést v obecnou platnost, že intelektové schopnosti jedince se v období adolescence blíží maximálnímu výkonu, zejména pokud se jedná o tvořivé myšlení, nikoli jenom hromadění vědomostí (Langmeier; Krejčířová, 2006).

Ve vývoji kognice dochází ke komplexní změně ve způsobu myšlení, nejen v kvantitativnímu vrcholu měřitelnému pomocí IQ testů. Piaget uvádí, že v tomto období dochází k tvorbě nového operačního systému a tím je systém formálních operací. Zjednodušeně můžeme říci, že jedinec je schopen logicky uvažovat o abstraktních pojmech (Langmeier; Krejčířová, 2006). Pro představu se můžeme vrátit k citátu na začátku.

Formální operace nám tedy umožňují přemýšlet abstraktně, hledat alternativní řešení problémů a ty řešit v celé své komplexnosti (Čačka, 2000). Mluvíme o hypotéze, indukci a dedukci v myšlení. Charakteristickým rysem je změna v uvažování z hlediska vnímání času. Zatímco mladší školáci žijí přítomností, u adolescentů je schopnost formulovat hypotézy směrem do budoucnosti, což bývá v tomto období typické (Vágnerová, 2012).

Dalším charakteristickým rysem pro toto vývojové období je radikalismus a nekompromisnost. Jedinec radikálně prosazuje své názory a často se tak dostává do konfliktu s autoritami rodičů. Tyto konflikty jsou způsobené jednostranným chápáním zkušenosti. Myšlení je nastaveno příliš absolutně („Já jediný mám pravdu a je to tak správně.“) z toho důvodu, že adolescent nebere na vědomí faktory, které jeho logické argumenty dotvářejí a dávají jim na významu, a to jsou vztahy a zkušenosti. Kognitivní problémy dokáže zpracovat postupem odpovídajícím vývojové fázi, ale na emoční problémy reaguje vývojově nižším způsobem. (Steinberg, 2008; van Duinvervoorde et al., 2010 in Vágnerová, 2012). Vlivem stále se utvářejícího sebepojetí jsou jedinci často vztahovační a přecitlivělí ke kritice okolí.

Mají pocit, že jsou neustále v centru pozornosti, což je stále ještě projevem nezralosti a nevyrovnanosti (Vágnerová, 2012). V pozdější fázi jsou adolescenti schopni uvažovat jako dospělí. Právě vztahy, prožitky a zkušenosti dotváří jejich myšlení a roste potřeba být v určitých vztazích oceňovaný stabilní a efektivní (Macek, 2003).

Onen zmíněný radikalismus, nekompromisnost a nedostatek zkušeností s sebou nese určitá rizika. Mladí lidé více riskují, jsou odvážnější a rádi zkusí nové a neotřelé situace, aniž by viděli možné následky jejich jednání, což sebou nese riziko případného zneužívání návykových látek (Šimíčková-Čížková, a kol., 2010).

Někdy na nás jako na okolí působí adolescenti lhostejně, to je způsobeno obratem v myšlení jedince. Adolescent se stává více introspektivním, uzavírá se sám do sebe, je více sebekritický. Toto introspekce nepramení z ničeho jiného, než z potřeby vnímat sebe odděleně od ostatních, což je důležitým předpokladem pro vytvoření vlastní identity, vlastního „já“. (Šimíčková-Čížková, a kol., 2010). Jak bylo zmíněno v podkapitole *dospívání po stránce biologické*, může být ale přílišné uzavírání do sebe projevem útěku z nespokojenosti jedince s vlastním tělem. O utváření identity budeme hovořit podrobněji v kapitole sociálních vlivů.

Vágnerová (2012) uvádí, že v druhé polovině adolescence dochází k diferenciaci kognitivních schopností. Z toho pramení dělení na jedince, kteří preferují spíše analytický způsob uvažování: jedinci s převahou analytických schopností- studijní typ. V profesní oblasti

ale mohou mít tito jedinci problémy, jelikož nemají dostatečnou sociální inteligenci, empatii. Umí systematicky uvažovat, ale nedokážou své schopnosti prakticky uplatnit. A na jedince s převahou praktické, sociální inteligence, kteří nebývají až tak profesně úspěšní, ale vlivem vyšší sociální inteligence, schopnosti empatie bývají oblíbení, úspěšnější v běžném životě a po vztahových stránkách.

Pozornost u adolescentů se stává více flexibilní, jedinec dokáže uvažovat plánovitěji a systematictěji. Dokáže lépe svou pozornost rozdělit, což také souvisí se schopností lépe potlačovat rušivé vlivy (Vágnerová, 2012).

Významně roste vytrvalost, ale jen tehdy, pokud je jedinec dostatečně silně motivován.

V tomto období dochází ke změně paměti- krátkodobé i dlouhodobé, jedinec je schopen efektivněji a ve větším množství ukládat informace do dlouhodobé paměti, a to spolu s vyšší mírou sebereflexe vede k větší efektivitě zpracování informace. Někteří dokonce využívají tzv. elaboraci. Vybírají takové strategie a rozvržení učiva, které umožní její snadnější zapamatování (Vágnerová, 2012).

Tímto se opět potvrzuje ona zmíněná provázanost a neizolovanost působení jednotlivých faktorů- biologických psychologických a sociálních na formování jedince.

Adolescent má předpoklady zvládnout přípravu na zaměstnání, získat znalosti o světě a schopnosti zvládnout akademické nároky, ovšem to, jak jeho kognitivní kapacita bude naplněna, záleží na emočních a sociálních podmínkách, které musí samozřejmě působit příznivě (Šimíčková-Čížková, a kol., 2010).

Dospívání po stránce sociální

Této části je nutné věnovat asi největší pozornost, protože vrstevnické skupiny, rodina, pracoviště, sekundární vzdělávací instituce a okolí, které tvoří sociální prostředí pro jedince, mají velký vliv na formování identity a její případnou krizi a problémy s ní (Vágnerová, 2012; Plevová 2006).

Nejdříve budeme popisovat vrstevnickou skupinu její vliv na jedince a zmíním i potřeby, které skupina může pomoci jedinci uspokojit. Následně se budeme věnovat otázce identity která, prostupuje všemi stránkami dospívání. V poslední části této podkapitoly budeme rozebírat otázku volby zaměstnání a profesního uplatnění jedince jakožto posledního kroku k definitivnímu dosažení dospělosti.

Vrstevnická skupina

„Kamarád je důležitý, je možné s ním diskutovat, zajímá mě i jeho názor, často si nějaké věci ujasním právě takhle. Taky se před ním necítím trapně, i když se mi nedaří...on má podobné problémy, a proto mě chápe. (Ondřej, 16 let in Vágnerová 2000, str. 284).

„Moje první láska byl spolužák. Bylo nám tehdy oběma patnáct. Byl strašně hezkej. Začali jsme spolu chodit, bylo to hrozně romantický. Tehdy to byla moje první zkušenost (Martina, 18 let in Vágnerová 2000, str. 284).

V adolescenci dochází k rozvoji sociálních vztahů. Jedinci se stávají citově nezávislí na rodičích. U dívek se tato nezávislost neprojevuje do takové míry jako u chlapců. Pokud je závislost jedince přílišná až infantilní, může v budoucnu docházet k problémům v navazování citových vztahů. Toto období bývá označováno některými autory za období extroverze.

Adolescenti se stávají členy různých sociálních skupin, což souvisí s budováním identity, sebepojetím a pojetím vlastní role, se kterým jim příslušná skupina pomáhá (Šimíčková-Čížková, a kol., 2010). Taková skupina se pak pro jedince stává referenční skupinou. Jedinec se se skupinou plně identifikuje-přebírá normy, přesvědčení, postoje a chování (S. Nolen-Hoeksema et al., 2012). Můžeme si často všimnout nápadné úpravy zevnějšku, která jenom potvrzuje příslušnost k dané skupině např. skinheads, skejťáci (Vágnerová, 2000).

Ve vztazích s vrstevníky dochází k uspokojování základních potřeb: potřeba stimulace- uvolnění například na diskotékách, sportem, popřípadě jinými aktivitami, které uvolňují jak tělesné tak psychické napětí. Potřeba orientace a smysluplného učení- jedinec se srovnává s vrstevníky a to mu pomáhá lépe se orientovat v sobě samém, což vede k lepšímu sebepoznání. Potřeba jistoty a bezpečí - vrstevnická skupina pomáhá uspokojovat tento pocit, který může vlivem separace od rodiny jedinci chybět. Další potřebou související se začleňováním do vrstevnických skupin a otázkou budování identity je citový život - zamilovanost, navozování erotických vztahů a sexualita což bývá jedním z nejsilnějších zážitků tohoto období. Tyto zážitky s sebou nenesou bohužel jen libé pocity, ale také pocity zklamání z prvních lásek, případně nedostatek erotických zkušeností, které mají vliv na sebevědomí a sebehodnocení dospívajícího (Šimíčková-Čížková, a kol., 2010; Vágnerová

2000). Neúspěch a zklamání může mít jedinec následně potřebu kompenzovat nejrůznějším způsobem i případným útekem k návykovým a psychotropním látkám

Většinou si jedinec ke své vrstevnické skupině vytváří bezproblémový vztah, protože si nachází takovou skupinu, která koresponduje s jeho hodnotovým systémem. Problém může nastat u sociálně méně úspěšných jedinců, kteří pak tuto situaci řeší vynucováním si vztahu na druhém i přes očividné signály jeho rozpadu, případně přijímáním role otroka nebo šaška. Krajní variantou je pak situace, kdy takzvaně sociálně neúspěšní přijímají sociálně neúspěšnější a potvrzují si tak vlastní dominanci. Tento jev můžeme často nacházet v různých podivných partách (Vágnerová, 2000).

Z toho vyplývá, že u jedinců s nižší sociální úspěšností je větší riziko výskytu zneužívání návykových látek vlivem členství v takto situované vrstevnické skupině.

Pokud vývoj probíhá správně, měl by se jedinec postupně separovat od vlivu skupiny stejně, jako se to dělo v období vázanosti na rodinu. Identifikace se skupinou je většinou přechodnou fází, která pomáhá vytvářet vlastní identitu jedince. Toto by ale nebylo možné, pokud by byl kladen důraz na skupinovou identitu a individuální identita jedince by se takto nemohla vyvíjet (Vágnerová, 2000).

Identita:

„Ted' chci hlavně studovat, naučit se jazyky a pak taky cestovat, zatím přesně neplánuju, co bych chtěla definitivně jednou dělat. Mám spoustu zájmů, baví mě literatura a příroda. Rodinu bych taky jednou chtěla, ale zatím nevím kdy, zatím nad ní ani neuvažuju.“ (Andrea 16 let, studuje gymnázium in Vágnerová, 2000, str. 253).

Vytváření identity adolescenta rozděluje Vágnerová (2000) do dvou fází:

Fáze postupné stabilizace: V textu, který byl věnován kognitivním změnám u dospívajícího, jsem se zmínila o typickém rysu adolescence, což byl radikalismus a nekompromisnost, které byly charakteristické demonstrativním způsobem chování a radikálním prosazováním názorů adolescenta vůči autoritě představované rodiči. V této fázi má jedinec osvojeny zralejší způsoby chování a jeho projevy nejsou tak radikální, takže dochází k postupnému vyrovnávání- stabilizaci vztahů s rodiči. Druhou fází je **fáze psychického osamostatnění:** Hlavním rysem této fáze je, vytvoření si identity jedincem, která je zcela jedinečná

a realistická, což se projevuje na rovnosti sebehodnocení adolescenta s hodnocením jeho okolí.

Často adolescentní jedinci v hledání identity experimentují, někteří se svou identitu snaží najít nápodobou vzorů, které znají a jsou v jejich očích přijatelné, a snaží se tak vymanit dosavadní konformitě, kterou přijímali už od dětství.

Formování identity se vytváří odlišně na pohlaví. Dívky se vyznačují stabilnější identitou. Podle téže autorky mají tendence spíše kooperovat než soupeřit. Na konci adolescence se u dívek také může objevit touha po dítěti, pevném vztahu a založení rodiny, což také do jisté míry může být způsobeno tlakem společnosti, která od nich očekává větší konformitu. Na rozdíl od dívek mají chlapci tendenci spíše k soupeření, což se projevuje touhou po dosažení co nejvyšších výkonů (Vágnerová, 2000) a dosažení lukrativní sociální pozice dané do jisté míry také očekáváním společnosti.¹

V tvorbě identity může dojít k rizikům a vzniku krize. Příkladem rizika tvorby vlastní identity je, když adolescent dostane občanský průkaz, stane se zletilým, lidé mu vykájí, chtějí, aby vyjadřoval svůj názor, učitelé k němu přistupují jinak, než jak tomu bylo na základní škole, a to vše v něm umocňuje tolik vytoužený pocit svobody, kde ale často chybí pocit přítomnosti limitu. Tento pocit svobody může vést k ignoraci všeho, co by mohlo právě nedávno nabytou svobodu limitovat (Vágnerová, 2010). Jinými slovy, vše je potřeba si užít, zkusit žít naplno bez hranic, což mívá někdy i nezvratitelné následky.

Plevová (2006) uvádí ve svých kapitolách z vývojové psychologie, že poslední dobou zaznamenali psychiatři větší výskyt poruch ve vztahu k vlastnímu já u mladistvých. Tyto poruchy se týkají vnímání sebe sama po stránce tělesné, výkonové a celkového sebehodnocení. Většinou se jedná o klienty s dobrým či dokonce nadprůměrným intelektem. To má za následek zvyšující se úzkost těchto jedinců, které se snaží ze stresové situace nacházet různé způsoby útěku, aby onu úzkost snížili. Většinou se jedná o orientaci na peníze, luxus a pohodlný život, čehož dosahují delikventním chováním případně suicidálními pokusy (Plevová, 2006), ať už dokonalými nebo ne.

Profesionální uplatnění

„Jsem ráda, že mám práci, ale v zaměstnání se mi moc nelíbí, jsou tam samý o hodně starší lidi a ty mě pořád buzerujou, není s kým promluvit. Taky si strašně záviděj, všechno a nejvíc peníze.“ (Hanka 19 let, vyučená prodavačka in Vágnerová 2000, str. 295).

¹ Dále viz profesní uplatnění.

Volba povolání je jedním z nejdůležitějších mezníků období dospívání. Jde o úplné osamostatnění se od přílišné závislosti na rodičích nejen po stránce citové a emocionální ale především finanční. Volba povolání, případně následného vzdělávání pro výkon zvoleného povolání pomáhá jedinci také učit se nést zodpovědnost za svá rozhodnutí. V otázce volby povolání může dojít k několika situacím, které mohou mít vliv na následující vývoj jedince. Především jde o střet zájmů dospívajícího a rodičů. Buď je tlak na adolescenta natolik velký, že se zvolí dle přání rodičů, pasivně se podvolí nebo nemá natolik jasnou představu o budoucnosti, že jeho volba je částečně ovlivněna i vnějším tlakem. U jedinců se silnou seberealizací dochází k volbě povolání bez vnějšího zásahu jen na základě jejich představ. Co se týká pohlaví v otázce tlaku na volbu povolání, tak větší tlak je podle Šimíčkové-Čížkové a kol. (2010) vynakládán spíše na chlapce, u kterých se předpokládá budoucí ekonomická nezávislost a společností připisovaný status živitelů rodiny.

Nástup do nového zaměstnání bývá pro většinu adolescentů zátěžovou situací, struktura pracovního kolektivu bývá jasně vymezena, panují v ní normy a hodnoty, které musí jedinec akceptovat, i když jsou pro něj vnitřně nepřijatelné. Často je takový nástup zdrojem problémů a zklamání, protože realita neodpovídá očekávání. To většinou otřese sebejistotou jedince. Pozitivní stránkou nástupu do zaměstnání je, že i školsky neúspěšní jedinci mají šanci začít od začátku, protože se v zaměstnání nehodnotí, jak se zaměstnanec učil, ale jaký výkon podává aktuálně. Ztrácí se tedy rozdíl mezi školsky úspěšnými a neúspěšnými žáky. Záleží na jedinci, jak se k této nové šanci postaví. Pokud se jedinec ale není schopný s novou situací ztotožnit, může dojít až ke krajnímu řešení, což představuje odchod ze zaměstnání. U jedinců s nízkou frustrační tolerancí je navíc zvýšené riziko, že si „pohodlnější“ styl života zafixují (Vágnerová, 2000).

Nezaměstnanost, ať už dobrovolná nebo nedobrovolná, představuje pro jedince ještě větší zátěž. Vágnerová (2012) ve své knize uvádí rizika, která v tomto případě mohou nastat. Nejen že je jedinec existenčně závislý na rodičích případně podpoře a tím nemůže získat status dospělého, ale navíc se u něj nevytvoří pracovní návyky, zodpovědnost. Je zablokován rozvoj schopností a dovedností. Dalším rizikem, které sebou nezaměstnanost nese, je riziko asociálního chování. U nezaměstnaných mladých lidí se mnohem častěji setkáváme s užíváním drog, a problémových chování jako jsou krádeže, agresivita, vandalismus toto chování není vyvoláno ničím jiným, než projevy frustrace z toho, že je společnost nepřijala a neposkytla šanci získat zaměstnání (Vágnerová, 2012)

2.2 Vývojové potřeby

Abychom mohli mluvit o potřebách, je nutné nejdříve vysvětlit celý mechanismus motivace chování, protože právě s ním potřeby souvisí.

To jakým směrem a jak silně se bude člověk chovat, je určeno motivy. Ty nám dávají odpověď na otázku „proč?“ Proč se jedinec chová právě tak? Motivy jsou psychologickou příčinou. Sním cokoli, co se mi zdá poživatelné, protože mám hlad. Protože člověk ale nejedná prvoplánově a na jeho chování hraje vliv kognice, která celou situaci zpracovává, hovoříme o motivaci jako o kognitivní příčině. Aby však mohl být člověk motivován, musí být aktivován. Tato aktivace se děje pomocí aktivačních mechanismů, kterými jsou pudy, potřeby, zájmy ideály a podobně (Šimíčková-Čížková, 2012).

Konečně jsme se tedy dostaly k potřebám, které jsou podle Šimíčkové-Čížkové (2012) základním východiskem motivace. Určitá věc je pro mě hodnotná tehdy, pokud uspokojuje moji potřebu. Potřeba je tedy vnitřním impulzem k uskutečnění nějakého cíle. Hodnotu-incentivu autorka vysvětluje jako vlastnost určitého objektu například poživatelnost. Je to tedy vnější impulz, který signalizuje uspokojení potřeby. Jestliže nemá dítě dostatek vápníku, olizuje omítku. V souvislosti s incentivou hovoří Nolem- Hoeksema a kol.(2012) o tzv. incentivní motivaci. Něco chceme a taková pobídka v nás vyvolává libé nebo nelibé pocity. Slastný pocit odráží skutečnost, že dané chování stojí za to opakovat. Chtění a slast-libý pocit však nemůžeme ztotožňovat. Chtění, je pouze očekáváním slasti. Pokud uvedeme příklad na jídle, tak je to chuť, kterou si při představě jídla vybavíme. Libý pocit pocítujeme v okamžiku, kdy dobré jídlo jíme. Chtění je potom výsledkem uchování libého pocitu v mozku. Libými podněty je aktivován dopaminový systém v mozku. Tento systém může být aktivován jak přirozenými odměnami, jako například jídlo, pití, vyhovující sexuální partner tak i podněty umělými, které jsou pro jedince příjemné: kokain, amfetamin, heroin, což může být příčinou rozvoje drogové závislosti.

Více si tento jev rozebereme v kapitole 3.²

Kdybychom měli dosavadní text jednoduše shrnout, můžeme říci, že za to jak se člověk bude chovat, může motivace, která je ovlivněna potřebami- jako vnitřním impulzem

²V dřívější literatuře bylo chtění a slast spojováno a označováno pojmem odměny. Podle nejnovějších výzkumů je dopaminový systém zodpovědný za chtění a opiátový za líbení, tedy pocit slasti (Beriidge, 1999 in Nolem- Hoeksema a kol., 2012).

a hodnotami jako impulzem vnějším. Potřeba jako vnitřní impuls obvykle signalizuje nedostatek něčeho a vyjadřuje snahu tento nedostatek vykompenzovat.

Potřeby lze rozdělit do dvou velkých skupin. Biogenní- které se jsou vrozené a psychogenní, jež se utvářejí během života vlivem socializace a výchovy. Obecně jsou potřeby rozdělovány na primární-vrozené, související s přežitím jedince a sekundární - získané - často dělené podle kritéria duchovního, sociálního či kulturního. Obě tyto skupiny potřeb jsou motivačními silami. Pokud se člověku nedostává určitých podnětů jako jsou dostatek potravy, projevy lásky, sexuální podněty apod. a člověk pociťuje nezbytnost jejich ukojení (Šimíčková-Čížková, 2012).

Asi nejznámější klasifikací je hierarchický systém potřeb A. H. Maslowa. Ten rozdělil potřeby z hlediska jejich naléhavosti od nejnižších, základových k vývojově nejvyšším a vytvořil tak pyramidu potřeb.³ V Maslowově systému vystupují vyšší potřeby v případě, pokud jsou uspokojovány potřeby nižší. To znamená, že potřeba seberealizace, která stojí v pyramidě na vrcholu, vystupuje jen u mála lidí, kteří jsou uspokojeni ve svých základních potřebách. Existují ale také výjimky. Například v případě umělců, kteří za cenu sebeaktualizace jsou ochotni žít v bídě. Také Viktor Emil Frankl, který spolu s dalšími přežil koncentrační tábor upozorňuje, že přesto že nelze uspokojit vlivem extrémních podmínek základní lidské potřeby, vyšší potřeby je mohou uspokojivě nahradit a tak udržovat člověka naživu Kern; Place, 2006). Šimíčková-Čížková (2012) dodává, že u osob které byly v minulosti masivně deprivovány ve svých základních potřebách, může dojít k trvale snížené snaze vyšších cílů dosahovat. Jedná se například o týrané, zneužívané a zanedbávané děti nebo děti vyrůstající v ústavní péči.

Co se týká potřeb adolescentů především těch primárních, doposud je uspokojovali rodiče. Vlivem separace od rodičů a budováním vlastní identity si tyto potřeby začínají jedinci uspokojovat sami volbou zaměstnání a finanční nezávislostí. V referenční skupině může také docházet k uspokojování dalších potřeb, které vlivem separace od rodiny nejsou naplňovány. Potřeba stimulace, orientace a smysluplného učení, jistoty a bezpečí, potřeba partnerského vztahu-milovat a být milován (Vágnerová, 2000). Podrobněji jsme se uspokojováním těchto potřeb zabývali již u vrstevnických skupin.

Problém může nastat, pokud jedinec nebude k potřebám přistupovat dostatečně sebekriticky. Ty se pak dostanou mimo jeho kontrolu a jedinec je nebude schopen ovládat až

³ Pro podrobnější vhléd do potřeb doporučuji nahlédnout do pyramidy potřeb publikovanou v Šimíčkové-Čížkové (2010). Viz. Příloha č. 1.

do takové míry, že povedou k problémům. V tomto případě hovoříme o závislosti. Rozlišujeme závislost na jídle, lécích, nikotinu, alkoholismus a toxikománie-závislost na návykových látkách. Po chemické stránce jsou to: narkotika-heroin, opium, morfium; povzbuzující látky-kokain, amfetamin; produkty z konopí - hašiš, marihuana; halucinogeny - mescalín, LSD (Kern; Place, 2006).

3 Příčiny užívání návykových látek

V kapitole 2 jsme popisovali vývojové potřeby a vývojové aspekty období dospívání. V následující kapitole si uvedeme některé z vývojových aspektů a potřeb, které mohou zvýšit pravděpodobnost užívání návykových látek, podrobněji se zmíníme i o frustraci a motivaci, které mohou být také jednou z příčin.

3.1 Vývojové aspekty a potřeby jako příčina rozvoje závislosti

Maslow ve své knize *Motivace a osobnost* (1970), kde uvádí hlavní rozdíly mezi vyššími a nižšími potřebami, píše, že pátrání po vyšších potřebách a jejich uskutečnění představují obecnou tendenci ke zdraví a vzdalování se od psychopatologie (Cakirpaloglu, 2012).

Příčiny užívání drog mohou být z hlediska vývojových aspektů v období adolescence projevem rebelie - viz radikalismus, utváření individuality a identity jedince v souvislosti s referenční skupinou. Jednoznačně však nelze předpovědět, kdo má tendenci užívat drogy. Můžeme hovořit jen o zvýšeném riziku, pravděpodobnosti, nikoli o tendenci. Příčiny drogové závislosti jsou značně individuální (Pickens a kol. 1991 in Eliot; Place, 2002).

Nicméně vzhledem k tomu, co jsme doposud zjistili o vývoji a potřebách v období dospívání, můžeme dojít k závěru, že toto období je jakýmsi zlomem. Přejdem z bezstarostného dětství (i když ne vždy se o bezstarostné dětství jedná) do světa dospělých. Pokud jsem uvedla zlomem, tak z nejrůznějších situací v životě víme, že právě ono období zlomu, bývá nejrizikovější ke vzniku negativních jevů. Padne vládce a než je zvolen další, nastane ve společnosti stav anomie. Anomie-bez řádu, bez zákona; pravidel. Tohle slovo, dle mého názoru velmi pěkně vystihuje právě období adolescence - období rizika. Pravidla se teprve utvářejí, jedinec se stabilizuje, stojí před mnoha úkoly: vyrovnat se se svými tělesnými změnami, naučit se samostatně přemýšlet a rozhodovat se a za svá rozhodnutí nést zodpovědnost, vytvořit si svoje hodnoty, sexuálně dozrát, osamostatnit se po finanční stránce, odpoutat se od rodičů. Zatím si onen řád jenom vytváří, ale zdaleka neupevňuje. Stačí, když přijde nějaký negativní impulz, něco, co zrovna nekoresponduje z jeho představami, (ideálního zaměstnání, partnera, nepřijetí do skupiny), v rámci budování vlastní identity, a najednou je problém na světě. Sáhne po droze jako po způsobu úniku z jeho pohledu

bezvýchodné situace. Samozřejmě je takový způsob řešení situace, jak už bylo předesláno v úvodu kapitoly značně individuální a podléhá dalším, jiným faktorům.

Vraťme se k větě v úvodu kapitoly: Příčiny užívání drog mohou být z hlediska vývojových aspektů v období adolescence projevem rebelie- viz radikalismus, utváření individuality a identity jedince v souvislosti s referenční skupinou. (Pickens a kol. 1991 in Eliot; Place, 2002).

REFERENČNÍ SKUPINY:

Jak už bylo několikrát v textu zmiňováno, vlivem vývojové potřeby separace od rodiny a utváření vlastní identity si jedinci hledají referenční skupiny. Především u lidí, kteří mají problém s utvářením individuálního a hodnotového systému vidíme tendence k sounáležitosti s vyhraněnými skupinami jako je i skupina zneužívající návykové látky. Tyto látky navíc mají vlastnosti, které jsou vhodně využitelné pro separační tendenci mladistvého. Jsou jimi: schopnosti změnit vědomí-člověk se odděluje od běžného stavu a vytváří si vlastní stav, ne tak závislý na realitě. Navíc, jak zmiňuje Hajný in Vodáčková a kol. (2012), si jedinec může dokázat, že život je „jen“v jeho rukou, jelikož on sám je pánem aplikace drogy.

INDIVIDUALITA:

Hajný (2012) v knize Krizová intervence poukazuje na „chut“ zkusit drogu jako na součást vývoje, kdy se člověk vymezuje, buduje svoji individualitu a především identitu, k níž překračování norem jednoduše patří. Uvádí však, že pro zdravý vývoj je nezbytná reakce okolí- rodičů, školy, médií...Především rodina, která je jedinci nejbližší by měla adekvátně reagovat. Hajný zmiňuje rysy, které by taková reakce měla mít, a aplikuje je na příkladu otce, který by neměl být lhostejný, měl by takovému chování věnovat pozornost, být schopen projevit lásku ale i zlost, jeho reakce by měly být stabilní a pevné a jeho chování úměrné případné agresi potomka (Hajný in Vodáčková a kol., 2012).

DĚDIČNOST:

V publikaci *Dítě v nesnázích* autoři uvádí, že podle výzkumů které se zabývaly otázkou dědičnosti drogové závislosti, byl její vliv zjištěn pouze v souvislosti závislosti na alkoholu, a to asi ze 60 %. Dědičnost u jiných forem závislosti prokázána nebyla. (Pickens a kol. 1991 in Eliot; Place, 2002). Oproti tomu stojí ale poznatky publikované v knize Fredericka Rotgerse: *Léčba drogových závislostí* (1999). Ten uvádí, že podle „modelu

predispozice k onemocnění“ byl nalezen jednak gen pro alkoholismus, ale také gen pro „kokainismus“.

RODINA:

Vývoj v adolescenci navazují na raný vývoj jedince a úzce s ním souvisí. Adolescence vlastně jenom testuje, na kolik byl tento vývoj úspěšný (Vodáčková a kol., 2012). To nás může vést k myšlence, že pokud je jeden nebo více členů v rodině závislých, bude mít dítě s tendencí napodobovat vzory-své rodiče, velkou pravděpodobnost, že se u něj tento návyk vyvine také (Vodáčková a kol., 2007; Eliot; Place, 2002).

Faktory v rodině, které k takovému návyku případně problematickému chování mohou vést, jsou dle Hajného (2012):

- „shovívavý postoj rodiny k užívání, či jinému závislému chování;
- nedůsledný, opakovaně odpouštějící a vždy zachraňující postoj;
- tabuizovaná témata či, témata, které se dlouhodobě neřeší: nevěra, těžká nemoc, duševní nemoc, hluboký partnerský rozkol apod.;
- závislé chování členů rodiny dalšího druhu (gambling, alkoholismus, porucha příjmu potravy);
- přetrvávající tendence rodičů brát si odpovědnost za dítě a řešit za něj problémy či praktické věci“ (Hajný in Vodáčková a kol., 2012, s. 433).

Kalina (2008) uvádí podle studie Szapocznika (1999) navíc další charakteristiky rodiny, které souvisí s užíváním drog dětmi jako je:

- „špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícím;
- nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům.“ (Kalina a kol., 2008, s. 45).

Canskrini (1985) in Kalina a kol. (2008) propojil charakter rodinného prostředí s povahou závislého chování a uvedl čtyři typy závislosti, které korespondují s určitými znaky rodin. Jsou jimi:

- Závislost traumatického typu- reakce formou závislostního chování na nějaké trauma v rodině (zneužívání, úmrtí...)
- Neurotická závislost- figuruje zde především napětí prezentované například partnerskými obtížemi rodičů. Kalina uvádí tento typ jako nejčastější typ pro rozvoj závislosti.

- Přejchodová závislost- může se vyskytovat souběžně s hraniční poruchou osobnosti.
- Sociopatická závislost- závislost je součástí životního stylu- kriminalita, asocialita v rodině, fyzické násilí.

U adolescentů se vzory většinou stávají vrstevníci z referenčních skupin. Jedinec chování skupiny napodobuje, aby došel k jejímu uznání. Pokud je jedinec ve skupině, která experimentování s drogami považuje za součást zábavy, pak toto chování skupiny současně s touhou jedince po jejím uznání navádí k tendenci drogu užívat (Eliot;Place, 2002).

Pokud jedinec žije v prostředí rodiny, která jej odmítá, popřípadě se v rodině objevuje násilí či jiné potíže je situace pro jedince natolik zátěžovou až frustrující, že sáhne po droze jako po prostředku zmírnění tohoto stresu (Eliot; Place, 2002).

Další z příčin zneužívání návykových látek může být bolestivá situace z období dospívání, se kterou se jedinec není schopen vypořádat- negativní sexuální zkušenost, nepřijetí do vrstevnické skupiny, posměch, neztotožnění se se svým vzhledem, nezaměstnanost - a z ní pramenící frustrace, krize identity (Eliot; Place, 2002).

3.2 Frustrace jako příčina rozvoje závislosti

Frustrace souvisí s procesem motivace, je druhem psycho-fyzické zátěže, která je neslučitelná s motivací jedince. Podle definice Panajotis Cakirpaloglu představuje frustrace „zvláštní emoční prožitek, jež souvisí s pocitem vlastní neúspěšnosti“ (Cakirpaloglu; Place, 2012, s. 195). Pokud frustrace trvá dlouho, je člověk v neustálém vnitřním napětí a dochází ke vzniku úzkosti. Člověk si tyto pocity, které mu ubírají energii, uvědomuje, ale nedokáže nalézt jejich příčinu. Frustrace a úzkost negativně ovlivňují psychické funkce osobnosti, chování, vztahy s okolím Autoři dále uvádí, že frustrace vzniká při intenzivní potřebě, která ale nemůže být uspokojena z důvodu existence překážky, která takovému uspokojení brání. To jedinec může vnímat jako intenzivní pocit napětí, který je zapříčiněn nárůstem odpovídající potřeby. Čím déle neuspokojení potřeby trvá, tím se zvyšuje míra frustrace a napětí. Překážkami mohou být instituce, fyzický problém, přísní rodiče, zákon a jiné. To co člověk vnímá jako překážku je však značně individuální. Viz Frankl v kapitole 2.2. Stejně jako to, co vnímá jedinec překážkou, tak i frustrace, respektive frustrační napětí podléhá individualitě osobnosti. Mluvíme o frustrační toleranci. Je to jakýsi práh snesitelnosti určité situace. Práh frustrační tolerance je ovlivněn věkem, zkušenostmi, inteligencí, návykovými

látkami atd. Frustrace nemusí vždy nést špatné důsledky, ale může působit také jako aktivační mechanismus pomoci jedinci nalézt správné řešení. V důsledku toho ji můžeme rozdělit na konstruktivní a nekonstruktivní (Cakirpaloglu; Place, 2012). Pro potřeby našeho textu se však budeme zabývat podrobněji pouze nekonstruktivní frustrací a především jejími účinky.

Podle Cakirpaloglu; Place (2012) může v důsledku frustrace dojít k:

- Redukci kognitivních funkcí- vlivem zvýšeného napětí a úzkosti, kterou frustrace způsobuje, dochází k poškození sebehodnocení až sebeúcty člověka. Jedinec není schopen najít kognitivní řešení situace.
- Agresi- agrese je dalším z projevů frustrace. Zvyšující napětí zvyšuje tendenci odstranit překážku agresivním způsobem. Úniku- velmi častý důsledek frustrace, kam se řadí i útěk k alkoholu a návykovým látkám.
- Dezorganizaci chování-neschopnost jedince orientovat se v situaci se projevuje stereotypním chováním, jež brání správnému řešení situace. Typické jsou projevy zlosti, zmatku.

3.3 Motivace jako příčina rozvoje závislosti

libý pocit, který droga v mozku vyvolá je natolik silnou motivací pro jedince, že se stane drogově závislým. Většina návykových látek má totiž schopnost aktivovat dopaminové i opiátové systémy v mozku, vyvolává libý pocit, který se v mozku zakóduje natolik, že je dostatečnou motivací, aby jedinec bažil po droze znovu a znovu, aby v něm droga vyvolala pocit chťení. Pouze tento faktor by však ke vzniku závislosti nestačil. Dalším je schopnost návykových drog při opakovaném užívání vyvolávat abstinenci příznaky. Principem vzniku těchto příznaků je skutečnost, že pokud jedinec bere drogu pravidelně, systémy slasti v mozku jsou odolnější. Zvyšuje se tak tolerance pro dosažení stejného pocitu euforie, a pokud jedinec drogu vysadí, mozek se snaží docílit rovnovážného stavu a proto tak nastupují abstinenci příznaky, které jsou velmi nepříjemné. Dalším faktorem je trvalá aktivace dopaminové systému vyvolaná návykovou látkou i přes odeznění abstinenci příznaků. Tyto změny mohou být i trvalé, nicméně určitě trvají déle, než abstinenci příznaky, což sebou nese riziko k recidivě absolventů detoxifikačního programu (Nolen-Hoeksema et al., 2012).

Pokud bychom tuhle kapitolu měli shrnout, poslouží nám rozdělení Jana Lorence (2012) v knize *Krizová intervence*. Příčinami vzniku drogové závislosti může být vše, co

souvisí se změnami v adolescenci, nenaplněním potřeb a z nich vzniklou frustraci, která vede ke krizi:

- Krize sexuální identity- problémy často vznikají z rozporu mezi tělesnou a emocionální zralostí.
- Krize tělesnosti- mladistvý je velmi citlivý na poznámky týkající se vzhledu svého těla, zvláště na poznámky ze strany opačného pohlaví a blízkých.
- Krize identity a depersonalizační krize u dospívajících- jedinec se může cítit prázdný, nic ho nezajímá, ztrácí smysl. Mohou se objevit pocity úzkosti, deprese, odcizení vlastního těla.
- Krize autority u dospívajících- konflikty s dospělými-rodice, učiteléale i společnost jako celek. Problém podle Lorence (2012) nastává ve chvíli, kdy jedinec volí formu protestu takový způsob jednání, který může ohrozit jeho zdravý psychosociální vývoj- závislost na psychoaktivních látkách, delikvence
- Krize sebeúcty u dospívajících- z důvodu zaměření na vnitřní prožívání v adolescenci jsou tito jedinci velmi citliví na kritiku jejich osobnosti.
- Suicidální krize- je samostatným tématem, ale faktory, které takovou krizi vyvolávají, jsou podobné jako u drogové závislosti. Školní neúspěch, konflikty v rodině, rozchod s partnerem a sexuální problémy (Lorenc in Vodáčková a kol., 2012).

