

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Písemná práce k bakalářské zkoušce

**Integrace a resocializace mladých dospělých ohrožených
drogovou závislostí**

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

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

Radmila Jiříčková

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Praha

Srpen 2006

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma “Integrace a resocializace mladých dospělých ohrožených drogovou závislostí“ jsem vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 10.srpna 2006

Poděkování

Děkuji Lence Kubínové za odbornou pomoc a Mgr. Janu Kulhánkovi vedení , které mi poskytli při vypracování bakalářské práce.

OBSAH:

Předmluva	6
1 Úvod	8
2 Teoretická část	9
2.1 Základní pojmy nealkoholové toxikománie.....	9
2.1.1 Proč lidé užívají nelegální drogy?.....	11
2.2 Co je vlastně „závislost“?.....	12
2.2.1 Příznaky závislosti, abstinenční syndrom.....	13
2.2.2 Významné a rizikové faktory vzniku závislosti.....	14
2.2.3 Stadia vývoje závislosti.....	16
2.2.4 Stručný přehled drog.....	16
2.2.5 Somatické důsledky závislosti.....	19
2.2.6 Psychické důsledky závislosti.....	20
2.2.7 Sociální důsledky závislosti.....	21
2.2.8 Léčba.....	22
2.3 Prevence.....	23
3 Praktická část.....	25
3.1 Občanské sdružení RODIČE.....	25
3.2 Představení projektu.....	26
3.3 Zdůvodnění potřebnosti projektu.....	27
3.4 Obsah projektu.....	28
3.5 Cíle projektu.....	29
3.6 Charakteristika cílové skupiny.....	31
3.6.1 Mladý dospělý ohrožený sociálním vyloučením.....	31
3.6.2 Rodina klienta.....	33
3.6.3 Přínos pro cílovou skupinu.....	33
3.7 Doprovodná opatření.....	34
3.8 Udržitelnost projektu.....	35
3.9 Popis rizik a návrh opatření jak jim předcházet.....	36
3.10 Kontrola plnění kontraktu.....	37
3.11 Kdo pracuje v projektu.....	38
3.11.1 Má role.....	38

3.12 V čem je projekt inovativní.....	39
3.13 Podobné projekty v ČR.....	40
4 Diskuse.....	42
5 Shrnutí poznatků, závěr.....	43
Seznam použité literatury.....	45

Předmluva

Poprvé jsem se setkala s drogovou závislostí dospívajících a mladých dospělých v Centru 41 v Praze 10, což je občanské sdružení, které se zabývá terapeutickou pomocí a dalším poradenstvím rodičům těchto dětí.

„Centrum 41“ jsem navštívila v rámci školní exkurze. Zaujalo mne nejenom čím se občanské sdružení zabývá, ale také kdo v něm pracuje.

Vůdčí osobnosti nevyšly z řad odborníků, ale byly to matky dětí právě s tímto problémem (v té době již vyřešeným), které se rozhodly pomáhat rodinám ve stejné situaci, jakou prošly ony. V rámci svých možností si doplnily teoretické vzdělání a terapeutický výcvik, „přibraly“ do týmu profesionály, pronajaly si a zrekonstruovaly vhodné prostory, zažádaly o granty a také vložily své peníze aby vzniklo „Centrum 41 – Rodiče proti drogám“, které funguje již šest let.

Nyní přichází sdružení s unikátním projektem opětovného začleňování toxikomanů s kriminální minulostí do většinové společnosti a také do jejich vlastní rodiny. Jedná se o první projekt na území České republiky ve kterém se propojuje působení veřejného, soukromého a neziskového sektoru podporovaného intenzivní terapeutickou prací s klienty a jejich rodinami.

Z reakcí většiny české veřejnosti je zřejmé, že toxikomanii, toxikomany a dealery drog velmi odsuzuje. To je v pořádku a naprosto pochopitelné. Drogy jsou velké zlo a je třeba se ho bát. Strach posiluje i to, že se zdá být blízko nás a tím nás přímo ohrožuje. „Ten, kdo mu propadl, je už ztracen a pomoc si nezaslouží (může si za to sám – nikdo ho nenutil začít s drogou, jeho rodina je špatná a tak ho špatně vychovala), peníze i lidské síly jsou více třeba jinde. Bylo by třeba „je“(závislé) někde izolovat a tam ať si dožijí své bídné životy a nechají žít v klidu nás a naše děti.“

Za dva roky své praxe na rodičovských skupinách, jsem se setkala s mnohými rodiči, kteří tento silně odmítavý postoj původně zaujímal.

Když zjistili závislost (či experimentování) svého potomka a jejich prosby, vyhrožování a tresty k ničemu nevedly, setkali jsme se na skupinách. Jedna matka přirovnala zakotvení, přijetí, podporu a sdílenou zkušenost na rodičovské skupině ke světlu majáku, které se k ní pomalu prodírá skrz hustou mlhu bezradnosti a pocitů viny, která jí několik měsíců obklopovala. A světlo je nositelem naděje.

Ještě bych ráda dodala, že příběhy rodičů, kteří spolu se svými potomky problém vyřešili, jsou pro ostatní zdrojem obrovské motivace a bez nich by to snad ani nešlo.

„Koně lze přivést k pramenu, nelze mu ale nařídít, aby pil.“

České přísloví

„Na vrcholu bídy jsi schopen všeho.“

Čínské přísloví

1 Úvod

Tato práce se zabývá integrací a resocializací osob s kriminální minulostí ohrožených drogovou závislostí.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretické a praktické.

První část práce je teoretická. Nejprve definuji základní pojmy a otázky drogové problematiky a zabývám tím, proč lidé berou drogy. Dále se podrobněji věnuji problému závislosti – jejími příznaky, významnými a rizikovými faktory, které ji ovlivňují, stadii vývoje, jejími somatickými a psychickými důsledky. Mezi to vkládám přehled drog s jejich účinky a zdravotními riziky. Následující kapitoly jsou zaměřeny na sociální důsledky závislosti (pro rodinu, pro společnost) a teoretickou část uzavírám kapitolami o léčbě a prevenci.

Ve druhé, praktické části popisuji projekt „Integrace a resocializace mladých dospělých s kriminální minulostí ohrožených drogovou závislostí.“ Tento vznikl za podpory fondů Evropské unie, již probíhá jeho počáteční fáze a je situován v Praze 10. Po představení projektu se věnuji jeho obsahu, cílům a zdůvodňuji jeho potřebnost. Dále se zabývám charakteristikou cílových skupin. V následujících kapitolách se věnuji doprovodným opatřením projektu, jeho udržitelností, popisům možných rizik, kontrolou plnění kontraktu, otázkou v čem je projekt inovativní a zda již na našem území stejný či podobný projekt funguje. Mezi to vkládám kapitolu o týmu pracovníků a více o mé roli. Na závěr se zamýšlím nad projektem.

2 Teoretická část

2.1 Základní pojmy a otázky nealkoholové toxikománie

Za stěžejní termíny při orientaci v nealkoholové toxikománii považuji: drogu (psychoaktivní látku), akutní intoxikaci, drogový „experiment“, drogovou závislost, škodlivé užívání (abúzus), biologickou (somatickou) závislost, psychickou závislost. Dále chci říci, že od této chvíle se zabývám pouze tématem závislostí na nealkoholových drogách, což už dále v textu nebudu zdůrazňovat (používám už jen termín drogová závislost).

Psychoaktivní látka, droga

„Chemická nebo přírodní látka, která mění duševní stav člověka a ovlivňuje myšlení, cítění anebo jednání a to subjektivně žádoucím způsobem“ (Nešpor, Csémy, 1997, s.36).

Akutní intoxikace

„Je to přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, který vede k poruchám na úrovni vědomí, poznání, vnímání, emotivity, chování nebo jiných tělesných, duševních funkcí a reakcí. Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších či trvalejších problémů, vyvolaných požíváním drog“ (Nešpor, Csémy, 1997, s. 36).

„Experiment“ s drogou

„Experimentováním nazýváme pokusné, většinou jednorázové setkání s drogou“ (Skalík, Kuda, Počarovský, 1998, s. 25).

Škodlivé užívání – abúzus

„Vzorec užívání, který poškozují zdraví. Poškození může být tělesné (např. žloutenka při nitrožilním přijímání drog), nebo duševní (např. deprese)“ (Nešpor, Csémy, 1997, s. 36).

Drogová závislost

Dle Skalíka, Kudy a Počarovského (1998) je charakterizována jako:

- 1) přání, potřeba či nutkání užívat drogu a pokračovat v užívání za každou cenu
- 2) tendence zvyšovat dávky
- 3) fyzická nebo psychická závislost nebo jejich kombinace.

Při používání drog v pravidelných nebo průběžných intervalech, když jsou splněny tři výše uvedené podmínky, hovoříme o drogové závislosti .

Jednotlivé drogy mají různé účinky a vyvolávají různý typ závislosti:

Biologická (somatická) závislost

Je to stav adaptace organismu na drogu doprovázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení stejného efektu potřebuje stále větší a větší dávku). Při přerušení přísunu drogy tělo reaguje **abstinenčním syndromem**. Abstinenční příznaky závisí na míře fyzické závislosti a typu drogy (Merck Manual, 1996, s.13 až 37)

Psychická závislost

Definuje se jako „potřeba užívat opakovaně nebo trvale drogu k vyvolání příjemných zážitků a k odstranění prožitků nepříjemných a zatěžujících“ (Vágnerová, 1999, s. 289).

V duševním stavu se projevuje různým stupněm požit drogu a pouhé přání přechází až v neodolatelnou touhu dle Nešpora (1998) tzv. **bažení**.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) je bažení popsáno jako „silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky“. Souvisí také s dalšími znaky závislosti jako je zhoršené sebeovládání nebo to, že člověk pokračuje v naruživém chování navzdory škodlivým důsledkům, které jsou mu známé.

