

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifika léčby závislostí na návykových látkách u dětí a mladistvých

Bakalářská práce

Autor práce: Barbora Stifterová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Datum odevzdání práce: 2.5.2012

Abstrakt

Tato bakalářská práce má poukázat na problematiku drogové závislosti u dětí a mladistvých, konkrétně pak na způsob léčby této specifické klientely. Téma návykových látek mezi mládeží je naléhavým problémem naší současné společnosti. Statistické údaje ukazují, že trend zneužívání drog je v období dospívání nejvýraznější. Dále dle statistik každoročně vzrůstá počet uživatelů legálních, ale i nelegálních látek. Znepokojující je skutečnost, že drogová závislost prostupuje stále do nižších věkových skupin a není již problémem jen dospělých nebo mladistvých, ale také dětí.

V teoretické části jsem obsáhla specifika drogové závislosti, účinky drog, jejich rozšíření a rizika ve vztahu k dětem a dospívajícím, dále jsem se věnovala systému léčby pro uživatele návykových látek a na závěr jsem se zabývala specifickými metodami a přístupy při práci s drogově závislými nezletilými klienty.

V empirické části bylo mým cílem vydefinovat specifika léčby závislostí na psychoaktivních látkách u dětí a mladistvých. Konkrétně jsem se zabývala jejich motivací k léčbě, dále metodami a důležitými aspekty při práci s touto specifickou klientelou a také otázkou indikace substituční léčby.

Jako metodu sběru dat jsem zvolila kvalitativní výzkumu s technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl vybrán na základně kvótního výběru, kdy kvótou je odborný pracovník v léčebně resocializačním zařízení pro děti a mládež, dále region hlavního města Prahy a pracovní zařazení (psycholog, terapeut, sociální pracovník, lékař). Mého výzkumu se zúčastnilo celkem 10 respondentů.

V diskuzi jsem porovnávala výsledky získané vlastním výzkumem s teorií a jinými studiemi zabývajícími se stejnou problematikou. Na závěr své práce jsem stanovila tři hypotézy. Po vyhodnocení své výzkumné sondy a prohloubení si znalostí daného tématu si myslím, že je potřeba více se na tuto specifickou klientelu zaměřit a věnovat jí více pozornosti než doposud.

Abstract

This Bachelor's Thesis shall point out the problem of children and teen drug addiction, specifically the way of treatment of this specific group. The topic of addictive drugs among youth is an acute problem of our current society. Statistics show that the trend of drug abuse is the most significant during adolescence. Statistics further refer to an increasing number of legal as well as illegal drug users. Alarming is the fact that drug addiction infiltrates to lower and lower age groups and it is not the problem of just adults or teens any more but also children.

In the theoretical part I covered specifics of drug addiction, drug effects, their distribution and risks in relation to children and teens. Further I attended to the system of drug user treatment and in conclusion I dealt with specific methods and approaches when working with underage drug addicts.

In the empirical part I aimed to define the treatment specifics of psychoactive drug dependence of children and teens. I specifically dealt with their treatment motivation, further with the methods and important aspects when working with this specific group and also the question of replacement therapy indication.

I chose a qualitative research with the semi-structured interview to be the method of data collection. The research file was selected on the basis of a quota sampling, when the quota is a specialist in a rehabilitative medical facility for children and teens, the region of the capital city of Prague and a position (psychologist, therapist, social worker, doctor). In total 10 respondents took part in my research.

In the discussion I compared the own research results to the theory and other studies dealing with the same issue. In conclusion of my thesis I defined three hypotheses. After an assessment of my research and deepening the knowledge of the appropriate topic I think that it is necessary to focus more on this specific group and to pay more attention to it than it has been so far.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2012

.....

Barbora Stifterová

Poděkování

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce, Mgr. Pavlu Váchovi, za vřelý přístup, cenné rady, náměty a připomínky při vedení této práce. Za poskytnuté informace, ochotu a otevřenost při realizaci výzkumu patří mé poděkování všem zúčastněným respondentům.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY.....	8
1.1 Specifika drogové závislosti u mladistvých	8
<i>1.1.1 Příčiny vzniku drogové závislosti mladistvých</i>	<i>9</i>
<i>1.1.2 Specifika drogové závislosti mladistvých</i>	<i>11</i>
<i>1.1.3 Negativní důsledky nadužívání drog u mladistvých.....</i>	<i>12</i>
<i>1.1.4 Motivace mladistvých k léčbě.....</i>	<i>13</i>
1.2 Návykové látky ve vztahu k mladistvým	14
<i>1.2.1 Alkohol.....</i>	<i>14</i>
<i>1.2.2 Kanabinoidy.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.3 Halucinogeny.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.4 Taneční drogy – MDMA.....</i>	<i>16</i>
<i>1.2.5 Stimulancia</i>	<i>16</i>
<i>1.2.6 Opioidy a opiáty.....</i>	<i>17</i>
<i>1.2.7 Analgetika, sedativa a trankvilizéry.....</i>	<i>18</i>
<i>1.2.8 Těkavé látky</i>	<i>18</i>
1.3 Specifické léčebné programy pro uživatele drog	19
<i>1.3.1 Terénní programy</i>	<i>19</i>
<i>1.3.2 Nízkoprahová kontaktní centra.....</i>	<i>20</i>
<i>1.3.3 Lékařská ambulantní péče.....</i>	<i>20</i>
<i>1.3.4 Denní stacionář.....</i>	<i>21</i>
<i>1.3.5 Detoxifikační jednotky.....</i>	<i>21</i>
<i>1.3.6 Substituční léčba</i>	<i>22</i>
<i>1.3.7 Střednědobá ústavní léčba.....</i>	<i>22</i>
<i>1.3.8 Terapeutická komunita</i>	<i>23</i>
<i>1.3.9 Následná péče.....</i>	<i>23</i>

1.4	Přístupy, metody a důležité aspekty v práci s mladistvou klientelou	24
1.4.1	<i>Vztah terapeuta s klientem.....</i>	24
1.4.2	<i>Skupinová terapie.....</i>	25
1.4.3	<i>Individuální terapie.....</i>	26
1.4.4	<i>Práce s rodinou.....</i>	27
1.4.5	<i>Zážitková léčba</i>	28
1.4.6	<i>Programy krátkodobé intervence.....</i>	28
1.4.7	<i>Motivační rozhovory</i>	29
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	30
3	METODIKA	31
4	VÝSLEDKY	32
5	DISKUSE.....	42
6	ZÁVĚR	48
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	50
8	KLÍČOVÁ SLOVA	54
9	PŘÍLOHY	55

Úvod

Problematika drogové závislosti je téma, které se dostává stále více do popředí jako fenomén a problém celé naší společnosti. Jedná se o téma, které se stává aktuálnějším a akutnějším. Přesto je vzhledem k jeho závažnosti, podle mého názoru, stále málo diskutované širokou veřejností, která o něm nemá velké povědomí.

Drogami je zasaženo stále větší procento populace a už se nejedná pouze o problém dospělých lidí, kteří si způsob svého života vybrali sami. Návykové látky prostoupily do nižších věkových skupin a zasahují již i do života dospívajících, dokonce i do života dětí. Hektická moderní společnost, která lpí na materiálních hodnotách, pocit osamocení, citová nevyrovnanost, nuda a zvědavost jsou jen zlomek faktorů, kvůli kterým se někteří uchylují ke konzumaci omamných a psychotropních látek.

Myslím si, že je více než potřebné dozvědět se o této problematice více a učinit v přístupu k ní velké změny tak, abychom byli schopni chránit naše budoucí generace, respektive abychom jim byli schopni pomoci.

Proto se ve své bakalářské práci zabývám problematikou drogové závislosti u dětí a mladistvých. Teoretickou část jsem pojala jako průřez drogovou problematikou, přičemž jsem se zaměřila na specifika drogové závislosti u dětí a dospívajících, konkrétně jejím průběhem a jejich motivací k léčbě. Z velké části jsem se věnovala systému léčby drogově závislých a také typickým přístupům při práci s mladistvými klienty.

Cílem mého výzkumu bylo zmapovat oblast motivace mladistvých klientů k léčbě jejich drogové závislosti, dále pak vydefinovat účinné metody a přístupy v práci s touto klientelou a konečně získat dostatek informací a názorů na indikaci substituční léčby u mladistvých, stanovit její kritické aspekty a naopak výhody.

Léčba drogové závislosti bývá dlouhodobý a složitý proces. Vyžaduje kvalitní posouzení stavu problému, výběr vhodného léčebného programu, psychoterapeutické techniky i terapeuta. Záměrem této bakalářské práce je, aby sloužila jako nový zdroj poznatků o drogové problematice se zaměřením na děti a mladistvé a aby tak mohla přispět k zefektivnění intervencí s touto specifickou klientelou.

1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

Statistické údaje ukazují, že trend zneužívání drog je ve věku 15- 19 let nejméně výraznější. V porovnání s jinými věkovými skupinami je již samotná závislost odlišná. Vytváří se podstatně rychleji, častěji u nich dochází k polymorfnímu užívání a také jsou pro ně typické jiné druhy drog. (20) Stejně tak i léčba této věkové skupiny má svá specifika. Prioritním a mnohdy nejobtížnějším úkolem je motivovat klienta k jakékoliv aktivitě, jež by vedla ke změně životního stylu. Je potřeba počítat s masivními obrannými reakcemi, které je nutné umět zpracovat a nezapomínat na dynamiku osobnosti. Celkový vývoj člověka, jeho „zrání“, je totiž důležitým prvkem v procesu léčby, u mladistvých především. (12)

1.1 Specifika drogové závislosti u mladistvých

„Drogová závislost je chorobný stav spojený s neovladatelnou touhou po opakovaném brání drogy, mnohdy s tendencí zvyšovat dávky. Při nedostatku drogy může vzniknout abstinční syndrom, který souvisí s psychickou či fyzickou závislostí. Drogová závislost je spojena s negativními důsledky pro postiženého jedince i pro společnost.“ (27)

Drogová závislost je výsledek nutkavé touhy po změně prožívání reality skrze užití drogy. Tato touha dominuje nad ostatními činnostmi, které dříve klient s oblibou vykonával a rovněž má zajistit pocit uspokojení, který bez drogy již necítí.

Drogová závislost je diagnostikována, pakliže se během jednoho roku objeví alespoň tři z těchto projevů:

- Silná touha užívat látku, bažení (craving)
- Zhoršené sebeovládání při užívání drogy
- Abstinční syndrom (fyzický odvykací stav)
- Tolerance k látce
- Zanedbávání ostatních koníčků a zájmů
- Pokračování v užívání látky i přes zjevné škodlivé následky (20, 23)

1.1.1 Příčiny vzniku drogové závislosti mladistvých

Příčiny vzniku drogové závislosti jsou různé. Jedním z důvodů mohou být dysfunkční vztahy v rodině. V dnešní době je stále častější, že je rodina zakládána spíše pro uspokojení dospělých, než aby plnila své základní funkce, bývá málo stabilní a často končí rozvodem. **(18)** Pocity ohrožení zažívají děti i tehdy, objeví-li se v rodině nový druh/družka rodiče či přijde-li na svět mladší sourozenec. Rizikovým prostředím je dále rodina, kde panují extrémní poměry: přílišná svoboda, která hraničí s chaosem nebo lhostejností, žádná nastavená pravidla ani kontrola. **(9, 14)**

Někteří autoři **(9, 18)** spekulují o tom, že dalším negativním faktorem jsou masmédiá. Kromě toho, že jsou cenným přínosem informací, mohou mladé lidi naučit i rizikovému chování, jako je třeba násilí, kriminalita, agrese či právě zkušenost s drogou.

V neposlední řadě je rizikovým faktorem život ve městě a hektická povaha tohoto moderního světa vůbec. Město nabízí vysokou míru anonymity a široké možnosti trávení času – bary, diskotéky, herny. Dostupnost návykových látek je zde vysoká. **(18)** Děti tráví většinu času se svými vrstevníky, vzájemně se ovlivňují a bez dohledu rodičů hledají různé alternativy zábavy.