Vágnerová (1999) shrnuje sociální a psychické rizikové faktory vzniku potencionální závislosti. Mezi sociální rizikové faktory uvádí:

- Městské prostředí, kde je riziko setkání se s drogou rizikovější než ve vesnicích.
- Poruchu funkce rodiny, kde dítě nemá jasně vymezeny hranice, chybí disciplína případně je dítě citově deprivováno.
- Rodiče jsou sami uživateli návykových látek- viz faktory v rodině dle Hajného in Vodáčková a kol. (2012).
- Nižší úroveň vzdělávání většinou z důvodu neúspěšnosti ve škole, která je často zapříčiněná dysfunkčností rodiny. Dle Vágnerové (1999) 70% závislých jedinců dosáhlo pouze základního vzdělání.
- Zvýšený vliv party-subkultury viz Eliot; Place 2002; Vodáčková a kol. 2002.
- Emoční prožívání charakteristické nedostatkem vnitřní pohody, nevyrovnaností, častým napětím, úzkostí a depresemi.
- Kognitivní hodnocení- sklon drogám mají jedinci, kteří se obtížně orientují v situacích, nejsou je schopni adekvátně posoudit. Tyto faktory spolu s nízkou

sebedůvěrou a neadekvátním sebehodnocením zvyšují riziko nepřiměřeného řešení dané situace.

- Odchytky v oblasti autoregulace- nedostatečná sebekontrola, nezdrženlivé chování, chování vlivem situace. Neschopnost odolat potřebě a odložit její uspokojení. Jedinci také disponují zvýšenou touhou po vzrušení, které jim běžný život neposkytuje v takové míře. Neschopnost dostatečně pružného reagování- pro závislé jedince jsou typické stereotypní vzorce chování, které ale neodpovídají situaci. Vágnerová (1999) píše, že tito lidé nejsou schopni poučit se ze zkušenosti, což má za následek další neúspěchy a z nich pramenící zátěž a frustrace.

Podle nové teorie fragileself - křehké já - je právě tlak v adolescenci specifickou zátěží. Dle Kaliny (2008) by v období adolescence mělo dojít ke stmelení všech dosavadních hodnot z dětství s nově vybudovanými postoji. Adolescent musí získat novou roli mezi vrstevníky a hledat blízkost v partnerských vztazích. *„Já je v tomto procesu integrující silou, která umožňuje zažívat pocit kontinuity (self-constancy) a zvládnání mnohdy hlubokých pochybností o sobě či druhých.“* (Kalina a kol., 2008, s. 50). Pokud je „Já“ jako integrující síla oslabena (jedinec nezvládá emoce, nedokáže udržet hranice, má tendence ke zhroucení, zažívá pocity chaosu, prázdnoty), může být toto oslabení příčinou, proč dospívající ustrne v užívání psychoaktivní látky jakožto náhražky integrujícího mechanismu (Kalina a kol., 2008).

4 Možnosti intervence a terapie

V této kapitole si vysvětlíme, co je to intervence, kde se tato potřeba vzala. Popíšeme jednotlivé možnosti intervence- tedy zařízení a instituce, na který se jedinec může obrátit. Intervenci se budeme snažit rozdělit z pohledu činnosti, kterou jednotlivá zařízení zabývající se intervencí poskytují. Podrobněji se intervencí a především metodami budeme zabývat v praktické části této práce.

4.1 Kde se tato potřeba vzala?

Jak už bylo uvedeno v úvodu této práce je intervence zásahem do situace klienta s cílem jeho situaci změnit. (Hutyrová a kol. 2011 kap. 2 podk. 2.1.). Jestliže se v této kapitole máme věnovat intervenci, je nutné zmínit, odkud se tahle „potřeba“ vlastně vzala.

Intervence navazuje na přístup časně intervence tzv. harm reduction, který vznikl v souvislosti na návaznost ochrany veřejného zdraví- public health v souvislosti s šířením viru HIV. Systém harm reduction je už konkrétněji zaměřen na uživatele drog a jejich individuální potřeby směřující k bezpečnějšímu užívání drog. V doslovném překladu tento systém znamená „snižování poškození/škod“. Jedná se o výměnu jehel, protidrogovou politiku apod. Na rozdíl od systému „war on drugs“⁴, který se vyznačuje nulovou tolerancí k užívání drog, je harm reduction systémem, který bere uživatele tam, kde právě je. Bere drogy jako součást našeho světa, neodsuzuje, ale snaží se o minimalizaci škod (Kalina, 2008). Některé z intervenčních programů právě na systém harm reduction navazují (kontaktní centra a terénní programy, substituční programy).

Intervence je přizpůsobena věku klienta. Nicméně V ČR není ještě stanovena stabilní síť zařízení určená pomáhat přímo adolescentům a jejich rodinám (ed. Nevšímal, 2007). Tím se trochu dostáváme do rozporu s myšlenkou poskytování časně intervence, která má prostřednictvím krátkodobých postupů s klientem zamezit jeho závažnému somatickému případně sociálnímu ohrožení nebo vzniku závislosti spojenou s užíváním návykových látek (Kalina, 2006 in Kalina, 2008).

Pokud v České republice nefunguje stabilní síť určená adolescentům, kteří podle výzkumů⁵ tvoří velké procento uživatelů návykových látek, je problém zabránit v rozvoji

⁴ válka proti drogám

⁵ „Dokážu to?“ - londýnské zkušenosti: práce s uživateli návykových látek v Londýně. Vyd. 1. Editor Michal Růžička, Edmund Wittmann. Olomouc: P-centrum, 2007, 1 CD-ROM. ISBN 978-80-260-2291-6.

vzniku závislosti, somatickému nebo sociálnímu ohrožení, případně všemu současně prostřednictvím časné intervence.

4.2 Jak tuto situaci řešit?

V takových případech je pomoc-alespoň minimální zajištěna jinou službou (ed. Růžička, Wittmann, 2012). Přesto ale existují zařízení, která se věnují adolescentům v různé fázi užívání návykových látek: experiment, škodlivé užívání a závislost. Pro lepší orientaci v těchto zařízeních a jejich kompetencích je nutné vysvětlit alespoň ve zkratce, co experiment, škodlivé užívání a závislost je:

Experiment

„Řekla jsem si proč ne, zkusit se to může.“ (Dívka závislá na droze in Vágnerová, 1999, s. 299).

Příčinou této fáze mohou být vývojové aspekty popsané v kapitole číslo 2. Nuda, touha zkusit něco nového, referenční skupina, osobní problémy spojené s prostředím rodiny (Vágnerová, 1999).

Škodlivé užívání

Často je uváděno také jako abúzus návykových látek-nadužívání. Je to stádium, kdy droga poškozuje zdraví jedince. Toto stádium předchází poslednímu stádiu závislosti (wikiskripta, [online]). Vágnerová (1999) rozděluje škodlivé užívání do dvou fází:

- Fáze příležitostného užívání- jedinec ví, že mu droga „pomáhá“, ale návyk zatím vytvořený nemá. Užívání není pravidelné. Jedinec většinou zatajuje její užívání. Ještě mu záleží na osobních vztazích a jeho profesní roli.
- Fáze pravidelného užívání kdy jde o častější frekvenci užívání látky, kterou jedinec však popírá.

Závislost

„Já nejsem věřící, ale v poslední době, než jsem se dostal do Bohnic, jsem se chodil modlit i k Bohu, aby mi pomohl.“ (Šikl, 1995 in Vágnerová 1999, s. 301).

Jedná se o silnou touhu získat návykovou látku, která postihuje celou osobnost jedince. Ten už drogu nebere jako pomocníka, ale jako něco co je jeho součástí, nebo něco,

čeho se chce zbavit. (Vágnerová, 1999). Podrobněji jsme se definici závislosti věnovali v kapitole 1.

4.2.1 Klasifikace intervence

Pokud bychom chtěli rozdělit intervenci, můžeme to udělat z několika pohledů. Nejde o oficiální klasifikaci ale o klasifikaci pro lepší orientaci:

Z pohledu rezortů, které tuto službu poskytují:

- Ministerstvo zdravotnictví (detoxifikační oddělení);
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (např. nízkoprahová centra, K-centra);
- Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (Střediska výchovné péče, Drogová informační centra);
- Ministerstvo spravedlnosti (probační, mediační služba);

Z pohledu činností, které tyto služby vykonávají:

- Poradenská;
- terapeutická;
- nízkoprahová;
- léčebná;
- resocializační;
- výchovně-vzdělávací;
- volnočasová.

Z pohledu formy realizace intervence:

- Ambulantní;
- terénní;
- pobytové.

Všechny tyto činnosti koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Protidrogovou politiku můžeme definovat jako komplex opatření a aktivit, jejímž cílem je snížení škod případně snížení užívání drog, jejichž vlivem mohou tyto škody jedinci nebo společnosti nastat. Intervence je tedy v rámci protidrogové politiky jakákoli akce s cílem snížit nepříznivé důsledky v souvislosti s užíváním drog pro jedince i společnost (adiktologie, 2006 [online]). Součástí intervence je tedy i prevence.

4.2.2 Prevence

Hutyrová a kol. (2011) uvádí, že prevence je v širším slova smyslu definována jako intervence určená k zamezení nebo snížení výskytu rizikových projevů chování případně vzniku jeho škodlivých účinků. Novosad (2009) definuje prevenci jako soubor aktivit, které předchází vzniku ohrožení, narušení nebo postižení. Dle Vaška (1985) je hlavním úkolem prevence zmírnění důsledků vlivem působení negativních faktorů.

Mezinárodní klasifikace nemocí WHO rozděluje prevenci na primární sekundární a terciální. Z pohledu poradenství a poskytování poradenských služeb, což je také jedna z forem intervence, uvádí Regec, Jurkovičová (2013) že primární prevence je působením v rámci celé kultury, kdy se prostřednictvím osvětové a informační činnosti snažíme působit na strukturu celé společnosti. Důležitou roli tady hraje depistáž, která představuje vyhledávání potenciálních klientů, u kterých je předpoklad výskytu zneužívání návykových látek.

PhDr. Josef Radimecký (2006) upřesňuje na webu [www. adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz). náplně intervence jednotlivých typů prevencí (adiktologie, [online]).

Primární prevence

Cílem intervencí primární prevence je oddálit setkání se s drogou do co nejpozdějšího věku. V případě, že takovému setkání se nepodařilo zabránit, je cílem intervence primární prevence, aby užívání látky probíhalo co možná nejméně rizikově. To znamená střídmě, v malém množství. Intervence je zaměřena na spotřebu drog a cílovou skupinu tvoří v tomto případě část populace, která návykové látky dosud ještě neužívá (adiktologie, [online]).

Sekundární prevence

Novosad (2009) uvádí sekundární prevenci jako prevenci orientovanou přímo na rizikové jedince nebo skupiny, u kterých je předpoklad vzniku negativního jevu případně se tento negativní jev již projevil. Slowík (2007) dodává, že úkolem tohoto typu prevence je uchránit osoby před vlivem vzniklého negativního jevu.

V kontextu zneužívání návykových látek je podle Radimeckého, cílem intervence sekundární prevence snížit poptávku po návykových látkách, zastavit případně snížit užívání a snížit počet uživatelů. Sekundární prevence se tedy zaměřuje na cílovou skupinu jedinců, kteří již jsou uživateli návykových látek a to v různé fázi užívání. (adiktologie, 2006 [online]).

Terciální prevence

Podle Slowíka (2007) jsou cílovou skupinou terciální prevence jedinci, u nichž se již patologický jev vyskytl. Terciální prevence by měla reflektovat předcházející stupně prevence, protože se může jednat právě o klienty, kteří již primární a sekundární prevencí prošli.

Cílem terciální prevence je zamezit zhoršení patologie tak, aby nedocházelo k zesílení, rozvoji nebo umocnění handicapu (Novosad, 2009).

Intervence terciální prevence souvisí se systémem Harm reduction, který jsme rozebírali v kapitole 4.1. Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé drog nebo injekční uživatelé drog, kteří představují riziko pro veřejné zdraví společnosti (public health). Tento typ intervence se již nezaměřuje na snížení počtu uživatelů návykových a psychotropních látek, ale spíše na způsob, jakým jsou tyto látky užívány (adiktologie, [online]).

Mezi zařízení, která vykonávají preventivně výchovnou činnost při práci nejen s mladistvými uživateli návykových látek, můžeme pro potřeby našeho textu zařadit i *Sřřediska výchovné péče, a Pedagogicko-psychologické poradny*.

4.3 Možnosti intervence a klasifikace podle činnosti

Konečně se tedy dostáváme k možnostem intervence. Pokud se vrátíme k vymezení intervence podle serveru adiktologie.cz, je intervencí tedy jakákoli akce s cílem snížit nepříznivé důsledky v souvislosti s užíváním drog pro jedince i společnost (adiktologie, [online]). Z toho důvodu jsme se v subkapitole 4.2.2 věnovali prevenci jakožto jedné z možností intervence.

V následujícím textu si uvedeme jednotlivé možnosti intervence a zařízení, která tuto intervenci poskytují. Naznačíme i způsob práce s těmito jedinci v jednotlivých zařizeních.

Jak už bylo naznačeno a v úvodu této kapitoly, na členění intervence můžeme nahlížet z několika úhlů pohledů. My se budeme věnovat členění z pohledu činností, které tyto služby vykonávají:

Jsou jimi:

- Poradenská činnost;
- terapeutická činnost;
- nízkoprahová činnost - individuální skupinová, rodinná;
- léčebná;
- resocializační činnost;

- výchovně-vzdělávací činnost;
- volnočasová činnost.

Je nutné podotknout, že činnosti jednotlivých zařízení se prolínají a není striktně vymezena jedna činnost například terapeutická, poradenské apod. aniž by nezasahovala do např. resocializační či výchovně vzdělávací činnosti. Alespoň rámcově se však budeme snažit tyto činnosti vymezit a případně zmínit zařízení nebo služby, které tuto činnost poskytují.

4.3.1 Intervence jako poradenská činnost

V první řadě bychom si měli vydefinovat, co je to poradenství.

Obecně můžeme říci, že jde o formu pomoci prostřednictvím poskytování rad jedinci v kontextu jeho obtížné životní situace. Hady-Mousová (2005) definuje poradenskou intervenci jako zásah s cílem ovlivnit určitý jev nebo situaci jedince. Jedná se o jakýkoli krok, který situaci klienta posune.

Poskytování rad se děje buď neformálně, podle Michalíka bez institucionalizovaného zastřešení s nízkou mírou oficiálních pravidel (Michalík a kol. 2008) a bez smluvního vztahu zejména v běžných společenských interakcích- v rodinném prostředí, mezi kolegy apod. (Regec; Jurkovičová, 2013). nebo formálně jako: „*systematická, institucionalizovaná a profesionalizovaná odborná služba*“ (Koščo, 1971 in Regec; Jurkovičová, 2013, kapitola 1). Kalina (2008) v obou případech poradenství vyjadřuje důležitost motivace⁶.

Základními činiteli poradenského procesu jsou klient a poradce. Klient jako člověk s problémem, který přichází s požadavkem- přáním tuto pro něho obtížnou situaci řešit, a poradce jako vycvičený profesionál-odborník, který chce s klientovým problémem pracovat a touto formou mu poskytnout pomoc (Kalina a kol., 2008).

Stejnoujmenný autor uvádí, že základem efektivitivy poradenství je vytvořit dobrý vztah mezi těmito činiteli, tedy klientem a poradcem. To se netýká jen poradenství ale všech činností, kde dochází k interakci mezi klientem a poradcem - terapeutem/odborníkem. U adolescentů je vytvoření takového vztahu mnohdy velmi těžké. Tento vztah měl být zajímavý, atraktivní, svobodný ale zároveň i bezpečný respektující přirozené potřeby mladistvého. Poradce se pro jedince má stát dle slov Kaliny dobrým dospělým, ke kterému bude mít mladistvý důvěru.

⁶ Podrobněji se budeme věnovat v kapitole 5

Poradenství je v souvislosti s pomáhající profesí definováno jako forma pomoci lidem s osobními či psychologickými problémy, jejímž cílem je zlepšit situaci klienta, který nabídku poradenství může svobodně přijmout nebo odmítnout (Kalina a kol., 2008).

V souvislosti s drogovou problematikou existuje několik typů poradenství-sociální, psychologické, právní.⁷

4.3.1.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství je realizováno prostřednictvím sociálních služeb. Tyto služby legislativně upravuje Zákon 108/2006 Sb.; o sociálních službách.

V rámci rezortu sociálních služeb a pro potřeby našeho textu uvádí Růžička (2012) jako jednu z poradenských služeb **Odborné sociální poradenství**, které je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin (Hutyrová a kol., 2012). Toto poradenství je realizováno v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí. Podle § 37 odstavec 3 výše uvedeného zákona zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Poslední část se týká i mladistvých zneužívajících návykové a psychotropní látky.

Služba dle tohoto zákona obsahuje tyto základní činnosti:

- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.3.1.2 Psychologické poradenství

Zatímco sociální poradenství se zabývá jedincem v kontextu nepříznivé životní situace, tak psychologické poradenství se orientuje právě na psychickou stránku člověka. Pomáhá řešit obtížné životní situace jedince nejen v souvislosti s aktuálními problémy, ale také se zaměřuje na problémy, které vznikly v průběhu vývoje.

Atkinson (2003) uvádí, že poradenský psycholog se spíše zabývá problémy v kontextu konfliktu a přizpůsobení se jedince ke společnosti, než na duševní poruchy (Atkinson a kol. 2003 in Regec; Jurkovičová, 2013).

⁷Broža in Kalina a kol. (2003) uvádí ještě typem poradenství, poradenství zdravotní které poskytuje rady a informace ohledně chorob a postižení.

4.3.1.3 Právní poradenství

Často můžeme slyšet v souvislosti s poskytováním poradenských služeb pojem sociálně právní poradenství. Toto označení se často používá z toho důvodu, že poradenské služby někdy také poskytují právní rady ohledně možnosti např. finančních prostředků pro jednotlivce v souvislosti s jeho krizovou situací (Regec; Jurkovičová 2013).

Činnost poradenských služeb je stanovena zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákonem 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů a prováděcí vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

Poradenství je typem intervence, která se v otázce drogové problematiky mladistvých používá velmi často. Nejčastěji se využívá u klientů, kteří nejsou příliš motivováni k léčbě (Kalina a kol. 2008), kdy právě motivace je důležitým předpokladem pro úspěšnou léčbu.

Cílovými skupinami jsou nejenom mladiství uživatelé drog, ale také rodinní příslušníci, případně blízcí často i spoluzávislí (Kalina a kol., 2008). Základním nástrojem-metodou pracovníka je rozhovor (Hutyrová a kol., 2012).

Poradenství bývá také využíváno **v terénní práci**. Jedná se však o poradenství krátkodobé až jednorázové, kde primární zájem klienta je v duchu harm reduction. Ač by se mohlo zdát, že se bude jednat pouze o zneužívání práce terénního pracovníka, jde o činnost velmi důležitou. Cílem je vytvořit pozitivní vazby ze strany klienta mezi světem drog a světem bez nich s možností dalších aktivit a vzbudit v něm zájem a případnou další spolupráci v podobě příchodu klienta do poradenského centra- P centra nebo kontaktního centra- K centra. Pro klienta se jedná o velmi bezpečnou práci, protože terénní pracovník se pohybuje v jeho prostředí. Sám jedinec nikam docházet nemusí.

Aby celý poradenský proces byl úspěšný, jsou důležitým předpokladem schopnosti pracovníka, který by se měl po všech stránkách dobře orientovat v problematice drogových závislostí; mít komunikační schopnosti pro vytvoření respektujícího důvěryhodného prostředí; respektovat klienta jako člověka, aby se mu mohl stát důvěryhodným partnerem; zachovat profesionalitu a nenavazovat s klientem hlubší osobní vztah; dokázat odhadnout své i klientovi možnosti; umět použít svou osobnost v klientův prospěch; dokázat klienta namotivovat tak, aby dokázal splnit svá očekávání (Kalina a kol., 2008).

Takovýmto typem zařízení a služeb, který poskytuje poradenství jedincům v konfliktu se společností, tedy mladistvým uživatelům návykových látek jsou:

Nízkoprahová zařízení a služby:⁸

- Kontaktní centra: K- centra;
- poradenská centra: P-centra;
- terénní programy- poradenství v terénu.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Podle zákona č. 108/2006 Sb. je poskytován tento typ služeb:

- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Protidrogový koordinátor, případně metodik prevence ve škole

Distanční poradenství- telefonické, virtuální, prostřednictvím internetu. Může probíhat dvěma způsoby.:

- Synchronně - v reálném čase jako je telefonický rozhovor; chat; videochat;
- asynchronně -probíhající v rozdílném čase například elektronickou nebo běžnou poštou (Regec; Jurkovičová, 2013).

AT ambulance, SVP, PPP...

Jak už bylo řečeno ve vymezení kategorií intervence z pohledu činností, je poradenství jedním ze způsobů intervence, která zasahuje snad do každé fáze péče o uživatele návykových látek- experiment, škodlivé užívání, závislost. Poradenství je také jednou ze služeb, která se alespoň částečně dotýká všech činností a možností intervence, týkajících se drogové problematiky. Výše jsme však uvedli služby a zařízení, které poradenskou činnost vykonávají buď primárně, nebo alespoň ve vyšší míře.

4.3.2 Intervence jako terapeutická činnost

V úvodu bychom měli navázat na předchozí kapitolu a vysvětlit si rozdíl mezi poradenstvím a terapií.

⁸ Podrobněji se těmito zařízeními budeme věnovat v subkapitole 4.3.3 Intervence jako nízkoprahová činnost.

Zatímco poradenství poskytuje podporu a rady lidem v osobních a sociálních problémech, terapie je definována spíše jako léčba. Pokud terapie léčí prostřednictvím psychologických prostředků, jedná se o psychoterapii.

Uvedené problematice budeme věnovat větší prostor, jelikož terapie je v léčbě drogových závislostí hojně využívanou metodou, ať už se jedná o využití této metody v terapeutických komunitách, při práci s rodinou nebo okolím jedince. Velmi často je také uplatňována kreativní terapie a to především u mladistvých uživatelů návykových látek. V této kapitole rozlišíme jednotlivé druhy terapie a budeme se snažit zmínit zařízení a služby, kde je tento způsob intervence v souvislosti s drogovou problematikou používán.

Definice psychoterapie důležitá pro adiktologii:

1. *„Psychoterapie je napomáhání zdraví psychologickými prostředky.“*
2. *„Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky.“ (Kalina a kol., 2008, s. 159)*

Pokud se zamyslíme nad definicí číslo 1 musí nás napadnout otázka, co je to zdraví? Kdo je zdravý? Na tuto otázku nám dává odpověď definice Světové zdravotnické organizace WHO: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“* (WHO, Geneva, 1967 a 1975 in Kalina, 2008). Jestliže si vzpomeneme popřípadě se vrátíme ke kapitole číslo 2 této práce, kde jsme rozebírali vývoj jedince, definice WHO nám jenom potvrzuje bio-psycho-sociální integritu člověka.

Definice 2 nám naznačuje metody a způsob práce v psychoterapii. Jedná se o způsob práce nejenom s jedincem jako samostatnou jednotkou, ale také okolím, které jedince formuje. V případě mladistvých je to primárně rodina.

Stejně jako existuje velké množství nejrůznějších definic psychoterapie tak na psychoterapii respektive na její dělení můžeme pohlížet také z několika pohledů. Kratochvíl (2002) a Růžička (2012) uvádí rozdělení psychoterapie podle způsobu vedení terapeuta, podle příčiny či příznaku, podle míry a intenzity změny, počtu klientů a podle filozofie práce.

Způsob vedení terapeuta

- a) **Direktivní** - terapeut klienta přímo vede, dává mu rady, usměrňuje jeho chování a postoje,

- b) nedirektivní - terapeut klienta provází, je spíše v roli rádce, který poskytuje více úhlů pohledu na řešení dané problematiky a je na klientovi, pro co se rozhodne.

Příčiny či příznak

- a) Symptomatologická - zaměřena pouze na výskyt chorobných příznaků. (Symptomatologická psychoterapie je některými směry kritizována pro krátkodobost působení účinku),
- b) kauzální - trvá obvykle delší dobu. Na rozdíl od symptomatologické psychoterapie se snaží zjistit odhalit příčinu problému.

Míra změny

- a) Podpůrná - poskytuje pomoc a podporu člověku. Jejím cílem není změna osobnosti ale poskytnutí porozumění, vyzvednutí kladných rysů klienta a poskytnutí pomoci při zvládnání situací a problémů jedince,
- b) rekonstrukční - cílem je přestavba osobnosti prostřednictvím zásahů do postojů, motivace a hodnotového systému jedince.

Intenzita změny

- a) Náhledová - poskytuje různé úhly pohledu na problematiku a tím podporuje její objasnění a porozumění,
- b) akční - zaměřena na přímé řešení problému a nácvik dovedností, které umožní tento problém vyřešit.

Počet klientů

- a) Individuální - terapie probíhá za účasti dvou osob klienta a terapeuta. Tento způsob práce vyplývá z charakteru problému jedince, kde je potřeba individuální přístup,
- b) skupinová - stěžejní pro terapeutickou práci ve skupině je využití skupinové dynamiky-tedy jakékoli interakce, která se děje v rámci skupiny (Reber a Reber in Kolařík, 2011 in Hutyrková, 2012).
- c) hromadná - využívá modifikace metod individuální psychoterapie, kterými působí na více pacientů současně.

Filozofie práce

- a) Dynamická psychoterapie - zkoumá, jestli zážitky a potíže, které měl jedinec v minulosti mají vliv na aktuální problémy,
- b) dynamicky orientovaný psychoterapeut má sklon moralizovat, případně s klientem notovat a tím posilovat klientovu negativní stránku. Terapeut by měl klienta respektovat se všemi jeho slabostmi a chybami nikoli se s ním ztotožňovat (Matoušek, Kroftová, 1998),
- c) kognitivně behaviorální psychoterapie - jedinec je v konfliktu se společností, protože má špatně naučené stereotypy chování. Návěkem žádoucího chování se tento typ terapie snaží jedince zbavit potíží,
- d) humanistická psychoterapie - jejím cílem je naplnění životního smyslu jedince prostřednictvím rozvoje vnitřního prožívání a vlastních možností (Kratochvíl, 2002).

V předchozím textu jsme si uvedli členění psychoterapie podle různých hledisek. V psychoterapii existuje velká spousta směrů a přístupů, které mají ale jeden společný cíl a tím je pomoc člověku.

V následujícím textu uvedeme směry, jak je uvádí Kratochvíl (2002). Podrobněji se pak budeme věnovat jen určitým směrům a typům psychoterapie, která souvisí s léčbou závislosti.

Mezi současné směry v psychoterapii patří:

Hlubinná psychoterapie

- psychoanalýza - představitelem je S. Freud,
- Adlerovská psychoterapie - A. Adler,
- Jungovská psychoterapie - C. G. Jung.

Dynamická a interpersonální psychoterapie

- Mezi představitele se řadí Karen Horneyová; H. Sullivan; F. Alexander; V. N. Mjasisčev; G. Klermann; M. Weissmanová.

Rogerovská psychoterapie

- představitel C. R. Rogers

Behaviorální psychoterapie

- představitelé- H. J. Eysenck; J. Wolpe.

Kognitivní psychoterapie

- racionálně emoční psychoterapie - A. Ellis,
- kognitivní terapie - A. T. Beck,
- kognitivně-behaviorální terapie - za zakladatele považováni Mahoney a Meichenbaum.⁹

Komunikační psychoterapie

- P. Watzlawick

Gestalt terapie

- F. Perls

Existencionální a humanistická psychoterapie

- Daseinsanalýza - L. Binwanger,
- Logoterapie - V. E. Frankl,
- humanistická psychoterapie - A. Maslow.

Existují další přístupy v terapii, kterými jsou například transpersonální psychoterapie, satiterapie apod.

Co se týká psychoterapie v kontextu léčby dopívajících, příliš se neliší od psychoterapie u dospělých. Jen je kladen větší důraz na individuální přístup¹⁰ a přizpůsobení se tělesnému, duševnímu, duchovnímu a společenskému vývoji jedince - vzhledem k v adolescenci nerovnoměrnému vývoji. Cílem terapie je také působení na rizikové oblasti prostředí jedince, které ho formují, tvorbu kladného sebepojetí s cílem podpořit jeho vlastní schopnost a samostatnost. Je nutné podotknout, že vzhledem k nezralosti jedinců se závislost z experimentování vyvíjí snadněji, než u dospělých a léčba má horší prognózu (Langmeier; Balcar; Špitz, 2000). Podstatnější rozdíly se pak objevují v motivaci těchto jedinců. Této problematice se budeme věnovat v kapitole 5.

Podrobněji se tedy zabývejme psychoterapií v kontextu naší práce. Jak už bylo uvedeno v poznámce, Kalina a kol. (2008) uvádí nejčastějšími přístupy v léčbě závislostí přístup behaviorální (dále BT) a kognitivně behaviorální (dále KBT).

⁹ Podrobněji se budeme kognitivní a behaviorálně kognitivní terapií zabývat v kapitole 4.3.2.1

¹⁰ Podrobněji se individuálnímu přístupu budeme věnovat v kapitole 4.3.3. intervence jako nízkoprahová činnost.

Jsme si vědomi, že KBT je nejčastěji doporučovanou metodou v nejrůznějších publikacích. V praxi tomu tak ale není, jelikož k užití KBT jako léčebné metody není dostatek erudovaných pracovníků.

4.3.2.1 Behaviorální- BT a kognitivně-behaviorální psychoterapie KBT

Oba tyto typy terapie spojuje jednotný cíl – změnit chování jedince. Behaviorální směr zastává myšlenku, že porucha chování jakéhokoli typu je naučenou reakcí proto je nutné najít přiměřenou techniku, která chování, jež je v rozporu se společností naučí nebo přeučí. Za zakladatele je považován H. J. Eysenck a Wolpe (Kratochvíl, 2002). V souvislosti s léčbou návykových látek a behaviorální teorií je tedy lidské chování výsledkem procesu učení. To znamená, že při léčbě se musíme zaměřit na stejné procesy, které vytváří problémové chování, ty pak mohou toto chování také změnit (ed. Růžička, 2012). Když se zamyslíme nad otázkou, čím je nejvíce ovlivněno učení, napadne nás odpověď okolí- (rodina, škola, vrstevnická skupina). Ano, je to právě okolí, tedy sociální prostředí a prožité situace, které proces učení nejvíce ovlivňují. Další otázkou, kterou bychom si mohli položit, je, jak se učíme? Dle Růžičky (2012) nám na ni dávají odpověď 3 teorie učení.

Jsou to:

- **Klasické podmiňování:** Podněty spojené s drogou vyvolávají bažení (viz craving).
- **Operantní podmiňování:** Můžeme jej sami ovlivnit. Jde o upevňování nebo oslabování vzorce chování působením pozitivních nebo negativních faktorů. „Po aplikaci drogy jsem měl skvělý pocit a žádné starosti.“ Efekt je pro nás příjemný, tudíž je velká pravděpodobnost, že chování zopakujeme=pozitivní posílení. Negativní posílení= „Po prvním kouření marihuany jsem měl halucinace, bušilo mi srdce a bylo mi to nepříjemné.“ Takové chování už opakovat nebudeme.
- **Sociální učení:** učení nápodobou, nejdříve pozorujeme, potom chování zopakujeme. Sociální chování je nejrychlejším typem učení, jehož součástí jsou i kognitivní procesy

V souvislosti s behaviorální terapií uvádí Matoušek, Kroftová (1998) zařazování kurzů životních dovedností- „lifeskills“ mezi předměty v některých školách zejména v USA. Děti se učí zdravému životnímu stylu, zacházení s drogami, penězi apod. Výuka se zde opírá o skutečné a fiktivní případy. Někdy jsou do výuky zařazovány také kurzy komunikačních dovedností, kde se jedinci učí řešit konflikty, komunikovat s vrstevníky a vyjasňovat nedorozumění (Matoušek; Kroftová, 1998).

Kognitivně-behaviorální směr

Kognitivní psychoterapie věnuje pozornost poznávacím procesům, kde na prvním místě stojí kognice-myšlení (Kratochvíl, 2002). V souvislosti s užíváním návykových látek a kognitivní psychoterapií je závislost na návykových látkách spojená s hluboce uloženými a přetrvávajícími přesvědčeními vytvořenými v dětství vlivem působení kritických zážitků a zkušeností (ed. Růžička, 2012).

Kognitivně behaviorální terapie, jak už je patrné z názvu, je tedy kombinací behaviorálních a kognitivních přístupů. Cílem léčby u KBT je, aby si pacient uvědomil způsob svého zkresleného myšlení a jednání a prostřednictvím rozhovoru s terapeutem tyto myšlenky a jednání změnil (Kratochvíl, 2002). U KBT je důraz kladen především na sebeřízení a sebekontrolu důležité je sociální učení- tedy učení nápodobou, které bylo zmíněno v souvislosti s behaviorální terapií. Terapie tedy spočívá v přecvičení nevhodných způsobů chování, změně postojů a hodnocení (Vymětal, 2010). U KBT je kladen větší důraz na terapeutický vztah - empatie, motivace, ze strany terapeuta (Kalina a kol., 2008). Do jisté míry se využívá direktivní přístup. Nejčastěji užívanými metodami u KBT v souvislosti s léčbou závislých jsou prevence relapsu a motivační rozhovory¹¹(Vymětal, 2010).

Miovský a Bartošíková in Kalina a kol. 2008 uvádí, že prostřednictvím behaviorálních metod lze v léčbě závislostí dosáhnout v relativně krátkém časovém úseku výrazných výsledků, zároveň ale zdůrazňují potřebu kombinovat další, především dynamické přístupy, aby dosažený výsledek nebyl pouze krátkodobý.

Krátce k vlastní terapii:

ÚVOD

- První rozhovor mezi klientem a terapeutem - umožňuje zjistit vhodnost terapie pro klienta, zda spolu může klient a terapeut pracovat a jestli terapii nebrání nějaké důležité faktory jako například akutní fáze onemocnění.
- Diagnostika a diferenciální diagnostika - historie drogové závislosti klienta, výskyt souběžného onemocnění, vztahy důležité pro klienta-partner rodina.
- Motivace klienta (viz dále.)

TŘI FÁZE LÉČBY

- Motivace - navození terapeutického vztahu (ten je zásadní s důležitou složkou úspěšné terapie),

¹¹ Viz kapitola 5.

- samotná terapie - práce na klientově změně prostřednictvím kognitivních a behaviorálních technik,
- zpevnění změn, které u klienta proběhly, následná péče, vyřízení krizového plánu k prevenci a zvládnání relapsu.

TECHNIKY:

- Nácvik sociálních dovedností;
- nácvik zvládnání bažení a stresu;
- nácvik asertivity, odmítání,
- nácvik sebekontroly a sebeovládání;
- zlepšování komunikačních dovedností;
- relaxační techniky;
- odvedení pozornosti;
- analýza myšlenek apod.

HLAVNÍ ÚKOLY:

- Změnit klientovo chování tak, aby vedlo k abstinenci a následné udržení této změny
- zlepšit sebepojetí a sebepoznání klienta
- ukázat jedinci společensky uznávané hodnoty a dovednosti
- naučit klienta smysluplně a aktivně trávit volný čas (ed. Růžička, 2012).

V předchozí subkapitole jsme si vymezili nejčastěji používaný psychoterapeutický směr v léčbě závislosti. V následujícím textu zmíníme další možnosti intervence, kde je terapeutický přístup využíván. Jsou jimi:

4.3.2.2 Ústavní léčba a terapeutické komunity (TK)

„*Je to tady dobrý a jsem rád, že jsem sem šel. Na spoustu věcí se už dívám jinak.*“¹²(Nešpor, 2007, s. 94).

Jsou součástí pobytových služeb, probíhá zde intenzivní skupinová psychoterapie. Cílem je změna chování klienta prostřednictvím využití metod behaviorální a kognitivně- behaviorální psychoterapie (Hutrová a kol., 2011).

Terapeutická komunita se vyznačuje autonomií v tom smyslu, že není součástí psychiatrických oddělení v nemocnici, výchovných či sociálních ústavů. Nejčastěji jsou

¹²Z dopisu bývalého pacienta závislého na heroinu, který odešel do TK

terapeutické komunity provozovány nestátními organizacemi - nemají tedy charakter zdravotnických zařízení, ale spíše sociálně- rehabilitačních. V souvislosti s terapeutickou komunitou se můžeme setkat s pojmem insulace - „insulation“ (insula-ostrov) (Kalina, 2008), který má vyjádřit bezpečnější chráněné prostředí, kde je nižší dostupnost návykových látek a ochrana před vnějšími vlivy každodenně v rádech několika měsíců (Hutyrová a kol., 2011). To vysvětluje budování komunit často v okrajových částech měst, na vesnicích nebo venkovských samotách. V komunitě platí jasná pravidla týkající se návštěv, komunikace s vnějším světem. Stěžejním pravidlem je pravidlo „čisté komunity“, to je komunity bez nelegálních i legálních drog (Kalina, 2008).

Těmínová, Kalina a Adameček (2008) uvádí mezi základní rysy terapeutických komunit tyto:

- Prostředí bez návykových látek;
- vysoký stupeň organizační autonomie;
- separace komunity od okolního světa;
- svépomoc klientů v léčebném procesu a každodenním provozu TK;
- profesionální tým, jehož součástí jsou i bývalí uživatelé/absolventi komunity;
- důraz na dodržování pravidel,
- pohled na drogovou závislost jako na projev poruchy celé osobnosti a něj pramenící léčba jako léčba celé osoby,
- rozvržení pobytu do etap vlivem pojetí sociálního učení, změn a údravy jako instrumentálního procesu,
- role, pozice a pracovní uplatnění jedince se řídí podle pokroku v léčbě,
- důraz na pracovní a výchovně vzdělávací aktivity v programu (Kalina, 2008).