Je rozdíl mezi bažením a prostým chtěním? Ano, dle některých vědců je mezi tím podstatný rozdíl. Velmi stručně řečeno, při bažení se na rozdíl do obvyčejného chtění aktivují jiné vývojově starší oblasti mozku.

(Nešpor, Csémy, 1999, s. 6)

Přesné rozlišení mezi biologickou a psychickou závislostí je obtížné, dle Halgina a Whitbournea (1994): „na buněčné úrovni jde o jeden mechanismus“ (cit. dle Vágnerové, 1999, s. 289).

Jak dlouhá je cesta ke vzniku drogové závislosti?

Tato cesta je velmi individuální a závisí na typu drogy, osobnosti člověka a na dalších okolnostech. Je však třeba zdůraznit, že až na konec této cesty (tedy k drogové závislosti) dojde jen menší část těch, kteří s drogou experimentují. Nelze tedy jednoznačně říci, že závislost vzniká již po první dávce drogy. Ovšem na druhé straně je někdy těžké rozpoznat počáteční experimenty s drogou od počátečního užívání.

Které druhy drog mladí lidé nejčastěji užívají?

Užívání drog podléhá mnohým vlivům. Fakt, že se určité drogy vyskytují častěji než jiné, určuje dostupnost, cena, módní vlivy i tradice, stejně jako obratnost dealerů, kteří vytváří drogový trh. Samozřejmě musí existovat poptávka po drogách.

V současné době se v Praze v drtivé většině případů užívá marihuana, daleko za ní je pervitin, heroin, LSD a ředidla (Skalík, Kuda, Počarovský, 1998, s. 26).

2.1.1 Proč lidé užívají drogy?

Nealkoholové drogy jsou relativně novou součástí naší kultury a společnost se s nimi ještě nenaučila přiměřeně zacházet. Riziko sankcí i jistá sociální stigmatizace do určité míry posilují tendenci mladých lidí okusit takovou drogu. Na druhé straně není možné odstranit sankcionování užívání a obchodu s drogami, protože zejména na tzv. „tvrdých drogách“ (heroin, pervitin) vzniká závislost velmi rychle.

Motivace k užívání psychoaktivních látek by se dala shrnout do několika bodů (Vágnerová, 2002, s. 288)

- Potřeba vyřešit problémy – únik stresu, frustraci, uvolnit zábrany.
- Potřeba dosáhnout uspokojení, které není jinak dosažitelné.
- Potřeba uniknout stereotypu, nudě, získat inspiraci.
- Potřeba sociální konformity, být akceptován subkulturou, kde tyto látky patří ke standartu.

Důsledkem užívání psychoaktivních látek může být:

- Akutní intoxikace
- Psychické nebo somatické poškození
- Závislost

2.2 Co je to vlastně „závislost“?

Drogová závislost je onemocnění. Je charakteristické naléhavou touhou po účincích drogy, kterou nemocný užívá i přes to, že si tím způsobuje řadu nepříjemných problémů. K závislosti se člověk obvykle dostane přes experimentování a postupem času i přes pravidelné užívání drogy. Mnoho lidí trpí závislostí v chronické podobě, kdy po obdobích abstinence opět upadají do návyku. Zpočátku může dotyčný užívání drogy kontrolovat – ale to obvykle nedělá natolik, aby s tím přestal.

Poněkud zjednodušená definice dle MKN-10 říká:

Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát drogy. Pro stanovení diagnózy se obvykle vyžaduje, aby během posledních 12 měsíců došlo ke třem nebo více příznakům závislosti.

2.2.1 Příznaky závislosti, abstinenční syndrom

Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání drogy.

Závislost (návyk) představuje životní styl zaměřený na drogu. Závislost se může vytvořit jak na úrovni biologické, tak na úrovni psychické (Merck Manual, 1996). Závislost se projevuje příznaky, které musí trvat určitou dobu (12 měsíců):

Příznaky závislosti (Vágnerová, 2002, s. 289)

- Silná potřeba užívat látku.
- Neschopnost si ji odepřít či omezit.
- Roste tolerance organismu na drogu, což se projevuje vyžadováním vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku, původně vyvolaného nižšími dávkami.
- Potřeba látky dominuje zájmům.
- Potřeba přetrvává, uživatel by ji chtěl omezit, přestat, ale nejde to.
- Pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.
- Abstinenční syndrom

Abstinenční syndrom – dostaví při přerušení přísunu drogy, jeho projevy jsou závislé na délce abúzu.

- 1) Tělesné – svalové křeče, motorický neklid, pocení, bolesti svalů a kloubů, průjem, nevolnost, zvracení, žaludeční křeče.
- 2) Psychické – neklid, podráždění, deprese, úzkost, emoční labilita, skleslost, zmatenost, hostilita, agresivita.

2.2.2 Významné a rizikové faktory ovlivňující vznik závislosti

Rizikové faktory ovlivňující vznik závislosti jsou jednak osobnost člověka (např. jeho schopnost zvládat stresové situace bez kompenzace v podobě užití drogy).

Podle Hartla a Hartlové (2001) - kompenzace:“ vyrovnání, náhrada v psychologii představuje aktivní způsob, jímž se člověk vyrovnává s životními nezdary, jímž řeší konflikty a reaguje na frustraci, a to změnou cíle, nebo cesty k němu.“

A dále je to vnější prostředí (výchova, zázemí, vliv party). Rozhodně můžeme říci, že uspokojivé sociální zakotvení – pokud existují fungující vztahy s lidmi schopnými poskytnout potřebnou podporu – snižuje riziko vzniku závislosti.

Také platí, že doposud nebyla vědecky prokázána určitá typická osobnost (nebo profil osobnosti) tendující k užívání drog (Urban, 1973, Netík a kol. 1991). Lze tedy říci, **že každý člověk si může vytvořit závislost na psychoaktivní látce.**

Sociální rizikové faktory závislosti (Vágnerová, 1999, s, 297):

- Městské prostředí – větší pravděpodobnost nabídky drogy.
- Porucha funkce rodiny, absence citové akceptace, absence disciplíny.
- Nižší úroveň vzdělání, neúspěch ve škole – 70% závislých jedinců mělo pouze základní vzdělání.
- Zvýšený vliv party (subkultury), která má vlastní odlišné normy a hodnoty.
- Rodiče sami svým jednáním vytvářejí sociální model způsobu řešení problémů – nadměrně užívají léky či alkohol.

Psychické rizikové faktory z výzkumu V. Vojtíka a V. Břicháčka (1981) zaměřeného na zjištění psychických vlastností závislých jedinců a jejich typických způsobů zvládnání zátěží:

- Emoční prožívání – nedostatek vnitřní pohody, zvýšená dráždivost a labilita, napětí, úzkosti, deprese, pocit generalizované frustrace.
- Rozumové hodnocení – obtížná orientace v situacích, neschopnost adekvátně posoudit sebe a druhé, nízká sebedůvěra, nedostatek konzistentního a integrovaného směřování (neví, kam směřují, prožívají konflikty z toho, co chtějí).
- Odchytky v oblasti autoregulace – oslabení volní složky, tendence k impulsivitě, neschopnost odložit Dospívající je také nejistý a mnohdy si uspokojení aktuálně pociťovaných potřeb, které vyplývá z absence dlouhodobého směřování, situačně ovládané jednání, nezdrženlivé jednání, zvýšená touha po větším vzrušení než poskytuje běžný život.
- Rigidita reagování – užívání stále stejných – nevhodných-vzorců pro řešení situací. Výsledkem pak bývají další neúspěchy a zátěže, které posilují obecný pocit frustrace.

Takto disponovaní lidé, kteří často pociťují nepohodu, nedovedou se dobře orientovat jsou nejistí, labilní a neschopní zvládat problémy, se častěji dostávají do stresu. Riziko je hlavně v tom, že zátěž pro ně představují i běžné situace. Droga se stává přijatelným prostředkem řešení, neboť je poskytuje hned a bez námahy (Vágnerová, 1999, s. 298)

Největší riziko vzniku závislosti je u mladých lidí

V roce 1996 mladí lidé ve věku 15-24 tvořili 75% uživatelů drog. Převažují muži, i když se poměr pomalu vyrovnává (1,9:1) (LN, 1997)

Mladistvím chybí náhled na vlastní zranitelnost, mají zvýšenou tendenci riskovat. Odmítají životní styl a hodnoty dospělých, což vede k experimentu drogami.

Bývají nejistí a nevěří si, což je součást procesu vytváření si vlastní identity. Droga může tyto pocity kompenzovat.

2.2.3 Stadia vývoje závislosti

Dle Netíka a kol. (1990) se proces vzniku závislosti dá rozdělit do 4 etap:

1) **Stadium experimentování** – může vycházet z nudy, zvědavosti, touhy po něčem neobyčejném, také lze takto (požíváním něčeho tabuizovaného) prokázat svou nezávislost na autoritách.

Sociální model – lidé, kteří drogu užívají a jsou pro adolescenta atraktivní hrají značnou roli, v současné době je také o módu.

Potřeba uniknout od problémů, osobní nouze (problém, se kterým si nevím rady).

2) **Stadium příležitostného užívání** – větší abúzus, ale ještě ne pravidelný. Utíká z nudy nebo problémů, užívání většinou tají.

3) **Fáze pravidelného užívání** – užívá stále častěji, ale stále popírá riziko takového užívání.

4) **Fáze návykového užívání** – s postupující závislostí se zvyšuje lhostejnost ke všemu, co se drog netýká, začíná se stýkat jen se závislými. Nesnaží se zakrývat návyk, ztrácí profesní roli, stává se nespolehlivým a bezohledným, droga už nepovznáší, stává se potřebnou. Buď se s ní člověk smiřuje, nebo se jí chce zbavit, protože se děsí rozpadu své osobnosti.