Přístupy k výkladu drogové závislosti jsou různé. Patří sem například biomedicínský model, model člověk – droga – prostředí či Platzův model. Dalším z přístupů je bio – psycho – socio – spirituální model závislosti. Jedná se o komplexní teorii, kde se objevuje interakce biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů. Většinou se neobjevuje pouze jedna příčina, ale hned několik v závislosti na sobě. Užívání drog je cesta, kterou chce člověk zmírnit psychickou bolest či prázdnotu, eliminovat projevy určité vztahové či osobnostní krize. **(11, 29)**

Biologická dimenze

Tento přístup uznává, že se některým jedincům nemusí v mozku objevovat dostatečné množství určité chemické látky, která vyvolává pocity radosti a uspokojení (zejména hormon dopamin, serotonin a endorfin). Mezi biologické faktory dále patří například problémové okolnosti těhotenství – zda sama matka užívala psychotropní

látky nebo jestli jí při porodu byly indikovány tlumivé léky. Dle výzkumů drogy způsobují hluboké změny v mozkových neurochemismech (neuromodulátory, neurotransmitery, neurohormony). Působí na neurotransmitery a ovlivňují produkci hormonů, čímž navozují různorodé změny kognitivních funkcí, nálad a chování **(4, 21)**

Psychologická dimenze

Z hlediska této dimenze má na jedince vliv již samotný průběh těhotenství, například pokud matka vnímala těhotenství jako stresovou záležitost. Nemenší význam má i postnatální péče - vnímání a uspokojování potřeb dítěte, podpora v dospívání, popřípadě podchycení vyvstalých osobnostních poruch. Lidé závislí na drogách prožívají nevědomý vnitřní konflikt, který vede k silné emoční bolesti, depresím, úzkostem, pocitům viny a nízkému sebevědomí. Tito lidé cítí intenzivní touhu těmto pocitům uniknout a pro jejich odstranění, stejně tak jako pro uspokojování dalších svých potřeb, využívají nezralé a zkratkovité vzorce chování. **(11, 21)**

Negativní psychologické důsledky drogové závislosti bývají zejména nízké sebehodnocení, zlost, sebelítost, přecitlivělost či zášť vůči ostatním. To všechno však provokuje jedince k dalšímu vyhledávání a konzumaci drog, čímž obtíže a závislost vzrůstají a v důsledku toho dochází ke zvyšování tolerance drogy. **(4)**

Sociální dimenze

Velký význam z tohoto hlediska má rodina. Negativní vliv na člověka má například rozvod rodičů, jejich nezájem nebo dysfunkční vztahy. Ještě složitější situace nastává, pokud jedinec vyrůstá v rodině závislých osob - je svědkem falešných slibů a výkyvů nálad. Zároveň je ale rodina důležitým ochranným prvkem. Musí být stanovena jasná pravidla odpovídající věku dítěte, dostatečná péče a přiměřený dohled, prostor pro kvalitní zájmy a záliby a možnost otevřené komunikace. **(5, 7)**

Sociální teorie vyzdvihuje snadnou dostupnost drog ve společnosti, mluví o strachu z odtržení od rodiny a o snaze posilovat vazby blízké osoby. Velký vliv na jedince má skupina vrstevníků, se kterými se jedinec stýká. Mladí hledají pocit přijetí a sounáležitosti jinde o to víc, pokud je nenachází ve své rodině. **(21)**

Důsledkem užívání drog vznikají i další sociální problémy, například potíže v zaměstnání, finanční problémy, úskalí ve vlastních partnerských vztazích, rozpory se zákonem, narušení přátelství, sociální stigmatizace nebo pokles sociálního statutu. **(4)**

Spirituální dimenze

Otázky návykových poruch a poruch závislosti nutně souvisí rovněž s filosofickými otázkami, přístupem klienta k životu jak v osobní oblasti, tak i v oblasti široce sociální, v oblasti světa svého okolí. **(1)** Závislost z hlediska spirituální dimenze souvisí především s pocitem odcizení se dnešnímu modernímu světu. Spirituální potřeby člověka v dnešní hektické době nejsou uspokojeny, absentují duchovní hodnoty a převládají ty materiální. Někteří jedinci se také prostřednictvím drog pokouší poznat sami sebe nebo prolomit svou osamělost. Prostřednictvím drogy nahrazují svá "strádání". Toto řešení je však krátkodobé a brzy ho stírá ještě větší stres. Místo nalezení svobody a pochopení sebe samého končí tyto experimenty závislostí. **(4, 11)**

1.1.2 Specifika drogové závislosti mladistvých

Období dospívání a mládí patří k nejkritičtějším a nejobtížnějším stádiím ve vývoji jedince. Vyznačuje se množstvím psychických a sociálních změn, jejichž cílem je dosáhnout soběstačnosti, dospělosti. Dospívající už nechce být dítětem, ale neumí být dospělým. Je to období prudkého vývoje osobnosti, charakterizované hledáním smyslu světa, života a sebe. **(24)** I drogová závislost má tedy svá specifika:

- Závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji v období dospívání než v dospělosti.
- Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav kvůli snížené toleranci, sklonu k riskování a nedostatku zkušeností. Intoxikace je vyvolána nižší dávkou látky.
- Obzvláště děti a mladiství mají vyšší tendence experimentovat, kombinují různé druhy návykových látek častěji než dospělí (polymorfni užívání drog).
- U mladistvých je větší riziko nebezpečného chování během intoxikace.
- Riziko agrese, delikvence a zvýšené riziko suicidálního chování.

- Zneužívání drog u mladistvých zanechává očividné následky v oblasti jejich psychosociálního vývoje – zaostává emoční zralost, sociální dovednosti, sebekontrola a sebehodnocení.
- Recidivy závislostí jsou u dospívajících frekventované, avšak dlouhodobá prognóza je příznivější, než jak by se dalo usuzovat podle bouřlivého průběhu užívání. **(20, 30)**

1.1.3 Negativní důsledky nadužívání drog u mladistvých

Projevy jednotlivých poruch jsou závislé na typu látky, užívaném množství, na charakteristikách jedince a případně i na přítomnosti další psychopatologie.

U mladých lidí, užívajících psychoaktivní látky, bývají časté změny nálad, kognice a chování. Změny kognice mohou zahrnovat její narušení či změny v rozsahu pozornosti, změny nálady mohou sahát od deprese až k euforii. Dalším rizikem je vznik toxických psychóz. Může se vyskytnout dezinhibice (nekontrolovatelnost), letargie (netečnost), hyperaktivita, agitace (přesvědčování lidí pro určitý cíl), somnolence (snížená bdělost) či hypervigilance (nadměrná koncentrace pozornosti). Častým rysem užívání návykových látek u adolescentů je zhoršení psychosociálního fungování a prospěchu – konflikty interpersonální, rodinné či sociální. **(22, 30)**

Užívání drog má dále negativní vliv na fyzický stav jedince, který se různí co do druhu drog. Tento způsob života vede ke zvýšenému riziku vzniku infekčních (hepatitidy, virus HIV) i neinfekčních chorob. Častá jsou různá orgánová postižení – poškození cévního a dýchacího systému, ledvin, jater a poškození centrálního nervového systému. **(11)**

Nelegálnost užívání drog je sama o sobě rizikem, které v určitých případech přesahuje rámec fyzických účinků drog. Užívání drog v případě přistižení s sebou nese reálné, dlouhotrvající důsledky, mimo jiné vyloučení ze školy, záznam v rejstříku trestů a sociální stigma. Mladí lidé musí vědět, že pokud budou přistiženi při držení drog, vydávají se do rukou současných systémů justice pro mládež a trestní justice. **(22)**

1.1.4 Motivace mladistvých k léčbě

„Motivace se při moderní léčbě závislosti považuje za dynamicky se měnící stav, který je možné a žádoucí vhodně ovlivňovat.“ (19) Je definována celkem pěti fázemi. Ve všech těchto stádiích může klient vyhledat pomoc či od léčby upustit a zrelapsovat:

První stádium – prekontemplace

Stádium prekontemplace se také někdy označuje za stádium nulté. Klienti nevnímají užívání drog jako problém, ve své aktuální situaci se cítí dobře, droga pro ně znamená zábavu a její braní považují za prospěšné. Typické pro mladistvé – jejich závislost se sice rozvíjí rychleji, avšak její důsledky jsou spíše skryté a projevují se vzhledem k jejich věku i době užívání pomaleji. Problémy, které souvisí s užíváním drog, externalizují do okolního světa, jenž je pro ně nespravedlivý a zlý. Svě chování dokáží dobře racionalizovat. Myslí si, že mají vše pod kontrolou. (23)

Druhé stádium – kontemplace

I v tomto stádiu pociťují klienti z drogy uspokojení, avšak oproti první fázi jsou již schopni uvědomit si problémy, které přímo se závislostí souvisí. Dobré a špatné stránky užívání drogy jsou v rovnováze. Závislí se navíc začínají bát o svou budoucnost. Právě v tomto stádiu je intervence terapeuta obzvlášť efektivní, pakliže se mladistvé snaží upozornit na rozpory v užívání. Mladistvého lze přimět k uvažování o možnosti změny, motivovat ho k abstinenci, případně k nástupu do léčebného programu. (11)

Třetí stádium – determinace

Ve stádiu determinace, nebo také odhodlání, je terapeutova snaha posilovat motivaci klienta nejpotřebnější. Klienti se kvůli droze dostávají do stále složitějších situací, a tak ztráty začínají nad zisky převažovat. Je to fáze největšího odhodlání vyhledat pomoc, spolupracovat a změnit svůj život na život bez drog. Nejen u mladistvých se jedná o jedno z nejdůležitějších stádií. Terapeut by měl mladistvého upozornit a poukázat na atraktivní aspekty života bez drog a vést ho abstinenci. (23)

Čtvrté stádium – akce

Právě v tomto stádiu je potřeba změny na vrcholu. Klientův rozpor zesílí tak, že se závislý odhodlá k realizaci svého rozhodnutí. K tomu mu z velké části mohl být nápomocný i terapeut, jenž s ním pracoval a posiloval jeho motivaci. **(20)**

Páté stádium - maintenance

Tato fáze pro klienta znamená návrat do reality a život bez drog. Jde vlastně o udržení abstinence. Pochopitelně se toto období neobejde bez těžkostí. Klient je vystaven nelehké realitě - ohrožujícímu prostředí. U mladistvých toto riziko spočívá především v drogami zasažené partě a závadnému, nefungujícímu rodinnému systému. Toto stádium často bývá pro klienty velmi obtížné, protože už jim na každém kroku není oporou terapeut – venku si musí poradit sami. **(11)**

1.2 Návykové látky ve vztahu k mladistvým

Pojem návykové látky zahrnuje všechny omamné a psychotropní látky, které působí na centrálně nervovou soustavu, kde mění mozkové funkce, a tedy ovlivňují psychiku člověka (vědomí a vnímání), jeho sociální chování, ovládací a rozpoznávací schopnosti.

1.2.1 Alkohol

Dětský a mladistvý věk mají ve vztahu k alkoholu svá specifika. V současné době jejich význam narůstá, neboť konzumace alkoholu a jeho abusů sestupují do nižších věkových skupin.

V dnešní době je alkohol legální téměř ve všech státech světa. Naše legislativa přepokládá právní prevenci, kdy alkoholické nápoje nesmějí být prodávány osobám mladším 18 let. Avšak toto zákonem stanovené pravidlo není dodržováno a chybí zde jasný mechanismus postihu při jeho porušení. Děti a dospívající se dennodenně setkávají s propagací alkoholu. Je součástí naší kultury, našeho životního stylu.

Alkoholem slavíme („A na to se napijeme!“), odpočíváme („Už se nemůžu dočkat, až se natáhnu a dám si jedno!“) a dokonce se i léčíme („Musím si dát drink!“). V adolescenci je alkohol považován za běžnou část života. **(17, 22)**

Léčba alkoholismu u mladistvých je obzvláště obtížná, protože kvůli pití zatím neměli žádné zdravotní potíže, nesáhli si kvůli němu na samé dno a jsou přesvědčeni, že s ním mohou kdykoli přestat. Jako efektivní se jeví klást důraz na rodinnou terapii. **(4)**

1.2.2 Kanabinoidy

Nejčastěji se na černém trhu objevují dvě formy konopných drog: ***Marihuana*** (sušený květ a horní lístky ze samičí rostliny konopí) a ***Hašiš*** (vyrábí se z listů, stonků a pryskyřice konopí). Konopné drogy jsou velmi rozšířené, prakticky skoro všude dostupné a jsou typické a aktuální především pro osoby v období dospívání a adolescence. Užívání konopí je dle současného trendu stále na vzestupu, přibývá experimentátorů i rekreačních uživatelů, a to právě zejména v mladistvém věku. Alespoň jednu zkušenost s marihuanou má ve věku 15 – 19 let téměř 50% osob. **(11)**

Mladá generace považuje kanabinoidy, zvláště marihuanu, za součást kultury stejně jako tabák či alkohol a dokonce za méně škodlivou. Zkušenost s marihuanou je skoro tak častá jako s alkoholem. Pro své euforizující účinky je mezi mladými velmi oblíbená a je spojována s mnoha rituály. **(15)**

Uživatelé marihuany či hašiše většinou sami odbornou pomoc nevyhledávají, častější kontakty s odborníky jsou ze strany rodičů, školy či blízkých známých. Není výjimkou, že vyhledání pomoci předchází výskyt příznaků nějaké duševní poruchy. **(13)**

1.2.3 Halucinogeny

Halucinogeny jsou psychoaktivní látky přírodního či syntetického původu, které vyvolávají halucinace. Z přírodních halucinogenů je u nás nejrozšířenější Psilocybin, který je obsažen v některých houbách rodu lysohlávek rostoucích na rumišťích. Pro jeho relativně snadnou dostupnost na území naší republiky je mezi mladistvými poměrně

dost oblíben. **(24)** Oblíbeným syntetickým halucinogenem je pak LSD, jež je mladistvými vyhledáván zejména pro jeho barvité, nezapomenutelné zážitky.

Užívání halucinogenů je převážně vázané na subkulturní prostředí se specifickou hudbou, oblékáním, životním stylem a rituály. **(4, 13)** I proto pro halucinogeny platí, že jsou charakteristické spíše pro mladou generaci uživatelů.

