

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci

Petr Mach

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková

Praha 2016

Prague College of Psychosocial Studies



Motivation of adolescent drug users for abstinence

Petr Mach

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Johana Růžičková

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci s názvem Motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci vypracoval samostatně s použitím úplného výčtu citací informačních pramenů uvedených v seznamu, který je součástí této práce.

V Praze, dne: 29. 4. 2016

Petr Mach

Poděkování

Děkuji vedoucí práce, Mgr. Johaně Růžičkové, za vedení této práce, za poskytnutí cenných rad a za veškerou ochotu.

Děkuji.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje problematice motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci. V práci je teoreticky popsána problematika užívání drog, jsou v ní uvedena specifika užívání drog dospívajícími a zaměřuje se na fenomén motivace k abstinenci. V empirické části jsou prezentovány výstupy kvalitativního průzkumného šetření, které bylo zaměřeno na motivaci mladistvých uživatelů drog k abstinenci. Pro kvalitativní výzkum byla zvolena metoda tematické analýzy dotazníkového šetření.

Klíčová slova

Drogy, drogová závislost, léčba, adolescence, motivace, abstinence

Abstract

The bachelor thesis is focused on the theme of motivation of adolescent drug users for abstinence. The theme of drug addiction is described in this thesis. Specifics of drug abuse among adolescents and theme of motivation are described in the thesis as well. Empirical part is focused on the results of the qualitative research, that was focused on the motivation of adolescent drug users for abstinence. Qualitative research was made by thematic analysis of questionnaires.

Key words

Drugs, drug addiction, therapy, adolescence, motivation, abstinence

OBSAH

Úvod	8
1 DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	9
1.1 Drogy	9
1.2 Užívání drog a drogová závislost	12
1.3 Léčba drogové závislosti	14
2 SPECIFIKA UŽÍVÁNÍ DROG DĚTMI A MLADISTVÝMI	18
2.1 Užívání drog adolescenty	18
2.2 Specifika léčebné intervence u dětí a mladistvých užívajících drogy	21
2.3 Prevence užívání drog	25
3 MOTIVACE UŽIVATELŮ DROG K ABSTINENCI	28
3.1 Motivace, vymezení pojmů souvisejících s motivací	28
3.2 Motivace k užívání návykových látek	30
3.3 Motivační rozhovory	32
3.4 Motivace uživatelů návykových látek k abstinenci	34
4 EMPIRICKÁ ČÁST	38
4.1 Metodologie výzkumu	38
4.2 Výzkumné okruhy	39
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku	40
4.4 Analýza dat	42
4.5 Výstupy výzkumného šetření	42

4.6 Shrnutí výpovědí respondentů	57
4.7 Závěr	59
5 DISKUZE	61
Závěr	64
Použité informační zdroje	65

Úvod

Užívání drog dětmi a mladistvými a jejich drogová závislost je závažné téma, kterému je potřeba věnovat velkou pozornost. Užívání drog dětmi a adolescenty je vysoce rizikové a včasná intervence u mladistvých uživatelů drog by mohla předejít dlouhodobým negativním konsekvencím v jejich životě.

Při léčbě a prevenci drogového užívání mladistvými je třeba důkladně porozumět specifické povaze této problematiky. Odborná intervence by měla splňovat určitá kritéria a měla by reflektovat poznatky, které se tomuto tématu věnují. Je důležité pochopit, co vede mladistvé uživatele drog k jejich užívání, a co by pro ně mohlo být popudem ke změně chování.

S problematikou procesu změny velmi úzce souvisí psychologický pojem motivace. Rovněž tomuto fenoménu je třeba důkladně porozumět. Motivaci lidského chování lze teoreticky popsat a zároveň se její povaha odráží v praktických postupech, které se věnují jejímu budování a posilování.

Ve své bakalářské práci se zaměřím na tato dvě zmíněná témata. Ve třech teoretických kapitolách popíši základní poznatky, které se týkají užívání drog, specifík užívání drog dětmi a mladistvými, fenoménu motivace a motivace k abstinenci. Celá teoretická část bude směřovat k propojení problematiky užívání drog dětmi a mladistvými s motivací ke změně chování, konkrétně k abstinenci.

V empirické části své bakalářské práce popíši výstupy z tematické analýzy dat, které jsem získal od mladistvých uživatelů drog v dotazníkovém kvalitativním šetření. Výzkumná část se zaměří na problematiku motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci.

O tématu motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci jsem se rozhodl psát na základě své praktické zkušenosti s detoxikačním oddělením pro děti a dospívající. V průběhu terapeutických intervencí, kterých jsem se účastnil, jsem si uvědomil, že je významné této problematice hlouběji porozumět.

1 DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Ve své bakalářské práci se chci věnovat tématu, které spadá do problematiky užívání drog a do problematiky drogových závislostí. Považuji proto za nezbytné v úvodu charakterizovat základní pojmy, které se této oblasti týkají.

1.1 Drogy

Prvním pojmem, který bych rád vymezil je označení psychoaktivní látka. „*Za psychoaktivní látku se považuje každá látka, která ovlivňuje psychickou činnost*“ (FISCHER a ŠKODA, 2009, s. 88).

Z této definice je zjevné, že užívání psychoaktivní látky ještě není nutným předpokladem pro rozvoj závislosti, neboť ze své definice ji taková látka vyvolávat nemusí. Fischer dále uvádí, že: „*návyková látka je každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost*“ (FISCHER a ŠKODA, 2009, s. 88).

Jestliže tato definice popisuje návykovou látku jako každou chemickou látku, která vyvolává závislost, jedná se pochopitelně i o látky běžně dostupné a tolerované. Fischer tedy dle mého názoru vhodně nabízí tvrzení, že: „*Nelegálně šířená a zneužívaná psychoaktivní látka vyvolávající závislost se často označuje jako droga*“ (FISCHER a ŠKODA, 2009, s. 88).

Rád bych z takto definovaného termínu droga ve své bakalářské práci vycházel, protože dle mého názoru vhodně poukazuje na základní znaky látek, na jejichž zneužívání bych se rád konkrétněji zaměřil. Zejména je dle mého soudu dobré vymezit jedním pojmem látku, která je ilegální návykovou psychoaktivní látkou.

Kalina uvádí toto rozdělení psychoaktivních látek dle účinku na psychiku:

„1. *Tlumivé látky (narkotika) zpomalují psychické tempo. Malé dávky zklidní, vyšší navodí spánek, kóma až zástavu životních funkcí.*

2. *Psychomotorická stimulancia zbaví člověka únavy, urychlí myšlenkové tempo, aktivují motoriku.*

3. *Halucinogeny vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii*“ (KALINA a kol., 2015, s. 50).

Výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR 2014 ilustruje, jaké psychoaktivní látky jsou mezi uživateli drog v ČR nejrozšířenější. Výzkum uvádí, že ve věkové skupině 15-64 let užilo někdy v životě nelegální psychoaktivní látku 31,1% dotázaných. Nejčastěji užitou drogou byly konopné látky (28,7%), následně pak extáze, halucinogenní houby a pervitin. U konopných látek dále studie poukazuje na prevalenci užití v posledních třiceti dnech, která je výrazně vyšší u skupiny ve věku 15-34 let (8,5%). Ve výsledcích se také ukázal nárůst užívání konopných drog ve věku 15-19 let. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2014 dále uvádí, že míra zkušenosti s konopnými drogami u žáků ZŠ ve věku 14-15 let je 26 – 33%, u studentů SŠ ve věku 16 let je pak 42 – 47% (MRAVČÍK, 2015, s. 44-46).

Dle mé zkušenosti z dětského a dorostového detoxikačního centra je u mladistvých závislých rozšířeno zejména užívání stimulačních návykových látek a užívání konopných drog. Tento fakt také dokazuje statistika, kterou uvedu v kapitole, která se bude věnovat popisu výzkumného vzorku. Zaměřím se tedy v této podkapitole konkrétněji na popis těchto kategorií psychoaktivních látek.

Psychostimulancia jsou drogy, které mají excitační vliv na nervovou soustavu. Obecně tyto látky způsobují zvýšený přenos signálů v mozku a urychlují psychomotorické tempo. Podporují pocit energie a vyvolávají pocity štěstí. Mohou však také působit úzkostně a vyvolávat agresivní chování. Po odeznění účinné látky často nastává stav zvaný dojezd, charakteristický únavou a vyčerpáním. Dlouhodobé užívání způsobuje somatické komplikace, jako jsou kardiovaskulární příhody či chorobné úbytky na váze. Hrozí nebezpečí rozvoje toxické psychózy (KALINA a kol., 2003, s. 164- 165).

Z uvedené parafráze je zjevné, že psychostimulancia jsou drogy, které mohou být často zneužívány v prostředí dlouhých večírků, za účelem udržení aktivity. Proto je považují za velmi nebezpečná pro mladistvé, kteří po nich mohou cítit větší výdrž během zábavy, ale často pravděpodobně nechápu konsekvence, které byt' jednorázovým užitím těchto návykových látek hrozí.

Další vysoce pravděpodobný důsledek užívání psychomotorických stimulancií lze dle mého názoru velmi výstižně popsat takto:

„Dlouhodobým účinkem užívání stimulancií je vznik závislosti. Látky této skupiny nevyvolávají somatickou závislost, „jen“ závislost psychickou, která se vyznačuje především carvingem (dychtěním po látce, resp. jejím účinku). Je důležité si uvědomit, že psychická

závislost je v zásadě vážnějším následkem než závislost fyzická, protože zatímco fyzické závislosti je možné se zbavit relativně krátkodobým pobytem na detoxifikační jednotce, psychická závislost je důvodem relativně dlouhé léčby a handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky, a to i z terapeutických důvodů“ (KALINA a kol., 2003, s. 164).

Konopné drogy jsou psychoaktivní látky, které mohou vyvolat psychickou závislost, pravděpodobnost je zhruba 8 – 10% u dlouhodobých uživatelů. Ačkoli může marihuana působit jako vstupní droga k jiným psychoaktivním látkám, je toto riziko zkreslováno. Při častém užívání však mohou vznikat poruchy zejména krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. Taktéž vzniká za určitých podmínek riziko paranoidních stavů. U predisponovaných osob hrozí rovněž nebezpečí rozvoje depresí, stavů úzkosti, ve výjimečnějších případech až stavů psychotických. Užívání konopných drog je z tohoto důvodu velmi nebezpečné, protože nelze odhadnout, u koho mohou závažné psychické stavy nastat (KALINA a kol., 2003, s. 174 - 175).

Studie otištěna v časopise Lancet poukazuje na míru rizika jednotlivých drog. Článek nazvaný Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis dokládá výstup z výzkumu jednotlivých psychoaktivních látek, kterým je dle různých kritérií přisouzena míra škodlivosti. Psychomotorická stimulancia jsou dle výstupu vysoce škodlivé návykové látky a to zejména pro uživatele samotného, nikoli pro jeho okolí. Kanabis se pak pohybuje zhruba uprostřed rozložení škodlivosti (NUTT, 2010).

Popsal jsem dva druhy psychoaktivních látek a uvedl studii o jejich škodlivosti z toho důvodu, že míra rizika spojená s užíváním těchto látek mně připadá podceňovaná. Dle mé zkušenosti se zejména dopady užívání THC ve veřejnosti bagatelizují, o čemž by mohl svědčit i uvedený výzkum prevalence užívání marihuany, konkrétněji se popisu škodlivosti konopných látek budu věnovat v kapitole, která se již specificky zaměří na užívání drog dětmi a mladistvými.

1.2 Užívání drog a drogová závislost

V další kapitole se budu věnovat vymezení pojmů, které se týkají užívání drog a drogové závislosti. Popíši jednotlivé znaky závislosti a popíši psychologická rizika, která jsou spojena s aktivním užíváním drog.

Prvním pojmem, který vymežím, je akutní intoxikace. Jedná se o přechodný stav, který je spojený s užitím psychoaktivní látky a jejími účinky na psychiku i tělesné funkce. V jejím průběhu se můžou objevit komplikace jako křeče nebo kóma. Diagnostika tohoto stavu probíhá zejména na základě toxikologického vyšetření, které určí přítomnost a hladinu drogy v krvi nebo moči. Některé intoxikace mohou vyžadovat akutní lékařskou intenzivní péči (OREL, 2012, s. 107).

Dalším pojmem, který se váže k užívání drog, je škodlivé užívání. Je to opakující se intenzivní užívání návykové látky, které vede k somatickému nebo psychickému poškození. V důsledku užívání může docházet k poškození tělesných orgánů a k např. depresivním projevům (OREL, 2012, s. 108).

Nakonec vymežím pojem syndrom závislosti: „*Syndrom závislosti je charakteristický silnou až palčivou touhou nebo puzením brát opakovaně danou látku, problematickou kontrolou a problematickým až nemožným zastavením jejího užívání, nárůstem tolerance (s požadavkem zvyšujících se dávek). Jasným průkazem závislosti je odvykací stav, který se objevuje, pokud látka není dodána. Závislý jedinec zanedbává postupně dřívější zájmy i vztahy a pokračuje v užívání psychoaktivní látky přes jasné a zjevné projevy negativních důsledků*“ (OREL, 2012, s. 108).

Křivohlavý ještě rozděluje závislost na substanční a procesuální. Substanční, která bývá označována také jako ingestivní, je závislost na různých látkách, které ovlivňují psychické chování a prožívání. Patří sem tedy káva, drogy, nikotin, apod. Procesuální závislost se týká určité činnosti. Patří sem hazardní hraní, ale i workoholismus, hazardní chování apod., (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 204).

Abych přehledně vymežil základní znaky závislosti, uvedu jejich výčet, který uvádí Nešpor:

„1. znak: *Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (carving, bažení)*

2. znak: *Zhoršené sebeovládání*

3. znak: *Somatický (tělesný) odvykací stav*

4. znak: *Růst tolerance*

5. znak: *Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů*

6. znak: *Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků“* (NEŠPOR, 2011, s. 12 – 21).

Bažení neboli craving je stav, který je spojen s chutí znovu prožívat dopad psychoaktivní látky. Bažení lze rozdělit na somatické a psychické. Somatické je přímo spojeno s odezníváním účinku drogy, zatímco psychické je dlouhodobější. V průběhu psychického bažení lze pozorovat určité projevy jako je např. aktivace určitých částí mozku, zvýšení tepu, oslabení paměti, které jsou obdobné jako při stresu. Většinou je bažení spojeno se zvýšeným rizikem opětovného užití drogy, k čemuž může vést i samotný stav bažení, který je doprovázen sníženou schopností se rozhodovat (NEŠPOR, 2011, s. 12-13).

Pro odvykací stav je charakteristický vznik tělesných a duševních symptomů, které jsou následkem výrazného snížení nebo vysazení psychoaktivní látky. Může se projevovat i silnými spasmy těla. Zvláštním stavem je odvykací stav s deliriem. Delirium je kvalitativní porucha vědomí, při které dochází k neklidu a třesu, zmatení a poruchám vnímání reality (PAVLOVSKÝ, 2012, s. 58).

Během akutní intoxikace návykovou látkou nebo krátce po ní může dojít až k psychotické poruše s obdobnými příznaky jako např. u schizofrenie nebo afektivní poruchy. Další závažnou poruchou může být reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem. Mezi tyto stavy můžeme řadit přetrvávající psychické poruchy nebo tzv. flashbaky. Ty jsou charakteristické prožíváním stavu intoxikace v době, kdy účinek psychoaktivní látka již zjevně odezněl (PAVLOVSKÝ, 2012, s. 58 - 59).

Kapitolu o drogové závislosti bych rád zakončil citací z Křivohlavého, která ji vymezuje velmi pregnantně: *„Závislost znamená být něčím tak posedlý, že to člověka zotročí, zbaví ho vnitřní svobody a nakonec třeba i osobní bezúhonnosti. Bez zápasu o překonání této závislosti čeká takového člověka zkáza. Závislost také znamená „být lapen“, chycen, zajat a pak pomalu i zničen“* (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 203/204)

1. 3 Léčba drogové závislosti

Nevšimal vymezuje tři hlavní přístupy k drogově závislým. Postupně se vyvíjel přístup zaměřený na předepisování substitučních látek, dále se rozvíjel systém léčby zaměřený na abstinenci závislého, který obsahuje prvky detoxifikace, dlouhodobé léčby, farmakoterapie a psychoterapie. Poslední přístup se obvykle označuje jako harm reduction a je zaměřený na snížení rizik, které jsou spojeny s rizikovým chováním, není však primárně zaměřen na léčbu a abstinenci (NEVŠÍMAL, ed., 2007, s. 13 – 14).

Nejprve se zaměřím na samostatný popis farmakologických prostředků léčby závislosti. Tento druh léčby využívá řadu různě působících chemických látek. Jsou to protijedy, které se nejčastěji používají při otravě návykovou látkou. Léky užívané na léčbu odvykacích stavů, které jsou často chemicky obdobného složení, jako užívaná látka. Při akutní intervenci toxické psychózy se využívají různé druhy antipsychotik. Farmakoterapie se využívá při léčbě duálních diagnóz, kdy pacient trpí i jinou psychickou poruchou, v tomto případě je medikace zaměřena na léčbu např. deprese apod. Závislý, který se léčí v odvykacím programu, může dostat i léky proti somatickým obtížím. Lékař by měl však zvážit možnosti terapie a chemické složení podávaného medikamentu, například u léků proti bolesti. Dále používanými léky jsou medikamenty, které zhoršují snášenlivost užívané drogy. Typickým příkladem v léčbě alkoholismu je takzvaný antabus, který má primárně pomoci závislému vyhnout se návykové látce (nikoli vytvořit tvrdou averzní zkušenost). Důležitou součástí farmakoterapie je substituční léčba, která se snaží nahradit užívanou drogu jinou látkou stejné skupiny. Významnou součástí této substituce je spolupráce uživatele drogy, který by měl být schopen do značné míry omezit užívání drog během užívání substituční látky. Další skupinou farmak jsou anticravingové léky, které snižují bažení po užívané látce (NEŠPOR, 2011, s. 97 – 100).