2.2.4 Přehled drog, jejich účinky a zdravotní rizika

1) Opiáty

Opium, morfin, heroin

Aplikace: intravenózně, kouřením, šňupáním.

Vyvolávají rychle silnou biologickou a psychickou závislost. Je zde silné riziko předávkování, zvláště proto, že nikdy není jasné, jak silná je koupená droga.

Účinky: blažené uvolnění, útlum, otupělost až obluzení, omezení funkce pozornosti, paměti a úsudku. Heroin účinkuje až šest hodin. Při závislosti se objevují po vysazení abstinenční příznaky: pocení, mrazení, křeče. Opiáty postupně devastují osobnost, ničí schopnost sebekontroly a respekt k normám.

Zdravotní rizika: mdloby, koma, zvracení. Při předávkování dochází k zástavě srdeční činnosti. Užívání nesterilních stříkaček a jehel je spojeno s rizikem nákazy virem HIV/AIDS nebo hepatitidou typu B (Hajný, 2001_Skalík, Kuda, Počarovský, 1998_Nešpor, 1995_Merck Manual, 1996).

2) Konopí (cannabis)

Hašiš, marihuana

Aplikace: kouřením, rozpuštěním v mléce, v cukroví atd.

Získávají se z indického konopí, účinná látka je tetrahydrokanabinol, účinkuje 2-4 hodiny.

Účinky: euforizující, ale mohou způsobit i úzkost, vedou k iluzi zpomalení času, taktilní iluze a halucinace. Pravidelné kouření oslabuje paměť, zhoršuje učení, zhoršuje dlouhodobě psychiku, zvyšuje pravděpodobnost výskytu schizofrenie.

Zdravotní rizika: zánět dýchacích cest, rozvinutí psychotických příznaků. Při dlouhodobém užívání se dostavuje amotivační syndrom – lhostejnost, apatie, snížená péče o zevnějšek, nechť řešit problémy (Hajný, 2001_Skalík, Kuda, Počarovský, 1998).

3) Sedativa a hypnotika

Jde o zneužívání různých léčiv. Vzniká psychická i biologická závislost. Velice těžké průběhy abstinčního syndromu, může končit i smrtí.

Účinky: navození útlumu, zpomalení reaktivity, poruchy myšlení, zhoršení pozornosti a paměti, výkyvy emočního ladění (Merck Manual, 1996).

3) Skupina stimulačních látek

Pervitin, speed, kokain, efedrin

Aplikace: intravenózně, šňupáním.

Na pervitinu nevzniká biologická závislost.

Účinky: tělesná i duševní stimulace, pocit síly a nadřazenosti, neklid, snížení pocitu hladu a únavy, euforie, trvání 1-8 hodin, vyskytují se poruchy myšlení, zbytnělá fantazie. Abstinční příznaky: deprese, suicidální tendence, poruchy spánku.

Při dlouhodobém užívání: vzniká velmi silná psychická závislost, deprese, poruchy paměti, agresivita, paranoidně halucinatorní syndrom v rámci vznikající toxické psychózy, záchvaty křečí, srdeční selhání, nadměrné vyčerpání organismu, možnost nákazy viru HIV či hepatitidou typu B z infikovaných injekčních stříkaček (Hajný, 2001_Skalík, Kuda, Počarovský, 1998).

4) Halucinogenní látky

LSD, psilocybin (lysohlávky)

Aplikace: perorálně, LSD se aplikuje rozpuštěné na papírku (trip), lysohlávky se jí.

Účinky: zintenzivnění smyslového vnímání doprovázené zvýšenou fantazií a halucinacemi, změny nálady a vnímání, depersonalizace a derealizace, porucha soudnosti, impulsivní jednání – velmi nebezpečné, člověk může např. vyskočit z okna v domnění, že může létat.

LSD, lysohlávky: mystické až náboženské zážitky, halucinace, úzkost, bludy, trvá 5-12 hodin, intoxikace se podobá schizofrenii (zjištěno při experimentech).

Halucinogeny nevyvolávají biologickou závislost, ale objevují se tzv. flashbacky i po delší době abstinence (Hajný, 2001_Skalník, Kuda, Počarovský, 1998).

5) Organická rozpouštědla

Toluen, trichlorethylen, benzin atd.

Levná, snadno dostupná, velké riziko zdravotního poškození a smrti. Aplikace: inhalace např. z namočeného hadru.

Účinky: apatie, ospalost, zhoršení pozornosti, paměti, myšlení a artikulace, vrávorání, nepřiměřené emoční reakce.

Chronické užívání má závažné zdravotní důsledky, vede k celkové degradaci osobnosti, zanedbávání zevnějšku, hrubosti, bezohlednosti, nakonec až k demenci (Nešpor, 1995_Smolík, 1996_Merck Manual, 1996).

6) Taneční drogy

Extáze, MDMA (methyldioxymethaphetamin)

Aplikace: barevné tablety či kapsle, které se polykají.

Účinky: pocit radosti a euforie, silná empatie, mírné halucinace, přehřívání organismu.

Zdravotní rizika: poškození psychiky – u dlouhodobého užívání vznik toxické psychózy, kolaps organismu způsobeného dehydratací (Hajný, 2001).

2.2.5 Somatické důsledky závislosti

Závislost, která vede k nadměrnému užívání drog, poškozuje člověka biologicky, psychicky i sociálně.

Dle Robina a Michelsona (1988) může být primárně či sekundárně poškozeno somatické zdraví jedince (např. změnou stylu života, nerespektováním hygienických pravidel při nitrožilní aplikaci atd.). Dále může dojít k poškození centrální nervové soustavy, jater, ledvin, zažívacího traktu, cév, je značné riziko infekce hepatitidy a HIV atd. (cit. Dle Vágnerové, 1999, s. 303).

Negativně se mění také zevnějšek – nápadné hubnutí, devastace žilního systému, vpichy se mění v abscesy. Závislý člověk celkově tělesně chátrá a přestává o sebe dbát.

2.2.6 Psychické důsledky závislosti

Dlouhodobé užívání drog vede ke změně celé osobnosti závislého jedince - k tzv. **organickému psychosyndromu** – změně osobnosti vyvolané poškozením mozku (Vágnerová, 1999, s.303):

- Deformace emočního prožívání – nepřiměřenost citových reakcí, labilita, dráždivost.
- Kognitivní oblast – špatná koncentrace, paměť, může vést k demenci.
- Aktivační úroveň – buď aktivizován pod vlivem nebo v úplném útlumu, také naopak.
- Hierarchie hodnot – není dostatek vůle k překonání obtíží ani sebeovládání pro nezvyšování dávky, absence pocitu viny po delší době užívání, jediný cíl je droga.
- Životní styl – ochuzený stereotyp – aktivity pro získání drogy a užití a stále dokola.
- Nakonec zbývá jen droga, není plán budoucnosti, jen přítomnost.
- Osobnost upadá, psychopatizace, úbytek schopností.

- Poruchy psychotického charakteru – poruchy vnímání, halucinace, bludy, neadekvátní emoce (silná úzkost), poruchy psychomotoriky (ztuhnutí) (Mareček, 1996, Smolík, 1996).
- Amnestická porucha, demence (Smolík, 1996_ Mareček, 1996)
- Potíže nemusí ustoupit ani po krátkodobé abstinenci, objevují se tzv. psychické reminiscence neboli flashbacky (spontánní návraty halucinací atd.) až dva roky po začátku abstinence (Nešpor, 1995_ Smolík, 1996).

2.2.7 Sociální důsledky závislosti

Sociální důsledky velmi často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí.

Závislí jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání či do školy.

Mění se jeho vztahy s lidmi – pro okolí je většinou jeho chování nepřijatelné.

Stává se nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních . Parazituje na své rodině či společnosti (ačkoli demonstruje svou svobodu).

Pro získání prostředků na drogy je ochoten krást, prostituovat, podvádět a využívat své blízké. Odejde-li od své rodiny, přebývá u dalších závislých či je bezdomovcem (Vágnerová, 1999, s. 305).

Jediná hodnota v jeho životě je droga.

Rodina

Drogově závislý jedinec devastuje rodinu. Ta reaguje na zjištění, že jejich dítě bere drogy velmi často nepřiměřeně a neúčelně (hledají kde se stala chyba, viní se navzájem ze špatné výchovy či naopak dítě chrání a nechtějí si onu skutečnost připustit).

Adekvátní reakcí je porada s odborníky na drogovou problematiku.

Podle zjištění Netíka a kol. (1990) tak reaguje jen 26% rodičů.

Společnost

V naší zemi je silná tendence drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat (Vágnerová, 1999, s. 307). Pohrdání a odpor společnosti nakonec toxikomana donutí, aby se identifikoval s drogovou subkulturou (ta jediná ho neodmítá). Ovšem negativní postoj společnosti je problém i pro abstinující jedince, kteří prošli léčbou. Stále musí čelit nedůvěře svého okolí.

K. Netík a kol. (1990) se pokusil klasifikovat typy chování a životního stylu různých drogově závislých delikventů:

- 1) Nezodpovědný a nestálý typ – nezralý, nedokáže se vyrovnat se zátěží, uniká, droga je jeden ze způsobů, neschopen zvládnout sociální role, nemá pevné vztahy k lidem ani žádné osobní zaměření, podléhá vlivu aktuálních podnětů, je nezdrženlivý, hlavní motivací je dosahování příjemných pocitů.
- 2) Egocentrický a bezohledný typ – citově plochý, lidé jsou pro něj jen prostředkem, necitlivý, potřeba vysokého hodnocení od ostatních, kterou si někdy vynucuje.

Tyto charakteristiky jsou podobné disociální a emočně nestabilní poruše osobnosti.

2.2.8 Léčba

Závislosti na droze se ve většině případů nedokáže toxikoman zbavit sám, **potřebuje pomoc odborníků**.