Jejich rizikovost spočívá ve vyvolání nebezpečných situací a nepředvídatelného chování jedince, které může vést až k paranoidnímu sebedestruktivnímu jednání či spuštění latentních psychických chorob. O to větší je toto riziko, jestliže tendence riskovat a experimentovat jsou ještě výraznější – tak jako je tomu u mladistvých. **(15)**

1.2.4 Taneční drogy – MDMA

Nejrozšířenější taneční drogou je bezpochyby látka MDMA (extáze), MDA aj. Trend užívání extáze na „parties“ se začal objevovat v 70. letech v Americe. Rychle se rozšířil i do Evropy a v současné době je užívání MDMA na tanečních akcích mladými lidmi doslova fenoménem, vydrží totiž tančit celý večer. Statistiky ukazují, že užívání extáze mladistvými je stále na vzestupu. **(11)**

Mimo kýženou nadměrnou fyzickou výdrž užívají extázi i pro pocity klidu, pohody, energie a silnější prožitek z hudby na párty. Intoxikovaní zažívají silný pocit štěstí, porozumění a souznění s druhými lidmi. **(9, 21)**

U mladistvých se v důsledku nadměrné fyzické aktivity a nedoplňování tekutin během tanečních akcí poměrně často vyskytuje komplikace zkolabování z důvodu přehřátí či dehydratace. Velký problém je i návyk určitého životního stylu spojeného s užíváním extáze. **(21)**

1.2.5 Stimulancia

Nejvýznamnější látkou z této skupiny drog je jednoznačně metamfetamin ***Pervitin***. Jinou oblíbenou, avšak ne tolik rozšířenou drogou je ***Kokain***. K jeho nadužívání nedochází tak často zejména z toho důvodu, že je poměrně drahý a v porovnání s

pervitinem je tedy nevýhodný. Za mnohem vyšší cenu účinkuje při stejném množství kratší dobu. **(21)**

Zato pervitin se vyrábí relativně snadno. Prekurzor pro výrobu pervitinu je látka efedrin, kterou lze získat z léků. U nás je celá řada výroben, na černém trhu je hodně rozšířen a pro jeho snadnou dostupnost je mezi mladými lidmi velmi oblíben. **(15)**

U dětí a mladistvých je pervitin snad nejčastěji vyhledávanou drogou, a to právě pro jeho stimulační účinky, které mohou děti a mládež hodnotit jako pozitivní například k dosažení vyšších výkonů při studiu, sportu, ale i při sexuálních aktivitách. Mezi účinky, pro které je tolik vyhledáván, patří zejména euforické stavy, pocit uvolnění a štěstí, zvýšené sebevědomí, tělesný i duševní výkon. Uživatelé těchto drog nepociťují únavu, jsou více hovorní, nemají chuť k jídlu. **(9, 13)**

Užívání stimulancií s sebou nese velká rizika. Po odeznění účinků často přicházejí deprese, které vedou k jejich dalšímu užití. Další riziko je vznik toxické psychózy („stíhy“), tedy kombinace extrémní vztahovačnosti a paranoidních představ. Na pervitinu vzniká silná psychická závislost a její léčba je obzvláště obtížná. **(11)**

1.2.6 Opioidy a opiáty

Nejznámější a nejzneužívanější látkou tohoto druhu je **Heroin**. Mezi mladými naštěstí není tolik dominantní. Hlavním účinkem heroínu je pocit zklidnění a příjemné euforie. Spokojenost střídá apatie vyvolaná utlumením nervového systému, srdeční činnosti a dechového centra. Oproti jiným drogám je typickým projevem mióza (zúžení zornic), zhoršení kognitivních funkcí a srozumitelnosti řeči. **(13)**

Heroin je jedna z nejnebezpečnějších drog, způsobuje těžkou fyzickou i psychickou závislost a léčba bývá zpravidla jednou z nejtěžších. Osvědčila se a v současné době je hodně využívána substituční léčba. Substitučními látkami jsou **Metadon** a **Bubrenorfin**. **(11)** Mají podobné účinky jako heroin, ale vyrábí se legálně pouze pro medicínské účely. Prosakují však již i na nelegální trh, kde jsou vyhledávány jako náhradní nebo doplňující drogy. V poslední době k tomuto jevu dochází stále častěji mezi mladými, pro které představují zpestření jejich drogové kariéry či náhražku za drogu primární. **(4)**

1.2.7 Analgetika, sedativa a trankvilizéry

Analgetika jsou látky, které snižují vnímání bolesti. Neopomenutelné léky řadící se do této skupiny jsou psychofarmaka. Sedativa mají zklidňující účinek. Patří sem například hypnotika. Trankvilizéry neboli anxiolitika jsou léky, které pozitivním způsobem ovlivňují náladu – odstraňují úzkost, napětí a strach. Do těchto skupin patří celá řada dalších léků. **(11)**

Děti a mladiství jsou zvláště ohroženou skupinou, neboť k takovýmto lékům mají často volný přístup v domácích lékárnkách a díky své zvědavosti s nimi rádi experimentují. Často je kombinují s alkoholem, což pro jedince představuje vysoké riziko otravy nebo kolapsu. V posledních letech se však odhaduje, že význam psychotropně působících léků u mladistvých ustupuje do pozadí, zjevně protože již na trhu mají přístup k širší škále psychoaktivních látek. **(15)**

Léčba závislostí na lécích je často podceňována, pravda je však taková, že mnohdy tato léčba bývá delší a náročnější než u jiných závislostí. Začíná pobytem na detoxifikační jednotce a pokračuje postupným snižováním dávek užívaných léků. **(4)**

1.2.8 Těkavé látky

Do skupiny těkavých látek patří toluen, aceton, benzin a z nich vyrobené různé preparáty jako jsou lepidla a čisticí prostředky. Dále sem patří například rajský plyn a éter. Nejrozšířenější těkavou látkou je toluen („tėčko“), který je nejlacinější. **(4)**

Abusus těkavých látek je typický pro dětský věk, nejčastěji ve věku 10 – 14 let. Tyto látky jsou snadno dostupné a jejich koupě není finančně náročná. Nejčastěji se sniffing (čichání) odehrává ve skupině více lidí, zcela výjimečně individuálně. Po patnáctém roce věku sklony k užívání organických rozpouštědel mizí, k dvacátému roku jsou zaznamenané případy téměř nulové. **(15)**

Během intoxikace uživatelé popisují zážitky ve formě barevných obrazů, které mohou částečně regulovat a promítat do nich svá přání. Objevují se další prvky jako létání, vznášení apod. **(13)**

Při léčbě je nutno spolupracovat nejen s pacientem, ale i s jeho okolím – upozornit na takové jednání školu a pracovat s celým rodinným systémem. Nutné je izolovat klienta od party vrstevníků, se kterými sdílel závislost. **(11)**

1.3 Specifické léčebné programy pro uživatele drog

Specifické potřeby jednotlivých cílových skupin dnes vyžadují širokou nabídku léčebných zařízení a programů, které mají uživatelům zajišťovat optimální služby léčebné péče. Od terénních programů a výměnných programů injekčního materiálu, motivačního tréninku, ambulantní psychoterapeutické či farmakoterapeutické péče až po dlouhodobou rezidenční léčbu v terapeutické komunitě či doléčovací program. **(12)**

Avšak pouze malý zlomek těchto programů a léčebných zařízení je určen pro mladistvou klientelu. V rámci léčby mladistvých je kladen zvláštní důraz na jejich psychický rozvoj, zejména zvládání emocí, ale i dalších faktorů, které jsou vnímány jako hlavní příčina problémového užívání drog. Jednou z priorit je vytváření adekvátnějších a atraktivnějších léčebných služeb pro mladé uživatele drog. **(5)**

1.3.1 Terénní programy

Terénní program, streetwork, je realizován přímo v přirozeném prostředí klientů. Je určen těm, kteří se nacházejí v rizikových oblastech a obvykle drogy pravidelně užívají. U mladistvých jsou takovým rizikovým místem například diskotéky či jiné taneční akce. Terénní služby nabízí výměnu stříkaček a jehel za čisté, kondomy a náčiní na desinfekci. Rovněž uživatelé drog informují o rizicích spojených s užíváním a předávají jim informace o dostupných programech pomoci a léčby. **(9, 18)**

Cílovou skupinou terénní sociální práce jsou obvykle ti uživatelé, kteří ještě vnímají užívání drog a s ním spojené následky pozitivním způsobem. Jedná se o tzv. skrytou populaci. Obvykle se terénní práce zaměřuje na mladé lidi, experimentátory anebo naopak na problémové uživatele, kteří si drogu aplikují nitrožilně a zároveň nemají přístup k jiným službám. **(18)**

Hlavním cílem terénních programů je navázat s těmito klienty vztah postavený na vzájemné důvěře a následně je pak motivovat ke změně rizikového chování a také udržení této změny. Svými intervencemi působí ke stabilizaci životního stylu. **(12)**

1.3.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Služby nízkoprahového centra je vhodné vyhledat tehdy, pokud se rodiče závislých dětí nebo uživatelé samotní chtějí informovat o možnostech léčby nebo o prevenci infekčních nemocí, testech na HIV apod. Dále pokud dítě, které drogy užívá pravidelně, využívá výměnného programu injekčního materiálu, či potřebuje docházet na motivační skupinu před léčbou. **(9)**

Kromě výše zmíněných služeb poskytují kontaktní centra i další výkony, jako je hygienický či potravinový servis, krizová intervence, odběry biologického materiálu, psychologické vyšetření apod. **(2)**

Nutno podotknout, že v našem systému služeb chybí mimonemocniční služby pro dospívající, a to především v malých městech. Kvalitní mezioborový tým pracovníků nízkoprahových zařízení jim je schopen poskytnout efektivní motivační trénink, vybrat jim vhodnou léčbu šitou přesně na míru, případně jim nástup do léčby zprostředkovat. **(12, 18)**

1.3.3 Lékařská ambulantní péče

Cílová populace není blíže vymezena. Ambulantní péče je vhodná jak pro studenty ze základních, středních i vysokých škol, tak pro dospělé. Vítanými návštěvníky jsou i rodiče, příbuzní, partneři, přátelé, spolužáci – všichni, kdo jsou ve styku s člověkem, který má problém se zneužíváním návykové látky. **(4)**

Ambulantní péče se nejčastěji využívá v počáteční fázi léčby před nástupem do vlastního léčebného programu pobytovou formou. Může klienta motivovat a připravit na pobyt v terapeutické komunitě či ústavní léčbě. Pokud je však kvalitní a komplexní, může její potřebu či délku snížit. Velmi často se také naopak využívá

v období doléčování jako podpora v abstinenci. Mladistvé klienty během procesu léčby často provází od jejího začátku po samotný konec. **(12)**

Jedná se především o psychoterapii a poradenství zaměřené na problémy s drogami, které lze zvládat ambulantně. Ambulantní léčba již na klienty klade určité nároky. Na počátku práce s klientem je připraven individuální plán léčby, jehož plnění se pak pravidelně přezkoumává. Někdy může být součástí párová terapie, či v případě mladistvých rodinná terapie. **(9, 18)**

1.3.4 Denní stacionář

Denní stacionář poskytuje celodenní zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou a rehabilitační péči ve formě ambulantní léčby po dobu 2 – 3 měsíců. **(2, 18)** Je typickým zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Má význam tehdy, pokud uživatel má kde bydlet, ale nemůže být nebo by neměl být sám doma nebo je pro něj běžná ambulantní péče nedostatečná, a přitom nezbytně nepotřebuje absolvovat pobytový léčebný program. **(4)**

Většinou bývá specifikován minimální věk 17 let. Horní hranice uvedena není, avšak věk nad 30 let je v praxi málo častý a nad 35 let neobvyklý. Tyto hranice jsou stanoveny v závislosti na kritériích, která jsou určující pro umístění do denního stacionáře. Ne pro všechny je vhodný a ne každý v něm dokáže obstát. Pro mladistvé by mohla být problematická podmínka neškodícího sociálního okolí a elementární podpora v nedrogovém prostředí. Například bydlí-li klient v původní rodině, je vyžadována alespoň částečná akceptace ze strany rodiny, tolerance přátel apod. Život v drogové partě nebo bydlení v drogovém bytě nejsou pro tento typ léčby příznivé. **(12)**

1.3.5 Detoxifikační jednotky

Vlastní léčba jak dospělých, tak i dětí a mladistvých je nejčastěji zahajována právě na detoxifikačních jednotkách. Jedná se o krátkodobou hospitalizaci, během níž se řeší

tělesné či psychické problémy vyvolané abstinčním syndromem. Po zvládnutí těchto akutních obtíží musí následovat delší léčba – obvykle pobytová. Zároveň většina zařízení poskytujících dlouhodobou pobytovou léčbu vyžaduje, aby klient do léčby nastupoval bezprostředně po absolvování detoxifikačního programu. **(9, 18)**

Důležitá je zejména práce s motivací a techniky posilování motivace. Lze využívat relaxační techniky, rodinnou terapii, krizovou intervenci či provést psychologické vyšetření. V práci s dospívajícími má kontakt s rodiči nebo opatrovníky, vzdělávání a psychologická podpora při hledání následné léčby obzvláště velký význam. **(12)**

1.3.6 Substituční léčba

Substituční programy jsou jednou ze zavedených forem péče o uživatele drog opiátového typu, v jejichž rámci je klientům podávána náhražka nelegální drogy. V současné době jsou využívány látky metadon a subutex. Léčba je zaměřena na fyzickou, psychickou a sociální stabilizaci uživatele a zároveň prevenci kriminálního chování uživatelů v souvislosti se získáním prostředků na drogu. **(18)**

Kromě toho, že substituce metadonem umožňuje závislé udržet v léčbě a pomáhá kontrolovat užívání opiátů, může snížit i riziko infekce virem HIV tím, že omezuje nitrožilní užívání drogy. **(23)**

Existuje však několik kritických otázek souvisejících s indikací substituční léčby. Těmi jsou například indikace substituce u těhotných žen či u mladistvých. Je nutno brát v potaz psychickou vyspělost, motivovanost a také drogovou zkušenost dospívajících, aby později nedocházelo ke zneužívání substitučních látek jako náhražky za drogu primární. **(28)**

1.3.7 Střednědobá ústavní léčba

Program střednědobé léčby je komplexní, sdružuje přístupy terapeutické a výchovně - edukativní. Terapeutické přístupy mají charakter zdravotnických postupů (ošetřovatelské, léčba přidružených somatických a psychických komplikací, speciální

vyšetřovací postupy), dále pak psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná) a sociální péče (informační servis, poradenství). Základem, na kterém je komplexní systém postaven, je strukturovaná léčba s režimem. **(2, 4)**