V uvedené odstavci popisují nejen léčbu, která se zaměřuje na preskripci substitučních látek, ale i na léky, které se zaměřují na léčbu závislosti. Je tedy zjevné, že farmakoterapie může být součástí léčebného procesu. Než popíši další možnosti psychoterapie v léčbě drogové závislosti, kombinaci psychoterapie a farmakoterapie a přehled možností terapie v systému služeb, rád bych krátce vymezil termín harm reduction.

„Termínem Harm reduction se označují koncepce, programy a činnosti směřující k minimalizaci škod souvisejících s užíváním psychoaktivním látek u osob, které nejsou schopny nebo ochotny s tímto užíváním přestat. Určujícím rysem je spíše důraz na prevenci

rizik či škod a zaměření na osoby, které v užívání drog pokračují, než na prevenci užívání drog jako takového“ (IHRA, 2010).

V další části textu se budu věnovat roli psychoterapie v léčbě drogové závislosti. Lze ji uplatnit v každém typu péče o závislé, od streetworku po následnou péči. Při užití psychoterapeutických prostředků je třeba brát v úvahu cíle jednotlivých forem léčby a s tím spojenou fázi léčby, ve které se pacient nachází. Nevhodně načasovaná psychoterapeutická intervence může mít za následek i ukončení léčby pacientem. Psychoterapii lze v nejširším pojetí užít v každém kontaktu s drogově závislým, například při terénní práci. Systematická skupinová a individuální terapie by však již měla být prováděna odborným psychoterapeutem. Terapeut si v procesu léčby vytváří s pacientem důvěrný vztah, musí však být schopen také spolupracovat s týmem. Jeho schopnost vnímat situaci pacienta v kontextu jeho léčby je zásadní pro diagnostiku a rozvoj strategie léčby. Během diagnostiky je důležité věnovat zvýšenou pozornost vztahovým tématům a otázkám rozvoje užívání drog. Cílem je vytvořit si představu o smyslu drog v životě pacienta. Zásadní je také takzvaná diferenciální diagnostika, neboť u závislých existuje velké riziko duální diagnózy. Významné je posoudit, zdali pacient opravdu chce nastoupit do léčby a zdali je v jeho možnostech ji absolvovat (KALINA a kol., 2003, s. 26 - 27).

Rotgers poukazuje na to, že přestože mají psychoterapeutické školy, které se zaměřují na léčbu závislosti, různá teoretická východiska, zabývají se v podstatě řešením stejných úkolů a otázek. Dále pak uvádí některé základní úkoly, které se v psychoterapii závislých pacientů objevují. Jsou to: Příprava rozhodnutí skončit se závislostí, nácvik dovedností zvládnání různých situací, změna situací, které poskytují posílení odměnou, podpora zvládnání nepříjemných afektů a zlepšování mezilidských vztahů a posilování sociální podpory (ROTGERS a kol., 1999, s. 229 - 233).

Rotgers dále popisuje výhody, které nabízí kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Obecně tvrdí, že kombinace těchto dvou forem léčby vykazuje lepší výsledky. Důvodem je postižení většího okruhu symptomů, možnost výběru nejefektivnější léčby pro závislého a fakt, že jednotlivé způsoby léčby mohou doplňovat nedostatky jiné (ROTGERS a kol., 1999, s. 235 – 236).

Pro přehlednost uvedu možnosti léčby a síť služeb pro drogově závislé a následně se budu věnovat konkrétnímu popisu jedné vybrané formy léčby. V monografii *Drogy a drogové závislosti* je uváděn následující přehled systému péče o drogově závislé v ČR:

- Terénní programy
- Nízkoprahová kontaktní centra
- Lékařská ambulantní péče o závislé
- Denní stacionáře
- Detoxifikační jednotky
- Střednědobá ústavní léčba
- Rezidenční léčba v terapeutických komunitách
- Následná péče, doléčovací programy
- Chráněné bydlení a chráněná práce
- Programy metadonové a jiné substituce (KALINA a kol., 2003, s. 159 – 227)

Z uvedeného výčtu bych se rád věnoval podrobnějšímu popisu detoxifikačních jednotek. Ve výzkumné části své bakalářské práce se chci věnovat analýze dotazníků od dospívajících uživatelů drog, kteří jsou hospitalizováni na detoxifikační jednotce. Z tohoto důvodu považuji popis této formy intervence za důležitý.

Detoxifikační jednotky slouží k překonání odvykacích stavů a intoxikací drogou. Pacient může být hospitalizován mimo jiné proto, že je ohrožen on či jeho okolí. Časté mohou být také důvody sociální, kdy pacient v podstatě nejeví další zájem o terapii, ale z důvodu nějakého tlaku nastoupit musí. I takto malá motivace však může být přínosná do budoucna. Podstatným prvkem detoxifikace je pevný program, který má za cíl pacienta motivovat a zajistit kontinuitu péče. Péče se zaměřuje jak na farmakoterapii, tak na psychoterapii. Důležitý je význam sociální práce, která pomáhá pacientovi ve vyhledávání následné léčby, zprostředkovává kontakt s rodinou a jednání s úřady. Pacienti by měli být předáni do návazné péče. Možnost je odkázat závislého na kontaktní centra (zejména dojde-li k předčasnému ukončení detoxikace, je třeba zacílit pacienta alespoň do péče orientující se na harm

reduction), ideálně by však měl být pacient předán do intenzivní ambulantní péče, ústavní léčby nebo terapeutické komunity (KALINA a kol., 2003, s. 190 – 193).

V této podkapitole jsem velmi stručně popsal možnosti léčby drogové závislosti. Záměrně jsem se důkladněji věnoval pouze popisu detoxifikačních jednotek, v další kapitole se budu věnovat specifikám užívání drog dětmi a dospívajícími.

2 SPECIFIKA UŽÍVÁNÍ DROG DĚTMI A MLADISTVÝMI

V další kapitole své bakalářské práce popíši zvláštnosti, které se týkají užívání drog dětmi a mladistvými. Obecně vymezím různé specifické aspekty, které je potřeba mít na zřeteli při práci s mladistvými uživateli drog. Uvedu výzkumy, které se týkají užívání drog adolescenty v české populaci a zaměřím se na popis terapie a prevence zneužívání psychoaktivních látek touto cílovou skupinou.

2.1 Užívání drog adolescenty

Adolescence je období, které lze zhruba vymezit jako věk mezi 12/13 – 19 roky. Jeho začátek je spojen s nástupem puberty a postupně v něm dochází u jedince mimo jiné k intenzivnímu rozvoji emocí, kognitivních funkcí a sociálních dovedností. Velmi významnou součástí dospívání začínají být vztahy ve vrstevnickém kolektivu. Dochází k formování osobní identity, hledání životního stylu, vytváření postojů a hodnot, což bývá spojeno s experimentováním a také identifikací se skupinovou identitou, např. v rámci subkultury. Vysoká emotivita a nižší regulace jsou rizikové pro rozvoj patologických jevů v adolescenci. Zneužívání drog a alkoholu může následně vést k poruchám běžného vývoje (THOROVÁ, 2015, s. 414 – 433).

Za velmi významná považuji dvě fakta, kterým bych se rád důkladněji věnoval. Prvním je význam sociálního prostředí pro vytváření adolescentních postojů. Druhým je zvýšená vulnerabilita k zneužívání psychoaktivních látek a k rizikovému chování obecně a s tím spojené konsekvence zdravotní, psychologické a sociální. Nejprve však ještě uvedu statistiky, které se týkají užívání drog ve školní populaci v ČR, které byly publikovány v rámci studie ESPAD.

Zkušenost s jednorázovým užitím drogy uvedlo 43,7% šestnáctiletých studentů, kteří se studie účastnili (výběrový soubor byl 3913 respondentů vybraný v odpovídajícím poměru ze základních a středních škol). Nejčastěji zneužívanými drogami byly konopné látky (42.3%), poté halucinogeny, LSD a extáze. 18 procent dotázaných uvedlo opakované užívání návykových látek. Zhruba 8% dotázaných studentů uvedlo první zkušenost s ilegální drogou do 13 let. Studie na základě těchto výsledků udává odhad celkového počtu dospívajících, kteří mají zkušenost s užitím ilegální drogy. Jednorázovou zkušenost má zhruba 234 tisíc adolescentů ve věku 15-19 let, častější užívání ilegálních návykových látek pak studie

odhaduje u 101 tisíc dospívajících. Tento stav zjišťovaný k roku 2011 vykazuje pozitivní pokles užívání drog v cílové populaci (CHOMYNOVÁ, 2014).

Z výsledků studie je zjevné, že užívání drog v dopívající populaci je značně rozšířené. V další části textu popíší nebezpečné konsekvence, které mohou plynout z užívání drog adolescenty. Důležité je podotknout, že tato rizika nemusí být spojena pouze s aktivním dlouhodobým užíváním, ale mohou se objevit již při experimentech s psychoaktivními látkami.

„Nevyzrálost metabolických procesů a nízká tolerance zpomaluje eliminaci návykových látek, takže hrozí těžší tělesná poškození a nebezpečnější otravy. Závislost se v dětském a dorostovém věku rozvíjí rychleji a vzhledem k nedostatku zkušeností a sociálních dovedností jsou zde závažnější rizika. Během dospívání dochází nejen k tělesným a hormonálním změnám, ale také k vytváření nových neuronových sítí v mozku. I jen mírné poškození poznávacích funkcí alkoholem vede k horšímu studijním a později i pracovním výsledkům“ (NEŠPOR, 2006, s. 261).

U adolescentů, kteří užívají návykové látky, může být těžké diagnostikovat syndrom závislosti. Nemusí naplňovat plný obraz závislosti, tak jak je znám u dospělých uživatelů. Přesto však jsou u nich dopady užívání drog velmi značné. Psychika adolescentů je zranitelná vůči účinku drog, které mohou měnit utvářející se rysy osobnosti. U mladistvých s genetickou zátěží, může dojít k rozvoji psychóz, které mohou být i trvalé. I přechodná ataka však může výrazně narušit vývoj jedince. I v tomto věku hrozí riziko nakažení infekčními chorobami. Prostředí drogové scény je sociálně patologické a mladý uživatel si vytváří patologickou představu o světě a fungování v něm. Mladistvý uživatel může začít páchat trestnou činnost a ocitnout se výchovném ústavě. I ostatní sociální dovednosti se vyvíjejí patologicky, běžné je pro mladistvé uživatele lhaní, manipulace, rizikové chování a využívání ostatních (NEVŠÍMAL, ed., 2007, s. 249).

Ze studie ESPAD, kterou jsem uvedl na začátku kapitoly, vyplývá, že nejčastěji užívanou drogou v populaci mladistvých jsou konopné látky. Popíší tedy detailněji nebezpečí, která vznikají při jejich užívání.

Nešpor ve svém článku uvádí, že rizika marihuany jsou obecně podceňována. Existují však závažná tělesná i duševní rizika, která jsou spojena s užíváním konopných látek. Poukazuje také na to, že od roku 1970 se výrazně zvýšil obsah THC v konopných látkách, což

může vést ke zvýšenému riziku při užívání těchto drog. I při jednom užití konopných látek existuje riziko vzniku panických stavů a úzkostí, dokonce i psychotických projevů, či rozvoje latentního psychotického onemocnění. Existují i výzkumy o subklinických psychotických projevech u všech uživatelů konopí. Dlouhodobé užívání pak může způsobovat poruchy paměti, psychomotorického tempa i exekutivních funkcí, zejména schopnosti plánování a organizování. Při akutní intoxikaci dále vznikají rizika poruch kardiovaskulárního systému, zejména riziko infarktu myokardu nebo iktu. Kouření marihuany má rovněž závažné dopady na dýchací systém. Orální užívání konopných látek je vysoce kancerogenní a to více než kouření cigaret. Vznikají mimo jiné rizika rakovin a zánětů dýchacích cest (NEŠPOR, 2012).

Uvedu v návaznosti na výčet těchto rizik konopných látek výzkum ze studie ESPAD, který se věnuje postojům dospívajících k návykovým látkám. 45,5% studentů uvedlo jako téměř bez rizika jednorázový experiment s marihuanou. 37% respondentů uvedlo, že je téměř bez rizika i příležitostné užívání konopí (CHOMYNOVÁ, 2014).

Z uvedených odstavců vyplývá, že konopné látky jsou populací mladistvých často experimentálně zneužívány, aniž by si uživatelé byli vědomi rizika, které podstupují. I z výzkumu o prevalenci drog v ČR, který jsem uvedl na začátku práce, vyplývá, že konopné látky jsou často zneužívanou drogou. Je otázka, nakolik je veřejnost informovaná o škodlivosti těchto látek.

Matoušek uvádí, že lze hovořit o určitých skupinách jako o drogové subkultuře. V těchto skupinách je významné užívání alkoholu a drog. Peníze na návykové látky pak získávají jejich členové různými patologickými způsoby chování, jako mohou být krádeže nebo prodej návykových látek, protože každodenní užívání drog je velice nákladné. Upozorňuje také, že kriminalizace uživatelů drog není dobrým cílem protidrogové politiky, a že by bylo třeba se výrazněji orientovat na léčbu uživatelů (MATOUŠEK a MATOUŠKOVÁ, 2011, s. 86 - 87).

Fischer k tématu sociálních konsekvencí užívání drog dále uvádí, že: *„Nálepka „feřáka“ je silnějším stigmatem než alkoholik, identifikace se subkulturou jedinců závislých na drogách je mnohem pravděpodobnější. Kromě přijetí vzorců chování typických pro tuto subkulturu je nebezpečím ztotožnění se s jejich hierarchií hodnot, jejich zvnitřnění jedincem ve skutečnosti znamená snížení šancí na změnu tohoto asociálního životního způsobu na minimum“* (FISCHER a ŠKODA, 2009, s. 120).

Jak jsem uvedl na začátku kapitoly, adolescence je období, kdy si dospívající vytváří postoje a hodnoty, které mohou být ovlivněny také vlivem sociálních skupin. Mladistvý jedinec se tedy může identifikovat i se sociální skupinou uživatelů drog. Význam sociálního kontextu je zjevný zejména u pravidelných uživatelů drog. Je otázka, nakolik je pro mladistvé uživatele drog významná sociální subkultura, do které patří. Právě jejich sociální prostředí může být pravděpodobně jednou z překážek v jejich abstinenci. Pro ilustraci uvádím výstup ze studie ESPAD, z kterého vyplývá, že první kontakt s drogou proběhl u mladistvých, kteří ji někdy užili (cca 40%), nejčastěji se starším kamarádem (15,3%) nebo se skupinou přátel (9,1%), (CHOMYNOVÁ, 2014).

2.2 Specifika léčebné intervence u dětí a mladistvých užívajících drogy

V této podkapitole popíši specifika psychoterapie závislosti a škodlivého užívání u dětí a adolescentů. Vymeším základní principy, které jsou zásadní při psychoterapii této cílové skupiny. Zaměřím se také na popis významu rodinné terapie při léčbě mladistvých pacientů.

Je náročné již jen diagnostikovat závislostní kritéria u dětí a adolescentů. U pacientů se lze setkat s lhaním, popíráním problémů a manipulací. Míru užívání drog mohou děti a adolescenti maskovat před terapeutem i rodiči z různých důvodů. Mimo jiné to může být strach z menší míry autonomie nebo z ústavních zařízení. Stejně tak mohou pacienti uvědoměle hovořit o své motivaci neužívat drogy, ačkoliv jejich reálná motivace k abstinenci však může být malá. Již v prvním kontaktu s terapií může být pacient proto rovněž negativistický a v odporu (KALINA a kol., 2015, s. 553 - 554).

Mladiství závislí mají často tendenci přesouvat své závislostní příznaky na společnost. Chybí jim touha po vnitřní změně osobnosti. Často je tedy terapie zaměřena na změnu symptomu, který je spojený s užíváním drog, ovšem samotná léčba symptomu může k hlubším změnám pochopitelně postupně vést. U adolescentů je také potřeba věnovat zvýšenou pozornost práci s rodinou. Rodinná terapie je pak zejména významná u dětských pacientů, u kterých je nutné se soustředit na prostředí, v kterém se pohybují. Rodiče mohou tlačit na rychlost řešení, je však na místě vysoce kvalifikovaná rodinná terapie (KALINA a kol., 2003, s. 233 - 235).

Geldard uvádí čtyři úrovně, které lze v souvislosti s terapeutickými cíly obecně popsat u dětských pacientů. Jsou to základní, rodičovské, formulované terapeutem a cíle dítěte.

Základní cíle jsou v podstatě obecné terapeutické cíle, kterých by mělo být v průběhu terapie dosaženo. Dítě by mělo získat náhled na sebe a své citové prožívání a mělo by být schopno vyvarovat se rizikovému a neadaptivnímu způsobu chování. Rodinné cíle určují rodiče, kteří dítě přivádějí do terapie, mají tedy často očekávání, že se některé nežádoucí formy chování u dítěte změní nebo vymizí. Cíle terapeuta jsou založené na vnímání problematiky terapeutem, který dle svých znalostí vyzoruje určité souvislosti, které mohly u dětského klienta vést ke vzniku symptomů. Je samozřejmé, že terapeut by měl být zkušený odborník, který má své závěry podložené o praktické a teoretické zkušenosti. Cíle dítěte se objevují v průběhu terapie a jsou velmi významné. Představují vlastní potřeby dítěte a je důležité je rozpoznat a věnovat se jim. Není proto dobré postupovat jen podle jakési šablony, která má za cíl dosáhnout terapeutických výsledků (GELDARD a GELDARD, 2008, s. 11 - 13).