Cíle léčby v TK jsou podle české praxe uvedené v publikaci o terapeutických komunitách (2007):

- Nalézt přijat a přijmout smysl vlastního života: Prostřednictvím tohoto poznání vyplývají jasné kroky a cíle, které jsou postupně naplňovány.
- Nalézt vlastní svobodu a zodpovědnost: Klientova zakázka zní často: „Pomozte mi udělat něco s mou závislostí, činí mě nesvobodným.“ Jako řešením by se nám mohla zdát abstinence, ta je ale pouze jedním z kroků - základem, který svobodu přináší.
- Poznat sebe sama, své možnosti a limity: Umožňuje vidět sebe sama v reálném světě. Čím zodpovědněji budou klienti přistupovat k sebepoznání, tím bude jejich život stabilnější a odolnější

- Osobní růst, vývoj a víra v sebe: Vymanit klienty z bloudění v kruhu a naučit je hledat cíle, jejichž dosažení přináší motivaci.
- Najít své místo v životě: Vzhledem k tomu, že drogově závislí jedinci jsou společností vyloučeni a nachází se na jejím okraji kvůli odlišné hodnotové orientaci, je cílem TP změnit hodnotový systém a postoje těchto jedinců, aby byli společností opětovně přijati. Prvním z pozitivních zážitků je přijetí takového jedince terapeutickou komunitou a tím získání ztracené důvěry.
- Pozitivní a tvořivý přístup k životu: Ukázat klientovi že lidský život není konformní a šedý, jako si myslí.
- Spokojený a radostný život: Změnu v podobě abstinence by klient neměl vnímat jako trest. Cílem je naučit klienta prožívat život radostně což je podmínkou dalšího vývoje.
- Rozšíření schopností znalostí a dovedností jak dosáhnout individuálního cíle: Klient by měl tušit, čeho chce dosáhnout a zároveň jak toho chce dosáhnout (ed. Nevšímal, 2007).

Aktivity programu v TK dle Kaliny a kol. (2008) jsou:

- Setkávání komunit: Setkání probíhají denně, řeší se na nich důležité problémy, přijímají se rozhodnutí a sdělují informace. Setkávání jsou klíčová pro udržování chodu TK.
- Skupinová terapie: U mladistvých uživatelů návykových látek je skupinová terapie vhodnějším způsobem práce.
- Individuální terapie: Spíše typická pro ambulantní léčbu. V TK tím chápeme, že klient má při léčbě určitého garanta, který pravidelně hodnotí jeho stav a plnění plánu a poskytuje mu podporu.
- Práce s rodinou: Rodina je většinou nejbližší sociální skupinou pro drogově závislého, jedině u dětí a adolescentů to platí dvojnásob, proto je nutná práce s jejími členy případně partnery klienta.
- Pracovní terapie: Rozdělení práce a pracovních pozic odpovídá fázi a pokroku v léčbě klienta
- Vzdělávání: V TP jsou to přednášky, semináře ale i nácvik. Jsou probírána témata jako prevence relapsu, a témata podporující praktické dovednosti
- Volnočasové aktivity: Jsou prostředkem stmelování kolektivu, zdrojem zábavy, uvolnění.

- Sociální práce: Úkolem je pomoci klientům v řešení problémů v oblasti sociální, pracovní, právní občanské a rodinné.

Fáze léčby v TK dle Kaliny (2008).

Nultá fáze:

Klient sice absolvuje program TK, ale ještě není jejím členem. O členství musí požádat. To je pak „zpečetěno“ smlouvou a rituálem.

První fáze:

Cílem první fáze je odnaučit klienta destruktivnímu a negativnímu chování. Je nutné, aby si uvědomil, že za jeho chování může droga, a rozhodl se pro změnu přizpůsobením se chodu TK. Přestup do další fáze pak podléhá hodnocení cele komunity.

Druhá fáze:

Trvá obvykle nejdéle. Jedinec přijímá a uplatňuje hodnoty komunity, otevírá se skupině. Jeho úkolem je najít sebe sama

Třetí fáze:

Komunita může být klienty využívána jako denní stacionář. Klient je ve dne uvolněn z programu, kdy chodí do zaměstnání, hledá si bydlení či doléčování. Jedná se o nejnáročnější fázi, kdy dochází ke zhoršení stavu klientů. Je potřeba velká míra podpory.

Po úspěšném dokončení programu se klienti připravují na život „venku“. Najdou si zaměstnání, bydlení, dojednávají následnou péči.

4.3.2.3 Ambulantní služby a AT ambulance; denní stacionáře - zařízení na půl cesty

Ambulantní služby jsou poskytovány jednak v zařízeních zdravotnického tak nezdravotnického typu. Pacient/klient dochází do tohoto zařízení v pravidelných intervalech. Výhodou ambulantní léčby je, že klient setrvává ve svém sociálním prostředí a není tak nucen opustit práci případně školu (Kalina a kol., 2008). V těchto ambulantních centrech se provádí individuální, skupinová a rodinná terapie.¹³ Práce je mimo jiné také zaměřena na okolí toxikomana (Vodáčková a kol., 2007).

Zařízení, která tento typ služby poskytují jsou různorodá (Kalina a kol., 2008). Jedná se o AT ambulance, zde se však častěji řeší problémy s alkoholovou závislostí (Vodáčková a kol. 2007). Na léčbu na nealkoholových drogách jsou zaměřena specializovaná ambulantní zařízení, jimiž jsou: **psychiatrické ambulance a psychologické poradny** (Kalina a kol. 2012).

¹³ Více viz kapitola 4.3.3 Intervence jako nízkoprahová činnost.

Speciálním zařízením, poskytujícím ambulantní službu je **denní stacionář**. Jedná se o zařízení na půl cesty, kde je intenzivní strukturovaný program a klienti do tohoto zařízení dochází každý den (Vodáčková a kol., 2007). Kalina (2008) uvádí minimální dobu šest hodin ve všedních dnech. Odpoledne, večer a o víkendech se pak jedinci pohybují ve svém přirozeném prostředí (Kalina, 2008). Služba denního stacionáře je vhodná především pro jedince, kteří přestože absolvovali léčbu například v terapeutické komunitě a zvládají život bez drog mimo léčebnu, trpí nejistotou a potřebují podporu, kterou jim je toto zřízení schopno nabídnout. (Vodáčková a kol., 2007). Denní stacionáře využívají principů práce z terapeutických komunit.

Cíle léčby v doléčovacích centrech a ambulantní léčby celkově jsou dle Kaliny (2008):

- Zlepšení zdraví- psychického i fyzického;
- změna vztahů a sebepojetí;
- zlepšení sociálních dovedností;
- osobní zrání jeho rozvoj a podpora.

Práce v nízkoprahových zařízení probíhá formou individuální i skupinové terapie-viz dále. Využívají se techniky a přístupy expresivních terapií- arteterapie, muzikoterapie, psychodrama apod. Můžeme se setkat i s pracovní terapií různými sportovními, zátěžovými a volnočasovými aktivitami.

U ambulantní léčby dochází k celkovému zhodnocení stavu pacienta, případnému nasazení farmakoterapie, která pomáhá zabránit vzniku komplikací souvisejících s užíváním návykových látek. Můžeme se také setkat s využitím psychoterapie, rodinné terapie a poradenství, sociální práci vedoucí ke stabilizaci klienta a volnočasovými aktivitami (Kalina a kol., 2008). K. Hampel in ed. Růžička (2012) uvádí jako nejvhodnější variantu ambulantní léčby AT ordinace pro prevenci a léčbu závislostí (alkoholových i nealkoholových).

Vlivem částečného zprivatizování těchto ordinací a odlivem specializovaných odborníků je situace ambulantní péče dnes nedostačující. AT ambulance můžeme vzhledem k možnosti poskytování služeb anonymně, zařadit také do zařízení nízkoprahových. AT ambulance poskytují mimo terapeutické služby tak služby poradenské, preventivní a léčebné. (ed. Růžička, 2012).

4.3.2.4 Doléčovací centra, centra následné péče (Hajný, 2001)

Pokud už klienti prošli některou z forem léčby závislosti, potřebují, aby byla úspěšnost léčby zvýšena i takzvanou následnou péčí. Tuto péči zjišťují doléčovací programy (Hutyrová a kol., 2011). Jedná se o ambulantní zařízení, která se zaměřují na udržení změny chování vzniklé během léčby drogové závislosti. Doléčování může mít řadu forem. Jedná se buď o ambulantní skupiny, které se schází jednou týdně nebo o intenzivní strukturovaný program (Kalina a kol. 2008). Doléčovací centra poskytují širokou škálu služeb. Mimo terapie jde rovněž o poradenství, jako tomu bylo i u AT ambulancí, volnočasové aktivity, sociální rehabilitaci a chráněné bydlení (Vodáčková a kol., 2007).

Mezi hlavní cíle doléčovacích programů patří:

- Udržení pozitivní změny; abstinence klienta;
- získávání dovedností jak předcházet relapsu;
- osobnostní růst klienta;
- podpora klienta v sebepojetí a sebezpřijetí;
- sociální stabilizace klienta a získání sociálních jistot- bydlení, zaměstnání (Kalina a kol., 2008).

4.3.2.5 Specializovaná zařízení pro dospívající

Podle Vodáčkové (2007) existují v ČR tři zařízení, která poskytují pobytovou léčbu dospívajícím od 15 let. Podle Hajného (2001) jsou tato zařízení vhodná především pro klienty, kteří mají začínající problém s užíváním nebo závislé přibližně do dvou let trvání. Tato zařízení jsou vhodná jako první pokus pro pobytovou léčbu pro mladší klienty.

Programy v těchto zařízeních jsou individuálně přizpůsobeny klientům a liší se v délce trvání oproti programům u dospělých. Setkáváme se zde s rodinnou a skupinovou terapií, která je pro adolescenty v souvislosti s jejich vývojem vhodnější, různými volnočasovými aktivitami a individuálním poradenstvím (Vodáčková a kol., 2007).

4.3.2.6 Soukromá psychoterapeutická praxe

Jedná se o placenou službu určenou především pro jedince začínající s užíváním drogy, kteří ambulantně dochází na konzultace (Hajný, 2001).

Mimo psychoterapeutické směry je také v léčbě závislostí u mladistvých používána farmakoterapie, která slouží ke zmírnění abstinčních příznaků a ke zmírňování psychopatologických stavů, které jsou překážkou pro další léčbu např. toxická psychóza, projevy hyperaktivity apod. (Kalina a kol., 2012).

4.3.3 Intervence jako nízkoprahová činnost

V této subkapitole bychom si měli vysvětlit jaká je filozofie nízkoprahové činnosti, co to jsou nízkoprahové programy a která zařízení v souvislosti s drogově závislými tuto službu poskytují. V následujícím textu také zmíníme činnost těchto zařízení. V neposlední řadě si vymežíme také individuální, skupinovou a rodinnou terapii, na kterou jsme v průběhu předchozího textu odkazovali.

Nízkoprahová činnost, lépe řečeno nízkoprahový přístup je založen na poskytování pomoci všem bez nároků a omezení. Nízkoprahový přístup je postaven na myšlence „bezbariérovosti“, kdy klienti se nemusí objednávat, ale mohou službu kdykoli využít. Dalším předpokladem nízkoprahové činnosti je anonymita. Neposledním znakem nízkoprahovosti je individuální přístup ke každému klientovi (Kalina a kol. 2008).

Nízkoprahové programy jsou pak velmi důležitou součástí péče o uživatele drog. Tyto programy pracují s nejširší skupinou uživatelů a jsou vlastně prvním kontaktem s klientem a prvním krokem k možnosti jeho vyléčení (Kalina a kol., 2008). Nízkoprahové programy navazují na systém harm reduction o kterém jsme se zmiňovali již v kapitole 4.1

Janíková in Kalina kol. (2008) mezi základní cíle nízkoprahových programů uvádí:

- Poskytování informací klientům o účincích drog;
- redukce počtu předávkování;
- redukce šíření infekčních onemocnění-hepatitidy, HIV;
- zvýšení motivace klientů k léčbě.

V následující části zmíníme zařízení a služby, které pod tzv. „nízkoprah“ spadají. Jsou jimi:

- Kontaktní centra: K- centra;
- poradenská centra: P-centra;
- terénní programy- poradenství v terénu.

4.3.3.1 K-centra

Jsou nízkoprahovými zařízeními, která se vyskytují ve většině větších měst (Hajný, 2001). Platí pro ně pravidla nízkoprahových zařízení, které jsme zmínili výše.

Jde o místo, kde lze anonymně měnit jehly, získat informace o zdravotních rizicích spojených s užíváním návykových látek a následné možnosti léčby. V některých kontaktních

centrech probíhají tzv. motivační skupiny (Vodáčková a kol., 2007). Janíková in Kalina (2008) zmiňuje následující služby, které kontaktní centrum poskytuje:

- Kontaktní práce;
- poradenství;
- výměnný program (jehly, sterilní voda, filtry, lžičky, kyselina askorbová);
- základní zdravotní péče ;
- možnost testů na HIV, HVB,HVC;
- první pomoc;
- doplňující služby jako hygiena, potraviny, vitamíny (Kalina a kol., 2008).

4.3.3.2 P-centra

Jsou zaměřena především na poskytování poradenských služeb lidem s problémem závislosti.

Po léčbě drogové závislosti nabízí P- centrum také tzv. doléčovací program včetně možnosti ubytování v chráněném bydlení. Jednou z činností může být také realizace primárních preventivních programů (p-centrum, [online]).

4.3.3.3 Terénní programy- poradenství v terénu

Terénní programy bezprostředně navazují na systém harm reduction. Terénní práci jsme již částečně rozebrali v kapitole 4.3.1. intervence jako poradenská činnost. Připomeňme si že jde velmi důležitou činnost. Cíl je spatřován ve vytvoření pozitivní vazby ze strany klienta mezi světem drog a světem bez nich s možností dalších aktivit a vzbudit v něm zájem a případnou další spolupráci v podobě příchodu klienta do poradenského centra nebo kontaktního centra. Pro klienta se jedná o velmi bezpečnou práci, protože terénní pracovník se pohybuje v jeho prostředí. Sám jedinec nikam docházet nemusí. Velmi vhodná ba až nutná je spolupráce s policejními složkami, která může mít mimo jiné také podobu vyhledávání lokalit vhodných pro terénní práci. Terénní služba nabízí podobné služby, jaké už byly uvedeny v souvislosti s K-centrem (Kalina a kol., 2008).

4.3.3.4 Individuální, skupinová, rodinná terapie

U intervence formou nízkoprahové činnosti se také můžeme setkat s využitím terapeutického přístupu, který nabízí individuální, skupinovou a rodinnou terapii.

Jelikož je toto téma obsáhlé a kapacita práce je omezena, budeme se tomuto tématu věnovat v kontextu s dospívajícími mladistvými.

Jak už bylo zmíněno v průběhu textu, práce s adolescenty nebývá jednoduchá, vyžaduje individuální přístup a klade velké nároky na odborníka. U práce s mladistvými se jeví jako vhodná metoda skupinová terapie vzhledem k jejich vývojovým aspektům. Je ovšem potřeba, aby terapeut byl natolik empatický a věděl, která forma terapie se jeví v dané situaci jako nejvhodnější (Langmeier; Balcar; Špitz, 2000).

Stejní autoři podotýkají, že je nutné brát v úvahu vývojovou úroveň, individuální charakteristiky a v neposlední řadě motivaci¹⁴ mladistvého.

Jak už bylo zmíněno v kapitole druhé, je hlavním úkolem adolescence především separace od rodiny a osamostatnění se. Právě rodina je činitelem, který rozhoduje, jestli tato separace bude úspěšná nebo ne. V běžných rodinách je tato situace situací zátěžovou a u mladistvých uživatelů návykových látek se ve většině případů jedná o narušený rodinný systém, proto v této kapitole budeme věnovat také pozornost rodinné terapii.

Individuální terapie:

Nazývána také jako dyadická. Této terapii se účastní pouze klient a terapeut. Mezi těmito dvěma účastníky vzniká poměrně intenzivní, ale asymetrický vztah. Asymetričnost se však v průběhu terapie zmenšuje (Vymětal, 2010). Hutyrová (2012) uvádí jako výhodu individuální práce s adolescenty možnost zacházet s klientem jako se samostatnou zodpovědnou osobou, kdy rozhovor může být bohatší a hlubší zároveň se ale mohou objevit rizika ve zdánlivé nezávislosti klienta na rodičích, která však neodpovídá míře jeho aktuální situace.

U mladistvých závislých je nejčastěji využívanou metodou terapie rozhovorem, která umožní lepší orientaci jedince samého v sobě. U mladistvých se individuální přístup také projevuje ve všech ostatních metodách a postupech terapie- relaxace, meditace, sugestivních a hypnoterapeutických metodách, arteterapii (Vymětal, 2010).

Skupinová terapie:

Se skupinovou terapií se asi v nejvyšší možné míře v kontextu naší práce můžeme setkat u skupin terapeutických. Mimo jiné existují také skupiny svépomocné- například skupina anonymních alkoholiků; skupiny setkání; tréninkové; team building apod. (Hutyrová a kol., 2012). Základním principem skupinové terapie je **skupinová dynamika**, která se uplatňuje i v psychoterapii uživatelů drog (Kalina a kol., 2008).

¹⁴ Více viz. kap. 5.

Skupinová psychoterapie u adolescentů je zaměřena především na oblast mezilidských vztahů, vztahů dítěte a jeho vrstevníků a na oblast sociálních dovedností. Skupina by měla být pro adolescenta psychologicky bezpečným prostředím, kde získá vhled do svých problémů a nemusí se bát odmítnutí, případně zesměšnění. To je také jeden z úkolů psychoterapeuta. Jednou z nejdůležitějších podmínek správného terapeutického fungování skupiny je její stavba. Skupiny mohou být otevřené ale i uzavřené. Je nutné, aby při sestavování skupin byla respektována homogenita výběru klientů, což chápeme jako podobný typ problému. Dobře sestavená skupina by tedy měla mít více podobností než rozdílů a žádný s účastníků by neměl zažívat pocit osamocení. Skupinová terapie adolescentů je většinou dělená do dvou skupin: Na skupinu pubertálních dětí od 12 do 14 let a na skupinu adolescentů od 15 do 18 let (Hort a kol. 2008).

Pro potřeby našeho textu se budeme zaměřovat pouze na druhou zmíněnou skupinu adolescentů.

Do této skupiny jsou zařazováni dospívající obojího pohlaví. Pohlaví terapeuta zde nehraje žádnou významnou roli¹⁵. U mladistvých se používají techniky shodné s psychoterapeutickými technikami u dospělých, snad možná s větším respektováním individuálních zvláštností a zaměřením na problematické otázky adolescence jako jsou vztahy s rodiči, volba školy případně zaměstnání, sexualita, vztahy s vrstevníky apod. Náročnost práce terapeuta v skupinové práci s adolescenty spočívá mimo jiné v tom, že u dospívajících může snadněji dojít k překračování hranic, problémům v sebekontrolě a tendenci k porušování skupinových pravidel než je tomu u dospělých (Horta kol., 2008).

Oba dosud uvedené typy terapie se mohou prolínat. Kalina a Miovský in Kalina a kol. (2008) uvádí v období prvního kontaktu s klientem využití individuální formy například u motivačních rozhovorů, které jsou šité klientům doslova na míru. Ve skupinách se často používají techniky prevence relapsu, kde je využití skupinové formy zásadní, ale například u doléčování může jít u klienta o tak jedinečné problémy, že spíše vyhledá terapii individuální.

Na odborném poli došlo k vytvoření dvou postojů, kde jeden kritizuje využití skupinové terapie jako zátěžovou pro ostatní. Druhý postoj naopak tvrdí, že ocenění pozitivních změn, které u klienta proběhnou, ostatními účastníky je pro něj velkým přínosem.

¹⁵ U skupinové terapie pubertálních dětí, která je většinou pohlavně homogenní je doporučováno i stejné pohlaví terapeuta. (Hort a kol., 2008).

Rodinná terapie:

„Musím si konečně uvědomit, že žiju u rodičů, a kdybych tam nebyl, tak jsem na ulici. (Mladý dospělý závislý na heroinu).“ (Nešpor, 2007, s. 78).

Jak už bylo zmíněno v úvodu této podkapitoly, je, vzhledem k vývojovým aspektům mladistvého jedince, spolupráce s rodinou velmi přínosná ba někdy až dokonce nutná, abychom v překonání klientova problému byli úspěšní.

Rodina je zdrojem důležitých informací a v neposlední řadě také motivací pro klienta. V rámci dětské a adolescentní psychiatrie je rodinná terapie podle Kocourkové in Hort a kol. (2008) zaměřena na:

- Výzkum vzájemných vazeb a vztahů mezi členy rodiny a jejich vztah k patologii dítěte;
- na pozitivní změnu těchto vztahů;
- na posílení schopnosti rodiny řešit problematiku patologie.

V rodinné terapii se využívá systémového přístupu (strategická rodinná terapie, systemická rodinná terapie); behaviorálního přístupu a psychodynamiky. Princip terapie spočívá v tom, že ve středu zájmu nestojí jedinec sám, ale vždy celá rodina, jelikož patologie byť jediného člena souvisí se skupinovou dynamikou rodiny a chorobné příznaky se udržují a mizí v rámci sociálních vztahů a interakcí v rodině. V tomto kontextu práce hovoříme o **rodinné skupině**. Požadavkem na terapeuta v rámci rodinné terapie je práce s rodinou jako celkem, která tvoří jednotku pro intervenci. Terapeut by se neměl scházet s jednotlivými členy, aby nedocházelo ke vzniku nevhodných koalic, které by mohly úspěch terapie zcela zmařit, ale zaměřovat se na všechny členy rovnoměrně. V souvislosti s tímto typem terapie je nutné podotknout, že rodinná terapie není terapií skupinovou. I když pracuje s malou sociální skupinou, má jiný primární cíl. U skupinové terapie je využívána skupinová dynamika zacílená na změnu jednotlivců. U rodinné terapie jde především o změnu celé rodinné soustavy. Změna osobností jedinců je až následkem (Hort a kol., 2008).

Langmeier a kol. (2008) uvádí **3 druhy rodinné terapie podle indikace**:

- Společná rodinná terapie: terapeutem se setkávají všichni členové současně;
- souběžná rodinná terapie: jeden terapeut pracuje s rodinnými členy jednotlivě, popřípadě společná rodinná setkání jsou prokládána individuálními;
- součinná rodinná terapie: více terapeutů, kteří vzájemně spolupracují, pracuje každý s jedním nebo více členy rodiny.

Mezi **hlavní podmínky** pro započetí terapie uvádí stejnojmenný autor:

- Zralost problému pro započetí terapie;
- členové chtějí změnu a jsou motivováni;
- schopnost k práci zvolenou metodou;
- náročnost terapie-prostorová, časová;
- způsobilost terapeuta pracovat s daným problémem a rodinou.

Rodinná terapie je z hlediska časovosti většinou krátkodobá, terapeutovo vedení je spíše aktivnější a direktivní oproti individuální a skupinové terapii, kde se spíše objevuje nedirektivnost (Langmeier a kol., 2000).

Práce s rodinou z pohledu terapeutických komunit probíhá různou formou víkendové návštěvy s terapeutickými sezeními, skupiny pro rodiče, rodičovské víkendy, telefonáty rodinám klientů. V případě, že je rodinný systém natolik ohrožený že mladistvému spíše škodí není v tomto případě spolupráce s rodinou vhodná ba dokonce se jeví jako vhodnější separace (ed. Nemšimal, 2007).

Nejvíce se v kontextu práce s rodinou osvědčuje systemický přístup (ed. Nevšimal, 2007).

Využití rodinné terapie zlepšuje léčebné výsledky a motivuje klienta v dokončení léčby. Pro rodinu je přínosem překonání pocitů viny, selhání a obviňování a zvýšení způsobilosti při zvládnání problémů. V neposlední řadě se rodina učí zvládnout stav abstinence mladistvého, což pro ni může způsobovat paradoxně větší stres než když návykové látky užíval. Frouzová in Kalina a kol. (2008) uvádí, že takové chování může být způsobeno vlivem vžitých, či případně změněných vzorců chování vlivem krize, kterými rodina umožňuje nepřímo jejímu členu drogy užívat, případně k tomu napomáhá. V tomto případě je rodinná terapie součástí doléčování.

4.3.4 Intervence jako léčebná činnost

Doposud jsme rozebírali intervenci jako léčbu závislých prostřednictvím užití psychologických prostředků. Fischer, Škoda (2009) zmiňuje tři typy léčby závislosti na nealkoholových psychoaktivních látkách:

- Léčbu s farmakologickou podporou;
- abstinenci orientovanou léčbu;
- detoxifikace.

V této kapitole se budeme podrobněji věnovat farmakologické a detoxifikační léčbě. Abstinenčně orientovanou léčbou jsme se zabývali v předchozím textu v souvislosti s terapeutickými komunitami a použitím různých typů terapií.

Léčba farmakologickou podporou

Spočívá v podávání látky v ambulantních nebo zdravotnických zařízeních. Tato léčba bývá také někdy označována za substituční a spočívá v podávání látky, která má nahradit látku ilegální, která bývá aplikována rizikovým způsobem. Systém substituční léčby tedy navazuje i na systém harmreduction (Kalina a kol., 2008). Mezi veřejností se objevuje otázka, jestli nejde o tzv. „vytloukání klínu klínem“. Odpověď lékaře zní, že mezi nejnebezpečnější patří anxiolytika, hypnotika, analgetika a u závislých může vlivem podávání těchto léků opravdu dojít ke vzniku kombinovaného typu závislosti. Neuroleptika tedy antipsychotika a antidepressiva jsou z hlediska vzniku závislosti bezpečnými. O vhodnosti medikamentózní léčby by měl rozhodovat erudovaný pracovník (Nešpor, 2007).

Co se týká vhodnosti substituční léčby, měla by být indikována v případě vytvořené fyzické závislosti na návykové látce, kde se po jejím vysazení objevují silné tělesné potíže odvykacího typu, a tudíž není možné zahájit abstinenci orientovanou léčbu (Nešpor, 2007).

Jako cílovou skupinu uvádí Richterová- Těmínová in Kalina a kol. (2008):

- Klienty s těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách opiátů;
- klienty s opakovanou avšak neúspěšnou abstinenci léčbou;
- závislé na opiátech v kombinaci s HIV.

Vodáčková (2012) uvádí, že substituční léčba není doporučována dospívajícím nebo mladým dospělým. Naproti tomu Nešpor in Hort a kol.(2008) uvádí typické situace, kdy je farmakoterapie u mladistvých potřeba:

- Použití antidota;
- při léčbě odvykacích syndromů;
- toxických psychóz;
- při reaktivních stavech;
- při tělesných onemocněních, která vyžadují psychofarmaka;
- při léčbě závislosti na alkoholu užití senzitivizujících preparátů;
- užití antagonistů;
- užití látek, které snižují craving;
- podpůrná medikace- např. vitaminy.

V rámci substituční léčby se také klient setká s poskytnutím psychoterapie, poradenství a sociální práce, která má podpůrný charakter. K vytvoření podpůrného prostředí pro klienta se setkáme i s prací s rodinou (Kalina a kol., 2008).

Detoxifikace

Dle Kaliny (2008) je primárním cílem detoxifikace, aby klient zvládl odvykací stav a intoxikaci. Detoxifikační jednotky jsou buď součástí zařízení pro léčbu závislostí, nebo jsou samostatnými jednotkami zřizovanými v nemocnicích. Ambulantní detoxifikace probíhá nejčastěji jako součást substitučních programů.

Jakou součástí detoxifikace je používána psychoterapie- především motivační trénink, relaxační techniky a rodinná terapie (Kalina a kol., 2008).

Detoxifikace trvá 1-3 týdny poté zpravidla následuje léčba v ambulanci, terapeutické komunitě nebo léčebně. Detoxifikační jednotka je zpravidla prvním místem, kde se závislý setkává s řádem a strukturou, kterou vlivem jeho způsobu života nezná (Hutyrová a kol., 2011).

4.3.5 Intervence jako resocializační, výchovně-vzdělávací, volnočasová činnost

Není potřeba tuhle kapitolu nějak více rozebírat. Většina zařízení, která byla zmíněna výše, poskytují jako doprovázející činnost resocializaci, výchovně vzdělávací péči a volnočasovou činnost. Nejvíce se tato náplň objevuje asi v ústavní léčbě a terapeutických komunitách, které jsou jedincům poskytovány formou pobytových služeb, tudíž je větší prostor se takové činnosti ve větší míře věnovat.

5 Motivace, jako klíčový faktor pro intervenci

Dostáváme se k poslední kapitole teoretické části této práce. Napříč textem se několikrát objevilo slovo motivace, ať už to bylo v kapitole vývojových potřeba nebo v případě intervence. Motivace je vlastně klíčovým faktorem práce s drogově závislými mladistvými. Proto je nutné, aby celá pomoc jedinci onu motivaci obsahovala a byla jí prostoupena.

Pro lepší pochopení následujícího textu se doporučujeme vrátit ke kapitole 2.2, kde je celý proces motivace vysvětlen.

V literatuře se objevují názory, že narkoman se může závislosti zbavit sám bez pomoci odborníků. Tento názor není nesprávný, avšak aby došlo k úspěchu, je potřeba aby byl jedinec opravdu rozhodnutý se svým závislostním problémem skoncovat. Obzvláště pro tvrdé drogy je nejdůležitější podmínkou úspěchu motivace (Fischer; Škoda, 2009).

Dobiášová, Broža, Kalina in Kalina (2008) definuje motivaci jako: „*proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince.*“ (Kalina a kol., 2008, s. 121).

Motivace a její posilování lze užít v nejrůznějších formách terapie (rodinná, individuální, skupinová). V případě rodiny je motivace velmi účinným faktorem, protože právě rodina je nejbližším sociálním prostředím klienta, se kterou může být spjatá také recidiva. Zvýšením motivace příbuzných ke změně můžeme bezprostředně působit na závislého člena rodiny (Nešpor, 2007).

Dále tento autor uvádí, že pacienta je vhodné s procesem motivace seznámit, aby nedocházelo například k tomu, že terapeut dává pacientovi v dobré víře rady, které jsou ale neúčinné vzhledem ke stadiu motivace, v níž se klient nachází a nestojí o změnu. Je dobré, aby jedinec dokázal sám odhadnout, ve kterém stadiu motivace se nachází a také se naučit ji vhodnými způsoby posilovat.

Základním prostředkem motivace je motivační rozhovor. Jedná se o způsob vedení rozhovoru, kdy si klient může promyslet vlastní motivy, které ho vedou ke zneužívání návykových látek a k abstinenci (Vodáčková a kol., 2012). Aby mohl být takový rozhovor veden, je nutné, aby měl terapeut zvládnutou techniku motivace. Nešpor (2007) uvádí pět principů přístupu terapeuta:

- Vyjadřování empatie;

- vytvoření rozporu mezi cíly pacienta a jeho chováním;
- vyhýbání se konfliktu s pacientem;
- práce s odporem- terapeut může reflektovat, nadsadit, poukazovat na dvouznačnost pacientových úmyslů. Např. Pacient tvrdí, že bere drogy, protože práce je pro něj velká psychická zátěž. Terapeut poukáže na to, že při takovém povolání bude pro klienta důležitá abstinence a změna životního stylu;
- posilovat sebedůvěru pacienta.

Základním cílem motivačního rozhovoru je dosažení změny. Jednak v duchu „harm reduction“ nebo směrem k trvalé abstinenci. Motivační trénink je pak zacílen na řešení problému. Zde je klient nositelem problému, který by měl také projevit snahu o hledání cíle a terapeut je spíše poradcem, který podporuje klientovo rozhodování a posiluje klientovu zodpovědnost. Cíle by měly být dosažitelné a klient by s nimi měl souhlasit (Kalina a kol., 2008).

V souvislosti s použitím motivačního rozhovoru u mladistvých uvádí Tober in Miller, Rolnick (2004) odlišnější přístup v technice vedení rozhovoru než u dospělých. Mezi důležité faktory řadí:

- Čas - u mladých lidí je lepší, když intervence, pokud neprobíhá zábavnou formou, trvá spíše kratší dobu.
- Nízkou sebedůvěru a malé schopnosti- vzhledem k mladému věku adolescentů nejsou jejich názory brány často v potaz a z toho také plyne jejich nízká sebedůvěra. Během sezení je proto velmi vhodné posilovat pocity důležitosti u mladých jedinců.
- Reakce na autoritu- problémoví mladiství už automaticky zastávají negativní postoj k autoritě, která často pramení z nízké sebedůvěry. Proto je během rozhovoru vhodné zvyšovat klientovu víru v sebe sama.
- Nutnost jiné úrovně aplikace motivačního rozhovoru- je nutné, aby se terapeut nezaměřoval jenom na způsob chování jedince, ale na kontext takového chování, které může být způsobeno návykovými látkami, mezilidskými vztahy apod.
- Vliv referenční skupiny vrstevníků- tady by měla být na místě terapeutova ostražitost. Vlivem práce s mladistvými, jejichž problematika je většinou součástí norem subkultury/referenční skupiny, nesmí se nechat vtáhnout do předem připraveného popírání problému a spíše se soustředit na individuální problematiku.

Vlastní motivační rozhovor popisuje stejnojmenný autor na příkladu. Rozhovor je rozdělen do několika částí:

OTEVŘENÍ:

Terapeut se sám snaží navázat na problematiku klienta a vyhne se tak snaze klienta vyvarovat se zmínky jeho drogové závislosti. Cílem je, aby klient poprvé vyslovil sám, že má problém s drogou. Úryvek rozhovoru je demonstrován na problematice alkoholu, která není tématem této práce, nicméně pro představu vedení rozhovoru stačí.

„GT: A kde vidí tvůj sociální pracovník problém?”

L: Že jsem o víkendech pryč a on neví kde.

GT: A proč chtěl, abys přišla právě sem za mnou?”

LS: Myslí si, že moc piju.“ (Miller, Rollnick, 2003, s. 227).

VYVOLÁNÍ OBAVY:

Snaha aby klient postupně přišel k tomu, že má opravdu problém a co mu na jeho problému vadí a vyjádřil tuto obavu spontánně.

„GT: Týdenní mzda?”

LS: Jo. Někdy mi něco zbyde na sobotu, a tak potom jdeme ven a ještě seženeme něco k pití.

GT: A když už nemáte? Znamená to, že jste všechno utratila v pátek v noci?”

LS: Asi jo. Jednou mi říkala kamarádka, že mi někdo něco šlohnul, ale já o tom ani nevěděla.“(Miller, Rollnick, 2003, s. 228).

PRÁCE S ODPOREM:

„LS: Jo. Někdy nevím, jak jsem se ocitla tam, kde jsem se probudila. Kámoši se mi snaží všelicos namluvit, co jsem prý dělala, a já nevím, jestli si nedělaj srandu.

GT: To vám musí být nepříjemné.

LS: Jo, já to nesnáším, ale oni jsou celou dobu se mnou tak musí pít taky tolik. Oni ale nemají sociální pracovníky a všechno tohle.“ (Miller, Rollnick, 2003, s. 228).

SHRNUTÍ:

Terapeut poukáže na negativní stránky pití, nepřehlídí však to, co má klientka ráda. Řeč se také vrací k původní otázce: „Co vadí sociálnímu pracovníkovi?“ Je vytvořen seznam potíží klientky a posiluje se vlastní vnímání problému.

„GT: Tak dobře Liso, pojďme si sepsat, o čem jsme dosud mluvili. Budeme to tak mít černé na bílém. Ještě nám něco chybí?”

LS: No když budu pít pořád dál, nebudu se moct vrátit domů. Sociální pracovník říká, že nejdřív s tím musím přestat.“ (Miller, Rollnick, 2003, s. 230).

MOTIVACE KE ZMĚNĚ:

Terapeut pokládá otázky, aby z klienta dostal, po čem touží. V tomto případě byla vyjádřena touha po změně v oblasti fungování rodiny.

„GT: Liso, řekněte mi prosím, co to je, co vás přiměje jít z práce rovnou do hospody místo zpátky na internát?

LS: No, moji kamarádi chodí, jak už jsem říkala, z práce do hospody. Mně se nechce zpátky na intr, protože to je něco jiného než jít domů.

GT: To vypadá, že se vám na internátu nelíbí.

LS: No někdy je to docela dobrý. Ale prostě to není jako doma. Ostatní jsou tam jen na chvíli. Pořád máte na krku sociálního pracovníka a za zády vychovatele. Já bych prostě chtěla domů za mámou.“ (Miller, Rollnick, 2003, s. 230).

CESTA K VYJÁDŘENÍ TOUHY PO ZMĚNĚ:

Terapeut v tomto případě posiluje sebevědomí klientky a její víru v to, že může situaci doma, tím že se vzdá pití zlepšit. Důvodem je možnost vytvoření konkrétního plánu změny. Terapeut je mediátorem, který zprostředkovává dohodu.

„GT: Takže by jste byla šťastnější, kdyby jste se vrátila domů a nemusela se snažit na všechno zapomenout?

LS: Jo, budeme doma samy s mámou.

GT: Dobře, pojďme tedy začít od začátku. Chcete přestat s pitím na ubytovně?

LS: No a jak mám vědět, že to bude fungovat?

GT: Protože uděláme dohodu s vaším sociálním pracovníkem a vaší matkou. Takovou dohodu, která bude znamenat, že když vy dodržíte svůj slib, druhá strana také dodrží slovo.

LS: Tak jo.“ (Miller, Rollnick, 2003, s. 233).