Mladistvým klientům umožňuje ústavní léčba navázat na činnost ve škole vytvořením individuálních studijních plánů. Častá a prospěšná je v případě mladistvých práce s rodinou, kterou zařízení kontaktuje a je kompetentní pracovat s celým jejím systémem. Velký důraz je také kladen na volnočasové aktivity, které klientům pomáhají obnovit některé přirozené zdroje zálib a koníčků. Pro tyto účely se užívají různorodé techniky a metody, přičemž jako efektivní se hodnotí zejména zážitková léčba. **(9, 12)**

1.3.8 Terapeutická komunita

Obvykle se doporučují komunity mimo město, odkud klient pochází. Nejčastěji poskytují své služby osobám starším 18 let, avšak v současné době již existuje několik specializovaných komunit přímo pro mladistvou klientelu. Cílovou skupinou jsou osoby nezralé, ti, kdo mají rozvinutou silnou závislost na drogách – tj. nejčastěji po několika letech užívání a po selhání krátkodobějších forem léčby. **(9)**

Významnou součástí sociální práce s mladistvými klienty je postupné obnovování kontaktů s vnějším nezávadným sociálním prostředím včetně rodinného systému a zvyšování kvality jejich sociálního fungování. Žádoucí bývá přerušeni nebo omezení kontaktů s lidmi, s nimiž klient sdílel svou závislost v rámci drogové subkultury. Důraz je dále kladen na prevenci relapsu, neboť pro mladistvé bývá zpravidla nejtěžší ustát tlak drogového prostředí po absolvování léčby. **(12, 18)**

1.3.9 Následná péče

Následná léčba je určena těm klientům, kteří již absolvovali léčbu v nemocnici či jiný pobytový program a nabízí jim následnou péči v podobě psychoterapie, poradenství, sociální práce, někdy i dočasné chráněné bydlení. **(2, 9)**

I v následné péči je podstatnou složkou práce s rodinnými příslušníky klienta. V průběhu užívání drog dítětem postupně dochází k naprosté ztrátě důvěry ze strany rodičů. Mezi rodiči a dětmi tak vzniká dusná atmosféra nedůvěry, která obě strany přivádí do patové situace. Rodiče skrze kontakty s odborníky musí pochopit, že se výrazně podílejí na výsledku celého procesu úzdravy, ke kterému může patřit i zhoršení situace jejich závislého dítěte. **(12)**

V rámci následné péče je nutné naučit klienta vyhýbat se rizikovým situacím, které ho v jeho přirozeném prostředí čekají, popřípadě je dobře zvládat. Ať už se jedná o kontakt se závislou partou vrstevníků nebo těžkou životní situací, která by užití drogy mohla podpořit. Dospělým je nabízena pomoc při hledání zaměstnání, bydlení, splácení dluhů, mladistvým například při zajištění nástupu do školního zařízení. Dále je potřeba závislému pomoci vybudovat nové, drogami nezasažené sociální vztahy. **(4)**

1.4 Přístupy, metody a důležité aspekty v práci s mladistvou klientelou

Přístupů a metod v sociální práci s cílovou klientelou drogově závislých je nepočítatelně mnoho. Patří sem teorie psychoanalytické, kognitivně – behaviorální, dynamické, psychoterapeutické přístupy, přičemž tento výčet by mohl ještě velmi dlouho pokračovat.

V této kapitole se zaměřím na takové metody a přístupy, které jsou typické pro drogově závislé mladistvé klienty, neboť jak bylo popsáno výše – dospívání je specifické období v životě člověka, ve kterém dochází k radikálnímu rozumovému, psychickému i sociálnímu vývoji. Sama závislost na návykových látkách se od té v dospělosti liší, a tedy i přístup v léčbě mladistvých má své specifické aspekty.

1.4.1 Vztah terapeuta s klientem

Výsledek léčby je z velké části ovlivněn povahou a kvalitou vztahu, který je mezi klientem a terapeutem, a dále také prostředím, ve kterém se tato kooperace odehrává. Tento fakt byl prokázán více než tisícem relevantních studií vztahu mezi terapeutickou

aliancí a výsledkem léčby. Jednou z nejvýznamnějších charakteristik pozice terapeuta jsou jeho dobré interpersonální vlastnosti. **(8)**

Z těchto vlastností dominují zejména dobré komunikační dovednosti. Jednou z těchto základních je aktivní (zúčastněné) naslouchání. Jeho účelem je klientovi porozumět, čehož dosáhneme i soustředěným vnímáním jeho neverbálních projevů. Další složkou účinné komunikace je schopnost empatie. Empatie znamená vcítit se do pozice druhého tak, jako bychom se dívali jeho očima a byli citliví ke změnám, které se v něm odehrávají. Emoční inteligence je nadřazený pojem empatii a znamená schopnost zvládat své emoce, a také vcítit se do pocitů druhých. **(16, 23)**

Přínosný vztah klienta s terapeutem by měl být především důvěrný a nepatologický. Zvláště mladiství ocení, představuje-li tento vztah něco zajímavého a atraktivního, něco nového. Měl by být svobodný, přesto bezpečný (jasně vymezený) a pravdivý. Adolescentovi by měl umožnit být slabý, a zároveň ho podporovat, umožnit mu, aby objevil své nedostatky, a zároveň se je snažil překonávat. **(12)**

Mladistvý by si měl být vědom jasně daných hranic ve vztahu s terapeutem. Přitom by měl cítit, že je centrem pozornosti a že o něj má terapeut opravdu zájem. Tato skutečnost je nezbytná k tomu, aby byl klient sám sebou (se svými slabostmi i úzkostmi) a aby alespoň částečně mohl opustit své obranné mechanismy, své falešné, nepravé Já. **(12)**

1.4.2 Skupinová terapie

Práce s adolescenty probíhá nejčastěji právě ve skupinové formě. Reaguje na určité charakteristiky dospívání, a to konkrétně na touhu někam patřit, s něčím či někým se identifikovat, začlenit se, být s někým v blízkosti. Ze sociálního hlediska je pro mladistvé tato forma kontaktu přijatelnější než práce individuální. Z psychologického hlediska skupina eliminuje osobnostní nejistoty jedince a zároveň se v ní vytrácí pocity vlastní nedostatečnosti. **(12)**

Takto vytvořená skupina může mít mnoho podob. Může být tematicky zaměřená – například autobiografická skupina, skupina prevence relapsu, či může obsahovat více

aspektů najednou. Spočívá v pravidelném setkávání a má motivační a interakční charakter. Její součástí je nácvik komunikačních dovedností, zvládání rolí apod. **(2)**

Je definováno deset základních efektivních faktorů ve skupinové psychoterapii. Vedle samotného členství ve skupině je to emoční podpora, moment pomoci druhým, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností. **(4)**

V případě léčby mladistvých klientů je nejčastěji používanou formou psychoterapie právě skupinová terapie. Matoušek a Kroftová (1997) dále uvádějí, že „*pokud se při práci s rizikovou mládeží používá individuální psychoterapie, je většinou kombinována se skupinovými psychoterapeutickými a komunitními přístupy. Jen zřídka se doporučuje a provádí hlavní, samostatný přístup k ovlivňování rizikové mládeže.*“

1.4.3 Individuální terapie

Individuální terapie se účastní pouze dva prvky – terapeut a klient. Mezi nimi vzniká během léčby silný a důvěrný vztah, který se odvíjí zejména od přístupu, vlastností a dovedností terapeuta (viz. kapitola 1.4.1). Terapeut řídí, vede a kontroluje průběh setkání. **(4)**

Hlavním prostředkem individuální terapie je rozhovor. Kontrakt terapeuta a klienta začíná identifikací cílů, obsahu a rozsahu sezení. Je nutné stanovit si pravidla a vymežit role a úlohu klienta i terapeuta. **(2)** Při léčbě mladistvých je individuální terapie využívána, zejména je-li žádoucí věnovat se problému více do hloubky nebo je-li vhodné posílit vztah mezi klientem a terapeutem.

Jak již bylo řečeno, v současnosti se během práce s mladistvými klienty preferuje práce skupinová, avšak osvědčuje se i kombinace těchto dvou stylů. Výhodou kombinované terapie je efektivní snížení fenoménu vypadnutí klienta z programu. Při aplikaci individuální terapie jednomu členovi skupiny je třeba dbát na to, aby se ostatní necítili znevýhodnění oproti tomu, kdo je v obou programech. Je vhodné, aby se eliminovaly pocity nadstandardní péče a diskriminace. **(12)**

1.4.4 Práce s rodinou

Jde o standardní psychotherapeutickou metodu, která vychází z předpokladu, že většina psychických, sociálních i psychosomatických problémů má svůj počátek a souvislosti právě se vztahy uvnitř rodiny. Ovlivňování komunikace a smiřování vztahů uvnitř rodinného systému z velké části determinují průběh a výsledky léčby. Primární snahou práce s rodinou je získat její členy ke spolupráci, seznámit je s léčbou a pracovat na zlepšení soužití po propuštění závislého dítěte. **(9)**

V období dospívání má rodinná terapie obzvlášť velký význam. Mladý člověk totiž většinou žije ještě se svou rodinou a po ukončení léčby se do jejího prostředí znovu vrací. Rodiče jsou pro dítě stále nejvýznamnější osoby, a to i tehdy, neplní-li své rodičovské povinnosti tak, jak by bylo žádoucí. **(12)**

V současné době dominují tři modely práce s rodinou:

Model nemoci rodiny

Z pohledu tohoto modelu je užívání návykových látek považováno za chorobu, která se dotýká všech členů rodiny. Je tedy nutné léčit jak závislé dítě, tak celý rodinný systém, který je tím dotčený. Jak závislost postupuje, stávají se i členové rodiny spoluzávislými (tzv. kodependence). Závislým se stále více zabývají a často tak přehlíží ostatní členy rodiny, své zájmy a své životy. Kodependenci lze považovat za snahu převzít kontrolu nad nevypočitatelným chováním závislého. Cílem tohoto modelu je, aby si členové rodiny uvědomili, že jsou nemocní, a také pomoci jim odpoutat se od drogově závislého dítěte. **(23)**

Systémová rodinná terapie

Tento přístup zkoumá vliv užívání drog na rodinné vztahy a pokouší se v rodině vymezit role, jasná pravidla a hranice. Předpokladem úspěšnosti tohoto modelu je dobrá motivace celého rodinného systému. Zaměřuje se na komunikaci v rámci rodiny a řešení problémů celého systému komplexně. Nesnaží se odstranit konkrétní problém ani napravit „viníka“. **(12)**

Behaviorální přístupy

Tento přístup klade důraz na stanovení cílů, zadávání domácích úkolů a procvičování nových způsobů a možností interakce v rodině. Kromě domácích úkolů je dalším nástrojem léčby během sezení i hraní scének rolí členů rodiny v rámci nového chování. Tento přístup hledá spouštěče užívání drog závislého dítěte, snaží se je vyhodnocovat a měnit psychosociálními nácviky. **(23)**

Rodinná terapie nehledá viníka, který je zodpovědný za vzniklé problémy. Nemělo by docházet ani k tomu, aby se odpovědnost za závislého a za výsledek jeho léčby přenášela na rodiče nebo jiné členy rodiny. Spíše jde o šetrné společné hledání, jak by mohl každý člen rodiny přímo či nepřímo přispět ke zvládnutí obtíží. **(9)**

1.4.5 Zážiteková léčba

U mladistvých obzvláště oblíbená, často praktikovaná a účinná. Nejčastěji se jedná o atraktivní zátěžový program v přírodě – jako je například horolezectví, vodáctví, cyklistika, turistika apod. Dospívající jsou nuceni čelit skutečné zátěži. Tento zážitek pro ně vytváří z jinak umělého a často mnohdy nepochopitelného psychologování přirozenou a srozumitelnou situaci. Zároveň pak zlidšťuje a prohlubuje vztah mezi nimi a terapeutem, který i přesto musí striktně dodržovat hranice tohoto vztahu. **(12)**

Jedná se tedy o soubor aktivit zaměřený na cílené využívání alternativ trávení volného času, které pro klienty představují zátěž a mají tak terapeutickou hodnotu. Kromě fyzické zátěže je efektivní také pobyt v nestandardních podmínkách (např. stan). Nezbytnou součástí tohoto programu je jeho zhodnocení v rámci celkové léčby. **(2)**

1.4.6 Programy krátkodobé intervence

Krátká intervence se odehrává na úrovni praktických lékařů, učitelů, ve školním nebo pracovním prostředí či prostřednictvím jiných osob, které nejsou specializovanými odborníky. Výsledky léčby nejsou totiž dány jen její kvalitou, ale také vstupními

charakteristikami pacientů – včasná intervence od neprofesionála je mnohdy efektivnější než zásahy odborníka v pokročilém stádiu závislosti. **(20)**

Součástí programu je podpora protidrogových postojů, nabídka možností trávení volného času, nácvik sociálních dovedností, schopnost čelit tlaku vrstevníků apod. **(2)**

Tento způsob léčby je vhodný tam, kam by se jinak žádná jiná forma pomoci nedostala. K jeho využití dochází především u závislých adolescentů. Řada těchto kontaktů se opírá o motivační rozhovory (viz. kapitola 1.4.7) a ty se v hojném počtu využívají u uživatelů konopí. Mladí klienti nadužívající konopí pouze málokdy vyhledávají léčbu a obtížně se do ní zapojují, pakliže jim byla uložena. Dle výzkumů po využití krátké intervence však vykazovali zlepšení v míře užívání drogy i zlepšení v problémovém chování. **(8)**

1.4.7 Motivační rozhovory

Základním předpokladem je, že má klient nejprve ke svému návykovému chování ambivalentní postoj. Vhodně provedeným motivačním rozhovorem lze mladistvého přimět, aby tento postoj změnil a učinil krok směrem ke změně svého životního stylu. Motivační rozhovory jsou spíše chápány jako forma poradenství než jako metoda úzdravy a jsou vnímány jako důležitý prvek v každé etapě léčby, přičemž musí odpovídat jednotlivým stádiím motivace klienta. Dle výsledků studií bylo prokázáno, že klienti absolvující motivační rozhovory vykazují lepší výsledky než ti, kteří se účastnili běžné léčby. Přesto nevedou k trvalému zlepšení výsledků. **(8)**

Motivační trénink se odvíjí od pěti principů: vyjadřování empatie, vyhýbání se sporu, práce s odporem a posilování sebedůvěry. Tyto zásady na sebe vážou následující strategie: probírání typického dne nebo sezení, chtěné a nechtěné následky užívání drogy, poskytování informací a probírání problémů. **(20)**

Motivační rozhovory vycházejí z kognitivně – behaviorálních přístupů a jsou zaměřeny na zvýšení motivace ke změně problémového chování. Dobré výsledky jsou známy zvláště u mladistvých uživatelů kanabinoidů – dochází k poklesu míry užívání drogy i k poklesu problémů s ním spojených. **(25)**

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem mé bakalářské práce je vydefinovat specifika léčby závislostí na psychoaktivních látkách u dětí a mladistvých. Hlavním záměrem mé práce je získat lepší a ucelenější náhled na léčbu této věkové skupiny, konkrétně pak prohloubit si znalosti o jejich motivaci k léčbě a faktorech, které jsou jejich hlavními důvody ke změně životního stylu. Dále zmapovat nejefektivnější metody a přístupy v léčbě této specifické klientely tak, aby léčebné programy byly co nejúčinnější. V neposlední řadě pak přiblížit se k problematice indikace substituční léčby u mladistvých a vytvořit si na tuto otázku vlastní názor odpovídající realitě.