Balcar konkrétně k problematice psychoterapie závislých pacientů uvádí, že: *„Zabránit rozvoji závislosti či vyprostit z ní dítě doposud přirozeně „závislejší“ na svém – z tohoto hlediska ne vždy optimálním – prostředí vyžaduje přístup povýtce „individuální“, a to i z hlediska psychoterapeutického přístupu a postupu. Proto je nutným východiskem pomoci závislosti ohroženým či již závislým dětem a dospívajícím pečlivé prozkoumání jejich osobního a sociálního „žitého světa“ z hlediska dítětem zakoušených tlaků a tahů v doposud neuměle zmapovaném a často spolehlivé „kotvy“ postrádajícím prostoru svého života“* (BALCAR, 2010, s. 395).

Geldard uvádí, že při psychoterapii dětí a dospívajících má jako u dospělých velký význam terapeutický vztah. Ten má u dětí různá specifika. Předně by měl být terapeut schopen co nejvěrněji nahlédnout do světa dítěte. Dále by měl být vztah důvěrný, nenarušený vměšováním jiných osob, zejména rodičů a jiných členů rodiny. Tato důvěrnost je pochopitelně problematická, neboť rodiče chtějí znát informace o dítěti, za které mají zodpovědnost. Je tedy potřeba, aby tato problematika byla brána v potaz již při zahájení terapie. Rodiče i dítě by měli být informováni o tom, jak a kdy se určité informace budou sdělovat. I dítě je třeba upozornit na to, že se mohou objevit informace, které nemohou zůstat utajené. Je dobré ho však také ujistit, že v takovém případě bude řešení s dítětem probíráno. Kromě důvěrnosti by ve vztahu měl vznikat i pocit bezpečí, který dítě pocítí. Musí mu být zprostředkováno, že je v prostředí, kde nebude souzen ani zraňován. Je však ovšem vhodné stanovit aspoň zcela kardinální hranice vztahu, jako je fyzická agrese na sobě, na terapeutovi nebo na majetku. Ve vztahu by se neměl objevovat nátlak nebo používání externě získaných informací. Dítě by pak prostředí terapie mohlo považovat za nejisté a rodičovsky vyšetřující.

Dítě by také mělo mít jasnou představu o tom, proč do terapie dochází. Je to vhodné jak pro jeho porozumění své současné situaci, tak pro jeho přístup k průběhu terapie. Na konci popisu terapeutického vztahu s dítětem upozorňuje Geldard i na fenomén přenosu, který by se i s dětským pacientem měl brát v potaz (GELDARD a GELDARD, 2008, s. 14 - 23).

Balcar dále popisuje psychoterapeutické postupy u dětí a dospívajících, kteří užívají drogy. Hlavní rozdíl v terapii je dán větší mírou vedení dětí a adolescentů v terapii. V prvních fázích je významná léčba režimová, která je spojená s emocionální a motivační terapií. Také rodiče by měli být terapeuticky vedeni a mělo by jim být poskytnuto kvalifikované psychologické poradenství. U pacientů nelze ještě očekávat stabilnější vnitřní změny v náhledu na sebe a okolní svět. V dalších fázích léčby se pacienti učí předcházet rizikovým situacím, které by mohly vést k recidivě. Cílem by v této fázi mělo být vypracování obrany proti nutkání drogu znovu užít. Uplatňují se zde mimo jiné prvky skupinové psychoterapie, komunitní terapie a terapie rodinné. V další fázi se terapie zaměřuje na osobnosti povahu dítěte a na jeho vztahové problémy a zkušenosti. Povaha závislosti již není tak významná. Lze použít rozmanitou škálu individuálních a skupinových terapeutických přístupů, které dětem a mladistvým umožní zvládat specifické životní situace a umožní jim upevnit se ve zdravých životních postojích. V závěrečné fázi léčby se může adolescent potkat s existenciálními otázkami jak žít dál, jaké cíle naplnit nebo jak se vypořádat se svou minulostí. Závislý by se měl s podporou svého okolí začít snažit o realizaci svých smysluplných cílů v budoucnosti (BALCAR, 2010, s. 395 - 402)

Jak jsem již uvedl v předchozím textu, je významnou součástí terapeutického působení na závislé děti a dospívající práce s celou rodinou. Je třeba zdůraznit, *že závislost není jev izolovaný, týkající se jen dotyčného jedince, ale vzniká, existuje a může být podporována v systému vztahů, především rodinných. A naopak: nadměrné užívání drog nebo alkoholu jednoho člena rodiny má vždy vliv na kvalitu rodinného soužití a dopadá i na ostatní rodinné příslušníky* (KALINA a kol., 2015, s. 492).

Na rodinnou terapii v léčbě závislosti lze nahlížet z různých pohledů. Je třeba vymezit jakou roli má rodinný systém při vytváření a retenci drogové závislosti a dle toho volit terapeutické cíle a léčebný přístup. Rodinné prostředí může vytvářet prostředí pro vznik závislosti nebo prostředí pro udržování závislosti. Tyto dva případy předpokládají, že je rodina v podstatě negativním činitelem při vzniku závislosti. Rodinné vztahy však také mohou být potenciální možností údravy v budoucnosti a terapeutická intervence by měla být

zaměřena na obnovení funkčních mechanismů rodiny, které jsou ochromeny negativními problémy spojenými s užíváním drog (KALINA a kol., 2015, s. 496).

Jedním s termínu, který se vyskytuje v popisu patologických rodinných vztahů, je spoluzávislost. Výraz označuje motivy a chování rodiny, které spíše podporují závislost a brání léčbě. Motivem pro toto jednání mohou být například zisky z problémů člena rodiny, které mohou mít různý obsah, jako je odvrácení pozornosti od jiných problémů. Motivem by také mohl být pocit méněcennosti („nemám právo na výhrady“) nebo naopak pocit kompetencí („vše vydržím“), (KALINA a kol., 2015, s. 173-174).

Další příčinou může být problém s adolescentní separací. Jestliže nejsou naplněny podmínky pro zdařilou separaci, může se adolescent dostat do vnitřního konfliktu, který vytváří jeho potřeba po separaci, ale neschopnost ji zdařile naplnit. Užívání drog je pak kompromisem, který nabízí řešení této situace (KALINA a kol., 2015, s. 175-176).

Nešpor popisuje pseudoindividualitu dospívajícího závislého, který pohrdá rodinnými normami a příkazy, ovšem zároveň je na rodinně závislý, např. po materiální stránce. Pro celý rodinný systém je tedy výhodné zpětné začlenění adolescenta do rodiny a jeho následné osamostatňování (NEŠPOR, 2006, s. 277)

Vztahy v rodině jsou obecně významným faktorem, který může ovlivnit rozvoj závislosti. Podstatné jsou mezigenerační vztahy a role v rodině. Nestabilita rodinného systému a nejasné role mohou vést k nejistotě a absenci hranic, což má negativní dopad na vývoj jedince. Extrémním případem této patologie je sexuální narušení mezigeneračních hranic, které je v rozvoji závislosti velmi významné (KALINA a kol., 2015, s. 179).

Z uvedených faktů o významu faktorů rodinného prostředí vyplývá, že rodinná terapie je velmi významná v průběhu procesu léčby závislého. Rodina může mít pocit, že nástupem jejího člena do léčby její role končí, a že si odpočine od vyčerpávajících zážitků. Samotná podpora v abstinenci je však pro rodinu náročná, uživatel drog se v době abstinence proměňuje, může být emocionálně nestabilní, může relapsovat a mohou se otevírat vztahové konflikty, které je potřeba řešit. V této situaci rodina často potřebuje jak poradenskou podporu tak často intervenci rodinně-psychotherapeutickou (KALINA, 2015 a kol., s. 500-501).

2.3 Prevence užívání drog

Kalina uvádí, že prevenci je možno rozdělit na primární, sekundární a terciální. Primární prevenci lze dále dělit na specifickou a nespecifickou. Specifická primární prevence může mít podobu všeobecné, selektivní nebo indikované primární prevence (KALINA a kol., 2015, s. 261).

Je zajímavé, že McGrath uvádí, že: „*Ústav pro lékařství americké akademie věd (Institute of Medicine) přišel s návrhem rámcové klasifikace prevence na tři kategorie: všeobecnou, selektivní a indikovanou. Tímto systémem se nahrazuje tradiční kategorizace na primární, sekundární a terciální*“ (MCGRATH, 2007, s. 14).

Rád by ve své bakalářské práci vycházel z toho, že prevence všeobecná, selektivní a indikovaná je ekvivalentní termínům primární, sekundární a terciální. Vycházím rovněž z definice, kterou uvádí Hartl: „*Prevence je předcházení jevům, nehodám, úrazům, nemocem aj.; rozlišuje se prevence a) primární – předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované populaci; je buď nespecifická, která podporuje žádoucí formy chování obecně nebo specifická, zaměřená proti konkrétnímu riziku; např.: předcházení kontaktu jedince s drogou; zdravotní výchova ve školách, např. pomocí besed, peer-programů, příruček, plakátů apod.; b) sekundární – zaměřuje se na rizikovou skupinu zvláště ohroženou negativním jevem, např. prevence AIDS mezi prostitutkami a prostitutky; c) prevence terciální, zaměřená na jedince, u nichž se už negativní jev projevil, snaha o zmírnění následků problémového jevu*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 450).

Stejně tak uvádí o všeobecné, selektivní a indikované prevenci McGrath, že všeobecná je zaměřena na celou populaci, selektivní na určité často rizikové skupiny obyvatelstva a indikovaná na jedince, u kterých se předpokládá možnost dalšího patologického chování. K indikované prevenci uvádí McGrath konkrétně k problematice závislosti to, že u jedinců, na které je zacílena, není ještě většinou možnost diagnostikovat syndrom závislosti, ale lze ho v budoucnu pravděpodobně očekávat (bude-li např. dospívající v tomto chování nadále pokračovat), (MCGRATH, 2007, s. 14 - 15).

V dalším textu se budu věnovat prevenci primární. Kalina uvádí, že v primární prevenci je třeba mít na zřeteli biopsychosociální model užívání drog a v rámci něj uvažovat o faktorech rizikových a ochranných. V biopsychosociálním modelu užívání se bere v potaz droga, člověk a prostředí. Každá droga má tedy své účinky a vlastnosti, lidé mají odlišnou

osobnost a odlišnou afinitu k užívání drog a žijeme v prostředí určité společnosti, rodiny a vrstevníků (KALINA, 2003 a kol., s. 275).

Vlastní smysl primární prevence je tento: „*Užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí*“ (KALINA a kol., 2003, s. 275).

Základní faktory v primární prevenci jsou: „*Snížení poptávky po drogách, drogové uvědomění, denormalizace, morální aspekty ve společenství, negace a pozitivní alternativy užívání drog, neobviňování obětí a problém pozitivní diskriminace a porozumění motivace*“ (KALINA a kol., 2003, s. 276 - 278).

Snížování poptávky, ale i nabídky drogy je v primární prevenci významné z hlediska ovlivňování chování možného kupce i prodejce drogy tak, aby drogový trh nevyužíval. Uvědomění o drogách není jen informativní, ale preventivní program se různým způsobem snaží o změnu chování a postojů. Denormalizace drog spočívá v širší edukaci a zapojení veřejnosti do náhledu na problematiku drogového užívání a na její nebezpečí. Užívání drog by pak ideálně mělo být pro co nejširší okruh populace nežádoucí sociální jev. Preventivní programy by měly rovněž oslovovat morální hodnoty a upozorňovat na zodpovědnost a životní cíle. Významné jsou dále prvky, které učí adolescenty negativní možnosti odmítat a citlivě poukazují na pozitivní příklad lidského rozvoje. V rámci prevence uživatelů drog je třeba věnovat pozornost otázce jejich diskriminace. V podstatě jakékoli formy krajního přístupu od zavrhování až po omlouvání a pozitivní diskriminaci nejsou příliš vhodné. Doporučuje se otevřený postoj, že užívání drog je špatné, ale neznamená to, že uživatel je špatný. Bude-li chtít, bude mu pomoheno se návyku zbavit. Pro realizaci komplexního systému prevence je také třeba věnovat pozornost různým důvodům, proč lidé drogy začínají užívat, tedy jejich motivaci k tomu, aby drogy třeba jen vyzkoušeli“ (KALINA a kol., 2003, s. 276 - 278).

Nehledě na jednotlivé úrovně prevence je možno vymezit protidrogovou prevenci takto: „*Obecný cíl prevence užívání návykových látek je však mnohem širší: je jím zdravý a bezpečný vývoj dětí vytvářející podmínky pro uplatnění jejich nadání a potenciálu stát se platnými členy své komunity a celé společnosti. Efektivní prevence užívání návykových látek významně přispívá u dětí, mládeže i dospělých k pozitivnímu rozvoji vazeb v rámci rodiny, školy, pracoviště a celého společenství*“ (ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2014, s. 9).

V dalším textu se budu konkrétněji věnovat cílové skupině dětí a adolescentů a specifikům drogové prevence u nich. Uvedené postupy lze pochopitelně užít ve všech formách prevence, jak ve všeobecné tak v selektivní, či indikované.

Jeden z klíčových preventivních programů, který je významný u dětí i adolescentů, je zaměřen na rozvoj rodičovských schopností. Tyto programy jsou zaměřené na rodiče a na jejich vztah k dětem. Rodiče vytváří s dětmi ideálně silný a otevřený citový vztah. Nastavují pravidla, jsou schopni reflektovat svět dítěte včetně jeho vrstevnického okolí, umožňují dítěti vytvářet vlastní rozhodnutí a ukazují mu správný životní styl vlastním příkladem (ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2014, s. 24 - 25).

Další možností je výchova zaměřená na rozvoj osobních a sociálních dovedností. Významné je, že tyto preventivní programy, které pochopitelně provádějí řádně proškolení a zkušenější pracovníci, nejsou vedeny formou přednášek nebo výkladu. Jedná se o aktivní sezení, která se zaměřují na možnost získat nové kompetence při zvládnutí zátěžových situací, na schopnost udržet se v psychické pohodě a zabývají se společenskými normami a pravidly. V adolescenci je rovněž významné zaměřit se na dospívající s určitými rysy osobnosti, které jsou rizikové pro rozvoj škodlivého užívání a nabídnout jim odbornou intervenci, zaměřenou na zvládnutí určitých emocí a psychických stavů, které by jinak mohli řešit nebo již řeší užíváním návykových látek (ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2014, s. 25 - 33).

Významné jsou rovněž programy, které se zaměřují na prostředí školy a školní třídy. Jedná se zejména o vzdělávání pedagogů, kteří se učí vytvářet ve třídě nekonfliktní prostředí, k čemuž patří dovednosti pracovat s agresí a schopnost předcházet jejímu výskytu. Dále lze hovořit o celkovém přístupu školy k zákazu návykových látek. Škola by měla jasně vymezit zákaz užívání návykových látek ve škole a na školních akcích a to jak pro studenty, tak pro ostatní pracovníky školy a principy těchto pravidel by v ideálním případě měly rovněž vznikat za přítomnosti všech zúčastněných stran. V tomto preventivním programu je významný přístup školy v tom smyslu, že vytváří otevřené, společné a důvěrné prostředí, kdy sami studenti vlastně mají pocit, že vytváří atmosféru ve škole a podílí se na chodu instituce (ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2014, s. 27 - 33).

3 MOTIVACE UŽIVATELŮ DROG K ABSTINENCI

Rotgers k problematice motivace u závislých uvádí následující: „*Přestože je všeobecně považována za extrémně významnou, podstatně méně názorů se shoduje v tom, jaká je vlastně její povaha. Jako ilustraci lze uvést, že na nedávném kurzu poradců v oblasti závislosti, vedeném jedním z autorů (B. Saundersem), bylo zhruba 50 účastníků požádáno, aby zhodnotili motivaci z hlediska její důležitosti a jejího vlivu na léčbu problémových uživatelů drog. V souladu se zjištěním Sterneho a Pittmana došli k závěru, že motivace je „velmi“ nebo „extrémně“ důležitá. Když však byli účastníci požádáni, aby motivaci definovali, vyšla na světlo problematická povaha tohoto pojmu. Nemohli se shodnout. Mezi definicemi se objevily výrazy jako „silné vnitřní hnací síly; „moment, kdy si člověk uvědomí existenci problémů“; „zjištění, že změna je nutná“; a dále odkazy na hluboce zakořeněné, ale nejasné „nevědomé síly“ (ROTGERS a kol., 1999, s. 195).*

V této kapitole, která se věnuje motivaci a jejímu významu při léčbě drogových závislostí, vymezím nejprve tedy pojem motivace a popíši teorie o motivaci k užívání drog. Budu se věnovat využití motivace v rámci motivačních rozhovorů v intervenci pro drogově závislé a popíši poznatky o motivaci uživatelů drog k abstinenci nebo ke změně.

3.1 Motivace, vymezení pojmů souvisejících s motivací

Nakonečný uvádí tuto definici motivace: „*Motivace je intrapsychicky probíhající proces, vycházející z nějaké potřeby a vyústující ve výsledný žádoucí vnitřní stav, proces, který je iniciován endogenně (vnitřní pohnutka k odpočinku vycházející z pocitu únavy) nebo exogenně (finanční pobídka k splnění nějakého úkolu). V obou případech předpokládá interakci vnitřních a vnějších činitelů“ (NAKONEČNÝ, 2014, s. 15).*

Plháková vymezuje motivaci takto: „*Souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního“ (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 319).*

Plháková dále uvádí, že v oblasti motivace, která je úzce propojena s emocemi, se v současné době uvažuje o velkém množství faktorů, které ji utvářejí, jako jsou vrozené a získané popřípadě nevědomé. Nelze poukázat na jediný motiv a vytvářet zjednodušené koncepty, které by jednoznačně lidské chování vysvětlovaly. Je třeba brát v úvahu velké

množství motivů lidského jednání, které se vzájemně mohou dostávat do konfliktu. Obecně lze vymezit čtyři hlavní oblasti lidských motivů: Sebezáchovné, stimulační, sociální a individuální psychické motivy (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 320).