V závěru tohoto případu se uskutečňují kroky, aby mohl být plán uveden do běžného života. Tím, že se motivační rozhovor zaměřuje na potřeby klienta, je posíleno jeho sebevědomí a roste víra ve vlastní schopnosti. Jedinec je tak schopen rozhodovat o svém jednání (Miller, Rollnick, 2003).

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 Charakteristika výzkumu

6.1 Cíl práce

Tato práce se zabývá problematikou možností intervence u mladistvých zneužívající nealkoholové, návykové a psychotropní látky. Hlavní cílem této práce je tedy zmapovat možnosti intervence, která jsou mladistvým uživatelům ze strany nejrůznějších institucí nabízena a také zmapovat nejefektivnější kroky z pohledu pracovníků, prostřednictvím nichž je intervence realizována. Získané informace mohou být dále využity ke zkvalitňování péče o tyto jedince. Na základě poznatků zjištěných z odborných publikací při tvorbě teoretické části této práce byly zformulovány tyto dílčí výzkumné otázky:

Dílčí otázka č. 1:

V jaké fázi užívání se klienti na počátku kontaktu se zařízením nejvíce nachází?

Dílčí otázka č. 2:

Jaký typ intervence je v zařízeních poskytující pomoc mimo jiné i mladistvým uživatelům návykových látek nejvíce využíván?

Dílčí otázka č. 3:

Jaké metody se pracovníkům s uživateli návykových látek jeví jako nejefektivnější a jaké jsou reálně využívány?

Dílčí otázka č. 4.:

Jaké využívají pracovníci při své práci terapie a které z nich se jim jeví pro mladistvé uživatele jako nejefektivnější?

Dílčí otázka č. 5:

Jak motivují pracovníci mladistvé klienty k léčbě závislosti?

Dílčí otázka č. 6:

Jakým způsobem pomáhají zařízení klienty resocializovat a jak jsou schopni klienti v běžném životě fungovat?

6.2 Strategie šetření

Nejdříve jsme si stanovili hlavní cíl šetření, na základě něhož jsme potom formulovali dílčí cíle viz. výše.

Pro účely této práce byla použita strategie kvalitativního výzkumu, který si neklade za cíl ověřovat nějaké předem dané hypotézy, ale jde především o to, přinést maximální možné množství informací o zkoumané problematice (Švaříček; Šedřová, 2007). Tímto způsobem můžeme-jak uvádí Strauss a Corbinová (1999 in Švaříček,; Šedřová a kol., 2007) také získat nové a neotřelé názory na jevy, o nichž už něco víme, což koresponduje s hlavním cílem naší práce.

Šetření bylo realizováno prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Kdy byly předem telefonicky kontaktovány zařízení, případně osoby, které se zabývají problematikou uživatelů návykových látek, nebo se jich tato problematika alespoň částečně dotýká.

6.3 Metody sběru dat

Vzhledem k volbě kvalitativního výzkumu, a následně definování vzorku, který má v případě tohoto typu výzkumu reprezentovat určitý problém (Miovský, 2006), zvolili jsme jako metodu sběru dat hloubkový rozhovor- konkrétněji polostrukturované interview. Podle Miovského (2006) se jedná o nejrozšířenější typ rozhovoru. Kdy jsme si připravili okruh 33 otázek, zaměřených především na mapování situace intervence v různých zařízeních určených uživatelům návykových látek a nejen jim. V průběhu dotazování byly použity i inquiry¹⁶

6.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří pracovníci ve věku od 26 do 36 let poradenských, terapeutických, nízkoprahových a podobných služeb, které se zabývají problematikou uživatelů návykových látek. Jde o kombinaci mužů i žen, kdy pohlaví pro zkoumanou problematiku nehrálo žádnou roli. Všichni respondenti jsou vysokoškolsky vzdělaní lidé, jejichž motivace vyplývá buď z dlouhodobého zájmu o tuhle problematiku, nebo na základě náplně jejich pomáhajících profesí.

6.5 Způsob zpracování dat

Celý rozhovor byl fixován na nahrávací zařízení, ze kterého potom vzešla audionahrávka. Data, získaná tímto způsobem, byla následně analyzována prostřednictvím

¹⁶ „Upřesnění, vysvětlení odpovědi účastníka.“ (Miovský, 2006, str. 160).

kombinace kvalitativního i kvantitativního výzkumu, aby došlo k získání co nejcennější poznatků pro praxi, a ty mohly být přehledně graficky znázorněny.

7 Realizace výzkumu

Prvním krokem k následné realizaci výzkumu bylo stanovení hlavního cíle, který koresponduje současně i s názvem diplomové práce. Tímto hlavním cílem je mapovat možnosti intervence u mladistvých uživatelů návykových látek. To jaké existují možnosti intervence, které intervence jsou nejčastěji realizovány, které se jeví jako nejefektivnější a v jaké fázi závislosti, jsme se snažili zjišťovat prostřednictvím stanovení dalších dílčích otázek, která jsou uvedeny v úvodu praktické části.

7.1 Výběr výzkumného souboru

K šetření byli vybráni pracovníci různých typů zařízení a služeb jednalo se především o zařízení v Olomouckém kraji, ale rozhovor byl poskytnut i ze strany zaměstnance zařízení ne-Olomouckého kraje. Cílem práce nebylo mapovat možnosti intervence u mladistvých v rámci určitého kraje ale intervenci jako takovou obecně.

K realizaci šetření byla vybírána zařízení, aby pokud možno obsáhla co nejširší spektrum rozdělení intervence podle činností v teoretické části této práce. Byli dotazováni pracovníci distančního poradenství, soukromé psychoterapeutické praxe, K a P center, psychiatrické ambulance.

Rozhovor byl poskytnut zaměstnanci ve věku 26-36 let. Věk byl zjištěn na základě položky č. 1 v rozhovoru, který je přiložen v příloze. Jedná se o jedince s vysokoškolským vzděláním převážně humanistického zaměření. Vybraní respondenti, na základě uvedení v rozhovoru a následného výpočtu, ke kterému jsme došli sečtením uvedené délky praxe s uživateli, a následným zprůměrováním, pracují s takovými klienty průměrně asi 5 let.

Co se týká užšího zaměření pracovníků pro práci s těmito uživateli, jde o formy výcviku v kognitivně behaviorální terapii, gestalt terapii, různých forem expresivní terapie, psychoterapeutického výcviku SUR a další vzdělání jako motivační rozhovory, krizová intervence.

7.2 Příprava a realizace rozhovoru

Jako formu hloubkového rozhovoru bylo zvoleno polostrukturované interviu. Tento typ rozhovoru vyžadoval náročnější technickou přípravu. Prostřednictvím 33 otázek bylo vytvořeno jakési schéma, které bylo závazné a kterého jsme se po celou dobu rozhovoru drželi. Otázky v rozhovoru se týkaly především možností intervence u mladistvých uživatelů

návykových látek, možností resocializace takových jedinců. Vybraní respondenti, jenž byli pracovníky jednak nízkoprahových zařízení tj. K a P center; distančního poradenství a soukromých psychoterapeutických praxí; adiktologických ambulancí a v neposlední řadě psychiatrických ambulancí, byli nejdříve telefonicky nebo prostřednictvím internetu kontaktováni, bylo jim vysvětleno, čeho se záměr našeho výzkumu týká a následně domluven termín setkání. Bylo osloveno celkem 9 pracovníků. Většina z Olomouckého kraj, po jednom se pak jednalo o zařízení v Moravskoslezském, Zlínském a Jihomoravském kraji. Bohužel dva pracovníci s oslovených zařízení, nemohli rozhovor poskytnout. Důvodem byla nepřítomnost v zařízení. Po kladné odezvě zbylých sedmi pracovníků byl při schůzce předložen požadavek o souhlas k participaci na výzkumu-vzor viz příloha č. 2, jehož podpisem respondenti odsouhlasili možnost další práce s nahraným materiálem a jeho následnou publikaci. Tyto podepsané souhlasy nejsou v práci přiloženy, ale v případě zájmu mohou být předloženy. Před samotnou realizací rozhovoru, byl pracovníkům při osobním setkání znovu vysvětlen záměr výzkumu, popsán okruh otázek, vysvětlen a předložen informovaný souhlas s nabídnutím možnosti přepsané rozhovory poslat na emailovou adresu. Pracovníci byli také ujištěni o anonymitě. Následně byl informantům položen okruh otázek-viz příloha č. 3, kdy odpovědi pracovníků byly nahrávány na záznamové zařízení. Jelikož se v rozhovoru jedná o otevřené otázky, odehrávala se délka rozhovoru podle odpovědí respondentů. Některé rozhovory trvaly 10-15 minut, nejdelší rozhovor s pracovníkem adiktologické ambulance trval přibližně 45 minut.

7.3 Zpracování rozhovoru

Nahraný audio materiál byl přepsán a následně podroben deskriptivnímu přístupu ke kvalitativní analýze, který je založen dle Miovského (2006) na procesu utřídění, klasifikace a deskripce, abychom s daty mohly dále systematicky pracovat a vytvořit tak potřebné závěry ke splnění stanovených dílčích cílů.

Jako dílčí postup byla zvolena metoda vytváření trsů, kdy jsme seskupovali na základě podobnosti a relevantnosti výroky respondentů do skupin- takzvaných trsů. Tímto procesem jsme se snažili vytvořit obecnější jednotky, na základě kterých můžeme vyvozovat a aplikovat naše cíle.

Pro lepší orientaci v textu jsme se rozhodli jednotlivé trsy označit určitými kódy a po následném rozřazení do kategorií umístit do tabulky. Každá představuje zpracování rozhovoru jednotlivých informantů. Následně jsou pak na základě vytvořených trsů seskupeny

odpovědi jednotlivých informantů za sebou tak, abychom z jejich výpovědí mohli stanovit shodné informace a nalézt tak odpovědi na naše dílčí výzkumné otázky. Tyto informace jsou vypsány a následně je pak vytvořena tabulka, která představuje problematiku v celé komplexnosti, aby data mohla být podrobena další analýze a následnému zobecnění. Vytvořením tabulky a rozřazení do kategorií jde čistě jen o přehlednost pro další zkoumání problematiky.

Informant č. 1

Tabulka 1 Informant č. 1

Signifikantní výrazy: Informant č. 2	Kódy jednotlivých trsů	Kategorie
<i>To samé (experiment škodlivé užívání).</i>	Fáze	Začátek
<i>V mém případě funguje jako poradenská, ale když mám klienty individuálně s nějakou závislostí, tak je to terapeutická intervence.</i>	Intervence jako činnost	Intervence
<i>Nemůžu posoudit</i>	Efektivita metod	
<i>Vzhledem k tomu, že nejsem organizovaný v pracovišti tak nemůžu odpovědět..</i>	Reálné metody	
<i>Já myslí že individuální a pokud je to možné, tak spolupráce s rodinou. Ale spíš individuální.</i>	Efektivita terapií	
<i>Nejvíc individuální a sem tam skupinovou</i>	Reálné terapie	
<i>Tím že mi to platí, tak jsou motivovaní.</i> X <i>Asi na začátku té práce ano ale ne s cílem udržet ho při té práci, spíš jenom mu vysvětlit ten systém té práce.</i>	Motivace x motivační rozhovory	
<i>To nedělám, to je jejich problém</i>	Resocializace	Vyhlídky
<i>Někdy ano</i> X <i>To netuším</i>	Fungování klientů/aktivity	

Informant č. 2

Tabulka 2 Informant č. 2

Signifikantní výrazy: Informant č. 2	Kódy jednotlivých trsů	Kategorie
<i>To samé (experiment škodlivé užívání).</i>	Fáze	Začátek
<i>V mém případě funguje jako poradenská, ale když mám klienty individuálně s nějakou závislostí, tak je to terapeutická intervence.</i>	Intervence jako činnost	Intervence
<i>Nemůžu posoudit</i>	Efektivita metod	
<i>Vzhledem k tomu, že nejsem organizovaný v pracovišti tak nemůžu odpovědět..</i>	Reálné metody	
<i>Já myslí že individuální a pokud je to možné, tak spolupráce s rodinou. Ale spíš individuální.</i>	Efektivita terapií	
<i>Nejvíce individuální a sem tam skupinovou</i>	Reálné terapie	
<i>Tím že mi to platí, tak jsou motivovaní.</i> X <i>Asi na začátku té práce ano ale ne s cílem udržet ho při té práci, spíš jenom mu vysvětlit ten systém té práce.</i>	Motivace x motivační rozhovory	
<i>To nedělám, to je jejich problém</i>	Resocializace	Vyhlídky
<i>Někdy ano</i> X <i>To netuším</i>	Fungování klientů/aktivity	

Informant č. 3

Tabulka 3 Informant č. 3

Signifikantní výrazy: Informant č. 3	Kódy jednotlivých trsů	Kategorie
<i>No. Kdybych to měla rozdělit jakoby druhy stupeň základní školy experiment a středoškoláci ...no tam já se nejčastěji setkávám experiment a nadměrný užívání. Ojediněle teda i se závislostí jako</i>	Fáze	Začátek

<p><i>takovou, ale my jako celkově jako organizace nemámě úplně přesně vybudovaný jakoby postup pro práci se závislýma mladistvými. Vlastně v praxi zatím probíhá od 18 nahoru. Přijímáme i mladší klienty v současné době se zpracovávají nějaký postupy jak pracovat se s mladistvým klientem, protože tam je to přece jenom trošku odlišný přístup rodiny a tak. Ale já se nejčastěji asi setkávám-fáze experiment, nadměrný užívání.</i></p>		
<p><i>Tady u nás je vlastně zastoupena primární sekundární i terciální intervence. Myslím, že rovným dílem. Primárka má kolem 4,5 tisíce dětských klientů za rok. Což je četnost vlastně škol, který obsáhneme. V individuálních konzultacích jako preventivního charakteru to bych tipla takových 30 výkonů zhruba za rok jako zhruba 30 klientů ročně. Ale i poradna i doléčovák jsou jako plně kapacitně vytiženy. Děláme i terapie i volnočasové aktivity. Volnočasové aktivity jsou jak pro klienty rodinného centra, kde se pracuje s celou rodinou, kde je návaznost jakoby i na drogové závislosti. Ne že by všechny rodiny byly nějakým způsobem ovlivněny závislostma, ale jsou mezi něma rodiny, které mají třeba já nevím: Otec alkoholik, dítě žijící pod jeho vlivem apod. A co se týče volnočasovek tak to Vám možná říkal kolega. Oni vlastně dělají volnočasovky v rámci klubu pro klienty v doléčovacím centru a pro lidi v léčbě přímé-jako té ambulantní jsou kluby-volnočasovky, říkají tomu myslím volnočasové středky nebo tak nějak, který jsou zase skupiny jakoby volnočasových aktivit pro lidi v léčbě. Takže určitě volnočasovky děláme pro vlastně všechny klienty, kteří dochází do centra. Jinak všechny činnosti terapeutická, poradenská, rehabilitační.</i></p>	<p>Intervence jako činnost</p>	<p>Intervence</p>
<p><i>Já bych řekla individuální přístup, KBT čko. U expresivních terapií je velice těžký odhadnout největší efektivit, protože my je kombinujem, že třeba některý setkání jsou zaměřeny víc artefileticky, některý zase bereme vyloženě přes muzikoterapii, že máme jakoby tady nakoupenou sadu hudebních nástrojů, převážně djembe bubny a tak a hrajeme, že děláme prožitkový setkání.</i></p>	<p>Efektivita metod</p>	

<p><i>Některý děcka líp slyší na drama. Jo že...to strašně přijde na to, kterej z klientů je jak zaměřenej a kterej způsob vyjádření je pro něho příjemnější.</i></p>		
<p><i>Několik z nás má KBT výcvik, někteří jsou gestalti. Řekla bych, že nejvíc je KBT-čko využíváné.</i></p>	<p>Reálné metody</p>	
<p><i>To už bylo, zase prostě. KBT čko, individuální přístup.</i></p>	<p>Efektivita terapií</p>	
<p><i>Expresivní</i></p>	<p>Reálné terapie</p>	
<p><i>Tak celkově jakoby pro děcka hodně funguje z mého pohledu nebo pro ty mladistvý způsob nezastrašovat. Nefunguje takový. „Může se ti stát...“ „Podívej se, jak to dopadá...“, ale spíš hodně přes emoce, rozumový vysvětlení, rovnej přístup. Tak spíš.</i></p> <p>X</p> <p><i>S děčkama ne.</i></p>	<p>Motivace x motivační rozhovory</p>	
<p><i>Tak doléčovací centrum máme tady</i></p>	<p>Resocializace</p>	<p>Vyhlídky</p>
<p><i>Znovu otázka pro poradnu. Ale zkušenost moje velice rozdílný. Někteří klienti se sem vrací na pravidelný setkán třeba vánoční s partnerem, rodinou s miminkama nebo o některých už neslyšíte, že se třeba ukazují dva tři roky po tom, co ukončili léčbu a pak se přestanou kontaktovat. Ale nemusí to být jenom relapsem nebo jiným návratem ale může to být i tím že třeba nechcou už dál tu minulost řešit, mají to uzavřený a pokračují životem jinak, takže.</i></p> <p>X</p> <p><i>Tak já jako v rámci primární prevence s některýma bývalýma uživatelama spolupracuju právě na programech pro ty, co ted'ka jsou ve fázi experimentování. Ale vím, že jakoby snaží se začlenit</i></p>	<p>Fungování klientů/aktivity</p>	

<p><i>nazpátek k věcem, který dělali dřív. Takže se vrací třeba k sportům který dělali, k focení, k zájmům, který dřív měli individuální. Hodně se snaží rozšířit si i vzdělání. I změnou adresy jakože většina lidí se už úplně nevrací na místo, kde prožili drogovou kariéru nebo závislostní kariéru. Je to i hledání nových známých a tak</i></p>		
--	--	--

Informant č. 4

Tabulka 4 Informant č. 4

Signifikantní výrazy: Informant č. 4	Kódy jednotlivých trsů	Kategorie
<p><i>Spíše ve fázi experimentu. Když sem přicházejí, tak samozřejmě většina z nich jsou experimentátoři. Stává se, že rodiče najdou třeba marihuanu jako v baťohe a myslí se. Ale to je i nepoučení těch rodičů, že neví, co je to marihuana, že neví, co je to pervitin. Že v závěru z toho udělají haló a zjistí se, že dítě je jenom experimentátor nic zásadního. Ale pak sem chodí teda i děcka, které jsou regulérně jako závislí (třeba i každodenní uživatelé, pokud k tomu mají přístup). Nebo 2 krát, 3krát do týdne. Co se týká druhu návykové látky a závislosti v případě mladistvých je to pervitin. Pak se ještě ti uživatelé dělí na ty, jakým způsobem užívají: jestli sniffem nebo in vitro. To už většina začíná šňupáním než nastřelováním</i></p>	<p>Fáze</p>	<p>Začátek</p>
<p><i>Hodně vycházíme z kognitivně-behaviorální terapie. Takže terapeutická</i></p>	<p>Intervence jako činnost</p>	<p>Intervence</p>
<p><i>Jako u mě. Jako pro mě je absolutně nejúčinnější metoda KBT. Ale přijde mi že s mladistvými je to tak, že možná ty prostě různé metody pro ně můžou být často abstraktní. Nějaká jako práce s emocemi apod. mně osobně to dělá problém vůbec tady tohle pochopit. KBT je čistý úderný a</i></p>	<p>Efektivita metod</p>	<p>Intervence</p>

<p><i>nejsou v tom nějaký zapeklitý věci a může být pro ně daleko snáz pochopitelnější. Já si myslím, že třeba fakt jako sice my nejsme úplně jako nízkoprahová služba. Když vám sem přijde člověk, který má nějaký intelekt-nechci to teď nějak, aby to vyznělo hrozně...Ale když to není prostě nějaký hold velké myslitel...vysvětlovat mu nějaké takové věci, k čemu je gestalt apod. Ten člověk to prostě neumí uchopit. Ten člověk je zvyklí: říct mu co má dělat, co si může ošahat apod. a pak jo, pitvat se v nějakých svých pocitech, to prostě pro každého není. Můj osobní názor je, že KBT je nejvhodnější.</i></p>		
<p><i>KBT. Ale samozřejmě máme tady kolegyni z psychodynamiky, humanistické, gestaltu ale ne úplně čistě gestaltu a to je všechno</i></p>	<p>Reálné metody</p>	
<p><i>To je případ od případu jo jako. Pokud ten problém toho člověka je způsoben tou rodinou, tak je asi dobrá ta rodinná. Máme tady takové případy, kde se pracuje s rodinou a ten uživatel je třeba víc v té rodinné aktivnější</i></p>	<p>Efektivita terapií</p>	
<p><i>Používáme všechny typy terapie, teda kromě jako skupinové, kterou teď chystáme v září. Máme individuální, partnerské. Používáme většinou u mladistvých i kombinace individuální, rodinou. Ale někteří chodí třeba jenom na individuál a pak jednou jakože rodinnou.</i></p>	<p>Reálné terapie</p>	
<p><i>Tak když to vezmu úplně obecně tak motivujeme je tím, že se jim snažíme umožnit přístup i když máme nějaké ordináční hodiny tak jsme schopni se domluvit na jiném čase. Maximálně jim takhle třeba vycházíme vstříc. Ten klient už přichází namotivovaný. My ho můžeme motivovat akorát v nějakých dílčích věcech jo- třeba když mu něco nejde, vztahové věci, komunikace, problémy. Rozebereme s ním ty</i></p>	<p>Motivace x motivační rozhovory</p>	

<p><i>situace, dáme nějaký feedback. Nacvičíme to s ním-nějaké formy nácviků apod.</i></p> <p>X</p> <p><i>Samozřejmě. Výcviky tady máme. Každý pracovník by měl projít výcvikem motivačních rozhovorů.</i></p>		
<p><i>Záleží, co klienti řeší, pokud řeší bydlení tak řešíme tohle. Pokud partnerské vztahy, tak pomáháme po této stránce. Klienti neradi komunikují z úřady apod., takže nabízíme jim i takovou pomoc.</i></p>	Resocializace	Vyhlídky
<p><i>Asi dobře ale nesledujeme je.</i></p> <p>X</p> <p><i>Oni neví, co to volný čas je. Pracují s kolegyněmi na různých možných relaxačních metodách. Jak si to užít. A Hlavně ono je to těžké si užít, protože ta droga jim dala více méně všechno. V rámci terapie řeší tyhle věci. Většinou chodí na procházky, plavat. Záleží od klienta co má a nemá rád. Ukazujeme jim, jak mohou ten volný čas trávit.</i></p>	Fungování klientů/aktivity	

Informant č. 5

Tabulka 5 Informant č. 5

Signifikantní výrazy: Informant č. 5	Kódy jednotlivých trsů	Kategorie
<i>To je strašně individuální. To je případ od případu. Někdy se</i>	Fáze	Začátek

<p><i>setkáváme opravdu s experimentátorem nebo náhodným uživatelem a v některých případech se jedná o lidi, kteří už jsou zjevně závislí, zároveň jsou vtaženi do toho systému návykového chování. Mají z něho, čerpají z něho benefity, který výrazně komplikují tu léčbu, takže je to hodně individuální.</i></p>		
<p><i>Ta naše ambulance zdravotně návykových poruch je zaměřena vlastně na komplexní léčbu. A jedná se hlavně teda o terapeutický programy. Pacientům nabízíme samozřejmě i substituční léčbu, nabízíme jim léčbu komorbidních psychiatrických poruch a samozřejmě můžeme zprostředkovat kontakty s nějakými svépomocnými kluby nebo třeba s doléčovacími programy. Eventuálně se zařízeními nabízejícími komplexní protizávislostní léčbu.</i></p>	<p>Intervence jako činnost</p>	<p>Intervence</p>
<p><i>Já si myslím, že to KBT je efektivní a ono i výsledky nějakých studií. Ono je trochu neřer tuto metodu upřednostňovat aniž bych znal nebo úplně obsáhl ty typy ostatních terapeutických metod, ale vycházím z toho, že toto je jediná metoda, která má i nějaký výsledky ve studiích.</i></p>	<p>Efektivita metod</p>	
<p><i>U těch mladistvých je potřeba asi nejvíc pracovat s motivací ale zároveň vyloučit ty možný komorbidní psychiatrický problémy. Takže snažíme se na ten problém typu návykových poruch nedívat izolovaně, ale snažíme se na něj dívat v poměrně širším kontextu. Snažíme se spíš pracovat s tím, co je příčinou i důvodem toho, že lidé nacházejí cestu k těm psychoaktivním látkám. Jestli jsou tam poruchy, které můžeme</i></p>	<p>Reálné metody</p>	

<p>zaléčit, který můžeme intervenovat, eventuálně diferencially diagnosticky popisovat. To bych řek, že u těch mladistvých, kteří často tu kariéru závislých teprve začínají, je důležitý.</p>		
<p>Tak nejefektivnější bude samozřejmě léčba komunitní, kterou u nás teda nenabízíme a my můžeme to svoje polínko přiložit v tom, že pacienta získáme a že mu zprostředkujeme třeba tu komunitní léčbu.</p>	<p>Efektivita terapií</p>	
<p>V naší ambulanci pro návykové poruchy je využívána jak individuální tak i skupinová terapie. Ta skupinová terapie je asi nejvíc teďka nabízená uživatelům alkoholu nebo závislým na alkoholu, co se týče těch uživatelů nealkoholových návykových látek tak tam spíš ta individuální terapie</p>	<p>Reálné terapie</p>	
<p>No tak tam je rozpracovaný nějaký systém nějakých motivačních rozhovorů, který jsou fajn. Je třeba počítat s tím, že i ta motivace má svoje fáze a snažíme se ty fáze respektovat.</p> <p>X</p> <p>V podstatě ano</p>	<p>Motivace x motivační rozhovory</p>	
<p>Zprostředkováním kontaktu</p>	<p>Resocializace</p>	<p>Vyhlídky</p>
<p>To je velkej problém a je to právě si myslím jeden z faktorů toho hrozícího relapsu. Takže po léčbě ten klient začíná úplně</p>	<p>Fungování klientů/aktivity</p>	

<p><i>novej život. A začíná ho s né moc dobře rozdanýma kartama, takže tam to nabídnout pomoc, je to fajn. Jinak ten potenciál samostatného života po komplexně proběhlé léčbě většinou není moc velkej. Proto je strašně fajn, když má možnost vyhledat třeba pomoc nějakých těch doléčovacích programů.</i></p> <p>X</p> <p><i>No jak říkám ona ta léčba, když probíhá ústavně, tak pacient má jenom krátký detox a zprostředkování následné léčby. Co se týče té ambulantní léčby tak ta může být někdy dlouhodobá. No a souběžně s tím se klienti už věnují svým aktivitám, a jaké aktivity tvoří, to záleží na jejich preferencích.</i></p>		
--	--	--

Informant č. 6

Tabulka 6 Informant č. 6

Signifikantní výrazy: Informant č. 6	Kódy jednotlivých trsů	Kategori e
<i>Já se domnívám, že podle toho co si zas tak jako přemílám ty klienty se kterými jsem dělala vstupní rozhovory, a co tak jakože o nich vím, tak experimentátoři tady-v dopoledním provozu by neměli být. Protože pro ně by to bylo nevhodný už jenom z hlediska toho, že by se tady dostávali do kontaktu s těma klientama, kteří už jsou závislí. Ve smyslu jako závislosti. Takže to asi ne. Tudiž spíš jako asi fakt klienti, se kterými, když se o tom bavíme tak většina z nich už je</i>	Fáze	Začátek
<i>Já si myslím, že nízkoprahovost a určitě jako poradenství</i>	Intervence jako činnost	Intervenc e
<i>Motivační rozhovory</i>	Efektivita metod	

<p><i>Používáme spíš motivační rozhovory, protože já ani kolega nemáme výcvik. A kolegyňka psycholožka, ta samozřejmě psychologické intervence má, když je teda potřeba, ale není na to spíš takový prostor. Takže, že by jsme tady mohli dělat přímo terapie, nedokážu si to moc představit v praxi. Že by to bylo asi docela komplikovaný, protože on ten dopolední provoz je takový že se tu střídá třeba dvacet lidí, takže to by to vůbec nešlo a pracovat se skupinou...to by ta skupina musela chtít celá aspoň a to taky ne všichni klienti by na to byli nastavení. A odpoledne to by asi muselo být fakt jako nějak na domluvě</i></p>	<p>Reálné metody</p>	
<p><i>Spíš individuální.</i></p>	<p>Efektivita terapií</p>	
<p><i>Já jako terapie nevyžívám, ale jestli psycholožka to nevím, ale myslím si, že kdyby to bylo potřeba, tak jako určitě. A věřím tomu, že kdybychom si s kolegou dodělali výcvik a bylo by to potřeba, tak si myslím, že to není problém. Pokud je terapie využívána tak spíš individuální</i></p>	<p>Reálné terapie</p>	
<p><i>Právě pomocí motivačních rozhovorů</i></p> <p><i>X</i></p> <p><i>Ano</i></p>	<p>Motivace x motivační rozhovory</p>	
<p><i>U nás je to těžké. My jako co můžeme, tak jim můžeme zkusit nabídnout pomocnou ruku v hledání bydlení, v hledání zaměstnání, v řešení právních záležitostí, pokud mají třeba nějaké exekuce, tak zkusit to s něma, vyřešit anebo pokud mají třeba nějaké jiné soudní záležitosti, které potřebují řešit. Tohle vše se s nima jako snažíme probrat, takže to je jako</i></p>	<p>Resocializace</p>	<p>Vyhlídky</p>

<p><i>takový náš úkol. Ale v podstatě resocializace celou dobu probíhá a my se snažíme, aby opravdu do té společnosti jako co nejlépe zapluli. Když už si třeba najdou to bydlení: Tak, hele teďka máš bydlení, pojďme dořešit- tady má pořád ty exekuce. Zkusme to pozastavit nebo zkusme to zrušit nebo něco s tím udělat. Chce to po krůčcích, ale jde to.</i></p>		
<p><i>Jo tak to je taky těžko říct, protože když je ten klient po léčbě...samozřejmě když jsou to třeba dlouhodobí klienti...ale na to by vám spíš odpověděla kolegyně. Když jsou to klienti, kteří třeba docházeli do Káčka a už jako navázali vztah s těma pracovníkama, tak když třeba se odstěhují nebo jsou zaměstnaní, nemají potřebu sem docházet. Nebo opravdu jsou po léčbě a chtějí abstinovat, tak se tady třeba občas objeví, aby nám řekli, jak se mají, co dělají, jak to s něma vypadá, nevypadá. Stává se to, ale tím že já ty klienty teprve jako poznávám, takže jsem zatím nezažila klienta, který by byl v léčbě a abstinovat, ale vím, že takoví klienti tady jsou.</i></p> <p><i>X</i></p> <p><i>Těžko říct</i></p>	<p>Fungování klientů/aktivity</p>	

Informant č. 7

Tabulka 7 Informant č. 7

Signifikantní výrazy: Informant č. 7	Kódy jednotlivých trsů	Kategorie
<p><i>Nerozumím tomu, jaké léčby, ale pokud bychom se bavili o klientech, kteří přicházejí do K-centra, pak se jedná min. o škodlivé užívání.</i></p>	<p>Fáze</p>	<p>Začátek</p>

<i>Seřazeno od nejčastější nízkoprahové, poradenské, terapeutické, volnočasové.</i>	Intervence jako činnost	Intervence
<i>Motivační rozhovory, poradenství</i>	Efektivita metod	
<i>Naše zařízení momentálně nemá klienty mladší 18ti let.</i>	Reálné metody	
<i>Skupinová.</i>	Efektivita terapií	
<i>Individuální.</i>	Reálné terapie	
<i>Motivačními rozhovory, plánování s klientem, stanovení cílů.</i> X <i>Ano</i>	Motivace x motivační rozhovory	
<i>Poradenství, asistenční služba, mediace, pomoc při hledání zaměstnání, ubytování, apod...</i>	Resocializace	Vyhledky
<i>Většinou ne.</i> X <i>Netuším, pokud se opět nestanou klienty KC. Pak je to zřejmé</i>	Fungování klientů/aktivity	

Po utřídění podstatných informací z jednotlivých rozhovorů prostřednictvím tabulkového systému, byly jednotlivé signifikantní výrazy na základě vytvoření kategorií trsů přiřazeny k jednotlivým dílčím otázkám, které jsou reprezentanty vytvořených kategorií.

Dílčí otázka č. 1:

V jaké fázi užívání se klienti na počátku kontaktu se zařízením nejvíce nachází?

Informant č. 1: Experiment škodlivé užívání.

Informant č. 2: To samé (experiment škodlivé užívání).

Informant č. 3: No. Kdybych to měla rozdělit jakoby druhy stupeň základní školy experiment a středoškoláci ...no tam já se nejčastěji setkávám experiment a nadměrný užívání. Ojedinele teda i se závislostí jako takovou, ale my jako celkově jako organizace nemámě úplně přesně vybudovaný jakoby postup pro práci se závislýma mladistvýma. Vlastně v praxi zatím probíhá od 18 nahoru. Přijímáme i mladší klienty v současné době se zpracovávají nějaký postupy jak pracovat se s mladistvým klientem, protože tam je to přece jenom trochu odlišný přístup rodiny a tak. Ale já se nejčastěji asi setkávám-fáze experiment, nadměrný užívání.

Informant č. 4: Spíše ve fázi experimentu. Když sem přicházejí, tak samozřejmě většina z nich jsou experimentátoři. Stává se, že rodiče najdou třeba marihuana jako v bařohu a myslí se. Ale to je i nepoučení těch rodičů, že neví, co je to marihuana, že neví, co je to pervitin. Že v závěru z toho udělají haló a zjistí se, že dítě je jenom experimentátor nic zásadního. Ale pak sem chodí teda i děcka, které jsou regulérně jako závislí (třeba i každodenní uživatelé, pokud k tomu mají přístup). Nebo 2 krát, 3krát do týdne. Co se týká druhu návykové látky a závislosti v případě mladistvých je to pervitin. Pak se ještě ti uživatelé dělí na ty, jakým způsobem užívají: jestli sniffem nebo in vitro. To už většina začíná šňupáním než nastřelováním.

Informant č. 5: To je strašně individuální. To je případ od případu. Někdy se setkáváme opravdu s experimentátorem nebo náhodným uživatelem a v některých případech se jedná o lidi, kteří už jsou zjevně závislí, zároveň jsou vtaženi do toho systému návykového chování. Mají z něho, čerpají z něho benefity, který výrazně komplikují tu léčbu, takže je to hodně individuální.

Informant č. 6: Já se domnívám, že podle toho co si zas tak jako přemílám ty klienty se kterými jsem dělala vstupní rozhovory, a co tak jakože o nich vím, tak experimentátoři tady-v dopoledním provozu by neměli být. Protože pro ně by to bylo nevhodný už jenom z hlediska toho, že by se tady dostávali do kontaktu s těma klientama, kteří už jsou závislí. Ve smyslu jako závislosti. Takže to asi ne. Tudíž spíš jako asi fakt klienti, se kterými, když se o tom bavíme tak většina z nich už je.

Informant č.7: Nerozumím tomu, jaké léčby, ale pokud bychom se bavili o klientech, kteří přicházejí do K-centra, pak se jedná min. o škodlivé užívání.

Dílčí otázka č. 2:

Jaký typ intervence je v zařízeních poskytující pomoc mimo jiné i mladistvým uživatelům návykových látek nejvíce využíván?

Informant č. 1: Tak jednak poradenství v té základní rovině a potom když je to na místě tak terapie- kognitivně behaviorální terapie a pokud je to závislost na stimulačních drogách tak krátký intervenční program pro uživatele pervitinu. Jako intervenční program jako metoda.

Informant č. 2: V mém případě funguje jako poradenská, ale když mám klienty individuálně s nějakou závislostí, tak je to terapeutická intervence.

Informant č. 3: Tady u nás je vlastně zastoupena primární sekundární i terciální intervence. Myslím, že rovným dílem. Primárka má kolem 4,5 tisíce dětských klientů za rok. Což je četnost vlastně škol, který obsáhne. V individuálních konzultacích jako preventivního charakteru to bych tipla takových 30 výkonů zhruba za rok jako zhruba 30 klientů ročně. Ale i poradna i doléčovák jsou jako plně kapacitně vytížený. Děláme i terapie i volnočasové aktivity. Volnočasové aktivity jsou jak pro klienty rodinného centra, kde se pracuje s celou rodinou, kde je návaznost jakoby i na drogové závislosti. Ne že by všechny rodiny byly nějakým způsobem ovlivněny závislostí, ale jsou mezi něma rodiny, které mají třeba já nevím: Otec alkoholik, dítě žijící pod jeho vlivem apod. A co se týče volnočasovek tak to Vám možná říkal kolega. Oni vlastně dělají volnočasovky v rámci klubu pro klienty v doléčovacím centru a pro lidi v léčbě přímé-jako té ambulantní jsou kluby - volnočasovky, říkají tomu myslím volnočasové středky nebo tak nějak, který jsou zase skupiny jakoby volnočasových aktivit pro lidi v léčbě. Takže určitě volnočasovky děláme pro vlastně všechny klienty, kteří dochází do centra. Jinak všechny činnosti terapeutická, poradenská, rehabilitační.

Informant č. 4: Hodně vycházíme z kognitivně-behaviorální terapie. Takže terapeutická.

Informant č. 5: Ta naše ambulance zdravotně návykových poruch je zaměřena vlastně na komplexní léčbu. A jedná se hlavně teda o terapeutický programy. Pacientům nabízíme samozřejmě i substituční léčbu, nabízíme jim léčbu komorbidních psychiatrických poruch a samozřejmě můžeme zprostředkovat kontakty s nějakými svépomocnými kluby nebo třeba

s doléčovacími programy. Eventuálně se zařízeními nabízejícími komplexní proti závislostní léčbu.