Vzhledem k tomu, že se jedná o výzkum kvalitativní, hypotézy budou stanoveny až dle výsledků provedeného šetření a budou odpovídat na výzkumné otázky. Výzkumné otázky jsou:

- I. V jaké fázi motivace se klienti přicházející do léčebných zařízení nejčastěji nacházejí?*
- II. Jaké metody a způsoby léčby jsou typické a nejefektivnější pro léčbu dětí a dospívajících?*
- III. Jaký je význam substituční léčby při léčbě závislostí u dětí a mladistvých?*

3 METODIKA

Pro svou bakalářskou práci se zaměřením na téma „Specifika léčby závislostí na návykových látkách u dětí a mladistvých“ jsem zvolila kvalitativní výzkum. Pro zpracování svého tématu považuji tuto formu výzkumné metody za vhodnější, neboť umožňuje kvalitativně hodnotit jednotlivé proměnné. Kvalitativní výzkum spočívá v hloubkové studii jednotlivých případů a jeho cílem je získat popis zvláštností těchto případů, vytvořit hypotézy a rozvíjet teorie o dané problematice. **(10)**

Jako techniku pro svůj výzkum jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Výzkumný rozhovor má své fáze a náležitosti, které jsem se během mého šetření snažila dodržet. Další užitou výzkumnou metodou v mé práci je pozorování formou účastníka. V této formě funguje pozorovatel spíše jako tazatel, do dění ve skupině se moc nezapojuje, avšak všichni jsou s jeho přítomností i pozicí seznámeni. **(27)**

Výzkum byl realizován během měsíců leden až březen 2012 v regionu hlavního města Prahy. Výzkumný soubor byl vybrán na základně kvótního výběru, kdy kvótou je odborný pracovník v léčebně resocializačním zařízení pro děti a mládež, dále region hlavního města Prahy a pracovní zařazení (psycholog, terapeut, sociální pracovník, lékař). Celkový výzkumný vzorek je tvořen 10 respondenty ze tří zařízení.

Profesní zařazení	Zařízení		
	1.	2.	3.
Psycholog	A	B	C
Terapeut	A	B	C
Sociální pracovník	A		C
Lékař	A	B	

Respondenty svého výzkumu jsem ujistila o principu důvěrnosti a naprosté anonymitě co se týče jich samotných i dotázaných zařízení (viz Příloha 1). Rozhovory jsem nahrávala na diktafon, přičemž souhlas s audio záznamem jsem ošetřila informovaným souhlasem (viz Příloha 2). Sdělila jsem jim svůj záměr a poskytla jsem jim informace ohledně využití a publikování své bakalářské práce.

4 VÝSLEDKY

Následující kapitola mé bakalářské práce se orientuje na interpretaci získaných dat. Tato data budou sloužit při zodpovězení vlastních výzkumných otázek.

Zkoumané téma jsem rozčlenila na tématické bloky, které jsem dále strukturovala do několika podotázek. Celkem tedy účastníci mého výzkumu odpovídali na deset hlavních a několik doplňujících otázek pro úplné dokreslení dat (viz Příloha 3). Realizovaný rozhovor trval v průměru 40 minut.

Pro větší přehlednost bude tato část práce strukturována do „**dílu A**“, „**dílu B**“ a „**dílu C**“, přičemž jednotlivé bloky odpovídají jednotlivým výzkumným otázkám.

▪ **Interpretace získaných dat motivovanosti mladistvých klientů k zařazení se do léčebného programu (DÍL A)**

V rámci první výzkumné otázky své bakalářské práce jsem zjišťovala, jaké jsou hlavní motivy (důvody), které mladistvé klienty přivádí do léčebných zařízení, čili to, kvůli čemu se v takovýchto zařízeních aktuálně nachází.

Všichni respondenti se shodli na tom, že mladiství klienti vyhledávají pomoc v léčebných zařízeních nejčastěji pod tlakem vnějšího okolí. Ten představují z velké části rodiče, kteří závislost svých dětí odhalí a naléhají na ně, aby s touto situací začaly pracovat. Děti svůj problém se závislostí většinou samy řešit nechtějí a jsou to nejčastěji právě rodiče, kteří je do léčebných zařízení přivádějí.

Psycholog B uvádí, že ve většině případů bývá nesoulad v rodině příčinou, proč se děti a mladiství k droze uchylují. Klienti mívají nízké sebevědomí v důsledku nesprávné výchovy, nachází ze strany rodičů málo pochopení či úplný nezájem nebo pochází ze špatného rodinného zázemí. Ne ve smyslu sociálně slabých nebo nedostačujících rodin, ale ve smyslu nedostatku respektu ze strany rodičů.

Z vnějších příčin je to dále tlak sociálních kurátorů OSPOD, kteří jim byli uloženi v důsledku selhávání ve škole či trestné činnosti. Sociální pracovník A: „*V těchto*

případech spíš naléhá právě kurátor – výhrůžka, že možná na jeho doporučení půjdou do ústavní výchovy.“

Jsou tu však i tací, kteří pomoc vyhledají na základě vnitřní tísně pro svou vlastní potřebu. Sami již mají nutkání situaci, do které se dostali, změnit. To jsou potom ti klienti, kteří přicházejí dobrovolně. Není jich však mnoho. Sociální pracovník C: *„Málokdy je ten důvod takový vnitřní, u nich samotných. Ale občas se i někdo takový objeví. Problémy spojené se závislostí mu začínají přerůstat přes hlavu a sám už si uvědomuje, že s tím má velký problém, že už to tak sám nechce.“*

Všichni respondenti uvádějí, že mladiství klienti přicházejí do léčebných programů téměř vždy nedobrovolně. Jedná se právě o ty, na které je vyvíjen vnější nátlak nebo pomoc vyhledají pod hrozbou ještě horších následků. Často se dobrovolné pobyty pouze jako dobrovolné tváří. Až při další práci s klientem vyjde najevo, že klient měl na výběr pouze mezi horší a ještě horší variantou – například zda se půjde léčit nebo bude umístěn do diagnostického ústavu.

Nelze to však zobecnit na všechny klienty. Psycholog A: *„No možná je to půl na půl, ale určitě těch dobrovolných není víc než těch nedobrovolných.“*

Dále jsem v rámci svého výzkumu zjišťovala, jak respondenti hodnotí odhodlání mladistvých klientů ke změně jejich životního stylu, pokud již dříve absolvovali několik neúspěšných léčeb.

Sociální pracovník A říká, že absolvování jiného léčebného programu před nástupem do aktuální léčby znamená pro klienta vždy velkou zkušenost. Tato zkušenost může být negativní a být tak při další léčbě na překážku, nebo pozitivní a při léčbě být nápomocná. Jedno je však jisté – již sama zkušenost má jednoznačně kladný charakter, neboť poskytne klientům jiný pohled na jejich situaci a započne tak vývoj ve vnímání jejich závislosti a nahlížení na ni.

Nejvýznamnější pozitivum, které klienti mohou absolvovanými léčebnými programy získat, je osvojení si motivu, důvodu, pro který o abstinenci budou usilovat. Rovněž režim a dodržování pravidel v rámci programu může klientům velmi pomoci, jelikož jejich jednání dokáže usměrnit, respektive nasměrovat správným směrem.

Mladiství klienti totiž často pochází ze zanedbávajícího rodinného prostředí, ve kterém nebyl stanoven žádný řád.

Pro mnoho klientů však dodržování pravidel představuje zásadní problém. Také dlouhodobá pobytová léčba, která je izoluje od okolního světa, může snižovat jejich ochotu ke spolupráci a má tedy i dopady na jejich motivaci. Terapeut A: *„Tam to potom chce dál soustavně pracovat s jejich motivací, protože jiné možnosti nejsou, než aby šli někam do léčby. Z toho se sám nikdo nedostane.“*

Terapeut B, psycholog C a lékař A se shodují na tom, že poprvé klienti pomoc vyhledávají zpravidla nedobrovolně, jsou málo motivováni, ale při opakované hospitalizaci jejich motivace povětšinou roste. Psycholog C: *„Ta situace, kdy se nějakou dobu nutí do něčeho nepřijemného, může vyhrotit v to, že s tím sami začnou chtít něco dělat.“* Po několikátém pokusu o abstinenci, o změnu své situace, bývají mladiství klienti motivovanější a zralejší. Většinou již ví, co čekat a také, že pro to musí něco udělat.

Všichni respondenti uvádějí, že posun v klientově motivaci a náhledu na jeho situaci je nepopíratelný pozitivní důsledek opakovaných léčeb. Mladiství jsou oproti dospělým mnohem více ovlivnitelní, a proto se s jejich odhodláním dá lépe pracovat a při kvalitní práci ho relativně snadno dosáhnout. Mladiství jsou otevření změnám.

Následující otázkou bylo, jak respondenti hodnotí přístup (motivovanost) mladistvého klienta ke spolupráci vzhledem k délce léčebného programu.

Psycholog C a lékař A si myslí, že na délce pobytu nepochybně záleží, ale dále uvádí, že to není jediný faktor, který výsledky léčby či motivaci klientů určuje. *„Někteří klienti jsou už přeterapeutizovaní“*, uvádí psycholog C. *„Mají za sebou jiný program, jsou unavení a chtěli by jen odpočívat.“* Dalšími determinanty motivace mladistvých klientů, které na ně během léčby působí a mají velký význam, jsou také sami terapeuti a lékaři, dále terapeutické prostředí a vlastní vztah mezi pracovníky a klienty. Pokud tyto složky léčby působí ve vhodnou dobu, odpovídajícím a kvalitním způsobem, přístup klienta se může změnit. Sám pak může dospět k názoru, že léčbu opravdu chce a potřebuje.

Terapeut A poukazuje na to, že během prvních dnů procesu léčby bývají klienti z nového prostředí nervózní, trochu vystresovaní a vystrašení. Neví, co je přesně čeká a také si terapeuti testují – jaké jsou hranice jejich vztahu a pravidla zařízení jako celku. Terapeut A: „*Cítím se být testovaná v tom, jestli mám o ně opravdu zájem nebo je to jenom moje práce, jestli mi na nich opravdu záleží anebo jenom chci slyšet, co oni si myslí, že chci slyšet. Takže pro mě je důležité nastolit co nejdřív vztah obvyčejné lidské důvěry a otevřenosti. A když se to povede, tak se mi zdá, že spolupráce je naprosto výborná.*“

V této otázce hrají hlavní roli především dvě teorie. Pokud klienti sami změnu nechtějí, jsou málo motivovaní, lze na nich odvést minimální práci a dosáhne se také minimálního pokroku, ať na práci s nimi máme času, kolik chceme. Druhá teorie zní, že pokud je klient dostatečně motivovaný, ale na práci s ním máme jen krátkou dobu, „*nikdo s ním stejně nic neudělá*“, jak říká psycholog C.

Všichni respondenti se shodnou na tom, že čím déle je možná práce s klientem, tím příznivějších výsledků lze dosáhnout. Při delším pobytu přichází často velké proměny v náhledu klienta na jeho situaci a názorech na její řešení – jeho motivace zpravidla roste.

▪ **Interpretace získaných dat identifikace typických a efektivních metod a přístupů při práci s mladistvými klienty (DÍL B)**

Samostatně jsem se věnovala druhům psychoterapie, konkrétně jak respondenti hodnotí skupinovou a individuální terapii u mladistvých klientů z pohledu efektivity.

