

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

*Písemná práce k bakalářské zkoušce*

**Sociální práce s experimentálními uživateli  
drog**

**Sociální práce s dospívajícími experimentálně užívajícími  
nealkoholové drogy**

Studijní obor:

**Sociální práce se zaměřením na komunikaci  
a aplikovanou psychoterapii**

**Kristina Kolářová**

**2007**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 31. srpna 2007

.....

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Jakubu Zlámanému za odborné vedení, cenné připomínky i za jeho přednášky, které jsem absolvovala během studia, a které mi byly nápomocné při vypracování této písemné práce. Děkuji také MUDr. Olze Dostálové, CSc., za její ochotu a odbornou pomoc.

Dále bych ráda poděkovala zaměstnancům Výchovného ústavu a Střediska výchovné péče Klíčov, kteří mi umožnili provést sociologické šetření. V neposlední řadě pak děkuji všem klientům, kteří mi věnovali svůj čas a zúčastnili se tohoto šetření.

**Motto:**

*„Pokud se chováte k člověku podle toho, jaký je, zůstane stále stejným. Když se ale budete k němu chovat podle toho, jaký by měl a mohl být, stane se takovým, jakým by měl a mohl být“.*

Johann Wolfgang Goethe

## OBSAH

ÚVOD.....	8
Výběr tématu.....	8
Členění bakalářské práce.....	9
1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	10
1.1 Experimentální uživatel drog.....	10
1.2 Závislost na návykové látce.....	11
1.3 Dělení drog.....	12
1.4 Období dospívání.....	13
1.5 Sociální práce.....	14
1.6 Psychoterapie.....	14
2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S EXPERIMENTÁLNÍMI UŽIVATELI DROG.....	15
2.1 Experimentální uživatel drog.....	15
2.1.1 Užívání konopných drog, halucinogenů a extáze mezi dospívajícími.....	16
2.2 Modely sociální práce využívané v práci s uživateli drog.....	17
2.2.1 Sociální práce jako terapeutická pomoc.....	17
2.2.2 Sociální práce jako reforma společenského prostředí.....	18
2.2.3 Sociální práce jako sociálně právní pomoc.....	18
2.2.4 Úkolově orientovaný přístup.....	19
2.3 Druhy služeb a zařízení pracující s uživateli drog.....	19
3 OBDOBÍ ADOLESCENCE.....	23
3.1 Biologické vývojové změny.....	23
3.2 Psychické vývojové změny.....	24
3.3 Sociální vývojové změny.....	25
3.3.1 Vztahy k rodičům.....	25
3.3.2 Vrstevnické vztahy a vztahy k opačnému pohlaví.....	26
3.4 Utváření identity.....	27
3.5 Adolescentní moratorium.....	28

4 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ.....	29
4.1 Konzumace nealkoholových drog.....	29
4.1.1 Problémy související s experimentálním užíváním drog.....	30
4.1.2 Sociální důsledky experimentálního užívání drog.....	32
5 MOŽNOSTI V PRÁCI S ADOLESCENTY EXPERIMENTÁLNĚ UŽÍVAJÍCÍMI DROGY.....	33
5.1 Primární prevence.....	33
5.2 Psychoterapie.....	37
5.2.1 Psychoterapie u dětí a dospívajících.....	38
5.2.2 Individuální a skupinová psychoterapie.....	40
5.2.3 Rodinná terapie a práce s rodinou.....	41
5.3 Časná a krátká intervence.....	43
5.4 Motivační rozhovor.....	45
5.5 Dovednosti potřebné pro život.....	48
5.6 Další postupy.....	51
6 MÁ PRAXE.....	53
6.1 Výchovný ústav a středisko výchovné péče Klíčov .....	53
6.1.1 Ambulantní oddělení Klíč.....	54
6.2 Ilustrativní případové studie.....	56
7 SOCIOLOGICKÉ ŠETŘENÍ.....	59
7.1 Cíle šetření.....	59
7.2 Formulace hypotéz.....	59
7.3 Přípravná fáze šetření.....	60
7.3.1 Konstrukce dotazníku.....	60
7.3.2 Pilotáž dotazníku.....	61
7.4 Realizace šetření.....	61
7.5 Analýza, interpretace a diskuse nad výsledky šetření.....	62
7.6 Závěrečné zhodnocení sociologického šetření.....	73
ZÁVĚR.....	75

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	78
-------------------------------------	----

## PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník.....	2
-----------------------------	---

## ÚVOD

### Výběr tématu

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma: Sociální práce s experimentálními uživateli drog. Během svého studia jsem absolvovala několik praxí v zařízeních, která se zabývala zneužíváním návykových látek, z toho dvě zařízení pracovala s dospívajícími. Během těchto praxí jsem dospěla k názoru, že není dostatečně rozlišováno mezi prací se závislými a experimentálními uživateli. Svou bakalářskou práci bych proto chtěla věnovat právě experimentálním uživatelům drog. K tomuto tématu není na českém trhu stále dostatek literatury, proto vycházím také z knih, které se zabývají prací se závislými uživateli, a z mých poznatků z praxe.

Myslím si, že problém experimentování s drogami úzce souvisí s obdobím dospívání, svou práci jsem tedy zaměřila právě na tuto skupinu populace. Zkušenosti s užíváním konopných látek a taneční drogy extáze v této věkové skupině má stále větší procento mládeže a Česká republika je na prvním místě v užívání těchto látek v Evropě. Zkušenost s užíváním konopných drog přiznává 44% dotázaných studentů prvního ročníku středních škol, zkušenost s drogou extáze uvádí 8,3% dotázaných (CSÉMY aj., 2006).

Ve své práci bych se ráda zaměřila na užívání konopných drog, extáze a halucinogenů, jejichž užívání má mezi dospívajícími vzrůstající tendenci. Alkoholu a tabáku se zde nebudu věnovat z důvodu omezeného rozsahu této práce, který mě donutil téma zúžit. Z tohoto důvodu jsem zvolila skupinu návykových látek, u nichž dochází k nárůstu v užívání mezi experimentátory.

Ve své bakalářské práci se pokouším nalézt možnosti práce se specifickou skupinou drogových experimentátorů, a to jak na základě odborné literatury, tak na základě mé praxe a sociologického šetření, které jsem provedla.



## Členění bakalářské práce

Má bakalářská práce se skládá ze 7 kapitol a je tvořena ze dvou částí, z části teoretické a z části praktické.

Teoretická část obsahuje 5 kapitol, ve kterých se pokusím uvést čtenáře do problematiky experimentálního užívání drog. Dále se zaměřím na sociální práci s experimentátory a její možnosti.

V první kapitole vymezím hlavní pojmy, které jsou pro téma této práce podstatné, a považuji za důležité, aby se s nimi čtenář seznámil. V druhé kapitole se pokusím přiblížit experimentálního uživatele drog a problematiku užívání drog mezi dnešními dospívajícími, dále se zaměřím na modely sociální práce, které je možné využít při práci s experimentátory, a v závěru této kapitoly se krátce zmíním o službách a zařízeních určených uživatelům drog. Třetí kapitolu věnuji období adolescence, zaměřím se na biologické, psychické a sociální změny, ke kterým dochází v tomto období. Zároveň se zmíním o možné souvislosti mezi těmito změnami a experimenty s drogami. Ve čtvrté kapitole se zaměřím na riziko konzumace drog v dospívání a na problémy, které s sebou může tato konzumace přinášet.

Pátá kapitola je sice stále zařazena v teoretické části práce, ale bude z velké části vycházet z mých zkušeností z praxe. Zaměřím se v ní na možnosti v práci s experimentálními uživateli drog, uvedu postupy, které považuji za důležité, jak na základě mé praxe, tak na základě informací, které jsem získala z odborné literatury.

Praktická část této práce začíná šestou kapitolou a zaměřím se v ní na své praxe, které jsem během studia absolvovala, především se pokusím přiblížit zařízení, které mě velmi inspirovalo k napsání práce na toto téma, a na kterém jsem také provedla sociologické šetření. Zároveň se pokusím přiblížit svou praxi v tomto zařízení a uvedu dvě ilustrativní případové studie klientů, se kterými jsem se během praxe setkala. Sedmou kapitolu věnuji sociologickému šetření, které jsem provedla, zaměřím se na přípravu a průběh tohoto šetření, dále na analýzu a interpretaci jeho výsledků a na závěrečné zhodnocení.

Následovat bude závěr práce a seznam bibliografických citací.

## 1 VYMEZENÍ POJMŮ

### 1.1 Experimentální uživatel drog

Vymezení tohoto pojmu může být různé, většinou souvisí s počtem kategorií, do kterých jsou uživatelé drog rozdělováni. Experimentální uživatel drog se obvykle nachází v první kategorii, tedy v kategorii nejméně závažného užívání drog, které s sebou nese také nejméně závažné důsledky.

KALINA (cit. dle KALINA aj., 2003a, s. 17) uvádí, že *„experimentátor je nepřesné, ale v odborné mluvě používané označení pro osobu, která drogy takzvaně zkouší: občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech“*.

MÜLLEROVÁ aj. (2005, s. 212) definují experimentální užívání drog podobně: *„v tomto stádiu je droga užívána občasně a nepravidelně a její užívání nemusí mít žádné následky“*.

Já osobně se k těmto definicím přikláním, jako problematickou vnímám část definice, která uvádí: *„může, ale nemusí mít problémy“*. Podle mého názoru se však nelze vyjádřit přesněji, jelikož drogy působí vždy jedinečně na konkrétního jedince v konkrétní situaci.

Pro lepší objasnění tohoto pojmu uvádím další kategorie, do kterých jsou uživatelé drog rozdělováni.

KALINA (cit. dle KALINA aj., 2003a, s. 17) je dělí takto:

- *„Příležitostní a rekreační uživatelé: u této cílové skupiny se užívání drog stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem není (nebo dosud není) vznik závislosti a dalších problémů. Typické je zejména u marihuany, LSD, extáze na tzv. parties.*
- *Pravidelní uživatelé: pravidelnost (tj. užívání častější než jednou týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce.*
- *Problémoví uživatelé: podle EMCDDA je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů,*

*kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí.*

*- Závislí: uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti – často, ale ne vždy jde zároveň o problémové uživatele“.*

Podle mého názoru může být někdy v praxi složité oddělit experimentální uživatele od příležitostných a rekreačních uživatelů. Podle mých zkušeností se mnoho klientů nachází na hranici mezi těmito dvěma kategoriemi. Myslím si však, že způsob sociální či psychoterapeutické práce by mohl být u obou kategorií obdobný.

## **1.2 Závislost na návykové látce**

V této písemné práci se pokouším nalézt možnosti v práci s experimentálními uživateli drog. V práci s touto skupinou uživatelů jsou často využívány obdobné postupy a metody jako v práci se závislými uživateli. Domnívám se však, že je velmi důležité, aby bylo přihlíženo ke specifickým rozdílům, které existují mezi experimentálními a závislými uživateli. Považuji tedy za důležité přiblížit také pojem závislost na návykové látce.

V Psychologickém slovníku je pojem závislost definován jako „*stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 699).

Ve Slovníku sociální práce lze nalézt přímo pojem závislost na návykové látce, který je definován jako „*stav, v němž se uživatel bez drogy nedokáže obejít, takže touze drogu získat je ochoten podřídít většinu jiných hodnot. Fyzická složka závislosti je návykem těla. Psychickou komponentou závislosti je nutkání vzít si drogu, dostat se s její pomocí do příjemného stavu*“ (MATOUŠEK, 2003, s. 207).

Z formálního hlediska definujeme závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která zní takto: „*syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenomén, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou*

*syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:*

- a) silná touha nebo puzení užívat látku;*
- b) potíže v sebeovládání;*
- c) tělesný odvykací stav;*
- d) průkaz tolerance k účinku látky;*
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů;*
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků*  
(NEŠPOR, 2007, s. 9–10).

### **1.3 Dělení drog**

Látek, které se řadí mezi drogy, je celá řada a bývají děleny podle různých kritérií. Já se v této práci zaměřím na nealkoholové drogy a z této skupina pak pouze na několik z nich: konopné drogy, halucinogeny a taneční drogu extázi. Tyto drogy jsou v současné době mezi experimentátory nejčastěji užívány a zároveň se objevuje stoupající tendence v jejich užívání. Někdy bývají tyto drogy zařazovány do skupiny tzv. „měkkých drog“, avšak látky, které do této skupiny spadají, ani termín samotný nejsou ještě stále jasně a definitivně určeny, proto bych se tomuto označení ve své práci raději vyhnula.

Podle Psychologického slovníku je droga „*látka, která je používána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 122).

Nyní bych uvedla základní charakteristiky drog, na které se budu v této práci zaměřovat:

- a) Konopné drogy se vyskytují ve dvou základních formách, marihuana a hašiš. Tyto drogy mohou vyvolávat zastřené vnímání zrakových a sluchových podnětů a většinou dochází ke zkreslenému vnímání času. Droga většinou zvyšuje uvolnění, i když někdy může vyvolat neklid a úzkost. Při vyšších dávkách může dojít i k halucinacím. U těchto drog je většinou uváděna pouze psychická závislost (MIOVSKÝ cit. dle KALINA aj., 2003a; ELLIOTT a PLACE, 2002).

- b) Halucinogeny. Do této skupiny je zařazováno mnoho drog, ať již rostlinného, živočišného či syntetického původu. Já bych však uvedla pouze LSD a halucinogenní houbu lysohlávku, jejíž účinnou látkou je psilocybin. Jedná se o drogy, které jsou ze skupiny halucinogenů v České republice nejvíce užívány. Pro tyto látky je charakteristický výskyt iluzí, pseudohalucinací, ve vyšších dávkách nastupuje intenzivní halucinatorní stav. Typická je zvýšená citlivost k prostorovému vnímání a vnímání barev. Ve většině případů je intoxikace doprovázena pocitem lehké euforie a dobré nálady. Může se však vyskytnout též nepohoda, pocitem úzkosti a deprese. LSD ani psilocybin u člověka nevyvolávají závislost, tak jak ji známe u jiných typů drog (MIOVSKÝ cit. dle KALINA aj., 2003a).
- c) Taneční droga extáze, její účinnou látkou je MDMA. Tato látka vyvolává nejčastěji pocitem empatie, lásky, zvyšuje komunikativnost a potřebu dotýkat se druhého. Je u ní možnost vzniku závislosti, většinou se však jedná o návyk spojený s určitým životním stylem (MINAŘÍK a PÁLENÍČEK cit. dle KALINA aj., 2003a).

O každé z uvedených drog by se toho samozřejmě dalo uvést mnohonásobně více, já jsem se snažila uvést jejich hlavní účinky, pro které jsou tyto látky experimentálními uživateli vyhledávány. Také jsem se snažila poukázat na skutečnost, že riziko vzniku závislosti je zde nízké oproti jiným drogám, a proto mohou být nepravidelně, ale i pravidelně užívány bez zjevných projevů po dlouhou dobu.

#### **1.4 Období dospívání**

*„Dospívání je u člověka období ontogenetického vývoje, kdy vrcholí procesy zrání sexuálního, emocionálního a sociálního; zpravidla od 12/14 do 22/24 let“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 120).*

Toto období bývá většinou rozdělováno na dvě části, pubescenci a adolescenci.

*„Pubescence je období přeměny dítěte na biologicky zralého dospělého, schopného sexuální reprodukce; období pohlavního dospívání. V našich zemích přibližně mezi 12. a 15. rokem“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 491).*

*„Adolescence je období přípravy na dospělost, které v pojetí u nás převládajícím navazuje na pubescenci. Začíná biologickým dozráním, schopností plodit potomky a končí přijetím dospívajícího jako dospělého člena společnosti. V období adolescence se mění postoj k rodičům, dokončuje se vzdělávací dráha a velký význam získává vrstevnická skupina. Během adolescence se buduje charakter, ustavuje se kognitivní styl, kontrola pudů a emocí, profiluje se interpersonální chování, dospívající nalézají vlastní identitu“ (MATOUŠEK, 2003, s. 21).*

Pubescenci lze tedy chápat jako období pohlavního dospívání, zatímco adolescenci jako období psychického a sociálního dospívání (BROŽA cit. dle KALINA aj., 2003b). To však neznamená, že by v pubescenci nedocházelo k psychickým a sociálním změnám a v adolescenci neprocházely mladý člověk změnami biologickými, jen v každém období významně převažují určité typy změn.

V této práci se zaměřím na období adolescence, protože právě psychické a sociální změny, které jsou pro toto období charakteristické, mohou vést k experimentování s drogami.

### **1.5 Sociální práce**

Existuje více definic i pohledů na pojem sociální práce, já jsem zvolila definici ze Slovníku sociální práce: *„sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“ (MATOUŠEK, 2003, s. 213).*

### **1.6 Psychoterapie**

Pro pojem psychoterapie existuje také více definic, já uvádím definici z Psychologického slovníku, podle které je psychoterapie chápána jako *„léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, příp. úpravou prostředí; je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 488).*

## **2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S EXPERIMENTÁLNÍMI UŽIVATELI DROG**

V této kapitole se pokusím podrobněji přiblížit kategorii experimentálního uživatele drog. Zaměřím se také na vzrůstající tendenci v experimentálním užívání konopných drog, halucinogenů a extáze. Dále uvedu modely sociální práce, které se využívají v pomoci uživatelům drog. V poslední podkapitole se krátce zmíním o službách a zařízeních, které pracují s uživateli návykových látek a podle mého názoru mohou být vhodné a účinné i v práci s experimentálními uživateli.

### **2.1 Experimentální uživatel drog**

Za experimentálního uživatele drog lze považovat osobu, která překročila hranici užívání návykových látek, ale nadále si ve svém životě zachovává aktivity, které vykonávala před kontaktem s drogou. Užívání drogy nemá vzrůstající tendenci a droga je uživatelem vnímána jako forma relaxace ve vhodných chvílích (HAJNÝ aj., 1999).

Experimentátor si zachovává bohatost svého životního stylu a užívaná látka není formou nebo možností úniku od nepříjemných situací v jeho životě (HAJNÝ aj., 1999).

Sociální status experimentátora zůstává stejný, nadále si hledá a posiluje své místo ve společnosti. Jeho sociální pozice je okolím vnímána jako vyhovující. Vztah experimentátora k nejbližší rodině je vesměs dobrý, což samozřejmě nevylučuje výskyt disharmonických prvků, které však nemají dlouhodobě dominantní postavení. Jedinec si z rodiny nenese emoční zátěž, která by blokovala jeho vývoj a mohla být důvodem k užívání drog. Rodina je schopna působit na experimentálního uživatele a ovlivnit další užívání drogy a experimentátor je s ní ochoten na tomto spolupracovat (HAJNÝ aj., 1999).

Myslím si, že spolupráce s rodinou může být obtížná, jelikož rodina mívá často tendenci vnímat situaci dramaticky a zkresleně, čímž se může spolupráce s ní zhoršovat. Často je nutné pracovat i s rodinou samotnou. Tímto tématem se budu zabývat blíže v podkapitole č. 5.2.3, kterou věnuji rodinné terapii.

U experimentálního užívání drog nedochází ke změnám hodnot uživatele ani ke zhoršení schopnosti navazovat vztahy a fungovat v nich. Vztahy k lidem se vyznačují dostatečnou mírou otevřenosti, přirozenosti a stability. V oblasti chování také nedochází ke změnám. Perspektivy i cíle zůstávají stejné a experimentátor nadále usiluje o jejich uskutečnění. V osobnosti experimentálního uživatele nedochází ke změnám, které by byly zapříčiněny pouze vlivem užívání drogy (HAJNÝ aj., 1999).

### 2.1.1 UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH DROG, HALUCINOGENŮ A EXTÁZE MEZI DOSPÍVAJÍCÍMI

Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) provedené v České republice a dalších evropských zemích v roce 2003 bylo zjištěno, že drogami, které jsou v České republice nejvíce užívány dospívajícími, jsou marihuana a hašiš, zkušenost s užíváním přiznalo 43,6% dotázaných (tato studie byla prováděna mezi studenty prvních ročníků středních škol). Mezi rokem 1999 a rokem 2003 došlo k nárůstu alespoň jednorázové zkušenosti s touto drogou o 9% (CSÉMY aj., 2006).

Zkušenost s užitím taneční drogy extáze udává 8,3% dotázaných a nárůst oproti roku 1999 je o 4,9%. V užívání halucinogenních hub lysohlávek a LSD nedošlo oproti roku 1999 k výraznému nárůstu, avšak procento dospívajících, kteří s těmito drogami přišli do styku, není zanedbatelné, u lysohlávek se jedná o 7,9% dotázaných a u LSD o 5,6% dotázaných (CSÉMY aj., 2006).

Studie ESPAD se zabývala také celoživotní prevalencí v užívání drog. Zkušenost s užitím jakékoliv nelegální drogy uvádí 44% dotázaných, tímto číslem se Česká republika řadí na první místo mezi sledovanými zeměmi. Je nutno uvést, že u většiny respondentů se jednalo o jednorázovou zkušenost (CSÉMY aj., 2006).

I přes tuto skutečnost je, podle mého názoru, počet dospívajících, kteří mají zkušenost s drogou, vysoký a poukazuje na dostupnost drog na našem území a na touhu dospívajících s drogami experimentovat. Proto si myslím, že je důležité věnovat pozornost práci s experimentálními uživateli.



## 2.2 Modely sociální práce využívané v práci s uživateli drog

Experimentální uživatelé drog většinou nemají potřebu vyhledávat odborníky. Sociální pracovníci pracují převážně s klienty, kteří spadají do kategorie pravidelných, problémových nebo závislých uživatelů. Experimentátora do odborné péče nejčastěji přivádí rodina, která má mnohdy tendenci drammatizovat a zveličovat jeho užívání drog, proto je nezbytné, aby příslušný odborník věnoval pozornost i práci s rodinou (MÜLLEROVÁ aj., 2005; HAJNÝ aj., 1999).

Experimentátor tedy nejčastěji nevyhledává pomoc odborníků sám, nemá k tomu důvod, konzumaci drog nevnímá jako problém a v této fázi užívání mu většinou nepůsobí žádné problémy. Pokud se do péče profesionálů dostane, je v této fázi konzumu relativně dobře ovlivnitelný, a to za předpokladu, že se pracovníkovi podaří navázat s ním dobrý vztah, získat si jeho důvěru a přiměřeně reflektovat intenzitu jeho vztahu k drogám (HAJNÝ aj., 1999).

Existuje několik modelů sociální práce usilujících o pomoc uživatelům drog. Pro experimentální uživatele nebyly ještě podrobně propracovány. Já je však na tomto místě uvádím, jelikož si myslím, že jsou uplatnitelné i pro tuto cílovou skupinu.