Radu i pomoc poskytují střediska pro drogově závislé, které zaručují, že dotyčný nebude nikde registrován. K. Nešpor (1995) zdůrazňuje co nejčasnější pomoc uživateli drog i jeho rodině. K tomu slouží linky důvěry, kontaktní centra apod.

Závislí se mohou léčit na specializovaném oddělení psychiatrické léčebny či v různých terapeutických komunitách.

Nejdůležitější podmínkou je **motivace závislého člověka** k životu bez drogy, jeho vůle přestat s drogou. Bez toho nelze ničeho dosáhnout (Vágnerová, 1999, s. 308).

2.3 Prevence

Slovo „prevence“ je latinského původu a znamená opatření učiněná předem, včasnou obranu nebo ochranu. Přibližně od konce 50. let se prevence rozdělila na primární a sekundární. Cílem prevence je předcházet nemoci před tím, než vznikne. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození. Od šedesátých let se navíc hovoří o terciální prevenci. Ta se použije po té, co nemoc způsobila poškození, jejím cílem je předejít dalším škodám (Nešpor, Csémy, Pernicová Praha 1999, s. 7).

Tuto definici lze vztáhnout i na prevenci škod působených návykovými látkami:

- Primární prevence – předcházení – podporující žádoucí chování u těch, kdo je ještě nezačali škodlivě užívat (v současné době se dostávají do módy metody volnočasových aktivit) či specificky zaměřené proti drogám (přednášky, příručky atd.)
- Sekundární p. – zaměřená na rizikovou skupinu (prevence AIDS, testování extází atd.)
- Terciální p. – snaha o zmírnění následků u uživatelů (někdy podoba „menšího zla“) – metadonový program, výměny jehel, zdravotní prohlídky.

Nešpor, Csémy, Pernicová (1999, s.7) uvádějí, že v severoamerické odborné literatuře se setkáváme i s tímto rozdělením:

Prevence. Ta se dělí dál na tři podskupiny.

1.A. Všeobecná prevence je určena celé populaci, např. všem dospívajícím v určité oblasti.

1.B. Selektivní prevence má za cílovou populaci děti a dospívajících se zvýšeným rizikem, kteří ještě návykové látky neužívají (např. hyperaktivní děti s poruchou pozornosti nebo s poruchami chování, děti s chronickým bolestivým onemocněním, s duševními problémy atd.).

1.C. Indikovaná prevence je určena těm dětem a dospívajícím, u kterých není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost na návykových látkách, ale kteří vykazují varovné známky užívání návykových látek.

2. Léčba. Je určena závislým uživatelům.

3. Udržování stavu a prevence recidiv.

Uvedené severoamerické rozdělení je užitečné. Strategie všeobecné prevence (u celé populace) a selektivní prevence (u zvláště ohrožených) se podstatně liší, i když se jedná v obou případech o primární prevenci.

3 Praktická část

3.1 Úvod Občanské sdružení RODIČE

Jedná se o skupinu rodičů (matek), které se poznaly na skupinové psychoterapii rodičů dětí závislých na nealkoholových drogách v Drop Inu. Sblížil je nejen společný problém jejich dětí, ale také aktivní přístup k jeho řešení. Přesto, že každá je jiné profese, jiného vzdělání i naturelu, daly před 6 lety vzniknout občanskému sdružení „Rodiče proti drogám“, ze kterého vypučelo po pěti letech práce a sbírání zkušeností o něco sebevědomější a košatější občanskému sdružení RODIČE.

A pro koho tento projekt vznikl ?

Je určený mladým dospělým (ve věku 21 – 28 let) s neléčenou drogovou závislostí, s kriminální minulostí, kteří právě opouštějí nápravně výchovný ústav.

Realizační tým tvoří tři pracovníci v přímé péči, jeden technickoadministrativní pracovník, jeden laický terapeut pro práci ve skupinách.

V čem projekt spočívá?

Nabízí okamžité řešení zaměstnanosti klienta (ohroženého sociálním vyloučením) a dále poskytuje komplexní sociálně terapeutický a resocializační plán.

Podmínkou přijetí do programu je, spolu s věkovou hranicí, práce s rodinou klienta a nepochybná abstinence klienta.

3.2 Představení projektu

Jedná se o projekt Integrace a resocializace osob ohrožených drogovou závislostí (The Integrations and Resocializations of Persons Endagered by Drugs Abuse). Datum zahájení je 1. července 2006 a doba trvání je 24 měsíců. Místo realizace je Praha 10. Celkové náklady činí 6 658 000 Kč – veřejně spolufinancována je celá částka.

Partneři projektu jsou:

Probační a mediační služba České republiky (PMS ČR) která:

- „usiluje o zprostředkování účinného a společensky prospěšného řešení konfliktů spojených s trestnou činností a současně organizuje a zajišťuje efektivní a důstojný výkon alternativních trestů a opatření s důrazem na zájmy poškozených, ochranu komunity a prevenci kriminality.“
- „představuje novou instituci na poli trestní politiky, vychází ze součinnosti dvou profesí –sociální práce a práva, zejména trestního. Vyváženým propojením obou se vytváří nová multi-disciplinární profese v systému trestní justice.“¹

Soukromá mateřská škola zaměřená na komunikaci v cizím jazyce

Autoslužby

Prodejna potravin

Výše uvedení provozovatelé soukromých firem poskytují celkem devět pracovních míst, pro které není rozhodující kvalifikace. Jedná se o pomocné síly v provozech (kuchyň, zahrada, prádelna, sklad).

Důvod zapojení do projektu: soukromí podnikatelé byli několik let klienty o.s. Rodiče proti drogám, řešili vznikající problém – drogový experiment – dospívajícího potomka. Jsou tedy schopni rozeznat vznikající problém na pracovišti, včas situaci vyhodnotit a začít ji řešit.

3.3 Zdůvodnění potřebnosti projektu

¹ Více: http://www.pmscr.cz/scripts/index.php?id_nad=10

Spolupráce s Probační a mediační službou ČR byla započata při semináři v rámci projektu Phare CZO2/IB/JH na téma „Strategické plánování trestní politiky při řešení a snižování kriminality mládeže.“

Zde poprvé zazněla poptávka pro programech individuálně podporujících integraci, zaměstnanost a resocializaci osob propuštěných z výkonu trestu. Jedná se o mladé dospělé, kteří se do konfliktu se zákonem dostali v důsledku zneužívání psychoaktivních látek. Obdobnou poptávku vyjadřovali také rodiče dětí, které prošli nápravně výchovným zařízením za drogový delikt (klienti občanského sdružení Rodiče proti drogám.)

Pro mladého člověka je příchod z NVÚ či vazby velmi zátěžovým obdobím a stejně tak pro jeho rodinu. Domnívá se, že nepotřebuje léčbu, neboť v izolaci drogy nebral a zvládl ji. Odmítá se „nechat zavřít“ do léčebny a většinou nezvažuje ani ambulantní léčbu. Vnímá především to, že potřebuje zaměstnání.

Možný neúspěch při hledání práce u něj zvyšuje možnost relapsu (porušení abstinence).

Projekt je situován a realizován v Praze, neboť jak vyplývá ze zprávy „Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009“ je právě hlavní město charakterizováno horším sociálním prostředím a vyšší koncentrací kriminality a „drogových trestných činů“. I proto je časová prodleva při hledání uplatnění na pracovním trhu rizikovým faktorem.

Rodina je většinou nastavena svému dítěti po propuštění z NVÚ poskytnout pomoc. (v izolaci jejich dítě mluvilo tak rozumě a k drogám se už vrátit nechce).

Není-li však rodina napojena na podpůrnou skupinu, či nedochází-li alespoň jeden z jejích členů k odbornému terapeutovi, je nepřipravena na návrat dítěte.

Jak jsem již letmo zmínila v úvodu nabízí tento program řešení zaměstnanosti – klient okamžitě po odchodu z NVÚ nastupuje do podporovaného zaměstnání. Dále se mu dostává komplexní sociálně terapeutické a resocializační péče (individuální terapie, skupinová terapie, sociální práce, poradenská práce, vzdělávací nabídky). Podmínkou přijetí klienta je jeho dostatečná motivace a práce s rodinou (vrací-li se klient do rodiny), která je kontaktována ještě v době, kdy je klient ve výkonu trestu a je též připravována na návrat dítěte domů.

3.4 Obsah projektu

Jde o podpůrný sociálně terapeutický program, jehož cílem je upevnění nebo vytvoření pracovních návyků klienta s drogovou a kriminální minulostí. Vznikl jako reakce na dosud neexistující podobný projekt na území hlavního města Prahy.

Pro tento projekt jsou vybíráni klienti ve spolupráci s Probační a mediační službou České republiky.

Program nabízí chráněná pracovní místa pro cílovou skupinu mladých dospělých po ukončení výkonu trestu, případně krátkodobé léčby, prokazatelně abstinujících.

Pokud klient řádně a v předem určeném termínu (součást kontraktu) ukončí program, tzn. najde si vhodné zaměstnání, ukotví své soužití v rodině a pokračuje v abstinenci, je nahrazen dalším klientem čekatelem. Má-li i po ukončení programu zájem i nadále spolupracovat se sdružením, může se účastnit skupinových i dalších aktivit. Má právo zůstat v terapeuticko-sociální podpůrné síti zařízení, rodinu nevyjímaje, ovšem bez dalšího nároku na podporované zaměstnání.

Pokud ukončí klient program v důsledku porušení abstinence, je předán do péče specializovaného zařízení (léčena, komunita a jiné). Rodina může v programu setrvat nebo jí pracovník nabídne kontakt na jinou organizaci pracující s rodinami toxikomanů.