Všichni respondenti uvádějí, že pozitivem skupinové terapie je dynamika skupiny – skupina se mění a vyvíjí na základě interakcí jejích členů. Hlavním spatřovaným kladem je to, že na sebe klienti mohou vzájemně reagovat, mohou se podporovat a vzájemně ovlivňovat. Práce ve skupině dokáže obsáhnout širší téma, protože myšlenka jednoho vyvolá myšlenku druhého, stejně jako každá akce má svou reakci. Vzájemné působení má však i svou stinnou stránku. Klienti se naopak mohou nechat strhnout špatným směrem. Je důležité, jaká skupina se sejde, jak motivovaní jsou její členové a

jak ochotni jsou spolupracovat. Důležitým požadavkem pro správné fungování skupiny je schopnost terapeuta ji vést, řídit a usměrňovat v přijatelných mezích.

Individuální terapii respondenti hodnotí jako neméně důležitou. Výhodou je, že o sobě klienti často řeknou, co by ve skupině tajili. Pokud se s klientem pracuje mezi čtyřma očima, zpravidla se lze dostat na hlubší rovinu tématu a jsou probírány důvěrnější, osobnější věci tak, jak doopravdy jsou. Klienti jsou upřímnější, protože nemají důvod se před někým předvádět, na někoho působit, něco na někoho hrát a jsou více sami sebou.

Psycholog A říká, že je však nutné zvážit, kdy a koho je vhodné vybrat pro jaký typ terapie: *„Já nemám všechny na individuálu. Na individuál si vybírám jen ty, pro které si myslím, že má význam bližší kontakt. A také asi jen ty, u kterých si myslím, že už fakt o tu léčbu stojí. A ti spolupracují i na skupině, prostě fungují. Klienty, kteří nefungují na skupině sice do individuálu taky беру, ale jenom pro to, abych je zlomila ke spolupráci.“*

Je těžké zhodnotit, zda je pro mladistvé klienty vhodnější a efektivnější skupinová či individuální terapie. Psycholog B spatřuje jako účinnější individuální terapii. Terapeut C preferuje naopak terapii skupinovou. Většina respondentů se však shodla, že ideální je, pokud se tyto dva typy psychoterapie kombinují. Musí se však individuálně zvážit, kterému klientovi co sedne víc a kdy je správný čas, jaký typ použít.

Dalším dotazem bylo, jestli respondenti při práci s mladistvými klienty považují nějakou metodu či techniku za obzvlášť efektivní.

Většina respondentů považuje za zvlášť účinnou metodu při práci s mladistvými klienty zážitkovou léčbu. Terapeut A: *„Já jsem určitě pro zážitkové věci, protože, mladí lidé potřebují zážitky.“* Děti a mladiství jsou osobnostně nastaveni tak, že potřebují dobrodružství, zážitky a vzpomínky, musí si věci prožít, aby v nich zanechaly silný dojem a pocit. Suchá teorie a rady jsou v jejich případě nedostačující.

Nemalý význam má i pracovní terapie – terapeutické dílny. Jedná se o činnosti zaměřené na aktivní tvorbu klientů, přičemž nejčastěji se využívá keramických dílen, malování nebo navlékání korálků a pletení náramků. Klienti se uvolní, nejsou na ně

kladeny velké nároky a odpočinou si po mnohdy psychicky náročných terapiích. Psycholog B: „*Dílny mají určitě taky svůj význam. Ty děti potřebují zrelaxovat a zjistit, že taky něco umí.*“

Terapeut B a C tvrdí, že výběr technik je do jisté míry subjektivní záležitostí, protože se z velkého dílu volí podle osoby a přístupu terapeuta. Každý má vlohy k něčemu jinému a je dobré zaměřovat se na oblasti, ve kterých se každý cítí být jistý. Efektivní a pro mladistvé atraktivní je arteterapie, muzikoterapie, psychodrama nebo výše zmíněná ergoterapie.

Důležitým prvkem při práci s klienty jsou i specifické techniky. Psycholog C klade důraz na techniku „bludného kruhu“, prostřednictvím kterého lze odkrýt to, co spouští a co udržuje v chodu touhu po droze, jaké jsou důsledky jejího užívání a jestli tyto důsledky touhu opět podpoří nebo ne. Další důležitou technikou je „křivka chuti“, která zobrazuje, jak klientova závislost aktuálně vypadá, jaký je její průběh a jak nejspíš bude vypadat za tři měsíce, za půl roku. Psycholog C: „*Důležitý moment v terapii je vždycky, když kreslíme křivku chuti, nebo právě bludný kruh. Mám pocit, že děti to vidí jakoby poprvé, vždycky jim hodně věcí „docvakne“ a že je to pro ně hodně důležité.*“

Všichni respondenti se shodují na tom, že každá metoda i technika má svůj smysl, pokud se přemýšlí o tom, proč se dělá a proč ji volíme právě dnes. U mladistvých klientů je důležité, aby byl kladen důraz na volnočasový strukturovaný program, který je rozmanitý, promyšlený a kombinuje různé metody.

Další otázkou bylo, jakou roli při léčbě mladistvých zaujímá jejich rodina, zda s ní respondenti během léčebného programu spolupracují, případně jakým způsobem.

Lékař A říká, že rodina při léčbě mladistvých hraje nesmírně důležitou roli, a to jak v pozitivním, tak v negativním smyslu. S tímto tvrzením se ztotožňují i ostatní respondenti. Rodinný systém je totiž oblast, ze které potíže nejčastěji vychází. Proto když se během práce s rodinou dokáží vyjasnit některá nedorozumění, která se v rodině udála, a její členové sami na věc nahlédnou, může to klientovu situaci usnadnit nebo mu i pomoci.

Sociální pracovník A definuje tři oblasti významu rodiny u mladistvých klientů. První je finanční podpora. Léčba je v mnoha případech placenou službou, kterou hradí nejčastěji právě rodiče. Dále je to motivace. Rodina může být a velmi často také pro mladistvé bývá hlavním motivačním faktorem. Nakonec rodina působí i jako podpůrná skupina. Klienti očekávají, že je rodiče podpoří a podrží v procesu léčby.

Podle terapeuta B klienti léčbu zvládají a spolupracují mnohem lépe, pakliže ze strany rodiny cítí podporu. Děti a dospívající potřebují vědět, že za nimi někdo stojí a že i když některé věci v životě pokazili, mají ještě šanci někam patřit. Terapeut B: *„A naopak když rodina toho člověka spíš svým přístupem potápí, tak si myslím, že mu bere hrozně moc naděje do budoucna a sami by se sebou měli něco dělat.“*

Respondenti mého výzkumu považují při léčbě mladistvých klientů práci s rodinou za nezbytnou. Rodiče jsou stále nejdůležitějšími osobami v životě dospívajícího a jsou tedy i jedním z hlavních determinantů výsledků léčby. Rodina pro klienta představuje významného činitele především v oblasti emocionální podpory – poskytuje porozumění, přijetí, pocit sounáležitosti, bezpečí a jistoty. Podmínkou však je, že o práci s rodinou stojí všichni její členové, včetně klienta.

Většina zařízení určitou formu práce s rodinou poskytuje – od rodinného poradenství po vlastní rodinnou terapii. Při nedostatku kompetencí pro poskytování rodinné terapie lze celý rodinný systém odkázat k jinému způsobilému odborníkovi. Základem je s rodinou navázat kontakt, případně pomoci obnovit vztahy mezi jejími členy.

Dále mě zajímalo, jaký význam má terapeutický vztah při spolupráci s mladistvými klienty a jaké jsou jeho základní aspekty.

Lékař A: *„Terapeutický vztah hraje při léčbě mladistvých klientů významnou, někdy až zásadní roli. Často určuje celý směr následné rekonvalescence, respektive abstinence.“*

Sociální pracovník A: *„Snažíme se být především upřímní. Klientům říkáme informace tak, jak jsou. Rozhodně velký význam má důvěra. Když nám klienti něco řeknou, nemůžeme to hned rozlašovat rodičům nebo všude možně. Samozřejmě některé*

věci musíme říkat, je to naše oznamovací povinnost, ale musíme přemýšlet nad tím, co kde říct, jakou informaci a jak to formulovat.“

Terapeut B: *„Já hodně stojím o důvěru, otevřenost a pravdivost, i kdyby to pro mě mělo být nepřijemné. Pro mě to znamená, že si před nimi nebudu na nic hrát, že se budu snažit být pravdivá k sobě i k nim. Myslím si, že potom v tomto vztahu můžeme o věcech diskutovat tak, jak doopravdy jsou. Dá se pak mluvit o tom, co je opravdu trápí a co je třeba vést k tomu, proč berou drogy. Pravdivost, otevřenost, upřímnost si myslím, že je základ vztahu, ale je to podmíněno důvěrou.“*

Psycholog A: *„Jednak je to důvěra. Když mi moji klienti nebudou věřit, těžko budou motivováni k nějaké změně. Těžko se mi svěří a těžko budou ode mě něco přijímat. Poté je to určitě respekt k pacientovi. Nehodnotit, přijmout ho takového, jaký je. Pak samozřejmě empatie. Ta je součástí každého terapeutického vztahu. A taky trochu direktivní přístup, v mém případě určitě, ale zároveň respekt. Moje práce spočívá v tom, že já je vedu, ale tu práci musí udělat oni, já ne.“*

Terapeut A: *„Vždy když přemýšlím o tom, co je naším úkolem nebo proč tady jsem, tak se mi zdá, že mám za úkol vytvořit s nimi takové lidské partnerské pouto ve smyslu, že si jsme skoro rovni, že jsme jen dva obyčejní lidé, kteří něco hledáme, máme nějaké svoje problémy, ale snažíme se je řešit, snažíme se o nich mluvit.“*

Terapeut C: *„Snažím se být pro ně člověk, který je tady v tom s nimi a snažím se je nezklamát i v tom lidském slova smyslu. Myslím si, že jsou ve vztazích většinou hodně zranění. Často nemají lidi, kteří by jim naslouchali, nebo kteří by měli pochopení pro to, co prožívají.“*

▪ **Interpretace získaných dat významnosti substituční léčby u mladistvých klientů při léčbě závislosti na omamných a psychotropních látkách (DÍL C)**

Mým dalším záměrem bylo zjistit, které drogy se u mladistvých závislých klientů nejčastěji vyskytují.

Dotázaní respondenti se shodli na tom, že drogami, se kterými se mladiství klienti nejčastěji potýkají v léčebných zařízeních, jsou marihuana, pervitin a následně alkohol.

S heroinem a jinými drogami se setkávají spíše poskrovnu, avšak i ty se u nich vyskytují.

Na otázku proč heroin není u mladistvých tolik rozšířenou drogou psycholog C odpověděl, že podle jeho názoru tato droga není mezi mladou generací dostupná tak, jako je tomu u jiných drog. Navíc uvádí, že heroin užívají zejména ti, kdo za sebou mají pestřejší a delší drogovou kariéru. Psycholog C: *„Zdá se mi, že pervitin je zábava mladé generace. Já to nechci odhadovat na procenta, ale myslím si, že hodně lidí vyzkoušelo pervitin. V očích dětí je to takové ještě neškodné. Myslím, že heroin je pro ně strašák.“*

Podle terapeuta B je pervitin více rozšířen. Říká, že zkušenosti s drogami, konkrétně s heroinem, souvisí s prostředím, ve kterém klienti žijí. Například je-li na heroinu závislý někdo z rodiny. Ti, co mají zkušenosti s heroinem, podle něj pocházejí z „tvrdého“ prostředí. Terapeut B: *„Pervitin se mi zdá, že je ještě taková obyčejná středoškolská droga.“*

Sociální pracovník C: *„S pervitinem se nejvíce obchoduje a také se i hodně vyrábí, celkově je více rozšířen než heroin.“*

V mém výzkumu jsem dále zjišťovala, jak respondenti vnímají postoj mladistvých klientů k substituční léčbě.

Terapeut C uvádí, že někteří mladiství klienti nemají o substituční léčbě žádné povědomí, ale takových je prý velmi málo. Poté co jim je vysvětlen princip a postup substituce, se jí nevyhýbají a zpravidla o ní jeví zájem.

Respondenti se shodují, že mladiství klienti v nejvíce případech vědí, co je a co obnáší substituční léčba. Někteří s ní už dokonce mají vlastní zkušenost. Buď již tento program absolvovali, častěji však substituční látky zneužívají. Ty jim slouží jako zpestření jejich drogové kariéry nebo je užívají v době, kdy nemají finanční prostředky ke koupi primární drogy, respektive tato droga je jim jinak momentálně nedostupná. Tento trend zmiňují všichni respondenti a hodnotí je jako možné riziko ve zneužívání návykových látek mladistvými, co se týče prognózy do budoucna.

Většina klientů o indikaci substituční léčby stojí. Jejich zájem někdy vyplývá z vnímání substituční látky jako náhražky za primární drogu. Tito se většinou o

dlouhodobou abstinencí nesnaží a chtějí jen přečkat určité období. Jak respondenti uvádějí, téměř každý uživatel opiátových drog vyžaduje substituční léčbu z důvodu silných abstinenčních příznaků. Důležitou otázkou, kterou je třeba klást si při indikaci substituční léčby, je, zda klient opravdu stojí o vyléčení a trvalou abstinenci či jedná-li se pouze o prodlužování jeho drogové kariéry.

Lékař A: „*Mladiství pacienti závislí či zneužívající opiáty mají k substituční léčbě vesměs postoj naivní: „Není třeba se bát jít do heroinu – kdyby něco, je přece substitute.“ U dospělých se jedná spíše o levnější variantu abúzu, která jim umožní relativně normálně žít a pracovat. Jen malé procento pacientů uzavírá léčebný kontrakt pro substituční léčbu na postupnou plnou abstinenci.“*

Na závěr mě zajímalo, jaký je vlastní názor respondentů na indikaci substituční léčby u mladistvých klientů.