### 2.2.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO TERAPEUTICKÁ POMOC

Za hlavní faktor tohoto modelu je považováno duševní zdraví a pohoda člověka. Vychází z přístupu zaměřeného na člověka, který zformuloval Carl R. Rogers. V rámci tohoto přístupu usiluje sociální pracovník v terapeutickém vztahu o kongruenci, opravdovost, bezpodmínečné přijetí a empatii. Pozornost je věnována člověku jako individualitě, jeho zrání a růstu. Klient je sociálním pracovníkem veden ke změně sebepojetí a k dosahování stavu kongruence. V rámci tohoto přístupu nedochází k řešení hmotných problémů klienta a širším sociálním okolnostem není přikládána větší váha (NAVRÁTIL cit. dle KALINA aj., 2003b).

Myslím si, že tento způsob sociální práce může být výhodný i v práci s experimentálními uživateli. Sociální pracovník vede klienta k vytvoření zdravého sebepojetí. Problémy se sebepojetím se často vyskytují právě

v adolescenci a mohou souviset s experimentováním s drogami. Za důležité také pokládám individuální přístup ke každému klientovi, což usnadňuje získání důvěry a vytvoření dobrého vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem.

### 2.2.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO REFORMA SPOLEČENSKÉHO PROSTŘEDÍ

Tento model vychází z představy společenské rovnosti v různých dimenzích společenského života. Cílem intervence sociálního pracovníka je sociální prostředí, o kterém se předpokládá, že nepřiměřeností svých požadavků narušuje sociální fungování a vyvolává problémy klientů. Sociální pracovník usiluje o vytvoření žádoucího vztahu prostředí ke klientům. Tento přístup k uživatelům drog vychází z předpokladu, že s nimi lze pracovat jako s příslušníky určité kulturní menšiny a konzum drog je výrazem určitého životního stylu. Cílem sociální práce je snaha změnit předsudečné vnímání konzumu drog ve společnosti a vytvoření akceptujícího prostoru i pro konzumenty drog (NAVRÁTIL cit. dle KALINA aj., 2003b).

Myslím si, že tento model může být prospěšný pro změnu pohledu a přístupu veřejnosti k experimentálním uživatelům drog. Důležitá je informovanost o typech návykových látek i o závažnosti užívání drog u jednotlivých typů uživatelů.

Generace dospívajících má svůj specifický životní styl, který podle mého názoru není společnost mnohdy schopná akceptovat, což může vést k mnoha nedorozuměním a problémům, které mohou mít za následek i experimentování s drogami.

### 2.2.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ POMOC

Podstatou tohoto modelu je snaha sociálního pracovníka pomoci klientům rozvíjet schopnost zvládat problémy a zpřístupnit jim odpovídající informace. V praxi se jedná zejména o poskytování informací, poradenství a zprostředkování potřebných služeb (NAVRÁTIL cit. dle KALINA aj., 2003b).

Podle mého názoru je velmi podstatné poskytovat uživatelům drog informace o možnostech, které existují, a které jim mohou pomoci. A stejně tak mohou tyto informace a dobře vedené poradenství pomoci experimentátorům.

Myslím si, že zprostředkování služeb není u této skupiny uživatelů nutné, za výhodnější považuji vést je k zodpovědnosti za své jednání a k tomu, aby své problémy sami konstruktivně řešili.

#### 2.2.4 ÚKOLOVĚ ORIENTOVANÝ PŘÍSTUP

Tento přístup klade důraz na individuální potřeby klienta, na chápání jeho životní situace, ale také na strukturální souvislosti problému a na požadavky společenského prostředí, ve kterém klient žije. Sociální pracovník se snaží přijímat klientovo chápání situace, tudíž neřeší jeho problémy tak, jak je vnímá a chápe on, ale vytváří prostor pro otevřené vnímání potřeb klienta. Tento přístup vychází z předpokladu, že každý je schopen měnit své jednání a přitom není zásadně determinován vnějšími ani vnitřními faktory (NAVRÁTIL cit. dle KALINA aj., 2003b).

Myslím si, že tento způsob práce s klientem a přístup k němu může být výhodný a přínosný při práci s experimentálními uživateli drog. Snaha pochopit situaci, ve které se klient nachází tak, jak ji vidí on, a přitom věřit, že je schopen svůj problém sám změnit a podporovat ho při této změně, je, podle mého názoru, velmi dobrý předpoklad úspěšné spolupráce.

### 2.3 Druhy služeb a zařízení pracující s uživateli drog

Odbornou pomoc, která je poskytována uživatelům drog, můžeme v zásadě rozdělit do dvou hlavních kategorií. První kategorií je léčba, která může mít různé podoby, jako je poradenství, nácvik behaviorálních technik, skupinových setkání nebo svépomocných skupin. Do druhé kategorie se řadí práce, která se zaměřuje na rodinu a prostředí, ve kterém klient žije. V zásadě se odborníci při práci s uživateli drog snaží povzbudit klienta k abstinenci a podpořit aktivity, které nejsou spojeny s užíváním drog (ELLIOTT a PLACE, 2002).

Podle mého názoru je v práci s experimentálními uživateli vhodné používat takové způsoby práce, které je vedou k aktivitě v procesu léčby, jako je např. poradenství. Za vhodné považuji také skupinovou terapii. Myslím si, že práce s rodinou zvyšuje pravděpodobnost úspěchu terapie.

Před zahájením terapie by měl sociální pracovník pečlivě zvážit, jaký typ služby a zařízení je pro klienta nejvhodnější. KALINA doporučuje zvážit zdravotní stav klienta, doprovodné psychologické a psychopatologické problémy, stupeň motivace klienta a jeho potřebu podpory, intenzitu příznaků závislosti a sociální vztahy klienta (cit. dle MÜLLEROVÁ aj., 2005).

V České republice existuje několik typů služeb a zařízení, které jsou zaměřeny na práci s uživateli drog. Pokusím se je v krátkosti vymežit a zároveň uvedu svůj pohled na možnosti jejich uplatnění při práci s experimentálními uživateli.

#### *- Streetwork (terénní práce)*

Jedná se o programy, které jsou realizovány v místech, kde se lidé užívající drogy pohybují. Sociální pracovník, který je nazýván „streetworker“, zajišťuje výměnu stříkaček, jehel, poskytuje kondomy a dezinfekční materiál. Klientům poskytuje také informace o drogách, jejich bezpečné aplikaci a nabízí jim možnosti léčby (MÜLLEROVÁ aj., 2005; HAJNÝ, 2002).

Myslím si, že streetwork může být v práci s experimentátory velmi užitečný. Sociální pracovník by se měl pohybovat v místech, kde jsou experimentálně a rekreačně užívány drogy. V současné době se často jedná např. o „taneční party“, na kterých jsou užívány konopné drogy a taneční droga extáze. Sociální pracovník by měl uživatelům poskytnout dostatek informací o nebezpečnosti užívání drog v jakémkoliv množství a nabídnout jim možnosti odborné pomoci.

#### *- Nízkoprahová kontaktní centra*

Tato centra navazují na terénní programy a také se jim v mnohém podobají. Hlavním rozdílem je existence určitého objektu, ve kterém se kontaktní centrum nachází. Služby v něm realizované jsou v zásadě velmi

podobné těm, které poskytuje streetworker (MÜLLEROVÁ aj., 2005; HAJNÝ, 2002).

Domnívám se, že tento typ služeb není příliš vhodný pro experimentální uživatele. Experimentátoři nemají pocit, že by měli s užíváním drog problém a nevyhledávají tedy pomoc. Myslím si, že pokud by se rozhodli vyhledat pomoc, volili by jiný způsob zprostředkování pomoci než přes kontaktní centrum.

#### *- Ambulantní léčba*

V rámci ambulantní léčby lze řešit mnoho problémů s drogami. Tento způsob péče však klade na klienta určité nároky, především musí být schopen k terapeutovi pravidelně docházet. V České republice existuje více typů ambulantních zařízení, od krizových center přes centra poradenská až po AT poradny (AT je zkratka slov alkohol-toxikomanie). V ambulantních centrech se provádí individuální, rodinná i skupinová terapie (MÜLLEROVÁ aj., 2005; HAJNÝ, 2002).

Domnívám se, že tento typ zařízení je pro práci s experimentálními uživateli nejvhodnější a také je nejčastěji využíván. Poskytuje mladému člověku péči, která je časově omezena, a není tudíž tak náročná jako např. v terapeutické komunitě. Mladý člověk zůstává ve svém přirozeném prostředí a úspěchy dosažené v terapii si může hned vyzkoušet v každodenních situacích. Ambulantní léčba je cílevědomá činnost, která směřuje k abstinenci. Po klientovi se vyžaduje aktivní spolupráce a pravidelnost v docházce, což ho vede ke spoluzodpovědnosti za výsledek léčby.

#### *- Terapeutická komunita a ústavní léčba na psychiatrii*

V terapeutické komunitě je poskytována střednědobá a dlouhodobá pobytová léčba (6–18 měsíců). Léčba v komunitě klade na klienty vysoké nároky, jak v délce léčby, tak v komunitním způsobu života. Klienti přebírají zodpovědnost za léčbu i samotný provoz komunity. Ústavní léčba na psychiatrii je oproti léčbě v terapeutické komunitě kratší a podobá se mnohem více pobytu v nemocničním zařízení (MÜLLEROVÁ aj., 2005; HAJNÝ, 2002).

Tato zařízení nebývají využívána pro léčbu experimentálních uživatelů. Domnívám se, že práce s touto cílovou skupinou nevyžaduje většinou takto dlouhou a intenzivní léčbu.

#### *- Specializovaná zařízení pro dospívající*

V České republice existují specializovaná pobytová zařízení, která pracují výhradně s dospívajícími od 15 let. Tyto programy jsou kratší než pobytové programy určené pro dospělé, pobyt v nich se pohybuje mezi 2–8 měsíci. Program v těchto zařízeních je více uzpůsoben potřebám mladých lidí, probíhá zde rodinná terapie, různé sportovní aktivity, programy určené pro rozvoj tvořivosti apod. (HAJNÝ, 2002).

Ambulantních zařízení, která se věnují dospívajícím, je celá řada. Většinou se v nich spojuje individuální, skupinová a rodinná terapie (HAJNÝ, 2002).

Myslím si, že je důležité věnovat nezletilým klientům speciální péči. Pobyt v zařízeních komunitního typu je vhodný, a to zvláště tehdy, když existuje riziko, že by experimentování mohlo přejít v jinou, závažnější formu užívání drogy, nebo tehdy, když se jeví jako potřebné, aby dospívající opustil na nějakou dobu své přirozené prostředí, např. v situacích jako jsou velké konflikty v rodině, přílišný vliv vrstevnické skupiny apod.

#### *- Doléčovací centra*

Tato centra jsou určena klientům, kteří prošli pobytovou léčbou. Doléčovací program trvá zpravidla 6–12 měsíců. Klienti mohou využít poradenských služeb, účastní se individuální a skupinové terapie, popř. i terapie rodinné (MÜLLEROVÁ aj., 2005; HAJNÝ, 2002).

Myslím si, že každý klient, který absolvoval pobytovou léčbu, by měl docházet na doléčovací programy, tedy také experimentální uživatelé.

### **3 OBDOBÍ ADOLESCENCE**

Vývojové období adolescence začíná přibližně ve věku 15 let a končí kolem 20 až 22 let. Navazuje na období pubescence. Dospívání představuje proces, při kterém se ze závislého jedince (dítěte) formuje relativně nezávislý, soběstačný jedinec, který za sebe a své činy přebírá plnou zodpovědnost (BROŽA cit. dle KALINA aj., 2003b; SMIK, 2001).

Dospívání je období velice těžké a plné rozporů. Mladý člověk si musí ujasnit svůj vztah k sobě a nalézt své místo ve světě, volí si životní program a připravuje se na budoucí společenské uplatnění v práci, prožívá také stále vážnější a složitější vztahy s druhým pohlavím. Jedná se o složité úkoly, které s sebou mohou přinášet mnoho zmatku, nejasností a nespokojenosti (ŘÍČAN, 2004).

V období adolescence dochází k mnoha změnám, které lze rozdělit do třech hlavních kategorií, jedná se o změny biologické, psychické a sociální (SMIK, 2001). V reálném životě se samozřejmě nedají takto oddělit, navzájem se ovlivňují a prolínají. Pro mladého člověka může být prožívání těchto změn náročné a domnívám se, že může za určitých okolností vést i k experimentování s drogami. V následujících podkapitolách se budu blíže věnovat jednotlivým kategoriím vývojových změn.

#### **3.1 Biologické vývojové změny**

V období pubescence dochází ke změně hladiny hormonů v krvi, což má za následek vývoj pohlavních znaků, zároveň je pro toto období charakteristický rychlý tělesný růst. V adolescenci není již tělesný růst tak výrazný, chlapecká postava se však stává více mužskou a dívčí ženskou. Pro dospívající je typické zaujetí vlastním tělem a jeho krásou. Mnohdy nejsou spokojeni se svým vzhledem, zvláště pokud nějakým způsobem vybočuje z průměru. Pocity nespokojenosti a často i méněcennosti vyvolává ideální vzhled, který je diktován médii jako norma (MACEK, 2003; ŘÍČAN, 2004; SMIK, 2001).

Myslím si, že smířit se se svým fyzickým vzhledem může být pro adolescenta složitým úkolem, který s sebou může přinášet myšlenky a pocity, se kterými se mladý člověk nemusí umět vyrovnat. Pocity nejistoty, méněcennosti, zmatenosti a selhání mohou vést dospívajícího k experimentování s drogami.

Podle mého názoru však není experimentální užívání drog jako důsledek biologických vývojových změn příliš častým jevem a jedná se pouze o jednu z mnoha možností, jak se dospívající může snažit s těmito změnami vyrovnat.

### 3.2 Psychické vývojové změny

Změny psychických funkcí se výrazně projevují v oblasti emocionality a v oblasti kognitivních funkcí (SMIK, 2001).

V oblasti kognitivních funkcí dochází k rozvoji myšlenkových operací (formálních operací), které dospívající ovládl již v pubescenci. Adolescent myslí rychleji, zkušeněji a spolehlivěji než pubescent. Dochází k rozšíření horizontu myšlení a poznání ve vztahu k vlastní budoucnosti, zároveň se vytváří i nový pohled na minulost a přítomnost. V adolescenci nabývají na významu také prožitky, zkušenosti a vztahy (MACEK, 2003; ŘÍČAN, 2004).

Emocionalita se v průběhu adolescence mění. Na počátku adolescence se vyznačuje zvýšenou emoční labilitou. Adolescent často prožívá pocity nejistoty a úzkosti. Mnohdy není schopen svým pocitům dostatečně porozumět. Později v adolescenci dochází k odeznívání náladovosti a zvýšené emoční lability, stejně tak se objevuje i menší impulsivnost (MACEK, 2003; SMIK, 2001).

*„Zvláštní význam ve střední adolescenci získávají emoce a city související s erotickou sférou života, estetické city a mravní cítění. Je to často i období „prvního vystřízlivění“, jež člověk zažívá při konfrontaci reality všedního dne se svými vysněnými představami a ideály“ (MACEK, 2003, s. 48).*

Myslím si, že vývojové změny probíhající v tomto období mohou a nemusí vést k experimentování s drogami. Za riziko považuji zvýšenou impulsivnost a možné zklamání při konfrontaci s realitou, které mohou vést k nepromyšleným činům.



### 3.3 Sociální vývojové změny

V období dospívání se mladý člověk učí navazovat složitější a diferencovanější vztahy s druhým pohlavím a zároveň prochází fází emancipace od rodiny (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

V tomto období dochází k významným změnám ve všech typech vztahů, ve kterých se adolescent nachází.

#### 3.3.1 VZTAHY K RODIČŮM

Emancipace od rodiny často probíhá formou konfrontací a konfliktů. ŘÍČAN (2004, s. 213) píše, že *„život rodičů se mladým jeví prázdný, zmařený, jejich zájmy nudné a starosti malicherné, jejich životní kompromisy ubohé, morální názory beznadějně zastaralé, inteligence pochybná, vztahy neupřímné, jejich společnost „nemožná““*.

Konflikty vznikají nejčastěji kolem určitých zákazů, které dospívající chápe jako bezdůvodně omezující. Příliš vysoká míra konfliktů však není podle výzkumů obvyklá a poukazuje spíše na rozvoj rizikového chování (delikvence, útěky z domova, užívání drog apod.). Určitá míra konfliktů je však v adolescenci normální. Dospívající se potřebuje vymezit vůči rodičům a vyjasnit si určité otázky a pochybnosti. Je důležité, aby rodiče měli proto pro adolescenta pochopení, brali ho vážně a umožnili mu svobodně vyjadřovat jeho názory. Vysoká kontrola a přísnost ze strany rodičů může vést mladého člověka k přílišné orientaci na vrstevníky a vytváření koalic vůči rodičům. Spolu s názorovou přímočarostí, nepřijímáním kompromisů a tendencí k černobílému vnímání světa může docházet k různým vzpourám, které mohou mít i protispolečenský charakter. Za normálních okolností bývá bouřlivý separační proces ukončen před 20. rokem, kdy dochází k obnovení pozitivního vztahu k rodičům (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006; MACEK, 2003; ŘÍČAN, 2004).

### 3.3.2 VRSTEVNICKÉ VZTAHY A VZTAHY K OPAČNÉMU POHLAVÍ

Vrstevnické vztahy poskytují dospívajícímu jistotu, kterou ztrácí odpoutáním se od rodiny, a zároveň ho připravují na emoční vztahy v dospělosti. Pro dospívajícího je velmi důležité, aby náležel k určité vrstevnické skupině a jejími členy byl pozitivně hodnocen. Ve vztahu k vrstevníkům hodnotí dospívající sám sebe. Vrstevnická skupina poskytuje prostor pro vzájemné sdílení pocitů, zkušeností, zážitků apod. Mezi vrstevníky získává dospívající pocit vlastní autonomie, hodnoty, sociální prestiže, osvojuje si nové role a získává zpětnou vazbu o svém chování. Jelikož je pozice ve vrstevnické skupině pro dospívajícího velmi důležitá, snaží se dodržovat velmi důsledně její normy, které někdy mohou odporovat i jeho přesvědčení. V každé skupině existují určité standardy chování, které dospívající dodržuje a často je uplatňuje i v běžných každodenních situacích (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006; MACEK, 2003; SMIK, 2001).

Myslím si, že vrstevnická skupina je bezpochyby nepostradatelná pro dospívajícího a jeho zdravý vývoj. Na druhé straně skupinová konformita může být tak silná, že dospívajícího dovede až k rizikovému chování (krádeže, útěky z domova, užívání drog apod.). Domnívám se, že právě vrstevnické vztahy, potřeba dospívajícího někam patřit, být uznávám ostatními, vyniknout mezi nimi nebo alespoň nevybočovat, je velmi častou příčinou experimentování s drogami.

Stejně jako vztahy ve vrstevnické skupině mohou mít na dospívajícího silný vliv i vztahy k opačnému pohlaví. Tyto vztahy získávají v adolescenci erotický charakter, pro dospívající však mají velký význam i z hlediska blízkosti, bezpečí a intimity. Dobývání a svádění druhého pohlaví souvisí s prezentací vlastní krásy a s pokusem přesvědčit sebe i druhé o vlastní ceně (MACEK, 2003; ŘÍČAN, 2004; SMIK, 2001).

Podle mého názoru může být vliv partnera v tomto období velmi silný a dospívající je schopen přizpůsobit své aktivity i životní styl partnerovi. Zároveň jsou dospívající mnohdy ochotni udělat téměř cokoli, aby se přiblížili ke svému „vyvolenému“ nebo na sebe upoutali jeho pozornost. Snahy o přizpůsobení, přiblížení či upoutání pozornosti mohou vést i k experimentování s drogami.

### 3.4 Utváření identity

Identita se utváří a upevňuje během celého života člověka. V dospívání se však jedná o jeden z hlavních vývojových úkolů tohoto období. Dospívající se snaží poznat kým je, porozumět svým pocitům, zjistit kam patří a kam chce směřovat, čemu věří a co má pro něj v životě smysl. Jedná se o složité otázky a nalézt na ně odpovědi není jednoduché, zvláště pro ty dospívající, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodněni (např. psychické problémy, tělesný handicap, problémy v předchozím vývoji apod.) nebo pro ty, kteří nechtějí nic přijmout jako danost a vše si chtějí ověřit a vyzkoušet (ŘÍČAN, 2004).

K procesu hledání identity nepatří jen poznání toho, jaký člověk je, ale souvisí i s aktivním experimentováním. Dospívající se snaží nějaký být, snaží se nalézt to, čemu věří, a podle toho také žít. Mladí lidé experimentují v mnoha oblastech, střídají různé sportovní aktivity, experimentují s náboženstvím, v erotickém životě, zkoušejí alkohol a drogy, experimentují s hranicemi zákona. V experimentování se také projevuje touha dospívajících ukázat rodičům, že sami nejlépe vědí, co je pro ně nejlepší, a snaží se podle toho žít (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006; MACEK, 2003; ŘÍČAN, 2004).

Jako problematické se v dnešní době ukazuje hledání spirituální identity. Dnešní společnost je spíše ateistická a zaměřená výkonově a konzumně, nalézat v ní hlubší duchovní hodnoty je obtížné. Přesto se dospívající snaží nalézt hodnoty, ke kterým by se mohl vztahovat, které by ho přesahovaly a dávaly jeho životu vyšší smysl. Mladí lidé z tohoto důvodu experimentují s různými náboženstvími, meditačními technikami, tajemnými rituály apod. (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006; ŘÍČAN, 2004).

Podle mého názoru může být experimentování s drogami spojeno s potřebou prožití transcendentálních zážitků. Zvláště u halucinogenů jsou uváděny mystické prožitky. Pokud by však mladý člověk nacházel a zažíval tyto prožitky pouze ve stavu vyvolaném užitím drogy, jedná se, podle mého názoru, o mnohem závažnější problém než je „pouhé“ experimentální užívání drog. Myslím si, že v současné době není pozornost dostatečně věnována této potřebě mladých lidí, což může být jedním z důvodů, proč dochází k stále většímu

nárůstu v užívání drog. Podle mého názoru by měla být část terapie věnována právě duchovním potřebám klientů.

### 3.5 Adolescentní moratorium

V psychologickém slovníku je moratorium definováno dle ERIKSONA jako „*období uprostřed krize identity, kdy jedinec prožívá konflikt mezi očekáváním rodičů a vlastními plány*“ (cit. dle HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 327).

Dospívání je nepochybně velmi složitým obdobím v životě člověka, což může vést k tomu, že mladí lidé touží po odkladu dospělosti. Úkoly a nároky, které jsou na ně kladeny, jsou náročné a je jich mnoho, proto se dospívající mohou snažit nalézt čas pro své vnitřní zrání (ŘÍČAN, 2004).