Projekt nabízí:

- chráněná pracovní místa (řádné zaměstnání – tzn. uzavření smlouvy, ne brigáda či jiná forma práce) po dobu šesti až dvanácti měsíců po propuštění z NVÚ
- upravení pracovních návyků
- získání zápočtového listu
- vlastní příjem (možnost začít splácet dluhy vzniklé jeho předchozím životním stylem – splátkové kalendáře, odklady či prominutí plateb)
- pomoc při obnovování vztahů v rodině – klient se vrací do rodiny, která je na jeho návrat dobře připravena
- postupné včleňování se do společnosti
- nabídka vzdělávacích programů
- klient je v ambulantním léčebném programu
- má bezplatný terapeutický program
- klient i jeho rodina mají možnost dlouhodobě spolupracovat v terapeutických skupinách i po ukončení programu.

Psychoterapeutický aspekt: - zlepšování orientace v realitě bez drog

- přijetí pokorného zakotvení v této realitě
- jasné definování některých tabuizovaných způsobů chování vedoucích do drogového světa.

3.5 Cíle projektu

- 1) Společně s Probační a mediační službou ČR vybudovat záchytné psycho-sociálně terapeutické sítě pro celou rodinu. Vzhledem k tomu, že PMS ČR spolu s Vězeňskou službou již podobný projekt realizuje (vyhledávání obviněných vhodných pro výkon alternativních či kratších trestů, případně stanovení probačního dohledu), je tento projekt dalším nezbytným krokem k resocializaci klienta.

- 2) Vytvoření chráněného pracovního místa pro velmi problematickou cílovou skupinu klientů po dobu šesti měsíců nejméně a dvanácti měsíců nejdéle. S pomocí partnerských organizací vytvořit širokou nabídku pracovních míst, která nevyžadují zvláštní kvalifikační specializaci. Tato pracovní místa budou vždy vedena zkušeným kmenovým pracovníkem soukromé firmy, který úzce spolupracuje s e sociálním pracovníkem o.s. RODIČE a je s celou situací předem obeznámen.
- 3) Získání nebo znovuobjevení a upevnění pracovních návyků klienta. S využitím socioterapie obnovit sociální návyky a zvýšit tak klientovu sociální kompetenci. Nastavit klientovi sociálně přijatelnou realitu.
- 4) Poskytování pomoci při hledání rekvalifikačních a vzdělávacích programů.
- 5) Podporovat celoživotní vzdělávání zaměstnanců vedoucí k rozvoji kvality služeb – vedoucí k růstu profesnímu i lidskému.
- 6) Získané zkušenosti využívat ke zdokonalení vytvořeného systému péče. Nástroje: hodnotící škály, statistické zpracování dat, zpětná analýza zvolených postupů v intervalech maximálně třiceti dnů.

Cílem projektu je v ideálním případě dosáhnout toho, aby klient odpracoval (minimálně) šest až (maximálně) dvanáct měsíců ve zprostředkovaném a podporovaném pracovním místě a nastoupil do trvalého pracovního poměru do zaměstnání, které si sám vybral. Klient tím získal pracovní návyky a zápočtový list, což je pro něj zásadní krok.

Souběžně se on i jeho rodina zúčastňují všech terapeutických programů.

Klient má dlouhodobě zajištěnou nezbytnou podporu terapeutické skupiny, která je pro jeho integrační proces nepostradatelná. Vzájemná výměna zkušeností s ostatními mladými dospělými jim pomáhá překonat pocit oslabením, izolace a výlučnosti spojené s drogovou minulostí.

Osvojují si zde nové postoje a způsoby chování, čímž snižují deficit v oblasti sociálních dovedností a tím se vyrovnávají s novou životní situací bez drog.

V ideálním případě by měl být klient schopen samostatně rozhodovat o svém životě a pracovat na udržení své abstinence.

Další součástí integračního procesu je schopnost rodiny přijmout mladého dospělého jako rovnocenného partnera a celkové upravení rodinných vztahů.

Po ukončení projektu klient s dostatečným časovým odstupem vyplní dotazník, který slouží ke statistickým účelům a celkovému zhodnocení zdařilosti integračního procesu klienta.

3.6 Charakteristika cílové skupiny

3.6.1 Mladý dospělí ohrožený sociálním vyloučením

Ve věku 21 až 28 let² s kriminální minulostí a neléčenou drogovou závislostí, právě opouštějící nápravně výchovný ústav. Klient většinou nemá vzdělání, pracovní zkušenosti, pracovní návyky a je tedy bez možnosti účasti na trhu práce. Tato sociální deprivace je umocněná přerušovanými sociálními vazbami uvnitř rodiny. Není výjimkou, že klient nemá kde bydlet a původní rodina jej vzhledem k dřívější trestné činnosti odmítá. Po propuštění je tedy ohrožen sociální deprivací, sociálním vyloučením a relapsem.

Způsob výběru klienta

Po konzultaci s Probační a mediační službou ČR bude vytipován člověk, který je před (respektive krátce po) propuštění z výkonu trestu (VT) či po odpykání poloviny VT nebo je mu uložen probační dohled. On

² Absolutní většina uživatelů drog patří do tohoto věkového rozmezí. Vyznačení věkových hranic říká, že projekt není vhodný pro „příliš mladé“ uživatele drog (nemusí mít ještě potřebný náhled a motivaci) a naopak „starší“ uživatelé drog mají již značně pozměněnou osobnost práce s nimi je vysoce frustrující. To platí obecně, individuálně to může být i jinak.

a jeho rodina budou kontaktováni pracovníkem PMS ČR spolu s pracovníkem o. s. RODIČE v době před výstupem z NVÚ.

Zástupci PMS ČR možného klienta informují o podmínkách účasti v projektu, tj. o podmínkách smlouvy.

Smlouva stanovuje, že klient:

- dochází řádně do zaměstnání
- účastní se doléčovacího programu individuálních konzultací
- skupinových terapií
- ostatních doprovodných programů a seminářů – nácviky asertivního chování, nácviky komunikačních dovedností, rodinné terapie
- je ochoten prokázat se jednoduchým toxikologickým testem svou abstinencí (bude-li test vyhodnocen pozitivně, bude proveden laboratorní test a bude-li opět pozitivní – klient bude vyloučen z programu podporovaného zaměstnání a na jeho místo bude zařazen další žadatel, klient i jeho rodina však pochopitelně mohou i nadále využívat sociálně-terapeutické programy bezplatně – což je dokonce žádoucí)
- je ochoten být aktivní při vyhledávání dalšího trvalého zaměstnání.

Pro prevenci relapsu je nutná strukturovaná odborná péče. Proto je součástí projektu péče o rodinu klienta. Projekt předpokládá pokračování, případně vznik nových skupin pro rodinné příslušníky a partnery klientů. Skupiny mají za cíl mimo jiné poskytnout lepší orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny.

Pro názornější představu uvádím ze zprávy PMS ČR počet případů mladistvých (rok 2004):

Z celkového počtu nově evidovaných případů bylo 3696 případů (tj. 14%) evidováno v souvislosti s trestnou činností mladistvých, 839 případů (tj. 3%) spadá do oblasti trestné činnosti spojené s drogovou problematikou a 88 případů (tj. 0,3% bylo

evidováno ve spojení s trestnou činností s extremistickým podtextem. Samostatně publikované relevantní údaje o podílu trestné činnosti spojené s drogovou problematikou mladých dospělých jsem nenašla na stránkách MV, Justice ani Rady PPK. Vzhledem k tomu, že nejsou k dispozici statistická data počtu trestaných v kombinaci s drogovou závislostí a to bez ohledu na věk, nelze provést statistickou úvahu.

3.6.2 Rodina klienta

Pro rodinu klienta jsou příznačné narušené rodinné, případně i partnerské vztahy, dlouhodobě neřešené či z pohledu rodiny neřešitelné. Ve vztahu k rodičům jsou obvykle nevyjasněné rodičovské kompetence – rodiče trpí stigmatem rodičovského selhání. Jejich jednání a přístup ke svému potomkovi a tedy i k problému je ovlivněn hlubokým studem za pobyt dítěte ve výchovně nápravném zařízení či vazbě, pocitem selhání jako rodičů nejen před dítětem, ale i společností. Jejich problémy i postoje z problémů plynoucí vedou rodinu k sociální izolaci, která je hlavní překážkou spolupráce rodiny, klienta a pomáhající organizace.

Zapojení rodiny do projektu:

- znovuoobjevení rodinných vazeb
- aktivně se podílet na projektu – nabídkou pracovních příležitostí klientům, předáváním vlastních zkušeností mezi rodinami navzájem, veřejně působit
- zakládání svépomocných skupin
- dobrovolnická činnost

3.6.3 Přínos pro cílovou skupinu

Projekt motivuje klienty nahradit pseudopotřeby zdravými životními návyky, napomáhá jim v uspořádání svého materiálního, duchovního a společenského prostředí. Vede je k sebeakceptaci, sebepotvrzení, seberealizaci a sebeuskutečňování. Tímto projekt pomáhá klientovi

překonat těžké období přechodu ze společensky nepřijatelné komunity toxikomanů do takzvané zdravé většinové společnosti.

3.7 Doprovodná opatření

Jako doprovodné opatření je vnímána rozšířená spolupráce s rodinou, která může včas signalizovat nebezpečí relapsu klienta. Poruchy rodinného soužití v důsledku návykového onemocnění a s tím spojenými poruchami chování mladých uživatelů, mají většinou dlouhodobý charakter. Proto průběžná a systémová terapie může nastartovat ochotu rodičů zabývat se dlouhodobě neřešenými partnerskými problémy, ať již vznikly v souvislosti s problematickým vývojem jejich potomka nebo daleko dříve.

Dokáží-li rodiče přehodnotit své postoje vůči problémovému dítěti a posílit vzájemnou rodičovskou roli spoluprací, uvolní se i jejich napjatý partnerský vztah, což má pochopitelně velmi pozitivní vliv na ostatní děti a jiné osoby žijící v rodině. Ve většině případů jsou oba partneři ochotni pokračovat párovou terapií.