Informant č. 6: Já si myslím, že nízkoprahovost a určitě jako poradenství

Informant č. 7: Seřazeno od nejčastější 1) nízkoprahové, 2) poradenské, 3) terapeutické, 4) volnočasové.

Dílčí otázka č. 3:

Jaké metody se pracovníkům s uživateli návykových látek jeví jako nejefektivnější a jaké jsou reálně využívány?

Efektivita:

Informant č. 1: Motivační rozhovory

Informant č. 2: Nemůžu posoudit

Informant č. 3: Já bych řekla individuální přístup, KBT čko. U expresivních terapií je velice těžký odhadnout největší efektivit, protože my je kombinujem, že třeba některý setkání jsou zaměřeny víc artefieticky, některý zase bereme vyloženě přes muzikoterapii, že máme jakoby tady nakoupenou sadu hudebních nástrojů, převážně djembe bubny a tak a hrajeme, že děláme prožitkový setkání. Některý děcka líp slyší na drama. Jo že...to strašně přijde na to, kterej z klientů je jak zaměřenej a kterej způsob vyjádření je pro něho příjemnější.

Informant č. 4: Jako u mě. Jako pro mě je absolutně nejúčinnější metoda KBT. Ale přijde mi že s mladistvými je to tak, že možná ty prostě různé metody pro ně můžou být často abstraktní. Nějaká jako práce s emocemi apod. mně osobně to dělá problém vůbec tady tohle pochopit. KBT je čistý úderný a nejsou v tom nějaký zapeklitý věci a může být pro ně daleko snáz pochopitelnější. Já si myslím, že třeba fakt jako sice my nejsme úplně jako nízkoprahová služba. Když vám sem přijde člověk, který má nějaký intelekt-nechci to teď nějak, aby to vyznělo hrozně...Ale když to není prostě nějakěj hold velkéj myslitel...vysvětlovat mu nějaké takové věci, k čemu je gestalt apod. Ten člověk to prostě neumí uchopit. Ten člověk je zvyklí: říct mu co má dělat, co si může ošahat apod. a pak jo, pitvat se v nějakých svých pocitech, to prostě pro každého není. Můj osobní názor je, že KBT je nejvhodnější.

Informant č. 5: Já si myslím, že to KBT je efektivní a ono i výsledky nějakých studií. Ono je trochu nefér tuto metodu upřednostňovat aniž bych znal nebo úplně obsáhl ty typy ostatních terapeutických metod, ale vycházím z toho, že toto je jediná metoda, která má i nějaký výsledky ve studiích.

Informant č. 6: Motivační rozhovory

Informant č. 7: Motivační rozhovory, poradenství.

Reálné využití:

Informant č. 1: Poradenství, motivační rozhovory a práce s kontraktem, práce s krátkým intervenčním programem.

Informant č. 2: Vzhledem k tomu, že nejsem organizovaný v pracovišti tak nemůžu odpovědět.

Informant č. 3: Několik z nás má KBT výcvik, někteří jsou gestalti. Řekla bych, že nejvíc je KBT-čko využíváné.

Informant č. 4: KBT. Ale samozřejmě máme tady kolegyni z psychodynamiky, humanistické, gestaltu ale ne úplně čistě gestaltu a to je všechno.

Informant č. 5: U těch mladistvých je potřeba asi nejvíc pracovat s motivací ale zároveň vyloučit ty možný komorbidní psychiatrický problémy. Takže snažíme se na ten problém typu návykových poruch nedívat izolovaně, ale snažíme se na něj dívat v poměrně širším kontextu. Snažíme se spíš pracovat s tím, co je příčinou i důvodem toho, že lidé nacházejí cestu k těm psychoaktivním látkám. Jestli jsou tam poruchy, které můžeme zaléčit, který můžeme intervenovat, eventuálně diferencially diagnosticky popisovat. To bych řek, že u těch mladistvých, kteří často tu kariéru závislých teprve začínají, je důležitý.

Informant č. 6: Používáme spíš motivační rozhovory, protože já ani kolega nemáme výcvik. A kolegyněka psycholožka, ta samozřejmě psychologické intervence má, když je teda potřeba, ale není na to spíš takový prostor. Takže, že by jsme tady mohli dělat přímo terapie, nedokážu si to moc představit v praxi. Že by to bylo asi docela komplikovaný, protože on ten dopolední provoz je takový že se tu střídá třeba dvacet lidí, takže to by to vůbec nešlo a pracovat se skupinou...to by ta skupina musela chtít celá aspoň a to taky ne všichni klienti by na to byli nastavení. A odpoledne to by asi muselo být fakt jako nějak na domluvě.

Informant č. 7: Naše zařízení momentálně nemá klienty mladší 18ti let.

Dílčí otázka č. 4.:

Jaké využívají pracovníci při své práci terapie a které z nich se jim jeví pro mladistvé uživatele jako nejefektivnější?

Efektivita

Informant č. 1: To samé (individuální a pokud je to možné tak práce s rodinou).

Informant č. 2: Já myslí že individuální a pokud je to možné, tak spolupráce s rodinou. Ale spíš individuální.

Informant č. 3: To už bylo, zase prostě. KBT čko, individuální přístup.

Informant č. 4: To je případ od případu jo jako. Pokud ten problém toho člověka je způsoben tou rodinou, tak je asi dobrá ta rodinná. Máme tady takové případy, kde se pracuje s rodinou a ten uživatel je třeba víc v té rodinné aktivnější.

Informant č. 5: Tak nejefektivnější bude samozřejmě léčba komunitní, kterou u nás teda nenabízíme a my můžeme to svoje polínko přiložit v tom, že pacienta získáme a že mu zprostředkujeme třeba tu komunitní léčbu.

Informant č. 6: Spíš individuální.

Informant č. 7: Skupinová.

Reálné využití

Informant č. 1: Individuální, mimořádně párovou

Informant č. 2: Nejvíce individuální a sem tam skupinovou

Informant č. 3: Expresivní

Informant č. 4: Používáme všechny typy terapie, teda kromě jako skupinové, kterou teď chystáme v září. Máme individuální, partnerské. Používáme většinou u mladistvých i kombinace individuální, rodinou. Ale někteří chodí třeba jenom na individuál a pak jednou jakože rodinnou.

Informant č. 5: V naší ambulanci pro návykové poruchy je využívána jak individuální tak i skupinová terapie. Ta skupinová terapie je asi nejvíc teďka nabízená uživatelům alkoholu nebo závislým na alkoholu, co se týče těch uživatelů nealkoholových návykových látek tak tam spíš ta individuální terapie

Informant č. 6: Já jako terapie nevyužívám, ale jestli psycholožka to nevím, ale myslím si, že kdyby to bylo potřeba, tak jako určitě. A věřím tomu, že kdybychom si s kolegou dodělali výcvik a bylo by to potřeba, tak si myslím, že to není problém. Pokud je terapie využívána tak spíš individuální

Informant č. 7: Individuální.

Dílčí otázka č. 5:

Jak motivují pracovníci mladistvé klienty k léčbě závislosti?

Informant č. 1: Tak motivování jsou asi. Základem je asi mít vytvořený terapeutický vztah, na který když se podaří nějak navázat tak ta motivace je v rámci toho že ten klient se může otevřít a je motivovaný tam chodit. Ale samozřejmě když jak má potom nějakou. Je důležitý potom při té recidivě, aby věděl, že ho ten terapeut neztrestá a že tam může jakoby zajít jo. Samozřejmě je pravdou, že ta skupina je vysoce nespolehlivá v té terapii.

Informant č. 2: Tím že mi to platí, tak jsou motivovaní.

Informant č. 3: Tak celkově jakoby pro děcka hodně funguje z mého pohledu nebo pro ty mladistvý způsob nezastrašovat. Nefunguje takový. „Může se ti stát...“ „Podívej se, jak to dopadá...“, ale spíš hodně přes emoce, rozumový vysvětlení, rovnej přístup. Tak spíš.

Informant č. 4: Tak když to vezmu úplně obecně tak motivujeme je tím, že se jim snažíme umožnit přístup i když máme nějaké ordinační hodiny tak jsme schopni se domluvit na jiném čase. Maximálně jim takhle třeba vycházíme vstříc. Ten klient už přichází namotivovaný. My ho můžeme motivovat akorát v nějakých dílčích věcech jo- třeba když mu něco nejde, vztahové věci, komunikace, problémy. Rozebereme s ním ty situace, dáme nějaký feedback. Nacvičíme to s ním-nějaké formy nácviků apod.

Informant č. 5: No tak tam je rozpracovaný nějaký systém nějakých motivačních rozhovorů, který jsou fajn. Je třeba počítat s tím, že i ta motivace má svoje fáze a snažíme se ty fáze respektovat.

Informant č. 6: Právě pomocí motivačních rozhovorů.

Informant č. 7: Motivačními rozhovory, plánování s klientem, stanovení cílů.

Využití motivačních rozhovorů:

Informant č. 1: Já ano.

Informant č. 2: Asi na začátku té práce ano ale ne s cílem udržet ho při té práci, spíš jenom mu vysvětlit ten systém té práce.

Informant č.: 3: S děckama ne.

Informant č. 4: Samozřejmě. Výcviky tady máme. Každý pracovník by měl projít výcvikem motivačních rozhovorů.

Informant č. 5: V podstatě ano

Informant č. 6: Ano

Informant č.7: Ano.

Dílčí otázka č. 6:

Jakým způsobem pomáhají zařízení klienty resocializovat a jak jsou schopni klienti v běžném životě fungovat?

Běžný život:

Informant č. 1: Jsou i takoví, kteří navzdory naší péči dokážou fungovat v běžném životě.

Informant č. 2: Někdy ano.

Informant č. 3: Znovu otázka pro poradnu. Ale zkušenost moje velice rozdílný. Někteří klienti se sem vrací na pravidelný setkán třeba vánoční s partnerem, rodinou s miminkama nebo o některých už neslyšíte, že se třeba ukazují dva tři roky po tom, co ukončili léčbu a pak se přestanou kontaktovat. Ale nemusí to být jenom relapsem nebo jiným návratem ale může to být i tím že třeba nechcou už dál tu minulost řešit, mají to uzavřený a pokračují životem jinak, takže.

Informant č. 4: Asi dobře ale nesledujeme je.

Informant č. 5: To je velkej problém a je to právě si myslím jeden z faktorů toho hrozícího relapsu. Takže po léčbě ten klient začíná úplně nový život. A začíná ho s ně moc dobře rozdanýma kartama, takže tam to nabídnout pomoc, je to fajn. Jinak ten potenciál samostatného života po komplexně proběhlé léčbě většinou není moc velkej. Proto je strašně fajn, když má možnost vyhledat třeba pomoc nějakých těch doléčovacích programů.

Informant č. 6: Jo tak to je taky těžko říct, protože když je ten klient po léčbě...samozřejmě když jsou to třeba dlouhodobí klienti...ale na to by vám spíš odpověděla kolegyně. Když jsou to klienti, kteří třeba docházeli do Káčka a už jako navázali vztah s těma pracovníkama, tak když třeba se odstěhují nebo jsou zaměstnaní, nemají potřebu sem docházet. Nebo opravdu jsou po léčbě a chtějí abstinovat, tak se tady třeba občas objeví, aby nám řekli, jak se mají, co dělají, jak to s něma vypadá, nevypadá. Stává se to, ale tím že já ty klienty teprve jako poznávám, takže jsem zatím nezažila klienta, který by byl v léčbě a abstinovat, ale vím, že takoví klienti tady jsou

Informant č. 7: Většinou ne.

Resocializace

Informant č. 1: Pomocí různých programů, spolupráce s úřadem práce, probační mediační službou, pomocí pracovního a dluhového poradenství. Pomocí sociální práce a právního poradenství.

Informant č. 2: To nedělám, to je jejich problém

Informant č. 3: Tak doléčovací centrum máme tady.

Informant č. 4: Záleží, co klienti řeší, pokud řeší bydlení tak řešíme tohle. Pokud partnerské vztahy, tak pomáháme po této stránce. Klienti neradi komunikují z úřady apod., takže nabízíme jim i takovou pomoc.

Informant č. 5: Zprostředkováním kontaktu.

Informant č. 6: U nás je to těžké. My jako co můžeme, tak jim můžeme zkusit nabídnout pomocnou ruku v hledání bydlení, v hledání zaměstnání, v řešení právních záležitostí, pokud mají třeba nějaké exekuce, tak zkusit to s něma, vyřešit anebo pokud mají třeba nějaké jiné soudní záležitosti, které potřebují řešit. Tohle vše se s nima jako snažíme probrat, takže to je jako takový náš úkol. Ale v podstatě resocializace celou dobu probíhá a my se snažíme, aby

opravdu do té společnosti jako co nejlépe zapluli. Když už si třeba najdou to bydlení: Tak, hele teďka máš bydlení, pojďme dořešit- tady má pořád ty exekuce. Zkusme to pozastavit nebo zkusme to zrušit nebo něco s tím udělat. Chce to po krůčkách, ale jde to.

Informant č. 7: Poradenství, asistenční služba, mediace, pomoc při hledání zaměstnání, ubytování, apod...

Co se týká resocializačních snah pro klienty ze strany zařízení, nelze toto téma dostatečně graficky zpracovat. Proto spíše zvolíme výčet aktivit, které se během rozhovoru vyskytli.

Jedná se spíše o poradenství v oblasti partnerských vztahů, bydlení, dluhového a právního poradenství, pomoc při komunikaci s úřady.

Volný čas

Informant č. 1: Tak je to vlastně jedno z ústředních témat té terapie té závislosti. To jakým způsobem si najde, bude realizovat volný čas. Čili závislost může nahradit jinou závislostí, ale bohužel což je volnočasová aktivita, ale nejčastěji se asi jedná o sportovní aktivity

Informant č. 2: To netuším.

Informant č. 3: Tak já jako v rámci primární prevence s některýma bývalýma uživatelama spolupracuju právě na programech pro ty, co teďka jsou ve fázi experimentování. Ale vím, že jakoby snaží se začlenit nazpátek k věcem, který dělali dřív. Takže se vrací třeba k sportům který dělali, k focení, k zájmům, který dřív měli individuální. Hodně se snaží rozšířit si i vzdělání. I změnou adresy jakože většina lidí se už úplně nevrací na místo, kde prožili drogovou kariéru nebo závislostní kariéru. Je to i hledání nových známých a tak.

Informant č. 4: Oni neví, co to volný čas je. Pracují s kolegyněmi na různých možných relaxačních metodách. Jak si to užít. A Hlavně ono je to těžké si užít, protože ta droga jim dala více méně všechno. V rámci terapie řeší tyhle věci. Většinou chodí na procházky, plavat. Záleží od klienta co má a nemá rád. Ukazujeme jim, jak mohou ten volný čas trávit.

Informant č. 5: No jak říkám ona ta léčba, když probíhá ústavně, tak pacient má jenom krátký detox a zprostředkování následné léčby. Co se týče té ambulantní léčby tak ta může být někdy dlouhodobá. No a souběžně s tím se klienti už věnují svým aktivitám, a jaké aktivity tvoří, to záleží na jejich preferencích.

Informant č. 6: Těžko říct.

Informant č. 7: Netuším, pokud se opět nestanou klienty KC. Pak je to zřejmé

8 Analýza a interpretace dat

Pro přehlednost jsme se rozhodli držet se původního označení kategorií, které velmi obecně shrnuje dílčí cíle naší práce. Tyto kategorie jsme nazvali příznačně:

ZAČÁTEK

který si klade jako cíl vyzkoumat v jaké fázi užívání se mladiství na počátku kontaktu se zařízením nejvíce nachází. Toto zjištění je velmi důležité, jelikož na něm závisí další postup poskytované intervence.

Kategorie začátek je reprezentována **dílčí otázkou č. 1:** V jaké fázi užívání se klienti na počátku kontaktu se zařízením nejvíce nachází?

INTERVENCE

Tato kategorie shrnuje metody a formy intervence, včetně motivace uživatelů návykových látek. Vytvořená kategorie tvoří v podstatě jádro celého výzkumu. Je prezentována dílčími otázkami:

Dílčí otázka č. 2:

Jaký typ intervence je v zařízeních poskytující pomoc mimo jiné i mladistvým uživatelům návykových látek nejvíce využíván?

Dílčí otázka č. 3:

Jaké metody se pracovníkům s uživateli návykových látek jeví jako nejefektivnější a jaké jsou reálně využívány?

Dílčí otázka č. 4.:

Jaké využívají pracovníci při své práci terapie a které z nich se jim jeví pro mladistvé uživatele jako nejefektivnější

Dílčí otázka č. 5:

Jak motivují pracovníci mladistvé klienty k léčbě závislosti?

VYHLÍDKY

Tato kategorie shrnuje následné fungování klientů po léčbě a způsob resocializace, která je zařízeními pro co nejkvalitnější zapojení těchto jedinců do běžného života realizována. Je prezentována **dílčí otázkou č. 6:**

Jakým způsobem pomáhají zařízení klienty resocializovat a jak jsou schopni klienti v běžném životě fungovat?

Na základě vytvořených trsů byly vyselektovány důležité informace z rozhovorů, které byly přehledně seřazeny do komplexní tabulky a jsou současně i reprezentanty vytvořených kategorií. K těmto informacím jsme došli prostřednictvím otázek z rozhovoru, které byly vhodně vybrány tak, aby reprezentovaly jednotlivé kódy. Vybrané informace důležité pro zkoumání stanovené problematiky byly v tabulce označeny tučně. Na základě výskytu četnosti shodných informací z rozhovorů byly pro zkoumanou problematiku vytvořeny orientační grafy, které znázorňují výsledky našich dílčích cílů. Komentáře k těmto výsledkům jsou umístěny pod jednotlivými z nich.

Informant č. 1-7

Tabulka 8 Informant č. 1-7

Kategorie	Kódy trsu:	Dílčí cíle:	Otázky rozhovoru	Odpovědi respondentů:
ZAČÁTEK	Fáze	Dílčí otázka č. 1: V jaké fázi užívání se klienti na počátku kontaktu se zařízením nejvíce nachází?	č.20	Informant č. 1: Experiment škodlivé užívání. Informant č. 2: To samé (experiment škodlivé užívání). Informant č. 3: <i>druhý stupeň základní školy experiment a středoškoláci ...no tam já se nejčastěji setkávám experiment a nadměrný užívání. Ale já se nejčastěji asi setkávám-fáze experiment, nadměrný užívání</i>

				<p>Informant č. 4: <i>Spíše ve fázi experimentu. Když sem přicházejí, tak samozřejmě většina z nich jsou experimentátoři. Ale pak sem chodí teda i děcka, které jsou regulérně jako závislí</i></p> <p>Informant č. 5: <i>To je strašně individuální.. Někdy se setkáváme opravdu s experimentátorem...v některých případech se jedná o lidi, kteří už jsou zjevně závislí</i></p> <p>Informant č. 6: <i>experimentátoři tady-v dopoledním provozu by neměli být.... Dostávali by se do kontaktu s těma klientama, kteří už jsou závislí... klienti, se kterýma, když se o tom bavíme tak většina z nich už je.</i></p> <p>Informant č. 7: <i>...pak se jedná minimálně o škodlivé užívání</i></p>
INTERVENCE	Intervence jako činnost	Dílčí otázka č. 2: Jaký typ intervence je v zařízeních poskytující pomoc mimo jiné i mladistvým uživatelům návykových látek nejvíce využíván?	č. 12	<p>Informant č. 1: <i>...jednak poradenství.... když je to na místě, tak terapie...</i></p> <p>Informant č. 2: <i>V mém případě poradenská, ...klienty s nějakou závislostí, tak je to terapeutická intervence.</i></p> <p>Informant č. 3: <i>Děláme i terapie i volnočasové aktivity.... Jinak všechny činnosti terapeutická, poradenská, rehabilitační.</i></p> <p>Informant č. 4: <i>Takže terapeutická</i></p>

			<p>Informant č. 5: <i>jedná se hlavně teda o terapeutický programy... i substituční léčbu.</i></p> <p>Informant č. 6: <i>... nízkoprahovost a určitě jako poradenství</i></p> <p>Informant č. 7: <i>1) nízkoprahové, 2) poradenské, 3) terapeutické, 4) volnočasové.</i></p>
Efektivit a metod	Dílčí otázka č. 3: Jaké metody se pracovníkům s uživateli návykových látek jeví jako nejeftivnější a jaké jsou reálně využívány?	č. 15	<p>Informant č. 1: <i>Motivační rozhovory</i></p> <p>Informant č. 2: <i>Nemůžu posoudit</i></p> <p>Informant č. 3: <i>...individuální přístup, KBT čko</i></p> <p>Informant č. 4: <i>...metoda KBT</i></p> <p>Informant č. 5: <i>KBT je efektivní</i></p> <p>Informant č. 6: <i>Motivační rozhovory</i></p> <p>Informant č. 7: <i>Motivační rozhovory, poradenství</i></p>
Reálné metody		č. 13	<p>Informant č. 1: <i>Poradenství, motivační rozhovory a práce s kontraktem, práce s krátkým intervenčním programem.</i></p> <p>Informant č. 2: <i>nemůžu odpovědět.</i></p> <p>Informant č. 3: <i>má KBT výcvik, někteří jsou gestaltí. nejvíc je KBT-čko využíváné.</i></p> <p>Informant č. 4: <i>KBT... kolegyni</i></p>

			<p><i>z psychodynamiky, humanistické, gestaltu</i></p> <p>Informant č. 5: <i>U těch mladistvých pracovat s motivací</i></p> <p>Informant č. 6: <i>Používáme spíš motivační rozhovory.</i></p> <p>Informant č. 7: <i>zařízení momentálně nemá klienty mladší 18ti let</i></p>
Efektivit a terapií	<p>Dílčí otázka č. 4.:</p> <p>Jaké využívají pracovníci při své práci terapie a které z nich se jim jeví pro mladistvé uživatele jako nejefektivnější</p>	č. 18	<p>Informant č. 1: <i>individuální a pokud je to možné tak práce s rodinou</i></p> <p>Informant č. 2: <i>individuální a pokud je to možné, tak spolupráce s rodinou.</i></p> <p>Informant č. 3: <i>KBT čko, individuální přístup.</i></p> <p>Informant č. 4: <i>To je případ od případu. rodinná</i></p> <p>Informant č. 5: <i>...nejefektivnější bude samozřejmě léčba komunitní</i></p> <p>Informant č. 6: <i>Spíš individuální</i></p> <p>Informant č. 7: <i>Skupinová.</i></p>
Reálné terapie		č. 17	<p>Informant č. 1: <i>Individuální, mimořádně párovou</i></p> <p>Informant č. 2: <i>Nejvíc individuální a sem tam skupinovou</i></p>

			<p>Informant č. 3: Expresivní</p> <p>Informant č. 4: všechny typy terapie, teda kromě jako skupinové... individuální, partnerské, kombinace individuální, rodinou</p> <p>Informant č. 5: využívaná jak individuálně tak i skupinová terapie.</p> <p>Informant č. 6: terapie nevyužívám. Pokud je terapie využívána tak spíš individuální.</p> <p>Informant č. 7: Individuální.</p>
<p>Motivace x motivačn í rozhovor y</p>	<p>Dílčí otázka č. 5: Jak motivují pracovníci mladistvé klienty k léčbě závislosti?</p>	<p>č. 22 x č. 23</p>	<p>Informant č. 1: motivovaní jsou asi</p> <p>Informant č. 2: platí, tak jsou motivovaní.</p> <p>Informant č. 3: funguje způsob nezastrašovat... ale spíš hodně přes emoce, rozumový vysvětlení, rovný přístup.</p> <p>Informant č. 4: Maximálně jim takhle třeba vycházíme vstříc. Ten klient už přichází namotivovaný</p> <p>Informant č. 5: system nějakých motivačních rozhovorů, který jsou fajn</p> <p>Informant č. 6: Právě pomocí motivačních rozhovorů</p> <p>Informant č. 7: Motivačními rozhovory, plánování s klientem, stanovení cílů.</p>

				<p>X</p> <p>Informant č. 1: <i>Já ano.</i></p> <p>Informant č. 2: <i>Asi na začátku té práce ano</i></p> <p>Informant č.: 3: <i>S děckamane.</i></p> <p>Informant č. 4: <i>Samozřejmě.</i></p> <p>Informant č. 5: <i>V podstatě ano</i></p> <p>Informant č. 6: <i>Ano</i></p> <p>Informant č. 7: <i>Ano.</i></p>
VYHLÍ DKY	Resociali zace	Dílčí otázka č. 6: Jakým způsobem pomáhají zařízení klienty resocializovat a jak jsou schopni klienti v běžném životě fungovat?	č. 30	<p>Informant č. 1: : <i>spolupráce s úřadem práce, probační mediační službou, pomocí pracovního a dluhového poradenství. Pomocí sociální práce a právního poradenství.</i></p> <p>Informant č. 2: <i>...to je jejich problém</i></p> <p>Informant č. 3: <i>Tak doléčovací centrum</i></p> <p>Informant č. 4: <i>pokud řeší bydlení tak řešíme tohle. Pokud partnerské vztahy, tak pomáháme po této stránce. Klienti neradi komunikují z úřady apod., takže nabízíme jim i takovou pomoc.</i></p> <p>Informant č. 5: <i>Zprostředkováním kontaktu.</i></p> <p>Informant č. 6: <i>v hledání bydlení, v hledání zaměstnání, v řešení právních záležitostí, pokud mají třeba nějaké exekuce, soudní</i></p>

				<p><i>záležitosti.</i></p> <p>Informant č. 7: Poradenství, asistenční služba, mediace, pomoc při hledání zaměstnání, ubytování, apod...</p>
	Fungování klientů		č. 29	Informant č. 1: ...dokážou fungovat v běžném životě.
	X		č. 32	Informant č. 2: Někdy ano.
	aktivity			<p>Informant č. 3: Někteří klienti se sem vrací na pravidelný setkání o některých už neslyšíte. Ale nemusí to být jenom relapsem...nechcou už dál tu minulost řešit</p> <p>Informant č. 4: Asi dobře ale nesledujeme je.</p> <p>Informant č. 5: Jinak ten potenciál samostatného života po komplexně proběhlé léčbě většinou není moc velkéj.</p> <p>Informant č. 6: Stává se to, vím, že takoví klienti tady jsou.</p> <p>Informant č. 7: Většinou ne.</p>
				X
				Informant č. 1: Čili závislost může nahradit jinou závislostí, ale bohužel což je volnočasová aktivita, ale nejčastěji se asi jedná o sportovní aktivity
				Informant č. 2: To netuším.
				Informant č. 3: Takže se vrací třeba

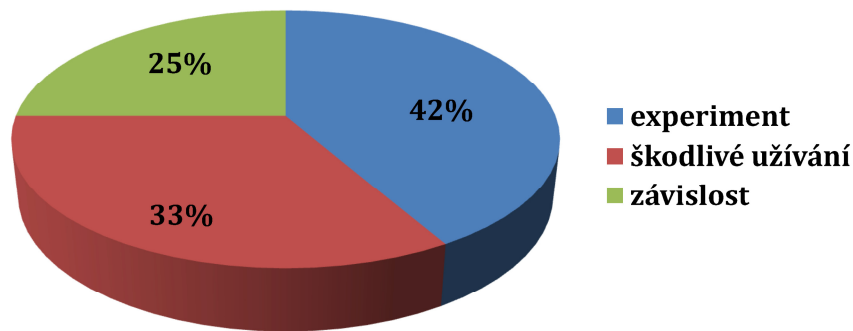
				<p><i>k sportům který dělali, k focení, k zájmům, který dřív měli individuální. Hodně se snaží rozšířit si i vzdělání.</i></p> <p>Informant č. 4: <i>Většinou chodí na procházky, plavat. Záleží od klienta co má a nemá rád.</i></p> <p>Informant č. 5: <i>souběžně s tím se klienti už věnují svým aktivitám, a jaké aktivity tvoří, to záleží na jejich preferencích.</i></p> <p>Informant č. 6: <i>Těžko říct.</i></p> <p>Informant č. 7: <i>Netuším</i></p>
--	--	--	--	--

8.1 Interpretace výsledků

ZAČÁTEK

Cílem dílčí otázky č. 1 bylo zjistit: **V jaké fázi užívání se klienti na počátku kontaktu se zařízením nejvíce nachází?** Jak už bylo zmíněno výše, byla tato otázka přidělena ke kategorii začátek. Toto zjištění je pro zkoumanou problematiku důležité z toho důvodu, že nám umožňuje zvolit vhodný typ intervence. Na základě analýzy rozhovorů jsme se dobrali k těmto výsledkům.

V jaké fázi užívání se klienti na počátku kontaktu se zařízením nejvíce nachází?



Graf 1: Fáze užívání

Z výzkumného vzorku 7 dotazovaných respondentů vyšlo, že na počátku léčby se nachází nejvíce jedinců ve fázi experimentu- 42%, 33% jedinců ve fázi škodlivého užívání a 25% mladistvých jedinců ve fázi závislosti. Pokud se vrátíme k teoretickým poznatkům v první části naší práce, procenta experimentátorů odpovídají vývojovým aspektům jedince. Kdy v období adolescence vzniká touha zkusit něco jiného, být nezávislý případně být někam zařazen, patřit někam.

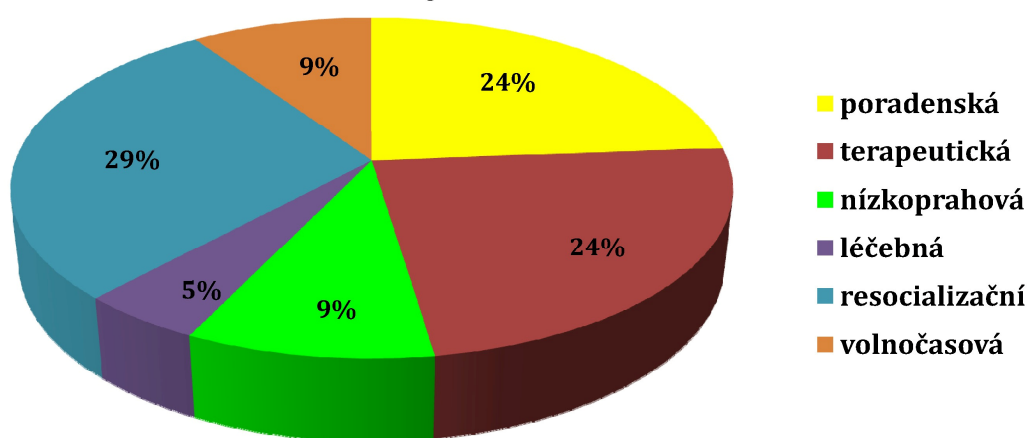
INTERVENCE

Kategorie intervence tvoří jádro našeho výzkumu. Cílem této kategorie bylo zjistit možnosti intervence nejenom v obecné rovině, ale prostřednictvím odpovědí na dílčí otázky najít a zjistit jaký typ intervence je mladistvým uživatelům poskytován, jaké metody a terapie se dotazovaným pracovníkům jeví jako nejefektivnější a jaké jsou naopak reálně při práci s mladistvými využívány a v neposlední řadě jak probíhá motivace těchto jedinců. Abychom se dobrali nějakého cíle, byly stanoveny čtyři dílčí otázky č. 2-5, na které jsme hledali odpovědi prostřednictvím otázek z rozhovoru č. 12,13,15,17,18, 22 a 23. Tímto jsme došli k následujícím závěrům:

Cílem dílčí otázky č. 2 bylo zjistit: **Jaký typ intervence je v zařízeních poskytující pomoc mimo jiné i mladistvým uživatelům návykových látek nejvíce využíván?** Ke zjištění odpovědi na tuto otázku nám pomohla položka z rozhovoru č. 12: ***Jaký typ intervence se ve Vašem zařízení nejvíce užívá?***(vzhledem ke konceptu mé práce rozdělení

intervence podle činnosti: terapeutické, poradenské, nízkoprahové, volnočasové činnosti apod.). Vzhledem k rozdělení intervence již v teoretické části z pohledů činností, jsme se z rozhovoru snažili vybrat informace, které by mohlo být na tento typ dělení intervence aplikován. Na základě vyhodnocení podstatných informací z rozhovoru, jsme se dobrali k těmto výsledkům:

Jaký typ intervence je v zařízeních poskytující pomoc mimo jiné i mladistvým uživatelům návykových látek nejvíce využíván?



Graf 2: Typ intervence

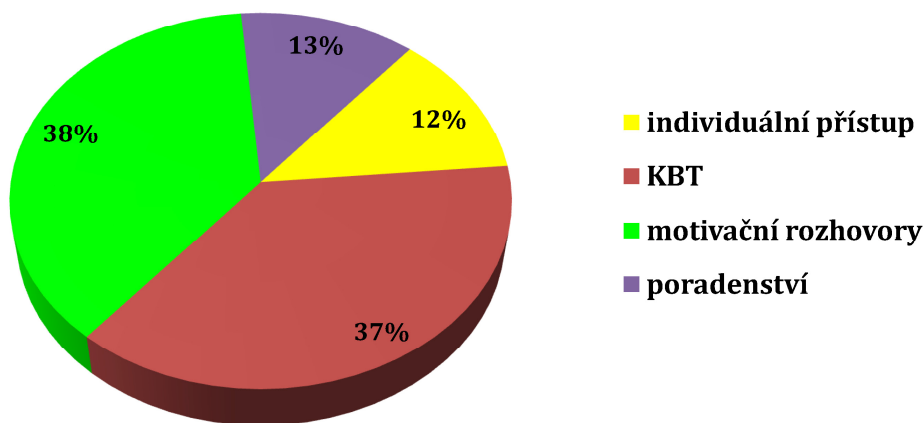
Jak můžeme vidět, nejvíce je zastoupena činnost resocializační. Toto číslo je uvedeno na základě dílčí otázky č. 6, která se týkala resocializace, přesněji jak pomáhají zařízení klienty resocializovat. Až na jednoho respondenta se všechna zařízení snaží nějakým způsobem přispět k resocializaci klientů. Výchovně vzdělávací činnost se v grafu neobjevuje vůbec, jelikož ani jeden z respondentů nezmínil, že by taková činnost byla vykonávána. Co se týká rovnocenného zastoupení poradenské a terapeutické činnosti, je krásně vidět a jenom se nám potvrzuje myšlenka v teoretické části práce, že některé z činností zařízení nelze úplně izolovat, ale prostupují vzájemně do jiných typů intervence a ovlivňují se: „*Tak jednak poradenství v té základní rovině a potom když je to na místě tak terapie- kognitivně behaviorální terapie.*“

Cílem dílčí otázky č. 3 bylo zjistit: **Jaké metody se pracovníkům s uživateli návykových látek jeví jako nejefektivnější a jaké jsou reálně využívány?** K zjištění

odpovědi jsme se dobrali prostřednictvím otázek č. 15 a 13. Kdy otázka č. 15 byla zaměřena na efektivitu: *Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u mladistvých uživatelů?* A otázka č. 13 se týkala reálně využitých metod: *Jaké metody jsou ve Vašem pracovišti nejvíce využívány pro práci s mladistvými uživateli?* Na základě podstatných informací z rozhovoru jsme se dostali k těmto výsledkům.

Jaké metody se pracovníkům s uživateli návykových látek jeví jako nejefektivnější a jaké jsou reálně využívány?

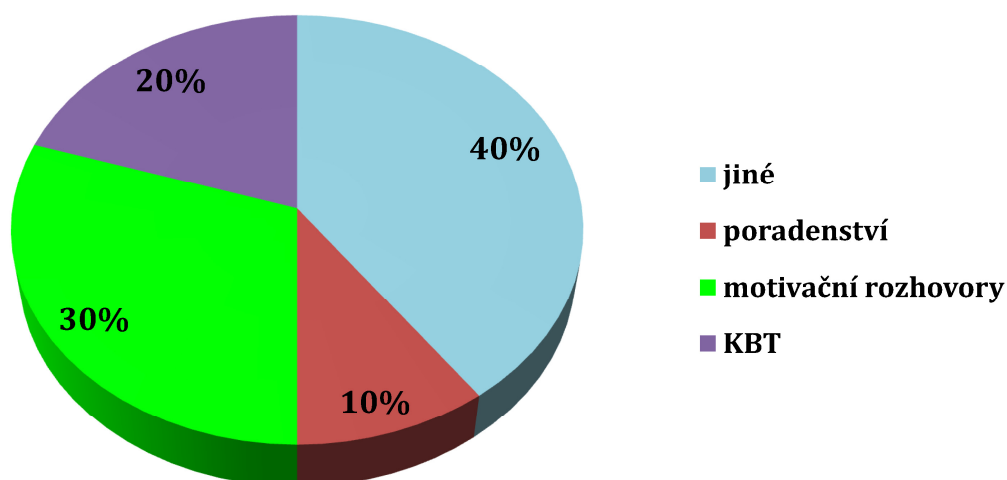
EFEKTIVITA



Graf 3: Efektivita metod

Z výsledku grafu můžeme vidět, že jako pracovníky nejčastěji uváděnou metodu z pohledu efektivity jsou motivační rozhovory. Ze 7 dotazovaných respondentů uvedli tři respondenti metodu motivačních rozhovorů a tři KBT, ale jelikož odpověď jednoho z respondentů byla: „Nemůžu posoudit,“ tak je výsledek motivačních rozhovorů a KBT zkreslený o 1%. Tyto dvě metody co do počtu respondentů můžeme z pohledu efektivity uvést jako rovnocenné.