ŘÍČAN (2004) píše o generačním moratoriu, v rámci kterého jakoby mladá generace odmítala navázat na generaci předchozí a nechtěla převzít její úkoly.

ŘÍČAN (2004) dále uvádí osobní moratorium, které se může projevat v různých formách a může poskytnout vysvětlení pro obtížně pochopitelné chování dospívajících. Toto moratorium se může projevat rozličnými aktivitami, jako např. přehnaným zaujetím sportem, četbou, hrou na hudební nástroj apod. Adolescent vyplňuje všechn svůj volný čas určitou činností, a tudíž mu již nezbyvá žádný prostor na to, aby se zabýval obtížnými situacemi a problémy, které s sebou přináší dospívání. Moratoriem však může být i pochybná parta, sexuální promiskuita, vězení či psychiatrická léčebna.

Pojem moratoria může poskytnout vysvětlení pro, na první pohled nepochopitelné, chování dospívajícího, zároveň je však vždy nezbytné zvážit, jestli se opravdu jedná o moratorium, nebo má chování vážnější příčinu (ŘÍČAN, 2004).

Domnívám se, že moratoriem může být také experimentování s drogami. Člověk se pod vlivem drogy nezabývá svými problémy a droga mu většinou poskytuje příjemné prožitky. Moratorium, které je spojeno s drogami, může být velmi nebezpečné, a to hlavně z hlediska rozvoje závislosti.

## 4 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ

Období dospívání klade mnoho nároků na mladého člověka a je proto velmi citlivým obdobím pro rozvoj některé z forem tzv. rizikového chování. V zásadě toto chování můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin, první se týká poškozování zdraví adolescentů (tělesného i duševního), druhá skupina je spjata s ohrožením společnosti (MACEK, 2003).

DURKIN; SCHULENBERG aj. uvádí, že „*mezi oblasti problémového chování současných adolescentů se nejčastěji zařazují predeliktivní chování a páchaní trestné činnosti, agrese, násilí, šikana a týrání, užívání drog, sexuální rizikové chování, poruchy příjmu potravy, sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy*“ (cit. dle MACEK, 2003, s. 77). Může docházet také k tomu, že se různé typy rizikového chování navzájem prolínají nebo i podporují (MACEK, 2003).

V procesu hledání identity se může rozvinout také tzv. koncept negativní identity, kdy je pro dospívajícího lepší být špatným než nikým, což se může projevit v odmítání rolí a norem nastavených společností a může souviset s rozvojem rizikového chování (ŠAFÁŘOVÁ, 2002).

### 4.1 Konzumace nealkoholových drog

Jak jsem uvedla v předchozí kapitole, dospívající má přirozenou potřebu experimentovat s různými činnostmi, hledat nové podněty, testovat hranice, častý je i sklon k riskování. V dnešní době se tyto potřeby často projevují právě v experimentování s drogami.

Experimenty s marihuanou mohou často odrážet snahu dospívajícího být otevřený novým zážitkům a zároveň je aktivně vyhledávat. Tyto experimenty však mohou také souviset s tendencí mladého člověka vzepřít se usedlému rodinnému životu svých rodičů (DEMBO aj., 1976).

MACEK (2003, s. 79) při popisu faktorů, které mohou vést k rizikovému chování, uvádí „*přirozenou potřebu explorační a experimentální, resp. hledání*

*pozitivních prvků ve společensky a zdravotně nebezpečném chování*“. Dospívající se snaží nalézt vlastní hodnoty, prožitky a životní styl, což ho může vystavovat nebezpečným vlivům, často právě drogám (MACEK, 2003).

Experimenty zejména s marihuanou a extází jsou pro velkou část adolescentů společenskou událostí a určitým vrstevnickým standardem (MIOVSKÝ cit. dle MACEK, 2003).

Jak jsem již výše uvedla, vrstevnická skupina je pro dospívajícího velmi cenná a mladý člověk může být ochoten přijmout skupinové normy, které souvisí s užíváním drog. Vliv vrstevníků na dospívajícího je velmi silný, a zvláště pak vliv jedinců, kteří mezi vrstevníky nějakým způsobem vynikají. Ukazuje se, že může existovat silný vztah mezi užíváním drog jedincem a užíváním drog „přitažlivými“ vrstevníky. Jedinec se může snažit prostřednictvím experimentů s drogami na sebe upoutat pozornost a získat si přátelství „obdivovaných“ vrstevníků (KANDEL, 1980).

Způsob vnímání drog ve vrstevnické skupině, tolerance vůči drogám v ní, popř. užívání drog ve vrstevnické skupině, jsou silné aspekty, které na dospívajícího působí a mají významný vliv na jeho rozhodnutí, zda začne experimentovat s drogami (KANDEL, 1980).

Tyto experimenty nemusí mít žádné následky, vždy však platí, že skupina experimentálních uživatelů je ohrožena možným vznikem závislosti. Závislostem na tvrdých drogách většinou předchází experimenty s drogami, jako jsou marihuana a extáze (MACEK, 2003; VÁGNEROVÁ, 2004).

#### 4.1.1 PROBLÉMY SOUVISEJÍCÍ S EXPERIMENTÁLNÍM UŽÍVÁNÍM

##### DROG

Jak jsem již nejdříve uvedla, dospívání je velmi náročné období spojené s mnoha složitými úkoly, které mohou v mladém člověku vyvolávat pocity zmatku, nejistoty, nepohody nebo úzkosti. Za normálních okolností motivují jedince k zvládnání úkolů dospívání a k posunu do dalšího vývojového období (BROŽA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Ne každý dospívající se však snaží tyto pocity překonat úsilím o splnění vývojových úkolů. Způsobem, jak nepříjemné pocity překonat a navodit si pocity příjemnější, může být i experimentální užívání drog. Ve stavu vědomí

navozeném drogou nevnímá dospívající starosti a problémy jako naléhavé a přestává se jimi zabývat, což ve svém důsledku může vést k tomu, že jedinec zůstává v období dospívání a není schopen postoupit dále. Vždy, když jsou úkoly a problémy natolik naléhavé, že vyvolávají nepříjemné pocity, které by za normálních okolností vedly k jejich vyřešení, užije dospívající drogu, která mu znovu poskytne příjemnější stavy vědomí. Experimenty s drogou za tímto účelem nejenom brání v přirozeném vývoji, ale pravděpodobně povedou k častějšímu užívání drogy, což může vést i ke vzniku závislosti (BROŽA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Dospívající většinou nejprve experimentují s alkoholem a tabákem, k nelegálním drogám přecházejí až později. Brzké zkušenosti s drogami legálními však zvyšují pozdější riziko vzniku závislosti na alkoholu, ale i na nelegálních drogách. Podstatným rizikem je také to, že v tomto věku dochází k rozvoji závislosti mnohem rychleji než v dospělosti. Následná léčba bývá obtížná a zdoluhavá, často se objevují recidivy. Je však nutné uvést, že dlouhodobá prognóza je u dětí a dospívajících příznivější než u dospělých, a to z důvodu přirozeného procesu zrání (NEŠPOR a CSÉMY, 1996).

Dospívající mají také větší tendenci ke kombinování různých typů drog a větší sklon k riskování, zároveň však nižší toleranci a menší zkušenost s užíváním těchto látek, což může vést k těžkým otravám nebo k úrazům způsobeným nebezpečným chováním pod jejich vlivem (NEŠPOR, 2007).

Experimentování s drogami může také vést k různým problémům v jednotlivých oblastech života dospívajícího, např. v rodině, ve škole atd. (NEŠPOR, 2007).

Myslím si však, že tyto problémy jsou velmi individuální a spojené i s dalšími faktory, jako je např. rodinná atmosféra a zázemí, motivace ke studiu atd. Rozsah této práce neumožňuje věnovat se těmto problémům podrobněji.

#### 4.1.2 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY EXPERIMENTÁLNÍHO UŽÍVÁNÍ DROG

Sociální důsledky pravidelného užívání drog jsou velmi závažné a zasahují všechny oblasti života uživatele (VÁGNEROVÁ, 2004).

U experimentálního užívání však nedochází ke změnám v osobnosti experimentátora, nejsou narušeny jeho sociální vztahy ani jeho zájmy, hodnoty a cíle se nemění (HAJNÝ aj., 1999).

Podle mého názoru je nejvýznamnějším sociálním důsledkem experimentálního užívání drog nálepka „feťáka“, kterou může dospívající od společnosti získat.

Postoj veřejnosti k uživatelům drog je odmítavý, stigmatizující a sociálně vyčleňující (VÁGNEROVÁ, 2004).

Myslím si, že veřejnost mnohdy není dostatečně informovaná o drogách ani o kategoriích jejich uživatelů, což má za následek, že experimentální uživatelé bývají odsuzováni a odmítáni stejně tak, jako silně závislí jedinci.

Pohrdání a odpor společnosti může v mladém člověku vyvolat potřebu vyhledávat lidi, kteří také užívají drogy, což může vést k pravidelnému užívání a následně k rozvoji závislosti se všemi jejími nepříznivými důsledky (VÁGNEROVÁ, 2004).

Experimentování s drogami v nevhodném prostředí, jako je např. škola, může vést ke zhoršení soustředění, celkového výkonu i ke ztrátě motivace ke školní činnosti, což může mít v krajních případech za následek i odchod ze školy (VÁGNEROVÁ, 2004).

Myslím si, že práce odborníků by mimo jiné měla směřovat také k odstraňování předsudků, které ve společnosti vůči uživatelům drog existují. Domnívám se, že společnost, která by neodsuzovala, ale naopak se snažila přijmout a pomáhat takovému člověku, by byla velmi příznivým faktorem v odstraňování následků užívání drog.



## **5 MOŽNOSTI V PRÁCI S ADOLESCENTY EXPERIMENTÁLNĚ UŽÍVAJÍCÍMI DROGY**

V této kapitole se zaměřím na možnosti v práci s adolescenty, kteří experimentálně užívají drogy. Bohužel k tomuto tématu existuje velmi málo literatury, spíše se jedná o kapitoly, resp. části kapitol, v knihách věnovaných závislostem. Z tohoto důvodu budu používat i literaturu zabývající se závislostmi na drogách. V této kapitole se pokusím uvést způsoby práce s experimentátory, které považuji za důležité, a o kterých si myslím, že by mohly být pro tuto cílovou skupinu přínosné. Vycházím z informací, které jsem našla v odborné literatuře, a zároveň ze zkušeností získaných z mé praxe.

### **5.1 Primární prevence**

*„Primární prevence – předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované populaci“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 450).*

Hlavním cílem primární prevence, která se zaměřuje na drogy, je snaha o to, aby nedocházelo k nárůstu počtu konzumentů drog, aby drogy nebyly vyhledávány a užívány, aby nedocházelo k rozvoji závislosti, ani jakékoliv jiné formy jejich užívání (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Děti, a zvláště pak dospívající, jsou v dnešní době skupinou, která je užíváním drog ve velké míře ohrožena. Dospívající jsou vystaveni mnoha tlakům, jakými jsou např. vliv vrstevnické skupiny, média, touha experimentovat apod. Snaha zamezit jakémukoliv experimentování s drogou je proto mnohdy nereálná. Specifickým cílem primární prevence je také snaha oddálit kontakt s drogou do co nejvyššího věku dospívajícího, ve kterém již nemusejí mít drogy tak nepříznivý vliv na rozvoj jeho osobnosti (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b; NEŠPOR, 2007).

Mezi cíle primární prevence patří také snaha omezit či úplně zastavit experimentování s drogami (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

U programů primární prevence však existuje nebezpečí, že místo toho, aby předcházely a zabránily kontaktu s drogami, povedou některé členy cílové skupiny k touze vyzkoušet drogy, o kterých získali informace (VÁGNEROVÁ, 2004).

Myslím si, že tuto skutečnost je nutné brát v úvahu při sestavování vhodných programů primární prevence, zároveň si však myslím, že není možné se tomuto riziku nikdy zcela vyhnout. To by však nemělo být důvodem posuzování primární prevence jako neúčinné či dokonce nevhodné, a to ani pro práci s experimentátory.

Při sestavování programů primární prevence i při pohledu na problematiku drog je důležité si uvědomit, že k užívání drog dochází v určitém systému (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

BÉM a KALINA (cit. dle KALINA aj., 2003b, s. 275) píšou o „*bio-psycho-sociálním modelu, který znázorňuje vztah mezi drogou, jejím uživatelem a prostředím, ve kterém k interakci mezi drogou a uživatelem dochází*“.

Při vytváření programů primární prevence je důležité brát v úvahu určitá kritéria, která se týkají drogy samé, např. typ drogy, její specifika, riziko vzniku závislosti apod. (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Myslím si, že drogy jako např. marihuana a hašiš mohou uživateli po dlouhou dobu poskytovat mnoho pozitiv a negativa nemusí být po určitou dobu nijak výrazná ani nepříjemná. Podle mého názoru by toto mělo být dětem a dospívajícím v rámci programů primární prevence otevřeně sdělováno. Domnívám se totiž, že případné zkreslení příjemných účinků vyvolaných užitím drogy může vést u dospívajících, kteří by drogu vyzkoušeli, ke ztrátě důvěry v odborníky, popř. i v dospělé obecně.

Co se týče jedince, neexistuje žádná struktura osobnosti, která by zaručeně vedla k rozvoji závislosti, lze však uvést určité charakteristiky, které mohou riziko vzniku závislosti zvyšovat. Jedná se např. o nízké sebevědomí, nedostatek asertivity, poruchy chování, špatné sociální vazby, stres, depresivní ladění nebo nezdrženlivost. Obecně lze uvést dva základní typy osob, u kterých existuje vyšší riziko rozvoje užívání drog. Jsou to osoby, které jsou zvýšeně zranitelné, citlivé a úzkostné. Druhým typem je skupina osob, pro kterou je charakteristická zvýšená dráždivost až agresivita (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Prostředí je velmi významným aspektem, který má vliv na užívání drog. Prostředí je vše, co jedince obklopuje. Na rozvoj užívání drog má významný vliv především společnost, rodina a vrstevnická skupina (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Z hlediska společnosti je asi nejvýznamnější její celkový vztah a postoj k drogám, dále pak sankce, které společnost uděluje jedinci za zneužívání drog. Důležitá je také dostupnost drog ve společnosti a celková orientace společnosti, např. výkonová a konzumní orientace. Velmi významná je drogová politika, která je realizována v daném státě (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Rodinné prostředí je jedním z významných faktorů, které mají vliv na rozvoj rizikového chování, tedy i na užívání drog. Podstatná je především celková rodinná atmosféra, výchovný styl, rodinné hodnoty a normy, postoje členů rodiny k drogám a dostupnost drog v rodině (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Vrstevnické prostředí je pro dospívajícího velmi důležité, touha zůstat členem skupiny může být silnější než riziko, které s sebou drogy přinášejí (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

BÉM a KALINA (cit. dle KALINA aj., 2003b) uvádějí také tzv. „provokující faktory“, které mohou vést k experimentům s drogou, mezi ně patří zvědavost, nuda, zlepšení výkonnosti, zlepšení nálady, snaha uniknout od problémů či z neřešitelné situace. Mezi faktory vedoucí k experimentálnímu užívání drogy může patřit také touha upozornit na sebe nebo vyniknout v určité vrstevnické skupině.

Domnívám se, že dobrý program primární prevence by měl zohlednit všechny výše zmíněné faktory. Myslím si, že je dobré přikládat zvláštní význam vrstevnické skupině a vztahům v ní, stejně jako módě a životnímu stylu dnešních dospívajících. Je důležité respektovat jejich potřebu náležet k určité skupině vrstevníků, zároveň by však měli být rozvíjeny dovednosti, které je učí věřit v sebe sama a dokázat vyjádřit svůj názor. Nemyslím si, že efektivní primární prevence spočívá v tom, že přikážeme dospívajícím říkat drogám „ne“, ale v tom, že jim poskytneme dostatek informací o drogách, posílíme jejich sebevědomí, jejich komunikační dovednosti, asertivní chování apod., aby mohli sami a svobodně, na základě vlastního rozhodnutí toto „ne“ říci.

NEŠPOR (2000, s. 294) uvádí, že program primární prevence by měl *„odpovídat věku dítěte, být nenáročný, interaktivní, zahrnovat podstatnou část dětí, zaměřovat se na získání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život, brát v úvahu místní specifika, využívat pozitivní modely, týkat se legálních i nelegálních návykových látek, zahrnovat snižování dostupnosti návykových rizik i snižování poptávky, být soustavný a dlouhodobý“*.

Vše, co MUDr. Nešpor, CSc. uvádí, považuji za velmi důležité. Dovednostem potřebným pro život se budu věnovat v podkapitole 5.5. Nyní bych se ráda zmínila o pohledu na užívání drog v naší společnosti, což považuji za problém, který má velký podíl na rozšiřující se skupině uživatelů drog.

V současné době se u určitých skupin dospívajících objevují tendence považovat užívání drog za něco „normálního“, za něco, co sice přináší určitá rizika, ty však jsou často vnímána jako zanedbatelná. Je důležité, aby v rámci primární prevence byli mladí lidé informováni o rizicích, kterým se vystavují při užívání drog, a aby jim bylo zdůrazněno, že většina populace drogy neužívá a tedy se nejedná o společensky akceptovanou činnost či zábavu. Zároveň je důležité snižovat dostupnost drog, což by mělo být jedním z hlavních cílů protidrogové politiky státu (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

V programech primární prevence se také využívá tzv. „pozitivních modelů“, které mohou být někdy označovány jako tzv. „intermediátoři“. Do této skupiny se zařazují osoby, které mohou mít významný vliv na dospívající, osoby, kterým mladí lidé důvěřují. Jsou to např. populární umělci, trenéři, sportovci apod. (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Mezi tzv. „intermediátory“ patří také osoby, které se účastní tzv. „peer programů“. Jedná se o programy, které v primární prevenci využívají vyškolených mladých lidí. Často se jedná o dospívající stejně staré nebo jen o něco málo starší než je cílová skupina, na kterou je prevence zaměřena. Vychází se z předpokladu, že vliv vrstevníků je v dospívání významnější než vliv dospělých osob (BÉM a KALINA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Programy primární prevence považuji za velmi důležité. Myslím si, že dnešní doba může být pro mladého člověka náročná a může být pro něj složité se v ní orientovat. Mediální kampaně propagují alkohol a cigarety, ve filmech

a seriálech často užívají hlavní hrdinové drogy, zatímco jejich životní styl může být vylíčen velmi lákavě. Dospívající může mít potřebu zkoušet věci, které jsou mu předkládány jako něco přitažlivého. Z experimentování se však postupně může vyvinout i závislost.

Nemyslím si, že je v rámci primární prevence možné zamezit jakémukoliv kontaktu dospívajících s drogami, stejně tak si nemyslím, že sebelepší program primární prevence bude účinný u všech dospívajících. Přesto považuji primární prevenci za nezastupitelnou součást snahy o předcházení šíření závislosti na drogách. Její význam nacházím také v tom, že se často může jednat o první kontakt experimentálních uživatelů s odbornou pomocí. V rámci programů primární prevence mohou být odhaleni a může jim být nabídnuta vhodná odborná péče. I pokud by nedošlo k odhalení, je velmi důležité, že mohou získat více informací o drogách, které užívají, a o rizicích, které s sebou jejich užívání přináší. Toto může vést k tomu, že sami od užívání upustí.

## **5.2 Psychoterapie**

Psychoterapii považuji za velmi důležitou součást práce s experimentálními uživateli. Myslím si, že by psychoterapeutická práce s klientem měla sestávat z individuální, skupinové i rodinné terapie. V práci se závislými uživateli bývá využívána také farmakologická léčba, ta však u experimentátorů není většinou nutná, jelikož užívání drogy není tak časté, aby došlo k projevům abstinenčních příznaků, které by bylo nutné tlumit pomocí léků.

Psychoterapeutická práce s experimentálními uživateli může být velmi přínosná a může mít pozitivní výsledky, jelikož experimentátor je v této fázi užívání drogy dobře ovlivnitelný. Ovšem pouze za předpokladu, že se terapeutovi podaří navázat s klientem dobrý vztah, který bude založen na oboustranné důvěře a respektu. Ukazuje se, že je lepší zaměřit terapeutickou práci na podporu kontrolních mechanismů experimentátora, než se zabývat jeho vztahem k drogám. Terapeut by se neměl snažit přimět ho k závazným slibům, že přestane drogy užívat, ani by neměl zveličovat možné následky užívání drog. Mohl by totiž vyvolat právě opačné chování než to, o které usiluje. Důležitý je také pohled terapeuta na samotné experimentování klienta. Neměl by je vnímat

jako porušení společenských norem, ale jako snahu dospívajícího vyzkoušet něco nového, zajímavého, vzrušujícího. Příliš autoritářský přístup terapeuta, neschopnost pochopit motivaci klienta a složitost vývojového období, ve kterém se nachází, může úplně zmařit vzájemnou spolupráci (HAJNÝ aj., 1999).

Terapeut by měl pomoci mladému člověku lépe pochopit svět, ve kterém žije a tlaky a vlivy, které na něj působí. Důležitá je pomoc při rozpoznání a přestavbě rizikových oblastí v životě dospívajícího a podpora při rozvoji zdravého sebeurčení (LANGMEIER aj., 2000).

Při práci s experimentálními uživateli je dobré si uvědomovat, že experimentování patří k období dospívání (samozřejmě ne vždy s drogami), a že mnoho dospívajících od něj upustí bez nutnosti léčby (BIERNACKI cit. dle ELLIOTT a PLACE, 2002).

Přesto si myslím, že psychoterapeutická léčba je vhodná a může pomoci předcházet nebo napravit mnoho problémů, které s sebou může experimentální užívání drog přinášet.

### 5.2.1 PSYCHOTERAPIE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Psychoterapie prováděná s dětmi a dospívajícími má určitá specifika, která by si měl každý terapeut pracující s dospívajícími experimentátory uvědomit a zohlednit je při své práci. Proto bych se v této kapitole ráda krátce zmínila o psychoterapii dětí a dospívajících.

Psychoterapie u dětí a dospívajících má podobný průběh jako u dospělých klientů. Skládá se postupně z navázání terapeutického vztahu, poskytnutí ulehčení, vlastní psychoterapeutické práce, integrace změn, ke kterým v terapii došlo do běžného života a ze závěrečného odpoutání klienta od terapeuta, osamostatnění a následného zdravého fungování jedince i bez podpory odborníka (LANGMEIER aj., 2000).