Občanské sdružení RODIČE také připravují pro skupinovou práci interaktivní programy, ve kterých klienti i jejich nejbližší (v oddělených skupinách) budou pracovat na změně zavedených komunikačních stereotypů a učit se otevřeně a konstruktivně vyjednávat. Transkripcí autentických reakcí v modelových situacích za pomoci videokamery a jejich následných interpretací zkušeným psychologem si obě skupiny mohou vyzkoušet nové komunikační dovednosti. Od ostatních členů skupiny pak okamžitě dostávají podnět ke zpětné vazbě, jak na ně nově nabitě dovednosti působí.

Doprovodným opatřením projektu je také zvyšování kvality a odbornosti týmu. Pracovníci v přímé péči mají povinnost dbát na další vzdělávání.

Stejně důležitá je odborná práce s týmem v supervizi případové i týmové. Výtěžnost z tohoto programu jde zpět do organizace v podobě kvalitně připraveného pracovníka, schopného profesionálně a konstruktivně přistupovat ke svým omezením a omylům.

3.8 Udržitelnost projektu

Po skončení podpory projektu bude o.s. RODIČE i nadále spolupracovat s organizacemi PMS ČR, MČ Praha 10, MP i policií ČR a dalšími v rámci komunitního plánování na vytváření potřebné sociální sítě pro mladé dospělé a jejich rodiny.

Projekt bude i nadále poskytovat dosavadní servis rodině a klientovi k čemuž bude využívat již popsanych prostředků:

Pro klienta

Potrvá spolupráce s partnery projektu – jsou to většinou rodiče mladých dospělých, kteří se potýkali či potýkají s podobnými problémy. Bude pokračovat vyhledávání a zprostředkovávání pracovních míst prostřednictvím získaných kontaktů, tj. referencí stávajících partnerů, případně jinými způsoby (oslovování spolupracujících rodin – podnikatelů, kontakty v rámci komunitního plánování v MČ Praha 10 apod.). Předpokládá se, že čas projektu bude i dobou ověřování, že klienti mohou být dobrými zaměstnanci i s problémy, které si způsobili dosavadním stylem života. Právě zvolený systém spolupráce rodiny, partnerů a klienta může pomoci všem zúčastněným stranám s odbouráváním případné předpojatosti. Zařízení bude poskytovat klientům nadále účast ve skupině vrstevníků se stejnou životní zkušeností a doprovodnými programy, jejichž cílem je změna životního stylu klienta, kde průvodním znakem je například schopnost samostatně rozhodovat o své budoucnosti, uvědomí si své hodnoty a potřeby.

Pro rodinu klienta

Občanské sdružení Rodiče proti drogám (respektive RODIČE) již od roku 2000 pracuje s rodiči závislých dětí – v této činnosti bude pokračovat během projektu i po jeho skončení.

3.9 Popis rizik a návrh opatření jak jim předcházet

1) Rizika ze strany klienta

Riziko: klient nedodrží podmínky smlouvy, bude z programu vyřazen a nahrazen jiným zájemcem.

Řešení: klientovi bude nabídnuta jiná forma pomoci.

Riziko: klient poškodí naši organizaci nebo partnerskou organizaci krádeží majetku či poškozením majetku v důsledku agresivního chování.

Řešení: nutné pojištění majetku.

Riziko: klient, který v důsledku porušení pravidel program opustí, může mít pocit, že mu bylo ublíženo a může šířit nepravdivé a lživé informace o programu.

Řešení: dobře vypracované smlouvy a přehledná evidence – sociální diagnóza - hodnocení případu aj.

2) Rizika ze strany organizace realizující projekt

Riziko: výpadek důležitého člena týmu v důsledku nemoci, stěhování aj.

Řešení: pracovníci musí být v určitých důležitých bodech vzájemně zastupitelní.

Riziko: nesouhlas rodičů dětí docházejících do soukromé mateřské školky s projektem.

Řešení: včasné informování rodičů o připravovaném projektu a ubezpečení, že jejich děti nepřijdou do kontaktu s klienty (pracoviště je mimo budovu školky).

Riziko: klient napadne pracovníka fyzicky.

Řešení: plnohodnotné řešení supervize, nácvik komunikačních dovedností, kasuistické semináře zacílené na předcházení konfliktu.

3) Rizika ze strany partnera

Riziko: partner nebude schopen dostát svým závazkům a neposkytne pracovní místa.

Řešení: s dalšími klienty rodiči – podnikateli jsou předjednána pracovní místa na dobu potřebnou k nalezení nového partnera a to za stejných podmínek jako nabídl partner.

4) Riziko pro celý projekt

Riziko: jen malé části klientů se podaří dodržet pravidla programu, což může být frustrující pro všechny zúčastněné profesionály v týmu.

Řešení: klientům bude poskytnuta jiná forma pomoci, zajištění supervize, pravidelné schůzky týmu atd.

3.10 Kontrola plnění kontraktu

Bude probíhat ve spolupráci s partnery projektu. Počítá se s pravidelnými schůzkami týmu jednou měsíčně. V případě naléhavých situací pochopitelně operativně. Jedná se o projekt kladoucí značné nároky na všechny spolupracující i partnerské organizace, proto bude zajištěna pravidelná supervize týmová i případová jednou měsíčně. Společně se bude provádět hodnocení jednotlivých případů, hodnocení týmové spolupráce s písemnými výstupy pro partnerské organizace a spolupracující organizace.

O.s. RODIČE bude průběžně vyhodnocovat dokumentaci a dotazníky.

Vyhodnocování výsledků je kontrolním mechanismem, na kterém se budou podílet všechny spolupracující subjekty (o.s. RODIČE, PMS ČR a

zástupci firem poskytující pracovní místa) a je průnikem jejich stanovisek. Vyhodnocování bude písemné, čímž vznikne materiál podnětný v další (předpokládané) spolupráci.

Kritéria při hodnocení úspěšnosti jednotlivých kroků jsou:

- pracovní aktivita klienta (tj. pracovní docházka a pracovní výsledky, nové pracovní návyky, hledání nového zaměstnání)
- změna kvality života klienta a rodiny
- hodnocení nově vznikající psycho-sociálněterapeutické sítě z pohledu realizátorů.

Zbývá ještě dodat, že o celém projektu a podobných projektech v zahraničí vznikne srovnávací studie a doufáme, že se podaří zrealizovat i katamnestická setkání klientů po určitém čase, kdy už s jistým nadhledem budou moci říci, zda a jak jim projekt pomohl.

3.11 Kdo pracuje na projektu

Jak jsem zmínila již na začátku, na projektu budou pracovat tři pracovníci v přímé péči (socioterapeut, psycholog), jeden sociální pracovník, jeden technicko administrativní pracovník a celý projekt řídí manager projektu.

Kritériem pro přijetí zaměstnanců bylo dosažené vzdělání a předchozí pracovní zkušenost.

3.11.1 Má role

Má role (Pracovník v přímé péči – Socioterapeut) je určena náplní práce vycházející z programu projektu, ale zároveň je už dopředu omezena tím, že se jedná o půl úvazek.

Jsem ještě na mateřské dovolené, ale ráda jsem přijala nabídku práce na tomto projektu. S občanským sdružením „Rodiče proti drogám“ mě pojí dva roky spolupráce – jako praxe ke studiu. Proto, když mě

oslovili a vyšli mi vstříc se zkrácenou pracovní dobou, místo realizace je blízko mého bydliště a našla jsem hlídání pro dcerku, rozhodla jsem se to zkusit. Samozřejmě беру do úvahy, že nakonec se mi třeba nepodaří skloubit práci s mateřskými povinnostmi (zaměstnavatel bude chtít zvýšit úvazek nad hranici kterou jsem si stanovila, dcerka bude nespokojená bez mé celodenní péče, přijdou dětské nemoci atd.), ale rozhodně se o to chci pokusit. A myslím si, že to půjde dobře.

A k mé roli konkrétně

Denně jedno až dvě individuální sezení s klientem – příprava individuálního resocializačního plánu na týden dopředu. Jednou týdně skupinové sezení (spolu s laickým terapeutem) o prevenci relapsu.

Dále zakládání osobního spisu klienta, dokumentace k nástupu a vypracování životopisu, kontakt s rodinou, partnerskými organizacemi – dohled nad docházkou do zaměstnání a na terapeutické programy. V případě pochybností o abstinenci budu informovat manažera a garanta projektu a po dohodě s ostatními klienta podrobím testu.

Povedu písemnou dokumentaci resocializačního programu a zápisy z individuálních a skupinových sezení.

3.12 V čem je projekt inovativní

Dosud neexistuje žádný podobně systémově ucelený projekt podporovaného zaměstnání pro problémové klienty opouštějící nápravně výchovný ústav.

Systém projektu je charakterizován využitím předností spolupracujících subjektů: státní, podnikatelské a neziskové organizace. Státní organizace je zastoupena Probační a mediační službou ČR, která má možnosti nejlépe vytipovat vhodné klienty pro projekt (přístup do nápravných zařízení, kontakt se sociálními pracovníky a kurátory, zprostředkování prvních kontaktů s klientem i jeho rodinou a podobně).

Firmy spolupracujících podnikatelů vytvářejí pro klienty pracovní místa a umožňují přístup sociálním pracovníkům v rámci kontroly. Vedoucí pracovišť spolupracují s organizátory projektu (důležité zvláště

pro kontrolu). Podnikatelé jsou zároveň rodiči, kteří již s naším zařízením spolupracovali (/vyřešené problémy v rodině), je jim tedy problematika drogově závislých mladých dospělých i způsob o.s.RODIČE známý.

Sami uživatelé služby (rodiče dětí ohrožených závislostí) se aktivně podíleli na vyhledávání podporovaných pracovních míst. Vzájemná provázanost všech tří subjektů a relativně malý počet klientů zaručuje dobrou koordinovanost jednotlivých kroků v projektu.