REÁLNÉ POUŽITÍ

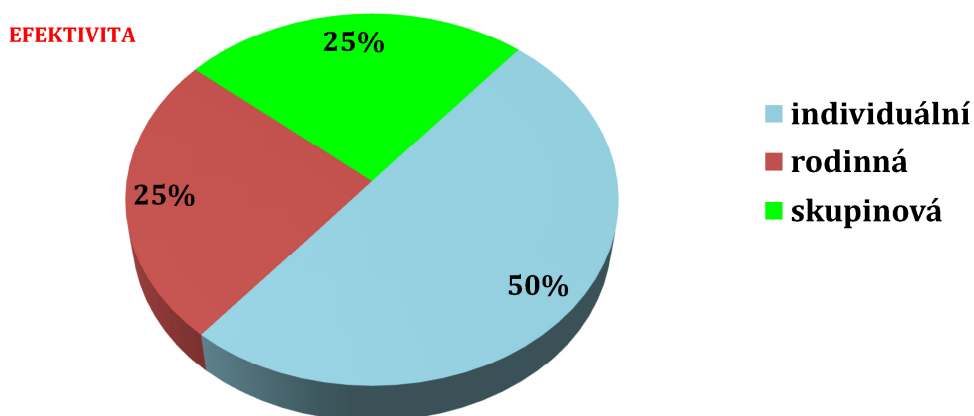


Graf 4: Reálné využití metod

Z výsledků grafu můžeme vidět srovnání efektivitu a reálně využívaných metod při léčbě mladistvých uživatelů. Ačkoli 37 % respondentů uvedlo, že KBT se jim jeví jako nejefektivnější, má tato metoda v našem grafu pouze 20% zastoupení. Nejvyšší zastoupení mají jiné metody jako třeba práce s kontraktem, krátkým intervenčním programem, gestalt, humanistická psychoterapie apod.

Cílem dílčí výzkumné otázky č. 4 bylo zjistit: **Jaké využívají pracovníci při své práci terapie a které z nich se jim jeví pro mladistvé uživatele jako nejefektivnější?** K zjištění odpovědi jsme se dobrali prostřednictvím otázek č. 17 a 18. Kdy otázka č. 18 byla zaměřena na efektivitu: *Která se z Vašeho pohledu pro mladistvé uživatele jeví jako nejefektivnější?* A otázka č. 17 se týkala reálně využívaných terapií: *Využíváte terapie? Pokud ano, kterou?* Na základě podstatných informací z rozhovoru jsme se dostali k těmto výsledkům.

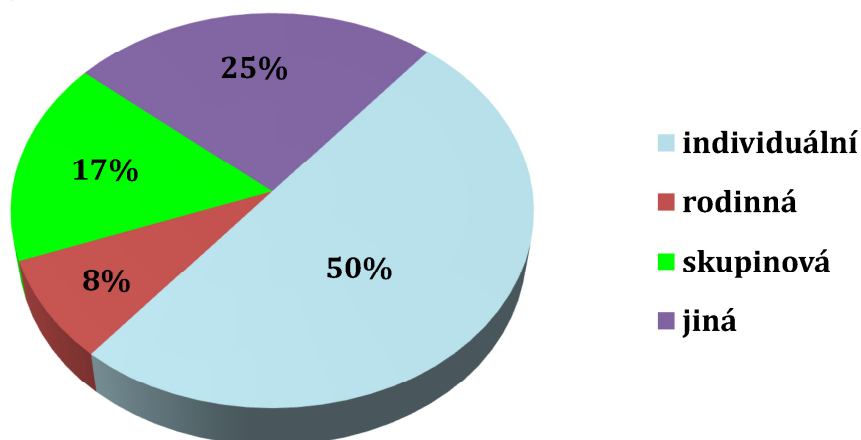
Jaké využívají pracovníci při své práci terapie a které z nich se jim jeví pro mladistvé uživatele jako nejefektivnější?



Graf 5: Efektivita terapií

Z výsledku grafu můžeme vidět, že jako pracovníky nejčastěji uváděnou terapií z pohledu efektivity je terapie individuální 50% rovnocenně je zastoupena terapie rodinná a skupinová. Někteří z respondentů uváděli ve své odpovědi současně jako efektivní dva druhy terapie. Proto jsme je museli do grafu zahrnout obě viz.: „*To samé. (individuální, a pokud je to možné tak práce s rodinou.*“)

REÁLNÉ VYUŽITÍ



Graf 6: Reálné využití terapií

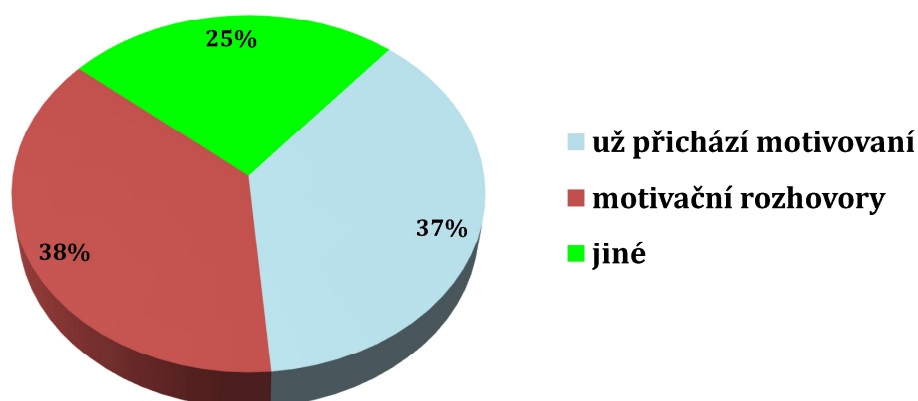
Reálné využití terapií je třeba brát velmi orientačně, jelikož využití terapií u mladistvých uživatelů návykových látek je velmi individuální, často také dochází ke kombinování těchto terapií. Nicméně odpověď jednoho z respondentů na otázku v kontextu s mladistvými uživateli: „Využíváte terapie? Pokud ano, kterou?“, zněla: „Co se týče těch uživatelů nealkoholových návykových látek tak tam spíš ta individuální terapie.“, což nám jenom potvrzuje 50% výsledek grafu. Do kategorie jiné, která tu má 25 % zastoupení byly zařazeny odpovědi typu: „terapie nevyužívám“ a také jiné typy terapií jako jsou expresivní terapie.

V tomto případě se při porovnání grafu efektivity a reálně využitých terapií výsledky shodují. Tento výsledek nám jenom potvrzuje nutnost individuálního přístupu k mladistvým uživatelům návykových látek, o kterém jsme hovořili v průběhu teoretické části práce.

Cílem dílčí výzkumné otázky č. 5 bylo zjistit: **Jak motivují pracovníci mladistvé klienty k léčbě závislosti?** K zjištění odpovědi jsme dospěli prostřednictvím otázek č. 22: „**Jak motivujete své klienty v léčbě závislosti?**“ a 23. Otázka č. 23 se ptá na využití motivačních rozhovorů v léčbě závislosti. Tato otázka byla zvolena záměrně, abychom si ověřili, jestli pracovníci využívají motivačních rozhovorů, které by, jak uvádí Vodáčková a kol. (2012) měli být základním prostředkem motivace. Na základě informací z rozhovoru jsme se dostali k těmto výsledkům.

Jak motivují pracovníci mladistvé klienty k léčbě závislosti?

MOTIVACE KLIENTŮ

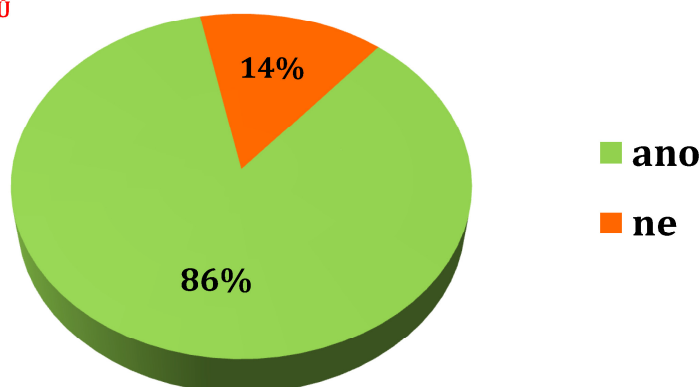


Graf 7: Motivace klientů

Na základě zpracovaných rozhovorů jsme zjistili, že klienti z 37 % namotivovaní do zařízení přichází. Ze strany pracovníků se potom motivace děje prostřednictvím motivačních rozhovorů.

Kategorií „jiné“ je myšlena jiná podpora v léčbě sloužící jako motivace, kterou jak uvedli někteří respondenti je prostřednictvím stanovení cílů, plánování s klientem, vytvořením terapeutického vztahu apod. Jeden z respondentů uvedl v případě mladistvých: „*způsob nezastrašovat. Nefunguje takový. „Může se ti stát...“ „Podívej se, jak to dopadá...“*

VYUŽITÍ MOTIVAČNÍCH ROZHOVORŮ



Graf 8: Využití motivačních rozhovorů

Ze sedmi dotazovaných respondentů odpovědělo 6, že motivační rozhovory využívá, s tím, že jeden respondent se vyjádřil, že motivační rozhovory nevyužívá s cílem udržet jedince při práci: *“ale ne s cílem udržet ho při té práci, spíš jenom mu vysvětlit ten systém té práce.”* Nicméně byl zahrnut do kategorie ano. Motivačních rozhovorů nevyužívá zcela vůbec jenom jeden informant.

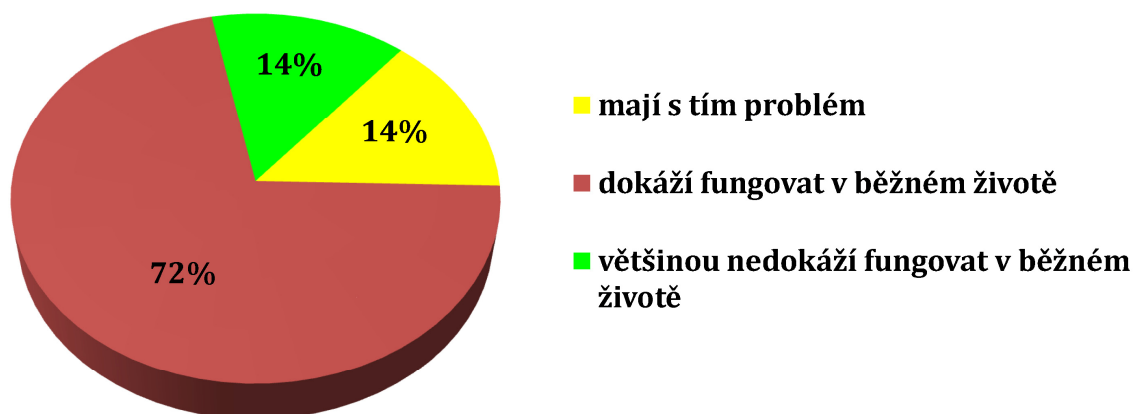
VYHLÍDKY

Název závěrečné kategorie a vůbec její zařazení do této práce byl zvolen nejen z důvodu, že resocializace jako taková je také součástí intervence, ale jedná se o velmi důležitý krok, který po léčbě následuje. Jak bylo v obměnách řečeno několika respondenty: *„Není vyléčen...není nikdy nikdo“* Zásahy a kroky, které jsou u klientů během léčby používány, vedou k dosažení trvalé abstinence. Proto resocializace klientů nesmí být podceňována, jelikož takového jedince musíme naučit fungovat v běžném životě (*„Oni ani neví, co to volný čas je.“*) bez potřeby opětovné recidivy.

Reprezentantem této kategorie je dílčí výzkumná otázka č. 6: **Jakým způsobem pomáhají zařízení klienty resocializovat a jak jsou schopni klienti v běžném životě fungovat?** Odpověď se nám podařilo získat na základě hned několika položených otázek. Otázky č. 30, která se týkala přímo otázky resocializace: *Jakým způsobem pomáháte klienty resocializovat?* Otázky č. 29 a č. 33. Tato dvojice otázek byla zaměřena na fungování klientů v běžném životě. Č. 29: *Jak jsou schopni Vaši klienti po léčbě fungovat v běžném životě?* Č. 32: *Jak tráví klienti po absolvování léčby svůj volný čas?* Na základě vybraných informací z rozhovoru jsme se dostali k těmto výsledkům:

Jakým způsobem pomáhají zařízení klienty resocializovat a jak jsou schopni klienti v běžném životě fungovat?

BĚŽNÝ ŽIVOT KLIENTA

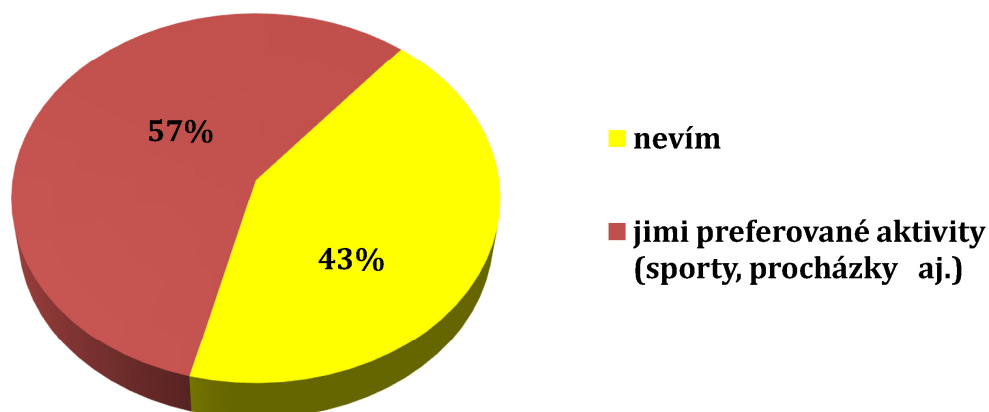


Graf 9: Běžný život klienta

Graf č. 9 vypovídá o schopnostech fungování klientů v běžném životě, přesněji jestli o tom mají pracovníci povědomí. Vzhledem k tomu, že se jednalo o respondenty převážně z anonymních služeb, většinou tito pracovníci klienty nesledují: *„Po léčbě klienty nesledujeme. A vzhledem k tomu, že je to anonymní služba a my ty klienty nemáme jak dohledat. A ani by jsme to nedělali.“* Někteří klienti však o sobě dávají vědět: *„Někteří klienti se sem vrací na pravidelný setkání třeba vánoční s partnerem, rodinou s miminkama...“* tak byli pracovníci schopni právě základě povědomí od těchto klientů odpovědět na otázku, jestli jsou schopni klienti v běžném životě fungovat. Tímto výsledkem bychom vlastně mohli

i zhodnotit 72% úspěšnost léčby, což je ovšem velmi nadnesené vzhledem k tomu, že klienti dále sledování nejsou.

TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU



Graf 10: Volný čas klientů

Odpovědi respondentů na trávení volného času klientů také úzce souvisí s povědomím o těchto klientech. Procentuální zastoupení v grafu č. 10 vychází na základě povědomí o klientech, kteří se sami dobrovolně přijdou ukázat do zařízení: *„o některých už neslyšíte, že se třeba ukazují dva tři roky po tom, co ukončili léčbu a pak se přestanou kontaktovat. Ale nemusí to být jenom relapsem nebo jiným návratem ale může to být i tím že třeba nechcou už dál tu minulost řešit, mají to uzavřený a pokračují životem jinak, takže.“*
„Ale vím, že jakoby snaží se začlenit nazpátek k věcem, který dělali dřív.“

Co se týká **způsobu resocializace** ze strany zařízení, nebylo možné vytvořit graf, který by měl nějakou výpovědní hodnotu, jelikož odpovědi respondentů byly značně různorodé. Proto jsme se rozhodli zvolit formu výčtu resocializačních aktivit ze strany zařízení. Jedná se o poradenství v oblasti partnerských vztahů, bydlení, dluhového a právního poradenství, pomoc při komunikaci s úřady. *„Záleží, co klienti řeší, pokud řeší bydlení tak řešíme tohle. Pokud partnerské vztahy, tak pomáháme po této stránce. Klienti neradi komunikují z úřady apod., takže nabízíme jim i takovou pomoc.“*

Diskuze

Cílem praktické části diplomové práce bylo zmapovat možnosti intervence u mladistvých uživatelů nealkoholových návykových a psychotropních látek. Abychom předešli fádňimu výčtu možností intervencí, byla zvolena cesta formou odpovědí na 6 stanovených dílčích otázek. První z nich se týkala fáze užívání návykových látek mladistvými, na základě které se poskytnutí pomoci odvíjí a byla tedy příznačně přiřazena do kategorie s názvem **začátek**. Prostřednictvím rozhovorů s pracovníky služeb určených nejen mladistvým uživatelům a následným vyhodnocením jsme dospěli ke zjištění, že nejvíce uživatelů, kteří vyhledají pomoc, se nachází ve fázi experimentu. Tato zjištění není tak překvapivé, vzhledem k vývojovým aspektům a potřebám v období dospívání. Vzpomeňme si, případně se vraťme k teoretické části této práce, kde nám nejrůznější autoři poskytovali různé náhledy na problematiku příčin užívání návykových látek ať už vlivem referenčních skupin, vytvářením individuality spojenou se separací od rodiny, rodinou jako základní sociální skupinou, případně motivací. Jak ale uvedl Pickens a kol.(1991 in Eliot; Place, 2002), nelze příčiny užívání návykových látek zobecňovat například jen na vliv rodiny a nízký socioekonomický status. Tuto myšlenku nám také potvrdili respondenti, kteří na otázku v rozhovoru: „Jaký je z vašeho, pohledu největší předpoklad užívání návykových látek z vývojového a sociokulturního hlediska?“ odpovídali: „*Důvod prvního experimentu je z 90% procent, co já vím je prostě vliv okolí a zvědavost. Nemyslím si, že je úplně pravidlo, že děcka s nízkých sociokulturním statusem budou mít tuto tendenci.*“ Další velkou kategorií, která tvoří jádro celého výzkumu, byla **vlastní poskytovaná intervence**. Této kategorii byly přiděleny 4 výzkumné otázky. První se týkala poskytovaného typu intervence. Další dvě pak podrobněji metod a terapií, kdy byly srovnávány dva pohledy efektivity a reálného využití. Poslední dílčí otázkou byla motivace těchto klientů v léčbě. Nejvyšší zastoupení týkající se typu poskytované intervence měla resocializace. Kdy většina zařízení/služeb má snahu, aby se tito jedinci dokázali znovu včlenit do společnosti. Tyto snahy spočívají ať už v malé pomoci formou zprostředkování kontaktu nebo případně řešením bydlení, zaměstnání, pomoci jednat s úřady apod. Jestliže nám z výsledků grafu vyplynulo, že 37% klientů přichází motivovaných, je vidět, že snaha těchto klientů ke změně svého života opravdu je. Iniciativu klientů jsme mohli vyhodnotit z odpovědí respondentů na otázku: Na základě čeho klienti pracovníky nejčastěji kontaktují? Odpovědi na tyto otázky byly převážně typu: „*Klienti k nám přicházejí fakt jako, že si nás najdou na internetu, jo, že už cíleně jdou. Nebo chtěou něco*

dělat, jsou motivováni no.“ Tyto iniciativy klienta může resocializace a snahy pracovníků pomoci se znovu-začlenit jenom podpořit. Shodná procenta v grafu pak obsahovala terapeutická a poradenská intervence. Jak už bylo zmíněno na několika místech práce, činnosti poskytované zařízeními nelze úplně izolovat a právě poradenská činnost jde často ruku v ruce s terapeutickou. Dalšími dvěma výzkumnými otázkami spadající do kategorie intervence bylo mapování metod a terapií poskytované ze strany pracovníků zařízení a srovnání s jejich efektivitou. Co se týká metod, bylo cílem zjistit, jestli je v zařízeních používána metoda KBT, která je odbornými prameny uváděna jako nejčastěji užívaným prostředkem léčby. To se nám ovšem nepotvrdilo. Ačkoli pracovníci vnímají metodu KBT jako jednu z nejeftivnějších při práci s mládeží, reálná situace mluví jasně. V grafu má tato metoda pouze 20 % zastoupení. Domníváme se, že se tak děje z toho důvodu, že většina terapeutů nemá patřičné vzdělání v tomto typu terapie. Na otázku v rozhovoru o absolvování typů výcviků pro práci s mladistvými odpověděli pouze dva respondenti, že mají výcvik v kognitivně behaviorální terapii. Z toho jeden jej teprve dokončuje. (*„Budu na podzim končit výcvik kognitivně-behaviorální psychoterapie“*). U poskytování terapií bylo cílem ověřit získané poznatky ze studia odborné literatury uvedené v teoretické části práce, která uvádí jako nejvhodnější pro práci s mladistvými individuální přístup. Pokud porovnáme výsledek efektivit a reálně využívaných typů terapie u mladistvých uživatelů, jsou shodné ve prospěch individuální terapie. Poslední a z našeho pohledu nejdůležitější kategorií jsou **vyhlídky**. Nejdůležitější z toho důvodu, že i když pacient absolvuje léčbu, nemá zdaleka vyhráno. Jak uvedl jeden z respondentů v rozhovoru: *„Není vyléčen... není nikdy nikdo. Jo, to je jenom abstinující člověk a riziko recidivy je vždycky*. Proto by se z našeho pohledu měla také intervence věnovat technikám zvládnání relapsu a bažení. Dotázaní respondenti většinou uváděli, že své klienty po léčbě nesledují, proto ani nemají povědomí o tom, jak se jedincům podařilo začlenit a fungovat v běžné společnosti. Vyhodnocení trávení volného času a resocializace klientů v grafech vyplývá z informací jedinců, kteří se sami dobrovolně přicházejí ukázat do zařízení, a tudíž mohou být i značně zkreslené a tím nezobecnitelné na širší populaci těchto uživatelů. Nicméně z výsledků zkoumání vyšla pozitivní čísla ve prospěch intervenčních snah zařízení a to 72 % schopnost fungování klientů v běžném životě.

Závěr

Problematika návykových látek a drogové závislosti se dotýká celé společnosti. Ať už jste „jen“ rodič, který si doma otevře pivo, nebo sourozenec, který si s kamarády zapálí u kávy cigaretu. Je však velmi důležité, abychom dokázali vymezit hranice a ty také svým potomkům vysvětlili. Dnešní společnost má však tendence tyto hranice posouvat. Čím dál více mladistvých experimentuje s návykovou látkou a dokonce dle slov jednoho s respondentů má patnáctiletý teenager za sebou i několik experimentů. Proč se tak děje? Na to si položíme otázku my všichni. Jestli dostatečně výchovně působíme každý svým chováním na budoucí jednání našich mladistvých nebo jestli posouváme hranice normality tam, kde to jedinci opravdu může škodit a následně i celé společnosti? Cílem této práce není podsouvat normy chování, ale možná se na základě jejich výsledků zamyslet, jaké úsilí by se dalo vynaložit, aby už tak mladí jedinci nemuseli, případně nebyli nuceni, pomoc těchto institucí vyhledávat. V teoretické části této práce jsme se snažili zmapovat možnosti intervence obecně a vývojové aspekty a potřeby jedince, které mohou mít vliv na vyhledání tohoto typu pomoci. V praktické části práce jsme se tyto poznatky snažili propojit a hlouběji postihnout problematiku možností intervence u mladistvých a její efektivitu stanovením dílčích výzkumných otázek. Při realizaci a následném vyhodnocení výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce adolescentů vyhledávající pomoc kontaktovaných zařízení se nachází ve fázi experimentu. Pomoc těchto zařízení spočívá v intervenčních snahách prostřednictvím poskytování nejrůznějších terapií, kdy nejčastěji využívanou terapií je terapie individuální která se pracovníkům jeví současně i jako nejefektivnější a prostřednictvím poskytování metod, přesto že nejefektivnější se jeví KBT, pracovníci nejsou v tomhle směru dostatečně vzdělání, a proto využívají jiné možnosti intervence jako je například práce s krátkým intervenčním programem kontraktem apod. Rovnocenně z efektivitou KBT hodnotili také pracovníci jako jednu z metod motivační rozhovory, což potvrdil 80% výsledek využívanosti ze strany pracovníků. Intervenční snahy pracovníků tedy nepadají na neúrodnou půdu, což dokazuje procentuální úspěšnost fungování klientů v běžném životě. Věříme, že tento výsledek bude nejen přínosem zájemcům o tuhle problematiku ale také motivací pro pracovníky tohoto typu pomáhajících profesí, že jejich snahy nejsou zbytečné.

Seznam použité literatury

1. "Dokážu to?" - londýnské zkušenosti: práce s uživateli návykových látek v Londýně. Vyd. 1. Editor Michal Růžička, Edmund Wittmann. Olomouc: P-centrum, 2012, 1 CD-ROM. ISBN 978-80-260-2291-6.
2. AL, S. Nolen-Hoeksema ... [et a Z anglického originálu přeložila Hana ANTONÍNOVÁ]. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál 2012. ISBN 978-802-6200-833.
3. CAKIRPALOGLU, Panajotis a Maurice PLACE. *Úvod do psychologie osobnosti: prevence, příčiny, terapie*. Vyd. 1. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Grada, 2012, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4740-331.
4. ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vyd. Praha: Nakladatel Jan Šabata, 2000, 141 s. ISBN 80-723-9060-0.
5. ELLIOT, Julian a Maurice PLACE. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 206 s. Psyché (GradaPublishing). ISBN 8024701820.
6. HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. *Pedagogicko-psychologické poradenství I: vybrané problémy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2005, 207 s. ISBN 80-729-0215-6.
7. HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 133 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
8. HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-807-3674-045
9. HUTYROVÁ, M., BOĐOVÁ, V., RŮŽIČKA, M. *Možnosti intervence u osob se specifickými poruchami chování a poruchami chování I*. Olomouc: VUP, 2012.
10. HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKA, M., SPĚVÁČEK, J. *Úvod do speciální pedagogiky osob s psychosociálním ohrožením a narušením*. Olomouc: VUP, 2011
11. JURKOVIČOVÁ, P.; REGEC, V. 08-01 Úvod do speciálněpedagogického poradenství, 2013.
12. KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Vyd. 1. Editor Michal Růžička, Edmund Wittmann. Praha: Grada, 2008, 394 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4724-492.
13. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.

14. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie: práce s uživateli návykových látek v Londýně*. 1. vyd. Editor Michal Růžička, Edmund Wittmann. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.
15. KERN, Hans a Maurice PLACE. *Přehled psychologie: prevence, příčiny, terapie*. Vyd. 3. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Portál, 2006, 287 s. Psyché (GradaPublishing). ISBN 80-736-7121-2.
16. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-717-8657-8.
17. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
18. LANGMEIER, Josef. *Dětská psychoterapie*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Portál, 2000, 431 s. ISBN 80-717-8381-1.
19. MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 80-717-8747-7.
20. MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 335 p. ISBN 80-717-8226-2.
21. MICHALÍK, Jan. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008, 142 s. ISBN 978-809-0365-827.
22. MILLER, William Ross a Stephen ROLLNICK. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vyd. v českém jazyce. Překlad Petra Vrtbovská. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. ISBN 80-866-2009-3.
23. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
24. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy léčby]*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-807-3672-676.
25. NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 9788073675097.
26. PLEVOVÁ, Irena. *Kapitoly z vývojové psychologie: dětství a dospívání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 57 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1412-0.

27. ROTGERS, Frederick a Maurice PLACE. *Léčba drogových závislostí: prevence, příčiny, terapie*. Vyd. 1. Překlad Martin Hajný, Magdalena Sláchalová. Praha: Grada, 1999, 260 s. Psyché (GradaPublishing). ISBN 80-716-9836-9
28. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024717333.
29. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie: dětství a dospívání*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 978-80-244-2433-0.
30. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a Z anglického originálu přeložila Hana ANTONÍNOVÁ]. *Poznávání duševního života člověka*. 4., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 127 s. ISBN 978-802-4429-779.
31. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
32. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Vyd. 1. Editor Petr Nevšímal. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007, 317 s. ISBN 978-80-254-3331-7.
33. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8214-9.
34. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Brno: Nakladatel Jan Šabata, 2012, 377 s. ISBN 978-802-4621-531.
36. VAŠEK, Š. 1985. Prevence. In: VAŠEK, Š. a kol. *Speciální pedagogika. Terminologický a výkladový slovník*. 2.vyd. Bratislava: SPN, s. 181. ISBN 8008008644
37. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence-krize v životě člověka*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012, 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.
38. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie: práce s uživateli návykových látek v Londýně*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Editor Michal Růžička, Edmund Wittmann. Praha: Grada, 2010, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-670.

Legislativní dokumenty:

1. Novela zákon č. 106/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2013-28-02]. Dostupné z https://osha.europa.eu/fop/czech-republic/cs/legislation/files/106_2011.pdf
2. Předpis 467/2009 Sb., Nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů předpisů [online]. [cit. 2013-28-02]. Dostupné z <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=467&r=2009>
3. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních[online]. [cit. 2013-04-05].Dostupné z<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>
4. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)[online]. [cit. 2013-04-05].Dostupné z <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>
5. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit. 2013-04-05].Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.
6. Zákon č.167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů [online]. [cit.2013-02-28].Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakon-c-sb_1965_1051_3.html

Internetové zdroje:

1. Abstinenčně orientovaná léčba. In: Výroční zpráva za rok 2005: stav drogové problematiky v Evropě [online]. [cit. 2013-05-11]. Dostupné z: <http://ar2005.emcdda.europa.eu/cs/page076-cs.html>
2. Abúzus návykových látek. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): WikimediaFoundation, 2001- [cit. 2013-04-04]. Dostupné z:http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ab%C3%BAzus_n%C3%A1vykov%C3%BDch_l%C3%A1tek
3. KOCHÁNKOVÁ, PH.D. Základy toxikologie a ekologie. Praha. [online]. [cit. 2013-02-28]Dostupné z: http://www.vscht.cz/uchop/udalosti/skripta-new/toxeko/zaklady_toxikologie_a_ekologie_2012_12.pdf. Skripta. Vysoká škola chemicko-technologická v Praze.

4. Mezinárodní klasifikace nemocí- 10 revize: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) [online]. [cit. 2013-03-09]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>.)
5. Ošetrovatelství: lékařské diagnózy. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [online]. Vyd. 1. [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=61>
6. P-centrum. P-centrum: prevence, podpora, poradenství [online]. [cit. 2013-05-09]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/>
7. PhDr. Radimecký, J. Ph.D., MSc. Léčba a následná péče. Adiktologie [online]. [cit. 2013-04-05]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/90/200/>
8. Rozhodla jsem se léčit: Výpověď dívky závislé na drogách. In: Substituční léčba [online]. [cit. 2013-06-18]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/video/rozhodla-jsem-se-lecit-vypoved-divky-zavisle-na-drogach-275>

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Tabulka 1 Informant č. 1

Tabulka 2 Informant č. 2

Tabulka 3 Informant č. 3

Tabulka 4 Informant č. 4

Tabulka 5 Informant č. 5

Tabulka 6 Informant č. 6

Tabulka 7 Informant č. 7

Tabulka 8 Informant č. 8

Graf 1: Fáze užívání

Graf 2: Typ intervence

Graf 3: Efektivita metod

Graf 4: Reálné využití metod

Graf 5: Efektivita terapií

Graf 6: Reálné využití terapií

Graf 7: Motivace klientů

Graf 8: Využití motivačních rozhovorů

Graf 9: Běžný život klienta

Graf 10: Volný čas klientů

SEZNAM ZKRATEK

PPP- Pedagogicko psychologická poradna

SVP- Středisko výchovné péče

TK- Terapeutická komunita

OSPOD- Orgán sociálně právní ochrany dítěte

HR- Harm reduction

KBT- kognitivně behaviorální terapie

SUR- Skála, Urban, Rubeš. Sebezkušenostní výcvik v psychoterapii

NL- Návykové látky

BT- Behaviorální terapie

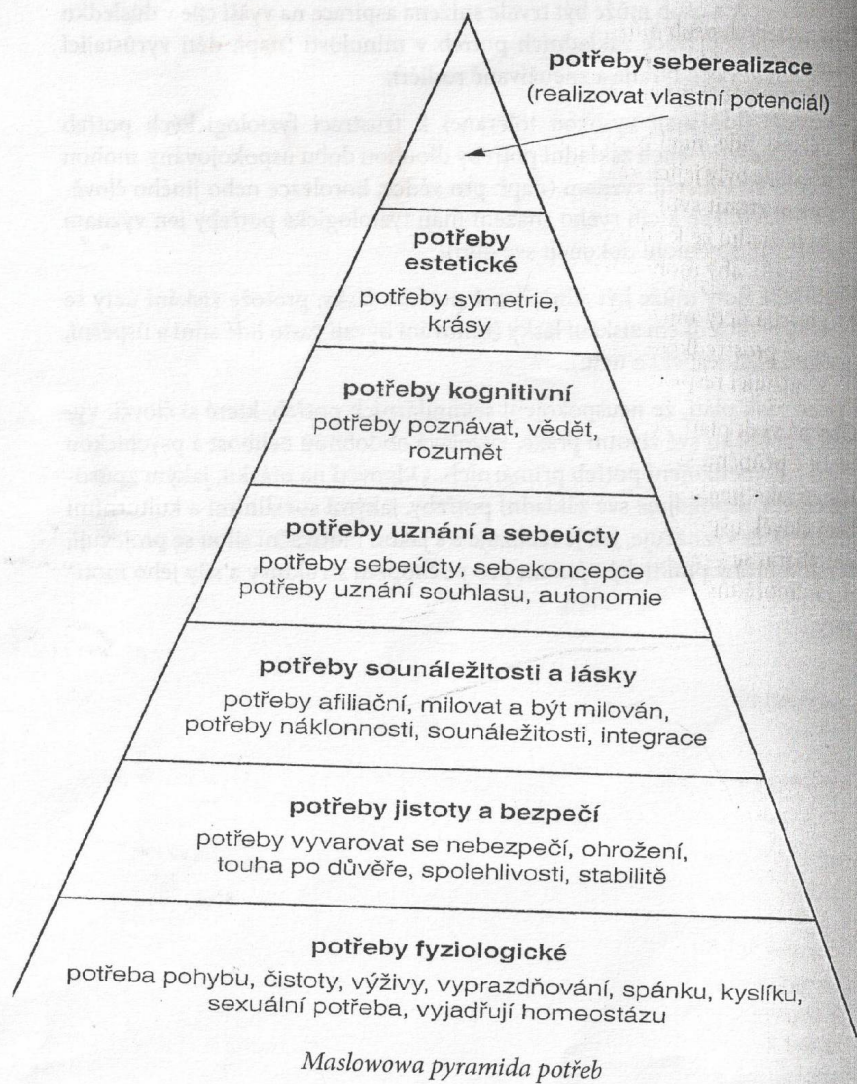
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Maslowova pyramida potřeb dle Šimíčkové-Čížkové (2010)

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 3: Otázky pro interwiev

Příloha č. 4: Přepisy rozhovorů



Informovaný souhlas

Účel: Diplomová práce- Možnosti intervence u mladistvých zneužívající nealkoholové návykové a psychotropní látky.

Období realizace:

Autor diplomové práce: Pavlína Martinková (studentka V. Ročníku Univerzity Palackého v Olomouci, oboru učitelství pro první stupeň a speciální pedagogiku).

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na mé diplomové práci, jejímž výzkumným cílem je mapovat možnosti intervence poskytované mladistvým uživatelům návykových látek. Pokud s účastí souhlasíte, připojte prosím podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedené diplomové práci. Autorka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cílem této práce. Souhlasím s poskytnutím výzkumného materiálu ve formě audio nahrávky rozhovoru. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu, jehož výsledky mohou být anonymně publikovány.

Jsem informován/a že:

- mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu,
- po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu a budu mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům, případně je upravit,
- bude zachována mlčenlivost ve vztahu k osobním údajům,
- s poskytnutým materiálem bude pracovat výhradně autorka diplomové práce.

Podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu v podobě audio nahrávky.

V dne Podpis:

Příloha č. 3: Otázky pro interwiev

1. Kolik je Vám let?
2. Pohlaví (muž-žena)?
3. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?
4. Absolvoval/a jste nějaké typy výcviků, které uplatňujete při práci s uživateli návykových látek?
5. Jak dlouho pracujete s uživateli návykových látek?
6. Máte zkušenosti spíše s mladšími nebo staršími uživateli návykových látek?
7. Co pro Vás bylo motivací pro práci s uživateli návykových látek?
8. Jaký spatřujete význam v terénní práci ve smyslu nízkoprahové intervence-výměny jehel apod.?
9. Dostává se k Vám touto cestou hodně klientů?
10. Pokud ne, na základě čeho Vás klienti nejčastěji kontaktují?
11. Myslíte si, že by bylo vhodné rozšířit aplikační místnosti do klubů po ČR?
12. Jaký typ intervence se ve Vašem zařízení nejvíce užívá (*vzhledem ke konceptu mé práce rozdělení intervence podle činnosti: terapeutické, poradenské, nízkoprahové, volnočasové činnosti apod.*).
13. Jaké metody jsou ve Vašem pracovišti nejvíce využívány pro práci s mladistvými uživateli?
14. Jaké metody se nejvíce užívají v práci s dospělými klienty?
15. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u mladistvých uživatelů?
16. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u dospělých uživatelů?