Důležité je ke koncepci motivace dodat ještě následující: „*Vnější objekty nejsou nikdy motivy, nýbrž jen prostředky jejich realizace. Proto se motivy neodvozují z objektů nebo činností, k nimž chování směřuje, ale z tzv. „dovršujících reakcí“: v tomto smyslu např. motivem jedení není jídlo, ale nasycení, resp. prožitek z jedení, jídlo je jen prostředkem k dosažení této „dovršující reakce“. Vnitřní (intrapsychickou) podstatu motivace vyjadřují pojmy jako přání, snaha, chtění, úsilí, touha*“ (NAKONEČNÝ, 2014, s. 16/17).

Z uvedených odstavců lze vysoudit, že jednotlivé motivy pouze poukazují na celý fenomén motivace člověka. Ve výzkumné části své bakalářské práce budu reflektovat, že nelze s jistotou predikovat, zda hospitalizovaní adolescenti budou abstinovat. Přesněji se ve výzkumné práci tedy odrazí spíše jednotlivé motivy, popřípadě potřeby nebo pobídky k abstinenci. Význam těchto pojmů odliším v dalším textu.

K rozlišení pojmů motivace a motiv Nakonečný uvádí: „*Zásadní rozlišení, které tu již bylo naznačeno, vychází z rozdělování psychologických jevů na procesy a dispozice, a spočívá v tom, že motivace je chápána jako v čase probíhající proces, kdežto motiv jako vnitřní psychologická příčina tohoto procesu, jež je vyabstrahována z jeho zaměřenosti, kterou tvoří dovršující reakce, a tedy obsah uspokojení*“ (NAKONEČNÝ, 2014, s. 22).

K vyjasnění problematiky motivace vymezím ještě pojem potřeba: „*Motivace je proces iniciovaný výchozím motivačním stavem, v jehož obsahu se odráží nějaký deficit ve fyzickém či sociálním bytí jedince, a směřující k odstranění tohoto deficitu, které je prožíváno jako určitý druh uspokojení. Tento výchozí motivační stav charakterizovaný nějakým deficitem lze označit jako potřebu*“ (NAKONEČNÝ, 2014, s. 161).

Od pojmu potřeba je třeba ještě odlišit pojem incentiva neboli pobídka. „*Incentiva je pohnutka, popud, pobídka vyvolávající nebo zesilující již existující motivaci, např. potrava (pozitivní incentiva), bolest (negativní incentiva); přitažlivost určité vlastnosti objektu nebo objektu vůbec*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 227).

Uvedl jsem základní pojmy, které se vztahují k motivaci zejména z toho důvodu, že ve své empirické části budu zpracovávat výpovědi, které by měly směřovat k porozumění

motivace k abstinenci. Jak je však z uvedených definic zjevné, jednotlivé výpovědi budou odrážet zejména potřeby a motivy dětí a adolescentů k abstinenci.

3.2 Motivace k užívání návykových látek

V rámci vymezení hlavních oblastí lidských motivů je možné pokládat si otázku o vzniku látkové závislosti, resp. po motivaci ke škodlivému užívání. Plháková uvádí, že v současné době můžeme pozorovat poptávku po zdravém životním stylu, která koresponduje se sebezáchovnými motivy člověka. Plháková si pokládá otázku, proč se někteří lidé chovají naopak proti těmto motivům a užívají návykové látky jako alkohol, cigarety nebo drogy (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 321).

K otázce motivace k drogovému užívání uvedu nejprve neurobiologickou teorii, kterou lze označit jako: „*Koncepci motivace k droze založené na principech podmiňovacího posilování, na podnětové motivaci, na vytvoření motivační významnosti*“ (KALINA a kol., 2015, s. 146).

Tato koncepce se zabývá neurobiologickým působením drog na lidský organismus. Každá návyková droga vyvolává při první aplikaci velké vyplavení dopaminu v mozku ve struktuře nucleus accumbens. Tato reakce má konkrétně v této struktuře a následně našem prožívání významné následky, zejména ve spojení této odměny s motivací k tomu jí chtít. Reakce řetězí i další struktury v limbickém systému, frontální a prefrontální kůře a dalších strukturách a s užíváním drogy se spojuje učení, paměť, emoce a vzniká obsesivní pozornost a kompulzivní jednání vůči droze. Samotná opakovaná aplikace posléze vyvolává princip tolerance, tedy snižování vyplaveného dopaminu, ovšem samotné očekávání aplikace, může samo o sobě vést k dopaminové excitaci, což je zřejmě princip bažení po droze. V celém dopaminergním systému pak během užívání látky paradoxně dochází ke snížení aktivity, což však jen přispívá k pozornosti ke droze a motivaci užít ji. Takto velmi zjednodušeně popsany systém může být neuroanatomickým podkladem motivace ke kompulzivnímu závislostnímu užívání drogy (KALINA a kol., 2015, s. 146 - 167).

Jednotlivé pohledy na závislost vystihuje popis jednotlivých paradigmat, která uvádí Kalina (KALINA a kol., 2015, s. 101 – 104):

Morální paradigma uvažuje o závislosti jako o nemorálním chování, které je v rozporu s normami společnosti. Jeho zastánci vyžadují tvrdý přístup k léčbě a naznačují, že vinu na

onemocnění nese zejména závislý sám. Toto paradigma je však třeba také částečně akceptovat, neboť vyjadřuje téma osobní zodpovědnosti a obnovy morálky závislého.

Veřejnozdravotní paradigma se soustředí na ochranu zdraví celé společnosti. Snaží se omezit šíření závislosti, ale samotnou problematiku závislého jedince příliš neřeší. Tento koncept se odlišuje od dnes rozšířeného přístupu harm reduction, o kterém jsem již pojednal.

„Psychologické paradigma obecně předpokládá, že závislost je výsledkem procesu učení a adaptace v určitém kontextu“ (KALINA a kol., s. 102). Jednotlivé školy se liší dle pojetí těchto procesů a kontextu, lze sem řadit mimo jiné přístupy behaviorální, kognitivní a psychodynamické.

Sociální paradigma uvádí, že příčinou problému nemusí být závislý, ale jeho sociální prostředí, které na něj klade nepřiměřené požadavky. Cílem nápravy by tedy byla rekonstrukce vztahů člověka a prostředí, popřípadě práce se sociálně rizikovým prostředím.

Z uvedených dvou paradigmat vyplývá paradigma psychologicko-sociální, na jehož základě vznikla abstinenční komunitní terapie.

Neurobiologické paradigma udává význam neurobiologických korelátů mechanismu závislosti, které jsem popsal v předchozím textu, zahrnuje rovněž faktory genetické. Toto paradigma významně přispívá k pochopení fenoménu závislosti, je však otázka nakolik se dají jeho zjištění úspěšně aplikovat v terapii.

Multifaktoriální paradigma říká, že: *„Fenomén závislosti, jeho vznik, vývoj a udržování jsou výsledkem interakce mnoha faktorů.“* (KALINA a kol., 2015, s. 104). Multifaktoriální paradigma se snaží navrátit k bio-psycho-sociálnímu (popřípadě spirituálnímu a existenciálnímu) paradigmatu v současném pojetí závislosti.

Bio-psycho-sociální paradigma vzniklo díky WHO a respektuje člověka jako bio-psycho-sociální bytost ve zdraví, v nemoci, i v léčbě. Je však třeba upozornit, že tento celistvý přístup ustupoval procesu specializace a není zcela samozřejmé, že je snaha se k tomuto paradigmatu integrace a interdisciplinarity navracet.

Kalina dále upozorňuje na význam integrativních teorií, které se snaží přibližovat bio-psycho-sociálnímu paradigmatu. Tyto teorie uvažují více o cirkulární kauzalitě závislostních jevů, tedy o široké souvislosti a propojenosti jednotlivých faktorů a vyzdvihují koncept motivace. Cirkulární kauzalita je však komplikovaná a cesta logické lineární kauzality příčiny

a důsledku je jasnější a snadněji uchopitelnější (tak je tomu například v paradigmatech morálních, sociálních a neurobiologických). Příkladem integrativního přístupu by mohl být COM-B model, který bere v potaz schopnost, motivaci, příležitost a chování a nebere tedy v potaz jen současnou situaci, ale snaží se o komplexní rozbor interakcí vnějších a vnitřních činitelů, fenoménu drog a závislostního chování (KALINA a kol., 2015, s. 107 – 109).

Bio-psycho-sociální paradigma závislosti lze ještě obohatit o rozměr morální, spirituální a existenciální. Kalina o něm uvádí toto: „*K úzdravě tak nezbytně patří i remoralizace, obnova morálních hodnot, jimž život v závislosti příliš nepřeje, i pokus o překonání trvalého dilematu existenciální osamělosti versus existenciálního spojení smysluplnosti jednotlivého života s druhými lidmi ve společném světě a s tím, co nás přesahuje*“ (KALINA a kol., 2015, s. 124).

Z uvedeného popisu lze vysoudit určité závěry. Předně je třeba podotknout, že komplexní přístup ke vzniku a léčbě závislosti není zdaleka samozřejmý. Zachycení komplexního bio-psycho-socio-spirituálního paradigmatu je obtížné a určitá paradigma mají tendenci přisuzovat svým teoriím zásadní význam. Tak tomu může být u neurobiologického paradigmatu, jehož závěry etiologii závislosti skutečně významně objasňují. Jak je však z uvedeného textu zřejmé, nelze redukovat pohled na závislost tímto způsobem a je potřeba uvažovat o jeho multifaktoriální povaze. Bio-psycho-socio-spirituální paradigma v přístupu k závislosti není tedy zavedeným standardem a jeho rozvoj je otázkou dalšího úsilí o komplexní porozumění problematice závislosti.

3.3 Motivační rozhovory

„*Motivační rozhovory jsou na klienta orientovaným poradenským přístupem, zaměřeným na pomoc klientům řešit jejich ambivalenci a podpořit vnitřní motivaci ke změně chování*“ (KALINA a kol., 2015, s. 316).

„*Změna je velmi pestrý a složitý proces dotýkající se celé osobnosti člověka, jeho emocí, myšlení, sebeprožívání, a zahrnující – a to je podstatné – i složku interpersonální*“ (SOUKUP, 2014, s. 21).

Miller a Rollnick uvádějí následující definici: „*Motivační rozhovory jsou spolupracující na cíl orientovaný styl komunikace se zvláštním důrazem na řeč změny. Byly navrženy, aby posílily osobní motivaci a závazky k dosažení specifických cílů, které vyplývou*

a ukáží se jako klientovi vlastní důvody pro změnu v atmosféře přijetí a porozumění“ (MILLER and ROLLNICK, 2013, s. 29) [překlad dle autora této práce].

Soukup uvádí základní poznatky o procesech změny v průběhu motivačních rozhovorů. Ambivalence patří do procesu změny a je možné s ní pracovat. Pro chování lidí lze vždy najít určité důvody a je třeba se vyhnout tendenci patologické projevy chování napravovat (napravovací reflex). Významným poznatkem je, že když lidé hovoří o tom, že změnit nic nechtějí, budou tomu po čase věřit, naopak když hovoří o důvodech ke změně a o alternativách svého chování, existuje pravděpodobnost, že změnu uskuteční. Z toho vyplývá, že jejich motivaci k uskutečnění změny je možné vhodnou intervencí interpersonálně ovlivnit. Klient si ve vhodném prostředí může postupně uvědomit rozpory ve svém chování, objevuje své motivy ke změně a časem je schopen vyvíjet aktivitu, která ke změně vede. Klient tedy své zdroje ke změně již většinou má, jen je potřeba je vhodně rozvíjet. To je také základním principem motivačních rozhovorů, které, jak vyplývá z definice, vytváří důvěrné a empatické prostředí a pomáhají klientovi rozvíjet jeho vnitřní zdroje pro změnu (SOUKUP, 2014, s. 21 - 29).

Miller a Rollnick uvádějí, že opustili dřívější koncepci fází motivačního rozhovoru. Spíše se jedná o společný průběh čtyř hlavních pilířů. V anglickém jazyce se označují jako: Engaging, Focusing, Evoking, Planning. Jednotlivá paradigmata, která lze přeložit jako navazování vztahu, stanovování cílů, hledání vlastní (klientovi) motivace a plánování (projevující se zejména v klientových výpovědích o postupu, kterým dosáhne změny), na sebe navzájem navazují a probíhají pospolu. Předpokladem je navázání vztahu, aby se mohlo přistoupit k stanovování cílů, tím však vztah nekončí, ale je nutným podkladem pro další postup atd. Autoři přirovnávají tyto základy ke schodům, které na sobě navzájem stojí (MILLER and ROLLNICK, 2013, s. 25 - 30) [překlad dle autora této práce].

Motivační rozhovory u dětí a adolescentů se dají užít stejně jako u dospělých. Je třeba však brát v potaz, že mladiství, kteří jsou hospitalizováni v určité instituci, mohou k motivačním rozhovorům přistupovat negativně. Prostředí může být často zakazující a příkazující, což vede k celkové opatrnosti a nedůvěře klienta. Může se rovněž projevovat jako frustrovaný, netečný či agresivní. Navázat kontakt je pak složité a motivační rozhovor by právě v tomto ohledu a v důrazu na vztah mohl mít velký význam. Při užití rozhovoru je též nutné zhodnotit kognitivní a emocionální vývoj klienta a mít ho při užití motivačního rozhovoru na zřeteli. V případě nezralosti funkcí plánování či sebereflexe je možno vést

alespoň určitou část rozhovoru. V motivačním rozhovoru je důležité být otevřený a nemanipulovat k dosažení skrytých cílů. Adolescent často dochází na setkání nedobrovolně, má představu o tom, co se má říkat a nechce být otevřený. Je třeba se tomu věnovat a hledat společný smysl setkání. Je důležité si uvědomit, že motivace mladistvých může být značně odlišná od dospělých. Výhodou je zaměření na krátkodobé cíle a dopady rizikového chování. Výhodné je užití identifikačních vzorů, zaměření na otázky sociálního přijetí, vztahy a v neposlední řadě se věnovat osobním cílům, které v hovoru vyplynou. Celý proces motivačních rozhovorů pochopitelně vyžaduje svůj čas a postupné utváření motivace (SOUKUP, 2014 s. 116 - 119).

3.4 Motivace uživatelů návykových látek k abstinenci

Rotgers uvádí přehled vývoje pohledů na motivaci závislých pacientů k abstinenci, který dokládá jednotlivými výzkumy, které tyto koncepce podporovaly. Popisuje tradiční přístup, který chápal motivaci pacienta jako ochotu nastoupit a plně se zapojit do léčby. Předpokladem byla nejen motivace k abstinenci, ale i k jiným nutným změnám, které terapeut nařídí. Do terapie pak začala vstupovat i koncepce obranných nevědomých mechanismů, které je třeba si přiznat, aby léčba mohla začít. Některé výzkumy poukazují rovněž na to, že psychiatři často také operovali s pojmy nemotivovaný klient a vytvářeli tak vlastně koncepci žádné motivace (ROTGERS a kol., 1999, s. 203).

K problematice „žádné motivace“ Soukup uvádí: *„že každý z nás lidí má nějaké potřeby, hodnoty, obavy, dobré důvody – jinými slovy motivaci – pro to, co zrovna dělá“* (SOUKUP, 2014, s. 85).

Rotgers dále uvádí, že některé koncepty závislosti předpokládaly, že pacienti nemluví pravdu a ani toho ve vztahu k užívání nejsou schopni. Rovněž byla pacientova motivace posuzována zpětně, dle jeho úspěchu v léčbě. Neúspěch znamenal vlastně nemotivovanost (ROTGERS a kol., 1999, s. 203 – 204).

Pozdější koncepce ovlivněné teorií kognitivně-behaviorální začaly brát v potaz přítomnost jak motivace k léčbě a abstinenci, tak motivace k užívání. U uživatelů návykových látek lze pozorovat postupný vývoj ve vztahu k psychoaktivním látkám. V podstatě jde o bilancování pro a proti užívání. V případě převážení negativ by pak při nástupu do léčby byli v tradičním duchu označeni za motivované. (ROTGERS a kol., 1999, 204 – 205).

Kalina v tomto duchu uvádí, že: „*tendence zapojit klienta do léčby dřív, než se dostane „na dno“*“, *implikuje nutnost fenoménu motivace více rozumět*“ (KALINA a kol., 2015, s. 609).

Jednotlivá stádia motivace popisuje koncept cyklického modelu, který vytvořili autoři Prochaska a DiClemente. Tento koncept popisuje takzvané kolo změny. Poukazuje na vstupní stadium prekontemplace a následný cyklus kontemplace, rozhodování, akce, udržování a trvalé změny nebo zpětného zacyklení přes relaps (cit. dle KALINA a kol., 2015, s. 609).

Tento koncept poukazuje na to, že každý závislý může být zapojen do intervenčního programu. Je třeba zvolit vhodné cíle a strukturu, dle stadia, ve kterém se pacient nachází. Přílišný tlak na pokrok může být jen přáním terapeuta, nereflektuje však dostatečně aktuální fázi rozhodování závislého. Je třeba mít na paměti, že celý cyklus, včetně relapsu se může opakovat (KALINA a kol., 2015, s. 609 – 610).

Rotgers k tomuto konceptu dále uvádí, že uživatelé nacházející se v prvním stádiu prekontemplace nechtějí své chování měnit. Klienty v této fázi lze dle Di Clementeho dělit na další čtyři typy – neochotný, vzpurný, rezignovaný a racionalizující (cit. dle ROTGERS a kol., 1999, s. 205).