Pro úspěšnost terapie je nezbytné, aby se terapeutovi podařilo navázat s dospívajícím dobrý vztah. Přestože terapeutický vztah je vždy nutné přizpůsobit věku, povaze a problémům dítěte či dospívajícího, můžeme uvést dvě hlavní skupiny předpokladů, které mají vliv na vytvoření dobrého vztahu

a tudíž i účinné spolupráce. Jedná se o předpoklady v osobě dítěte či dospívajícího a v jeho prostředí (LANGMEIER aj., 2000).

Terapeut pracující s dětmi a dospívajícími musí brát v úvahu, že jeho klient myslí, cítí, vnímá a chápe svět jinak než dospělý. Každý věk má svá specifika, kterým by měl terapeut rozumět a měl by je při práci s klientem respektovat. Je velmi důležité, aby porozuměl specifickému pohledu klienta na svět a věci v něm, a také způsobům chování, kterými klient reaguje na různé situace ve svém životě. Zároveň je nezbytné, aby byl terapeut schopen najít způsob komunikace, kterým se s klientem dobře dorozumí (LANGMEIER aj., 2000).

Dospívající jsou většinou schopni dobře verbálně komunikovat, to však nemusí znamenat, že rozhovor se stane hlavním terapeutickým prostředkem při práci s nimi. Mnoho pojmů, které používají v mluvě, nemusí být založeno na zkušenostech a zážitcích. Proto je vhodné verbální komunikaci a používání různých pojmů u dospívajících v terapii rozvíjet, ne však na ně při působení na klienta spoléhat (BALCAR, 2006).

Pro úspěšnou terapeutickou práci je nezbytné, aby terapeut dokázal ukázat dospívajícímu, že mu rozumí a bere ho vážně jako spolupracovníka, který je nepostradatelný pro celkový úspěch terapeutické práce (LANGMEIER aj., 2000).

Práce s dospívajícím klientem je zvlášť obtížná v tom, že mnohdy nelze působit běžnými prostředky terapie. Období dospívání se často projevuje sklonem k introverzi a mnohdy také negativismem vůči dospělým, což může terapii značně ztěžovat. Na druhé straně se jedná o období, kdy dochází k vytváření nové „dospělé“ identity, což umožňuje napravit některé poruchy v dosavadním vývoji (LANGMEIER aj., 2000).

Při psychoterapeutické práci s dětmi a dospívajícími je nezbytné si uvědomit, že klienti jsou svým věkem předurčeni k závislosti na prostředí, ve kterém žijí. Při terapeutické práci by tedy neměla chybět ani práce s okolím klienta, nejčastěji se pracuje s rodinou, která má v dětství a dospívání klienta nezastupitelnou úlohu (LANGMEIER aj., 2000).

V období dospívání dochází k osamostatňování mladého člověka od rodiny, proto může být terapeutická práce zaměřena i na emancipaci od

rodiny a na individuální zvládnání problémů, a to zvláště tehdy, když není spolupráce s rodinou možná (LANGMEIER aj., 2000).

### 5.2.2 INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

V úvodu této kapitoly jsem zmínila, že za nejvhodnější považuji zkombinovat individuální, skupinovou i rodinnou formu psychoterapie při práci s experimentátory. Individuální a skupinová psychoterapie se mohou navzájem ovlivňovat a podporovat a pomoci tak dosáhnout co nejlepších výsledků při terapeutické práci.

Individuální psychoterapie umožňuje klientovi, aby lépe porozuměl sám sobě, svým potřebám a cílům (HAJNÝ, 2002). Pro individuální formu práce s klientem je rozhodující navázání dobrého terapeutického vztahu, který je charakterizován důvěrou a spoluprací ze strany klienta a porozuměním, zájmem a úctou ze strany terapeuta. Při individuální práci s dospívajícími by profesionál neměl zapomínat na vývojová specifika tohoto období. Adolescenti bývají často velmi nejistí a neradi projevují své emoce, zároveň se odmítají podílet na činnostech, které jim připadají „dětské“ (SMIK, 2001).

Při práci s adolescentem užívajícím drogy je důležité, aby se terapeutovi podařilo klienta zaujmout a nabídnout mu vztah, který je pro něj nový, zajímavý a nezátížený. Ve vztahu by se měl klient cítit bezpečně, měl by mít možnost v něm dělat chyby, přiznat své nedostatky i obavy, být sám sebou. Je důležité, aby klient cítil, že je ve středu zájmu terapeuta, zároveň však znal i hranice toho vztahu (BROŽA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Pro skupinovou terapii je charakteristické, že využívá skupinovou dynamiku, tedy vztahy a interakce, které se vytvářejí mezi členy skupiny navzájem a mezi členy skupiny a vedoucím skupiny. Skupinová terapie umožňuje pracovat s interpersonálními problémy klienta v konkrétních reálných vztazích a situacích, umožňuje vyjadřovat a zpracovávat emoce, čímž přispívá k lepšímu porozumění sobě i druhým (SMIK, 2001).

Skupinová terapie umožňuje dospívajícímu uspokojit svou přirozenou potřebu někam patřit, být s někým v blízkosti a moci s ním sdílet své zážitky



i problémy. Může také pomoci překonávat strach a úzkosti související s vlastním sebepojetím. Úskalí skupinové práce s dospívajícími jsou často v nedostatečné motivaci, hyperkritičnosti a přílišné obavě ze selhání (BROŽA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Pro skupinovou práci je vhodné dospívajícího určitým způsobem připravit, a to nejčastěji formou individuální terapie. U dospívajících, kteří užívají drogy, je vhodné zkombinovat skupinovou a individuální terapii (NEŠPOR a CSÉMY, 1996).

BROŽA (cit. dle KALINA aj., 2003b) však uvádí, že v praxi se pracuje s dospívajícími nejčastěji individuálně v rámci ambulantní péče a skupinově v rámci péče v pobytových zařízeních.

Já však považuji za důležité vyvážit obě formy terapie. Úskalím skupinové práce může být, podle mého názoru, skutečnost, že zkušenosti, které mohou experimentální uživatelé při skupinové terapii sdělovat, a zároveň nehodnocení tohoto experimentování jako problému mohou vést u některých členů skupiny k rozvoji užívání drog. Domnívám se však, že tato skutečnost skupinovou terapii nevylučuje. Myslím si, že tato forma práce může dospívajícímu umožnit nahlédnout, jakým způsobem je schopen čelit vlivu vrstevníků a ověřit si svůj skutečný vztah k droze. Se zkušenostmi získanými ve skupinové terapii může následně dospívající pracovat na individuálních setkáních s terapeutem.

### 5.2.3 RODINNÁ TERAPIE A PRÁCE S RODINOU

Rodinná terapie má ve středu zájmu rodinu jako určitý systém, se kterým pracuje. Předchozí formy psychoterapie se zaměřovaly převážně na jedince (KOCOURKOVÁ, 2000).

Rodinná terapie, v níž se pracuje s dospívajícími, má svá specifika. Adolescenti bývají často nedobrovolnými klienty. Rodiče je přivádějí na terapii ve chvílích, kdy dítě odmítá jejich pravidla a rodiče doufají, že jim terapeut pomůže prosadit jejich požadavky. Tato skutečnost však může vést k tomu, že postoj dospívajícího k terapii bude odmítavý nebo příliš kritický. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby se terapeutovi podařilo vyjádřit dospívajícímu

podporu a vhodně ho zapojit do terapeutického dění (GJURIČOVÁ a KUBIČKA, 2003).

U adolescentů, kteří užívají drogy, má rodinná terapie velký význam pro efektivní práci i pro celkový pozitivní výsledek. Dospívající je na rodičích stále citově, finančně, ale i jinak závislý, proto je důležité, aby se v terapii s rodinou pracovalo. Terapie by měla směřovat k úpravě rodinných vztahů, ke zlepšení komunikace v rodině a k vytvoření prostředí, ve kterém může žádoucí změna nastat (BROŽA cit. dle KALINA aj., 2003b; NEŠPOR a CSÉMY, 1996).

Experimentální uživatelé drog se do terapie dostávají nejčastěji pod nátlakem rodiny. Rodiče své dítě přivádí a požadují po terapeutech, aby „něco udělali“. Rodiče mívají tendenci celou situaci zveličovat a dramatizovat, často jsou vyděšení, nerozumí problému, který se u jejich dítěte objevil, a požadují jeho rychlou nápravu. Je velmi důležité, aby se terapeut nenechal strhnout požadavky rodiny a zůstal spíše na straně experimentátora. Poradenskou pomoc potřebuje v této situaci mnohdy více rodina (HAJNÝ aj., 1999).

Rodiče by se měli dozvědět, že ve většině případů není příliš razantní léčba nutná. Na začátku mnoha experimentů stojí zvědavost, touha vyzkoušet něco nového nebo si udržet pozici ve vrstevnické skupině. Tato zjištění mohou rodiče zbavit pocitů viny a zamezit vzájemnému obviňování, které může tato situace vyvolat (HAJNÝ aj., 1999).

Rodinná terapie se může zaměřit např. na nácvik tzv. „rodičovských dovedností“, mezi které patří např. zvládání rodinných konfliktů, zlepšení komunikace mezi rodiči, zlepšení empatie rodičů vůči dítěti atd. Rodiče by se měli naučit dítěti naslouchat, důvěřovat mu a dokázat s ním otevřeně mluvit na jakékoli téma, i o drogách (NEŠPOR, 2007; NEŠPOR a CSÉMY, 1996).

Myslím si, že pro rodiče experimentátorů mohou být vhodné také rodičovské skupiny, ať již svépomocné či vedené terapeutem. Mohou jim pomoci překonat pocity studu, které mohou vést i ke snahám společensky se izolovat, zároveň mohou být místem získání zkušeností a vzájemného sdílení společného problému s dalšími rodiči (HAJNÝ aj., 1999).

Myslím si, že práce s rodinou je u experimentátorů nepostradatelnou součástí terapie. Domnívám se, že je důležité rodičům poskytnout dostatek

informací o drogách, způsobech jejich užívání i o vývojovém období, ve kterém se jejich dítě nachází. Myslím si, že je mnohdy vhodné rodiče uklidnit a poukázat na skutečnost, že experimentátor se nachází v odborné péči a že způsob, kterým doposud drogy užívá, nemusí mít žádné následky. Zároveň by měl terapeut vyjádřit pochopení pro obavy rodičů, ocenit jejich zájem a starost o dítě i správnost rozhodnutí vyhledat profesionální pomoc.

Domnívám se, že terapie by měla směřovat k vzájemnému pochopení obou stran (rodičů i dospívajícího) a ke společnému hledání řešení. Terapeut by se měl snažit zamezit vzájemným výčitkám, které by mohly blokovat a zpomalovat celý proces rodinné terapie.

Rodina sama může být zdrojem mnoha problémů, které mohou dospívajícího vést k různým formám rizikového chování i k experimentování s drogami, popř. k jiné formě jejich užívání (NEŠPOR a CSÉMY, 1996). V těchto případech je většinou nutná dlouhodobá rodinná terapie ve spojení s dalšími formami terapie. Není však v možnostech této práce se tomuto tématu blíže věnovat.

### 5.3 Časná a krátká intervence

Časná a krátká intervence usiluje o to, aby děti a dospívající, kteří mají problém s užíváním drog, byli léčeni co nejdříve (samozřejmě je tato metoda použitelná i pro dospělé). Čím dříve je problém odhalen, tím dříve může být započata práce na jeho odstranění. Léčba je pak snazší a naděje na úspěch vyšší. Časná a krátká intervence není příliš časově ani technicky náročná a mohou ji provádět i pracovníci pomáhajících profesí, kteří se nespécializují na léčbu závislostí (NEŠPOR, 2000).

Pojem „krátká intervence“ a pojem „časná intervence“ jsou si velmi blízké, ale nejedná se o pojmy totožné. NEŠPOR (2000, s. 295) uvádí, že *„krátká intervence bude často postačovat jako časná intervence, nemusí to ale platit vždy. Naproti tomu krátkou intervenci lze použít i mimo rámec časně intervence u pokročilých stavů, kde není jiná forma pomoci z nějakého důvodu možná“*.

Pro krátkou a časnou intervenci je velmi důležité, aby byl problém rozpoznán ve svých počátcích. Lékaři, učitelé, ale i pracovníci jiných profesí,

kteří přicházejí do styku s dětmi a dospívajícími, by si měli všimnout známek, které mohou nasvědčovat užívání drog. Může se jednat např. o změnu přátel dospívajícího, příliš velký zájem o drogovou kulturu a ztotožňování se s ní, zhoršení prospěchu a absence ve škole, změny ve vzhledu, v chování, zhoršení soustředění apod. (NEŠPOR a CSÉMY, 1996).

Pokud u klienta dojde k identifikaci problému s drogami, používají se postupy, které se často využívají i v samotné léčbě. Klientovi je jasné doporučeno, aby užívání drog zanechal, často ve spojení s informacemi o rizicích, které s sebou může užívání přinášet. Je výhodné se zaměřit na oblasti života, které klient vnímá jako důležité, např. zdraví nebo vzhled. Klientovi jsou také poskytnuty svépomocné manuály, ve kterých jsou uvedeny informace o rizicích spojených s užíváním drog a jiné důležité informace, takže je má klient neustále u sebe a může je kdykoliv využít. Důležité je také poskytnout klientovi kontakty na linky důvěry a jiná specializovaná pracoviště, kam se může kdykoliv při zhoršení problémů obrátit. Dalším používaným a často efektivním postupem je posilování motivace prostřednictvím motivačního rozhovoru (viz následující podkapitola) (NEŠPOR, 2000).

Pro efektivní časnou či krátkou intervenci je velmi důležitá práce s rodinou. Rodina pro klienta často představuje velmi silnou motivaci. Postoj, který se u rodičů osvědčil, bývá nazýván tzv. „tvrdou láskou“, kdy rodiče poskytují dítěti emoční podporu a pomáhají mu, zároveň však vytyčí jasné hranice a požadavky a při jejich prosazování se chovají cílevědomě (NEŠPOR, 2000).

Při práci s dospívajícími se doporučuje také věnovat pozornost tématům životního stylu a výběru přátel, někdy může pomoci i úplná změna prostředí. Profesionál by měl být schopen pomoci dospívajícímu při řešení jeho osobních problémů. Vhodné je zachovat optimistický přístup a vyjadřovat naději, zároveň však nevykloučovat možné zhoršení a další obtíže. Klienti a jejich rodiny by měli být informováni, jak se v takovém případě zachovat (NEŠPOR, 2006).

Pokud nedochází ke zlepšení problémů, je důležité, aby klient dostal doporučení na některé ze specializovaných pracovišť (NEŠPOR, 2000).

Velmi důležité jsou pravidelné kontroly, které mohou pomoci odhalit případné opětovné zhoršení stavu klienta. Jestliže jsou výsledky kontroly dobré,

je vhodné klienta ocenit a poskytnout mu pozitivní zpětnou vazbu (NEŠPOR, 2000).

Myslím si, že krátkou a časnou intervencí je vhodné využívat v práci s experimentátory. Včasné odhalení problému a práce na jeho odstranění může zabránit mnoha komplikacím, které by mohly později vzniknout. Za důležité považuji také to, že klient nemusí navštěvovat žádné specializované pracoviště, čímž lze předejít odporu dospívajícího, popř. i možné stigmatizaci ze strany společnosti.

#### **5.4 Motivační rozhovor**

*„Motivační rozhovor je speciální metoda, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat“ (MILLER a ROLLNICK, 2004, s. 46).*

Motivace není, v rámci práce prostřednictvím motivačních rozhovorů, chápána jako něco daného, jako rys osobnosti, ale pracuje se s ní jako se stavem připravenosti ke změně, jako s aktuálním stavem, ve kterém se jedinec nachází (MILLER a ROLLNICK, 2004).

PROCHAZKA a DICLEMENTE vyvinuli tzv. „kolo změny“, které je rozděleno na pět dílů. Každému dílu odpovídá jiný stav motivace klienta, což je důležité pro způsob práce s ním (cit. dle MILLER a ROLLNICK, 2004).

Kolo změny se rozděluje na díly, kterým odpovídají fáze kontemplace, rozhodnutí, akce, udržování a relapsu. Mimo kolo změny se nachází šestá fáze - prekontemplace (MILLER a ROLLNICK, 2004).

Pro fázi prekontemplace je charakteristické, že klient si svůj problém dosud neuvědomil a změna jeho chování mu nepřipadá žádoucí. Do léčby se dostává většinou na nátlak někoho ze svého okolí, což však často vede k odporu k terapeutické práci. Terapeut poskytuje klientovi zpětnou vazbu a informace, čímž se v něm snaží vyvolat pochybnosti o jeho chování a umožnit mu vidět rizika a možné problémy s tímto chováním spojené. Zároveň poukazuje na skutečnost, že klient má možnost svou situaci změnit (MILLER a ROLLNICK, 2004; BELL a ROLLNICK, 1999).

Fáze kontemplace je charakteristická ambivalencí, klient chce zároveň ukončit užívání drog i v něm pokračovat, vidí jeho výhody i nevýhody, které jsou pro něj více méně v rovnováze. Terapeut se snaží pomoci klientovi rozhodnout se pro změnu, poukazuje na nebezpečí a nevýhody užívání drog. Pokud klient projde úspěšně touto fází, dostává se do fáze rozhodnutí (MILLER a ROLLNICK, 2004; BELL a ROLLNICK, 1999).

Ve fázi rozhodnutí je úkolem terapeuta především pomoci klientovi zvolit si co nejlepší postup při realizování změny. V následující fázi akce klient změnu realizuje a terapeut mu pomáhá změnu uskutečňovat. Následuje fáze udržování změny, ve které se klient spolu s terapeutem snaží nalézt způsoby, jak zabránit relapsu. Pokud dojde k poslední fázi relapsu, terapeut se snaží zmírňovat jeho dopady a zároveň zabránit ztrátě odvahy a obnovit původní záměr klienta. Relaps není považován za něco nenormálního, právě naopak, v procesu změny je s ním počítáno a terapeut je na něj připraven (MILLER a ROLLNICK, 2004; BELL a ROLLNICK, 1999).

Pro motivační rozhovory je velmi důležitý terapeutický styl, který je používán. Terapeut se vyhýbá zaujmutí postoje „experta“, který udílí rady, kterými by se klient měl řídit. Klientům je ponechána svoboda se rozhodnout, zda se budou radami terapeuta řídit a zda se rozhodnou pro změnu svého chování, což je nutí převzít plnou zodpovědnost za svá rozhodnutí. Úkolem terapeuta je vytvořit atmosféru, ve které se klient sám pro změnu rozhodne, používá přitom mnoho technik z rogersovské psychoterapie (MILLER a ROLLNICK, 2004).

Hlavními principy motivačních rozhovorů je vyjádření empatie, rozvíjení rozporů, vyhýbání se argumentaci, otočení odporu a podpora vlastních schopností klienta (MILLER a ROLLNICK, 2004).

Poskytování empatie je pro motivační rozhovory charakteristické. Terapeut vyjadřuje klientovi pochopení, respekt a přijetí, aniž by souhlasil či schvaloval to, co klient dělá. Empatie může pomoci vytvořit dobré pracovní spojení a zároveň posílit klientovo sebevědomí (MILLER a ROLLNICK, 2004).

V rámci rozvíjení rozporů se terapeut snaží podpořit rozpor mezi současným chováním klienta a jeho životními cíly, čímž se ho snaží přivést k rozhodnutí ke změně svého chování (MILLER a ROLLNICK, 2004).

Vyhýbáním se argumentaci se terapeut snaží nevyvolat v klientovi odpor a potřebu bránit se, která by mohla zabránit dosažení žádoucí změny (MILLER a ROLLNICK, 2004).

V motivačním rozhovoru se terapeut snaží snížit klientův odpor vůči léčbě, např. využitím reflexe či přerámováním. Terapeut se zároveň pokouší klientův odpor prozkoumat (MILLER a ROLLNICK, 2004).

Podpora vlastních schopností klienta je obecným úkolem motivačních rozhovorů. Terapeut se snaží zvýšit klientovu sebedůvěru a víru ve vlastní schopnosti překonat překážky (MILLER a ROLLNICK, 2004).

U motivačních rozhovorů prováděných u mladých lidí je důležité brát v úvahu určitá specifika. Je vhodné počítat s menším počtem setkání, efektivní mohou být již dvě setkání. Velmi důležitá je práce se sebedůvěrou. Mladí lidé jsou často v pozici, kdy za ně rozhodují jiní lidé a jejich názory nejsou brány v úvahu, proto je velmi důležité jim vyjádřit respekt a podporovat je v samostatném hledání řešení jejich obtíží. Zároveň by měl terapeut počítat s tím, že k němu klient bude přistupovat jako k autoritě, od které bude očekávat negativní reakce na svou osobu, což je většinou dáno předchozími zkušenostmi. V rámci práce s odporem, empatií a schopnostmi klienta (viz výše) by měl terapeut dosáhnout překonání tohoto postoje klienta (MILLER a ROLLNICK, 2004).

Při práci s mladými klienty se terapeuti často zaměřují více na problémy v oblastech mezilidských vztahů než na problémy spojené s užíváním drog. Užívání drogy není většinou ještě dlouhodobé, ani se prozatím neobjevují žádná vážnější poškození v důsledku jejího užívání, problémy se však většinou objevují v souvislosti s chováním mladého člověka. Proto se práce na motivaci zaměřuje hlavně na změnu mezilidských vztahů a fungování ve společnosti (MILLER a ROLLNICK, 2004).

V neposlední řadě je velmi důležité brát v úvahu vliv vrstevníků na mladé klienty, mezi nimiž je často užívání drog považováno za normu. Terapeut by se

neměl snažit vyvracet tyto normy, ale spíše se zaměřit na problémy konkrétního klienta a jejich odstranění (MILLER a ROLLNICK, 2004).

DOBIÁŠOVÁ a BROŽA (cit. dle KALINA aj., 2003a) uvádí, že motivační rozhovory jsou nejčastěji používány při práci se závislými a problémovými uživateli nebo také s ex-usery.

Já si však myslím, že mohou být velmi užitečné i při práci s experimentálními uživateli drog. Za zvláště důležité považuji práci v rámci fáze prekontemplace a kontemplace. Již jsem výše uvedla, že experimentátor většinou nepřichází do terapie sám, ze svého rozhodnutí, ale přivádí ho osoba/y z jeho okolí, nejčastěji rodiče. Dospívající často nepovažují experimentování za problém a možná rizika si nepřipouštějí. Poskytování informací a zpětné vazby, ke kterému dochází ve fázi prekontemplace, může být tedy pro změnu chování dospívajícího velmi podstatné. Následná pomoc klientovi ve zvažování výhod a nevýhod ve fázi kontemplace může být také velmi přínosná, a to zvláště z toho důvodu, že výhody jako např. pozice ve vrstevnické skupině, mohou být pro dospívajícího velmi podstatné.