17. Využíváte terapie? Pokud ano, kterou? (Individuální, rodinnou skupinovou, případně kombinace).
18. Která se z Vašeho pohledu pro mladistvé uživatele jeví jako nejefektivnější?
19. V literatuře se setkáváme s nedoporučováním substituční léčby u mladistvých uživatelů. Jaká je praxe?
20. V jaké fázi užívání návykových látek se mladiství uživatelé na počátku léčby nejvíce nachází? Experiment, škodlivé užívání, závislost?
21. Jaký je z Vašeho pohledu největší předpoklad užívání návykových látek mladistvými z vývojového a sociokulturního hlediska?
22. Jak motivujete své klienty v léčbě závislosti?
23. Využíváte motivačních rozhovorů?
24. Využíváte v léčbě mladistvých uživatelů také práci s rodinou? Pokud ano, jak taková práce vypadá?
25. Tvoří Vaši klientelu uživatelé, kteří se opakovaně léčí nebo jde spíše o „nováčky“?
26. Jsou z dlouhodobého vývojového hlediska častějšími uživateli Vašich služeb spíše mladiství klienti, nebo dospělí uživatelé?
27. Jste schopni/schopna odhadnout, kolik s Vašich klientů je vyléčeno a kolik zažije relaps?
28. Jaká opatření používáte, aby k relapsu u klientů nedocházelo?
29. Jak jsou schopni Vaši klienti po léčbě fungovat v běžném životě?
30. Jakým způsobem pomáháte klienty resocializovat?
31. Sledujete klienty i nadále po léčbě? Pokud ano, jak dlouho?
32. Jak tráví klienti po absolvování léčby svůj volný čas?
33. Jaké jsou vztahy klientů s nedrogovou populací?

Informant č. 1

Pracoviště: P-centrum

1. Kolik je Vám let?

33

2. Pohlaví (muž-žena)?

Muž

3. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

Doktorský titul

4. Absolvoval/a jste nějaké typy výcviků, které uplatňujete při práci s uživateli návykových látek?

KBT

5. Jak dlouho pracujete s uživateli návykových látek?

6. Máte zkušenosti spíše s mladšími nebo staršími uživateli návykových látek?

Aj aj.

7. Co pro Vás bylo motivací pro práci s uživateli návykových látek?

Vždy mě tato problematika zajímala.

8. Jaký spatřujete význam v terénní práci ve smyslu nízkoprahové intervence- výměny jehel apod.?

Tak já to považuji za důležité

9. Dostává se k Vám touto cestou hodně klientů?

Touto cestou se ke mně nedostávají klienti

10. Pokud ne, na základě čeho Vás klienti nejčastěji kontaktují?

Najdou si kontakt na internetu nebo dostanou probační v mediační službě rozkaz nebo na OSPOD.

11. Myslíte si, že by bylo vhodné rozšířit aplikační místnosti do klubů po ČR?

12. Jaký typ intervence se ve Vašem zařízení nejvíce užívá (vzhledem ke konceptu *mé práce rozdělení intervence podle činnosti: terapeutické, poradenské, nízkoprahové, volnočasové činnosti apod.*).

Tak jednak poradenství v té základní rovině a potom když je to na místě tak terapie-kognitivně behaviorální terapie a pokud je to závislost na stimulačních drogách tak krátký intervenční program pro uživatele pervitinu. Jako intervenční program jako metoda.

13. Jaké metody jsou ve Vašem pracovišti nejvíce využívány pro práci s mladistvými uživateli?

Poradenství, motivační rozhovory a práce s kontraktem, práce s krátkým intervenčním programem.

14. Jaké metody se nejvíce užívají v práci s dospělými klienty?

Stejně jako pro práci s mladistvými.

15. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u mladistvých uživatelů?

Motivační rozhovory.

16. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u dospělých uživatelů?

Je to individuální.

17. Využíváte terapie? Pokud ano, kterou? (Individuální, rodinnou skupinovou, případně kombinace).

Individuální, mimořádně párovou.

18. Která se z Vašeho pohledu pro mladistvé uživatele jeví jako nejefektivnější?

To samé (individuální a pokud je to možné tak práce s rodinou).

19. V literatuře se setkáváme s nedoporučováním substituční léčby u mladistvých uživatelů. Jaká je praxe?

Není, nevím o někom, kdo by ji v případě mladistvých používal. Existují Detoxy pro mladistvé, u nás takový Detox žádný není tady-ono jsou to spíš výjimky tady na Moravě. Existují v Praze, kdy tam vlastně pod lékařským dohledem ti lidé abstinují. Ale substituční látka se nepodává.

20. V jaké fázi užívání návykových látek se mladiství uživatelé na počátku léčby nejvíce nachází? Experiment, škodlivé užívání, závislost?

Experiment škodlivé užívání.

21. Jaký je z Vašeho pohledu největší předpoklad užívání návykových látek mladistvými z vývojového a sociokulturního hlediska?

Taky si myslím, že je to zapříčiněno nějakým vývojem osobnosti a to samozřejmě může být v rodinách, ústavních zařízeních nebo cokoliv jiného. Nejde říct, jestli jde o úplné nebo neúplné rodiny je to různé. Jsou to děti adoptovaných rodičů, běžných rodičů. Děti z neúplných rodin, ze zařízení ústavní výchovy. Výrazně tam některá skupina nepřevažuje.

22. Jak motivujete své klienty v léčbě závislosti?

Tak motivovaní jsou asi. Základem je asi mít vytvořený terapeutický vztah, na který když se podaří nějak navázat tak ta motivace je v rámci toho že ten klient se může otevřít a je motivovaný tam chodit. Ale samozřejmě když jak má potom nějakou. Je důležitý potom při té recidivě, aby věděl, že ho ten terapeut neztrestá a že tam může jakoby zajít jo. Samozřejmě je pravdou, že ta skupina je vysoce nespolehlivá v té terapii.

23. Využíváte motivačních rozhovorů?

Já ano.

24. Využíváte v léčbě mladistvých uživatelů také práci s rodinou? Pokud ano, jak taková práce vypadá?

Já ano. Pokud ta rodina je motivovaná k tomu.

25. Tvoří Vaši klientelu uživatelé, kteří se opakovaně léčí nebo jde spíše o „nováčky“?

Tak i tak.

26. Jsou z dlouhodobého vývojového hlediska častějšími uživateli Vašich služeb spíše mladiství klienti, nebo dospělí uživatelé?

Dospělí uživatelé.

27. Jste schopni/schopna odhadnout, kolik z Vašich klientů je vyléčeno a kolik zažije relaps?

Není vyléčen... není nikdy nikdo. Jo, to je jenom abstinující člověk a riziko recidivy je vždycky.

28. Jaká opatření používáte, aby k relapsu u klientů nedocházelo?

No jak řekl kolega. Rozhodně nebrat relaps jako recidivu dlouhodobé užívání. Spíš cvičit techniky zvládnání relapsu. Nácvikové techniky, kdy se zvládají ty spouštěče a kde člověk je vystaven rizikovým situacím zvenku.

29. Jak jsou schopni Vaši klienti po léčbě fungovat v běžném životě?

Jsou i takoví, kteří navzdory naší péči dokážou fungovat v běžném životě

30. Jakým způsobem pomáháte klienty resocializovat?

Pomocí různých programů, spolupráce s úřadem práce, probační mediační službou, pomocí pracovního a dluhového poradenství. Pomocí sociální práce a právního poradenství.

31. Sledujete klienty i nadále po léčbě? Pokud ano, jak dlouho?

Taky ne.

32. Jak tráví klienti po absolvování léčby svůj volný čas?

Tak je to vlastně jedno z ústředních témat té terapie té závislosti. To jakým způsobem si najde, bude realizovat volný čas. Čili závislost může nahradit jinou závislostí, ale bohužel to je volnočasová aktivita, ale nejčastěji se asi jedná o sportovní aktivity.

33. Jaké jsou vztahy klientů s nedrogovou populací?

Tak určitě stěžejní je navázání těch kontaktů s nedrogovou populací a je to taky někdy velmi obtížné. Protože mají velký ostych a neví, co si o nich myslí lidé, kteří se s něma mají bavit. A bylo by to asi dost velkou podporou těch vztahů. První krok je pro ně velký problém.

Informant č. 2

Pracoviště: Soukromá psychoterapeutická praxe.

1. Kolik je Vám let?

35

2. Pohlaví (muž-žena)?

Muž

3. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

Doktorský titul

4. Absolvoval/a jste nějaké typy výcviků, které uplatňujete při práci s uživateli návykových látek?

Gestalt.

5. Jak dlouho pracujete s uživateli návykových látek?

Nepracuji. Pracuji jako soukromý psychoterapeut a pokud je závislost primárním problémem, posílám klienta dál.

6. Máte zkušenosti spíše s mladšími nebo staršími uživateli návykových látek?

Nemůžu posoudit. Primárně s takovými jedinci nepracuji.

7. Co pro Vás bylo motivací pro práci s uživateli návykových látek?

Nepracuji s těmito uživateli primárně.

8. Jaký spatřujete význam v terénní práci ve smyslu nízkoprahové intervence - výměny jehel apod.?

Jako základní cestu k tomu, aby se mohlo s takovými klienty dále pracovat.

9. Dostává se k Vám touto cestou hodně klientů?

Touto cestou se ke mně nedostávají klienti

10. Pokud ne, na základě čeho Vás klienti nejčastěji kontaktují?

Tak u mě je jenom ta internetová poradna, tak asi jenom tam

11. Myslíte si, že by bylo vhodné rozšířit aplikační místnosti do klubů po ČR?

12. Jaký typ intervence se ve Vašem zařízení nejvíce užívá (vzhledem ke konceptu mé práce rozdělení intervence podle činnosti: terapeutické, poradenské, nízkoprahové, volnočasové činnosti apod.).

V mém případě funguje jako poradenská, ale když mám klienty individuálně s nějakou závislostí, tak je to terapeutická intervence.

13. Jaké metody jsou ve Vašem pracovišti nejvíce využívány pro práci s mladistvými uživateli?

Vzhledem k tomu, že nejsem organizovaný v pracovišti tak nemůžu odpovědět.

14. Jaké metody se nejvíce užívají v práci s dospělými klienty?

Tak u mě to jsou klasické psychoterapeutické metody, která vychází z gestalt terapeutického náhledu.

15. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u mladistvých uživatelů?

Nemůžu posoudit.

16. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u dospělých uživatelů?

Klasické psychoterapeutické metody, která vychází z gestalt terapeutického náhledu.

17. Využíváte terapie? Pokud ano, kterou? (individuální, rodinnou skupinovou, případně kombinace).

Nejvíce individuální a sem tam skupinovou.

18. Která se z Vašeho pohledu pro mladistvé uživatele jeví jako nejefektivnější?

Já myslí že individuální a pokud je to možné, tak spolupráce s rodinou. Ale spíš individuální.

19. V literatuře se setkáváme s nedoporučováním substituční léčby u mladistvých uživatelů. Jaká je praxe?

Neznám odpověď.

20. V jaké fázi užívání návykových látek se mladiství uživatelé na počátku léčby nejvíce nachází? Experiment, škodlivé užívání, závislost?

To samé (experiment škodlivé užívání).

21. Jaký je z Vašeho pohledu největší předpoklad užívání návykových látek mladistvými z vývojového a sociokulturního hlediska?

No tak tam je hlavně ta diference od té primární rodiny tam je. Ale jinak hledání si osobnosti z toho vývojového. No a ze sociokulturního, myslím si, že je to ten tlak na výkon a na to uspět a být dobrý. Vůbec si nemyslím si, že uživatelé pochází z rodin s nízkým sociokulturně-ekonomickým statusem.

22. Jak motivujete své klienty v léčbě závislosti?

Tím že mi to platí, tak jsou motivovaní.

23. Využíváte motivačních rozhovorů?

Asi na začátku té práce ano ale ne s cílem udržet ho při té práci, spíš jenom mu vysvětlit ten systém té práce.

24. Využíváte v léčbě mladistvých uživatelů také práci s rodinou? Pokud ano, jak taková práce vypadá?

Já ne teda, spíš nemám příležitost.

25. Tvoří Vaši klientelu uživatelé, kteří se opakovaně léčí nebo jde spíše o „nováčky“?

To já nemůžu říct.

26. Jsou z dlouhodobého vývojového hlediska častějšími uživateli Vašich služeb spíše mladiství klienti, nebo dospělí uživatelé?

Já nejsem schopný posoudit.

27. Jste schopen/schopna odhadnout, kolik z Vašich klientů je vyléčeno a kolik zažije relaps?

Ne, nejsem.

28. Jaká opatření používáte, aby k relapsu u klientů nedocházelo?

Myslím, že relaps je součástí procesu. Jo že není cíl nerelapsovát. Ale spíš se s tím nějak jako vypořádat.

29. Jak jsou schopni Vaši klienti po léčbě fungovat v běžném životě?

Někdy ano.

30. Jakým způsobem pomáháte klienty resocializovat?

To nedělám, to je jejich problém.

31. Sledujete klienty i nadále po léčbě? Pokud ano, jak dlouho?

Pokud se nekontaktují sami klienti tak nesleduji a nemůžu.

32. Jak tráví klienti po absolvování léčby svůj volný čas?

To netuším.

33. Jaké jsou vztahy klientů s nedrogovou populací?

Tam je spíš problém s těmi jako kontakty, ale lidi, kteří mají problém třeba s užíváním problémovým užíváním jsou to třeba jejich přátelé, známí, tak tam si myslím, že je třeba nějaký problém. Já osobně vlastně neznám.

Informant č. 3

Pracoviště: P-centrum

1. Kolik je Vám let?

34

2. Pohlaví (muž-žena)?

Žena.

3. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

Bc. Obor humanitární a sociální práce.

4. Absolvoval/a jste nějaké typy výcviků, které uplatňujete při práci s uživateli návykových látek?

S uživateli návykových látek přímo nepracuji, pokud to není jakoby potenciální dětský klient ve skupině. A výcviky...terapeutický ne, ale jakoby muziko, arte, drama terapeutický směry. Takže expresivní terapie ano. A nějaké sebezpoznaváčkya takový věci.

5. Jak dlouho pracujete s uživateli návykových látek?

Od 2008, takže 5 let.

6. Máte zkušenosti spíše s mladšími nebo staršími uživateli návykových látek?

Dětský klient, takže od... vlastně řádově od prvních tříd po konec vysokoškoláků, středoškoláků. Něco z vysoké školy. V rámci prevence dělám dlouhodobě komplexní prevenci pro základní školy a tam jakoby v rámci těchto tříd se setkávám s dětským klientem. Na prvním stupni jde spíše o experimentování-alkohol, cigarety než o závislost ale i ojediněle se závislost na prvním stupni objevuje. Není to jako většina druhého stupně základní školy, kdy každý deváťák má za sebou řadu experimentů ale na prvním stupni taky, ojediněle ale.

7. Co pro Vás bylo motivací pro práci s uživateli návykových látek?

Možná celkový zájem o drogovou problematiku, možná nějakou takovou vnitřní potřebu směřovat někam ty mladý lidi v tomhle ohledu. Někaká podpora rozvoje osobnosti.

8. Jaký spatřujete význam v terénní práci ve smyslu nízkoprahové intervence- výměny jehel apod.?

No. Samozřejmě velké, protože je to součást i té prevence, prostě projít, kontaktovat, upozornit na služby na možnosti navštívit nějaké střediska jako je Káčko, Péčko. Asi to není první krok posílat klienta dál, ale rozhodně je to nabídnutí možnosti. Někteří klienti přichází bez možnosti nabídnutí terénních programů, takže nevím, jestli je to přesně řečeno první krok, ale určitě je to důležitý vstup pro ně k léčbě. Pro společnost je to neskutečně důležitá služba v rámci ochrany společnosti. Ale i pro toho klienta-ty centra jsou přece zbudovány pro ty lidi, kteří potřebují nějakým způsobem přežít dobu, než se rozhodnout jít do léčby. Takže zneužívání- otázka je jestli to spíše není nabídnutí té možnosti zneužívat. Já jsem v K centru byla jen krátkou dobu, a vím jak funguje a vím, že funguje i v noci a že i noční výměny spousta klientů zneužívá. Myslím si, že je to vůči nějaké zodpovědnosti, že to má prostě rozměr toho pomoci klientovi se zorientovat v situaci, kterou nezná, která je třeba pro něho úplně jako. Přece jenom přechod na jehlu není jenom tak, že jo. Tam člověk hodně ztrácí ze své osobnosti. Takže je to hodně důležitá služba.

9. Dostává se k Vám touto cestou hodně klientů?

No. To je pro mě docela těžký posoudit, protože přece jenom mezi náma je nějakéjurčitejetickéj kodex a já ne úplně konzultuju jednotlivý případy lidí u nás v léčbě. Znáám je, potkávám je, jsem s něma v kontaktu, bavím se s něma ale jakoby úplně jako náhled do jejich karet a jakoby jejich cesta k nám a podobně to úplně nemám zmapovaný, takže nedokážu odpovědět.

10. Pokud ne, na základě čeho Vás klienti nejčastěji kontaktují?

Já si myslím, že to je hodně jako, ten kontakt je tím že to centrum je tady v Olomouci dost známý a má velký povědomý právě mezi mladistvými skrz ty preventivní programy, které probíhají přímo tady, že znají i prostředí galerie, která je vlastně čistým prostředím pro lidi, kteří se chtějí bavit bez drog, bez alkoholu, bez cigaret.

Takže myslím si, že celkově nás hodně kontaktují lidi jenom na základě toho dobrého jména a povědomí tady v Olomouci o organizaci.

11. Myslíte si, že by bylo vhodné rozšířit aplikační místnosti do klubů po ČR?

To nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela.

12. Jaký typ intervence se ve Vašem zařízení nejvíce užívá (vzhledem ke konceptu mé práce rozdělení intervence podle činnosti: terapeutické, poradenské, nízkoprahové, volnočasové činnosti apod.).

Tady u nás je vlastně zastoupena primární sekundární i terciální intervence. Myslím, že rovným dílem. Primárka má kolem 4,5 tisíce dětských klientů za rok. Což je četnost vlastně škol, který obsáhne. V individuálních konzultacích jako preventivního charakteru to bych tipla takových 30 výkonů zhruba za rok jako zhruba 30 klientů ročně. Ale i poradna i doléčovák jsou jako plně kapacitně vytížené. Děláme i terapie i volnočasové aktivity. Volnočasové aktivity jsou jak pro klienty rodinného centra, kde se pracuje s celou rodinou, kde je návaznost jakoby i na drogové závislosti. Ne že by všechny rodiny byly nějakým způsobem ovlivněny závislostí, ale jsou mezi něma rodiny, které mají třeba já nevím: Otec alkoholik, dítě žijící pod jeho vlivem apod. A co se týče volnočasovek takto Vám možná říkal kolega. Oni vlastně dělají volnočasovky v rámci klubu pro klienty v doléčovacím centru a pro lidi v léčbě přímé-jako té ambulantní jsou kluby-volnočasovky, říkají tomu myslím volnočasové středky nebo tak nějak, který jsou zase skupiny jakoby volnočasových aktivit pro lidi v léčbě. Takže určitě volnočasovky, děláme pro vlastně všechny klienty, kteří dochází do centra. Jinak všechny činnosti terapeutická, poradenská, rehabilitační.

13. Jaké metody jsou ve Vašem pracovišti nejvíce využívány pro práci s mladistvými uživateli?

Několik z nás má KBT výcvik, někteří jsou gestalti. Řekla bych, že nejvíc je KBT-čko využíváno.

14. Jaké metody se nejvíce užívají v práci s dospělými klienty?

Tak to je to stejné.

15. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u mladistvých uživatelů?

Já bych řekla individuální přístup, KBT čko. U expresivních terapií je velice těžký odhadnout největší efektivitu, protože my je kombinujeme, že třeba některá setkání jsou zaměřena víc artefakticky, některá zase bereme vyloženě přes muzikoterapii, že máme jakoby tady nakoupenou sadu hudebních nástrojů, převážně djembe bubny a tak a hraje se, že děláme prožitkový setkání. Některá děvčata líp slyší na drama. Jo že...to strašně přijde na to, který z klientů je jak zaměřený a který způsob vyjádření je pro něho příjemnější.

16. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u dospělých uživatelů?

To bych asi neodpovídala, to nemůžu.

17. Využíváte terapie? Pokud ano, kterou? (Individuální, rodinnou skupinovou, případně kombinace).

Expresivní.

18. Která se z Vašeho pohledu pro mladistvé uživatele jeví jako nejefektivnější?

To už bylo, zase prostě. KBT čko, individuální přístup.

19. V literatuře se setkáváme s nedoporučováním substituční léčby u mladistvých uživatelů. Jaká je praxe?

Nedokážu říct.

20. V jaké fázi užívání návykových látek se mladiství uživatelé na počátku léčby nejvíce nachází? Experiment, škodlivé užívání, závislost?

No. Kdybych to měla rozdělit jakoby druhy stupeň základní školy experiment a středoškoláci ...no tam já se nejčastěji setkávám experiment a nadměrný užívání. Ojedinele teda i se závislostí jako takovou, ale my jako celkově jako organizace nemáme úplně přesně vybudovaný jakoby postup pro práci se závislými mladistvými. Vlastně v praxi zatím probíhá od 18 nahoru. Přijímáme i mladší klienty v současné

době se zpracovávají nějaký postupy jak pracovat se s mladistvým klientem, protože tam je to přece jenom trošku odlišný přístup rodiny a tak. Ale já se nejčastěji asi setkávám-fáze experiment, nadměrný užívání.

21. Jaký je z Vašeho pohledu největší předpoklad užívání návykových látek mladistvými z vývojového a sociokulturního hlediska?

No já si myslím, že nejvíc jakoby záleží na tom, v jakém prostředí se pohybují. Důvod prvního experimentu je z 90% procent, co já vím je prostě vliv okolí a zvědavost. Rozhodně ne stres, nebo nějaký jako napětí nadměrný jakože jo někdy děcka, jakoby i z důvodu špatná rodina a tak, ale. Nemyslím si, že je úplně pravidlo, že děcka s nízkých sociokulturním statusem budou mít tuto tendenci. Jako mám zkušenosti i s dětmi z dobře postavených rodin, dobře finančně zajištěný rodiče, spousta koníčků z počátku dětství (10-12) let. Potom ten odklon tam je-vlivem party třeba. Možná hodně bych řekla, že záleží spíš na zájmu a vedení rodičů než na finančním postavení a samozřejmě když je děcko jakoby v oblasti, kde je sociálně slabší a jakoby celkově ta kultura je tam třeba víc nakloněná k alkoholismu a zneužívání. Jakoby cigarety, marihuana je častější. Takže primárně výchova přístup rodičů, vedení.

22. Jak motivujete své klienty v léčbě závislosti?

Tak celkově jakoby pro děcka hodně funguje z mého pohledu nebo pro ty mladistvý způsob nezastrašovat. Nefunguje takový. „Může se ti stát...“ „Podívej se, jak to dopadá...“, ale spíš hodně přes emoce, rozumový vysvětlení, rovnej přístup. Tak spíš.

23. Využíváte motivačních rozhovorů?

S děckama ne.

24. Využíváte v léčbě mladistvých uživatelů také práci s rodinou? Pokud ano, jak taková práce vypadá?

No. Musím říct, že máme tady rodinné centrum, je to vlastně jedno s center tady u nás, které je ochotné se věnovat rodinám nebo dětskému klientovi, mladistvému klientovi v případě, že spolupracuje celá rodina. Anebo aspoň jeden z členů jako, zástupce-rodíč-matka, otec. A většinou je to takový, že spolupracuje ten, který ten problém

nemá. Jo, takže když je třeba jako problémová máma – alkoholik - spolupracuje otec apod. takže snaha je to rovnat, ale není to úplně jednoduchý.

25. Tvoří Vaši klientelu uživatelé, kteří se opakovaně léčí nebo jde spíše o „nováčky“?

V mém případě nováčky. Tam oni vlastně se tam dál do poradny možná asi vrací opakovaně, ale u mě jsou to spíš nováčci-experimentátoři.

26. Jsou z dlouhodobého vývojového hlediska častějšími uživateli Vašich služeb spíše mladiství klienti, nebo dospělí uživatelé?

Celkově z pohledu P-centra dospěláci z pohledu primárky mladiství. Tendence se nezvyšuje.

27. Jste schopni/schopna odhadnout, kolik s Vašich klientů je vyléčeno a kolik zažije relaps?

Nejsem. Je to hodně zapříčiněný tím, že u nás, jak nejsme přímo v léčbě, ale jsme spíš v té poradenské pozici, proto vlastně ani nepoužíváme motivační rozhovory a tak protože ty naše setkání jsou většinou velice krátkodobý, někdy i jednorázový. Jakoby takové to směřování dál. A u těch mladistvých je potřeba souhlasu rodičů a málokterý experimentátor si jako uvědomuje, že vlastně by toho rodiče měl přizvat, že by ho měl o té situaci informovat a my zas na druhou stranu nemůžeme s dítětem pracovat, pokud o tom rodiče neví. Takže je to taková hodně obtížná práce tady na tom poli jsou to takové vlastně v uvozovkách neplánované individuální konzultace. Vypovídat se bez souhlasu rodiče můžou, ale my je nesmíme bez souhlasu přijat do léčby nebo to terapie. A většinou to děcko nemá tendenci se hned svěřit. Třeba uživatel pervitinu dokáže prostě hrát na rodiče roky, že nemá s ničím problém, i když vnitřně ho už cítí. A nějaká vnitřní ochrana před tím že bude mít doma problémy, mu prostě nedovoluje v té fázi předzávislosti vůbec jako zmínit doma, že něco takovýho se děje. A když už je podezření, tak perníkář třeba dokáže krásně zahrát, jako že se vůbec nic neděje. Tak je to takový těžký no. A pokud rodina nejeví dost zájmu tak se to kolikrát v rodině ani neřeší.

28. Jaká opatření používáte, aby k relapsu u klientů nedocházelo?

Otázka pro poradnu doléčovák.

29. Jak jsou schopni Vaši klienti po léčbě fungovat v běžném životě?

Znovu otázka pro poradnu. Ale zkušenost moje velice rozdílný. Někteří klienti se sem vrací na pravidelný setkán třeba vánoční s partnerem, rodinou s miminkama nebo o některých už neslyšíte, že se třeba ukazují dva tři roky po tom, co ukončili léčbu a pak se přestanou kontaktovat. Ale nemusí to být jenom relapsem nebo jiným návratem ale může to být i tím že třeba nechcou už dál tu minulost řešit, mají to uzavřený a pokračují životem jinak, takže.

30. Jakým způsobem pomáháte klienty resocializovat?

Tak doléčovací centrum máme tady.

31. Sledujete klienty i nadále po léčbě? Pokud ano, jak dlouho?

Nevím, jestli si terapeuti sledují.

32. Jak tráví klienti po absolvování léčby svůj volný čas?

Tak já jako v rámci primární prevence s některýma bývalýma uživatelama spolupracuju právě na programech pro ty, co teďka jsou ve fázi experimentování. Ale vím, že jakoby snaží se začlenit nazpátek k věcem, který dělali dřív. Takže se vrací třeba k sportům který dělali, k focení, k zájmům, který dřív měli individuální. Hodně se snaží rozšířit si i vzdělání. I změnou adresy jakože většina lidí se už úplně nevrací na místo, kde prožili drogovou kariéru nebo závislostní kariéru. Je to i hledání nových známých a tak.

33. Jaké jsou vztahy klientů s nedrogovou populací?

To je taky hodně individuální. Záleží, o jakou látku jde, v jaké míře. Většinou mám zkušenosti jako dobrý, že vychází třeba s vrstevníky jako ještě poměrně dobře. Ve fázi experimentu je spíš člověk ještě takový nabuzený a kontakty má zatím dobrý. Pokud nemá vyloženě osobnostní předpoklad k tomu, že je introvertní a že prostě i před tím se nějak jakoby víc stranil od ostatních tak k té změně osobnosti tam většinou ještě moc nedochází. Možná u kuřáků marihuany je to jakoby to trošku otupění, uzavření,

taková ta demotivace, ale většinou ještě se setkávám s dětskama co jsou ve stavu, že ještě jsou schopni udržovat kontakt.

Informant č. 4

Adiktologická ambulance

1. Kolik je Vám let?

26

2. Pohlaví (muž-žena)?

Žena

3. Jaké je Vaše nejdříve dosažené vzdělání?

Bakalářské obor sociální práce. S tím že si teď dodělávám magisterský obor také sociální práce.

4. Absolvoval/a jste nějaké typy výcviků, které uplatňujete při práci s uživateli návykových látek?

Výcviků přímo jako ne ale motivační rozhovory jo.

5. Jak dlouho pracujete s uživateli návykových látek?

Dva roky

6. Máte zkušenosti spíše s mladšími nebo staršími uživateli návykových látek?

Já bych řekla, že tak půl na půl, protože vlastně tady s kolegou a kolegyní nově pracujeme na půl úvazku každá, takže nemáme úplně možnost každý den být v kontaktu s mladšími klientama. Takže tak půl na půl.

7. Co pro Vás bylo motivací pro práci s uživateli návykových látek?

Proč jsem se rozhodla pracovat s uživateli? No takhle, já jsem v projektu tady v ambulanci, který je vlastně financován jako z evropského projektu. A je zaměřen, je to první pomoc pro patologické hráče a jejich rodiny. A výběrové řízení právě bylo na sociálního pracovníka a právě na práci s touhle cílovou skupinou, takže jsem věděla, že ambulance poskytuje služby uživatelům návykových látek, ale primárně jsem šla právě pro práci jako hlavně s těmi hazardními hráči. Takže nějak jako

jsem...ani na škole jsem nikdy nebyla na praxi, která by mně podsouvala tuhle cílovou skupinu. Takže já jsem to nějak jako brala. Cíleně jsem to nevyhledávala.

8. Jaký spatřujete význam v terénní práci ve smyslu nízkoprahové intervence-výměny jehel apod.?

Spatřuju v tom velký význam. Myslím si, že ambulantní nebo veškeré služby i celá společnost by nemohla bez terénních programů fungovat, protože často klienti, kteří vyhledávají terénní programy, do služeb nedochází maximálně do kontaktních center. Takže my třeba jako v ambulanci se vůbec nepotýkáme s klienty, kteří vlastně jsou v terénu Jo? Takže já si myslím, že je to právě taková ta populace lidí nebo počet lidí prostě, kteří kromě terénních pracovníků nejsou nějak kontaktováni.

9. Dostává se k Vám touto cestou hodně klientů?

Ne, i když tady v kanceláři sedí, tady vedle sedí celý terén olomoucký, tak klienti k nám přicházejí fakt jako, že si nás najdou na internetu, jo, že už cíleně jdou. Nebo chtěou něco dělat, jsou motivovaní no. Ti klienti co sem chodí, jsou sociálně stabilní, mají kde bydlet, mají práci, takže nejsou to typičtí klienti terénu. Já teraňáky obdivuju, že tuhle práci dělají pro ty klienty. Jako vím, že se na to společnost nedívá úplně nejlíp, ale to co oni dennodenně zažívají tak...

Cílem terénní práce je harm reduction práce, takže by nedocházel k zhoršení situace těch lidí. Hlavně aby nějakým způsobem kontrolovaně a bezpečně užívali a tím neohrožovali zdraví ostatních spoluobčanů nebo občanů jako města jo a nemůžeme někoho nutit dělat prostě věci, které nechce jo. Samozřejmě pracovníci dělají to, že klientům dávají různá třeba doporučení rady, pokud vidí, že klient prostě je na vážkách že třeba dejme tomu koketuje s myšlenkou se sebou něco dělat, tak samozřejmě pracovník mu dá kontakt. Kontakty jsme samozřejmě z terénu měli, ale to jsou neudržitelní klienti ve vyšší prahové službě. Jo? Oni jak nemají stabilní sociální základ, třeba rodinu, pokud nemají kde bydlet, nemají práci. Ambulantně jsou velice krátce, prostě vypadnou z té služby. Klienti, kteří jsou v terénu, jsou spíše uživateli kontaktních center. Já když jsem dělala na Káčku... Oni jsou součástí komunity-potřebovali by spíše nějaký pobyt. A pokud se nedostanou z prostředí, kde se dennodenně setkávají s dalšími uživateli, nedovedu si představit, že by ambulantní služby byla pro ně úspěšná. Nikdy neříkejme nikdy, ale přece jenom člověk je

v nějakém prostředí, potřebuje být v bezpečném prostoru a to tady je třeba jednou týdně.

10. Pokud ne, na základě čeho Vás klienti nejčastěji kontaktují?

Klienti k nám přicházejí fakt jako, že si nás najdou na internetu, jo, že už cíleně jdou. Nebo chtěou něco dělat, jsou motivovaní no.

11. Myslíte si, že by bylo vhodné rozšířit aplikační místnosti do klubů po ČR?

Takhle jako já nevím. Jako jo do klubů, já říkám proč jenom do klubů jako? Proč prostě neudělat někde nějaké veřejné aplikační místnosti. Má pocit, že ve Francii ty veřejné aplikační místnosti zaváděli nebo že fungovali, že se o to nějak snažili. Já myslím, že význam to má a proč ne jako? A nejenom do klubů. Tím pádem by se i práce terénních pracovníků stala bezpečnější.

12. Jaký typ intervence se ve Vašem zařízení nejvíce užívá (vzhledem ke konceptu mé práce rozdělení intervence podle činnosti: terapeutické, poradenské, nízkoprahové, volnočasové činnosti apod.).

Hodně vycházíme z kognitivně-behaviorální terapie. Takže terapeutická.

13. Jaké metody jsou ve Vašem pracovišti nejvíce využívány pro práci s mladistvými uživateli?

KBT. Ale samozřejmě máme tady kolegyni z psychodynamiky, humanistické, gestaltu ale ne úplně čistě gestaltu a to je všechno.

14. Jaké metody se nejvíce užívají v práci s dospělými klienty?

To je to samý. My to nějak víceméně nedělíme. Samozřejmě ten přístup jako co se týče nějak jako rozhovoru a podobně se jako trošku liší, když komunikujete s 15letým, 16letým. V případě mladistvých nemusí při rozhovoru být přítomen rodič. Já soukromě v případě i např. rodičů nebo partnerů preferuju, abych si promluvila s každým sama. Protože se mi na začátku stávalo, že když jsem je nechala ve společnosti, spoustu věcí neřekli třeba. Jo, i když oni se před sebou tvářili, že před sebou jako nemají žádné tajemství tak ono pak z toho dlouhodobějšího docházení vyšlo, že v některých věcech ne že úplně lhali, ale neřekli celou pravdu.

15. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u mladistvých uživatelů?

Jako u mě. Jako pro mě je absolutně nejúčinnější metoda KBT. Ale přijde mi že s mladistvými je to tak, že možná ty prostě různé metody pro ně můžou být často abstraktní. Nějaká jako práce s emocemi apod. mně osobně to dělá problém vůbec tady tohle pochopit. KBT je čistý úderný a nejsou v tom nějaký zapeklitý věci a může být pro ně daleko snáz pochopitelnější. Já si myslím, že třeba fakt jako sice my nejsme úplně jako nízkoprahová služba. Když vám sem přijde člověk, který má nějaký intelekt-nechci to teď nějak, aby to vyznělo hrozně...Ale když to není prostě nějaké hold velké myslitel...vysvětlovat mu nějaké takové věci, k čemu je gestalt apod. Ten člověk to prostě neumí uchopit. Ten člověk je zvyklí: říct mu co má dělat, co si může ošahat apod. a pak jo, pítvat se v nějakých svých pocitech, to prostě pro každého není. Můj osobní názor je, že KBT je nejvhodnější.

16. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u dospělých uživatelů?

Mně osobně KBT jo, ale říkám. Já myslím, že klíč z praxe zní, že ať je v gestaltu nebo jakékoli jiné metodě, tak uzpůsobit mu to tak, aby ten člověk to dokázal uchopit.

17. Využíváte terapie? Pokud ano, kterou? (Individuální, rodinnou skupinovou, případně kombinace).

Používáme všechny typy terapie, teda kromě jako skupinové, kterou teď chystáme v září. Máme individuální, partnerské. Používáme většinou u mladistvých i kombinace individuální, rodinou. Ale někteří chodí třeba jenom na individuál a pak jednou jakože rodinnou.

18. Která se z Vašeho pohledu pro mladistvé uživatele jeví jako nejefektivnější?

To je případ od případu jo jako. Pokud ten problém toho člověka je způsoben tou rodinou, tak je asi dobrá ta rodinná. Máme tady takové případy, kde se pracuje s rodinou a ten uživatel je třeba víc v té rodinné aktivnější.

19. V literatuře se setkáváme s nedoporučováním substituční léčby u mladistvých uživatelů. Jaká je praxe?

Nemám pojetí jaká je praxe.

20. V jaké fázi užívání návykových látek se mladiství uživatelé na počátku léčby nejvíce nachází? Experiment, škodlivé užívání, závislost?

Spíše ve fázi experimentu. Když sem přicházejí, tak samozřejmě většina z nich jsou experimentátoři. Stává se, že rodiče najdou třeba marihuanu jako v baťoahu a myslí se. Ale to je i nepoučení těch rodičů, že neví, co je to marihuana, že neví, co je to pervitin. Že v závěru z toho udělají haló a zjistí se, že dítě je jenom experimentátor nic zásadního. Ale pak sem chodí teda i děcka, které jsou regulérně jako závislí (třeba i každodenní uživatelé, pokud k tomu mají přístup). Nebo 2 krát, 3krát do týdne. Co se týká druhu návykové látky a závislosti v případě mladistvých je to pervitin. Pak se ještě ti uživatelé dělí na ty, jakým způsobem užívají: jestli sniffem nebo in vitro. To už většina začíná šňupáním než nastřelováním.

21. Jaký je z Vašeho pohledu největší předpoklad užívání návykových látek mladistvými z vývojového a sociokulturního hlediska?

To je těžké říct. Většina z mladistvých tady je docela z dobrých rodiny vyšší střední třída. Většinou tam byly vztahový problémy, tak různě, že nějaký nároky rodičů. Které nejsou schopny unést nebo plnit, tak to řeší tady tímhle. Většina co chodili tak to byly úplný rodiny. Tady je to ambulantní léčba, takže přichází lidi s nějakýho srovnaného prostředí.