Projekt zaručuje zaměstnání prakticky nezaměstnatelné skupině obyvatel, proto i malý úspěch v rámci projektu bude velmi velkým povzbuzením pro další rodiče – klienty našeho zařízení. Právě pro svoji potřebnost může být velkou nadějí pro rodiny, které svoji cestu nápravy teprve začínají.

3.13 Podobné projekty v ČR

Jak jsem již dříve předeslala, žádný stejný projekt v Praze a České republice zatím neexistuje – myslím to unikátní spojení tří sektorů (státního, soukromého a neziskového) spolu s intenzivní terapeutickou prací klienta a jeho rodiny.

Dvě nejdůležitější občanská sdružení zabývající se drogovou prevencí a následnou péčí (Drop in , SANANIM) zatím srovnatelný projekt nenabízí.³

Budeme-li hovořit o podobném projektu, pak je tu nabídka o.s. SANANIM a jeho Pracovní a sociální agentury.

Služby Pracovní a sociální agentury (PSA) jsou určeny bývalým uživatelům návykových látek (není věkové omezení) s trvalým či přechodným bydlištěm v Praze (klientům po léčbě či v poslední fázi léčby, stabilizovaným klientům v substitučním programu).

³ Více: <http://www.dropin.cz/programy.shtml>
<http://www.agentura.sananim.cz>

Srovnání - „náš“ projekt je zaměřen výhradně na klienty mezi 21-28 rokem, právě vycházející z Nápravně výchovného ústavu, kde pobývali za svou kriminální činnost spojenou s užíváním drog.

PSA klientům nabízí zprostředkování a využití údajů o podporovaných pracovních místech (zaměstnavatel je informován o minulosti klientů), o rekvalifikačních kursech případně pomoc při hledání vhodné školy. Dále nácvik dovedností užitečných při hledání práce, sociální práci a poradenství (např. konzultace pracovně právních otázek či individuálních obtíží při adaptaci na novou práci).

„Náš“ projekt nabízí tzv. chráněné zaměstnání na dobu šest až dvanáct měsíců s možností získání zápočtového listu, samozřejmě také pomoc při hledání dalšího zaměstnání či rekvalifikačních kursů i pracovně právní poradenství. Navíc přichází s komplexním terapeutickým a resocializačním programem pro klienta a jeho rodinu.

PSA požaduje od klienta abstinenci a motivaci k životu bez drog. Aktivní snahu hledat si zaměstnání a dodržení kontraktu spolupráce mezi klientem, zaměstnavatelem a agenturou.

„Náš“ projekt požaduje abstinenci (v případě jakýchkoli pochybností ze strany organizace, zaměstnavatele i rodičů možnost prokázat ji testem), motivaci klienta a spolupráci s rodinou – to vše je zahrnuto v kontraktu, jehož porušení má za následek ztrátu chráněného pracovního místa, ale klient se i nadále může účastnit terapeutického programu (samozřejmě spolu s rodinou).

Na závěr zbývá dodat že jak projekt o.s. RODIČE, tak o.s. SANANIM je pro klienty zcela bezplatný (spolufinancování Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy).

4 Diskuse

V tuto chvíli, kdy se celý projekt teprve rozbíhá, je těžké ho jakkoli posuzovat. Ještě těžší je to v tom, že dosud nic podobného v České republice a v Praze neproběhlo. Přesto, pohlédneme-li do blízké budoucnosti, lze říci, že projekt se může vyvíjet třemi způsoby – dva jsou extrémní, jeden mezi nimi.

Je možné, že všichni či téměř všichni klienti dodrží abstinenci, posléze zakotví v zaměstnáních či na školách, které si zvolí a i jejich vztahy s rodinou se významně ozdraví.

Na druhé straně, je i možné, že valná většina klientů podmínky kontraktu nedodrží, ať již svým vlastním selháním, či nevhodným chováním rodiny, která jim takto k relapsu „dopomůže.“

Já osobně se přikláním ke střední cestě, kdy někteří klienti zrelapsují, ale nebude jich tolik, aby významně narušili víru v život v abstinenci ostatním. A samozřejmě nefrustrovali přes únosnou mez i zaměstnance.

Do budoucnosti bych projektu přála „pár bratříčků“ i v jiných městech. Doufám, že výsledky tohoto prvního projektu budou natolik dobré, aby o jeho potřebnosti přesvědčili další odborníky, veřejnost a investory.

5 Shrnutí poznatků

Cílem této práce bylo představit nový a dosud nerealizovaný projekt určený mladým lidem ohrožených závislostí na nealkoholových drogách.

V teoretické části jsem se věnovala problému závislosti, jejími příznaky, významnými a rizikovými faktory, které její vznik ovlivňují. Dále jejími stadii a somatickými, psychickými a sociálními důsledky. Na závěr pak její léčbou a prevencí.

Praktickou část jsem zaměřila na představení projektu o.s. RODIČE a Probační a mediační služby České republiky. Zde jsem se zabývala obsahem projektu, jeho cíly, charakteristikou cílové skupiny, jeho další udržitelností, popisem rizik a v čem je inovativní. Dále pak mou rolí v projektu a srovnáním s podobným projektem.

Celou práci končím diskusí a v následujících řádcích se zamýšlím, proč jsem do projektu šla.

Závěr

Jelikož jsem po dva roky pracovala na skupinách rodičů dětí závislých na drogách, nebude to mé první setkání s tak těžkým a smutným tématem.

Jiné a nové bude to, že nyní se budu setkávat přímo s dětmi „těchto“ rodičů.

S lidmi, často ne o mnoho mladšími než jsem já a přece s tak odlišnými životními zkušenostmi. Bude náš projekt úspěšný? Že je smysluplný, o tom není sporu. Hezky se o něm čte i píše, ale jak bude fungovat v reálném životě s reálnými lidmi? Kolik klientů „vydrží“ a také kolik rodičů s sourozenci?

Kolikrát bude touha po droze silnější než prožívání „obyčejného“, všedního života? Najdou v sobě, i po opakovaných nezdařených

pokusech přestat brát, ještě sílu, motivaci a odvalu ještě jednou do toho celou bytostí jít? Co my můžeme (a zmůžeme) a co je naším úkolem?

Projekt nabízí velkou šanci mladým lidem i jejich rodinám. Mají šanci splnit si sen. Sen, při kterém se nechávají unášet na vlnách 'kdyby'... 'kdybych' nebral(a) drogy, tak bych je nepotřeboval, nemusel bych je pořád shánět a žít v ustavičném strachu, kde seženu peníze na další dávku až spotřebuji tu, co právě držím v dlani... mohl bych dělat, co bych opravdu chtěl... dostudovat školu... mít práci a vydělávat peníze... zamilovat se... a o čem sní jejich rodiny?

'Nebudu se už muset domýšlet toho nejhoršího, když o něm delší čas neuslyším... nebudu už muset bát, až bude žadonit za našimi dveřmi o peníze... nebudu se muset stydět, až ho k nám zase přijde vyšetřovat policie... nebudu už trpět při návštěvách v nemocnici nebo ve vězení... budu moci zase lépe spát.'

Mají šanci svůj sen proměnit ve skutečnost, nebude to ale vůbec snadné. My jim nabídneme šanci, ale jinak jsme spíš průvodci než původci jejich nového života.

Ta hlavní dřina je na nich. A že to bude perná práce! Každý den a každou hodinu je bude část jejich Já navádět k úplně opačnému než jak se chovají a konají.

Někdo to dokáže, zvítězí sám nad sebou, aby po čase sám sebe opět přijal – i se svou minulostí, bohatší o poznání vlastního dna a vlastní síly, která ho z něj vytáhla. Jinému se to (bohužel) nezdaří, zbytek svého života prožije v děsivém bludném kruhu – to je však život. Některým rodičům se vrátí pocit radosti do života, jiní se budou i nadále trápit kvůli svému dítěti. I to je život.

Co my můžeme? Být tady a dávat naději těm, kterým by většina lidí (jenž tento problém nepoznali osobně) žádnou naději možná nedala.

Seznam literatury:

HAJNÝ, M. O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada, 2001.

HAJNÝ, M., KLOUČEK, E., STUHLÍK, R. Akta Y. Praha: Tisk Tiskap, 1998.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000.

MELICHOVÁ, A. Alkoholicky a toxikomanky na lince důvěry. Lidové noviny, 31.8.1995.

Merck Manual. Kompendium klinické medicíny. Praha: X-Egem, 1996.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Alkohol, drogy a vaše děti. Praha: Besip, 1997.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Bažení (craving). Praha: Sportpropag a.s., 1998.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ. Zásady primární prevence. Praha: Sportpropag a.s., 1999.

NETÍK, K. a kol. K osobnosti kriminálního toxikomana. Praha: Psychiatrické centrum, Zprávy č. 108, 1990.

SKÁLA, J. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum, 1987.

SKALÍK, I., KUDA, A., POČAROVSKÝ, O. Drogy – jsou ohroženy naše děti? Praha: Prev-centrum, 1998.

SMOLÍK, P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf Jessenius, 1996.

URBAN, E. Toxikománie. Praha: Avicenum, 1973.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999.

VOJTÍK, V., BŘICHÁČEK, V. K problematice zneužívání návykových látek adolescenty (1982). In KUBIČKA, L., SKÁLA, J. Sborník studií o abuzu alkoholu a jiných návykových látek. Praha: Zprávy VÚPs č. 42, 1982, s. 150-184.

<http://www.agentura.sananim.cz> (10. 8. 2006)

<http://www.dropin.cz/programy.shtml> (10. 8. 2006)

http://www.pmscr.cz/scripts/index.php?id_nad=10 (23. 7. 2006)s

RESUMÉ

Radmila Jiříčková: „Integrace a resocializace mladých dospělých ohrožených drogovou závislostí.“

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Praha 2006

Cílem této práce je představit nový (na našem území dosud nerealizovaný) projekt, určený mladým dospělým ohroženým drogovou závislostí (na nealkoholových drogách), kteří právě opouští brány nápravně výchovného ústavu.