Psycholog C: „*Proč ne, když jim to pomůže. Spíš si myslím, že bez substitute závislost na heroinu možná ani zvládnout nejde. Nevím, ale myslím si to. Určitě je to zejména na rozhodnutí lékaře.“*

Terapeut A: „*Já nejsem doktor, tak tomu úplně nerozumím, ale myslím si, že jsou někdy situace a okolnosti, kdy to je potřeba. Jsem pro, tedy nemám důvod být proti, pokud je léčba promyšlená a komplexní a když vede k dobru pro toho člověka. Pokud mu to pomůže překonat nějaké období, aby na sobě potom pracoval dál, je to dle mého názoru dobře.“*

Sociální pracovník C: „*Já si myslím, že je to vždy rozhodnutí doktora nebo psychiatra, který tuto léčbu předepisuje. Pokud je to myšlené komplexně, tak by substitute mohla pomoci klientovi překonat určité období, a také by mohla pomoci nasměrovat toho člověka správným směrem. V takovém případě si myslím, že je to určitě dobrá věc. Lepší než aby na té droze zůstal. Může to být cesta, aby se z toho dostal.“*

Lékař B: „*Já v této otázce zastávám postoj negativní. Jednoznačně by se měly vyzkoušet jiné formy léčby a teprve až po opakovaném selhávání a dovršení dospělosti zvažovat substituční léčbu.“*

5 DISKUSE

V teoretické části své bakalářské práce jsem se zaměřila na specifika závislosti na návykových látkách u dětí a mladistvých, speciálně na její průběh a motivaci k léčbě. Z velké části jsem se věnovala systému pomoci drogově závislým a také typickým přístupům při práci s mladistvými klienty.

Ve svém výzkumu jsem se snažila zjistit, jaká je motivace mladistvých klientů k léčbě jejich závislosti na omamných a psychotropních látkách. Dalším mým záměrem bylo vydefinovat specifické metody a přístupy při práci s touto klientelou a posledním záměrem mého šetření bylo zjistit, jaký význam má u této klientely substituční léčba.

Velmi pozitivně hodnotím vstřícnost a ochotu respondentů i celých dotázaných zařízení při participaci na mém výzkumu, čímž se zvýšila pravděpodobnost validity a reliability získaných dat a údajů. Zúčastnění respondenti zaujali vřelý a pozitivní přístup a s pochopením a ochotou se na výzkumu podíleli. V rámci mého šetření mi poskytli všechny potřebné informace.

První zkoumanou oblastí byla motivace mladistvých klientů k léčbě. Konkrétně jsem zjišťovala důvody, které je nejčastěji motivují k vyhledání pomoci v léčebných zařízeních. 8 z 10 respondentů se shodlo na tom, že v případě mladistvých je hlavním motivačním faktorem při vyhledání léčby vnější tlak okolí. Nejčastěji se zapojují do léčebných programů na žádost či nátlak ze strany rodiny, popřípadě nařízením či výhružkou soudu nebo sociálního kurátora. U většiny případů byla zaznamenaná absence či nedostatečná míra vlastního vnitřního podnětu ke změně chování a jednání. Tento fakt plně koresponduje s tvrzením Kaliny, který uvádí, že u adolescentních uživatelů omamných a psychotropních látek absentují neurotické projevy, které by mladistvého měly motivovat k osobnostní změně. Vzhledem k jejich věku a délce užívání drog se u dětí a dospívajících rovněž ještě dostatečně neprojevují vnitřní ztráty ani zdravotní problémy, které by je jinak k léčbě pravděpodobně mohly motivovat. **(12)**

Zároveň se respondenti shodují, že tak jako je rodina významným motivačním prvkem při léčbě mladistvých, stejně důležitou roli může hrát při tom, proč se děti a dospívající vlastně k droze uchylují. Na základě výsledků mého výzkumu se shodují

s názorem Hajného. Dle Hajného, může být rizikovým prostředím rodina, kde panují extrémní poměry: přílišná svoboda, která hraničí s chaosem nebo lhostejností, a na druhé straně přílišná kontrola a blízké vztahy, které dítě zbavují soběstačnosti. **(9)** Právě hranice, kterou může dospívající překročit ve vztahu k sociálně patologickým jevům – k závislostem jako je alkohol, kouření a drogy, může být zkrátka způsobem, jak se dítě samo od rodičů odpoutává.

Odpovědi respondentů na otázku druhou potvrdily názory odborníků, kteří tvrdí, že léčba a peripetie se závislostí je celoživotní boj, se kterým se bývalí uživatelé drog budou nuceni potýkat i po několika desítkách let abstinence. **(23)**

Respondenti upozorňují na to, že konfrontace mladistvých klientů s jejich přirozeným prostředím je i po úspěšném dokončení léčebného programu náročná a často negativním vlivům svých vrstevníků či závadnému prostředí podlehnou.

Po ukončení léčby a po návratu do původního prostředí ztrácí toxikoman podporu terapeuta, a tak i část kontroly nad svou abstinencí. Craving, bažení po droze, bylo během léčebného procesu minimalizováno, avšak nyní nabývá znovu na intenzitě. Zvyšuje se také klientovou nestabilní situací – ocitá se ve světě, kterému často nerozumí a najednou je před ním spousta úkolů k řešení. **(12)** Dle respondentů mého výzkumu opakovaný pobyt v léčebném zařízení není výjimečný, ale jak dále uvádí, u této klientely je dokonce žádoucí. Zpravidla totiž dochází k uvědomění si jejich situace, získání náhledu a posílení motivace.

Také délka léčby souvisí s kladnými výsledky po jejím absolvování. Vztah mezi udržení pacientů v léčbě a jejími výsledky je potvrzen v mnoha významných národních evaluačních studiích. Pacienti, kteří zůstanou v léčbě déle a terapii dokončí, vykazují vyšší pravděpodobnost dosáhnout lepších výsledků než ti, kteří léčebný program opustili dříve. Tato skutečnost byla při následných kontrolách prokázána. **(8)**

Tento fakt podpořili i dotázaní respondenti, kteří se vyjádřili k délce pobytu jako k důležitému determinantu léčby. Většina z nich zastává názor, že čím déle je s klientem možné pracovat, tím lze dosáhnout příznivějších výsledků. Jak uvádí, není to však jediný činitel při práci s motivací klienta, těmi dalšími jsou například působení terapeuta či prostředí, ve kterém se léčebný vztah odehrává.

Podle Hajného je motivace kolísavý proces, při kterém je důležité vážná rozhodnutí jako jít se léčit včas zachytit. To platí i v době, kdy není vhodná pobytová léčba. Terapii však není nutné odkládat, naopak je žádoucí navštěvovat jiný, vhodnější program. **(9)** K výhodám krátkodobějších programů se vyjadřují 4 z 10 respondentů. Léčbu hodnotí jako komplexní proces, během něhož lze využívat rozmanité formy pomoci. Jejich programy jsou různě dlouhé a stejně tak se liší i frekvence kontaktů s klientem. Respondenti poukazují na to, že v různých etapách léčby jsou vhodné a efektivní jiné formy intervence, a tedy každý program (bez ohledu na jeho délku) hraje důležitou roli.

Jedním z cílů výzkumu mé bakalářské práce byla komparace názorů na skupinovou a individuální psychoterapii. Po vyhodnocení výsledků výzkumu se prokázalo, že všichni respondenti upřednostňují při práci se závislými mladistvými klienty kombinaci individuální a skupinové formy psychoterapie. Tuto kombinaci vnímají jako ideální stav, během něhož je práce s mládeží nejefektivnější. Skupinová forma práce umožňuje interakci členů skupiny, kteří se za správného vedení terapeutem mohou pozitivně ovlivňovat. Výhoda individuální terapie je spatřována zejména v navázání kontaktu a blízkého vztahu mezi terapeutem a klientem a také možností nahlédnout na hlubší rovinu problému. Pokud by však respondenti museli zvolit pouze jednu formu práce s mladistvými, tak až na dvě výjimky – jednoho psychologa a jednoho lékaře – by to byla psychoterapie skupinová.

Toto zjištění odpovídá výroku Kaliny, který skupinovou terapii při práci s mládeží rovněž hodnotí jako efektivnější a v praxi využívanější. Činnost ve skupině je pro adolescenty přirozenější a přijatelnější než individuální kontakt. Splňuje jejich požadavek někam patřit, být s někým v blízkosti, moci se identifikovat. Skupina také dokáže odstraňovat osobnostní nejistoty a úzkost z vlastní nedostatečnosti – v případě neúspěchu nesou klienti pouze svůj malý díl odpovědnosti. **(12)**

V rámci identifikace specifických metod léčby mladistvých klientů respondenti vnímají jako obzvlášť efektivní zážitkový program. Jedná se o soubor činností zaměřený na cílené využívání možností trávení volného času, jako je například turistika, vodáctví, cyklistika apod. Podmínkou programu je způsob jeho zpracování a vyhodnocení s klienty a také dodržování bezpečnostních předpisů. **(2)** 9 z mých 10

respondentů zhodnotilo zážitkový program jako nejučinnější prvek léčby adolescentních klientů. Vnímají ho jako nejatraktivnější způsob práce s mladistvými, neboť pro ně představuje určitou výzvu a dobrodružství. Jsou si vědomi dynamiky osobnosti dětí a dospívajících, jejich vývoje, který není zdaleka ukončen, ale který naopak bude ještě procházet velkými změnami.

Dle Hajného jasně stanovená perspektiva léčby a program, kterému mladistvý rozumí a chápe, jaké jsou jeho cíle a metody, zvyšuje pravděpodobnost udržení klienta v léčbě. **(9)** Právě pro tyto vlastnosti hodnotí 6 z 10 respondentů pracovní terapii neboli také terapeutické dílny jako vhodný způsob práce s mladistvými klienty. Činnosti zaměřené na nácvik dovedností, odpovědnosti a soběstačnosti klienta jsou součástí strukturovaného programu a pomáhají mladému člověku najít jeho silné stránky.

Co se významu rodiny týče, zpravidla bývá ústředním činitelem v životě člověka. Podle Nešpora mnoho problémů i s drogami spojených má svůj počátek právě v ní. A přitom je to opět rodina, která nejčastěji působí jako nejsilnější motivační faktor. **(20)** Respondenti se v mém výzkumu shodli na tom, že při léčbě mladistvých zaujímá jejich rodina zásadní roli a pro léčbu této klientely je dokonce nezbytná.

Jak uvádí Kalina, rodiče jsou v životě mladého člověka stále nejdůležitější osoby, ke kterým se po absolvování léčebného programu opět vrací. Je tedy nejen žádoucí, nýbrž nezbytné, aby se v rámci léčby uskutečňovala i práce s rodinou zaměřená na úpravu vztahů a vytváření prostředí příznivého pro změnu. **(12)**

Této skutečnosti jsou si vědomi všichni respondenti. Pociťují výraznou potřebu pečovat nejen o klienta (dítě), ale i o celý systém, ve kterém se klient pohybuje. Na jedné straně tuto skutečnost vnímají s jistou nadějí, že i menší změna systému může výrazně změnit chování dítěte, na druhou stranu se tím situace komplikuje, protože spolupráce, jak respondenti uvádí, bývá s rodiči mnohdy velmi náročná.

Podle výsledků více než tisíce relevantních studií ovlivňuje výsledky léčby i povaha a kvalita vztahu mezi pacientem a terapeutem. Jednou z hlavních charakteristik osobnosti terapeuta jsou jeho dobré interpersonální vlastnosti, mezi které patří porozumění, schopnost vcítění se a aktivní naslouchání. **(8)**

Jedním z dílčích cílů mé bakalářské práce bylo prozkoumat i tuto oblast léčby. Respondenti se jednomyslně shodli na tom, že terapeutický vztah má mnohdy v léčbě mladistvých až zásadní význam, a proto může v konečném důsledku ovlivnit i budoucí průběh abstinence, respektive recidivy.

Jako nejdůležitější základní aspekty terapeutovy osobnosti a tedy i samotného vztahu s klientem respondenti hodnotí vzájemnou důvěru, upřímnost a otevřenost podmíněné respektem a jasně stanovenými pravidly tohoto vztahu. Dále upozorňují na to, že terapeut by neměl být pouze způsobilým odborníkem a dobrým poradcem, ale také by měl mít dobrou znalost vývoje dětí a mladistvých jak po psychické, tak po sociální stránce. Měl by dávat najevo, že o své klienty opravdu stojí a že jeho vztah k nim je více než jen prací. Jak uvádí Kalina, aby byl terapeut schopen adolescenta zaujmout a oslovit, je důležité mu poskytnout zajímavý, atraktivní vztah, vztah svobodný, který je bezpečný a jasně vymezený. **(12)**

Jak uvádí Pešek, Vondrášková a Veselý, ze širokého spektra omamných a psychotropních látek lze definovat takové, které jsou typické a více frekventované u mladistvých uživatelů. Nepatří sem například kokain, který je pro mladé lidi drahý a vzhledem k ceně a délce účinku nevýhodný. Raději se uchýlí k tuzemskému produktu pervitinu, který působí déle a stojí zhruba o polovinu méně. Kromě pervitinu se u mladistvých setkáváme zejména s kanabinoidy a alkoholem. **(21)**

Respondenti mého výzkumu toto tvrzení potvrdili, neboť dle jejich praxe se u mladistvých klientů setkávají nejčastěji právě s pervitinem, marihuanou a alkoholem. Halucinogeny se v léčebných zařízeních objevují sporadicky, zřejmě kvůli tomu, že nezpůsobují zřetelné závažné následky, které jsou totiž zprvu latentní. Rovněž heroin se u mladistvých uživatelů omamných a psychotropních látek vyskytuje spíše výjimečně, a to zejména z toho důvodu, že není mezi mladou populací tolik rozšířen jako například pervitin. Pervitin 7 z 10 respondentů považuje za „obyčejnou středoškolskou drogu“, se kterou má zkušenost většina mladé generace.