Závislí v prvním případě tedy nemají náhled na svou závislost nebo si ji odmítají připustit. V druhém případě přisuzují svému chování vyšší hodnotu. Rezignovaní uživatelé mají pocit, že nemohou nic dělat a změna je pro ně těžká. Poslední možností v tomto konceptu je kvazi náhled na svůj problém, který dle závislých není dle jejich bilance příliš závažný. V souvislosti s drogami uvádí Rotgers, že některé výzkumy poukazují i na to, že ve fázi prekontemplace jsou někteří jedince spíše jen šťastnými uživateli látek a nemusí vykazovat výše uvedené známky chování. Celý proces změny v dalších fázích kontemplace a připravenosti k akci je vlastně posuzováním negativ a pozitiv užívání, které klienta postupně dovedou k rozhodnutí se léčit, popřípadě k trvalé změně (ROTGERS a kol., 1999, s. 205 – 206).

Kalina uvádí k motivaci k abstinenci a léčbě následující: „*De Leon vidí motivaci k léčbě jako součást komplexu esencial treatment-related perceptions, k němuž patří vnější okolnosti, vnitřní motivace, připravenost k léčbě a vhodné párování určitého typu léčby s potřebami jednotlivce (škála CRMS)*“ (KALINA a kol., 2015, s. 610).

De Leon popisuje, že v průběhu léčby jsou na straně klientů významné faktory motivace a připravenosti k léčbě a významná je rovněž jejich schopnost učinit závazek vůči léčbě. Hovoří o externích a interních faktorech na straně klienta a o jejich odlišnosti. Vnější tlak jako je rodina, zaměstnání, risk nemoci nebo problémy se zákonem není sám o sobě zcela dostačující. Vnitřním interním faktorem je pak emocionální a psychické vyčerpání z drogového života a touha po změně. Ten je v procesu změny velmi významný a částečně predikuje úspěch v léčbě. Je tedy důležité zaměřit se na tuto oblast vnitřní motivace, v které je klient frustrován ze své minulosti a je ochoten vytvářet pozitivnější budoucnost. Připravenost je pak myšlena jako ochota nastoupit do léčebného procesu. Je rovněž velice významná a naznačuje, že závislý již neuvažuje o jiných mechanismech, jak se závislostí pracovat a je ochoten podstoupit léčebný proces a aktivně se v něm zapojit (DE LEON, 2000, s. 68 - 69) [překlad dle autora této práce].

Považuji za vhodné zmínit v této podkapitole ještě jedno z paradigmat motivačních rozhovorů, kterým je řeč změny: *„Vyjádření klienta, které směřuje ke změně, o niž se pracovník a klient společně snaží, budeme nazývat řečí změny (angl. change talk)“* (SOUKUP, 2014, s. 55).

Soukup dále popisuje, jak rozpoznat řeč změny u klienta a co je jejím obsahem. Lze popsat „řeč přípravy ke změně“, která vyjadřuje touhu po změně, zaměřuje se na negativa současného stavu a na pozitivní aspekty změny a vykazuje jistou důvěru v klientovi kompetence. Příklady mohou být tvrzení: *„Chci s tím něco udělat.“* *„Takhle už to dále nejde.“* *„Vždycky jsem měla nějaké plány, bavila mě keramika, malování. Kdybych se vyléčila, mohla bych se k tomu vrátit.“* *„Když se na to tak dívám, myslím, že bych to mohla zkusit.“* (SOUKUP, 2014, s. 56 – 57).

V řeči změny lze rovněž pozorovat i „řeč akce“, kterou Soukup popisuje následovně: *„Řeč akce je vyjádření závazku, záměru uskutečnit nějaký krok. Klient sděluje, co a jak udělá, používá slov, která vyjadřují záměr či závazek, jako např. „udělám“, „budu“, „plánuji“ (na rozdíl od pasivnějšího vyjádření přání – „přál bych si“, „měl bych“ apod.),* (SOUKUP, 2014, s. 57).

Kalina uvádí ještě několik myšlenek ohledně abstinence drogově závislých. Významným faktorem je dokončení řádné léčby a neúspěch v léčbě a její předčasné ukončení mohou poukazovat na rizikové faktory, které ovlivňují relaps či recidivu. S úspěchem v abstinenci souvisí anamnéza závislého. Doba, po kterou drogy užívá, prostředí, ze kterého

pochází, jeho kriminální minulost a jeho osobnostní dispozice. Důležitá je jeho schopnost fungovat ve vztazích a také jeho erotické a milostné vztahy. Vztah s partnerem, který nepochází s drogového prostředí, může být významný pro abstinenci, jelikož je kontaktem se „zdravým“ sociálním prostředím. Abstinence je úzce spojena se životním stylem a hodnotami závislého. Rigidita v postojích a nedůvěra v terapeutické prostředí mohou být faktory, které snižují možnost abstinence a změny. Je třeba mít na paměti propojení drogového užívání s problémy se sebepojetím klienta a jeho pocity a emocemi. V procesu změny hrají roli faktory větší sebedůvěry, schopnosti vycházet s autoritami, schopnosti vnímat vlastní pocity a i schopnosti plánování a organizování. V neposlední řadě je třeba mít na paměti význam rodinného prostředí závislého. Nejde jen o nápravu často narušených vztahů, ale také o vytvoření bezpečného rodinného prostředí, které bude abstinenci podporovat. Tento faktor je velmi významný u mladých závislých (KALINA a kol., 2015, s. 611 - 615).

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Metodologie výzkumu

V empirické části své bakalářské práce se budu věnovat popisu svého kvalitativního výzkumu, který se zaměřil na průzkum toho, jak mladiství uživatelé drog popisují svou zkušenost s užíváním drog.

„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“ (MIOVSKÝ, 2006, s. 18).

Chtěl jsem se tedy zaměřit na individuální výpovědi adolescentů, kteří užívají drogy, o jejich motivaci. Významná pro mě v jednotlivých výpovědích byla jedinečnost prožitků, které vedly, nebo by potenciálně mohly vést k abstinenci od drog. V oblasti průzkumu motivace považuji za významné porozumět kontextu tohoto fenoménu, nehledal jsem obecné platnosti. Ve svém výzkumném projektu jsem respektoval dynamiku procesu vytváření motivace k abstinenci, která se u participantů výzkumu často teprve vyvíjí a je potřeba hlouběji porozumět případné ambivalenci v tomto procesu.

Jednotlivé otázky výzkumu tedy směřovaly k popisu života adolescentů, k popisu okolností, za jakých se dospívající uživatelé drog dostali na detoxikační jednotku, na jejich výhled do budoucna a na jejich vztah k drogám. Z teoretické části vyplývá, že jednotlivá zjištění poukazují na komplexní fenomén motivace uživatelů drog ke změně jejich chování. Celý název výzkumného projektu zní: Motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci.

Cílem výzkumu bylo porozumět případné motivaci dospívajících uživatelů drog, kteří byli hospitalizováni na detoxikační jednotce, k abstinenci. K tomuto průzkumu jsem zvolil kvalitativní přístup s metodou dotazníkového šetření. Jednalo se tedy o kvalitativní dotazování formou dotazníku s otevřenými otázkami. Tuto formu dotazování jsem zvolil zejména kvůli problematice informovaného souhlasu, který by u mladistvých uživatelů drog v případě nahrávaného rozhovoru museli podat oba rodiče v písemné formě. Pro získání dostatečného množství výpovědí jsem sesbíral patnáct dotazníků s otevřenými otázkami.

Výstupy výzkumu budou vyplněné dotazníky, kvalitativně zpracovaná data, interpretace dat a odpovědi na výzkumné okruhy.

Požadavky pro tento výzkumný projekt lze rozdělit na personální a věcné. Personálními byla spolupráce s pracovníky Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, kteří terapeuticky působí na detoxikační jednotce pro děti a dospívající. Věcnými byl dotazník s otevřenými otázkami, který jsem pro účel tohoto průzkumu sestavil.

Na vyplnění dotazníku byl dán participantům dostatečný časový prostor. Byli požádáni, aby odpověděli co nejdetailněji a byla jim zdůrazněna dobrovolnost jejich účasti. Tato technika dotazování byla použita samostatně, což je v kvalitativním výzkumu možné (HENDL, 2005, s. 186). Použitý dotazník obsahoval čtyři otevřené otázky:

- 1) Jak rozumíte své současné situaci?
- 2) Jak si představujete svou budoucnost?
- 3) Jakou si myslíte, že budou drogy hrát roli ve vaší budoucnosti?
- 4) Co by se muselo stát, abyste přestali brát drogy?

4.2 Výzkumné okruhy

Výzkumné okruhy, na které budu odpovídat v rámci interpretace dat svého výzkumného projektu, jsem v průběhu kvalitativního šetření a při analýze dat zkoncipoval takto:

Otázka č. 1: Jaká jsou motivy a pobídky mladistvých uživatelů drog k abstinenci?

Otázka č. 2: Chtějí mladiství uživatelé drog od drog abstinovat?

Otázka č. 3: Jak si mladiství uživatelé drog představují život bez drog?

Otázka č. 4: Jaké jsou důvody mladistvých uživatelů drog k pokračování v užívání drog?

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Participanty výzkumu jsem vybíral metodou „záměrného výběru přes instituce“ na detoxikačním oddělení v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Jedná se o oddělení, které slouží k detoxikaci mladistvých uživatelů drog a je tedy určené pro cílovou skupinu mého výzkumného šetření. Výzkumné šetření však postihuje jen určitou část cílové skupiny mladistvých uživatelů drog, což je problém, na který v souvislosti s touto metodou upozorňuje i Miovský (MIOVSKÝ, 2006, s. 138). Stručnou charakteristiku výzkumného vzorku udává tabulka 1.

Abych lépe ilustroval prostředí dětského a dorostového detoxikačního centra, kde jsem sbíral dotazníky a zkušenosti pro svou bakalářskou práci, popíši ho stručně v následujícím textu.

Dětské a dorostové detoxikační centrum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze se zaměřuje na péči o pacienty do 18 let, kteří nebezpečně experimentují s návykovými látkami nebo již dosahují kritéria drogově závislých. Zaměřuje se na ovlivnění postojů a chování pacientů a snaží se o prevenci rizikového chování do budoucna. Součástí léčby je vlastní detoxikace a intenzivní terapie (KORANDA a MARUŠÁK, 2010).

Ve sborníku odborné konference, ze kterého vychází uvedená parafráze, uvádí současný primář detoxikační jednotky také procenta rozložení základní preferované drogy u pacientů, kteří byli s detoxikační jednotkou v kontaktu:

„Jako již opakovaně několik let po sobě jsou nejdůležitějším problémem v populaci do 18 let, jež byla v kontaktu s DaDDC, z hlediska základní drogy: stimulancia (60 %, v r. 2008 59 %) a produkty cannabis (21 %, v r. 2008 24 %), následuje se vzrůstajícím trendem alkohol (13 %, v r. 2008 7 %) a opiáty (5 %, v r. 2008 3 %)“ (KORANDA a MARUŠÁK, 2010, s. 17).

Účastníci výzkumu	Ročník	Pohlaví	Užívané drogy	Předchozí hospitalizace
Participant 1	1999	žena	Pervitin, marihuana	5x detoxikační oddělení, 1x Cesta Řevnice, 1x PN Bohnice

Participant 2	1999	muž	Marihuana	-
Participant 3	1998	muž	Pervitin, marihuana	1x detoxikační oddělení
Participant 4	1998	muž	Marihuana, LSD, halucinogeny, kokain	-
Participant 5	2000	žena	Pervitin, marihuana, heroin	-
Participant 6	1998	žena	Pervitin	-
Participant 7	2000	žena	Pervitin, marihuana, halucinogeny	-
Participant 8	1999	muž	marihuana	-
Participant 9	2000	žena	Pervitin, marihuana, extáze	-
Participant 10	1998	muž	Marihuana	2x detoxikační oddělení
Participant 11	1998	žena	Pervitin, marihuana, extáze	7x detoxikační oddělení, 3x PN Bohnice, 1x TK Karlov
Participant 12	1998	žena	Pervitin, marihuana, extáze, MDMA	3x detoxikační oddělení
Participant 13	2000	žena	Pervitin, marihuana, LSD	-
Participant 14	1998	žena	Pervitin, marihuana, extáze, LSD, MDMA	-

Participant 15	1999	žena	Pervitin, marihuana	2x detoxikační oddělení
----------------	------	------	------------------------	----------------------------

Tabulka 1

4.4 Analýza dat

Pro zpracování dat jsem použil interpretativní obsahovou analýzu textu. V první části jsem se zaměřil na deskripci kvalitativních dat z dotazníků, která by měla vždy předcházet interpretaci (MIOVSKÝ, 2006, s. 220). Použil jsem metodu kódování.

Získaná data jsem dále propojoval metodou vytváření trsů, kdy jsem základní jednotky propojoval do obecnějších kategorií a témat. Tato metoda mi umožnila zařadit jednotlivá tvrzení do smysluplných skupin (MIOVSKÝ, 2006, s. 221).

4.5 Výstupy výzkumného šetření

Participant 1:

1. UŽÍVÁNÍ DROG V MINULOSTI

Participantka popisuje svou drogovou minulost a předchozí léčbu. Užívala zejména pervitin a marihuanu. Trávila hodně času na ulici, kde užívala drogy: „*V posledních měsících jsem byla převážně na ulici.*“ V poslední době popisuje potřebu vysokých dávek drog. Domů se vracela vždy jen krátce. Byla pětkrát hospitalizovaná na detoxikační jednotce a jednou v dlouhodobějším zařízení komunitního typu.

2. SOUČASNÝ STAV

Na detoxikační jednotku se dostala na doporučení sociální kurátorky. Rodiče s návrhem souhlasili a doporučili, aby do léčby nastoupila. „*Moje opakované relapsy a užívání drog nevedly k ničemu, proto se rozhodla kurátorka s rodiči, mě umístit sem, a následně na léčení do Karlova.*“ Participantce byla navrhována další léčba v terapeutické komunitě, do které chce nastoupit.

3. OBAVY Z BUDOUCNOSTI

Participantka má obavy z pobytu v terapeutické komunitě. Předpokládá, že pobyt bude nepříjemný, a že bude mít touhu komunitu opustit. V jejích sděleních je patrná ambivalence. Na jednu stranu se jí líbí představa odchodu z komunity a návrat do drogového prostředí. Na

druhou stranu si uvědomuje, že návrat k drogám je nebezpečný a nic nevyřeší: „*Docela se na to těším, ale zároveň doufám, že to tak nebude a já tam vydržím.*“

4. DŮVODY K UŽÍVÁNÍ DROG

Participantka udává, že život na ulici byl v podstatě zábavný. V případě předčasného odchodu z komunity předpokládá, že se navrátí k drogám a bude je každodenně užívat: „*Svou budoucnost vidím tak, že mě to bude štvát v Karlově, já to tam opustím a půjdu bydlet na byt ke kamarádovi a fetovat.*“ Považuje rovněž za rizikové faktory afekty, stres a nudu.

5. DŮVODY K ABSTINENCI

Participantka udává i důvody pro abstinenci od drog. Popisuje pocit zrnění při každodenním užívání a zklamání, které cítila, když se navracela domů. Má z drog obavy, zažila halucinační stavy po pervitinu a uvědomuje si, že by mohla onemocnět: „*Trápily mě ty pseudohalucinace.*“ Rovněž vnímá, že drogy ji můžou zabít: „*Jestli to tam nevydržím a půjdu na ulici, nebo bydlet k tomu kamarádovi, tak budu brát každý den a bud' se ufetuju, nebo mě něco zachrání.*“ Má rovněž strach o rodiče, kteří její užívání negativně prožívají. Věří, že kdyby dokončila léčbu, bude abstinovat. Velkým důvodem by pro ni rovněž bylo těhotenství a narození potomka.

SHRNUTÍ:

Participantka prožívá ambivalenci ve vztahu k drogám. Má obavy z dlouhé léčby a návratu k drogám se v podstatě bojí. Na druhou stranu by ji užívání i těšilo a s abstinencí jako kdyby si nevěděla rady. Samotný fakt, že je odhodlaná nastoupit do léčby však vypovídá o její motivaci změnit současný stav. Je si vědomá zdravotních rizik užívání a obává se jich. Zažila nežádoucí stavy na drogách a obává se, že by se mohla užíváním zabít. Je pro ni významný vztah s rodinou a uvědomuje si, že se její rodiče trápí a mohlo by se jim něco stát. Kdyby otěhotněla, je přesvědčená, že by přestala užívat drogy ihned. Mezi její pobídky k abstinenci by mohli patřit: zdravotní rizika užívání, vztahy s rodinou, těhotenství.

Participant 2:

1. ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ NA MARIHUANĚ

Participant popisuje své chování během užívání marihuany. Marihuanu užívá tři čtvrtě roku a sám o svém užívání hovoří jako o závislosti. Popisuje, že užíval marihuanu často

s kamarády venku. Poukazuje na ztrátu kontroly v užívání a na změnu prožívání reality v době, kdy užíval marihuanu: „*Přivedla mě sem moje závislost na THC, která se už nějak vymkla mé kontrole.*“

2. NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI S MARIHUANOU

Pro participanta jsou zjevně významné negativní následky, které mu užívání konopí způsobilo. Hovoří o narušení rodinných vztahů a o krádežích doma. Opakovaně se také zmiňuje o ztrátě partnerky: „*Mám s trávou hodně zlé zkušenosti, takže doufám, že když si budu chtít zahulit a vzpomenu si, jak jsem prodal mámě snubní prstýnek, můj pobyt na Detoxu, jak jsem přišel o přítelkyni, tak si řeknu NE.*“

3. OBAVY Z BUDOUCNOSTI

Participant se obává návratu domů. Má rizikové kamarády, s kterými by se nadále rád stýkal, ovšem uvědomuje si, že budou-li před ním užívat marihuanu, bude to pro jeho abstinenci riskantní: „*Mám strach, že když přede mnou budou hulit, tak mi to nedá a spadnu do toho znovu.*“ Respondent se také obává dostupnosti marihuany. V případě silné chutě by si ji dokázal rychle opatřit a z toho má obavy.