Motivační rozhovory považuji za velmi vhodné při práci s dospívajícími klienty, zvláště vyjadřování empatie, práci s odporem, argumentací a posilování sebevědomí. Myslím si, že mladý člověk může v rámci této terapeutické metody zažívat podporu a respekt ke své osobě, které mohou vést k vytvoření dobrého terapeutického vztahu a k rychlému vyřešení jeho problémů. Zároveň je dospívajícímu ponechána svoboda, aby sám rozhodl, zda považuje experimentování za problém a chce jej vyřešit. Myslím si, že tato svoboda může být velmi dobrým předpokladem pro otevřenost klienta k informacím, které přicházejí od terapeuta, a tedy i pro nový pohled na experimentování s drogami a jeho možné důsledky.

## **5.5 Dovednosti potřebné pro život**

Dovednosti potřebné pro život jsou využívány jak v programech primární prevence, tak v práci s uživateli drog. Skupina těchto dovedností je rozdělována na dovednosti autoregulace a sebeovlivnění a dále na sociální dovednosti (NEŠPOR, 2007).



Mezi dovednosti sebeovlivnění a autoregulace patří schopnost motivovat se ke zdravému způsobu života, klient se učí pracovat se svou motivací a dosahovat tak žádoucího chování. Vhodné je také učit klienta odměňovat se za úspěchy, kterých dosáhl (NEŠPOR, 2007).

Mezi další sebeovlivňující dovednosti lze zařadit schopnost chránit si a posilovat si zdravé sebevědomí. Dospívající mají často velmi křehké sebevědomí, které bývá velmi závislé na osobách kolem mladého člověka, zvláště na vrstevnících. Je tedy dobré se v rámci terapie zaměřit na zvyšování sebevědomí a sebedůvěry dospívajícího klienta, snažit se hledat silné stránky jeho osobnosti, vyhýbat se zbytečným konfliktům a oceňovat i malé úspěchy. Zdravé sebevědomí a víra v sebe sama mohou významně přispět k abstinenci (NEŠPOR, 2007; NEŠPOR a CSÉMY, 1996).

Schopnost plánovat si čas, vést vyvážený životní styl a dokázat kvalitně trávit volný čas jsou další důležité dovednosti, které zvyšují pravděpodobnost, že dospívající přestane užívat drogy. Terapeut může pomoci klientovi s naplánováním dne a s výběrem zábavných a přitom „bezpečných“ volnočasových aktivit. Důležité je také zabývat se tématem nudy (NEŠPOR, 2007; NEŠPOR a CSÉMY, 1996).

Mezi další dovednosti sebeovlivnění se zařazují schopnost oddálit potěšení, schopnost uvolnit se, odpočívat atd. (NEŠPOR, 2007).

Druhou skupinou dovedností, které patří mezi dovednosti potřebné pro život, jsou sociální dovednosti. Mezi ně patří schopnost čelit sociálnímu tlaku (např. vrstevníků), což činí dospívajícím často obtížné, je tedy vhodné tuto dovednost rozvíjet, ať již v rámci prevence či samotné terapie. Dále se do této skupiny zařazují asertivní dovednosti, v rámci kterých se klient učí vyjadřovat své pocity, názory, požadavky, současně se pracuje i s jeho neverbálním projevem. Asertivní dovednosti úzce souvisí se schopností čelit sociálnímu tlaku, a také s odmítáním, ať již drogy či nějaké činnosti (NEŠPOR, 2007).

Při rozvíjení sociálních dovedností klienta se pracuje také se schopností komunikace, empatie, schopností nacházet a vyjednávat kompromisy, důležitá je také dovednost rozhodnout se, s přihlédnutím k následkům tohoto rozhodnutí. Dále se rozvíjí také dovednost související s volbou povolání a schopností si je udržet, a také schopnost hospodařit s penězi (NEŠPOR, 2007).

Při práci s dospívajícími je důležité zaměřit se na schopnost vytvářet a udržet si „zdravé“ vztahy, a tím si vybudovat sociální síť, která může pomoci předcházet problémům s drogami, nebo je napravit. Důležité je také zaměřit se na zvládání přechodů z jednoho prostředí do druhého či přivyknutí si nové situaci (NEŠPOR, 2007).

Období dospívání přináší mnoho nových situací, jako např. přechod ze základní školy na střední školu, popř. později na vysokou školu, odchod od rodičů apod., které mohou být pro dospívajícího velmi náročné a mohou vést k experimentování s drogami nebo k jejich užívání. Proto si myslím, že je dobré se v terapii na tyto situace zaměřit a pracovat na jejich zvládnutí.

Poslední dovedností, o které bych se ráda zmínila, je schopnost čelit reklamě a negativním vlivům okolí. Reklamní kampaně mohou mít na dospívající silný vliv a často je mohou vést k experimentování s tabákem, alkoholem či drogami. Je tedy vhodné s dospívajícími nacvičit kritické naslouchání, pomoci jim identifikovat, jak média působí na jejich životní styl a hodnoty atd. (NEŠPOR, 2007).

Samozřejmě neuvádím všechny dovednosti a schopnosti, které patří mezi dovednosti potřebné pro život. Snažila jsem se zaměřit pouze na ty, které považuji za důležité při práci s dospívajícími experimentátory. Myslím si, že při práci s touto skupinou, je důležité si uvědomit, že vzhledem k jejich věku ještě neměli možnost získat a dostatečně rozvinout všechny dovednosti potřebné pro dobré fungování v životě. Mnohdy jim chybí zkušenosti a jsou proto náchylnější k vlivům z okolí. Právě vliv vrstevnických skupin je jedním z nejčastějších důvodů vedoucích k experimentování s drogami, dospívající často nedokáže nabídku drog od svých přátel efektivně odmítnout, a tak může být přesvědčen k něčemu, co ve skutečnosti nechce. Myslím si, že právě získání a rozvíjení dovedností potřebných pro život může tomuto pomoci zabránit.

## 5.6 Další postupy

V závěru této kapitoly bych ráda zdůraznila, že postupy, které jsem uvedla, nejsou zdaleka všechny, které mohou být důležité a přínosné při práci s experimentátory. Z důvodu omezeného rozsahu práce jsem zvolila ty, které považuji za nejdůležitější. Ráda bych se však v krátkosti vyjádřila i k některým dalším.

Dalšími postupy, které je možné využít, jsou např. relaxační techniky, které pomáhají snižovat stres a úzkost. Relaxačně může působit také tělesné cvičení nebo práce, je však důležité je vždy individuálně přizpůsobit konkrétnímu dospívajícímu. Dalšími vhodnými postupy mohou být gestalt terapie, muzikoterapie či arteterapie (NEŠPOR a CSÉMY, 1996).

Také tzv. „zážitková terapie“ je, podle mého názoru, velmi vhodným postupem při práci s experimentátory. Nejčastěji se uskutečňuje formou zážitkových programů v přírodě, při kterých je dospívající nucen vyrovnat se s určitou zátěží (BROŽA cit. dle KALINA aj., 2003b).

Myslím si, že tyto zážitky mohou poskytnout dospívajícímu vzrušení a prožitek určitého rizika, které se mladý člověk často snaží nalézt v experimentování s drogami.

Za důležitou považuji také práci se spiritualitou. Jak již jsem výše uvedla, v období dospívání dochází k budování spirituální identity. Jedinec hledá něco, co jej přesahuje, něco vyššího, k čemu by se mohl vztahovat. *„Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec“* (KUDRLE cit. dle KALINA aj., 2003a, s. 93).

Domnívám se, že najít duchovní hodnoty v dnešní konzumní společnosti není snadné a dospívající se je proto mohou snažit nalézt v experimentech s drogami. Pokud drogy tuto jejich potřebu uspokojují, může dojít k rozvinutí velmi silné závislosti. Z tohoto důvodu považuji za velmi důležité věnovat v práci s experimentátory spiritualitě zvláštní pozornost. Dá se s ní pracovat např. formou diskuse o duchovních zážitcích a spiritualitě (NEŠPOR, 2007).

Důležitost přikládám především dobrému terapeutickému vztahu, ve kterém má klient možnost hovořit o spirituálních potřebách a zároveň pro ně hledat naplnění.

Myslím si, že nejdůležitější složkou při práci s dospívajícími experimentátory je podpora jejich zdravého vývoje ve všech oblastech a vědomí, že experimenty s drogami mohou vycházet pouze z přirozené potřeby zkoušet nové věci a mohou samy v rámci přirozeného vývoje odeznít. Je však vždy nutné, aby bylo pečlivě posouzeno, z čeho potřeba experimentovat s drogami vychází. Při jakémkoliv experimentování s drogami existuje riziko vzniku závislosti a tedy i poškození zdravého vývoje dospívajícího, proto se domnívám, že žádný experiment s drogou by neměl být podceňován. Domnívám se, že je vždy vhodné situaci pečlivě zhodnotit a pokud je učiněn závěr, že není nutná intenzivní terapie, pak zajistit průběžné kontroly dospívajícího tak, aby se co nejlépe předešlo možnému problému s drogami.

## **6 MÁ PRAXE**

V druhé části této písemné práce se zaměřím na svou praxi a na dotazníkové šetření, které jsem provedla.

Během studia jsem absolvovala tři praxe, které souvisely s problematikou užívání drog. První z nich proběhla na oddělení pro léčbu závislostí mužů v Psychiatrické léčebně Bohnice, kde jsem absolvovala přes 100 hodin praxe. Na tomto oddělení jsem se setkala s několika dospívajícími, ale převážná většina klientů byla vyššího věku.

Další dvě zařízení, na kterých jsem praktikovala, se zabývala prací s dětmi a dospívajícími. Přibližně 70 hodin praxe jsem strávila na Dětském a dorostovém detoxikačním centru v nemocnici Milosrdných sester a sv. Karla Boromejského. Zde jsem se sice setkávala s dospívajícími, ale užívání drog těmito klienty nebylo možné označit za experimentální, jednalo se o pravidelné nebo o problematické užívání či o závislost.

Mou další praxí, která souvisela s problematikou užívání drog, byla praxe ve Výchovném ústavu a středisku výchovné péče Klíčov, na jeho ambulantním oddělení Klíč. Tato praxe byla mou nejdélsí souvislou praxí, měla rozsah 200 hodin. V rámci tohoto výchovného ústavu a střediska výchovné péče jsem také prováděla sociologické šetření, kterému se budu věnovat v 7. kapitole. Na této praxi jsem se setkala s mnoha dospívajícími, kteří experimentovali s drogami, což mě také inspirovalo k napsání této práce.

### **6.1 Výchovný ústav a středisko výchovné péče Klíčov**

V dnešní době existují různá zařízení, ve kterých mohou děti, dospívající a jejich rodiče hledat pomoc v obtížných situacích. Jedním z nich jsou střediska výchovné péče, která většinou poskytují více typů péče – poradenskou, ambulantní, pobytovou apod. Dítě či dospívající zde může nalézt bezpečné místo a podporu pro hledání řešení svých problémů, zároveň se práce zaměřuje i na jeho rodinu.

Výchovný ústav a středisko výchovné péče Klíčov je nejstarším zařízením svého druhu v České republice, vznikl v roce 1984, kdy jeho cílem byla speciální preventivní činnost v rámci resocializace obtížně vychovatelné, problémové i delikventní mládeže a dětí. V průběhu let prošel samozřejmě mnoha změnami. Ve své dnešní podobě je jeho součástí několik oddělení, která se zaměřují na různé projevy rizikového chování dětí a dospívajících. Těmito odděleními jsou:

- *Výchovný ústav*

Do výchovného ústavu jsou přijímáni chlapci starší 15 let na základě soudního rozhodnutí. Cílem práce je zejména pomoci vyřešit problémy a minimalizovat negativní vlivy, se kterými se klient potýká.

- *Pobytové oddělení Pontis*

Pontis je určen pro klienty s výchovnými problémy. Na tomto oddělení se uskutečňují preventivně výchovné, dobrovolné pobyty, jejichž smyslem je dostat klienta z prostředí, které je spojováno s jeho problémovým chováním.

- *Pobytové oddělení Alternativa*

Jedná se o preventivně výchovné oddělení pro děti a mládež (12–16 let) ohrožené vznikem a rozvojem závislosti na alkoholových a nealkoholových drogách a zdraví škodlivými návyky.

- *Ambulantní oddělení se stacionářem Trigon*

Toto ambulantní oddělení se zaměřuje na komplexní pomoc dětem a dospívajícím, kteří mají potíže ve vztazích s rodiči, vrstevníky, pedagogy apod.

- *Ambulantní oddělení Klíč* (viz podkapitola 6.1.1)

- *Praktická škola a učební obor kuchařské práce*

### 6.1.1 AMBULANTNÍ ODDĚLENÍ KLÍČ

Ambulantní oddělení Klíč poskytuje přímou i nepřímou výchovnou činnost s dětmi a mládeží. Cílem jeho činnosti je včasnou intervencí zabránit vzniku sociálně patologických jevů u dětí a dospívajících. Oddělení pracuje na základě dobrovolné spolupráce klienta, velký důraz je kladen na spolupráci s rodinou. Oddělení je zaměřeno na děti a dospívající ve věku 6–19 let, kteří trpí výchovnými nebo výukovými problémy, nerozumí si s vrstevníky, užívají

návykové látky nebo trpí patologickým hráčstvím a dále na oběti a agresory šikany. Klíč nabízí poradenskou a terapeutickou pomoc, zajišťuje příjem klienta na pobytové oddělení a následnou ambulantní péči po ukončení pobytu, také se věnuje konzultační činnosti.

Na ambulantním oddělení Klíč je poskytováno rodinné poradenství a terapie, individuální poradenství a terapie, komplexní psychologická diagnostika, metoda EEG BIOFEEDBACK a specializované skupinové programy. Mezi tyto programy patří výchovná skupina, která je určena pro děti a dospívající s problémy v průběhu dospívání s absencí problematiky zneužívání návykových látek. Dále se jedná o abstinenční skupinu, která se zaměřuje na řešení problémů vzniklých užíváním návykových látek a dalších problémů, které mohou s užíváním drog souviset. Vztahově komunikační skupina je určena pro klienty, kteří mají problémy s citovou závislostí na rodičích, nedokáží fungovat ve vrstevnické skupině, jsou osamělí, tišší a sociálně nezralí. Další formou skupinové práce je rodičovská skupina, která se zaměřuje na práci s rodiči klientů.

Praxi v tomto zařízení jsem si zvolila proto, že mě práce s dospívajícími zajímá, zejména problematika užívání drog v tomto vývojovém období.

V průběhu praxe jsem měla možnost dobře se seznámit s prací sociální pracovnice a také si některé činnosti vyzkoušet. Myslím si, že se mi podařilo vytvořit si celkovou představu o náplni sociální práce v tomto typu zařízení. Dále jsem měla možnost účastnit se vstupních konzultací, které pro mou představu o práci v této oblasti byly velmi přínosné. Vstupní konzultace, kterých jsem se zúčastnila, se týkaly problémů dospívajících ve škole, ve spojitosti s problémy, které měli ve vztazích s rodiči, a vždy nějakým způsobem souvisely s užíváním drog. Měla jsem tedy možnost vidět, jaké problémy mohou drogy vytvářet a vlivem jakých okolností či problémů může dojít k užívání drog v konkrétních situacích klientů. Často se jednalo právě o experimentální či rekreační užívání drog.

Dále jsem navštěvovala abstinenční skupinu. Účast na těchto skupinách mi umožnila vytvořit si představu a zároveň získat zkušenosti, jak pracovat s touto cílovou skupinou. Jelikož abstinenční skupina byla v době mé praxe tvořena

různými typy uživatelů drog (experimentálními, rekreačními atd.), měla jsem možnost si uvědomit specifika různých typů užívání drog a možné výhody ve specifické práci s každým jednotlivým typem samostatně.

Za velmi důležitou považuji snahu ambulantního oddělení Klíč o to, aby každému klientovi byla poskytnuta individuální, skupinová i rodinná terapie. Ne vždy to samozřejmě bylo možné, ale u mnoha klientů se to podařilo. Tento model práce považuji za vhodný pro řešení problémů souvisejících s rizikovým chováním v dospívání. A zároveň jej, ve většině situací, považuji za nejlepší model pro práci s experimentátory.

## **6.2 Ilustrativní případové studie**

Nyní uvedu dvě ilustrativní případové studie klientů, se kterými jsem se během své praxe setkala.

### *Ilustrativní případová studie I.*

Petr H. přichází na ambulantní oddělení Klíč se svým otcem. Je to Petrův první kontakt s odborným pracovištěm.

Petrovi je 16 let a bydlí se svými rodiči ve vesnici blízko u Prahy. Otec pracuje ve stavební firmě, kde ovládá jeřáb, matka pracuje v bistru jako prodavačka, má ranní a odpolední směny. Rodina se často během dne vůbec neseťká a celkově tráví velmi málo času společně.

Na základní škole měl Petr průměrný prospěch. Po jejím dokončení začal studovat střední hotelovou školu, původně chtěl jít na učební obor, ale rodiče ho přesvědčili, aby si zvolil obor maturitní. Studium zvládal Petr zpočátku docela obstojně a na nové škole si našel kamarády. Volba tohoto oboru se tedy zpočátku jevila jako dobrá. V druhé polovině školního roku se však začaly objevovat problémy. Petr doma často mluvil o tom, že se mu do školy nechce, že ho učení nebaví. Rodiče však většinou reagovali pouze tím, že se musí učit, aby školu dokončil, protože bez školy by si v životě neporadil. Petr v této době také začal chtít čím dál častěji chodit s kamarády večer ven, a to do pozdních



hodin. Když rodiče odmítli, Petr sice zůstal doma, ale s rodiči nějakou dobu nemluvil. Rodiče uvedli, že pokud mu dovolili jít večer ven s kamarády, choval se po návratu velmi „divně“, skoro s nimi nekomunikoval a odebral se velmi brzy spát. Rodiče také začali vnímat občasné změny nálad syna a větší nervozitu, což však přikládali za vinu období dospívání.

Existenci problému si uvědomili až na třídních schůzkách v polovině druhého pololetí, zjistili, že Petr propadá z pěti předmětů a má velký počet zameškaných hodin, které si sám omlouval. Po návratu domů rodiče Petra přímo konfrontovali s těmito skutečnostmi. Petr se po chvíli přiznal, že chodí „za školu“, a že s kamarády často pijí pivo a kouří cigarety, také přiznal, že někdy kouří i marihuanu a hašiš. Rodičům také přiznal, že ho škola nebaví, ani ho nikdy nebavila, že se na začátku snažil hlavně kvůli nim, ale že teď již to nedokáže, že se neumí přinutit, aby do školy chodil a neví co má dělat. Rodiče byli vyděšeni Petrovým přiznáním, nejprve nevěděli, co by měli dělat, ale rozhodli se poradit se se školou, která jim doporučila ambulantní oddělení Klíč.

Na úvodní konzultaci Petr i jeho otec uvádějí všechny výše popsané skutečnosti. Petr mluví o tom, že se snaží chodit do školy a učit se, ale zároveň, že jej škola příliš nezajímá. Také již nechodí „za školu“, přiznává však, že když jde večer ven pije alkohol, kouří cigarety a také marihuanu častěji, než tomu bylo před odhalením problému. Otec je vyděšený a nešťastný z tohoto zjištění a naléhá na syna, aby okamžitě přestal. Syn uvádí, že se snaží, jak nejvíce může, ale že má pocit, že to nedokáže. Terapeutka se snaží rozebrat s Petrem i s jeho otcem celou situaci a stanovit určité zásady chování, které by se měli snažit dodržet do příštího setkání, např. že se Petr bude i nadále snažit přestat s užíváním alkoholu a drog, otec se bude snažit si najít na syna co nejvíce času apod.

Terapeutka si domluvila další setkání s Petrem, a to v rámci individuální terapie, zároveň se chtěla také setkat s Petrovou matkou a naplánovala také rodinnou terapii. Po nějaké době začal Petr navštěvovat i abstinenční skupinu.

Petrův stav se postupně zlepšoval. Začal trávit více společného času s rodiči, všichni společně se naučili navzájem lépe komunikovat. Petr si našel nové kamarády, občas se setkával i s těmi starými, ale dokázal odmítnout nabídku alkoholu či drogy. Od září nastoupí na učební obor automechanika, což bylo jeho přáním již dlouhou dobu.

## *Ilustrativní případová studie II.*

Daniel Z. má 13 let, matka s otcem jsou již 8 let rozvedeni. Daniel žije s matkou, ale s otcem se pravidelně stýká, minimálně jednou za 2 týdny. Matka je úřednice v bance a otec podniká.

Jak matka uvedla, Daniel byl téměř bezproblémové dítě, dobře se učil. Vypadalo to, že rozvod rodičů dobře překonal. Na konci 7. třídy však přinesl překvapivě špatné vysvědčení, měl několik čtyřek a dokonce musel dělat reparát z češtiny. Otec tuto skutečnost dosti zlehčoval. Matka se o syna obávala a snažila se s ním mluvit o důvodu jeho zhoršení. Dan ji však odmítal.

V osmé třídě se jeho prospěch nadále zhoršoval a začaly se objevovat i neomluvené hodiny. Otec to připisoval období dospívání. Matka však měla již velké obavy. Dan s ní stále odmítal hovořit o příčinách svých problémů. Matka ho tedy přivádí na ambulantní oddělení Klíč.

Během terapie se ukazuje, že Daniel začal kouřit marihuanu. Uvádí, že se nudil, nic ho nebavilo a v této době se objevila skupina dospívajících, kteří mu ji nabídli. Dan ji vyzkoušel a začal příležitostně užívat (přibližně jednou za měsíc, až za dva měsíce), postupně se však užívání marihuany stalo pravidelným (2-3x týdně). Daniela nebaví škola a všechn svůj zájem upíná ke své partě, které se za žádných okolností nechce vzdát.

Daniel absolvoval dvouměsíční pobyt na pobytové oddělení Alternativa. Po návratu, v rámci následné péče, navštěvoval abstinční skupinu, zároveň docházel na individuální terapii. Rodinná terapie probíhala pouze v přítomnosti matky. Otec stále nehodnotí Danovy problémy jako závažně.

Dan nejvíce spolupracuje na individuálních setkáních, na skupinové terapii je většinou apatický a na většinu otázek odpovídá: „Já nevím“.

Danův školní prospěch se zlepšil, také došlo ke značnému omezení v užívání marihuany, ovšem jak Dan přiznává, občas ji přece jen užije a většinou má na ni silnou chuť. Nevidí smysl ve studiu a neví, co by chtěl v životě dělat. V rámci terapie se objevují hodnoty, které Dan považuje za důležité. Většinou je však převáží parta a marihuana.

Do mého odchodu z praxe nedošlo k žádné výrazné změně ve stavu Dana.