Zvláštní kapitolou jsou kanabinoidy, které mladiství vnímají jako generační drogu srovnatelnou s alkoholem. Konzumují je pravidelně pro kýžené pocity uvolnění a euforie, ale i jako způsob vymezení se od většinové společnosti. **(9)**

Vzhledem k tomu, že heroin není mezi mladou generací uživatelů drog tolik rozšířen, nejeví se otázka indikace substituční léčby u mladistvých jako příliš ožehavé téma. Nicméně jsou i tací mladiství, kteří se do léčebných zařízení přicházejí léčit ze závislosti na drogách opiátového typu. Proto jsem se rozhodla jako jeden z cílů své bakalářské práce stanovit si právě prozkoumání této oblasti.

Užívání substitučních látek zmírňuje abstinenci symptomy, eliminuje craving po opioidech a umožňuje klientovi snadněji se zařadit zpět do společnosti. Látka se nejdříve ukládá do tkání a poté je pozvolně uvolňována do plazmy. Tato kombinace ukládání a uvolňování zajišťuje pohodu klienta a dává mu pocit stability. **(25)**

Respondenti jsou si těchto účinků substitučních látek vědomi a považují je za nepopíratelně přínosné. Zdůrazňují však, že při indikaci substituce u mladistvých je zcela nezbytné analyzovat, zda klient opravdu stojí o vyléčení ze své závislosti a o trvalou abstinenci nebo zda chce jen přečkat určité období, kdy například nemá finanční prostředky na drogu primární. Tento aspekt vidí jako jednu z kritických otázek substituce u mladistvých.

Substituční léčba je určena osobám závislým na opioidech. Léčba se doporučuje, zejména pokud jde o dlouhodobou závislost, dále pokoušel-li se již klient neúspěšně abstinovat, jde-li o osobu starší 18 let, o těhotnou ženu nebo pokud se kromě drogové závislosti vyskytuje i závažné onemocnění jako HIV, hepatitida typu C apod. **(8)** S tímto tvrzením se ztotožňují všichni lékaři – respondenti i většina ostatních respondentů. Zastávají názor, že by se nejdříve měly vyzkoušet jiné formy léčby a až po několikátém selhání a dovršení zletilosti zvažovat substituční léčbu.

Další kritický bod indikace substituční léčby spatřují respondenti v možnosti rozšíření povědomí o omamných a psychotropních látkách mezi mladými uživateli drog. Respondenti dále potvrzují výsledky studií této problematiky, kterými se zabývali Verster a Bunning. Jednomyslně se shodli na tom, že pokud se důkladně zváží všechny alternativy léčby, pokud je kvalitně zpracována anamnéza a vyšetření konkrétního klienta a jsou dány hodnotné důvody pro indikaci léčby, pozitiva této pomoci převažují nad jejími riziky. **(28)**

6 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo vydefinovat specifika léčby závislostí na návykových látkách u dětí a mladistvých. Za konkrétní cíl jsem si stanovila zmapovat oblast motivace mladistvých klientů k léčbě jejich závislosti, dále vydefinovat účinné metody a přístupy v práci s touto klientelou a také získat dostatek informací a názorů na indikaci substituční léčby u mladistvých, stanovit její kritické aspekty a naopak výhody. Účelem této práce je, aby posloužila při zefektivnění intervencí s touto specifickou klientelou.

Teoretická část mé bakalářské práce představuje souhrn informací o drogové závislosti, návykových látkách, možnostech léčby a specifických přístupech ve vztahu ke klientele mladistvých uživatelů omamných a psychotropních látek. Slouží jako opora pro výzkum, který jsem v rámci této práce uskutečnila.

Jako výstup z mého šetření realizovaného v rámci kvalitativního výzkumu v mé bakalářské práci jsem stanovila následující hypotézy:

Hypotéza 1: *Motivace mladistvých k nástupu do léčby je častější na základě vnějších motivů než vnitřních.*

Hypotéza 2: *Při práci s mladistvými závislými klienty je nejefektivnější metodou kombinace skupinové a individuální psychoterapie.*

Hypotéza 3: *Obava ze závislosti na opiátech u mladistvých je v důsledku povědomí o substituční léčbě velmi nízká.*

Možnost řešení spatřuji v kladení většího důrazu na informování a vzdělávání rizikových skupin i široké veřejnosti o drogové problematice. Informovanost o nebezpečnosti, účincích, návykovosti omamných a psychotropních látek je důležitá právě s ohledem na naše budoucí generace.

Věk užití první drogy se stále snižuje. Není žádnou výjimkou, že první zkušenosti s nelegálními drogami se uskutečňují již ve 12 letech nebo i ve věku nižším. Domnívám se proto, že je třeba blíže seznámit veřejnost s touto problematikou a reagovat na

současné nepříznivé trendy. Včasným podchycením problému, rozšířením kapacit v léčebných zařízeních pro tuto věkově specifickou klientelu a kvalitní péčí by se mohlo předcházet tak vysokým počtům dospělých uživatelů drog.

Z mého výzkumu vyplynulo, že mladistvým klientům často schází vnitřní motivace k abstinenci. Mezi jejich motivačními faktory patří nejčastěji nátlak ze strany rodiny, školy nebo sociálního kurátora. Proto si myslím, že by léčebný program měl zahrnovat kvalitní a intenzivní motivační trénink. Důraz by měl být kladen i na prevenci relapsu z důvodu poměrně vysokého procenta recidivujících klientů.

Zastávám názor, že jisté změny by měly proběhnout již v rodinném prostředí. Rodina sama o sobě by měla poskytovat pocit bezpečí, jistoty a přijetí – což by měla být její primární úloha. Svět se neustále vyvíjí, stává se čím dál hektičtější a zmatenějším, na děti a dospívající se kladou stále větší nároky. Je velmi důležité, aby proto věděli, kde je jejich místo, že za nimi někdo stojí, že je někdo podrží a že je má někdo rád.

Ve svém výzkumu jsem se dále zabývala tématem indikace substituční léčby u mladistvých. Pozitivní účinky a důsledky užívání substitučních látek jsou jednoznačně prokazatelné a relevantní, avšak v případě léčby mladistvých je vhodné volit nejdříve jiné formy léčby a vyčkat dovršení zletilosti.

Přínos mé bakalářské práce spočívá hlavně v poskytnutí informací široké i odborné veřejnosti. Mohla by tak posloužit jako podnět k dalším, detailnějším výzkumům této problematiky. Zároveň má práce představuje ucelený soubor dat, který bude prospěšný nejen mnou dotázaným zařízením, ale i ostatním léčebným zařízením, které své služby poskytují právě mladistvým uživatelům drog. Výsledky mé práce mohou být použity přímo v praxi pro zkvalitnění specifických služeb určeným této klientele.

Závěrem si dovoluji připomenout, že otázka drogové závislosti je vážný, akutní a aktuální problém celé společnosti. Myslím si, že moje bakalářská práce přispěje k potvrzení některých již zaběhlých teorií týkajících se drogově závislých dětí a mladistvých a také doufám, že zároveň tuto oblast rozšíří o nové poznatky a poskytne tak minimálně podnět k zamyšlení se nad současnou situací a stále pokračujícím nepříznivým trendem.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMEC, J. *Psychologie svobody: závislost a návykové poruchy u dětí a dospívajících* [online]. Brno: Filosofický seminář – katedra teorie, 2009. 65 s. [cit. 2011-10-12]. ISBN 978-80-87234-09-9. Dostupné z: <http://www.psychostudium.cz/pdf/svoboda.pdf>.
2. ADAMEČEK, D. a kol. *Seznam a definice výkonu drogových služeb*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 88 s. ISBN 80-86734-81-1.
3. CARR-GREGG, M. *Pubertáči a adolescenti: průvodce výchovou dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 197 s. ISBN 978-80-7367-662-9.
4. DOBIÁŠOVÁ, G. *Psychoterapeutické přístupy v léčbě drogových závislostí*. České Budějovice, 2007. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 124 s. Vedoucí práce Pavel Vácha.
5. EMCDDA [Evropské mezinárodní středisko pro drogy a drogovou závislost] *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí* [online]. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2010. 48 s. [cit. 2011-10-12]. ISBN 978-80-254-6807-4. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/365/1886/>>.
6. EMCDDA [Evropské mezinárodní středisko pro drogy a drogovou závislost] *Polydrug use: patterns and response*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009. 29 s. ISBN 978-92-9168-410-6.

7. EMCDDA [Evropské mezinárodní středisko pro drogy a drogovou závislost] *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let* [online]. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2010. 36 s. [cit. 2011-10-12]. ISBN 978-80-254-6806-7. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/365/1887/>.
8. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.
9. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.
10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
11. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
12. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
13. KALINA, K.a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
14. KOLÁŘÍKOVÁ, V. *Vybrané sociálně patologické jevy na základních školách, závislosti – alkohol, kouření, drogy*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 78 s. Vedoucí práce Josef Hošek.

15. KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 75s. ISBN 80-7040-724-7.
16. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
17. MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. 340 s. ISBN 80-7178-771-X.
18. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
19. NEŠPOR, K. *Léčivá moc smíchu: smích a zdraví, smích a vztahy, smích a práce, smích a výchova*. 3. vyd. Praha: Vyšehrad, 2007. 159 s. ISBN 978-80-7021-878-5.
20. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. 173 s. ISBN 80-7178-432-X.
21. PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati: poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče*. Písek: Arkáda, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.
22. ROSENBAUM, M. *Bezpečnost především...realistický přístup k dospívajícím a drogám* [online]. San Francisco: Studio Reflex, 2006. 38 s. [cit. 2011-10-12] Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/60/1387/>>.
23. ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.

24. SCHNEIDEROVÁ, M. *Návyky středoškolské mládeže (alkohol, drogy, kouření, gamblerství,...)*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 99 s. Vedoucí práce Dana Týmalová.
25. SCHULTE, B. a kol. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. 140 s. ISBN 978-80-7440-042-1.
26. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
27. VALÍČEK P. A KOL. *Rostlinné omamné drogy*. 1. vyd. Benešov: Start. 2000. 191 s. ISBN 80-86231-09-7.
28. VERSTER, A., BUNNING, E. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 52 s. ISBN 978-80-87041-11-6.
29. Vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže: Přístupy k řešení drogové problematiky. *Prevence* [online]. 2007 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: http://www.prevence.net/Science/schwarc-vacha_01.pdf.
30. ŽÁČKOVÁ, M., THEINER, P. Problémové chování u adolescentů – poruchy chování, hyperkinetické poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek. *Neurologie pro praxi* [online]. 2008, (9)6, 345-349. [cit. 2011-10-25]. ISSN 1803-5280. Dostupný z : <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/06/05.pdf>.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Návykové látky

Motivace

Závislost

Léčba drogové závislosti

Psychoterapie

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Prohlášení

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Příloha č. 3 – Struktura rozhovoru

Příloha č. 1

PROHLÁŠENÍ

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Adresa děkanátu: Jírovцова 24/1347

370 04 České Budějovice

Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie

Název bakalářské práce: Specifika léčby závislostí na návykových látkách u dětí
a mladistvých

Autor práce: Barbora Stifterová

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Prohlašuji, že údaje získané ke zpracování mé bakalářské práce na téma „**Specifika léčby závislostí na návykových látkách u dětí a mladistvých**“ budou sloužit pouze k mé vlastní potřebě a nebudou uvedeny žádné skutečnosti, které by vedly k odhalení nebo přiblížení identity osobnosti.

Datum a místo

.....

Podpis autora práce

.....

Podpis respondenta

.....

Příloha č. 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Adresa děkanátu: Jírovцова 24/1347

370 04 České Budějovice

Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie

Název bakalářské práce: Specifika léčby závislostí na návykových látkách u dětí
a mladistvých

Autor práce: Barbora Stifterová

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Já.....bytem.....
.....

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru na téma „**Specifika léčby závislostí na návykových látkách u dětí a mladistvých**“ a jeho zaznamenáním na diktafon.

Datum a místo

Podpis respondenta

.....

.....

Příloha č. 3

VÝZKUMNÁ ČÁST - ROZHOVOR

„DÍL A“

V jaké fázi motivace se mladiství klienti přicházející do léčebných zařízení nejčastěji nachází?

1. Co vy, jako odborník, považujete za hlavní důvod (motiv), který mladistvé klienty přivádí do léčebných zařízení? Čili to, kvůli čemu se v takovýchto zařízeních aktuálně nachází?
2. Jak hodnotíte odhodlání mladistvého klienta ke změně, pokud již absolvoval několik neúspěšných léceb?
3. Jak byste zhodnotil přístup mladistvého klienta ke spolupráci v rámci léčebného programu, vzhledem k délce jejich pobytu zde?

„DÍL B“

Jaké metody a způsoby léčby jsou typické a nejefektivnější pro léčbu dětí a dospívajících?

4. Jak hodnotíte skupinovou a individuální terapii u mladistvých klientů z pohledu efektivity?
5. Považujete, vy osobně, nějakou techniku za obzvláště efektivní při práci s mladistvými klienty?
6. Jakou roli při léčbě mladistvých zaujímá jejich rodina? (Spolupracujete s ní? Jakým způsobem?)
7. Jaký význam má terapeutický vztah při spolupráci s mladistvým klientem?

„DÍL C“

Jaký je význam substituční léčby při léčbě závislostí dětí a mladistvých?

8. Se kterými drogami se nejčastěji setkáváte u mladistvých závislých klientů?
9. Jak byste zhodnotil postoj mladistvých klientů k substituční léčbě?
10. Jaký je Váš názor na indikaci substituční léčby u mladistvých?