4. OPORY V ABSTINENCI

Participant je zjevně motivován k abstinenci. Svědčí o tom jeho vlastní rozhodnutí absolvovat detoxifikaci. Po návratu domů si chce najít práci. Těší se také na kamarády, ale uvědomuje si riziko kontaktu s nimi. Věří, že ho kamarádi podpoří v abstinenci. Rovněž udává, že ho podpoří také jeho rodina. Sám považuje za významný svůj nynější náhled na svoje chování v době užívání. Věří, že vybavení silných negativních vzpomínek mu pomůže překonat chuť na marihuanu a je odhodlán říct NE: „*...to že jsem si uvědomil, co všechno jsem dělal jen proto, že jsem potřeboval hulit.*“

SHRNUTÍ:

Participant je motivován k abstinenci. Nechce pokračovat v užívání marihuany. Oporou jsou pro něj citlivé vzpomínky na chování během užívání marihuany. Z výpovědi je zjevné zklamání z krádeží doma, z narušeného vztahu s rodinou a ze ztráty přítelkyně. Riziková je ambivalence ve vztahu ke kamarádům, kteří užívají marihuanu. Věří, že ho kontakt s nimi neohrozí, ale vnímá z tohoto setkání i určité oprávněné obavy.

Participant 3:

1. ZKUŠENOST S DROGAMI

Participant užívá tři roky marihuanu a jeden rok pervitin. Užíval drogy mimo domov a domů se vracel pro peníze nebo se vyspat a najíst. V drogách vnímá negativa i pozitiva. Negativní stránky byly však často důsledkem absence drogy, jako např. dlouhý spánek bez drog nebo únava bez drog a je otázka, zdali respondent tyto okolnosti skutečně negativně vnímá.: „*Cítil jsem se poměrně vyčerpaně (bez drogy) a když nebyly drogy, tak jsem jen doma spal.*“

2. NÁSTUP NA DETOXIKAČNÍ JEDNOTKU A VZTAH K ABSTINENCI

O nástupu na detoxikační jednotku rozhodla matka participanta po pozitivních testech na pervitin. Participant nejprve s hospitalizací nesouhlasil, po nějaké době abstinence však usoudil, že by mu detoxikace mohla pomoci zbavit se pervitinu. Respondent nevidí ve své abstinenci od pervitinu problém. „*V tu dobu jsem s detoxem nesouhlasil, ale když už jsem pak nebral, tak mi to přišlo rozumný...*“

3. VÝHLED DO BUDOUCNA

Participant opakovaně uvádí, že touží po samostatnosti. Bude v budoucnu užívat marihuanu, když bude chtít, dá si i pervitin: „*Nevidím problém přestat, ale když budu chtít tak si dám.*“

SHRNUTÍ:

Participant nepovažuje abstinenci za problematickou, ale když bude chtít, drogy užívat bude. Toto tvrzení samo o sobě poukazuje na nevyzrálost jeho rozhodování o abstinenci. Uvědomuje si nějaká negativa svého chování v minulosti, ale jeho výpovědi postrádají citovou konotaci, což je zarážející kupříkladu ve vztahu k matce. Má poměrně konkrétní představu o doděláním školy a samostatnosti, ale je zarážející, že si není vědom žádných možných překážek či rizik. Z uvedených témat, je však možné usuzovat, že je v jisté míře motivován k abstinenci od pervitinu. Motivace k abstinenci od marihuany není z textu zřejmá.

Participant 4:

1. UŽÍVÁNÍ DROG

Participant dlouhodobě užívá drogy. Poměrně krátkou dobu užívá kokain, ale velice intenzivně. Na detoxikační oddělení se dostal po konfliktu s policií, kvůli distribuci drog. Následkem užívání kokainu má již zdravotní problémy: *„Většinou večer když šňupu, cítím hodně zvýšenou srdeční aktivitu skoro jak infarkt, celá pokožka je oslabená...Nos se rozpadá.“*

2. VZTAH K DROGÁM

Participantův vztah k drogám je velice ambivalentní a nelze ho kategorizovat na pozitivní či negativní. Respondent si uvědomuje některé závažné dopady užívání drog, které sám zažíval před nástupem na detoxikační oddělení: *„Později jsem to šňupal/jedl už né proto, abych se tím pobavil, ale proto, abych nebyl pořád jen nasraný; Hlavně ztráta chuti do života.“* Přesto je přesvědčen, že v užívání drog bude pokračovat: *„Popravdě se stále těším jen až vylezu a zase si dám.“* Jeho vztah ke kokainu je více ambivalentní, připouští, že jednou přestane a uvědomuje si, že dlouhodobé užívání pro něj není udržitelné. Nechce abstinovat od marihuany, kterou považuje pro svůj život za velice významnou: *„Trávu rozhodně nepřestanu kouřit ještě hóódně dlouho.“*

3. VÝHLED DO BUDOUCNOSTI

Představa o budoucnosti je u participanta rovněž ambivalentní. Na jednu stranu má v budoucnosti cíle, které by rád naplnil, na druhou stranu je přesvědčen, že ještě bude pokračovat v užívání drog. Z budoucnosti má také obavy, ale chybí u něj náznak konkrétního přesvědčení, že v nejbližší době něco změní. Udává: *„Rád bych s tím začal žít normální život.“*

4. VZTAH A DŮVODY K ABSTINENCI

Participant nejprve udává, že abstinovat určitě nebude. Následně však tvrdí, že výhledově plánuje skončit s užíváním kokainu a jiných drog kromě marihuany. Když přemýšlí o důvodech k abstinenci, nachází racionální cíle, ale zároveň poukazuje na rozšíření drog a vysvětluje důvody, proč abstinence skoro nejde naplnit. Podstatný je dle mého soudu vztah respondenta k rodičům. Jeho chování k nim ho zjevně mrzí: *„Musím zase začít vycházet*

s rodiči alespoň nějak...nebýt na ně furt jen sprostý a agresivní...Páč vím, že si to nezaslouží a je mi to vážně líto“

SOUHRN:

Participant si je vědom negativních dopadů užívání drog na jeho život. Uvědomuje si, že má narušené vztahy, že ztratil zájmy, a že mu hrozí zdravotní rizika. Má rovněž představu o budoucnosti, kde by drogy omezil a téměř abstinovat. Toto všechno by mohlo být v rámci jeho motivace k abstinenci rozvíjeno. Sám však bez řádné intervence zatím není schopen svou motivaci uchopit a je ve významné míře rovněž motivován k užívání. Drogy jsou pro něj zdroj obživy a kompenzují jeho sociální deficity. Setrvává ve fázi obhajování toho, že v současné době ještě abstinovat nemůže.

Participant 5:

1. KONSEKVENCE UŽÍVÁNÍ DROG

Participantka zcela nerozumí okolnostem, za jakých se dostala do ústavní péče. Zjevně jí byla nařízena soudní léčba a pobyt v diagnostickém ústavu. Participantka udává, že dlouhodobě užívá marihuanu, experimentálně vyzkoušela pervitin a heroin. Po pozitivních testech na drogy se ocitla v situaci, které úplně nerozumí: *„Nerozumím – kurátorka, dobře vypadá můj život, nejsem závislá na drogách, dokázala bych bez nich žít.“*

2. VZTAH K DROGÁM A ABSTINENCI

Participantka opakovaně uvádí, že se necítí být závislá na drogách. Naopak má ze závislosti odpor a nechce, aby tak byla označovaná: *„A já feťák nejsem, nejsem na ničem závislá!!!“* Užívat drogy nechce, je pravděpodobné, že chápe, že užívání drog ji přivedlo do současné situace: *„Nechci a už nikdy ani nebudu, na co proč vůbec drogy jsou, jsou nanic, jen nás niče a niče nám sny.“*

3. VÝZNAM RODINY A RODINNÉHO PROSTŘEDÍ

Snad nejvýznamnější složkou celého dotazníku jsou výpovědi, které se týkají vztahu k rodině. Participantka pociťuje silnou úzkost ze ztráty svých blízkých. Jsou pro ni smysl života: *„To bych ani na drogy nešahla, kdyby je mám pořád u sebe, ale vše jednoho dne skončí, jednoho dne je ztratím a tím ztratím smysl žít!!!“* Z textu lze vysuzovat, že rodina je pro ni nyní motivací k abstinenci, ovšem strach ze smrti je pro ni také motivací k užívání

drog: „*Kdybyže jsou nesmrtelný, tak bych to nebrala a užívala si s nima život, dokud bych mohla, ale hlavně že bych je neztratila, kvůli nim všechno na světě, mám je strašně ráda a nechci o ně přijít.*“

SOUHRN:

Participantka opakovaně vyslovuje závazek, že nebude užívat drogy. Evidentně jí užívání drog silně zklamalo. Důsledky jejího užívání se projeví v soudním rozhodnutí o umístění v diagnostickém ústavu. Respondentka prožívá intenzivní úzkost ze ztráty a smrtelnosti svých blízkých. Život s rodinou je pro ni velkou pobídkou k abstinenci. Její úzkost je však také velkým spouštěčem pro užívání drog.

Participant 6

1. UŽÍVÁNÍ DROG

Participantka se nepovažuje za drogově závislou. Důvody svého užívání vidí v problémech v rodině: „*Tím že mi pořád rodiče něco zakazovali, nebo zabavovali věci př. mobil, ntb. Tak jsem jim to vracela tím, že jsem se sjížděla pervitinem.*“ Domů se v poslední době vracela jen pod vlivem pervitinu. Věří, že by byla schopná žít „normálně“. Pro detoxifikaci se rozhodla sama. Chtěla si odpočinout od rodinného prostředí. Abstinovat v rodinném prostředí by mohla jedině za předpokladu, že budou brány ohledy na to, co chce: „*Kdyby brali ohledy i na to, co vlastně chci já, drogy nemám důvod brát.*“

2. POVINNOSTI A ZÁKAZY V RODINĚ

Respondentka popisuje různé zákazy a příkazy, které musela v rodině akceptovat. Reakcí na nespokojenost bylo nejen užívání drog, ale i záškoláctví a útoky z domova: „*Zašlo to tak daleko, že jsem ani bez toho aniž bych si dala nepřijela domů, začala nechodit na různé hodiny do školy nebo zmizela z domova a nevrátila se třeba 3 dny.*“

3. RODINNÉ PROSTŘEDÍ

Významné je pro participantku, že není pochopena svou rodinou: „*Trápilo mě to, že mě rodiče nechápali, i když jsem se jim to několikrát pokoušela vysvětlit.*“ O povaze jejich vztahů s rodinou nelze blíže uvažovat, neboť dotazník není příliš obsáhlý. Je však zjevné, že deficit v porozumění s rodinou považuje participantka za velmi významný a nepříjemný. Dle výpovědí lze v tomto spatřovat její motivaci k užívání drog.

SOUHRN:

Z dotazníku vyplývá, že hlavním spouštěčem pro užívání pervitinu, je pro participantku frustrující vztah s rodinou. Participantka se sama nepovažuje za závislou a upozorňuje na reaktivní povahu svého chování. Lze uvažovat o mechanismu volání o pomoc a tendenci upozornit na své potřeby. Tuto hypotézu však nelze zcela potvrdit, protože chybí potřebná konkrétnější data.

Participant 7

1. UŽÍVÁNÍ DROG

Participantka má kladný vztah k drogám: „*Ano chci brát drogy, budu mít k nim vztah dobrý.*“ Drogy užívá každodenně a jsou náplní jejího času: „*Drogy mi dávají dobrý pocit, i když vím, že to není dobrý, prostě třeba piko, odpadnou všechny starosti a máte dobrou náladu.*“ V budoucnosti chce drogy dál užívat a těší se, až odejde z výchovného ústavu a bude mít větší míru svobody. Na detoxikační oddělení se dostala na návrh kurátora.

2. PŘÍPADNÉ POBÍDKY K ABSTINENCI

Participantka popisuje i některá negativa drog, ale nepřisuzuje jim váhu. Obává se jen pozitivních testů ve výchovném ústavu, které by mohly být důvodem pro její přeložení: „*No, tak největší obavy mám po detoxu, když to nezvládnou, budu v trávě pokračovat dál, převezou mě do jiného ústavu.*“

SOUHRN:

Participantka má velmi malou motivaci k abstinenci. Je rozhodnutá pokračovat v užívání drog. Její negativní zážitky s drogami pro ni nejsou příliš významné a vyzdvihuje příjemné pocity spojené s užíváním pervitinu a dalších drog.

Participant 8

1. VZTAH K DROGÁM

Participant nevidí ve svém užívání marihuany problém. Udává: „*Cítil jsem se skvěle, úžasně, zapomněl jsem na všechny moje problémy.*“ V drogách spatřuje pozitivum. Nevnímá propojení svých problémů s užíváním marihuany, ani nereflektuje, že marihuanou potlačoval své problémy.

2. VZTAH S RODIČI

Participant je naštvaný na svoje rodiče. „*Jsem nasranej na moje rodiče, že mi ničej život.*“ Vadí mu, že ho donutili k odjezdu na detoxikační oddělení. Má problémy ve vztahu s matčíným přítelem: „*Zažíval jsem regresi od přítele mámy.*“

3. NÁHLED NA BUDOUCNOST

Participant má jen velmi malý náhled na svou budoucnost: „*Nemám žádnou představu o budoucnosti.*“ Chce pokračovat v užívání marihuany: „*Budu hulit dál.*“ Uvědomuje si možné konsekvence svého chování, jako je zhoršení kognitivních funkcí nebo umístění v diagnostickém ústavu, ale nejsou pro něj významné. Pobídky k abstinenci spatřuje v budoucnu v partnerce nebo kamarádech. „*Musela by mě k tomu donutit moje holka nebo kámoši.*“

SOUHRN:

Participant je velmi málo motivován k abstinenci. Užívání drog ho baví a je pro něj náplastí na jeho rodinné a osobní problémy. Vnější tlaky pro něj nejsou pobídkou k ukončení užívání. Nemá představu o své budoucnosti, jen ví, že chce pokračovat v užívání marihuany. Nevidí souvislost mezi jeho užíváním drog a rodinnými problémy, rovněž považuje drogy za řešení svých nepříjemných pocitů. Je tedy prozatím motivován k užívání marihuany.

Participant 9

1. UŽÍVÁNÍ DROG

Participantka užívá drogy a spatřuje v jejich užívání převážně pozitiva. Udává: „*Já jsem byla spokojená, měla jsem skvělé zážitky, spoustu přátel.*“ Má kladný vztah k drogám a bavil ji život během užívání. Popisuje: „*Každý den jsem se těšila, až si něco dám a užiju si to.*“

2. PŘEDSTAVA O ABSTINENCI

Participantka věří, že může s drogami kdykoli přestat: „*Pořád mám v hlavě myšlenku, že můžu kdykoliv přestat.*“ Drogy chce nadále užívat, jen se obává reakcí ze strany rodiny. Plánuje proto zatajovat, že užívá drogy: „*Fetovat budu, jen tak, aby to táta nezjistil.*“

3. POBÍDKY K OMEZENÍ DROG

Participantka si na druhou stranu uvědomuje, že bude kontrolována rodinou a rovněž ji trápí, že rodina její užívání negativně prožívá: „*Trápí to je i mě.*“ Má obavy, že užívání pro ni nebude tak snadné, a pokouší se i najít možnosti nakládání s volným časem: „*Asi začnu sportovat.*“ Jestliže drogy bude dále užívat a nezatají to, je rozhodnutá i opustit domov: „*Při nejhorším uteču.*“

SHRNUTÍ:

Participantka je velmi málo motivovaná k abstinenci. Baví ji užívat drogy a má kladný vztah k drogovému prostředí. Její hlavní pobídkou k abstinenci je vnější tlak rodičů. Sama silnější vnitřní pohnutky k abstinenci nemá. Naopak i zvažuje možnost kvůli drogám utéct z domova.

Participant 10

1. HISTORIE UŽÍVÁNÍ DROG

Participant popisuje minulost svého užívání. Užíval zejména marihuanu a alkohol, nechodí již do školy, pracuje. Vydělané peníze utrácel za alkohol a drogy: „*Pracuju, za výplatu si kupuju trávu a chlast.*“ Byl už hospitalizován dvakrát na detoxifikačním oddělení

2. VZTAH K RODINĚ

Participant žije s matkou, nevlastní sestrou a nevlastním otcem. Svého nevlastního otce dle svých slov nesnáší. Povaze vztahu s nevlastním otcem zcela nerozumí, udává: „*Nevlastního otce ze srdce nesnáším, on mě také, nevím proč, prostě jsme si nesedli.*“

3. MOTIVACE K ABSTINENCI

Participant zřetelně vyslovuje touhu abstinovat. Udává, že drogy „*určitě nebudou*“ hrát roli v jeho budoucnosti. Z dotazníku lze soudit, že respondent pravděpodobně očekává narození dítěte: „*Těším se na své dítě.*“ Udává rovněž: „*Chtěl bych se vyléčit a mít dobrý život.*“

SHRNUTÍ:

Z dotazníků lze usuzovat, že respondent je motivován k abstinenci. Vyjadřuje vnitřní pohnutku k tomu, že chce abstinovat. Jeho hlavní pobídkou je narození dítěte, motivem tedy

zřejmě vztah k němu. Z dotazníku nelze přesně vysoudit, zdali respondent opravdu dítě očekává, ale je to pravděpodobné. Další konkrétní motivy k abstinenci nejsou udány.

Participant 11

1. HISTORIE UŽÍVÁNÍ

Participantka velmi stručně udává, že užívá drogy déle než čtyři roky, že byla opakovaně hospitalizovaná na detoxikačním oddělení, v PN Bohnice a jednou v terapeutické komunitě.