Práce je rozdělená do dvou hlavních částí: teoretické a praktické.

V první části nejprve definuji základní pojmy drogové problematiky a zabývám se tím, proč lidé berou drogy. Dále se podrobně věnuji tématu závislosti – jejími příznaky, významnými a rizikovými faktory, které ovlivňují její vznik, stadii vývoje, jejími somatickými a psychickými důsledky. Mezi tyto kapitoly vkládám přehled drog, jejich účinky a zdravotní rizika. Následují kapitoly o sociálních důsledcích závislosti (pro rodinu, pro společnost) a teoretickou část uzavírám tématy léčby a prevence.

Ve druhé, praktické části popisuji projekt „Integrace a resocializace mladých dospělých s kriminální minulostí ohrožených drogovou závislostí.“ Po představení projektu se věnuji jeho obsahu, cílům, zdůvodnění jeho potřebnosti, charakteristice cílových skupin. Dále pak jeho doprovodným opatřením, udržitelnosti, popisu možných rizik. Zabývám se čím je projekt inovativní a zda u nás již podobný projektu funguje. Píši o týmu zaměstnanců a více o mé roli.

Na závěr se nad celým projektem zamýšlím. Práci končím osobní úvahou proč jsem do projektu šla.

V Praze dne 9. 9. 2006

Posudek vedoucího bakalářské práce

Téma bakalářské práce:

Integrace a resocializace mladých dospělých ohrožených drogovou závislostí

Autor práce:

Radmila Jiříčková

Pražská vysoká škola psychosociálních studií,

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

Bakalářská práce Radmily Jiříčkové obsahuje 42 stran včetně obsahu a seznamu literatury. Autorka práci rozdělila na část obecnou a praktickou. Seznam literatury tvoří 15 odkazů na publikace a 3 internetové odkazy.

V předmluvě autorka vysvětluje, proč si sama vybrala právě toto téma, píše zde o spolupráci na projektu, který bude předmětem praktické části práce. Obecnou část tvoří přehledné, stručné a naprosto srozumitelné pojednání o základních otázkách drogové závislosti, vymezení pojmů a základních klasifikačních kritérií. Kromě psychosociálního pohledu zde najdeme i kapitoly o léčbě a prevenci.

V obecné části prokazuje autorka dobrou schopnost zpracovat odbornou literaturu, přičemž čerpá zejména ze základních titulů.

Praktická část tvoří zhruba polovinu bakalářské práce a popisuje projekt integrace a resocializace mladých dospělých ohrožených závislostí na droze. Jde o projekt občanského sdružení RODIČE, v němž se autorka sama dva roky angažovala. Text obsahuje představení projektu, vymezení cílové skupiny, zapojení rodiny klienta do projektu, konkrétní práce pro klienty projektu. Důležitou kapitolou je text, popisující roli autorky práce v tomto projektu. Získala zde zkušenosti práce socioterapeuta, který je v přímém kontaktu s klienty.

Práci uzavírá jednostránková kapitola „Diskuse“, v níž se autorka zamýšlí nad možnými variantami míry úspěšnosti projektu. Tečkou celé práce je závěrečné shrnutí a zamýšlení nad vlastními možnostmi při práci s touto klientelou, nad osudem celého projektu, nad velmi obtížnou situací ohrožených mladých dospělých a jejich rodin.

Závěr obsahuje kromě převyprávění obsahu práce také vysvětlení, proč není součástí práce výzkum, popisující nějaký fenomén v projektu následné péče. Autorka logicky argumentuje tím, že projekt funguje teprve několik měsíců a chybí tak zkušenosti i dostatečně velký výzkumný vzorek. Zároveň zde uvádí možnost práci o výzkum rozšířit při magisterském studiu.

Seznam literatury tvoří výhradně české zdroje.

Závěr

Práce Radmily Jiříčkové přehledně a srozumitelně pojednává o velice aktuálním tématu drogové závislosti u mladých dospělých. V teoretické části bych si dovedl představit větší prostor pro popis specifik období dospívání a mladé dospělosti a také něco o problematice rodiny. Praktická část pěkně popisuje projekt, v němž se autorka osobně angažovala. Uvítal bych více vlastních zkušeností, kterých při dvouleté práci s klienty Radmila Jiříčková získala jistě dost, určitě by to praktickou část práce obohatilo. Závěrečnou diskusi by bylo možné rozšířit o reflexi bakalářské práce, sebereflexi vlastní práce s klienty doplňuje expresivně autorka v závěru celé práce.

Práci rozhodně doporučuji k obhajobě a navrhuji hodnocení výborná.

Mgr. Jan Kulhánek



OPONENTSKÝ POSUDEK

na bakalářskou práci

Jméno studentky: Radmila Jiříčková

Název práce:

Integrace a resocializace mladých dospělých ohrožených drogovou závislostí

Celkový počet stran : 46.

Počet kapitol : 5, *podkapitol 1.řádu:* 16, *podkapitol 2.řádu:* 13.

Počet literárních pramenů : 17, z toho 2 internetové zdroje.

Téma je zvoleno v souladu s vystudovaným programem školy. Je velmi aktuální z hlediska celospolečenského.

Struktura osnovy je logicky stavěna. Práce se dělí na část teoretickou a praktickou.

Obsah práce i jednotlivých kapitol (až na závěr) odpovídá jejich názvu a neodchyluje se od zadaného tématu.

Vyjadřování je srozumitelné a stylisticky přiměřené.

Literatura je až na některé menší nesprávnosti citována podle poslední normy.

Je patrné, že studentka se o problematiku opravdu zajímá a má k ní vyhraněný postoj.

Připomínky k obsahu

Na s.11 klade pervitin nebezpečností vedle heroínu jako tvrdou drogu s rychle vznikající závislostí, kdežto na s.18 závislost popírá. Bylo by dobře, aby vysvětlila, jak to myslila.

Výtky

k osnově:

V současnosti již nečíslyme úvod. Po formální stránce je příliš posunuta podkapitola 2.2, takže se její okraj nekryje s okrajem podkapitol stejné úrovně, což je na úkor přehlednosti.

ke členění kapitol:

Kapitola 4 nazvaná *Diskuse* je příliš krátká a neúplná, nezaujímá ani celou stránku a nepolemizuje s názorem ani jednoho autora. Její obsah však jinak do diskuse patří, autorka zde prezentuje vlastní názory. Rozsahem však by to měla být spíše podkapitola.

Kapitola 5 s názvem *Shrnutí poznatků* obsahuje to, co by mělo být v závěru, a tento obsah by měl také být k závěru přiřazen. Naopak zase *Závěr* obsahuje úvahy, které jsou sice dobře podány, ale patří do diskuse. Skutečný Závěr je tedy obsažen ve Shrnutí.

ke způsobu citací :

Ač u Psychologického slovníku Hartlových má práce na konci v bibliografických citacích správně uvedené stránky, v textu se na uvedení stránek někdy zapomíná např. na s.14. U rozsáhlé publikace Merck Manual nemá stránky v bibliografických citacích uvedeny, v textu jsou uvedeny stránkou 13-37 pouze na jednom místě, na s.19 stránky nemá, takže jde zřejmě o stránky stejné.

Pokud autorka poukazuje v textu v závorce na více publikací, nepoužívá středník mezi jednotlivými autory prací, ale někde používá oddělení normální čárkou, později mezi autory rozdílných publikací volí vodorovnou čárku na dolní lince, což je zcela nezvyklé a měla by k tomu podat vysvětlení. Např. na s.14 za (Urban, 1973, ...) má čárku, stejně tak na s.21, ř.3 mezi autory Marečkem a Smolíkem, ale na téže stránce v dalším řádku mezi autory horizontální znaménko, totéž na s.17.

U dvou autorů se v textu mezi ně dává „a“, 3 autoři se sice citují vzadu v seznamu bibliografických citací, ale v textu se cituje jen první autor s dodatkem aj.. Autorka je jmenuje všechny a odděluje čárkami např. na s.11 (Skalík, Kuda, Počanský), totéž na s.23 u definice prevence. V práci se používá „a kol.“ místo „aj.“ např. na s.16 (dle Netíka a kol.).

U vyjmenovávání jednotlivých bodů není mezi nimi žádné znaménko např. na s.10, na s.12 (bez čárky a následně u dalšího bodu velké písmeno), na s.29, na s.33.

Petit na s.9 byl měl být nikoliv v jedné řádce s normálním písmem, ale na zvláštním odstavci.

Někde chybí tečka za závorkou např. na s.10 za (Merck Manual, 1996) stejně tak na s.11, s.13 ř.6, na s.15 za Vágnerová v předposledním odstavci, také na s.18.

Na s.12, ř.2 má být za závorkou se jménem Vágnerové dvojtečka, stejně tak na s.12 za Příznaky závislosti .

Na s.16 je hrubá chyba „mladisvím“ místo „mladistvým“, stejně tak na s.31 v nadpisu 3.6.1 je „mladý dospělí ohrožený sociálním vyloučením“. Jde zřejmě o překlepy, protože jinde je to správně.

Někde u definic se používá kurzíva, což je přehledné, jinde však zůstává běžné písmo. Mělo by to být jednotné.

Závěr

Práce obsahově odpovídá předepsané úrovni bakalářské práce. Nedostatky nejsou podstatné a jsou formálního rázu, způsobu citací však rozumí. Po obsahové a stylistické stránce je způsob zpracování názorný a pěkný. Celkově je práce přehledná a může být jako literární pramen pro další studenty inspirativní. Doporučuji k obhajobě.

14.9.2006


MUDr. Olga Dostálová, CSc.