22. Jak motivujete své klienty v léčbě závislosti?

Tak když to vezmu úplně obecně tak motivujeme je tím, že se jim snažíme umožnit přístup i když máme nějaké ordinační hodiny tak jsme schopni se domluvit na jiném čase. Maximálně jim takhle třeba vycházíme vstříc. Ten klient už přichází namotivovaný. My ho můžeme motivovat akorát v nějakých dílčích věcech jo- třeba když mu něco nejde, vztahové věci, komunikace, problémy. Rozebereme s ním ty situace, dáme nějaký feedback. Nacvičíme to s ním-nějaké formy nácviků apod.,

23. Využíváte motivačních rozhovorů?

Samozřejmě. Výcviky tady máme. Každý pracovník by měl projít výcvikem motivačních rozhovorů.

24. Využíváte v léčbě mladistvých uživatelů také práci s rodinou? Pokud ano, jak taková práce vypadá?

To už jsme v podstatě řekli.

25. Tvoří Vaši klientelu uživatelé, kteří se opakovaně léčí nebo jde spíše o „nováčky“?

V případě mladistvých tak většina jsou to nováčci. A někteří už měli nějaký pokus o léčbu. Co se týče starších uživatelů-my tady fungujeme takhle, že k nám klienti... Jo my máme nakontaktované terapeutické komunity, anebo i pobytové léčebny. Takže ti klienti k nám dochází na doléčování. Takže většinou jsou to klienti, kteří mají za sebou jak pobytovou tak třeba i ambulantní nějakou léčbu. Ale ta ambulantní tak většinou měsíc dva.

26. Jsou z dlouhodobého vývojového hlediska častějšími uživateli Vašich služeb spíše mladiství klienti, nebo dospělí uživatelé?

Dospělí.

27. Jste schopni/schopna odhadnout, kolik s Vašich klientů je vyléčeno a kolik zažije relaps?

To se nedá říct vyléčený. Oni to budou mít pořád. Vyléčený není nikdo. Je zaléčený.

28. Jaká opatření používáte, aby k relapsu u klientů nedocházelo?

Na základě bažení. Vyplňují abstinční testy- taková KBT technika, vedou si záznamy, jak na tom denně jsou, jaké měli chutě, jak se při tom cítili, co je k tomu dovedlo a pak to vlastně s psychologem projíždí tady ty abstinční testy. Samozřejmě oni to musí ale splňovat, takže nějaká jako snaha i toho klienta. Takže trénink a posilování. Rozebírat rizikové situace, třeba co toho klienta právě ohrožuje v tom začít znova užívat. Ale samozřejmě ten relaps není ničšpatnýho. Jako ten relaps klientovi pomůže uvědomit si že to bylo špatně a vrátí se.

29. Jak jsou schopni Vaši klienti po léčbě fungovat v běžném životě?

Asi dobře ale nesledujeme je.

30. Jakým způsobem pomáháte klienty resocializovat?

Záleží, co klienti řeší, pokud řeší bydlení tak řešíme tohle. Pokud partnerské vztahy, tak pomáháme po této stránce. Klienti neradi komunikují z úřady apod., takže nabízíme jim i takovou pomoc.

31. Sledujete klienty i nadále po léčbě? Pokud ano, jak dlouho?

Nesledujeme klienty.

32. Jak tráví klienti po absolvování léčby svůj volný čas?

Oni neví, co to volný čas je. Pracují s kolegy na různých možných relaxačních metodách. Jak si to užít. A Hlavně ono je to těžké si užít, protože ta droga jim dala více méně všechno. V rámci terapie řeší tyhle věci. Většinou chodí na procházky, plavat. Záleží od klienta co má a nemá rád. Ukazujeme jim, jak mohou ten volný čas trávit.

33. Jaké jsou vztahy klientů s nedrogovou populací?

U nás na klientech to ani já nepoznám, že užívají. Když jsem pracovala na Káčku, tak tam jsou na úřadech všichni s prominutím na: „p“. Takže jo špatný docela. K nám chodí na ambulanci klientky OSPODU, který jsou pod dohledem, který třeba jako užívali a je tam podezření, takže chodí spíš na testy drogový. A ty jejich klíčový pracovníci, s kterými my třeba komunikujeme často ani neví prostě, co pomalu drogy jsou jo.

Informant č. 5

Psychiatrická ambulance

1. Kolik je Vám let?

33

2. Pohlaví (muž-žena)?

Muž

3. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

Vysokoškolské, specializovaná způsobilost v oboru psychiatrie.

4. Absolvoval/a jste nějaké typy výcviků, které uplatňujete při práci s uživateli návykových látek?

Budu na podzim končit výcvik kognitivně-behaviorální psychoterapie

5. Jak dlouho pracujete s uživateli návykových látek?

V podstatě od samého začátku. Takže celých sedm let, co jsem v praxi.

6. Máte zkušenosti spíše s mladšími nebo staršími uživateli návykových látek?

Spíš s těmi staršími

7. Co pro Vás bylo motivací pro práci s uživateli návykových látek?

Ta motivace vyplývá z toho, že si klienty nevybíráme, takže v podstatě v té ambulanci přijímáme to, co k nám přijde. Takže musíme pomoc nabídnout všem zájemcům a nejenom uživatelům návykových látek.

8. Jaký spatřujete význam v terénní práci ve smyslu nízkoprahové intervence- výměny jehel apod.?

Ten význam je určitě klíčovej, protože řada z těch uživatelů by si k nám vůbec nenašla cestu a tam nastane takovej první moment, díky kterému můžou dostat ti uživatelé informace, můžou získat nějaký kontakty. A můžou takovou nenásilnou formou být získáni pro další péči nebo další léčbu.

9. Dostává se k Vám touto cestou hodně klientů?

Dá se říct, že jo.

10. Pokud ne, na základě čeho Vás klienti nejčastěji kontaktují?

Nutno říct že další, možná ještě častější cesta toho kontaktu je prostřednictvím jiných lékařů, jiného ošetřujícího personálu, zdravotnické záchranné služby, kdy přichází řešení akutních problémů vzniklých třeba s akutní intoxikací psychoaktivní látkou nebo poruch chování, který s tím souvisí. Eventuálně psychotických poruch, které jsou vlastně vyvolány tou návykovou látkou.

11. Myslíte si, že by bylo vhodné rozšířit aplikační místnosti do klubů po ČR?

To nedokážu posoudit.

12. Jaký typ intervence se ve Vašem zařízení nejvíce užívá (vzhledem ke konceptu mé práce rozdělení intervence podle činnosti: terapeutické, poradenské, nízkoprahové, volnočasové činnosti apod.).

Ta naše ambulance zdravotně návykových poruch je zaměřena vlastně na komplexní léčbu. A jedná se hlavně teda o terapeutický programy. Pacientům nabízíme samozřejmě i substituční léčbu, nabízíme jim léčbu komorbidních psychiatrických poruch a samozřejmě můžeme zprostředkovat kontakty s nějakými svépomocnými kluby nebo třeba s doléčovacími programy. Eventuálně se zařízeními nabízejícími komplexní proti závislostní léčbu.

13. Jaké metody jsou ve Vašem pracovišti nejvíce využívány pro práci s mladistvými uživateli?

U těch mladistvých je potřeba asi nejvíc pracovat s motivací ale zároveň vyloučit ty možný komorbidní psychiatrický problémy. Takže snažíme se na ten problém typu návykových poruch nedívat izolovaně, ale snažíme se na něj dívat v poměrně širším kontextu. Snažíme se spíš pracovat s tím, co je příčinou i důvodem toho, že lidé nacházejí cestu k těm psychoaktivním látkám. Jestli jsou tam poruchy, které můžeme zaléčit, který můžeme intervenovat, eventuálně diferencially diagnosticky popisovat.

To bych řekl, že u těch mladistvých, kteří často tu kariéru závislých teprve začínají, je důležitý.

14. Jaké metody se nejvíce užívají v práci s dospělými klienty?

V práci s dospělými klienty taky pracujeme s motivací, protože ta motivace k léčbě není vždy profilovaná a zcela evidentní a pak se snažíme samozřejmě zabránit důsledkům té návykové poruchy. I když ti dospělí většinou za sebou mají delší kariéru, která je často spojená s dalšími zdravotnickými komplikacemi, sociálními důsledky a dopady, ekonomickými problémy, někdy delikvencí.

Kognitivně-behaviorální terapie je vlastně klíčový psychoterapeutický přístup, takže používáme i tuhle. Gestalt terapii já osobně nepoužívám. V naší ambulanci se gestalt terapie nenabízí, vlastně neposkytuje. Jistě ji lze nabídnout pro hospitalizovaný pacienty, ale u nás jsou pacienti hospitalizovaní většinou jenom na detox takže ona gestalt terapie v rámci takové krátké doby nemá žádný význam. U nás je to spíše motivace, individuální přístup, edukace, KBT.

15. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u mladistvých uživatelů?

Já si myslím, že to KBT je efektivní a ono i výsledky nějakých studií. Ono je trochu nefér tuto metodu upřednostňovat aniž bych znal nebo úplně obsáhl ty typy ostatních terapeutických metod, ale vycházím z toho, že toto je jediná metoda, která má i nějaký výsledky ve studiích.

16. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u dospělých uživatelů?

Je to totéž.

17. Využíváte terapie? Pokud ano, kterou? (Individuální, rodinnou skupinovou, případně kombinace).

V naší ambulanci pro návykové poruchy je využívána jak individuální tak i skupinová terapie. Ta skupinová terapie je asi nejvíc teďka nabízená uživatelům alkoholu nebo závislým na alkoholu, co se týče těch uživatelů nealkoholových návykových látek tak tam spíš ta individuální terapie.

18. Která se z Vašeho pohledu pro mladistvé uživatele jeví jako nejefektivnější?

Tak nejefektivnější bude samozřejmě léčba komunitní, kterou u nás teda nenabízíme a my můžeme to svoje polínko přiložit v tom, že pacienta získáme a že mu zprostředkujeme třeba tu komunitní léčbu.

19. V literatuře se setkáváme s nedoporučováním substituční léčby u mladistvých uživatelů. Jaká je praxe?

Tak praxe je taková, že tu substituci samozřejmě nabídneme v případě, že je indikovaná. A ty indikace jistě jsou omezený. Já si osobně myslím, že substituce má svoji cenu, pakliže je opravdu nabízená indikovaným pacientům.

20. V jaké fázi užívání návykových látek se mladiství uživatelé na počátku léčby nejvíce nachází? Experiment, škodlivé užívání, závislost?

To je strašně individuální. To je případ od případu. Někdy se setkáváme opravdu s experimentátorem nebo náhodným uživatelem a v některých případech se jedná o lidi, kteří už jsou zjevně závislí, zároveň jsou vtaženi do toho systému návykového chování. Mají z něho, čerpají z něho benefity, který výrazně komplikují tu léčbu, takže je to hodně individuální.

21. Jaký je z Vašeho pohledu největší předpoklad užívání návykových látek mladistvými z vývojového a sociokulturního hlediska?

No ono ten stávající pohled na problematiku návykových poruch je takový, že se jedná o kombinaci genetických faktorů a nějakých dejme tomu vývojových faktorů. A čím dál tím víc se dostává do popředí právě uvažování o těch genetických faktorech. Čili ono do určité míry říct se dá říct, že s tím návykovým potenciálem se rodíme, anebo rozvíjíme v době, kdy ještě nejsme schopni ten vývoj korigovat do věku těch dvou, tří let. Ty rizikové faktory v tom dětství potom samozřejmě vyplývají z problematičtějších rodinných vztahů. Je-li samozřejmě návyková porucha v rodině, podstatně to zvyšuje riziko. Samozřejmě deprivace-emoční, agresivita v rodině, vysoká emoční exprese. To jsou faktory, který můžeme nazvat rizikovými. Z komorbidních poruch, z těch se uvádí ADHD poruchy, poruchy chování, které často vedou k tomu, že ten klient mladistvý rozvine aktivitu k té psychoaktivní látce.

22. Jak motivujete své klienty v léčbě závislosti?

No tak tam je rozpracovaný nějaký systém nějakých motivačních rozhovorů, který jsou fajn. Je třeba počítat s tím, že i ta motivace má svoje fáze a snažíme se ty fáze respektovat.

23. Využíváte motivačních rozhovorů?

V podstatě ano.

24. Využíváte v léčbě mladistvých uživatelů také práci s rodinou? Pokud ano, jak taková práce vypadá?

My jsme samozřejmě šťastní, když můžeme pracovat i s rodinou. Je potřeba vždycky zohledňovat přání toho konkrétního mladistvého jedince. Ono. Myslím si, že u návykových poruch zvláště platí to, že to návykové chování je často problematikou celé té rodiny. Proto práce s rodinou je určitě fajn. Na druhou stranu někdy se objeví taková situace, kdy ten jedinec nechce, aby rodina do té terapie byla zapojená. A to my samozřejmě respektujeme. Jak ta práce vypadá? Vypadá tak, že se snažíme zjistit potencionálně problematické momenty, snažíme se přemýšlet nad tím, jak se rodinná patologie promítá do nejčastěji užívání toho návykového chování. Jaký jsou celkové postoje té rodiny, jaký jsou kritéria který jsou kladeny na toho jedince, jak lze případně zmírnit stresory nebo tlak z těch problematických faktorů. Takže je to zas spíše individuální.

25. Tvoří Vaši klientelu uživatelé, kteří se opakovaně léčí nebo jde spíše o „nováčky“?

No máme hodně samozřejmě těch opakovaných pobytů, opakovaných léčení, ale tak sem tam přijde nějaký nováček, no.

26. Jsou z dlouhodobého vývojového hlediska častějšími uživateli Vašich služeb spíše mladiství klienti, nebo dospělí uživatelé?

Musím říci, že spíše pracuji s těmi dospělými.

27. Jste schopen/schopna odhadnout, kolik s Vašich klientů je vyléčeno a kolik zažije relaps?

No ono když se díváme na problematiku návykových chorob, jakože se jedná o chronický dlouhodobý v podstatě celoživotní problém a tudíž jako neříkáme, že je někdo uzdravený nebo není uzdravený. A relaps, to je samozřejmě to s čím od začátku počítáme. Jakože když začínáme pracovat s člověkem, tak dopředu očekáváme, že zrelabuje. A spíš se snažíme ten relaps brát jako odrazový můstek do další terapie jako studijní materiál poznání faktorů, který k tomu relapsu vedly a případně přijetí opatření nebo zacílení se na takové opatření, aby k tomu relapsu příště třeba nedošlo. A od každého relapsu počítáme, že k dalšímu relapsu zase dojde.

28. Jaká opatření používáte, aby k relapsu u klientů nedocházelo?

Jak říkám, my počítáme, že k němu prostě dojde. Jen se snažíme, aby ten klient sám byl schopen nahlédnout, proč k tomu relapsu došlo, aby si evidoval souvislosti toho relapsu, aby jsme potom případně mohli pracovat s těma souvislostma. Takže aby k relapsu nedošlo, to by bylo takový jako krásný-idylický, kdyby ten pacient věděl, že nesmí a už opravdu nesměl a už po tom nesáhl a to by bylo fajn, ale to by nás asi nepotřeboval a nepotřeboval by se léčit. On to většinou dobře ví, že po nějakém čase si to stejně uvědomí, že ta psychoaktivní látka mi nepřináší žádný štěstí ale je to dlouhodobý běh. Spíš se snažíme ho motivovat, aby on sám to podchytil a byl schopen nahlédnout okolnosti toho případného relapsu, anebo třeba jenom toho bažení, který samozřejmě můžeme zkusit nějak terapeuticky ovlivnit cestou různých třeba dílčích technik.

29. Jak jsou schopni Vaši klienti po léčbě fungovat v běžném životě?

To je velkej problém a je to právě si myslím jeden z faktorů toho hrozícího relapsu. Takže po léčbě ten klient začíná úplně nový život. A začíná ho s ně moc dobře rozdanýma kartama, takže tam to nabídnout pomoc, je to fajn. Jinak ten potenciál samostatného života po komplexně proběhlé léčbě většinou není moc velkej. Proto je strašně fajn, když má možnost vyhledat třeba pomoc nějakých těch doléčovacích programů.

30. Jakým způsobem pomáháte klienty resocializovat?

Zprostředkováním kontaktu.

31. Sledujete klienty i nadále po léčbě? Pokud ano, jak dlouho?

No většinou se to odvíjí od přání a představy toho klienta. A sledujeme je určitě i po proběhlé léčbě. Ta doba je různá, ale my často využíváme těch „vyléčených“-čili těch dlouhodobě abstinujících i k tomu, aby třeba zvyšovali motivaci těch nováčků. Takže oni ti vyléčení nebo ti dlouhodobě abstinující pacienti/klienti, oni jsou rádi dál, když jsou v záři té ambulance a rádi tu léčbu oni sami nepřerušují, protože je to pro ně zároveň určitej...taková určitá kotva určitý pojítko. Určitej signál nějakýhopřekročenýho,zvládnutýho problému.

32. Jak tráví klienti po absolvování léčby svůj volný čas?

No jak říkám ona ta léčba, když probíhá ústavně, tak pacient má jenom krátký detox a zprostředkování následné léčby. Co se týče té ambulantní léčby tak ta může být někdy dlouhodobá. No a souběžně s tím se klienti už věnují svým aktivitám, a jaké aktivity tvoří, to záleží na jejich preferencích.

33. Jaké jsou vztahy klientů s nedrogovou populací?

No záleží. My jsme samozřejmě rádi, když tam to spektrum známých a těch blízkých kamarádů našich klientů jsou lidé pokud možno bez minulosti návykové. No a v případě že se to podaří, tak jsou většinou dobří.

Informant č. 6

Pracoviště: K-centrum

1. Kolik je Vám let?

Bude mi 26

2. Pohlaví (muž-žena)?

Žena

3. Jaké je Vaše nejdříve dosažené vzdělání?

Magisterské. Tady na Univerzitě Palackého- pedagogická fakulta. Obor přímo speciálně pedagogická andragogika.

4. Absolvoval/a jste nějaké typy výcviků, které uplatňujete při práci s uživateli návykových látek?

Zatím ne ale do budoucna přemýšlím.

5. Jak dlouho pracujete s uživateli návykových látek?

Asi osm měsíců.

6. Máte zkušenosti spíše s mladšími nebo staršími uživateli návykových látek?

No tady je to takový jako rozprostřený tak řekla bych 60 na 40 pro ty starší. Čímž myslím třeba kolem těch třiceti.

7. Co pro Vás bylo motivací pro práci s uživateli návykových látek?

Přes seminář HIV, který jsem absolvovala už na střední a tam jsem zjistila, že s touhle cílovou skupinou chci pracovat, ale vzhledem k tomu že v Praze je jenom Dům Světla a jinak jako nic moc, tak jsem věděla, že chci studovat etopedii a přes etopedii jsem se dostala sem.

8. Jaký spatřujete význam v terénní práci ve smyslu nízkoprahové intervence- výměny jehel apod.?

Já si myslím, že je to velmi dobrá služba jak pro samotné klienty, ať už v rámci zdraví nebo i jejich chování ale je to dobré i pro společnost.

9. Dostává se k Vám touto cestou hodně klientů?

Jako přes terén? Terénní služba naše je výborná v tom, že když je tam třeba opravdu klient, který je na ulici nebo který žije ve squattu nebo nějakým způsobem by třeba potřeboval pomoci kontaktního centra, ať už ve smyslu sprcha, občerstvení nebo si tak jenom posedět v teple, dát si čaj, tak naši teréňáci jsou výborní. Jakože tady to funguje opravdu dobře.

10. Pokud ne, na základě čeho Vás klienti nejčastěji kontaktují?

Tak to záleží. Někteří klienti třeba přijdou, že o nás slyšeli, takže ze zajímavosti se přijdou podívat. Někteří klienti se k nám dostanou třeba s jiným klientem, který sem dochází a který třeba řekne, že existuje Káčko. Někteří klienti jsou odkazováni tím terénem nebo třeba i ambulance je tady poměrně známá v rámci gamblingu takže přes to. Podané ruce, že jo. Jsme zaštitěni stejnýma podanýma rukama. Takže ty cesty jsou celkem různé. Ale myslím si, že největší příliv klientů je na základě toho, že si to ti klienti řeknou mezi sebou. Spíš jako takhle. Že třeba když sem přijde..hlavně teď jako ty mladší ročníky třeba těm co jsou kolem těch dvaceti, tak jsem třeba přijde jeden, ale jako zjistí, že je to fajn v pohodě jakože tady prostě neděláme nic co by bylo takové hodně institucionální nebo třeba, že by jsme po nich chtěli nějaké informace, které by nám třeba hrozně nechtěli říct nebo to byla nějaká školní instituce, tak pak třeba přivedou své kamarády. Takže spíš bych řekla, že největší cesta je mezi těma klientama. Ty reference.

11. Myslíte si, že by bylo vhodné rozšířit aplikační místnosti do klubů po ČR?

Jestli jako do klubů, tak to nevím. Ale myslím si, že kdyby ty místnosti byly, tak je to určitě ku prospěchu věci.

12. Jaký typ intervence se ve Vašem zařízení nejvíce užívá (vzhledem ke konceptu mé práce rozdělení intervence podle činnosti: terapeutické, poradenské, nízkoprahové, volnočasové činnosti apod.).

Já si myslím, že nízkoprahovost a určitě jako poradenství

13. Jaké metody jsou ve Vašem pracovišti nejvíce využívány pro práci s mladistvými uživateli?

Používáme spíš motivační rozhovory, protože já ani kolega nemáme výcvik. A kolegyňka psycholožka, ta samozřejmě psychologické intervence má, když je teda potřeba, ale není na to spíš takový prostor. Takže že by jsme tady mohli dělat přímo terapie, nedokážu si to moc představit v praxi. Že by to bylo asi docela komplikovaný, protože on ten dopolední provoz je takový že se tu střídá třeba dvacet lidí, takže to by to vůbec nešlo a pracovat se skupinou...to by ta skupina musela chtít celá aspoň a to taky ne všichni klienti by na to byli nastavení. A odpoledne to by asi muselo být fakt jako nějak na domluvě.

14. Jaké metody se nejvíce užívají v práci s dospělými klienty?

To je podobné. Motivační rozhovory.

15. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u mladistvých uživatelů?

Motivační rozhovory

16. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u dospělých uživatelů?

Motivační rozhovory.

17. Využíváte terapie? Pokud ano, kterou? (Individuální, rodinnou skupinovou, případně kombinace).

Já jako terapie nevyužívám, ale jestli psycholožka to nevím, ale myslím si, že kdyby to bylo potřeba, tak jako určitě. A věřím tomu, že kdybychom si s kolegou dodělali výcvik a bylo by to potřeba, tak si myslím, že to není problém. Pokud je terapie využívána tak spíš individuální.

18. Která se z Vašeho pohledu pro mladistvé uživatele jeví jako nejefektivnější?

Spíš individuální.

19. V literatuře se setkáváme s nedoporučováním substituční léčby u mladistvých uživatelů. Jaká je praxe?

Já totiž ani nevím, jestli je tady někdo na substituci je. Co si vybavuju klienty, tak si myslím, že ani jeden z nich na substituci není. Jako já o tom nevím, že by tu byl někdo z mladistvých na substituci.

20. V jaké fázi užívání návykových látek se mladiství uživatelé na počátku léčby nejvíce nachází? Experiment, škodlivé užívání, závislost?

Já se domnívám, že podle toho co si zas tak jako přemílám ty klienty se kterými jsem dělala vstupní rozhovory, a co tak jakože o nich vím, tak experimentátoři tady-v dopoledním provozu by neměli být. Protože pro ně by to bylo nevhodný už jenom z hlediska toho, že by se tady dostávali do kontaktu s těma klientama, kteří už jsou závislí. Ve smyslu jako závislosti. Takže to asi ne. Tudíž spíš jako asi fakt klienti, se kterými, když se o tom bavíme tak většina z nich už je.

21. Jaký je z Vašeho pohledu největší předpoklad užívání návykových látek mladistvými z vývojového a sociokulturního hlediska?

Na tuhle otázku je asi těžký odpovědět, protože sem se nedostávají klienti, kteří by měli nějaký vysoký sociální status už jenom protože oni od nás ty služby nepotřebují, ani třeba jako tu výměnu protože všechno, co my jim dáme se dá koupit. Takže pokud oni mají nějaký hodně vysoký status, tak proč by sem chodili si něco prostě pořídit. Nebo to můžou právě nahradit ti terénaři v terénu, takže sem ten klient vlastně vůbec chodit nemusí. A já si myslím, že v době, kdy s drogama experimentuje skoro každý, tak je těžko říct, jestli status na to bude mít vliv.

22. Jak motivujete své klienty v léčbě závislosti?

Právě pomocí motivačních rozhovorů.

23. Využíváte motivačních rozhovorů?

Ano

24. Využíváte v léčbě mladistvých uživatelů také práci s rodinou? Pokud ano, jak taková práce vypadá?

Jo tak tady je to poměrně těžký. Protože je to anonymní služby, nízkoprahová služba, tak my se k těm rodinným příslušníkům, pokud to nebude chtít ten samotný klient nebo ten rodinný příslušník, nemáme jak dostat. Takže pro nás je to jako obtížný. Ale samozřejmě když třeba přijde rodinný příslušník s klientem nebo bez klienta, tak my se s ním samozřejmě bavíme, snažíme se mu pomoci. Ale jakože my by jsme mohli nějakým způsobem oslovit rodinu nebo třeba říct tomu klientovi: Hele dívej, ale tys tady třeba měl tuhle mamku, tak to pojďme to řešit s ní, tak to jako nemůžeme. Leda že je to ze strany toho klienta, nebo rodiče nebo jiného rodinného příslušníka.

25. Tvoří Vaši klientelu uživatelé, kteří se opakovaně léčí nebo jde spíše o „nováčky“?

Máme tady i uživatele, kteří už byli v léčbě. Ale spíš si myslím, že převažují klienti, kteří ještě na léčbě nebyli.

26. Jsou z dlouhodobého vývojového hlediska častějšími uživateli Vašich služeb spíše mladiství klienti, nebo dospělí uživatelé?

Jsem tu jenom krátce, ale jak jsem zmínila 60 na 40 pro ty dospělé.

27. Jste schopen/schopna odhadnout, kolik s Vašich klientů je vyléčeno a kolik zažije relaps?

Vzhledem k tomu, že k nám se dostanou pokaždé ti klienti, i když třeba byli v léčbě, tak to úplně nejsem schopna odhadnout, protože my tady máme klienty, kteří berou. My nevíme, jestli jsou po léčbě.

28. Jaká opatření používáte, aby k relapsu u klientů nedocházelo?

To je těžko říct

29. Jak jsou schopni Vaši klienti po léčbě fungovat v běžném životě?

Jo tak to je taky těžko říct, protože když je ten klient po léčbě... samozřejmě když jsou to třeba dlouhodobí klienti... ale na to by vám spíš odpověděla kolegyně. Když jsou to klienti, kteří třeba docházeli do Káčka a už jako navázali vztah s těma pracovníkama, tak když třeba se odstěhují nebo jsou zaměstnaní, nemají potřebu sem docházet. Nebo opravdu jsou po léčbě a chtějí abstinovat, tak se tady třeba občas objeví, aby

nám řekli, jak se mají, co dělají, jak to s němavypadá, nevypadá. Stává se to, ale tím že já ty klienty teprve jako poznávám, takže jsem zatím nezažila klienta, který by byl v léčbě a abstinovat, ale vím, že takoví klienti tady jsou.

30. Jakým způsobem pomáháte klienty resocializovat?

U nás je to těžké. My jako co můžeme, tak jim můžeme zkusit nabídnout pomocnou ruku v hledání bydlení, v hledání zaměstnání, v řešení právních záležitostí, pokud mají třeba nějaké exekuce, tak zkusit to s něma, vyřešit anebo pokud mají třeba nějaké jiné soudní záležitosti, které potřebují řešit. Tohle vše se s nima jako snažíme probrat, takže to je jako takový náš úkol. Ale v podstatě resocializace celou dobu probíhá a my se snažíme, aby opravdu do té společnosti jako co nejlépe zapluli. Když už si třeba najdou to bydlení: Tak, hele teďka máš bydlení, pojďme dořešit- tady má pořád ty exekuce. Zkusme to pozastavit nebo zkusme to zrušit nebo něco s tím udělat. Chce to po krůčcích, ale jde to.

31. Sledujete klienty i nadále po léčbě? Pokud ano, jak dlouho?

Po léčbě klienty nesledujeme. A vzhledem k tomu, že je to anonymní služba a my ty klienty nemáme jak dohledat. A ani by jsme to nedělali. Ale hlavně my jsme zařízení, kde je začátek a po léčbě je konec, takže by ani nebylo vhodné, abychom se prostě nějak snažili nakontaktovat ty klienty, protože by nebylo dobré, aby zase zpátky se dostali do prostředí, který jim spojuje to, když brali.

32. Jak tráví klienti po absolvování léčby svůj volný čas?

Těžko říct

33. Jaké jsou vztahy klientů s nedrogovou populací?

To je také záladná otázka. Tak já si myslím, že asi jako dobrý tým že hodně klientů má jakože kamarády, co neberou. Nevím samozřejmě třeba jestli ti lidi vědí, že ten klient něco bere nebo nebere. Na to se neptám a na to jako nepotřebuju ani znát osobně odpověď, ale stává se že kamarádi. Hodně tomu napomáhá třeba facebook. Víme o některých, že mají dobré vztahy s nedrogovou populací, ale samozřejmě je to v podstatě prostě komunita takže se hodně dobře znají i mezi sebou, ale nevylučuje to, že by nemohli znát někoho, kdo na těch drogách není. Třeba hlavně s těma mladšíma

kolem těch dvaceti jednadvaceti let tak ty mají hodně, třeba co já vím kamarády, kteří neberou. Je to třeba ale i uzpůsobený sociálním prostředím, ve kterém žijou. Takže třeba chodili do školy nebo kamarádi ze školy maj kamarády, jdou sednout na pivko, jdou na diskotéku, takže i takhle jsou ty vztahy navázaný.

Informant č. 7

Pracoviště: K-centrum

1. Kolik je Vám let?

36

2. Pohlaví (muž-žena)?

Žena

3. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

VŠ

4. Absolvoval/a jste nějaké typy výcviků, které uplatňujete při práci s uživateli návykových látek?

Klient v nízkoprahovém zařízení, psychoterapeutický výcvik SUR, Krizová intervence.

5. Jak dlouho pracujete s uživateli návykových látek?

13 let

6. Máte zkušenosti spíše s mladšími nebo staršími uživateli návykových látek? S věkovou skupinou 18 – 45 let.

7. Co pro Vás bylo motivací pro práci s uživateli návykových látek?

Porozumět a pomáhat této cílové skupině, které je veřejností vnímána jako nežádoucí.

8. Jaký spatřujete význam v terénní práci ve smyslu nízkoprahové intervence- výměny jehel apod.?

Velký, touto cestou se dostanou informace a služby HR i skryté skupině uživatelů, kteří z nějakého důvodu nechtějí navštěvovat K-centrum.

9. Dostává se k Vám touto cestou hodně klientů?

Ne, vyhovuje jim tato terénní forma služby.

10. Pokud ne, na základě čeho Vás klienti nejčastěji kontaktují?

Klienti se k nám dostávají na základě referencí jiných klientů, na doporučení jiné instituce, popř. na základě kontaktu pracovníků při besedách na školách.

11. Myslíte si, že by bylo vhodné rozšířit aplikační místnosti do klubů po ČR?

Nejsem odpůrce těchto místností, ale neumím v tuto chvíli posoudit, zda by měly být součástí klubů. Určitě by bylo zapotřebí zpracovat podrobnější analýzu a vzít všechna pro a proti ze zemí, kde podobné místnosti fungují.

12. Jaký typ intervence se ve Vašem zařízení nejvíce užívá (vzhledem ke konceptu mé práce rozdělení intervence podle činnosti: terapeutické, poradenské, nízkoprahové, volnočasové činnosti apod.).

Seřazeno od nejčastější: 1) nízkoprahové, 2) poradenské, 3) terapeutické, 4) volnočasové.

13. Jaké metody jsou ve Vašem pracovišti nejvíce využívány pro práci s mladistvými uživateli?

Naše zařízení momentálně nemá klienty mladší 18ti let.

14. Jaké metody se nejvíce užívají v práci s dospělými klienty?

Krizová intervence, případová práce, poradenství, mediace, motivační rozhovory,...

15. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u mladistvých uživatelů?

Motivační rozhovory, poradenství.

16. Které ze zmíněných metod jsou z Vašeho pohledu nejefektivnější u dospělých uživatelů?

Případová práce, krizová intervence, ...

17. Využíváte terapie? Pokud ano, kterou? (Individuální, rodinnou skupinovou, případně kombinace).

Individuální.

18. Která se z Vašeho pohledu pro mladistvé uživatele jeví jako nejefektivnější? Skupinová.

19. V literatuře se setkáváme s nedoporučováním substituční léčby u mladistvých uživatelů. Jaká je praxe?

Nedá se to takto obecně shrnout, zda doporučit, či nikoli. Jedná se o zcela individuální posouzení každého klienta - záleží na druhu NL, způsobu užití, fázi závislosti, zdravotním stavu, apod.

20. V jaké fázi užívání návykových látek se mladiství uživatelé na počátku léčby nejvíce nachází? Experiment, škodlivé užívání, závislost?

Nerozumím tomu, jaké léčby, ale pokud bychom se bavili o klientech, kteří přicházejí do K-centra, pak se jedná min. o škodlivé užívání.

21. Jaký je z Vašeho pohledu největší předpoklad užívání návykových látek mladistvými s vývojového a sociokulturního hlediska?

Nedostatečná komunikace s okolním světem, zvláště pak v rodině – myslím tím od útlého věku. Z toho pramenící nezáměr o své blízké, individualismus... Bylo by toho jistě na delší povídání...

22. Jak motivujete své klienty v léčbě závislosti?

Motivačními rozhovory, plánování s klientem, stanovení cílů.

23. Využíváte motivačních rozhovorů?

Ano

24. Využíváte v léčbě mladistvých uživatelů také práci s rodinou? Pokud ano, jak taková práce vypadá?

V minimální míře, respektive jsou případy, kdy máme v péči pouze rodiče, jejichž „dítě“ zatím nemá potřebu se sebou pracovat. I když je mladistvý, musí s léčbou souhlasit, tzn. přijít dobrovolně.

25. Tvoří Vaši klientelu uživatelé, kteří se opakovaně léčí nebo jde spíše o „nováčky“?

Většinou se jedná o opakované uživatele.

26. Jsou z dlouhodobého vývojového hlediska častějšími uživateli Vašich služeb spíše mladiství klienti, nebo dospělí uživatelé?

Dospělí.

27. Jste schopni/schopna odhadnout, kolik s Vašich klientů je vyléčeno a kolik zažije relaps?

Máme cca 180 klientů, z nichž dlouhodobě abstínuje 10%, relaps zažilo z těch, kteří absolvovali někdy léčbu asi 80%.

28. Jaká opatření používáte, aby k relapsu u klientů nedocházelo?

Motivačními rozhovory, plánování s klientem, stanovení cílů.

29. Jak jsou schopni Vaši klienti po léčbě fungovat v běžném životě?

Většinou ne.

30. Jakým způsobem pomáháte klienty resocializovat?

Poradenství, asistenční služba, mediace, pomoc při hledání zaměstnání, ubytování, apod...

31. Sledujete klienty i nadále po léčbě? Pokud ano, jak dlouho?

Někteří se po léčbě vracejí zpět do K-centra, recidivují, ti, kteří se rozhodnou abstinovat dávají o sobě sami více či méně vědět.

32. Jak tráví klienti po absolvování léčby svůj volný čas?

Netuším, pokud se opět nestanou klienty KC. Pak je to zřejmé.

33. Jaké jsou vztahy klientů s nedrogovou populací?

Ze strany klientů nemám pocit, že by byly jakékoli vztahy s nedrogovou populací negativní, je to dáno možná i tím, že ji sami nevyhledávají. Opačným směrem jsou klienti nedrogové populaci na obtíž již samotnou existencí.

Anotace

Jméno a příjmení	Pavλίna Martinková
Katedra	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby	2013

Název práce:	Možnosti intervence u mladistvých zneužívající nealkoholové, psychotropní a návykové látky.
Název v angličtině:	An intervention options for youths abusing addictive non-alcoholic and psychotropic substances.
Anotace práce:	Téma této diplomové práce je zaměřeno na možnosti intervence u mladistvých uživatelů nealkoholových návykových a psychotropních látek. Teoretická část práce je věnována možnostem intervence obecně. Cílem praktické části je mapování intervence a její úspěšnosti u mladistvých uživatelů v užším kontextu prostřednictvím zkoumání poskytovaných metod a forem intervence.
Klíčová slova:	Mladiství, vývojové aspekty, návykové látky, možnosti intervence.
Anotace v angličtině:	The topic of this thesis is focused on intervetion options among teenage users of non-alcoholic addictive and psychotropic substances. Theoretical part of this work is dedicated to an intervention possibilities in general. Goal of the practical part is to get a results of used interventions and their success rate among teenagers in closer context by researching used methods and forms of intervention.

Klíčová slova v angličtině:	Adolescents, developmental aspects, addictive substances, possible intervention.
Seznam příloh:	Příloha č. 1: Maslowova pyramida potřeb dle Šimíčkové-Čížkové (2010) Příloha č. 2: Informovaný souhlas Příloha č. 3: Otázky pro interwiev Příloha č. 4: Přepisy rozhovorů
Rozsah práce:	122 s.
Jazyk práce:	Český jazyk