## **7 SOCIOLOGICKÉ ŠETŘENÍ**

V rámci praxe jsem provedla sociologické šetření zaměřené na experimentální uživatele drog, ve kterém jsem se snažila o zhodnocení terapie samotnými experimentátory. V této kapitole se budu věnovat průběhu šetření, vyhodnocení výsledků a jejich následné interpretaci.

### **7.1 Cíle šetření**

Cílem šetření bylo zhodnocení terapie zaměřené na experimentální uživatele drog. Dotazník, který jsem za tímto účelem vytvořila, se skládal z otázek zaměřených na formy terapie, na postupy a významné faktory v terapii a na jednotlivé aspekty v životě klientů, na které by podle mého názoru, zkušeností z praxe a informací z odborné literatury bylo vhodné se v terapeutické práci s experimentátory zaměřit. Šetřením jsem se pokoušela zjistit, zda se tyto formy terapie, aspekty a postupy v práci s experimentátory využívají a jakou důležitost jim sami klienti přikládají.

### **7.2 Formulace hypotéz**

Pro sociologické šetření jsem si stanovila několik hypotéz:

1. Respondenti budou hodnotit terapii jako přínosnou, tedy vše, na co se terapie zaměřovala (co je předmětem hodnocení v dotazníku), zhodnotí minimálně jako přínosné (pokud se s tím v rámci terapie setkali).
2. Respondenti se v terapii setkali se vším, co je předmětem jednotlivých položek dotazníku.
3. Respondenti budou považovat za nejpřínosnější individuální formu terapie.
4. Respondenti budou považovat skupinovou a rodinnou formu terapie za přibližně stejně přínosné a za méně přínosné než individuální terapii.
5. Respondenti budou považovat za velmi důležitou práci v terapii se sebou samými.

6. Respondenti budou považovat za důležitou podporu, které se jim dostávalo od terapeuta.

### 7.3 Přípravná fáze šetření

Přípravná fáze šetření trvala přibližně měsíc a zahrnovala konstrukci dotazníku, pilotáž dotazníku a jednání s Výchovným ústavem a střediskem výchovné péče Klíčov o možnosti provést šetření v jejich zařízení.

#### 7.3.1 KONSTRUKCE DOTAZNÍKU

Dotazník jsem se snažila vytvořit tak, aby se jednotlivé otázky zaměřovaly na nejdůležitější aspekty v terapeutické práci s experimentátory tak, jak je znám z praxe a jak jsem vyčetla v odborné literatuře.

Snažila jsem se, aby otázky byly pro respondenty šetření co nejsrozumitelnější a odpovědět na ně bylo co nejjednodušší, z tohoto důvodu jsem volila většinu otázek - uzavřených.

Dotazník má dvanáct otázek, z toho tři otevřené. U devíti otázek měli tedy respondenti za úkol vybrat z možných odpovědí. Na začátku dotazníku měli klienti za úkol uvést pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. U prvních třech otázek pak měli zhodnotit jednotlivé formy terapie (individuální, rodinnou a skupinovou) na pětibodové škále. U následujících šesti otázek hodnotili důležitost jednotlivých aspektů terapie a měli za úkol vybrat vždy jednu z možných odpovědí, které byly sestaveny tak, aby pokrývaly možnou škálu důležitosti (od velmi důležité po nedůležité). Možná byla i odpověď, že se s určitým aspektem terapie nesešli.

Poslední dvě otázky měly zjistit, co respondenti sami hodnotí jako nejpřínosnější a naopak nejméně přínosné v terapii, kterou podstupují. V úplném závěru dotazníku jsem položila otázku: „*Jak se Vám vyplňoval tento dotazník?*“, kterou jsem se pokoušela zjistit, nakolik byl pro klienty srozumitelný, popř. jak byli naladěni, když jej vyplňovali.

### 7.3.2 PILOTÁŽ DOTAZNÍKU

Pilotáž dotazníku proběhla nejprve s vedoucím mé bakalářské práce a s několika studenty, kteří praktikovali s dospívajícími. Jelikož zhodnotili dotazník jako dobrý a pro klienty srozumitelný, odnesla jsem jej do Výchovného ústavu a střediska výchovné péče Klíčov, kde pilotáž provedli další čtyři pracovníci, kteří pracují přímo s experimentálními uživateli. Dva z nich uvedli, že některé otázky v dotazníku mohou být pro klienty nejasné, ale pokud budou mít možnost se na nejasnosti dotázat, měli by ho být schopni bez obtíží vyplnit. Zbývající dva pracovníci hodnotili dotazník jako srozumitelný a klienti by ho, podle jejich názoru, měli být schopni bez obtíží vyplnit.

### 7.4 Realizace šetření

Sociologické šetření se uskutečnilo ve Výchovném ústavu a středisku výchovné péče Klíčov. Bylo mi umožněno provést šetření na všech odděleních tohoto zařízení, po poradě s odborným personálem jsem tedy oslovila ta oddělení, na kterých se předpokládalo, že by mohla mít v péči experimentální uživatele. Tři z nich v době šetření pracovala s klienty, kteří experimentovali s drogami. Jednalo se o ambulantní oddělení Klíč, pobytové oddělení Alternativa a výchovný ústav. Na základě informací pracovníků jednotlivých oddělení byli vybráni klienti, kteří spadali do kategorie experimentálních uživatelů, ty jsem následně požádala o vyplnění dotazníků.

Šetření probíhalo v období od června do srpna 2007. Zúčastnilo se jej 20 respondentů. Ochota respondentů byla vysoká a návratnost dotazníků byla 100%, což připisuji faktu, že dotazníky byly předkládány za přítomnosti pracovníků, kteří se o klienty starali, a o vyplnění dotazníků je spolu se mnou požádali.

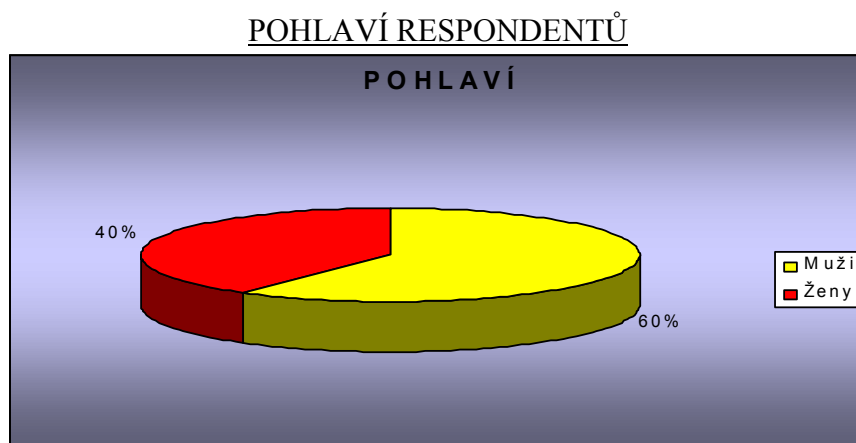
Při předložení dotazníků klientům bylo zdůrazněno, že jejich vyplnění je dobrovolné a zcela anonymní. Na vyplnění mají tolik času, kolik budou potřebovat a mohou se zeptat na jakoukoliv nejasnost.

## 7.5 Analýza, interpretace a diskuse nad výsledky šetření

Údaje, které jsem získala na základě dotazníků, jsem se rozhodla zpracovat pomocí výsečových grafů, jelikož si myslím, že se jedná o přehlednou formu prezentace údajů, které jsem šetřením získala.

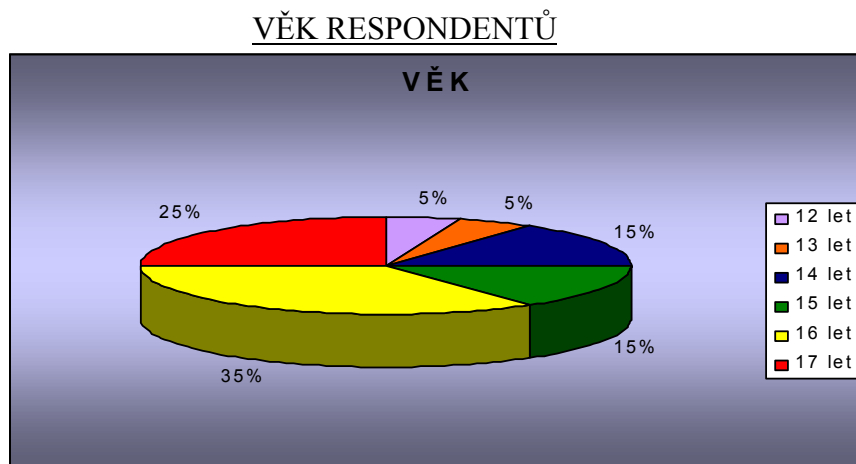
Zároveň u jednotlivých grafů uvádím interpretaci výsledků, které graf prezentuje, a v rámci diskuse se pokouším tyto výsledky zhodnotit a vyvodit z nich určité závěry.

V úvodu dotazníku, dříve než začali odpovídat na příslušné otázky, měli respondenti za úkol uvést základní údaje o své osobě. Jednalo se o pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání.



Výsledky ukázaly, že péči využívali více muži-chlapci než ženy-dívky, což se také shoduje se zkušenostmi z mé praxe. Nejednalo se však o příliš velký početní rozdíl mezi těmito dvěma skupinami, zvláště na abstinčních skupinách byla zastoupena obě pohlaví téměř rovnoměrně, s mírnou převahou chlapců. Tuto skutečnost připisuji zvláště tomu, že chlapci mívají větší tendenci k riskování než dívky. Dívky jsou zároveň v naší společnosti vedeny více k poslušnosti a slušnému chování než chlapci a také o ně rodiče mívají často větší obavy, a proto je podrobují většímu dohledu než chlapce. To však, podle mého názoru, nemusí zabránit experimentům s drogou. Tyto experimenty se naopak mohou pro dívky stát velmi lákavými a probíhat více skrytě než u chlapců, což může představovat velké riziko vzniku závislosti.

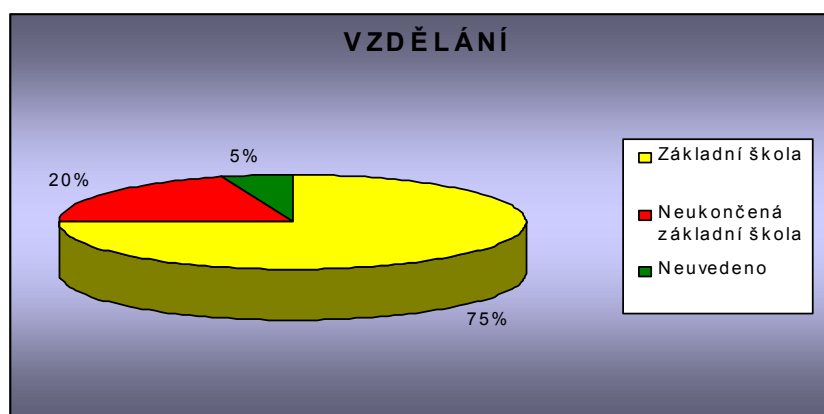
Myslím si, že specifika, která s sebou přináší pohlaví, by měla být zohledňována jak v primární prevenci, tak v případné terapii.



Výsledky, které zobrazuje tento graf, poukazují na skutečnost, že k experimentování s drogami dochází nejčastěji v období adolescence. Jako velmi problematickou však vnímám skutečnost, že i přes malý počet respondentů, kteří se tohoto šetření zúčastnili, se ve sledovaném vzorku objevují 12, 13 a 14 letí respondenti.

Myslím si, že to poukazuje na skutečnost, že programy primární prevence by se měly zaměřovat již na velmi mladé klienty a probíhat již např. na prvním stupni základních škol.

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ



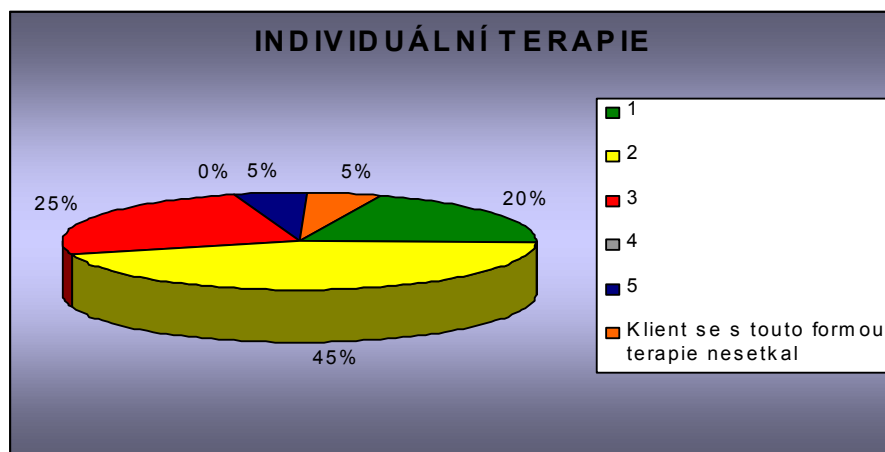
Z tohoto grafu vyplývá, že většina respondentů má ukončené základní vzdělání, což odpovídá předpokladu, že nejvíce experimentátorů se nachází

v období adolescence. Zároveň se však objevil určitý počet respondentů, kteří jsou stále žáky základní školy. Jak jsem měla na své praxi možnost zjistit, i „pouhé“ experimenty s drogou mohou značně zhoršovat prospěch, a to i na základní škole. Jako velký problém vidím také to, že takto mladí experimentátoři nejsou mnohdy ke školní práci vůbec motivováni, což může následně velmi ztížit jejich budoucí pracovní uplatnění.

Považuji za velmi důležité zaměřit se v terapii na otázky vzdělání a následné profesní orientace.

U následujících třech otázek měli respondenti za úkol zhodnotit přínos jednotlivých forem terapie tak, jak jej sami vnímali. K dispozici měli pětibodovou škálu. Jednička vyjadřovala nejvyšší možné hodnocení (největší přínos) a pětka nejnižší (nejmenší přínos). Pokud se klient s danou formou terapie neseťkal, odpověď neoznačoval.

#### Otázka č. 1: Jak hodnotíte terapii individuální?



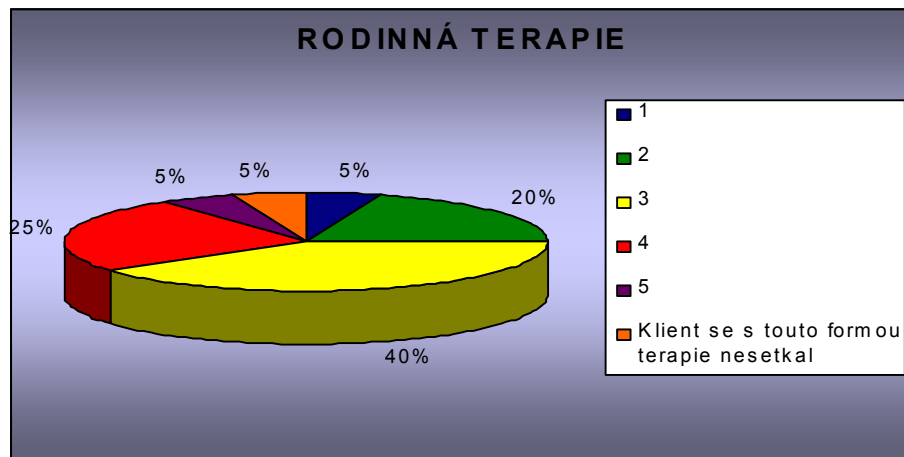
Tento graf vypovídá o skutečnosti, že 90% klientů ohodnotilo individuální terapii čísly 1, 2 a 3, tedy od nejvyššího k průměrnému hodnocení. Dá se tedy předpokládat, že je tato forma terapie pro klienty přínosná a důležitá. Jak ukazují následující grafy (viz níže), jedná se o nejlépe hodnocenou formu terapie. Tento výsledek připisuji skutečnosti, že klienti nejsou v rámci individuální práce konfrontováni ani s rodinou, ani s dalšími klienty. Jsou ve středu zájmu terapeuta, který je mnohdy první dospělou osobou v jejich životě,



která je plně akceptuje a snaží se jim pomoci nalézt řešení jejich problémů bez výčitek a silných emocí, se kterými se často setkávají u rodičů.

Tuto formu terapie považují za nezastupitelnou součást efektivní práce s experimentátory.

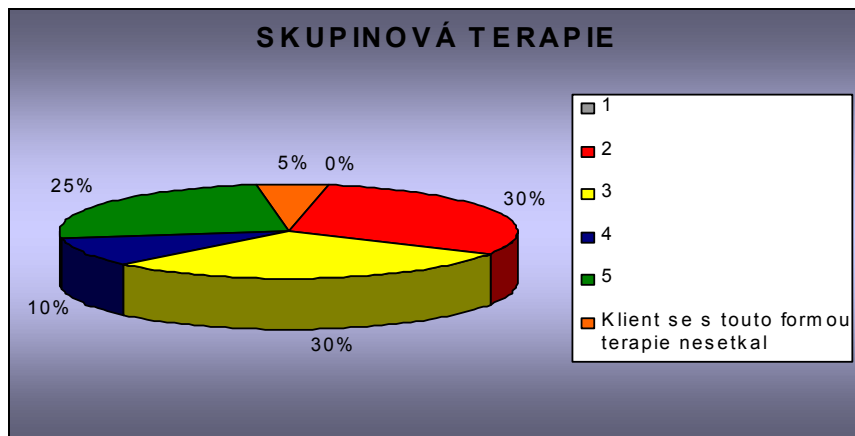
#### Otázka č. 2: Jak hodnotíte terapii rodinnou?



Rodinná terapie byla největším počtem respondentů hodnocena průměrně, číslem 3, zároveň počet respondentů, kteří ji hodnotili čísly 1 a 2 a čísly 4 a 5 byl více méně vyrovnaný. Myslím si, že je to dáno především zkušenostmi, které mají respondenti s rodinnou terapií, a také tím, že se její průběh může výrazně lišit v souvislosti s délkou léčby. Domnívám se, že rodinná terapie může pro klienty představovat z počátku zátěž z konfrontací, které na ní mohou probíhat mezi jednotlivými členy rodiny. Pokud je však rodinná terapie účinná, dochází k obnovení dobrého fungování rodinných vztahů, což klientovi přináší úlevu.

Myslím si, že rodinná terapie je velmi důležitá pro celkový pozitivní výsledek terapie.

Otázka č. 3: Jak hodnotíte terapii skupinovou?



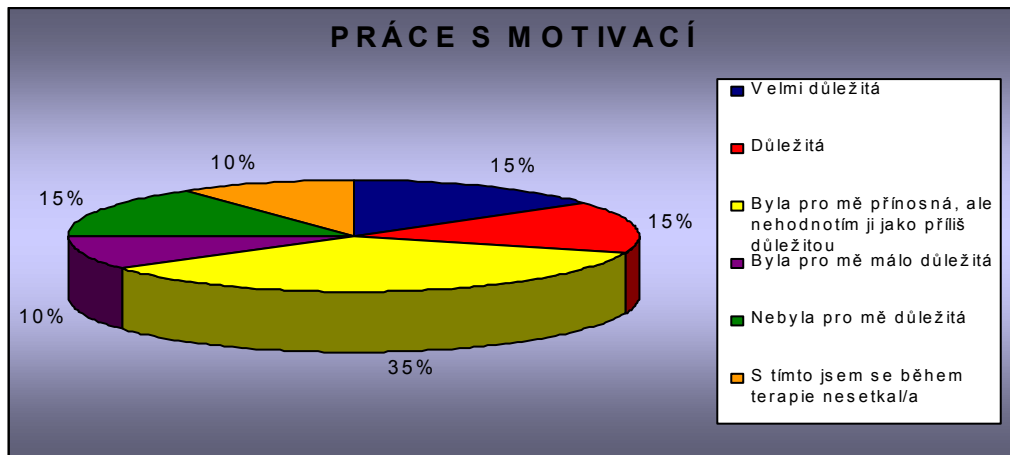
Většina respondentů ohodnotila skupinovou terapii průměrně, číslem 3, a lépe než průměrně, číslem 2, žádný ji však neohodnotil číslem 1, tedy nejvyšším možným hodnocením. Myslím si, že skupinová terapie může být pro klienty velmi přínosná, jako problém však vnímám skutečnost, že je skupina často sestavena z klientů různého věku, což je, podle mého názoru, v tomto vývojovém období větším problémem než např. v dospělosti. Také spojení klientů, kteří „pouze“ experimentují např. s pravidelnými uživateli, může být problematické. Domnívám se, že různé naladění klientů, různá motivace k užívání drog i různá vyspělost jednotlivých členů skupiny může snížit efektivitu skupinové terapie i zájem klientů o ni.

Domnívám se, že skupinová terapie by měla, v ideálním případě, probíhat ve skupině klientů se stejnou problematikou a co nejbližšího věku.

U otázek č. 4–9 měli klienti zhodnotit důležitost jednotlivých aspektů a témat terapie. Při hodnocení měli za úkol zvolit vždy pouze jedinou odpověď. Volili z těchto odpovědí:

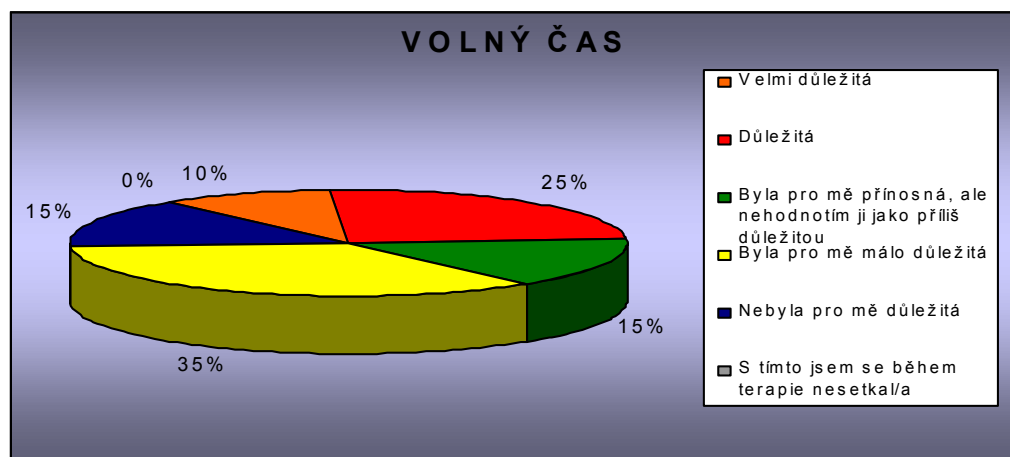
- a) velmi důležitá
- b) důležitá
- c) byla pro mě přínosná, ale nehodnotím ji jako příliš důležitou
- d) byla pro mě málo důležitá
- e) nebyla pro mě důležitá
- f) s tímto jsem se během terapie nesetkal/a

Otázka č. 4: Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii na Vaší motivaci k ukončení užívání drog?



Práci s motivací k ukončení užívání drog hodnotila většina klientů jako velmi důležitou, důležitou nebo přínosnou. Myslím si, že to poukazuje na skutečnost, že experimentální uživatelé často nenachází dostatečné důvody k ukončení experimentování, proto se domnívám, že je velmi důležité tyto důvody hledat a zdůrazňovat v rámci terapie. Za velmi vhodnou metodu pro práci s motivací považuji tzv. „motivační rozhovory“ (viz podkapitola 5.4).

Otázka č. 5: Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii na hledání nových možností trávení volného času?

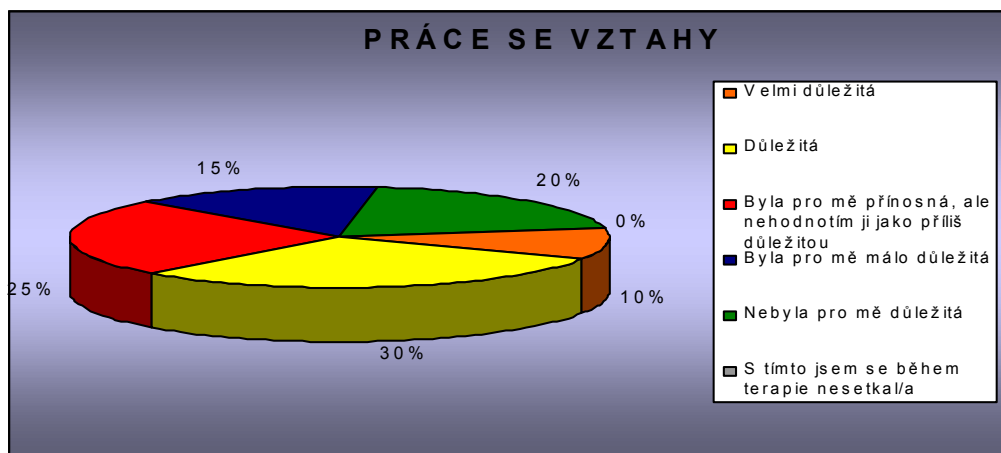


Nejvíce respondentů hodnotil práci s volným časem a jeho „bezpečným“ využitím jako málo důležitou. Myslím si, že je to dáno převážně skutečností, že experimenty s drogou jsou nejčastěji spojeny s životním stylem a skupinou vrstevníků, které jsou pro dospívajícího velmi hodnotné. Adekvátní náhradu za

ně nebývá snadné nalézt a jedná se, podle mého názoru, spíše o cíl dlouhodobější terapie.

Myslím si, že je vhodné se v terapii zaměřit na rizika, která s sebou specifický životní styl spojený s užíváním drog přináší. Zároveň se věnovat např. nácviku odmítání a asertivního chování, aby byl dospívající schopen drogu odmítnout, i pokud se rozhodne zůstat ve skupině vrstevníků, kteří experimentují s drogami.

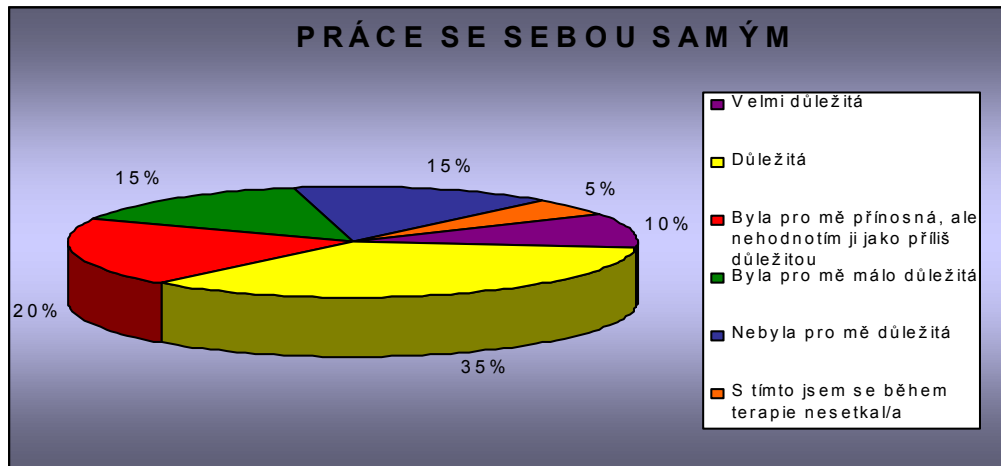
Otázka č. 6: Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii na hledání nových možností navazování a fungování ve vztazích?



Jak již jsem uvedla v teoretické části, vlivem experimentů s drogami nedochází u experimentálních uživatelů ke změnám v jejich vztazích. Z tohoto grafu, však vyplývá, že práci v terapii na hledání nových možností navazování a fungování ve vztazích považuje největší část respondentů za důležitou a druhá největší část respondentů za přínosnou. Podle mého názoru tato skutečnost poukazuje na složitost období dospívání, kdy jsou vztahy pro mladého člověka velmi důležité, ale vlivem nedostatečných zkušeností se v nich mnohdy nedokáže dobře orientovat.

V rámci terapie považuji za zvláště důležité zaměřit se na vztahy s vrstevníky a pomoci dospívajícímu naučit se být ve vztahu s druhou osobou, ale přitom neztrácet sám sebe a nenechat se druhými lidmi ovlivňovat natolik, že vlastně nečiní své vlastní rozhodnutí, ale rozhodnutí někoho jiného.

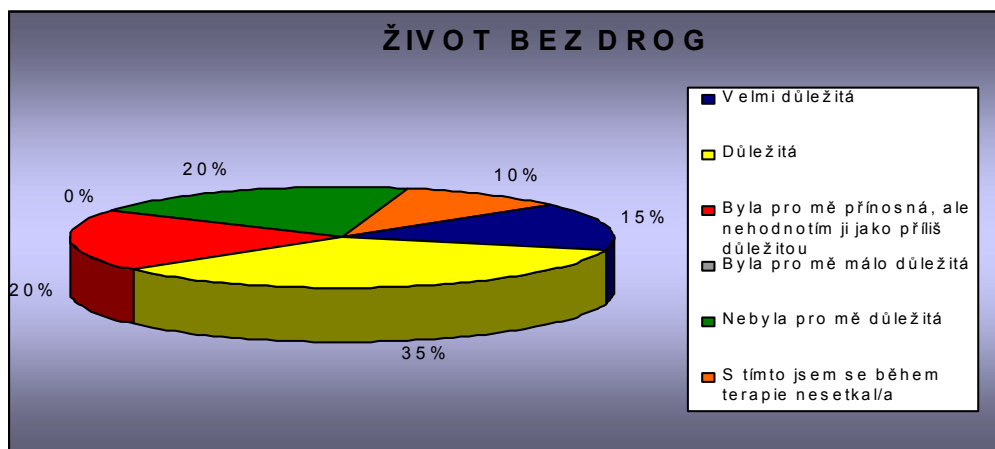
Otázka č. 7: Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii se sebou samým?



Práci v terapii se sebou samým, čímž myslím např. nacházení nových možností, schopností a jejich rozvíjení apod., považuji za velmi důležitou součást terapie obecně.

Jak vyplývá z výsledků šetření, většina respondentů považuje toto zaměření terapie za důležité či přínosné. Myslím si, že pro mladého člověka je velmi důležité mít místo, kde může mluvit o čemkoliv a hledat řešení svých problémů, místo, kde je podporován jeho zdravý vývoj. Tímto místem může být terapie, která může pomoci experimentátorovi splnit vývojové úkoly dospívání a přejít do dalšího vývojového období, a tím v rámci přirozeného vývoje překonat i experimenty s drogou.

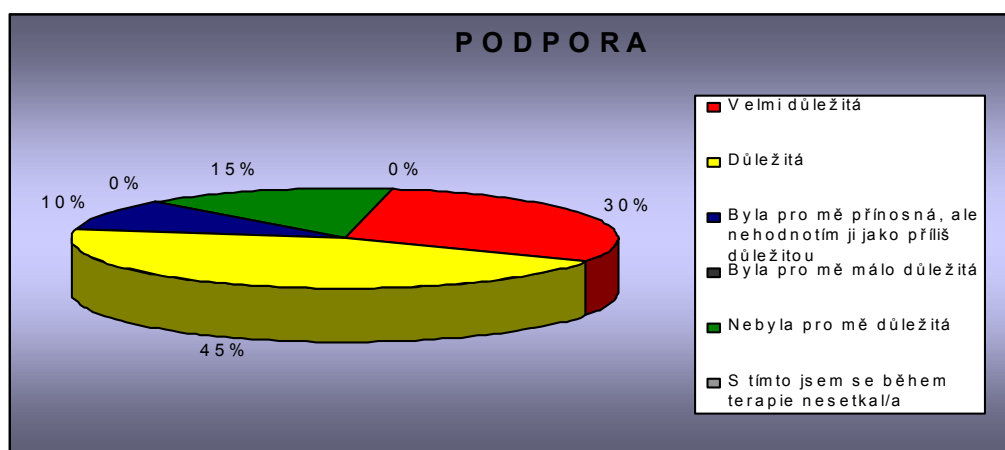
Otázka č. 8: Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii na vytváření si nových možností a způsobů fungování v životě bez drog?



Nejvyšší procento respondentů považuje vliv práce v terapii na fungování v životě bez drog za důležitý.

Může se zdát, že fungování v životě bez drog souvisí spíše s jinými typy užívání drogy a nejvíce se závislostí, což je samozřejmě pravda. Myslím si však, že i experimentátorům ovlivňuje droga výrazně jejich život. Zaplňuje určitou část jejich volného času a často souvisí se skupinou vrstevníků, ve které se dospívající pohybují. Je tedy nutné v terapii hledat způsoby fungování v životě, které s sebou nebudou přinášet potřebu experimentovat s drogami.

Otázka č. 9: Jak byla pro Vás důležitá podpora, které se Vám dostávalo od terapeuta?

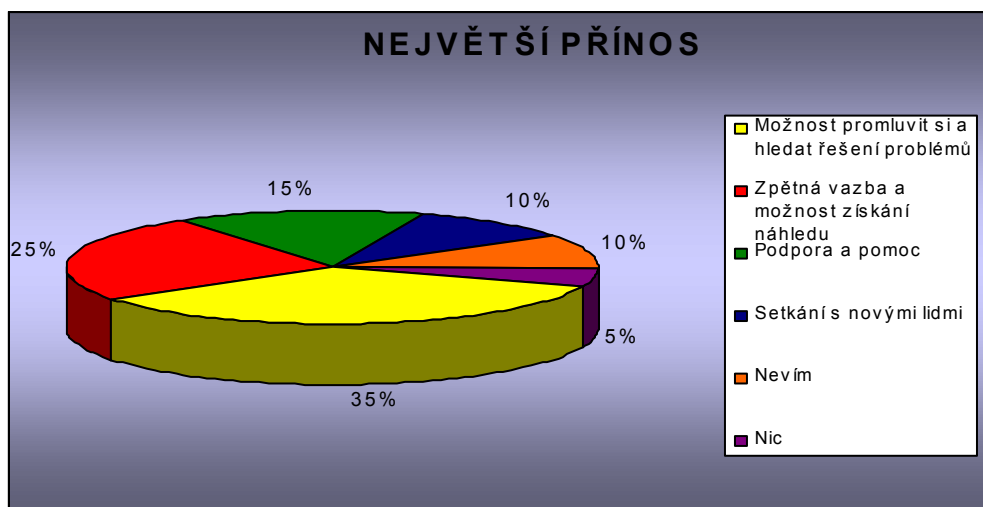


Podpora, kterou klient dostává během terapie od terapeuta, byla ohodnocena nejvyšším procentem respondentů jako důležitá, a zároveň bylo procento respondentů, kteří ji uvedli jako důležitou, největší ze všech otázek, které se zaměřovaly na zhodnocení důležitosti jednotlivých aspektů a témat v terapii. Největší procento respondentů také ohodnotilo podporu prvními třemi stupni důležitosti (jako velmi důležitou, důležitou nebo přínosnou) ze všech otázek zaměřených na hodnocení důležitosti.

Podle mého názoru to poukazuje na skutečnost, že je podpora pro mladého člověka velmi důležitá a pomáhá mu překonávat obtíže, se kterými se setkává a se kterými do terapie přichází. Podpora, kterou získává v terapii, není zatížena podmínkami (např. dobré známky, slušné chování apod.), jako je tomu často např. u rodiny, a proto se domnívám, že je dospívajícím mnohem lépe přijímána i využívána.

Následující otázky byly otevřené a klienti měli za úkol uvést libovolnou odpověď. Odpovědi jsem zpracovala pomocí kategorizace. U jednotlivých odpovědí jsem se snažila nalézt společné faktory, které byly pro význam odpovědi nejpodstatnější. Odpovědi, které měly obdobný význam, jsem následně rozdělila do jednotlivých kategorií. Procentuální zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích uvádím v následujících grafech.

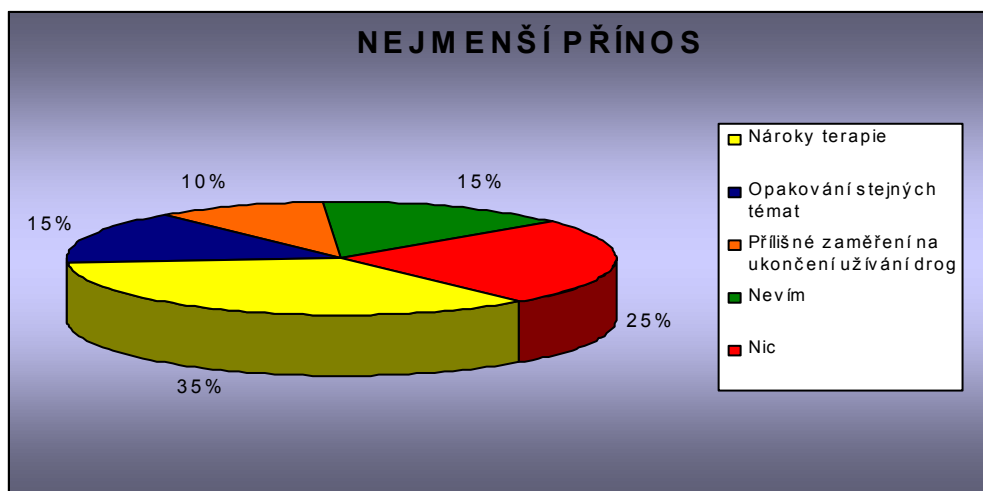
Otázka č. 10: Co v terapii hodnotíte jako nejpřínosnější?



Nejvyšší procento respondentů považovalo za největší přínos terapie možnost promluvit si o svých problémech a hledat jejich řešení. Dále respondenti ocenili možnost získat zpětnou vazbu a náhled. Následovala podpora a pomoc, dále pak možnost setkat se novými lidmi. Určité procento respondentů odpovědělo také, že neví a nejnižší procento respondentů odpovědělo: „*nic*“.

Domnívám se, že vše, co respondenti uvedli, je v terapii možné získat a jedná se o aspekty, které se v terapii často vyskytují. Myslím si, že tento výsledek poukazuje na skutečnost, že využití terapie je u experimentálních uživatelů drog vhodné a dobře vedená terapie může být velmi efektivní.

Otázka č. 11: Co v terapii hodnotíte jako nejméně přínosné?



Nejvyšší procento respondentů hodnotilo jako nejméně přínos terapie nároky, které s sebou přináší, jednalo se např. o pravidelnou docházku nebo postihy za nedodržení pravidel terapie. Druhá největší část respondentů uvedla, že neví. Třetí nejvyšší procento respondentů považovalo za nejméně přínosné opakování stejných témat v terapii a stejné procento respondentů uvedlo přílišné zaměření terapie na ukončení užívání drog. Určité procento respondentů odpovědělo: „nic“.

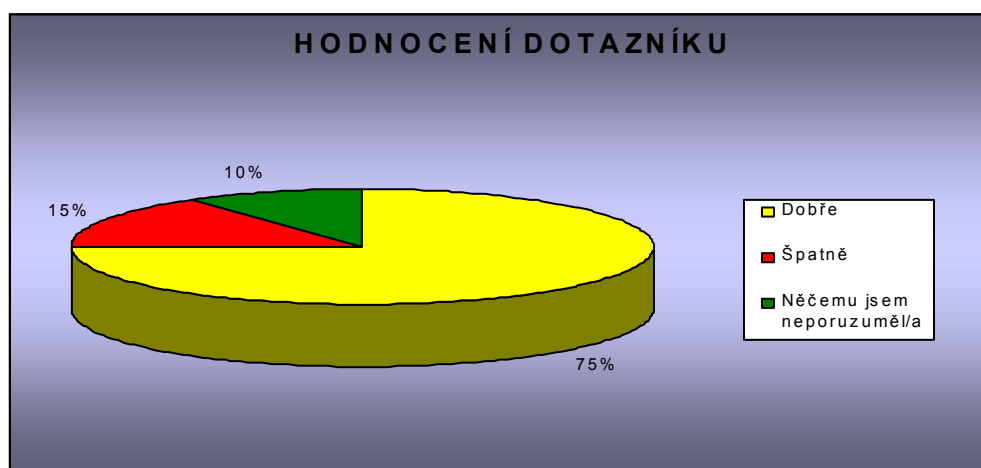
Myslím si, že nároky, které s sebou terapie přináší, k ní patří, a klienti by měli vědět, že jejich zvládnutí je nejen nutné pro průběh terapie, ale může jim i pomoci v přijímání zodpovědnosti za jejich činy.

Opakování témat, které se nejčastěji týkají drog, a celkové přílišné zaměření na drogy v terapii může být, podle mého názoru, kontraproduktivní při práci s experimentátory. Domnívám se, že terapie by měla směřovat spíše k celkovému rozvoji klienta a ke zkvalitnění jeho života. Témata související s drogami by měla být spíše vedlejší, samozřejmě pokud je klient sám do terapie nevnáší, pokud ano, měl by jim terapeut věnovat dostatek pozornosti.

Poslední otázkou v dotazníku jsem se snažila zjistit, nakolik byl dotazník pro klienty srozumitelný a jak byli při jeho vyplňování naladěni.



## Otázka č. 12: Jak se Vám vyplňoval tento dotazník?



### 7.6 Závěrečné zhodnocení sociologického šetření

V úvodu tohoto sociologického šetření jsem si stanovila několik hypotéz. V této podkapitole se k nim vrátím a uvedu, zda se je výsledky šetření podařilo ověřit či vyvrátit. Dále se pokusím zhodnotit hlavní přínos tohoto šetření.

*Hypotéza č. 1:* Respondenti budou hodnotit terapii jako přínosnou, tedy vše, na co se terapie zaměřovala (co je předmětem hodnocení v dotazníku), zhodnotí minimálně jako přínosné (pokud se s tím v rámci terapie setkali).

Nejvyšší procento respondentů skutečně zhodnotilo jednotlivé body v dotazníku minimálně jako přínosné či je ohodnotilo čísly 1, 2 nebo 3 u otázek č. 1–3. Jedinou výjimkou byla otázka č. 5. Tuto hypotézu se tedy nepodařilo ověřit.

*Hypotéza č. 2:* Respondenti se v terapii setkali se vším, co je předmětem jednotlivých položek dotazníku.

Tuto hypotézu se nepodařilo ověřit. U poloviny otázek, přesně u otázek č. 1, 2, 3, 4, 7, 8 uvedli respondenti, že se s danou formou terapie, aspektem či tématem v terapii neseťkali. Jednalo se však vždy o malé procento respondentů, 5–10%.

*Hypotéza č. 3:* Respondenti budou považovat za nejpřínosnější individuální formu terapie.

Tuto hypotézu se podařilo v rámci šetření ověřit. Čísly 1, 2 nebo 3 ji ohodnotilo 90% respondentů a byla nejlépe hodnocenou formou terapie.

*Hypotéza č. 4:* Respondenti budou považovat skupinovou a rodinnou formu terapie za přibližně stejně přínosné a za méně přínosné než individuální terapii.

Tuto hypotézu se také podařilo v rámci šetření ověřit, i když byla skupinová terapie o něco hůře hodnocena, dá se říci, že hodnocení bylo přibližně stejné a obě tyto formy terapie byly hodnoceny hůře než terapie individuální.

*Hypotéza č. 5:* Respondenti budou považovat za velmi důležitou práci v terapii se sebou samými.

Největší procento respondentů hodnotilo práci v terapii se sebou samým jako důležitou, nikoliv však jako velmi důležitou, tuto hypotézu se tedy nepodařilo ověřit.

*Hypotéza č. 6:* Respondenti budou považovat za důležitou podporu, které se jim dostávalo od terapeuta.

Tuto hypotézu se podařilo ověřit. Za důležitou ji považovalo nejvyšší procento respondentů (45%).

Toto sociologické šetření probíhalo pouze na malém vzorku experimentálních uživatelů drog, přesto si myslím, že přineslo zajímavé výsledky, které by mohly být využitelné v praxi.

Za zvláště důležitý považuji údaj o klesajícím věku experimentátorů.

Velmi pozitivně vnímám skutečnost, že velké procento respondentů uvedlo, že se s jednotlivými formami, aspekty a tématy v terapii setkalo a že je považuje minimálně za přínosné.

Za důležité považuji také zjištění, že pro dospívající je přínosná zpětná vazba a možnost získání náhledu (uvedlo 25% respondentů, 2. místo v hodnocení největšího přínosu terapie). Myslím si, že to poukazuje na snahu dospívajících rozvíjet se a domnívám se, že by tato skutečnost měla být v terapii využita.

V neposlední řadě považuji za důležité zjištění, že klienti (25% respondentů) hodnotí jako nejmenší přínos terapie její přílišné zaměření na ukončení užívání drog a opakování stejných témat, která se často drog týkají.

Domnívám se, že by výsledky toho sociologického šetření bylo vhodné ověřit dalším šetřením, a to nejlépe s větším počtem respondentů.

## ZÁVĚR

V této práci jsem se zaměřila na téma: Sociální práce s experimentálními uživateli drog. Práci jsem rozdělila do dvou hlavních částí, na část teoretickou a na část praktickou.

Hlavním cílem této práce bylo nalézt možnosti sociální práce s dospívajícími, kteří experimentují s drogami. Za tímto účelem jsem v teoretické části využívala především odbornou literaturu. V praktické části práce jsem pak popsala své zkušenosti a poznatky z praxe a zpracovala jsem sociologické šetření, jehož cílem bylo zhodnocení léčby experimentálních uživatelů drog. V celé práci jsem se k jednotlivým tématům pokoušela uvádět své názory a zkušenosti, které jsem během studia a praxe získala. Hlavním problémem při psaní této práce byla skutečnost, že neexistuje dostatek odborné literatury, která by se zabývala problematikou experimentálního užívání drog. Svými názory a zkušenostmi jsem se pokoušela poukázat na možnosti využití různých skutečností, aspektů, prostředků, služeb apod., které se často zaměřují spíše na práci s pravidelnými, problémovými či závislými uživateli, při práci s experimentátory.

V teoretické části práce jsem nejprve vymezila pojmy, které se k problematice experimentálního užívání drog v dospívání vztahují, a jejichž vymezení považuji za zvláště důležité. Dále jsem se zabývala bližším vymezením experimentálního uživatele drog, jeho osobností, životním stylem a fungováním ve společnosti. Poukázala jsem také na skutečnost, že v České republice dochází k nárůstu zkušeností s drogami mezi dospívajícími. Následně jsem se věnovala možnostem sociální práce při pomoci experimentálním uživatelům, poukázala jsem na čtyři modely sociální práce, které by mohly být využitelné v práci s experimentálními uživateli. Zároveň jsem se také věnovala jednotlivým zařízením a službám, které pracují s uživateli drog, a uvedla jsem jejich možné využití při práci s experimentátory.

Ve třetí kapitole jsem se zabývala obdobím dospívání. Uvedla jsem biologické, psychické a sociální změny, ke kterým dochází v tomto období,

a jejich možný vliv na experimenty s drogami. Zvláště jsem zdůraznila vliv vrstevnické skupiny na dospívajícího. Také jsem se zabývala utvářením identity v dospívání, a to zvláště z hlediska sklonu k experimentování v procesu nacházení identity. V závěru kapitoly jsem se zmínila také o adolescentním moratoriu a jeho možné souvislosti s experimenty s drogami. V této kapitole jsem se pokusila uvést určitá specifika dospívání, která se v tomto období často vyskytují, a mohou souviset s experimenty s drogami.

V následující kapitole jsem se zabývala rizikovým vývojem v dospívání, který často souvisí právě s užíváním drog. Uvedla jsem možné důsledky experimentování s drogami a problémy, ke kterým může experimentování vést. Zdůraznila jsem především možný vznik závislosti.

V páté kapitole jsem se již přímo zaměřila na možnosti v práci s experimentálními uživateli. Snažila jsem se nalézt způsoby práce, které mohou být podle mého názoru, zkušeností a zároveň podle informací z odborné literatury přínosné v práci s experimentálními uživateli. Zdůraznila jsem psychoterapeutickou práci s experimentátory, a to její individuální, skupinovou i rodinnou formu. Jak se následně v sociologickém šetření ukázalo, všechny tři formy terapie jsou považovány za přínosné samotnými experimentátory. Dále jsem poukázala také na důležitost primární prevence jak v předcházení problémům s drogami, tak v samotné práci s experimentátory. Také jsem se zabývala možnostmi krátké a časné intervence při práci s dospívajícími experimentátory. Poukázala jsem na postupy, které považuji za velmi vhodné při práci s experimentátory, jedná se o motivační rozhovory a rozvíjení dovedností potřebných pro život. V závěru této kapitoly jsem se pokusila uvést ještě další postupy, které mohou být vhodné při práci s experimentátory, jako je např. zážitková terapie a práce se spiritualitou. Tuto kapitolu považuji za velmi důležitou část práce, z tohoto důvodu jsem jí také věnovala mnoho prostoru.

Praktická část mé práce začíná popisem praxí, které jsem absolvovala, a blíže se pak věnuji ambulanci oddělení a středisku výchovné péče Klíčův a jeho ambulanci oddělení Klíč, na kterém jsem se setkala s prací s experimentálními uživateli, a na kterém jsem také provedla sociologické šetření, které v této práci uvádím.

V první kapitole praktické části jsem se snažila přiblížit své zkušenosti z praxe, uvedla jsem také dvě ilustrativní případové studie klientů, se kterými jsem se setkala, které souvisely s problematikou experimentálního užívání drog.

Poslední kapitolu jsem věnovala sociologickému šetření, kterým jsem se pokoušela zjistit, jakým způsobem hodnotí sami experimentátoři terapii, kterou procházejí, a s jakými aspekty terapie se setkávají. Výsledky šetření ukázaly, že většina klientů hodnotí terapii a většinu aspektů, se kterými se v rámci ní setkává, jako přínosné.

Z této práce vyplynulo, že procento dospívajících užívajících drogy se zvyšuje a věk klientů, kteří přicházejí do prvního kontaktu s drogami, se snižuje. Užívání drog začíná většinou právě experimenty s nimi. Domnívám se tedy, že by problematice experimentálního užívání drog měl být věnován dostatek pozornosti. Odborníci by se měli zaměřit na vytváření preventivních programů, které by kontaktu s drogou předcházely, a zároveň by se měli věnovat vytváření specifických programů, které by se zaměřovaly na práci s experimentálními uživateli. Myslím si, že některé poznatky z této práce, zvláště ze sociologického šetření, by mohly pomoci při dalším hledání nejvhodnějších způsobů v práci s experimentálními uživateli drog.

Za hlavní přínos této práce považuji to, že jsem poukázala na určité způsoby práce, které by mohly být využitelné při práci se skupinou experimentálních uživatelů drog. Zároveň jsem se zaměřila na složitost období dospívání, které s sebou může přinášet mnoho náročných situací, které mohou vést k experimentům s drogami. Poukázala jsem na skutečnost, že experimenty s drogami nemusí vždy vyžadovat intenzivní terapii, ale že je vždy nezbytné důkladně posoudit jejich závažnost a možný vývoj. Za přínosné považuji také sociologické šetření, které jsem provedla. Výsledky tohoto šetření poukázaly na určité aspekty terapie, které by mohly být využitelné a přínosné pro praxi.

Každé téma, kterému jsem se v této práci věnovala, by mohlo být rozpracováno mnohem blíže a podrobněji. Z důvodu rozsahu této práce to však nebylo možné. Experimentálním užíváním drog bych se ráda zabývala i nadále a blíže se mu věnovala v magisterské práci.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

BALCAR, K. Psychoterapie u dětí a dospívajících. In ŘÍČAN, P. a KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4.přepř. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 493-550. ISBN 80-247-1049-8

BELL, A. a ROLLNICK, S. Motivační trénink v praxi: strukturovaný přístup. In ROTGERS, F., aj. *Léčba drogových závislostí*. Přel. M. Hajný a M. Sláčalová. Praha: Grada, 1999, s. 215-228. ISBN 80-7169-836-9

CSÉMY, L., aj. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 120 s. ISBN 80-86734-94-3

DEMBO, R.; SCHMEIDLER, J. a KOVAL, M. Demographic, value, and behavior correlates of marijuana use among middle-class youths. *Journal of health and social behavior*, 1976, roč. 17, č. 2, s. 176-186. ISSN 0022-1465

ELLIOTT, J. a PLACE, M. *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*. Přel. J. Kubátová a J. Štěpo. Praha: Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0

GJURIČOVÁ, Š. a KUBIČKA, J. *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003. 184 s. ISBN 80-247-0415-3

HAJNÝ, M. Drogová závislost a krize. In VODÁČKOVÁ, D., aj. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 426-447. ISBN 80-7178-696-9

HAJNÝ, M.; KLOUČEK, E. a STUHLÍK, R. *Akta Y. Drogový problém versus rodina*. Praha: Votobia, 1999. 128 s. ISBN 80-7220-022-4

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 120, 122, 327, 450, 488, 491, 699. ISBN 80-7178-303-X

KALINA, K., aj. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 15-24, 91-95, 169-173, 174-179, 200-204, 283-289. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K., aj. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 70-76, 232-237, 275-284. ISBN 80-86734-05-6

KANDEL, D. B. Drug and drinking behavior among youth. *Annual review of sociology*, 1980, roč. 6, č. 1, s. 235-285. ISSN 1545-2115

KOCOURKOVÁ, J. Psychoterapie dětí a adolescentů. In HORT, V., aj. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000, s. 458-475. ISBN 80-7178-472-9

LANGMEIER, J.; BALCAR, K. a ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1

LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9

MACEK, P. *Adolescence*. 2. upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 21, 207, 213. ISBN 80-7178-549-0

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

MÜLLEROVÁ, P.; MATOUŠEK, O. a VONDRÁŠKOVÁ, A. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J. a KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, s. 211-226. ISBN 80-7367-002-X

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. aktual. vyd. Praha: Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6

NEŠPOR, K. Problémy působené alkoholem, návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání. In ŘÍČAN, P. a KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 261-281. ISBN 80-247-1049-8

NEŠPOR, K. Terapie a prevence. In HORT, V., aj. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000, s. 294-306. ISBN 80-7178-472-9

NEŠPOR, K. a CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. přepr. vyd. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5

SMIK, J. Dospievanie a riziká dospievania. In LABÁTH, V., aj. *Riziková mládež*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, s. 14-22. ISBN 80-85850-66-4

SMIK, J. Prostriedky dosahovania pozitívnych zmien v práci s rizikovou mládežou. In LABÁTH, V., aj. *Riziková mládež*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, s. 71-94. ISBN 80-85850-66-4

ŠÁFÁŘOVÁ, M. Rizikové chování v adolescenci. In SMÉKAL, V. a MACEK, P. *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister a Principal, 2002, s. 191-208. ISBN 80-85947-83-8

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3



## **PŘÍLOHY**

## Příloha č. 1:

### DOTAZNÍK

Jmenuji se Kristina Kolářová, jsem studentkou 3. ročníku Pražské vysoké školy psychosociálních studií.

Tento dotazník je určený k zhodnocení terapie a její efektivity dle názoru klientů.

Dotazník je anonymní, všechny získané informace jsou důvěrné. Data získaná z dotazníků použiji ve své bakalářské práci.

Velice děkuji za Vaši ochotu a čas, který mi tímto věnujete.

Pohlaví:

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

*U následujících otázek zaškrtněte, prosím, číslo od jedné do pěti tak, aby co nejlépe vyjadřovalo Váš osobní názor na přínos jednotlivých typů léčby. Přičemž 1 vyjadřuje nejlépe a 5 nejhůře. Pokud jste se s některým typem léčby nesetkali, na příslušnou otázku neodpovídejte.*

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Jak hodnotíte terapii individuální? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Jak hodnotíte terapii rodinnou ?    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Jak hodnotíte terapii skupinovou?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

*U následujících otázek vyberte jednu z odpovědí, která podle Vás nejlépe odpovídá vašemu názoru.*

4. Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii na Vaší motivaci k ukončení užívání drog?

- a) velmi důležitá
- b) důležitá
- c) byla pro mě přínosná, ale nehodnotím ji jako příliš důležitou
- d) byla pro mě málo důležitá
- e) nebyla pro mě důležitá
- f) s tímto jsem se během terapie nesetkal/a

5. Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii na hledání nových možností trávení volného času?

- a) velmi důležitá
- b) důležitá
- c) byla pro mě přínosná, ale nehodnotím ji jako příliš důležitou
- d) byla pro mě málo důležitá
- e) nebyla pro mě důležitá
- f) s tímto jsem se během terapie nesetkal/a

6. Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii na hledání nových možností navazování a fungování ve vztazích (např. s rodiči, kamarády, partnerem apod.)?

- a) velmi důležitá
- b) důležitá
- c) byla pro mě přínosná, ale nehodnotím ji jako příliš důležitou
- d) byla pro mě málo důležitá
- e) nebyla pro mě důležitá
- f) s tímto jsem se během terapie nesetkal/a

7. Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii se sebou samým (např. nacházení nových možností, schopností a jejich rozvíjení)?

- a) velmi důležitá
- b) důležitá
- c) byla pro mě přínosná, ale nehodnotím ji jako příliš důležitou
- d) byla pro mě málo důležitá
- e) nebyla pro mě důležitá
- f) s tímto jsem se během terapie nesetkal/a

8. Jak byla pro Vás důležitá práce v terapii na vytváření si nových možností a způsobů fungování v životě bez drog?

- a) velmi důležitá
- b) důležitá
- c) byla pro mě přínosná, ale nehodnotím ji jako příliš důležitou
- d) byla pro mě málo důležitá
- e) nebyla pro mě důležitá
- f) s tímto jsem se během terapie nesetkal/a

9. Jak byla pro Vás důležitá podpora, které se Vám dostávalo od terapeuta?

- a) velmi důležitá
- b) důležitá
- c) byla pro mě přínosná, ale nehodnotím ji jako příliš důležitou
- d) byla pro mě málo důležitá
- e) nebyla pro mě důležitá
- f) s tímto jsem se během terapie nesetkal/a

*U následujících otázek odpovězte písemně.*

10. Co v terapii hodnotíte jako nejpřínosnější?

.....  
.....  
.....

11. Co v terapii hodnotíte jako nejméně přínosné?

.....  
.....  
.....

12. Jak se Vám vyplňoval tento dotazník?

.....  
.....  
.....

Velmi děkuji za Vaši spolupráci!

*Resumé písemné práce k bakalářské zkoušce s názvem:*

## **SOCIÁLNÍ PRÁCE S EXPERIMENTÁLNÍMI UŽIVATELI DROG**

Sociální práce s dospívajícími experimentálně užívajícími nealkoholové drogy

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

*Kristina Kolářová*

*Vedoucí práce: Mgr. Jakub Zlámaný*

*2007*

**Klíčová slova:** Experimentální uživatel drog, drogy – konopné drogy, halucinogeny, extáze, období adolescence, sociální práce, psychoterapie

Experimentálně jsou drogy užívány občasně a nepravidelně a jejich užívání může, ale také nemusí mít následky na jedince, který takto drogy užívá. V posledních letech stoupá procento dospívajících, kteří se dostali do kontaktu s drogami. Experimentální užívání drog v období dospívání s sebou přináší mnoho rizik, která mohou ohrozit zdravý vývoj mladého člověka. V této písemné práci jsem se pokoušela nalézt odpověď na otázku, jaké způsoby práce by mohly být využitelné a přínosné v sociální práci s dospívajícími, kteří experimentálně užívají drogy. Také jsem se zabývala otázkou, jaký vliv mohou mít změny probíhající v dospívání na rozvoj experimentálního užívání drog.

V této práci jsem se pokoušela nalézt konkrétní služby, zařízení, dále pak postupy a způsoby práce využitelné pro experimentální uživatele drog. V teoretické části jsem vycházela z odborné literatury a v praktické části jsem se zabývala svou praxí s touto cílovou skupinou a popsala jsem sociologické šetření, které jsem provedla. Za účelem provedení tohoto šetření jsem sestavila dotazníky, jejichž cílem bylo zhodnocení terapie samotnými experimentátory.

Výsledky šetření ukázaly, že experimentátoři hodnotí terapii jako přínosnou a většinu prvků, se kterými se během ní setkávali, hodnotí jako důležité. V teoretické části jsem uvedla určité postupy, které by mohly být využitelné a přínosné při práci s experimentálními uživateli drog. Jedná se např. o primární prevenci, časnou a krátkou intervenci, motivační rozhovory atd. Z této práce také vyplynulo, že se zvyšuje procento dospívajících, kteří užívají drogy. Užívání drog většinou předchází experimenty s nimi. Považuji tedy za velmi důležité věnovat této problematice dostatek pozornosti a zaměřit se na vytváření programů primární prevence, které by těmto experimentům předcházely, a zároveň se zabývat vytvářením programů, které by se zaměřovaly na práci s dospívajícími, kteří s drogami již experimentují.

**Dr.J.Toman – posouzení bakalářské práce  
„Sociální práce s experimentálními uživateli drog“**

**Autor: Kristýna Kolářová**

---

Autorka zpracovala velmi populární téma, v jejím případě podložené vlastní empirickou zkušeností.

I když vymezení pojmu „experimentální uživatel“ je poněkud problematické, je zjevné, a to v celé práci, že tak autorka označuje ty,jež experimentují s drogou. A právě zde je nutno ocenit, že autorka vystihla velmi citlivý problém současné „drogové scény“. Čím více je „droga“ součástí společenského života, tím více bude součástí experimentu v kontextu maturace dospívajících, a to bez souvislosti s etiologickými faktory, které provázejí at' už v rovině osobnostní či enviromentální cestu k drogové závislosti.

Z práce je patrný přehled autorky o dostupných pramenech, uvádí bohatou bibliografii.

Cenná je zkušenost z praxe, doložená individuálními případy.

---

**Dílčí připomínky:**

- definice pojmů, které jsou pro práci zásadní (závislost), je nezbytné formulovat jednoznačně, zde doporučuji užít mezinárodního standardu (MKN-10), a to v původní verzi, nepřejaté (str. 12). Výčet dalších „definic“ je pak nutno opatřit komentářem a ozřejmit, zda a ze které další práce vychází. Může jít o problematické a sporné formulace (např. Matoušek – str. 11)
- problematickou částí je dodržování hranice mezi citací a parafrází, v závěru práce postrádám seznam použité literatury, uvedena je pouze citovaná

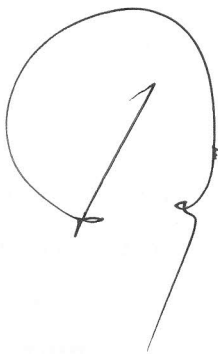
- autorka vymezila jako sledovanou skupinu „dospívající“ a nediskutuje o fyzickém věku, z textu tedy vyplývá, že jde o skupinu od 15ti let, což je z pohledu daného tématu nedostatečné. Jinou otázkou je, že nepřipouští možnost experimentu s drogou u dospělého. (Ilustrativní případová studie – věk 12 let)
  - v kapitole „ilustrativní případové studie“ je nutno připomenout, že případová studie je standardizovaný útvar, který má svá metodologická pravidla a náležitosti
  - dotazník – příloha č. 1 – poněkud problematické je postavení dotazu 1 až 3. Problematická bude zřejmě validita výsledku, neboť ne všichni explorovaní hodnotí ve všech třech bodech, a dále, terapie s rodiči je vždy vysoko hodnocena, neboť rozloží fenomén „viny“ i na obviňující.
- 

Autorka prokázala schopnost samostatné odborné práce, orientace v odborné literatuře i v empirickém šetření.

Doporučuji ji k obhajobě.

Doporučuji klasifikovat

V Praze dne 17. září 2007

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, circular loop with a long, thin tail extending downwards and to the right.

## POSUDEK VEDOUCÍHO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

V Praze dne 18.9.07

**Název:** „Sociální práce s experimentálními uživateli drog“

**Autor:** Kristýna Kolářová

**Posouzení tématu:** Téma sociální práce s dospívajícími experimentálně užívajícími nealkoholové drogy je v současné době „horkým“ tématem. Navzdory výše finančních prostředků, které ČR věnuje na prevenci drogových závislostí je ČR mezi prvními zeměmi EU v počtu uživatelů tzv. „lehkých drog“ (zejména marihuany a extáze) u mladistvých. Vedle spotřeby piva tak získáváme další evropský nelichotivý primát. Téma je pro autorku očividně velmi blízké vzhledem ke studovanému oboru i zaměření své praxe. Z hlediska oboru sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii je to téma plně vystihující zaměření studovaného oboru.

### **Základní informace o práci:**

Předkládaná práce svým rozsahem ( 80 str. a 4 str. přílohy) přesahuje požadavky na závěrečnou práci bakalářského studia. Autorka rozčlenila práci do dvou celků – na část teoretickou a praktickou. Celkově má práce 7 kapitol.

V první, teoretické části se věnuje vymezení pojmů, etiopatogenezi užívání drog, modelům sociální práce s experimentátory, socioterapeutickým postupům v prevenci drogových závislostí u dětí a mládeže. **Za hlavní přínose této části práce považují podrobné rozpracování a návrh metod použitelných při práci s touto skupinou mládeže, která žádá speciální, nekonvenční přístup.** Autorka zmiňuje i méně obvyklé metody práce jako např. zážitkovou pedagogiku a zaměření na spiritualitu.

V druhé, praktické části, autorka popisuje své zkušenosti z praxe ve Středisku výchovné péče Klíčov, kde rovněž uskutečnila sociologické šetření. Sociologické šetření kombinuje kvalitativní i kvantitativní přístup. Kvalitativní část sestává ze dvou ilustrativních případových studií, které jsou jakýmsi „živým“ předstupněm pro dotazníkové šetření. V rámci těchto ilustrativních případových studií se autorka snaží o konkrétní popis dvou případů „typických“ klientů SVP Klíčov. Kasuistiky jsou vypracovány biograficky, přehledně s ohledem na rodinnou, sociální a osobní anamnézu.

**V rámci dotazníkového šetření musíme ocenit, že autorka provedla přípravné fáze šetření (pilotáž dotazníku vlastní konstrukce) formulovala hypotézy a důkladně se seznámila s prostředím zkoumání.**

Členění kapitol v teoretické i praktické části je přehledné, kapitoly na sebe navazují a jsou logicky uspořádané. Autorka se v teoretické části spíše zdržuje vlastních názorů a přednost dává citovaným autorům. Citace jsou prováděny dle normy a řádně uváděny v textu. Práci by neškodil větší počet cizojazyčných zdrojů literatury. Celkově čerpá z 28 zdrojů (2 cizojazyčné), což je pro bakalářskou práci nadprůměrný rozsah odborné literatury. Autorka je stylisticky zdatná. V praktické části kolegyně prokazuje, na jedné straně nadání pro kvalitativní pohled na studovanou problematiku, na druhé straně je na škodu, že ze sebraného materiálu v rámci ilustrativních případových studií vytěžila závěry velmi skromné a spíše více úsilí věnovala kvantitativnímu přístupu, který vzhledem k malému vzorku respondentů (20) nemohl dodat tak validní data. Praktická část by tím více získala na vyváženosti, ale to již zdaleka přesahuje obsahové i formální nároky na bakalářskou práci.

**Závěr:** Domnívám se, že autorka se zabývala tématem, který je velmi blízký studovanému oboru. Prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o dané problematice. V praktické části prokázala schopnost kvalitativního i kvantitativního přístupu prostřednictvím dvou ilustrativních případových studií „typických“ experimentátorů a dotazníkového šetření. Ocenit musíme, že v rámci



dotazníkového šetření autorka provedla přípravné fáze šetření (pilotáž dotazníku vlastní konstrukce) formulovala hypotézy, důkladně se seznámila s prostředím zkoumání a systematicky zpřehlednila výsledky výzkumu. Toto téma bych považoval za vhodné ještě rozvinout v diplomové práci v magisterském stupni studia.

**Klasifikace:** Navrhuji práci připustit k obhajobě      Zpracoval: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