2. ŽIVOT PŘED NÁSTUPEM NA DETOXIKAČNÍ ODDĚLENÍ

Participantka uvádí, že v poslední době užívala drogy jen příležitostně. Vyzdvihuje význam partnera, který ji pomohl omezit frekvenci užívání drog: „*Hodně můj život ovlivnil přítel, díky kterému jsem přestala pravidelně brát.*“

3. NÁHLED NA BUDOUCNOST

Participantka chce v budoucnu užívat drogy příležitostně, udává však i touhu abstinovat: „*Chci se vykašlat na drogy a žít normálně.*“ Má strach z toxické psychózy. Vnímá rizika pro recidivu, ale blíže je nespecifikuje. Naznačuje, že drogy užívá kvůli svým problémům: „*Musely by vymizet všechny moje dosavadní problémy.*“

SOUHRN:

Dotazník byl velmi stručný. Respondentka dlouhodobě pravidelně užívá drogy a byla několikrát léčena. V poslední době užívá drogy občas. Vyjadřuje přání abstinovat, ale předpokládá, že drogy užívat bude. Její motiv k abstinenci je vztah s přítelem, strach z toxické psychózy a touha po normálním životě. Drogy užívá kvůli svým problémům, které blíže neurčila.

Participant 12

1. UŽÍVÁNÍ DROG A NÁSTUP NA DETOXIKAČNÍ ODDĚLENÍ

Participantka popisuje, že užívala celou řadu drog. Drogy ji těšily, v poslední době je užívala každodenně: „*Každodenním braním drog přes měsíc.*“ Musela si vybrat mezi detoxikací a umístěním do výchovného ústavu, ale zároveň udává „*potřebu se léčit*“. Udává také, že ji trápily osobní problémy, konkrétněji je však nerozvádí: „*Dost věcí – osobní.*“

2. PLÁNY DO BUDOUCNA A OBAVY Z NÍ

Participantka má v plánu nastoupit do školy, najít si práci a žít s přítelem, což udává takto konkrétně jako výčet bodů. Má obavy z léčby v PN Bohnice, do které nastupuje, a má obavy z uživatelů drog po svém návratu domů: „*Budou asi brát mezi lidmi, kde bydlím.*“

3. MOTIVACE K ABSTINENCI A VZTAH K DROGÁM

Participantka udává znechucení z drog: „*Svinstvo.*“ Zároveň je však ambivalentní k otázce, zdali chce drogy užívat. Abstinovala by, kdyby se drogy nedaly sehnat: „*Kdyby nebyly nikde k sehnání.*“ Chtěla by žít s partnerem, což by ji pomohlo abstinovat.

SOUHRN:

Dotazník byl velmi stručný a byl napsán heslovitě. Participantka je v nějaké míře odhodlaná k abstinenci. Udává význam touhy po samostatnosti a po bydlení s přítelem. Má z drog obavy a nastupuje na léčebný pobyt do PN Bohnice. Zároveň je však k užívání drog ambivalentní.

Participant 13:

1. UŽÍVÁNÍ DROG V MINULOSTI A NÁSTUP NA DETOXIKAČNÍ ODDĚLENÍ

Participantka udává, že užívá marihuana a pervitin po dobu tří let. V nedávné době byla umístěná v diagnostickém ústavu Hodkovičky, kde dva měsíce abstinovala: „*2 měsíce v Hodkovičkách, kde jsem nebrala.*“ Po návratu recidivovala a po oznámení recidivy matce odjela na detoxikační oddělení: „*Pak jsem přišla domů a řekla mamce, že jsem se opět zřetovala a jeli jsme na detox.*“

2. RIZIKA RECIDIVY NA DROGÁCH

Participantka nemá jasnou představu o své abstinenci: „*Bud' se zřetuju a nebo ne.*“ Při popisu drogového užívání udává obrat, který naznačuje její potěšení z užívání drog: „*Nájezdy TOP TOP z reality HOP.*“ Po dvouměsíční abstinenci rychle recidivovala: „*V pátek jsem šla ven s kamarádkama, pak jsem se zřetovali.*“ Její vztah s kamarádkou Miki je rizikový, jedná se o užívatelku drog, o které participantka uvádí: „*Je pro mě důležitěj vztah s Miki. Chtěla přestat brát se mnou.*“

3. MOTIVACE K ABSTINENCI

Participantka plánuje nastoupit do léčebny Cesta Řevnice. Léčba jí dodává naději: „*Upevňuje mě jistota v Řevnice.*“ Opakovaně udává, že by nechtěla drogy užívat: „*Chci změnit svůj život tak aby v něm už drogy neměli žádnou roli... Nikdo si mě bez drog nedokáže představit. A to chci změnit.*“ Její vztah ke kamarádce Miki by mohl být považován i za podporu v abstinenci v případě, že by její kamarádka chtěla v současné době abstinentovat: „*Asi by bylo fajn spolu jet do Řevnic. Odstranit drogy z našich životů.*“

SOUHRN:

Participantka je motivovaná k abstinenci. Udává vnitřní rozhodnutí k tomu abstinentovat. Zároveň však vyslovuje i nejistotu o užití drog v budoucnosti. K abstinenci by ji mohlo dopomoci absolvování léčby, ve které vkládá naděje. Má i motivy vztahu k matce. Zjevně významný je pro ni vztah ke kamarádce, která rovněž užívá drogy. Tento vztah by však mohl být jak pobídkou k abstinenci, tak pobídkou k užívání drog.

Participant 14:

1. UŽÍVÁNÍ PERVITINU A ŽIVOT BĚHEM UŽÍVÁNÍ DROG

Participantka dlouhodobě užívá drogy. Nejprve užívání pervitinu vnímala negativně, ale posléze ho zařadila do svého běžného života: „*Perník mi zničil život. Pak jsem se na něm naučila spát, jíst, prostě mít normální život.*“ Participantka popisuje svůj život, který byl ovlivněn užíváním pervitinu. Opustila školu a změnilo se její prožívání: „*Neměla jsem pojem o dnech. Bylo mi i jedno, že táta leží v komatu v nemocnici.*“

2. ABTINENCE OD PERVITINU

Participantka se po nějaké době rozhodla abstinentovat od pervitinu a odjela mimo Prahu. Popisuje, že najednou dokázala nahlédnout na svou situaci a znechutily se jí drogy i drogové prostředí: „*Něco se mi prostě pohlo v hlavě a najednou jsem viděla všechno, co jsem přehlížela.*“ Odjela tedy ke kamarádovi na chatu, kde od pervitinu abstinovala, ale užívala jiné drogy: „*Každý den jsem teda hulila a pila, jinak bych to tam asi nedala.*“

3. HOSPITALIZACE NA DETOXIKAČNÍM ODDĚLENÍ A SOUČASNÝ VZTAH K DROGÁM

Z chaty odjela, když zjistila, že je v pátrání policie ČR, byla však cestou zadržena policií a převezena na detoxikační oddělení. Do Prahy se vracela zejména kvůli matce: „*Jen jsem chtěla, aby máma neměla strach, jinak bych tam zůstala.*“ K drogám zaujímá ambivalentní postoj. Z výpovědi je zjevný negativní vztah k dřívějšímu intenzivnímu užívání drog: „*Jediný co vím, že nechci vést život tak, jak jsem ho vedla.*“ Zároveň je však otázkou zdali je tento negativní vztah pocíťován i k jiným drogám než pervitinu. Participantka rovněž připouští, že drogy občas „pod kontrolou“ možná užije: „*Bude to třeba 1 večer, vyspím se a žiju dál.*“

4. PŘEDSTAVA O BUDOUCNOSTI

Participantka bude za čtyři měsíce zletilá. Těší se na to, že rozhodování bude mít více ve vlastních rukou: „*Skončí buzerace a musím si to všechno vyřešit sama.*“ Z uvedené výpovědi lze vyznat i tendenci přebrat za sebe odpovědnost a touhu pracovat s užíváním drog. Udává nějaké varianty života po detoxikaci, ale je zjevné, že nemá jasnou představu o budoucnosti a obává se drog: „*NEVÍM, pro to se bojím své budoucnosti.*“ Participantka se obává kontaktu s drogami a vnímá potřebu zbavit se závislosti: „*Musím se naučit je nepotřebovat.*“

5. MOTIVACE K ABSTINENCI

Participantka vnímá, že svým chováním ubližovala své matce: „*Udělal jsem jí hodně věcí.*“ Považuje vztah s ní za důležitý a je pobídkou k její abstinenci: „*Jediná priorita číslo 1. pro mě je postarat se o ni.*“ Pocíťuje strach z drog a udává své pobídky a motivy k abstinenci: „*Doufám, že nebudu na nich závislá. Třeba potkat někoho, kdo mi ukáže něco, co mě bude bavit.*“ Již jsem uvedl, že k drogám postupně získala spíše negativní vztah, významné jsou pro ni i negativní zážitky s poruchou myšlení na pervitinu: „*Proč chodíš do školy, kde si píšou tvoje údaje? Protože tě pozorují.*“

SHRNUTÍ:

Participantka je motivovaná zejména k abstinenci od pervitinu, s kterým má negativní zkušenosti. Dokázala nahlédnout na svůj život a na své chování během užívání drog, což ji motivovalo k abstinenci. Zároveň vyjadřuje i touhu abstinovat a má obavy z drog, které

rovněž svědčí o její touze abstinovat. Významným motivem je pro ni vztah s matkou. Nelze konkrétněji nahlédnout na její vztah k jiným drogám, ale její rozhodnutí nežít život ovlivněný zcela drogami je zjevné.

Participant 15:

1. OBDOBÍ UŽÍVÁNÍ DROG

Participantka užívá marihuanu a pervitin. Na období, kdy aktivně užívala pervitin, vzpomíná spíše negativně. *„Netěšilo mě asi nic, akorát jsem měla starosti ze ztráty rodiny.“* Byla již hospitalizovaná dvakrát na detoxifikační jednotce. V současné době dva měsíce abstinuje: *„Jsem dva měsíce čistá.“*

2. SOUČASNÁ ABSTINENCE

Před hospitalizací na detoxikačním oddělení byla participantka umístěna v diagnostickém ústavu, kde dva měsíce abstinovala. Ze svého současného stavu má dobrý pocit. *„Myslím si, že momentálně jsem na tom dobře.“* Po detoxikaci plánuje nastoupit do léčby v zařízení Cesta Řevnice

3. VZTAH K DROGÁM

Participantka není zcela rozhodnutá abstinovat. Ráda by příležitostně užívala drogy i po léčbě. *„I když to bude asi znít pofidérně, tak bych chtěla brát s mírou...vím, že přestat úplně ještě nechci.“*

4. MOTIVACE K ABSTINENCI

Participantka má však také obavy z opětovného užití drog, zejména má obavy, že se zhorší její vztah s rodinou: *„Hrozně se bojím toho, že to zas poseru a už nebudu mít nikdy rodinu tak blízko u těla, jako jsem měla doted.“* Chtěla by se vrátit do školy a vnímá rizika spojená s návratem domů, například okruh jejích přátel, kteří užívají drogy: *„Akorát bych asi měla změnit okruh lidí, aby se to peklo nespustilo zase od začátku.“* Úplně abstinovat by začala po dopadu *„na dno“*, obává se, že by však také nemusela tuto chvíli rozpoznat: *„Ale bojím se, že až budu úplně na dně, tak si to ani neuvědomím.“*

SHRNUTÍ:

Participantka nastupuje do léčby a dva měsíce abstinuje. Je motivovaná k nástupu do léčby a ke svému dřívějšímu užívání má negativní vztah. Chtěla by však ještě někdy užívat drogy pod kontrolou. Nechává však otevřený prostor i ke změně tohoto postoje: „*Jsem zvědavá, jaký budu mít názor na věc „já a drogy“, až mě pustí z Řevnic.*“ Je pro ni významný vztah s rodinou a bude pravděpodobně jejím motivem k abstinenci, stejně jako negativní vztah k drogám a špatné zkušenosti z dřívějšího užívání drog.

4.6 Shrnutí výpovědí respondentů

V teoretické části své bakalářské práce jsem uvedl, že lidé mají vždy určitou motivaci pro své jednání. Je tedy nesmyslné tvrdit, že mladistvý uživatel drog „nemá motivaci“, popřípadě „není motivovaný“. Lze spíše usoudit, že jeho motivace k abstinenci je malá a je výrazně motivován k užívání drog. Stejně tak nelze samostatně tvrdit, že mladistvý uživatel drog je motivovaný, ale je potřeba uvést k čemu je motivovaný, tedy že je v určité míře motivovaný k abstinenci. V případě motivace k abstinenci je pak nutné ji vnímat v kontextu jednotlivých pobídek a motivů a nelze tvrdit, že motivací k abstinenci je jeden určitý konkrétní důvod.

Z mého výzkumného šetření vyplývá, že někteří participanti jsou výrazně motivovaní k abstinenci, ale někteří jsou rovněž podstatně motivovaní k užívání drog. Silné vnitřní přesvědčení o abstinenci v budoucnosti udávají čtyři participanti (2, 5, 10, 13). Pevné rozhodnutí pokračovat dál v užívání drog udávají rovněž čtyři participanti (4, 7, 8, 9).

Kategorie motivace k abstinenci a motivace k užívání drog však nelze vnímat jen jako dvě polaridy. Pobídky a motivy k abstinenci a k užívání drog lze vyzorovat u všech participantů a často vytvářejí pocit ambivalence k drogám. U šesti participantů výzkumu je ambivalence k užití drogy zjevná (1, 6, 11, 12, 14, 15).

Zvláštní postoj k drogám a abstinenci zaujímá participant 3, který udává, že chce abstinovat, ale když bude chtít, užije drogy. Z jeho výpovědi je patrná nevyzrálость postoje vůči drogám. Nevnímá žádná rizika z drog a z jeho výpovědi nelze vysuzovat, jaký zaujímá k abstinenci skutečně postoj.

Jeden z motivů k abstinenci je u participantů vztah k rodině. Výpovědi o pozitivním významu vztahu s rodinou jsou zjevné u sedmi participantů (1, 2, 4, 5, 13, 14, 15). Tyto

motivy jsou nejčastěji lítost z negativního chování k rodičům nebo z negativních prožitků rodičů, kteří užívání drog svými dětmi silně prožívali.

Velmi významné jsou v tomto ohledu výpovědi participantů 2 a 5. Participant dva pociťuje velkou lítost nad svým chováním k rodičům a jeho náhled na své chování k rodičům v době užívání marihuany je pro něj zásadním motivem k abstinenci.

Participantka pět má vztah k rodině velmi specifický. Pociťuje výraznou úzkost ze ztráty svých blízkých, která pro ni pravděpodobně byla i jedním z motivů k užití drog. Její potřeba být se svými blízkými je pro ni však v současné době výrazným motivem k abstinenci.

Tyto vnitřní motivy k abstinenci je třeba odlišit od vnějších pobídek, které představuje negativně vnímaný tlak rodičů na absolvování detoxifikace u participantů 8 a 9. Právě tyto dva participaci rovněž udávají, že budou pokračovat v užívání drog.

Ojedinelá je ve vztahu k rodině výpověď participantky 6. Její vztah k rodině je potenciálním motivem k abstinenci i užívání drog. Participantka je ze současného vztahu s rodiči frustrovaná a označuje ho za příčinu svého užívání, udává však, že jestliže se vztah změní, nebude pro ni problém abstinovat.

Častou výpovědí byla obava z negativních dopadů drog nebo z negativních prožitků, které participanti již na drogách zažili. Zjevné výpovědi o strachu ze zdravotních rizik drog uvádějí čtyři participaci (1, 4, 11, 15). Zajímavá je v této souvislosti výpověď participanta čtyři, který udává, že v užívání drog bude pokračovat, přestože si negativní dopady drog uvědomuje a detailně je popisuje.

Nejen negativní zdravotní pobídky plynoucí z užívání drog jsou pro participanty významné. Rovněž náhled na jejich drogový život a jeho negativa je pro ně pobídkou k abstinenci. Tyto postoje se objevují zejména u ambivalentních a k abstinenci více motivovaných participantů.

Významný je výhled participantů do budoucna. Zajímavý je již fakt, že o své budoucnosti se participaci nedokázali příliš rozepsat. Ve výpovědích chybí plány do vzdálenější budoucnosti, přání, touhy a cíle, kterých by rádi dosáhli. Často se ve výpovědích objevují obavy a nejistota z budoucnosti (participaci 1, 2, 4, 5, 6, 12, 14, 15). Kategorie obav z budoucnosti se často vyskytuje u participantů s ambivalentním postojem k drogám.

Tři participanti, kteří chtějí drogy dál užívat, zároveň nemají v podstatě žádné představy o své budoucnosti (7, 8, 9). Participant 4, který uvádí, že drogy určitě bude nadále užívat, však má k budoucnosti ambivalentní přístup, ze kterého je zřejmá nejistota. Jeho výpověď se významně liší od tří participantů, kteří jsou také odhodláni k užívání drog. Jeho dotazník byl také velmi detailně vyplněn a nabídl hluboký pohled do jeho prožívání.

Dva participanti (5, 10), kteří přesvědčeně plánují svou abstinenci, neudávají však žádné konkrétnější kroky, které by k abstinenci v budoucnosti vedly. Neplánují nástup do dlouhodobější léčby, ani nepopisují, že by plánovali využít možností ambulantní terapie. Uvádají jen pevný postoj k abstinenci.

Pro participanta 10 je významnou pobídkou k abstinenci narození dítěte. I participantka 1 uvádí, že kdyby byla těhotná, nebude užívat drogy a následně po narození dítěte by drogy významně omezila.

Participanti rovněž udávají pozitiva drog. Alespoň nějaká pozitiva spatřuje v drogách osm participantů (1, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 14). Některé výpovědi poukazují na výhodu úniku z reality, některé na to, že drogy řeší problémy. Pro určitou část participantů jsou drogy zábava.

Pozitiva drog jsou ve výpovědích často spojována s chutí na drogu. Méně participantů je však schopno propojit jejich chuť na drogu se závislostní povahou užívaných látek. Náznaky přemýšlení o drogové závislosti se objevují u participantů 1, 2, 4, 12, 13, 14.

4.7 Závěr

Čtyři participanti výzkumného šetření jsou významně motivováni k abstinenci. Čtyři participanti jsou velmi málo motivováni k abstinenci a udávají touhu pokračovat v užívání drog. Šest participantů pociťuje ve vztahu k drogám ambivalenci.

Dle výpovědí participantů lze usoudit, že mezi významné pobídky a motivy k abstinenci je možno zařadit vztahy k rodině, uvědomění si negativních dopadů drog na tělesné a psychické zdraví a negativní náhled na drogový život a zkušenosti z něj. Ve výpovědích se rovněž objevilo ve dvou případech téma narození potomka jako pobídky a motivu k abstinenci.

Analýza výpovědí rovněž poukázala na to, že participanti výzkumu nemají konkrétní představu o své budoucnosti. Participanti, které lze označit za motivované k užívání drog

často nemají žádnou představu o budoucnosti, participanti ambivalentní mají ze své budoucnosti obavy.

Téměř všichni participanti vnímají rovněž určitá pozitiva drog. Lze uvažovat o tom, že určitá část participantů již naplňuje kritéria syndromu závislosti.

5 DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se v teoretické části a výzkumném šetření zabýval dvěma hlavními tématy. Zaměřil jsem se na problematiku zneužívání drog adolescenty a zabýval jsem se psychologickým fenoménem motivace. Tyto dvě témata jsem propojil kvalitativním výzkumným šetřením, které se věnovalo motivaci mladistvých uživatelů drog k abstinenci.

V teoretické části své bakalářské práce jsem uvedl definici motivace: „*Souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního*“ (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 319).

Z této definice vyplývá, že zachycení celého fenoménu motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci je velmi složité. Výstupy výzkumu poukazovaly pouze na určité motivy k abstinenci, ale rozhodně neodhalily všechny případné motivy participantů k abstinenci. Záměrem šetření nebylo tedy hledat obecné platnosti a ani popsáním souvislostem mezi získanými daty nelze přisuzovat signifikantní obecnou platnost. Obdobná kvalitativní šetření jsou v literatuře však jen těžko zjištělná. Proto jakýkoli pokus o zachycení motivů mladistvých uživatelů drog k abstinenci je dle mého soudu velmi významný.

Problematické je, že výzkumný soubor byl získáván z jediné instituce metodou „záměrného výběru přes instituce“. Výpovědi tedy zachycují pouze ty adolescentní uživatele drog, kteří byli hospitalizováni na detoxifikačním oddělení. Je pravděpodobné, že by se získaná data výrazně lišila, kdyby byla zpracována od obdobných participantů, kteří však nemají žádnou zkušenost s hospitalizací v ústavním prostředí.

Je tedy podstatné, aby výstupy mého kvalitativního šetření byly vnímány v kontextu s prostředím, ve kterém byla data získávána. Mladiství uživatelé drog, kteří jsou na detoxikačním oddělení hospitalizováni, již naplňují kriteria škodlivého užívání drog, někteří i syndromu závislosti, který je však obtížné v tomto věku diagnostikovat (NEVŠÍMAL, ed., 2007). Proto se budou pravděpodobně jejich výpovědi o drogovém užívání do jisté míry lišit od mladistvých uživatelů drog, kteří nikdy nebyli hospitalizováni v důsledku užívání drog a liší se u nich i frekvence a intenzita užívání drog.

Užívané drogy a frekvence jejich užívání se však liší i u jednotlivých mladistvých uživatelů drog na detoxikačním oddělení, a tedy i u participantů průzkumu. Lze tedy považovat

za pravděpodobné, že výstupy o motivech dlouhodobého uživatele „tvrdých“ drog k abstinenci by mohly být jiné, než u participanta, který krátkodobě užívá marihuanu. Proto jsem také u jednotlivých participantů zjišťoval údaje o drogách, které užívají a o době, po kterou drogy užívají a zohlednil jsem je ve zpracování dat tak, že jsem je považoval za samostatné kódy.

Výstupy výzkumu mohou být významné z několika hledisek. První vystihuje Kalina: *„Tendence zapojit klienta do léčby dřív, než se dostane „na dno“, implikuje nutnost fenoménu motivace více rozumět“* (KALINA a kol., 2015, s. 609). U Mladistvých uživatelů drog je tento fakt velmi důležitý. Bylo by absurdní tvrdit, že je třeba vyčkat na období, kdy uživatel drog již bude dostatečně sám motivován k abstinenci, aby intervence měla význam. Znamenalo by to návrat k paradigmatu, které považovalo za motivaci k abstinenci jen ochotu zapojit se plně do léčby (ROTGERS a kol., 1999).

Proto mi přijde absurdní používat v léčebné terapii obraty jako: „Tento mladistvý je ještě nedofetovaný a nemá smysl s ním pracovat.“ S obdobnými výrazy jsem se ve své praktické zkušenosti již skutečně setkal. Takovýto přístup je však díky teorii motivačních rozhovorů překonaný a měl by se volit spíše terapeutický postoj, který zohledňuje malou motivaci k abstinenci: „Tento mladistvý je málo motivovaný k abstinenci, bude třeba jeho motivaci posilovat.“ Tento přístup podporuje tvrzení Soukupa: *„Motivace ke změně je interpersonálně podmíněná, a tedy ovlivnitelná (ve směru zvýšení i snížení)“* (SOUKUP, 2014, s. 29).

Každý průzkum, který se tedy bude zabývat motivy mladistvých uživatelů drog k abstinenci, objasňuje více tuto problematiku a umožňuje náhled do prožívání uživatele drogy a jeho vztahu k návyku. V jednotlivých výpovědích lze pak nacházet motivy k abstinenci, což jsem realizoval ve svém výzkumném šetření.

Obdobný přístup volí motivační rozhovory ve fázi hledání vlastní klientovi motivace (evoking), (MILLER and ROLLNICK, 2013).

Výstupy mého výzkumného šetření korespondují s teoretickými poznatky v této oblasti. U více participantů jsem popisoval ambivalenci ve vztahu k drogám. Soukup uvádí: *„,Ambivalence je normální součástí procesu rozhodování a změny.“* (SOUKUP, 2014, s. 29).

Je však důležité si uvědomit, že s ambivalencí je třeba dále pracovat. O významu ambivalence svědčí paradigma motivačních rozhovorů: *„Motivační rozhovory jsou na klienta*

orientovaným poradenským přístupem, zaměřeným na pomoc klientům řešit jejich ambivalenci a podpořit vnitřní motivaci ke změně chování“ (KALINA a kol., 2015, s. 316).

Prozkoumat tedy povahu jednotlivých ambivalentních postojů u participantů by mohlo být velmi prakticky významné. Zejména je významný vztah ambivalence a motivace ke změně, v případě mého výzkumného šetření motivace k abstinenci od drog.

Participant, kteří jsou dle mého výzkumného zjištění málo motivovaní k abstinenci, by se zřejmě nacházeli ve fázi prekontemplace, kdy ještě nechtějí své chování měnit (ROTGERS a kol., 1999).

I u nich by však jistě měla terapeutická intervence smysl, jen je potřeba reflektovat tuto prvotní fázi kola změny a dle toho stanovit cíle a strukturu terapie (KALINA a kol., 2015).

U participantů, kteří byli do velké míry motivováni k abstinenci, korespondují jejich výpovědi s poznatky, které uvádí De Leon. Ten popisuje jako významné pro proces změny vnitřní interní faktory na straně klienta. Vnitřním interním faktorem je emocionální a psychické vyčerpání z drogového života a touha po změně (DE LEON, 2000).

V souvislosti s těmito respondenty lze pozorovat i takzvanou „řeč přípravy ke změně“, která vyjadřuje touhu po změně a zaměřuje se na negativa současného stavu (SOUKUP, 2014).

Z předchozích odstavců vyplývá, že výstupy mého výzkumného šetření korespondují s odbornou literaturou, a že poskytují zajímavý náhled na problematiku užívání drog mladistvými. Znalost problematiky motivace k abstinenci je při práci s mladistvými uživateli drog nezbytná a mé výzkumné šetření by mohlo být dobrým námětem pro širší výzkum v této oblasti, kterému bych se rád do budoucna věnoval i v diplomové práci.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnoval tématu motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci. Propojil jsem problematiku užívání drog dětmi a mladistvými s tématem motivace ke změně chování.

V teoretických kapitolách jsem popsal základní pojmy, které se dané problematiky týkají, a uvedl jsem podstatné informace, které objasňují povahu dané problematiky. První teoretická kapitola se věnuje popisu drog a drogových závislostí. V této kapitole jsem se kromě vymezení základních pojmů zaměřoval na fakta, která jsem považoval za významná pro celé téma práce.

V druhé teoretické kapitole jsem se věnoval popisu užívání drog dětmi a dospívajícími. Uvedl jsem prevalenci užívání drog cílovou skupinu v české populaci a pak jsem se zaměřil na popis léčby a prevence dětí a mladistvých, kteří užívají drogy.

Ve třetí teoretické kapitole jsem popsal fenomén motivace a zaměřil jsem se konkrétně na problematiku motivace uživatelů drog k abstinenci. V této kapitole jsem také uvedl informace o technice motivačních rozhovorů, jejichž popis je pro téma motivace k abstinenci významný.

V empirické části jsem popsal závěry svého kvalitativního průzkumu. Uvedl jsem výstupy tematické analýzy dotazníkového šetření, které jsem uskutečnil v klinickém prostředí Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Výstupy výzkumu korespondovaly s mými výzkumnými okruhy. Uvedl jsem popis výstupů z analýzy dat výpovědí jednotlivých participantů a získaná zjištění jsem propojil ve shrnutí výpovědí participantů.

Obě části bakalářské práce jsem propojil v diskuzi, kde jsem uvedl, jak jednotlivé zjištění mého průzkumu korespondují s uvedenými teoretickými poznatky. Tato bakalářská práce může být přínosným materiálem pro terapeutů, kteří pracují se závislými adolescenty.

POUŽITÉ ZDROJE:

- BALCAR, Karel. Děti trpící závislostmi. In: LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 390 – 404. ISBN 978-80-7367-710-7.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GELDARD, Kathryn a David GELDARD. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Přeložil Jiří FOLTÝN. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 227, 450. ISBN 80-7178-303-X.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- CHOMYNOVÁ, Pavla. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. Výzkumné zprávy (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-101-5.
- KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KORANDA, Marian a Martin MARUŠÁK. Dětské a dorostové detoxikační centrum. In: PRESLOVÁ, Ilona a Olga HANKOVÁ. *Mladiství a drogy*. Praha: Sananim, 2010, s. 15 – 19. ISBN 978-80-904536-0-9
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LEON, George de. *The therapeutic community: theory, model, and method*. New York: Springer, 2000. ISBN 0-8261-1349-4.
- MATOUŠEK, Oldřich a Andrea MATOUŠKOVÁ. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-825-8.
- MCGRATH, Yuko. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. Přeložil Jiří BAREŠ. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-16-1.
- Mezinárodní standardy prevence užívání drog*. Přeložil Jiří BAREŠ. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost - Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-097-1.

- MILLER, William R a Stephen ROLLNICK. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. London: Guilford Press, 2013. Applications of motivational interviewing. ISBN 978-1-60918-227-4.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace chování*. 3. přeprac. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-830-6.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. aktual. vyd.. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, Karel. Problémy působené alkoholem, návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání. In: ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 261 – 281. ISBN 80-247-1049-8.
- NEVŠÍMAL, Petr, ed. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007. ISBN 978-80-254-3331-7.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PAVLOVSKÝ, Pavel. Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F 10 – F19). In: RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, s. 56 – 76. ISBN 978-80-7387-582-4.
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
- ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Přeložili Martin HAJNÝ a Magdalena SLÁČALOVÁ. Praha: Grada, 1999. Psyché. ISBN 80-7169-836-9.
- SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0607-1.
- THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika*. Praha: Úřad vlády ČR, 2014. ISBN: 978-80-7440-134-3

Elektronické zdroje:

Co je "harm reduction"? Stanovisko mezinárodní organizace pro harm reduction (IHRA). In: *International Harm Reduction Association* [online]. London: Phoenix Media Group, 2010 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/files/2010/10/26/Briefing-WhatisHR%28czech%29amended2.pdf>

NEŠPOR, Karel. Zdravotní rizika kanabis. *Revue České lékařské akademie* [online]. 2012, **8** (8), 21-23 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

NUTT, David J., Leslie A. KING a Lawrence D. PHILLIPS. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* [online]. 2010,**376** (9745), 1558-1565 [cit. 2016-04-20]. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6. Dostupné z: http://www.sg.unimaas.nl/_old/oudelezingen/dddsd.pdf

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:

Jméno a příjmení autora: Petr Mach

Studijní program: Bakalářský

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci

Počet stran (bez příloh): 67

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 21

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 5

Počet internetových odkazů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková

Rok dokončení práce: 2016

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Petr Mach
Obor studia: Psychologie
Název práce: Motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci
Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 67
Počet stránek příloh: 0
Počet titulů v seznamu literatury: 26

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

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

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

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

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. V diskusi zmiňujete omezení výzkumu dané tím, že jste data získával od klientů detoxifikačního oddělení. Předpokládáte, že u mladistvých bez této zkušenosti by se výsledky výzkumu výrazně lišily. V čem by podle Vás tato odlišnost spočívala?
2. Velmi správně konstatujete, že terapeutická intervence a práce s motivací se u různých klientů liší podle míry jejich motivovanost. Vyberte dva participanty Vašeho výzkumu s odlišnou mírou motivace a uveďte, jakým směrem by se podle Vás měla taková intervence ubírat.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autor zvolil téma oborově přílehlavé a dostatečně závažné, totiž téma drogové závislosti mladistvých. Soustředil se na jejich motivaci k abstinenci.

V teoretické části zpracovává téma drog a drogové závislosti, jejich specifik u mladistvých uživatelů a motivace k abstinenci. Text je vystavěn solidně, autor odkazuje na množství odborných publikací, prokazuje schopnost čerpat ze zdrojů, které kriticky zkoumá a porovnává. Text je vnitřně konzistentní, členění kapitol a podkapitol logické a vyváženě vystavěné.

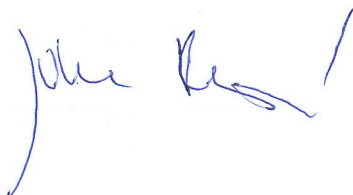
V empirické části zkoumá motivaci mladistvých k abstinenci prostřednictvím dotazníku, který sledně kvalitativně analyzuje. Rovněž tuto část práce považuji za zdařilou. Autor prokázal, že je schopen výzkum smysluplně vystavět, vhodně formulovat otázky a především získaná data dobře analyzovat i následně interpretovat. Oceňuji i to, že výsledky výzkumu propojuje s jemu známými teoriemi i závěry jiných výzkumů, rovněž pak autorův přesah do praxe.

I po formální stránce splňuje text požadavky kladené na bakalářskou práci. Ačkoliv mně osobně místy nevyhovuje autorův styl, především jeho místy přílišná popisnost, nepovažuji toto za závažnou chybu či nedostatek. Práci doporučuji k obhajobě a hodnotím ji jako výbornou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:



**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Petr Mach

Obor studia: Psychologie

Název práce: Motivace mladistvých uživatelů drog k abstinenci

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 29

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

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

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

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

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Zná autor nějaký výzkum na podobné téma uskutečněný v ČR?

Co si autor myslí o spirituální hypotéze vysvětlující nutkání mladistvých k opakování intoxikací?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci. Autor rozdělil práci na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce obsahuje základní pojmy, charakteristiky návykových látek, druhy léčby, specifika užívání drog mladistvými, druhy sekundární prevence a teorie motivace v duchu bio-psycho-sociálního modelu závislosti. Z teoretického hlediska autor nevynechal, dle mého názoru, nic podstatného, kromě spirituální hypotézy o vzniku drogových závislostí. V dalších kapitolách, které jsou zároveň empirickou částí práce, kolega provedl dotazníkové šetření u klientů detoxifikačního odd. a následně interpretativní obsahovou analýzu.

Kolega v teoretické části prokázal schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části pro svůj výzkumný cíl využil kvalitativní výzkumnou metodologii s cílem zjistit jaká je motivace mladistvých uživatelů k abstinenci. Autor je poměrně stylisticky zdatný a v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost použít kvalitativní výzkumné postupy a srozumitelně interpretovat výsledky.

Přípomínky:

Formální: Neshledávám závažnější nedostatky, kromě toho, že formulace výzkumného cíle a okruhů sondy nenavazují na žádný předchozí výzkum v ČR v této oblasti. Pokud takový výzkum neexistuje doporučuji autorovi pokračovat v tématu v magisterském cyklu a využít sondy jako předvýzkum. (Podr. viz otázka k obhajobě.)

Obsahové: Práce by mohla mít hlubinnější interpretační záběr týkající se analýzy „cravingu“ dotazovaných. Např. zajímavý detail sebraných dat je, že všichni oslovení respondenti mají ve své drogové anamnéze experimenty s halucinogenními látkami. Empirická a hlubinná psychologie (např. W. James, C.G. Jung) a transpersonální psychologie (např. S. Grof a Ch. Grofová, D. Lukoff, T. Sachs) přichází se spirituální hypotézou vysvětlující puzení k opakování intoxikací a selhávání léčby, jako touhu po zážitku rozšířeného stavu vědomí u mladistvých uživatelů drog. Hovoří o archetypální touze lidí po navození rozšířených stavů vědomí a transů. Tyto zážitky jsou pro mladistvé často vykoupením do jiného neznámého intrapsychoického prostoru, kde prožívají spirituální, transovní, extatické nebo dokonce mystické zkušenosti, které pro ně nejsou v jejich každodenní realitě jinak dostupné. Hledají psychicko-spirituální dobrodružství. Viz. otázka k obhajobě.

Celkově: Ocenit musíme schopnost autora sesbírat citlivá data v rámci kvalitativní výzkumné sondy. Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Datum, podpis:

