



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Veronika Valachová

Motivace mladistvých k nástupu do léčby v terapeutické komunitě
Motivation of adolescents to enter treatment in a therapeutic community

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ

Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/~~Nesouhlasím~~ s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 04. 2024.

VERONIKA VALACHOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

VALACHOVÁ, Veronika. Motivace mladistvých k nástupu do léčby v terapeutické komunitě [Motivation of adolescents to enter treatment in a therapeutic community]. Praha, 2024. 104 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Kalina, Kamil.

ABSTRAKT

Východiska: Zneužívání návykových látek mladistvými je celosvětovým problémem. V České republice tvoří mladiství a dospívající skoro 50 % všech uživatelů návykových látek. Proto je důležité mapovat motivaci k nástupu do léčby a faktory, které mladistvým v léčbě pomáhají setrvávat nebo je naopak demotivují.

Cíle: Hlavními cíli této studie bylo zjistit motivaci mladistvých k nástupu do terapeutické komunity a jaké faktory jim v léčbě pomáhají a jaké naopak nikoliv. Dalším cílem bylo zjistit stupeň motivace klientů skrze dotazník CMRS. A v neposlední řadě za pomoci skriningového dotazníku pro mladistvé zjistit nejrizikovější oblasti života mladistvých.

Metody: Sběr dat se uskutečnil během dubna roku 2024 v terapeutické komunitě Karlov. S klienty byl veden polostrukturovaný rozhovor, vyplňovali krátký CMRS dotazník a delší skriningový dotazník pro dospívající.

Výzkumný soubor: Výběrový soubor tvořilo 5 klientů terapeutické komunity Karlov ve věku 17-23 let.

Výsledky: Z výpovědi respondentů vyplynulo že nejčastějším motivem ke vstupu do terapeutické komunity je vnější motivace skrze rodiče. Tato motivace se ale během léčby mění na motivaci vnitřní, kdy klienti setrvávají v léčbě především kvůli sobě.

Závěr a doporučení: Bylo zjištěno, že motivace k nástupu je nejdříve vnějšího typu. Bylo by tedy vhodné v rámci předléčebné intervence zaměřit pozornost na změnu tohoto přístupu mladistvých klientů. Dále je vhodné vnitřní motivace co nejvíce posilovat a hledat individuální důvody k setrvání v léčbě a následné abstinenci.

Klíčová slova: Mladiství – rodina – návykové látky – motivace – terapeutická komunita

ABSTRACT

Background: Adolescent substance abuse is a global problem. In the Czech Republic, youth and adolescents make up almost 50% of all users of addictive substances. Therefore, it is important to map the motivation to start treatment and the factors that help young people to stay in treatment or, on the contrary, demotivate them.

Aim: The main goals of this study were to find out the motivation of adolescents to join a therapeutic community and which factors help them in treatment and which do not. Another goal was to determine the degree of client motivation through the CMRS questionnaire. And last but not least, with the help of a screening questionnaire for young people, find out the riskiest areas of young people's lives.

Methods: Data collection took place during April 2024 in the therapeutic community of Karlov. A semi-structured interview was conducted with the clients, they filled out a short CMRS questionnaire and a longer screening questionnaire for adolescents.

Research file: The sample consisted of 5 clients of the Karlov therapeutic community aged 17-23.

Results: From the statements of the respondents, it emerged that the most common motive for entering the therapeutic community is external motivation through parents. However, this motivation changes during treatment to internal motivation, when clients stay in treatment mainly for themselves.

Conclusion and recommendation: It was found that the motivation to start is primarily of an external type. It would therefore be appropriate to focus attention on changing this attitude of juvenile clients as part of pre-treatment intervention. Furthermore, it is advisable to strengthen internal motivation as much as possible and to look for individual reasons for staying in treatment and subsequent abstinence.

Key words: Adolescence – family – addictive substances – motivation – therapeutic community

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. MUDr. Kamilovi Kalinovi, CSc. za jeho odborné vedení mé diplomové práce, obzvláště za jeho trpělivý a vstřícný přístup a podnětné rady. Dále bych velice ráda poděkovala celému týmu terapeutické komunity, že mi umožnil zrealizovat výzkumnou část této diplomové práce. Samozřejmě děkuji samotným klientům, kteří se zúčastnili rozhovorů a vyplnily dotazníky ve svém volném čase. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a příteli za jejich podporu a pomoc po celou dobu mého studia a také při psaní diplomové práce.

Obsah

1. Úvod.....	14
2. Závislost a návykové látky	15
2.1. Vznik závislosti	16
2.1.1. Bio-psycho-socio-spirituální model.....	17
2.2. Rozdělení a fungování návykových látek.....	17
2.2.1. Alkohol (F10).....	18
2.2.2. Opiáty (F11)	18
2.2.3. Kanabinoidy (F12).....	19
2.2.4. Sedativa a hypnotika (F13).....	19
2.1.1. Kokain (F14)	19
2.1.2. Stimulancia (F15).....	20
2.1.3. Halucionogeny (F16).....	20
2.1.4. Tabák (F17)	20
3. Užívání návykových látek mladistvými.....	22
3.1. Data o mladistvých uživateli.....	22
3.2. Příčiny užívání návykových látek u dětí a mladistvých	23
3.2.1. Teorie vzniku závislosti.....	23
3.2.2. Vliv genetiky	24
3.2.3. Vliv rodiny	25
3.2.4. Vliv vrtevníků.....	27
3.2.5. Vliv školy a komunity	27
3.3. Protektivní faktory pro rozvoj závislosti	27
3.4. Rizikové faktory pro rozvoj závislosti	28
4. Motivace.....	30
4.1. Motivační teorie.....	30
4.1.1. Teorie instrumentality	31
4.1.2. Maslowova teorie potřeb	31
4.1.3. Alderferův modifikovaný model hierarchie potřeb	33

4.2.	Vlastnosti motivace	34
4.3.	Motivace v problematice závislosti	34
4.4.	Motivační rozhovory	35
4.5.	Cyklický model změny	36
4.5.1.	Prekontemplace	36
4.5.2.	Kontemplace	37
4.5.3.	Rozhodování	38
4.5.4.	Akce	38
4.5.5.	Udržování změny	38
4.5.6.	Relaps	38
4.6.	Model změny chování podle Pattena	39
4.6.1.	Kontakt	39
4.6.2.	Pozornost	39
4.6.3.	Pochopení	39
4.6.4.	Změna postoje	39
4.6.5.	Změna záměru	39
4.6.6.	Změna chování	39
4.6.7.	Udržení změny	39
4.7.	CMRS škála	40
4.7.1.	C – Okolnosti (circumstances)	40
4.7.2.	M – motivace (motivation)	40
4.7.3.	R – připravenost (readiness)	40
4.7.4.	S – vhodnost (suitability)	40
5.	Terapeutická komunita	41
5.1.	Historie terapeutických komunit	41
5.1.1.	Demokratické terapeutické komunity	42
5.1.2.	Hierarchické terapeutické komunity	42
5.2.	Režim terapeutických komunit	42
5.2.1.	Aktivity v terapeutické komunitě	43
5.2.2.	Fáze léčby v terapeutické komunitě	43
5.3.	Cíle terapeutické komunity	45
5.4.	Terapeutická komunita Karlov	45
6.	Cíl výzkumu	47
6.1.	Výzkumný problém	47

6.2. Cíle výzkumu.....	47
6.3. Výzkumné otázky.....	47
7. Výzkumný soubor	48
7.1. Základní soubor:.....	48
7.2. Výběrový soubor:.....	48
7.3. Výzkumný soubor:.....	48
8. Limity výzkumu	48
9. Etické aspekty výzkumu.....	49
10. Metody sběru dat	49
10.1. Příprava sběru dat.....	49
10.2. Výzkumné nástroje.....	49
10.2.1. Polostrukturovaný rozhovor.....	49
10.2.2. CMRS.....	50
10.2.3. Skriningový dotazník pro dospívající.....	51
11. Metody zpracování a analýza dat.....	51
11.1. Polostrukturovaný rozhovor.....	51
11.2. CMRS.....	52
11.3. Skriningový dotazník pro dospívající.....	52
12. Výsledky.....	53
12.1. Klient č. 1.....	53
12.1.1. Anamnéza.....	53
12.1.2. Polostrukturovaný rozhovor.....	53
12.2. Klient č. 2.....	54
12.2.1. Anamnéza.....	54
12.2.2. Polostrukturovaný rozhovor.....	54
12.3. Klient č. 3.....	55
12.3.1. Anamnéza.....	55
12.3.2. Polostrukturovaný rozhovor.....	55
12.4. Klient č. 4.....	56
12.4.1. Anamnéza.....	56
12.4.2. Polostrukturovaný rozhovor.....	56
12.5. Klient č. 5.....	57
12.5.1. Anamnéza.....	57

12.5.2. Polostrukturovaný rozhovor	57
12.6. Shrnutí polostrukturovaného rozhovoru.....	58
12.7. CRMS dotazník	61
12.8. Skriningový dotazník pro mladistvé	68
12. Diskuse	70
13. Závěr	74
14. Seznam použité literatury	77
15. Seznam zkratk	82
16. Seznam tabulek	83
17. Seznam obrázků	85
18. Přílohy	86

1. Úvod

Tato diplomová práce se věnuje tématu mladistvých uživatelů. Je to stále málo probádaná skupina, na kterou se u závislosti často zapomíná. Přitom užívání návykových látek představuje pro mladistvé mnohem větší riziko než pro dospělé. Důvodem je nedokončený vývoj organismu a psychosociální nezralost. Závislost se u mladých lidí rozvíjí rychleji a má závažnější dopady na jejich vývoj.

Většina závislých začíná s drogami v mládí. Až u 95 % pacientů s drogovou závislostí datuje počátek jejich drogové kariéry do období před dosažením plnoletosti. To koresponduje s běžným jevem experimentování s drogami v dospívání. Někteří autoři se však brání označování těchto experimentů za závadné chování. I přesto statistiky ukazují, že adolescenti ve věku 15-19 let tvoří skoro polovinu všech uživatelů drog v ČR.

Dospívající čelí během svého vývoje mnoha rizikovým momentům: opouštějí dětskou roli, prožívají pocity samoty, frustrace z neúspěchu a nahromaděné agrese. To vše může vést k labilnímu chování a v krajním případě k užívání návykových látek.

Tato práce má přiblížit motivaci mladistvých a dospívajících k léčbě. Tyto výsledky se poté mohou aktivně využívat při práci s mladistvými a dospívajícími klienty.

V práci se nachází obecný popis návykových látek, charakteristika skupiny mladistvých, vysvětlení pojmu motivace a její varianty a také je zde popis terapeutické komunity, na kterou tato práce cílila. Dále je zde přítomna praktická část, ve které se zjišťuje motivace k nástupu do léčby skrze dotazníky a rozhovor.

2. Závislost a návykové látky

Jeřábek (in Kalina, 2015) uvádí, že závislost vzniká na psychoaktivních látkách nebo procesech. Psychoaktivní látka, nebo také látka návyková, ovlivňuje biochemické fungování mozku. Návykové látky působí především na systém mozkové odměny, kdy touha po opakování účinku návykové látky rozvíjí závislost.

Nešpor (2018) píše, že závislost je také definována v rámci mezinárodní klasifikace nemocí, dle WHO (1992). Podle 10. revize MKN se jedná o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kdy jedinec silně upřednostňuje užívání látky nebo skupiny látek před jiným jednáním, které pro něj bylo dříve cennější. U syndromu závislosti je stěžejní touha užít návykovou látku, která je silná až přemáhající. Pro stanovení diagnózy závislosti je stěžejní, zda v průběhu jednoho roku došlo ke třem nebo více příznakům z následujícího výčtu:

- a) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- b) Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- c) Tělesný odvykací stav
- d) Průkaz tolerance k účinku látky, ke kterému dojde navyšováním dávek, aby se dosáhlo stejného účinku původně vyvolaného nižší dávkou
- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání návykové látky
- f) Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků na zdraví a společenský život

Dle WHO je ústředním symptomem závislosti silná touha (bažení, craving) užít návykovou látku. U tohoto příznaku je důležité rozdělení na psychickou a fyzickou složku. Dalším důležitým symptomem je odvykací stav, který je velmi často i nejtěžší komplikací při odvykání. Pod pojmem „psychická závislost“ si můžeme představit poruchy motivačního a behaviorálního charakteru. Jedná se o psychické bažení, narušená kontrola užívání a pokračování v užívání i přes patrné negativní dopady na jedince. Znaky fyzické závislosti jsou především nárůst tolerance a somatický odvykací stav, jehož součástí je i fyzické bažení. Oba typy závislosti se ve většině případů rozvíjí souběžně, i přes to, že jednotlivé látky mají rozdílnou kvantitativní míru k vyvolání obou složek závislosti. Mezi látky se silným potenciálem pro vznik psychické závislosti se řadí amfetamin, tetrahydrokanabinol a nikotin. Látky s vysokým potenciálem pro vznik fyzické závislosti jsou především opioidy a benzodiazepiny (Jeřábek in Kalina, 2015)

2.1. Vznik závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách je považována za multifaktoriální chronické relabující onemocnění centrální nervové soustavy (CNS). Za jejím vznikem stojí psychické a somatické vlastnosti jedince, ale také vliv sociálního prostředí. Důležitými faktory mohou být situační podněty (např. dostupnost návykových látek), sociokulturní faktory a sociální skupiny. Jednotlivé interakce mezi nimi poté určují pravděpodobnost experimentů a míry rizika vzniku závislosti. Studie mnoha autorů dokazují, že inklinace k určitým způsobům prožívání, reagování a uvažování zvyšuje riziko užití návykové látky a tím i vznik závislosti (Gorman & Arikian, 2001).

Mechanismus vzniku závislosti byl a stále je zkoumán především na animálních modelech. Díky nim se podařilo vysvětlit nejen samotný vznik závislosti, ale také její vývoj a případnou léčbu. Modely hlodavců napodobují mnoho základních složek závislosti, od počátečního užívání drog až po recidivu a následný relaps, kdy dochází k pokračování užívání drog navzdory negativním důsledkům. V rámci studií byla odhalena plasticita glutamátergního synaptického přenosu vyvolaného silnou aktivací mezolimbického dopaminu – definujícího znaku všech návykových drog (Lüscher, 2016).

Dle Kooba a Volkowa (2010) je závislost založena na mozkovém systému odměny. Tento mechanismus zajišťuje organismu nutné potřeby pro přežití a reprodukci. Některé podmínky jsou spojeny s příjemnými, líbivými pocity. Ty jsou organismem poté vyžadovány a snaží se o jejich opakování. Člověk se tedy bude přirozeně chovat tak, aby docházelo k co nejčastější odměně. Systém odměny se pojí s limbickým systémem, který je důležitý pro učení a motivaci. Dalšími zapojenými strukturami jsou mozková kůra a striatum, konkrétně nucleus accumbens. Pro systém odměny je specifická dopaminergní mezolimbická – mezokortikální dráha, jejíž stimulací dochází k uvolňování dopaminu. Doposud je nejlépe prozkoumaným mediátorem právě dopamin, jehož uvolnění do organismu přímo zapříčiňuje líbivé a příjemné pocity, tedy odměnu. Postupně ale dochází ke zkoumání i dalších mediátorů, jako například acetylcholinu, serotoninu, GABA, glutamátu, kanabinoidů a endogenních opiátů.

Je důležité zmínit, že riziko rozvinutí drogové závislosti není u všech jedinců stejné. Mezi jednotlivci se mohou výše popsané biologické mechanismy uplatňovat v různých intenzitách a také záleží na působení vnějších a individuálních faktorů. Mezi vnější faktory se řadí dostupnost drogy, prostředí a stres. Užívání návykové látky je se stresem úzce spojeno. Stres může být přímo odpovědný za zvýšený příjem drogy, ale i naopak konzumace návykové látky ovlivňuje stresové neurální okruhy (Koob, 2008). U individuálních faktorů je důležité zmínit především genetické predispozice, které mohou zvyšovat riziko drogové závislosti až o 50 % (Nielsen, Untrankas, Reyes et al., 2012). Dalším rizikem pro vznik závislosti je nevyzrálost organismu. Mezi rysy pubertálního období a fáze dospívání patří špatná kontrola chování, a především silná touha po odměně skrze stimulaci limbického

systemu. Během adolescence probíhá výrazná neurální remodelace, která má za následek výrazné změny v CNS. V tomto období je lidský mozek zvýšeně citlivý na vnější zásahy a také hrozí větší riziko rozvoje psychiatrických poruch, mezi které se řadí i závislost. Děle svou roli v rozvoji závislosti hraje i pohlaví. Ženy jsou totiž mnohem citlivější k toxickému působení drog, tedy i k rychlejšímu abúzu drog. Rizikem jsou samozřejmě i již vzniklé psychické poruchy. Jedinci s depresí, úzkostmi nebo například ADHD inklinují k drogám mnohem častěji než zdravá populace (Šustková in Kalina, 2015).

2.1.1. Bio-psycho-socio-spirituální model

Nejčastěji se vznik závislosti popisuje skrze bio-psycho-socio-spirituální model (BPSS). S touto teorií se v rámci odborných kruhů začalo pracovat v 70. letech 20. století. Tento model pojímá člověka jako celistvou bytost, jejíž existenci ovlivňují faktory biologické, psychologické, sociální a spirituální. Model bere ohled na vlastní psychiku, fyziologické fungování těla, sociální vztahy a prostředí, kde jedinec žije a také začleňuje zdroj víry. Jednotlivé složky modelu ovlivňují riziko rozvoje závislosti odděleně, ale ve výsledku je důležitý celkový souhrn jednotlivých složek, bavíme se tedy o komplexním přístupu ke vzniku drogové závislosti (Kudrle, 2003).

2.2. Rozdělení a fungování návykových látek

Dle MKN-10 se rozlišuje závislost podle užívané látky a také dle konkrétní poruchy. Druh látky určuje první číslo v rámci diagnózy, v případě látek se jedná o F10-F19, poruchy duševní a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek. Diagnózy F10-F18 jsou spojeny s konkrétními látkami nebo skupinami látek. Diagnóza F19 značí polymorfní užívání, tedy, pokud jedinec užívá dvě a více návykových látek souběžně. Za tečkou je poté konkrétní určení stavu pacienta (WHO, 1992).

Proto, aby se látka mohla řadit mezi návykové, musí mít psychotropní efekt a také potenciál pro vznik závislosti. Psychotropní efekt znamená, že po užití látky se jedinci začne měnit vnímání a prožívání. V rámci potenciálu závislosti musí látka při pravidelném užívání způsobovat závislost, tedy nekontrolovatelné nutkání návykovou látku užít a jedinec také ztrácí kontrolu nad samotným užíváním (Minařík & Kmoch, 2015).

U položek v F10-F19 se používá následující členění na čtvrtém místě:

- .0 – Akutní intoxikace (akutní opilost u alkoholismu, „špatné cesty“ u drog, opilost NS, patologická intoxikace, stavy transu a posedlosti při intoxikaci psychoaktivní látkou; nepatří sem intoxikace ve smyslu otravy z položek T36- T50) 14
- .1 – Škodlivé použití (abúzus psychoaktivní látky)
- .2 – Syndrom závislosti (chronický alkoholismus, dipsomanie, toxikomanie)

- .3 – Odvykací stav
- .4 – Odvykací stav s deliriem (delirium tremens; vyvolané alkoholem)
- .5 – Psychotická porucha (alkoholická: halucinóza, žárlivost, paranoia a psychóza NS)
- .6 – Amnestický syndrom (amnestická porucha vyvolaná drogami nebo alkoholem, Korsakovova psychóza nebo syndrom)
- .7 – Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem (alkoholická demence NS, chronický alkoholický mozkový syndrom, demence a jiné lehčí formy přetrvávajícího poškození kognitivních funkcí, „flashbacks“, psychotická porucha s pozdním nástupem vyvolaná psychoaktivní látkou, posthalucinogenní percepční porucha, reziduální: afektivní porucha nebo porucha osobnosti a chování)
- .8 – Jiné duševní poruchy a poruchy chování
- .9 – Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

2.2.1. Alkohol (F10)

Alkohol je legální látka, která vzniká kvašením cukrů, užívá se per os a jedná se o látku s tlumivým účinkem. Za psychotropní účinek jsou zodpovědné dopaminergní, noradrenergní, GABAnergní a opioidní neurotransmiterové systémy. V Česku je konzumace této látky nadprůměrná, jedná se o 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele. Nadměrná konzumace alkoholu je v ČR běžná u čtvrtiny mužů a desetiny žen. Užívání alkoholu s rizikem závislosti je v ČR vystaveno cca 300 000 obyvatel. Užívání alkoholu je velmi běžné i u mladistvých. Nejčastějším důvodem je ostych k druhému pohlaví, neúnosné rodinné situace, ale také touha vyrovnat se vrstevníkům, kteří již alkohol užívají (Illes, 2002).

Účinky alkoholu jsou vázané především na užití množství. Menší dávky na lidský organismus působí stimulačně, při vyšším množství se ale následně objeví pocit utlumení. Nejčastějším projevem intoxikace je prostá opilost neboli ebrieta. Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky alkoholu na lidský organismus řadíme poškození gastrointestinálního traktu, poškození oběhového systému, poruchy krevetvorby a spánku, úzkostně-depresivní stavy, poškození nervového a endokrinního systému. Pokud alkohol konzumují těhotné ženy, vystavují plod riziku fetálního alkoholového syndromu (Illes, 2002).

2.2.2. Opiáty (F11)

Opiáty jsou tlumivé látky s euforickým efektem. Mezi přírodně se vyskytujícími zástupci řadíme alkaloidy morfia a kodeinu. Synteticky vytvořené opiáty jsou v adiktologii nejvýznamnější heroin, buprenorfin, metadon a pro Česko specifický Braun. Účinek zajišťují specifické receptory určené pro endogenní opioidy. V ČR se odhaduje na 10 500 problémových uživatelů opioidů, nejčastěji zneužívanou látkou je aktuálně buprenorfin. Buprenorfin a metadon jsou látky využívané především v substituční léčbě nelegálně

užívaných opioidů, ale často se objevuje i jejich užívání bez lékařského předpisu. U způsobu aplikace převažuje intravenózní podání, výjimkou, ale není ani intranazální aplikace nebo inhalace po zahřátí (Illes, 2002).

Nešpor a Csémy (1997) píšou, že rizika spojená s užíváním opioidů jsou závislost, rozvíjené tolerance a snížení vnímání bolesti. Velmi rizikové je i rozpětí mezi dávkou účinnou a smrtelnou, která je velmi malá. Hrozí tedy snadné předávkování a následná smrt.

2.2.3. Kanabinoidy (F12)

Kanabinoidy, známe také jako konopné drogy jsou dle Zábranského (2003) v České republice třetí nejrozšířenější drogou po alkoholu a nikotinu. Celoživotní prevalence se v Evropské unii odhaduje na 10-20 %, nejčastěji jsou kanabinoidy užívány ve věkové skupině 15-24 let. Jedná se o látku s částečně tlumivým a halucinogenním efektem. Psychoaktivní látkou obsaženou v rostlině konopí je známá jako THC, tato zkratka je celým názvem delta-9-trans-tetrahydrocannabinol. Nejčastějším způsobem užití je inhalace, výjimkou ale není ani užití kanabinoidů v potravě (Illes, 2002).

Průběh intoxikace je vázán na setu a settingu. Nejočekávanějším efektem po užití je euforie. Užívání kanabinoidů může způsobit zhoršení krátkodobé paměti. Snížení schopnosti učení, změny ve vnímání času, nepříjemné obsedantní myšlenky, sucho v ústech, zvýšený pocit hladu, halucinace a celkové zhoršení úsudku (Illes, 2002).

2.2.4. Sedativa a hypnotika (F13)

Do této skupiny zařazujeme sedativa (zklidňující léky), anxiolytika (léky pro tlumení úzkosti), neopiátová analgetika (léky na tlumení bolesti), barbituráty a hypnotika (léky na poruchy spánku) (Beran, 1995).

Nejčastěji se s těmito látkami setkáváme ve formě tablet, kapslí nebo injekčních ampulí. U člověka navozují celkový útlum a pocit uvolnění. Největším rizikem je rozvoj závislosti. Mezi další komplikace patří zadržování mluvy, nekoordinovanost pohybů, pobledlá kůže, zrychlený puls, ale také vznik či zhoršení deprese a letargie. Může dojít i k předávkování, které se projevuje otravou a může skončit i smrtí (Illes, 2002).

2.1.1. Kokain (F14)

Kokain je alkaloidem rostliny rudodřevu koky, známého také jako kokainovník pravý. Nejčastěji se vyskytuje jako bílý prášek bez zápachu, který se užívá nasálně. Jde o silně stimulační látku, která intenzivně působí na CNS tím, že pozměňuje chemické procesy v mozku (Illes, 2002).

Dle Zábranského (2003) není užívání kokainu v Česku úplně běžné. Spíše sporadicky se vyskytuje na tanečních akcích a pouliční scéně. Typickými uživateli jsou jedinci z vyšší

střední vrstvy, jelikož se cenově jedná o dražší látku než účinky velmi podobný pervitin, který je výrazně cenově dostupnější.

2.1.2. Stimulancia (F15)

Stimulancia jsou známé také jako budivé látky, protože mají povzbuzující efekt na CNS. Do této skupiny řadíme v ČR nejběžnější pervitin (metamfetamin), amfetaminy, crack a různé „taneční drogy“, jako je MDMA nebo extáze. V ČR se předpokládá 37 400 rizikových uživatelů pervitinu (Illes, 2002; Chomynová, Grohmannová, Černíková, Jarošíková, Dékány & Vopravil, 2022).

Dle způsobu výroby se jedná buď o čistě bílý, nebo nahnědlý prášek. Nejčastěji se užívá intravenózně, je ho možné ale užívat i nasálně. Po užití se objevuje nadměrná až bezúčelná aktivita. Vlivem pervitinu mohou vznikat i bludy a velmi často paranoidní pocity pronásledování. Po odeznění účinku se jedinec cítí silně unaven, kvůli zanedbávání spánkové hygieny. Obvykle se objevuje i velký hlad, jelikož během intoxikace jedinec zanedbává i tak základní potřeby, jako je jídlo (Nešpor, 2004).

2.1.3. Halucionogeny (F16)

Efekt halucinogenů je především deformace reality, čichu, hmatu zvuku i vidění. Mezi nejznámější halucinogeny patří přírodní látky jako LSD, lysohlávky, durman, meskalin, atropin, ibogain a poté synteticky vytvořený phenocyklidin (PCP). V České republice není užívání halucinogenů úplně běžné, spíše se jedná o experimentální pokusy, častější jsou například na „tanečních“ akcích. Opakované až závislostní užívání je spíše výjimečné. Většina látek se užívá per os, pouze PCP se užívá inhalačně (Zábranský, 2003; Illes, 2002).

Účinek halucinogenů se odvíjí od druhu látky, dávky, okolí a rozpoložení uživatele. V menších dávkách může docházet k zostření vnímání. Ve vyšších dávkách poté k iluzím sluchového i vizuálního typu, typická je i synestezie, tedy vidění hudby nebo slyšení barev. Dále je poškozeno vnímání času a prostoru, uživatel si ale zachovává nahléd, jde tedy o pseudohalucinace, nikoliv o pravé halucinace. Rizika spojená s užíváním halucinogenů jsou například bad trip (negativní prožitek intoxikace), který je doprovázen úzkostí, panikou a paranoiou. Dále se mohou objevit stavy derealizace a depersonalizace. Do dlouhodobých negativních účinků patří depresivní a psychotické stavy, změny v osobnosti jedince a organické poškození. U halucinogenů je specifické především to, že při jejich vysazení nevzniká odvykací stav (Nešpor, 1997).

2.1.4. Tabák (F17)

Tabák je získáván z rostliny *Nicotiana tabacum*, v ní se nachází psychotropní alkaloid nikotin. Nikotin se v nervosvalových ploténkách váže na nikotin acetylcholinové

receptory, což vyvolává příjemné pocity, pokud je jedinec chce opakovat, může se rozvinout závislost. V Česku se bavíme o cca 30 % závislých osob, přičemž v ČR každý rok umírá okolo 23 000 osob v důsledku, nemocí spojených s užíváním tabáku. Proto je tabák řazen do drog s nejvyšší mírou rizika. Mezi časté uživatele patří i mladiství, kteří se k tabáku uchylují především v důsledku tlaku okolí, kouření je často bráno jako „zkouška dospělosti“ (Zábranský, 2003; Illes, 2002).

Nikotin má vliv na soustředěnost, bdělost a paměť, které zvyšuje. Naopak snižuje agresivitu, podrážděnost a chuť k jídlu. Mezi nežádoucí účinky kouření patří zvýšená sekrece slin, snížení afinity kyslíku k erytrocytům ve prospěch oxidu uhelnatého, podráždění dýchacích cest vedoucí k chronickým zánětům, poruchy potence u mužů a také poruchy soustředění a spánku, může se objevit i celkový neklid (Nešpor, 1997).

Rozpouštědla (F18)

Rozpouštědla, nebo také těkavé látky jsou chemické látky, které rozpouštějí tuky a lipoidní látky. Jejich vlivem dochází k narušení fluidity buněčné membrány. Mezi typická rozpouštědla patří toluen, aceton, éter a chloroform. Vyskytují se v různých formách, nejčastěji se jedná o roztoky v lahvích, různé tuby s lepidly a spreje. Látky jsou inhalovány nosem a ústy, kdy se rozpouštědlo nalije do igelitového pytlíku nebo se jím navlhčí hadřík. Tento způsob aplikace je velmi rizikový, jelikož se špatně odhaduje dávka. Nejčastěji se s těkavými látky můžeme setkat u dospívajících v sociálně slabších komunitách, může za to především nízká pořizovací cena a relativně snadná dostupnost.

Rozpouštědla mají na lidský organismus velmi devastující účinky. Poškozují mozek, játra, ledviny, dochází i k poleptání sliznice horních cest dýchacích. U uživatelů se objevuje nevolnost, útlum CNS, obrna dýchacího centra a také obtíže s chůzí i sezením a v neposlední řadě i psychologické obtíže (Illes, 2002; Nešpor, 1997).

3. Užívání návykových látek mladistvými

Pro mladistvé je užívání návykových látek mnohem rizikovější než pro dospělou populaci. Závislost v mladém organismu vzniká rychleji a také má větší dopad na psychosociální vývoj, který je v tomto případě ještě nedokončený. Činitele pro vznik závislosti mohou být různé a není snadné je jasně definovat. Může se jednat například o vliv rodiny, vrstevníků nebo psychické nepohody (Jelínek, 2016).

3.1. Data o mladistvých uživateliích

Dle studie ESPAD (2019) je patrné, že trend užívání návykových látek u mladistvé populace klesá. „Nově zveřejněné výsledky české části Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD 2019 potvrzují pokračující pokles výskytu užívání návykových látek u české mládeže, včetně jeho rizikových forem. Studie potvrdila již dříve sledovaný pokles míry pravidelného a denního kouření, konzumace alkoholu i aktuálních zkušeností mládeže se všemi sledovanými nelegálními drogami. I přesto v této studii uvedlo zkušenost s nelegálními návykovými látkami 29,3 %, přičemž jako nejčastěji zneužívaná nelegální látka byla uváděna marihuana a hašiš. Pavla Chomynová uvedla „*již od r. 2003 klesá míra aktuálního užívání konopných látek, tj. jejich užívání v období posledních 12 měsíců. Loni byl zaznamenán pokles jak v případě jednorázové zkušenosti, tak další pokles v případě zkušenosti opakované, resp. pravidelné*“. Po marihuaně je druhou nejčastěji zneužívanou látkou extáze (3,6 %), dále se jedná o LSD a jiné halucinogeny (3,5 %) a také halucinogenní houby (2,5 %). Užívané jsou i stimulanty jako pervitin (1,5 %) a kokain (1,6 %). Opiáty jsou jedny z nejméně zneužívaných látek v této skupině, konkrétně jejich zneužívání uvedlo méně než 1 %. Těžké látky naopak uvedlo skoro 5 %. Pokud se zaměříme na látky legální, tak zkušenosti s kouřením uvedlo 40 % 15letých a 54 % 16letých. Pravidelnými kuřáky je z toho cca 10-11 %. Celkově čísla mladistvých kuřáků klasických cigaret klesají, na druhou stranu na popularitě rostou alternativní způsoby užívání nikotinu. Zkušenost s e-cigaretami uvedlo 19 % žáků ve věku 15–19 let a zahřívání tabáku užilo 13 % dotazovaných. Klesají i zkušenosti mladistvých s alkoholem, ale dle studií HBSC a ESPAD je konzumace mladistvých v ČR stále nadprůměrná oproti jiným evropským zemím. V ČR má zkušenost s alkoholem přes 40 % 13letých a 25 % 15letých zažila nejméně dvakrát stav opilosti. Ve věku 16 let má zkušenost s alkoholem již 95 % dotazovaných.

Dle Korandy (in Kalina, 2015) je počátek drogové kariéry u 95 % pacientů s problematikou závislosti datován do dob před dosažením plnoletosti. Tomuto údaji odpovídá i fakt, že experiment s drogami v období dospívání je zcela běžný. Někteří autoři ale bojují proti tomu, aby experimenty mladistvých byly považovány za závadné chování. Adolescent během svého vývoje překonává mnoho rizikových momentů, opouštění dětské

role, pocit samoty, frustrace z neúspěchu, nahromadění agrese, které mohou vyvolat labilní chování a vyústit až do fáze užívání návykových látek. Velkým mezníkem v rámci užívání návykových látek je poté i přestup ze základní školy na střední stupeň vzdělávání.

3.2. Příčiny užívání návykových látek u dětí a mladistvých

Podle Eriksona (2015) se v období adolescence odehrává klíčový konflikt: hledání identity versus zmatení rolí. Doposud se děti řídily především morálkou a výchovou rodičů, teď ale nastává čas pro tvorbu vlastních názorů a vnímání světa. Toto období formuje osobnost do dospělosti a buduje základy pro spolehlivost (nebo nespolehlivost) v budoucím životě. Erikson definuje adolescenci jako "období sexuálního a kognitivního zrání s odkladem definitivních závazků". V rámci hledání identity hrají návykové látky poměrně významnou roli. Často se stávají součástí experimentů, prohlubují zmatek, podporují problematické řešení krize a mohou vést k "odmítnutí role". Mladí tak skrze ně hledají sounáležitost s vrstevníky a budují si nové rituály. Situaci jim neusnadňuje ani dnešní společnost, která na ně klade vysoké nároky ve všech oblastech.

Langmajer a Krejčíková (2006) uvádějí tři charakteristické základní rozpory v období adolescence, a to rozpor mezi fyzickou a psychickou zralostí, rozpor mezi rolemi, očekáváním a možnostmi, posledním je rozpor mezi hodnotami mladé a staré generace.

- **Rozpor mezi fyzickou a psychickou zralostí:** Adolescenti touží po dospělém chování, i když jejich psychický vývoj ještě není dostatečně zralý.
- **Rozpor mezi rolemi, očekáváním a možnostmi:** Mladí lidé jsou nuceni do rolí, na které ještě nejsou zcela připraveni. Čelí zklamání z přístupu okolí a neustálému hodnocení. I oni sami bývají nespokojeni s vlastními výkony.
- **Rozpor mezi hodnotami mladé a staré generace:** Zde hraje klíčovou roli fungování rodinných vztahů, zvláště mezi rodiči a dětmi. Důležité je vzájemné pochopení potřeb všech členů rodiny.

3.2.1. Teorie vzniku závislosti

Pro vznik závislosti existuje hned několik teorií, které jsou vázány na dětství a dobu dospívání.

- **Fixace v orálním stádiu vývoje:**

Psychoanalytický přístup vnímá závislost jako "zamrznutí" v orálním stádiu vývoje. Závislý se chová jako kojeneček, neumí se o sebe postarat a vyžaduje neustálou péči. Nedokáže čelit životním nástrahám a opakovaně selhává v

konfliktech. Svět vnímá zúženým způsobem, zaměřený pouze na přítomný okamžik. Studie Vaillanta však zpochybňují tuto teorii a naznačují, že spíše závislost vede k projevům orální fixace.

- **Návyková látka jako zvládací mechanismus:**

Dítě se v raném dětství učí navazovat důvěru s matkou. Pokud tato důvěra chybí, jedinec v dospělosti nedokáže navazovat funkční vztahy a utíká se k návykovým látkám.

- **Návyková látka jako obrana před stresem:**

Droga přináší krátkodobý pocit euforie a zapomnění, který vyhledávají mladiství, kteří se nenaučili jiné obranné mechanismy.

- **Bludný kruh závislosti:**

Závislý opakuje rizikové chování spojené s užíváním drogy. Po selhání a silných negativních emocích hledá rychlý únik v droze, která mu dočasně přináší úlevu. Opakování tohoto cyklu závislost prohlubuje.

- **Křehké já:**

Psychicky křehcí jedinci se silně opírají o rodinu, která jim pomáhá s rozhodováním, řešením problémů a zajišťuje pocit bezpečí. Samostatnost pro ně může být nesplnitelným úkolem a vést k závislosti.

3.2.2. Vliv genetiky

Genetické, tedy vrozené, faktory řadíme do biologické podstaty závislosti. To, že genetika má vliv na rozvoj závislosti, píše Špaleková (2011) „*skoro 50 % léčených má v rodině alespoň jednoho z rodičů závislého, proto se sami stanou rychleji závislými*“. I přesto je genetika závislosti zatím pouze velmi málo prozkoumána. Dosavadní výzkumy naznačují, že podíl genetických faktorů na vznik závislosti se pohybuje v rozmezí 40-60 %. Autor publikace Zaostrěno na drogy Šerý (2007) uvádí, že závislost je sice geneticky podmíněná, ale také záleží na interakci genů a prostředí. Pokud se bude jedinec s genetickou predispozicí vyskytovat v nepříznivém prostředí, je vznik závislosti rizikovější. Pokud bude

vystaven spíše protektivním faktorům, dá se předpokládat, že vznik závislosti bude méně krizový.

3.2.3. Vliv rodiny

Na vzniku závislosti se z velké části podílí rodinné vztahy a zázemí. Mnoho myslitelů přicházelo s tezí, že dítě se rodí jako nepopsaný list a jeho chování a reakce formuje až společenské prostředí. V dětském věku tedy především rodina, kde se děti vyskytují nejvíce (Kraus, 2001).

Funkce rodiny dle Krause (2015) jsou:

- **Biologicko-reprodukční funkce**
Pro udržení společnosti je nutná reprodukce, jinak by lidstvo zaniklo. Stejně tak důležitá je reprodukce pro vznik a fungování rodiny. Bez potomků nejsou rodiče a naopak.
- **Sociálně-ekonomická funkce**
Rodinné systémy rozvíjejí ekonomiku a stávají se samostatnou ekonomickou jednotkou.
- **Ochranná funkce**
Nejdůležitější je v tomto ohledu zajištění základních životních potřeb. Mezi ně patří biologické, hygienické a zdravotní požadavky.
- **Socializačně-výchovná funkce**
Rodina a vztahy v ní ovlivňují dítě při přizpůsobování se životu, osvojování si základních návyků a způsobů chování.
- **Funkce rekreace, relaxace a zábavy**
Rodina by měla dítěti umožnit rekreaci, relaxaci a zábavu. Jedná se například o společné trávení volného času, vedení k zájmovým aktivitám a celkově vhodnému nakládání s časovými možnostmi.
- **Emocionální funkce**
Rodina je prvním místem, kde se jedinec učí navazovat vztahy, poznává pocit lásky, bezpečí a jistoty. Jedná se o jednu z nejdůležitějších rolí rodinného systému.

Pokud nejsou funkce rodiny plněny, dá se předpokládat, že vývoj jedince nebude ideální a bude vystaven větším rizikům ve všech oblastech života, tedy i závislosti (Kraus, 2015).

Spoluzávislost neboli kodependence, je častým jevem v rodinách s osobou závislou. Jedná se o nevědomé podporování a udržování závislosti ze strany blízkých.

Cermak (in Hajný, 2015) definuje kodependenci jako:

- Přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého i na úkor vlastní blaha.
- Kontrolu druhého na úkor vlastní sebeúcty.
- Zkreslování hranic mezi generacemi a rolemi.

Z tohoto modelu je patrné, že členové rodiny nevědomky umožňují závislostní chování. Hajný (2001) uvádí, že kodependentní osoba může skrze závislého uspokojovat vlastní potřeby, například roli oběti nebo zachránce. Kudrle (in Kalina, 2015) definuje kodependenci jako "jakékoli trápení nebo dysfunkci, která je spojena se zaměřením na potřeby a chování druhých".

Kalina (2015) shrnuje, že spoluzávislost zahrnuje "souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení".

Rodiče mohou často vnímat problém závislého dítěte jako prostředek k přehlížení vlastních neúspěchů a trápení. Pokud rodič ve své roli selhává nebo je zahlcen vlastními problémy může pro něj být hledání problému jinde východiskem z nepříjemné situace. Často se tak stává v období, kdy by mělo dojít k odtržení dítěte od primární rodiny. V ten moment se může objevit „syndrom opuštěného hnízda“. Někteří rodiče si raději vybírají závislost dítěte před jeho vlastní svobodu. Dítě tak přichází o možnost převzetí odpovědnosti za sebe samo a ztrácí tak i zájem o léčbu a nevyskytuje se u něj žádná vnitřní ani vnější motivace k abstinenci (Hajný in Kalina, 2015).

Během dospívání je separace od rodičů důležitým vývojovým milníkem. Mladiství tak získávají vlastní identitu. Pokud má proces separace proběhnout správně, je potřeba, aby dítě cítilo, že od rodičů odejít může a že je v tom z jejich strany dostatečně podporováno. Někdy se stává, že se rodiče potomka nechtějí vzdát a dochází tak k citovému vydírání a podporování v závislosti. Samotný odchod bývá často doprovázen konflikty, střetávají se zde různé hodnoty z obou stran. Důležité je, aby vlivem konfliktu nedošlo k pocitu zavržení a zklamání. Psychická odolnost vůči podobným situacím je obzvláště u mladých uživatelů velmi slabá. Adolescent by měl být podpořen v možnosti žít podle vlastních principů a zásad. Mít prostor zkoušet žít mimo domov, řešit více své vlastní vztahy a realizovat ambice. Vlivem nedostatečné podpory a prostoru k separaci může u mladistvého dojít k vnitřnímu konfliktu. Dojde k rozporu mezi touhou začít žít vlastní život a pocity viny vůči rodině. V tento moment se jedinec stává velmi náchylným k užívání návykových látek, jako prostředku k úniku. Dochází tak ke kýženému pocitu osvobození, odpoutání a celkové úlevě (Hajný in Kalina, 2015).

Dříve se v rámci rizik vzniku závislosti často hovořilo o pojmu „hyperprotektivní matka“. Dle někdejších názorů šlo o matky, které se o své potomky staraly až moc. Docházelo tak k poškození dítěte, ale i matky. Dítě nemohlo dostatečně přebírat zodpovědnost za svůj život a matka místo svých problémů řešila pouze dítě. Dle výzkumu Vaillanta se ale o příčinách faktor vzniku závislosti nejedná, jde spíše o zvýšení rizika vzniku závislosti.

Naopak více rizikové, než potřeba dítě chránit je nezájem, citový chlad a odtažitost. Dítě si poté hledá náhradu těchto pocitů jinde, mnohdy mu v tom mohou pomoci právě návykové látky (Hajný in Kalina, 2015).

Dle Vaillanta je pro rozvoj závislosti klíčový vztah dítěte s otcem. V jeho studii se prokázalo, že pokud byl vztah otce a dítě nedostatečně vřelý, projevila se u potomka s větší pravděpodobností závislost. Od otce dítě potřebuje přebrat racionální řešení problémů. Otcové by měli být zdrojem podpory, hravosti a humoru. Pro dívky je otec vzor jejich budoucích partnerů, pro syny je otec průvodcem do světa mužů (Hajný in Kalina, 2015).

3.2.4. Vliv vrstevníků

Hajný (2001) uvádí, že vrstevníci jsou po rodině druhým nejvýznamnějším faktorem pro vznik závislosti. Období dospívání je v rámci udržování přátelských vztahů poměrně složité. U všech se začínají měnit zájmy a potřeby, proto mohou stará přátelství skončit a nemusí dojít k navázání nových. Nová přátelství mohou být riziková, jelikož adolescent nemusí přemýšlet zcela racionálně a kriticky a výběr přátel tak může být ve výsledku velmi nevhodný. Při navazování nových přátelství je důležitá součinnost rodičů. Nejde o to, aby rodiče dítěti zakazovali, s kým se může a nemůže bavit, ale o to, aby se rodič chtěl účastnit rozhodovacích procesů potomka. Častým důvodem konzumace drog u mladistvých je pocit sounáležitosti s vrstevníky, případně pocit vyzrálosti a dospělosti.

3.2.5. Vliv školy a komunity

Během školní docházky se děti mohou setkat s mnoha nepříjemnými problémy. Řadí se mezi ně šikana, nezdravé vztahy s vrstevníky, špatný přístup pedagogů a také studijní neúspěchy. Opět je zde důležitá role rodiny. Rodiče by se měli o vzdělání svého potomka zajímat a být mu nápomocní v rámci nesnází, které mohou nastat. V rámci komunity je dobré, aby bylo dítě vedeno ke smysluplnému trávení času. Dobrou možností jsou pro to různé kroužky a jiné volnočasové aktivity. Mezi negativní vlivy prostředí řadíme nízkou podporu vzdělávání, napjatou politickou situaci, nedostatečnou nabídku volnočasových aktivit a prostředí, kde se ve velké míře užívají návykové látky. Rizikem je i zvýšená kriminalita nebo ekonomicky slabší oblasti (Miovský a kol., 2015).

3.3. Protektivní faktory pro rozvoj závislosti

Dle Nešpora (2003) mezi protektivní faktory v rámci rozvoje závislosti patří například vysoká míra duševního a tělesného zdraví. Podpurné je i oddálení experimentování s návykovými látkami. Jedinec by měl být schopen vytvářet zdravé vztahy a citové vazby a důležitý je i dostatek sebevědomí. Posilující je i schopnost čelit obtížným situacím a problémům. Menší riziko vzniku závislosti mají jedinci s vyšší inteligencí, odolností vůči neúspěchu, vytrvalostí a veselostí. Důležitá je i schopnost mírnit úzkostné vztahy, smutek a hněv.

V rámci rodiny jsou snižující faktory pro rozvoj závislosti například jasně vymezená pravidla a vhodná výchova. Důležité je, aby se nejednalo o hyperprotekcí ani laxní přístup. Dítěti by se měla dostávat přiměřená péče, dostatek pozornosti a přiměřený dohled. Oba rodiče by se měli podílet na výchově a vštěpovat dítěti dobré hodnoty. Dítě by se mělo ze strany rodičů cítit dostatečně v bezpečí a měli by mu být uspokojovány jeho potřeby. Jako snížení rizika se automaticky bere i pokud rodiče neužívají návykové látky (Nešpor, 2003).

Ve školním prostředí je důležitá spolupráce rodičů se školou. Škola by měla do výuky zahrnout kvalitní preventivní programy zaměřené na práci s motivací, vhodné vnímání sebe sama a zdravý postoj k návykovým látkám. Škola jako taková by měla mít pevná pravidla týkající se návykových látek ve škole. Učitelé by měli žákům pomáhat v osobním rozvoji, dostatečně komunikovat, spolupracovat a rozpoznávat jejich pozitivní vlastnosti a podporovat je v nich (Nešpor, 2003).

Protektivní faktory může vytvářet i společnost. Důležitá je striktní regulace dostupnosti návykových látek dětem. Napomáhajícím faktorem může být i vysoká cena návykových látek. Společnost by měla adolescentům vytvářet dostatek prostoru a možností k trávení volného času. Měla by být zajištěna rasová snášenlivost, náboženská tolerance a nízká kriminalita. Svě místo má i prosociální politika a dobré bytové podmínky. Komunita by měla mít nastavené přátelské a podporující společenské vazby (Nešpor, 2003).

3.4. Rizikové faktory pro rozvoj závislosti

Nešpor (2003) uvádí i faktory rizikové. V rámci osobnostních rysů se jedná o duševní poruchy, poruchy chování nebo sklony k násilí a agresivitě. Riziko zvyšuje, pokud dítě užije drogu v brzkém věku. Nevýhodou je i nízké sebevědomí, špatné zvládnání stresových a problémových situací.

V rodinném prostředí se bavíme o nedostatku péče ze strany rodičů. Užívání návykových látek rodiči, obzvláště v přítomnosti dítěte. Riziková jsou i nepřesně stanovená pravidla ve výchově a v přístupu vůči návykovým látkám, nebo dokonce jejich tolerance k užívání dítětem. Velmi stresující je pro děti i napětí mezi rodiči, případný rozvod. V ten moment se na sebe může snažit dítě strhnout pozornost skrze užívání návykových látek. Nebezpečné jsou i malá očekávání vůči potomkovi nebo jeho podceňování (Nešpor, 2003).

Ve školním prostředí může být rizikové nevěnovat dostatečnou pozornost systematické primární prevenci. Nevhodné je i pokud rodiče nespolupracují se školským zařízením, také pokud škola nemá stanovené názory a zákazy týkající se návykových látek. Častým problémem může být i snadná dostupnost návykových látek v okolí školy. Svou roli hrají i učitelé. Neměli by být vůči žákům lhostejní, nespolupracující a neměli by zdůrazňovat pouze jejich nedostatky. Škola může pochybit i pokud nenabízí aktivity k trávení volného času (Nešpor, 2003).

Rizikové může být i prostředí, ve kterém se děti nacházejí. Chybou je aktivní nabízení návykových látek skrze reklamy, případně jejich nízká cena a snadná dostupnost. Je důležité, aby dítě nebylo vystaveno chudobě, nedostatku příležitostí a náhlým prudkým změnám v sociálním i politickém kontextu. Mezi další rizikové faktory vytvořené společností patří i nedostatek příležitostí, jak trávit volný čas, nedostatečná zdravotní a sociální péče (Nešpor, 2003).

Vrstevníci také mohou vytvářet rizikové faktory pro vznik závislosti. Jedná se o protispolečenské chování přátel, jejich pozitivní postoj k návykovým látkám nebo zesměšňování (Nešpor, 2003).

4. Motivace

Vlivem návykových látek se mění osobnostní dimenze, což u mnohých způsobuje pokles zájmu o cokoli jiného, než jsou drogy. Jedinec pod jejich vlivem přestává psychosociálně růst a prosperovat. Hlavním hybatelem těchto změn je přemístění motivace na látku a na možnosti jejího získání. Během léčby závislosti je důležité mít na paměti, že motivace se neustále vyvíjí a mění. Motivace k rozhodnutí nastoupit do léčby není vždy trvalá, a tudíž není předem dáno, zda klient léčbu i přes počáteční zápal dokončí. Důležité je na motivaci nezapomínat v žádné úrovni léčby, neustále ji rozvíjet a posilovat. (Kalina, 2013).

Dle Miovského (2003) se úroveň motivačních faktorů rozlišuje na čtyři úrovně: zdravotní a psychické, sociálně-psychické, sociální a trestně právní. Úrovně se vzájemně prolínají, ale nejsilnějším motivačním faktorem jsou fyzické či psychické obtíže, pokud klient se v těchto oblastech cítí nekomfortně mnohdy vyhledá léčbu sám a je silně motivovaný k jejímu úspěšnému dokončení. Důležité je i celkové uvědomění škodlivosti užívání návykových látek, na čemž se pracuje i během léčby. Pokud je motivace pouze vnější, může se jednat o tlak rodiny, partnera nebo soudně nařízené léčby, tak pravděpodobnost uzdravy je snížena, a to i pravděpodobnost následné abstinence (Miovský a Bartošíková, 2003).

Dle Soukupa (in Kalina, 2015) jsou jedním ze základních poradenských přístupů v léčbě motivační rozhovory. Jejich využití pomáhá klientům s ambivalencí k léčbě a abstinencí a také podporuje vnitřní motivaci k trvalé změně. K navýšení motivace může dojít v zásadních oblastech života, trvalá abstinence, ale také v drobnějších aspektech, například zjištění otevírací doby na úradech. Motivační rozhovory, a tedy celková práce s motivací jsou skvělým prostředkem ve všech typech léčby a služeb, ale svoje místo mají i mimo sféru zneužívání návykových látek.

Motivace je důležitou složkou pro abstinenci klientů. Je potřebné zjistit klíčové motivující faktory, které slouží k podpoře léčby, a také pomáhají stabilizovat rizikové chvíle a snižovat tak riziko relapsu. Mnoho studií již prokázalo důležitost motivace jako klíčového faktoru k úspěšné léčbě (Ball et al., 2006; Soyez, 2006; Ryan, Plant, and O'Malley, 1995).

Pro mladistvé je užívání návykových látek mnohem rizikovější než pro dospělou populaci. Závislost v mladém organismu vzniká rychleji a také má větší dopad na psychosociální vývoj, který je v tomto případě ještě nedokončený. Činitele pro vznik závislosti mohou být různé a není snadné je jasně definovat. Může se jednat například o vliv rodiny, vrstevníků nebo psychické nepohody (Jelínek, 2016).

4.1. Motivační teorie

Lidské jednání je poháněno motivací. Skrze ni můžeme pochopit, proč se daný člověk chová určitým způsobem. Existuje několik teorií, které lidské chování vysvětlují. Jedná se například o teorii instrumentality. Jednou z nejuznávanějších teorií zaměřených na potřeby, je Maslowova hierarchie potřeb. Další teorie zaměřené na potřeby jsou Alderferův modifikovaný model hierarchie potřeb, Herzergův dvoufaktorový model, McClellandova teorie úspěchu a teorie X a Y. Existují i teorie zaměřené na proces, jedná se tedy o kognitivní, poznávací teorie. Mezi ně patří expektační teorie, teorie spravedlnosti, Skinnerova teorie zesílení a teorie dosahování cíle.

Teorie zaměřené na obsah známe také zkráceně jako teorie potřeb. Na motivaci se zaměřují více ze široka a identifikují potřeby, jejich nedostatečné uspokojení a touhu po odstranění toho, co k neuspokojivému stavu vede. Základním stavebním kamenem je tedy neuspokojená potřeba, která vede ke stavu nerovnováhy a poté snaha tento dysbalanc napravit. Armstrong (2007) uvádí, že jedna potřeba může uspokojit více cílů a i naopak jeden cíl může být uspokojen více potřebami.

Teorie zaměřené na proces, jinak také kognitivní nebo poznávací teorie, charakterizuje zkoumání psychologických procesů, které ovlivňují motivaci. Psychologické procesy jsou spojeny s očekáváním, vnímáním spravedlnosti a také se samotnými cíli. Tyto teorie mohou předpovídat postupy uspokojení potřeby a zároveň vysvětlují volby mezi alternativními chování.

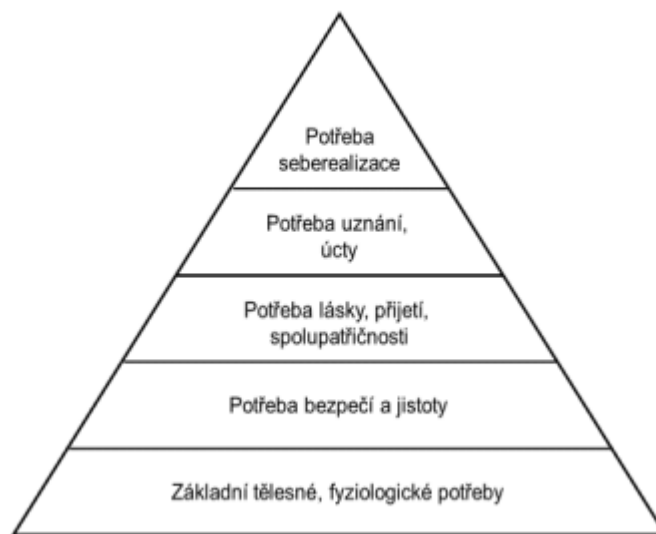
4.1.1. Teorie instrumentality

Teorii instrumentality popsala v roce 1911 Frederick Winslow Taylor a patří tak k nejstarším motivačním teoriím. Řídí se tzv. zákonem příčiny a důsledku, lze ji chápat i jako teorii „cukru a biče“. Svoji teorii zkušel prakticky na svých zaměstnancích, kdy je k většímu pracovnímu výkonu stimuloval prémie. Ty poté v případě trestu či odměny ovlivňovali chování a výkonnost pracovníků (Armstrong, 2007). Taylor vůbec nezohledňoval existenci vnitřních faktorů motivace a nezabýval se tak psychologickými nebo sociálními aspekty práce (Kociánová, 2010). Armstrong (2007) napsal, že tato teorie by znamenala, že lidé jsou motivováni pouze penězi a jiné části motivaci zde nejsou vůbec zohledňovány.

4.1.2. Maslowova teorie potřeb

Maslowova teorie potřeb je asi nejznámější ze všech zmiňovaných teorií lidských potřeb. Je dílem amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa. Původní znění teorie pochází z vědeckého článku A theory of human motivation z roku 1943. Maslow vytvořil pět hierarchicky uspořádaných úrovní a seřadil je od nejnižších po nejvyšší, čímž se vytvořila Maslowova pyramida potřeb. Do ní patří fyziologické potřeby, potřeby jistoty a

bezpečí, společenské potřeby, potřeba uznání a také potřeba seberealizace. Pokud je uspokojena nižší úroveň potřeb, je možné zaměřit se na uspokojování potřeb vyšších. Pokud nižší potřeba uspokojena není, není možné uspokojovat hierarchicky vyšší potřeby (Madsen, 1979). Cejthamr a Dědina (2005) uvádějí, že pokud je potřeba uspokojena, přestává se stávat motivátorem a jím se stává potřeba vyššího řádu. Člověka tak motivují pouze neuspokojené potřeby. Buchtova et al. (1996) tuto tezi doplňuje o to, že neuspokojené tělesné potřeby vyvolávají v lidech pocity strachu, smutku, hněvu a strádání. Naopak neuspokojení vyšších potřeb vyvolává pocity úzkosti, neklidu nespokojenosti případně zoufalství.



Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb (Zdroj: Madsen, K. B.: *Moderní teorie motivace*)

Charakteristika jednotlivých stupňů pyramidy potřeb dle Armstronga (2007) a Slavíka (2010):

1. **Základní fyziologické (tělesné) potřeby**

Základní tělesné potřeby jsou podstavcem celé pyramidy. Naplnění těchto potřeb je důležité pro přežití a osobní komfort. Pokud nejsou uspokojeny, dokážou se zásadně prosadit vůči vyšším potřebám. Mezi fyziologické potřeby patří dýchání, příjem potravy a tekutiny, spánek, teplo apod. Uspokojování těchto potřeb zaručuje přežití a reprodukci člověka.

2. **Potřeba bezpečí a jistoty**

Pro uspokojení bezpečí a jistoty je důležitý pocit jistoty, klidu a vyrovnanosti. Do této úrovně řadíme ekonomickou jistotu nebo ochranu před hrozbami vnějšího světa. Pro uspokojení těchto potřeb je potřeba vynaložit více úsilí.

3. Potřeba lásky, sounáležitosti a přátelství

Tento stupeň naplňuje emoční potřeby člověka. Lidé mají přirozenou potřebu začlenit se do větších skupin nebo celku a pěstovat si dobré vztahy, to vede k posilování sebevědomí.

4. Potřeba uznání, úcty a ocenění

Bez uznání, úcty a ocenění se člověk cítí neschopný a méněcenný, má pocit promarněného žití. Pro naplnění těchto potřeb je důležité ocenění, respekt a uznání od sebe sama i ostatních. Pro další rozvoj v této oblasti je důležité sebevzdělávání, nezávislost a dosažení kompetencí.

5. Potřeba seberealizace

Na vrcholu pyramidy se nachází potřeba seberealizace. Pokud nedojde k naplnění potřeb v této úrovni člověk pociťuje odcizení, ztrátu smyslu života a nudu. K uspokojení této sféry nemusí nikdy dojít.

Kritikem Maslowovy pyramidy je Bělohávek (1996), který teorii vytýká její komplikovanost. Dle něj existují pouze dvě nebo tři úrovně. Také podle něj nemusí po uspokojení nižší potřeby následovat uspokojení ve vyšších potřebách. Potřeba uznání je prý provázána ve všech stupních a nelze tuto teorii univerzálně využívat.

Potřeby z pyramidy lze rozdělit na dvě dominantní skupiny. Na D-potřeby, které odstraňují nějaký nedostatek a B-potřeby, které „něčeho“ dosahují. Pokud není uspokojena D-potřeba, člověk pociťuje nepříjemné stavy, když k naplnění dojde, nenastává žádný pocit. Toto je hlavní rozdíl od B-potřeb, při jejichž naplnění přichází dobrý pocit, k jejich naplňování jsme tedy silněji motivováni. I přesto je ale nejdůležitější naplnění nejnižších D-potřeb, aby mohlo dojít k naplňování těch vyšších. Pokud není nižší vrstva naplněna musí se jí člověk věnovat a uspokojit ji, aby mohl postoupit ve vrstvách dál (Buryová, 2013).

4.1.3. Alderferův modifikovaný model hierarchie potřeb

Autorem Alderferova modifikovaného modelu hierarchie potřeb, nebo zkráceně také Alderferovy teorie ERG, je americký psycholog Clyton Paul Alderfer (1972). Ten Maslowovu pyramidu zredukoval do tří kategorií:

1. Existenční potřeby (E – existence)

Existenční potřeby jsou shodné se základními fyziologickými potřebami a potřebami bezpečí a jistoty z Maslowovy teorie. Patří sem tedy veškeré fyziologické a materiální potřeby, které člověku zajistí přežití a sociální bezpečí.

2. Vztahové potřeby (R – relatedness)

Zde se objevuje Maslowova potřeba bezpečí, lásky, přijetí, uznání a úcty. Tato kategorie zahrnuje pozitivně naladěné vztahy s ostatními. Dle Maslowa by se jednalo o úroveň sociálních potřeb.

3. Růstové potřeby (G – growth)

Tato kategorie se dotýká vnitřní touhy po osobním rozvoji, seberealizaci a sebeúcty. V Maslowově pyramidě potřeb by se jednalo o dvě poslední úrovně pyramidy.

Alderfer na rozdíl od Maslowa netrval na přesné hierarchii potřeb. S názorem o uspokojování nižších potřeb jako prostředku pro možnost uspokojení těch vyšších, ale souhlasil. Existenční potřeby jsou konkrétní, vztahové o něco méně a růstové jsou zcela abstraktní (Bělohávek, 1996). Když dojde k uspokojení existenčních potřeb, vzrůstá potřeba naplnit potřeby vztahové a následně růstové. Pokud ale není možnost naplnit nižší potřeby, je dle Alderfa stále možnost naplňovat potřeby vyšší, stávají se z nich tak motivátory. Alderfer se nabrání ani opačnému naplňování potřeb od nejvyšších po nejnižší. Také je možnost naplňovat potřeby paralelně nikoliv pouze sériově (Dědina a Cejthamr, 2005). Avšak stále platí, že neuspokojení jakékoliv kategorie potřeb vede opět k frustraci (McKenna, 2008).

4.2. Vlastnosti motivace

Motivace má kvalitativní i kvantitativní vlastnosti. Nelze říci, že existují pouze dva stavy, a to „motivovaný“ a „nemotivovaný“ jedinec. Tento postoj je již řadu let překonán. Nejzásadnější je rozdělení motivace na vnitřní a vnější. Plháková (2003) píše, že vnitřní neboli intrinsická motivace nezávisí na vnější odměně. Odměna je zde vnitřní. Jedinec provádí aktivity, které jsou uspokojující samy o sobě. Vnitřní motivace bývá považována za kvalitnější a stálejší než motivace vnější. Dle Plhákové (2003) je vnější neboli extrinsická motivace založena na zisku určité odměny.

Dále můžeme motivaci dělit na pozitivní a negativní. Pozitivní motivaci přináší odměnu skrze vykonanou aktivitu, kdežto negativní motivace se snaží zabránit nepříjemným důsledkům. Dle Heckhausena (2012) je motivace silou či tendencí, která ovlivňuje kognitivní i motorické procesy. Motivace podle něj směřuje určitého jedince, k určitému cíli v určitém čase.

4.3. Motivace v problematice závislosti

V rámci užívání návykových látek je důležité zaměřit se na motivaci ke změně chování vedoucí k abstinenci nebo prevenci relapsu. Proces změny je důležitý faktor nejen při zahájení, ale i při ukončování léčby. Tento proces změny spolu s motivací jsou jedněmi z klíčových témat v rámci adiktologických výzkumů (DiClemente, 1999).

Dle Miovského (2003) jsou čtyři úrovně motivačních faktorů:

1. Zdravotní a psychické
2. Sociálně-psychické
3. Sociální
4. Trestně-právní

Tyto úrovně se mezi sebou různě prolínají a je nemožné, je od sebe zcela separovat. Ve výčtu jsou seřazeny dle pravděpodobné kvality pro zahájení léčby. Pro klienty bývá největší motivací vlastní utrpení nebo fyzická či psychická bolest. Pokud tyto stavy neprožívá, nemívá klient většinou dostatečnou motivaci k nástupu léčby. Další podmínkou je míra reflexe, tedy uvědomění si na kolik je užívání návykové látky či látek pro jedince škodlivé, kolik problémů a negativních dopadů mu jeho chování přináší. Vnější motivace jako partner, rodina a zaměstnavatel nejsou silným hnacím motorem ke změně. Nejméně kvalitní vstupní motivací se stává soudně nařízená léčba, která je klientovi ukládána z důvodů konfliktů se zákonem ve spojitosti s užíváním návykových látek. Tento druh léčby je náročný nejen pro klienta, ale i pro celý terapeutický tým, který musí pracovat s klientem, nemotivovaným ke změně svého vlastního chování (Mioviský a Bartošíková, 2003).

4.4. Motivační rozhovory

Motivační rozhovory skrze komunikaci hledají a rozvíjejí vnitřní motivaci ke změně chování. Propojují v sobě přístup zaměřený na klienta, kognitivní i behaviorální terapii a poznatky z dalších oblastí psychologie. Existují různé prostředky a nástroje motivace, mezi ně patří například manipulace, prosby, výhrůžky apod. V motivačních rozhovorech jde, ale o něco víc. Jejich východiskem je, že se změnou chování musí dojít i ke změně postojů, prožívání a celkového nastavení jedince. Zaměřují se tedy na vnitřní nikoliv na vnější motivaci. Mezi základní techniky motivačních rozhovorů patří reflektivní naslouchání, otevřené otázky, oceňování, shrnování a informování (Soukup, 2020).

Prvním důležitým principem motivačních rozhovorů je navázání kvalitního terapeutického vztahu. K tomu napomáhá vyjadřování empatie a sounáležitosti. Terapeut musí řádně poslouchat klienta, chytat se vodítek a rozvíjet konverzaci. Díky tomu je možné poznat, v jaké fázi změny se klient nachází a dle toho nastavit správnou intervenci. V tomto kroku je důležité ověřování získaných informací a poskytování zpětné vazby klientovi.

V druhém principu se bavíme o „rozvíjení rozporů“. Terapeut zde klienta provádí rozporem mezi tím, co klient říká, že chce a tím, jak se reálně chová. Cílem je, aby si klient dokázal sám konfrontovat s vlastní situací, rozpor si uvědomit a podle toho změnit své chování. Z terapeutického hlediska je důležité věnovat se oběma stranám ambivalence.

Třetí princip slouží k vyhnutí se napravovacímu reflexu. Pokud terapeut přehnaně argumentuje ve stranu změny, může u klienta vyvolat opačnou reakci a tím spustit obhajování druhé strany argumentu. Klient poté začíná uvádět, proč by měl raději setrvat v aktuálním stavu.

V rámci čtvrtého principu se snažíme klienta podpořit v dosažení změny. Ke změně by mělo dojít skrze vlastní schopnosti klienta. Je důležité klientovi zvědomovat předchozí úspěchy a zároveň probrat neúspěchy a najít v nich ponaučení.

4.5. Cyklický model změny

Cyklický model změny byl prvně popsán v roce 1938 Carlem DiClementem a Jamesem Prochaskou. V procesu změny prochází jedinec několika fázemi, které právě cyklický model popisuje. Tento model je zásadní pro pochopení průběhu závislostního chování, a především k cestě za abstinencí, zároveň je skrze něj velmi dobře popsán vznik lapsu či relapsu. Na rozdíl od lineárních modelů je zde vyobrazena reálná změna procesu. Mnohdy se stává, že klienti procházejí celým kolem několikrát a zadržávají se v různých fázích (Kalina, 2013). Cyklický model změny je dle DiClemete (2003) důležitou součástí motivačních rozhovorů. Identifikace, ve které fázi změny se klient nachází a jaký terapeutický přístup pro něj zvolit. Motivace je zde brána v aktuálním čase a skrze ní se zjišťuje připravenost klienta ke změně. Cyklický model změny má 6 fází patří mezi ně prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, aktivní změna, relaps a udržení změny.

4.5.1. Prekontemplace

Fáze prekontemplace se jinak nazývá předzvažování. V tomto stádiu nevnímá klient užívání návykové látky jako problém a nehodlá ve svém chování nic měnit, v užívání vidí pouze benefity. Daná situace je pro něj vyhovující, má pocit, že jeho chování je zcela pod kontrolou a užívání návykové látky může kdykoliv ukončit. Problémy z užívání návykové látky vnímá spíše klientovo okolí. Millerová (2004) tvrdí, že jedinec si v této fázi svůj problém nepřipouští, v opačném případě si rizikovost svého chování uvědomuje pouze minimálně. V této fázi se typicky objevuje rezistence (Prochaska, 2002).

V této fázi není účinné klienta motivovat k abstinenci nebo jakékoliv jiné změně. Direktivní přístup je zde nežádoucí až kontraproduktivní. Vhodnější je udržet si klienta v kontaktu a nabízet mu harm reduction přístup pro minimalizaci rizik plynoucích z užívání. V rámci intervencí je možné vyvolávat pochybnosti o klientově rozhodnutí užívat návykové látky.

Dle DiClementeho (2004) jsou pro tuto fázi typická „4R“:

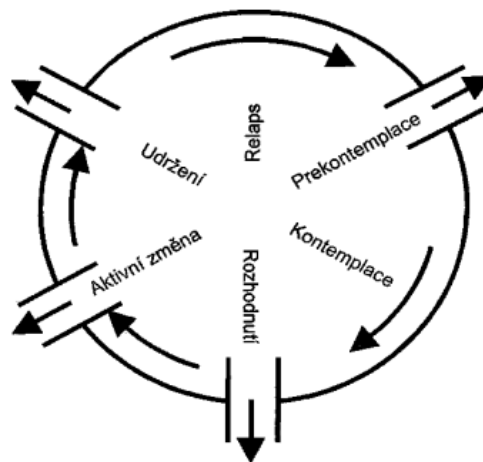
1. **Nerozhodnost** – zde je častý nedostatek informací, který by klienta přesvědčil o negativěch současného stavu, ani naopak nezná výhody, které by ze změny chování plynuly
2. **Rebelství** – tito klienti do svého chování vkládají velké množství energie a neradi se řídí radami ostatních
3. **Rezignovanost** – rezignovaní klienti se zcela vzdali jakékoliv naděje na změnu
4. **Racionalizace** – takto popsaní klienti mají na všechno odpovědi a čím více se o svém problému baví, tím více si své chování racionalizují a vidím v něm smysl

Dle Kaliny (2013) není fáze prekontemplace to stejné jako nulová motivace ke změně. Změna je možná, jen klient nedošel do fáze, kdy by o ní uvažoval. Může být přítomna i určitá nespokojenost s aktuální situací, ale i přesto klient není odhodlán ke změně.

4.5.2. Kontemplace

Pro fázi kontemplace je typické zvažování změn. Klient zde začíná vnímat negativa pramenící z jeho životního stylu a začíná zvažovat možnost změny. Pro tuto fázi je typická ambivalence. Pro ambivalenci je typický rozpor mezi pro a proti změně. Klient se nachází v obou pozicích a jeho motivace se zde přelévá ze strany na stranu. Pociťuje možnost zisku i ztrát a také výhody či nevýhody, které by ze změny vyplývaly. V této fázi běžně dochází k vyhledání odborné pomoci. Ideální je zde zasadit intervenci s motivačním rozhovorem pro převážení misek vah k procesu změny (Miller, Rollnick, 2003).

DiClemente (2003) uvádí, že tato fáze může přejít v chronicitu, kdy klient setrvává pouze ve fázi ambivalence a neposouvá se v kruhovém modelu dále do fáze rozhodnutí.



Obrázek 2: Kruhový model změny (Zdroj: Kalina K. a kol. Kruhový model změny (Prochaska a DiClementi), Klinická adiktologie)

4.5.3. Rozhodování

Fáze rozhodování je typická přípravou na změnu, která přijde se změnou chování. Klient se rozhodl, že ze změny chování mohou pramenit pozitiva, na rozdíl od setrvání v současném stavu (Kalina, 2013).

Kalina (2008) doporučuje klienta v této fázi co nejvíce motivovat. Je možné, že klient nebude mít dostatečnou podporu ze svého okolí, proto je podpora od profesionálů tak důležitá. Spolu s terapeutem klient vytváří plán změny, který povede ke stanovenému cíli. Klient je v této fázi velmi proaktivní a odhodlaný svůj život změnit a podstoupit léčbu vedoucí k abstinenci.

4.5.4. Akce

V této fázi se klient nachází v moment, kdy dostatečně zesílil rozpor a klient začíná realizovat konkrétní kroky a postupy, které mají za výsledek změny. Mezi změny patří například aktivní vyhledávání nebo rovnou navštěvování terapie či jiného léčebného programu (Kalina, 2013).

Millerová (2011) píše, že klient vynakládá velké úsilí ke změně dosavadního chování. V tento moment je obzvláště důležitá podpora ze strany odborníků, terapeutický vztah by měl být založen na důvěře a respektu.

4.5.5. Udržování změny

Fáze akce nemůže být trvalá, musí po ní následovat fáze udržování. Během této fáze dochází k udržování změn, kterých klient dosáhl v předchozí fázi akce a měl by se také vyvarovat relapsům. (Miller, Rollnick, 2004).

Dle Kaliny (2008), se klient v této fázi učí žít bez návykových látek a snaží se začlenit zpět do běžného života. Udržení těchto změn není pro klienta jednoduché. V předchozích fázích byl klientovi oporou léčebný systém, nyní by mělo docházet ke snižování kontaktu a předávání co nejvíce odpovědnosti samotnému klientovi. Klient se vrací do svého přirozeného prostředí a zvyšuje se tím i riziko lapsu či relapsu. Pro terapeuta je zde zásadní práce na prevenci relapsu. Abychom mohli hovořit o postupu do další fáze, tedy fáze ukončení, musí klient udržet změny ve svém chování po dobu minimálně šesti měsíců.

4.5.6. Relaps

V této fázi dochází k selhání ze strany klienta. Laps či relaps jsou běžnou součástí procesu změny a je potřeba tuto skutečnost přijmout. Pokud klient existenci této fáze přijme, může mu pomoci od pocitů selhání a beznaděje. Pro terapeuta je zde zásadní nepustit klienta do počáteční fáze prekontemplace, ale nejlépe do fáze akce, aby došlo k navrácení do kola změny a následně mohlo dojít opět k udržovací fázi (Miller, Rollnick, 2004).

4.6. Model změny chování podle Pattena

Dle Zástěrové (2009) je autorem tohoto modelu John Patten (1998). Dle Pattena jsou změny chování návazné v této posloupnosti:

4.6.1. Kontakt

Zde se klient dostává do konfrontace s problémy, které mu užívání návykových látek přineslo. Jedná se především o zdravotní a sociální problémy, trestnou činnost, stigmatizaci a vývojový konflikt. Nástroje terapeuta jsou respekt, pocit bezpečí, možnost rozhodování, nastavené hranice a přenášení kompetencí na samotného klienta. Dále je důležité oceňování a podpora.

4.6.2. Pozornost

Během této fáze je brán fokus především na situaci klienta. Terapeut se zaměřuje na riziko abstinčního syndromu, možnosti bydlení, zdravotní komplikace, rodinu a finanční situaci. Mezi účinné nástroje v této fázi řadíme naslouchání, čas, respekt, trpělivost a mapování hodnot.

4.6.3. Pochopení

Pro klienta je důležité dostávat srozumitelné informace. Dostávají se k němu skrze odborníky, vrstevníky nebo od různých jiných autorit. Nástroji jsou například konfrontace, pochopení, nastavení zrcadla, informační materiály a srozumitelnost.

4.6.4. Změna postoje

Během změny postoje si klient uvědomuje, co chce a jaké krátkodobé i dlouhodobé investice ho to bude stát. Také si uvědomuje výhody a nevýhody svého rozhodnutí. Nástroji mohou být zpětná vazba, opakování již řečených informací, případně demonstrace rozhodnutí.

4.6.5. Změna záměru

Zde působí především sociální tlak. Terapeutické nástroje jsou uznání, porovnávání výhod a nevýhod, zintenzivnění kontaktu, podpora, mapování a zdůraznění rizik.

4.6.6. Změna chování

Během změny chování jsou důležité adiktologické služby, jde především o ambulantní, stacionární nebo residenční typy služeb. Klientovi by se mělo dostávat podpory, měl by probíhat nácvik dovedností a získávání informací.

4.6.7. Udržení změny

Pro udržení změny jsou ideální programy následné péče se zaměřením na prevenci relapsu. Využívá se ocenění, opakování informací a důvodů ke změně chování a reflexe.

4.7. CMRS škála

Dle De Leona (2000), je motivace k léčbě součástí většího komplexu známého pod názvem CMRS škála. Tento komplex zahrnuje okolnosti, motivaci, připravenost a vhodný matching služby. Bylo zjištěno, že jednotlivé části CMRS škály, se ovlivňují. Například vnější okolnosti mohou velmi silně ovlivňovat vnitřní motivaci. Pro vstup do léčby jsou důležité především připravenost a právě motivace. Výsledek CMRS škály může předpovídat výsledek léčebné intervence a následný zájem o pokračování v doléčování. Především u adolescentů užívající návykové látky je motivace ke změně nižší a stejně tak i připravenost ke změně než u dospělých. Jednotlivé faktory CMRS škály se během času u klientů mění. Pro klienta je nevhodnější nastoupit do léčby ve chvíli, kdy všechny CMRS faktory ukazují na úspěšné dokončení léčby. Pokud se tato chvíle nezachytí, může trvat delší čas, než se vhodná konstalace opět objeví.

4.7.1. C – Okolnosti (circumstances)

Vnější okolnosti velmi silně ovlivňují motivaci klienta k nástupu do léčby. Mezi nejčastější situace, kdy se klient rozhodne k léčbě jsou problémy spjaté se zákonem, zdravím, penězi, zaměstnáním nebo rodinou. Na klienta tyto situace působí jako vnější tlak, který klienta vede k tomu, že jediná možnost je změna chování a zanechání užívání návykové látky.

4.7.2. M – motivace (motivation)

Nejvhodnější motivací k nástupu do léčby je motivace vnitřní, kdy klient sám pociťuje potřebu své chování změnit. Motivace zde může být pozitivní i negativní. Důležitým bodem pro vytvoření vnitřní motivace je pochopení, že klient je strůjcem svých problémů a za jeho život nemůže pouze okolní svět.

4.7.3. R – připravenost (readiness)

Ke změně pouze motivace nestačí, důležité je i načasování léčby, tedy připravenost klienta. Pokud klient není připraven může volit jiné alternativy, než je léčba, například sebekontrolu.

4.7.4. S – vhodnost (suitability)

Pro větší pravděpodobnost nástupu a dokončení léčby je důležitá vhodnost služby. Matching je pro léčbu závislosti velmi zásadní. Pokud klientovi léčba nevyhovuje a neshledává v ní pozitiva, pravděpodobně ji nedokončí nebo nebude mít takový dopad.

5. Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je specializovaným rezidenčním zařízením pro léčbu závislosti. Pověštinou v ní panuje otevřená a neformální atmosféra. Zaměřuje se na léčbu vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci (Kalina, 2008). jednou z hlavních léčebných metod je vliv vrstevníků, který může sloužit jako pozitivní vzor, a tak může dojít k nastartování osobních změn. Personál poskytuje racionální autoritu a terapeuti jsou pro klienty průvodci (De Leon, 2010). Mezi hlavní cíle léčby patří podpora růstu klientů, který je jim nápomocný v následné abstinenci od drog (Radimecký, 2006). Mezi další cíle léčby patří změna vzorců sebedestruktivního myšlení a chování, naučení se osobní odpovědnosti, osvojení základních sociálních a komunikačních dovedností, zlepšení zvládnání zvýšeného psychické zátěže a zvládnání emocí a stresu (Kalina, 2015).

Dle Světové federace terapeutických komunit (1981), ke které se hlásí i většina českých komunitních léceb, je terapeutická komunita definována takto:

1. Skrze změnu životního stylu a společenství, které definuje vzájemná pomoc dochází k osobnímu růstu klientů
2. Terapeutická komunita má striktně nastavená pravidla (morální i etická), ze kterých mohou plynout sankce a tresty ale také výhody a možnost dosáhnout vyššího statusu
3. Klienti v terapeutické komunitě jsou jejími členy, nikoliv pouze pacienti, všichni členové hrají důležitou roli v řádu a chodu komunity
4. Dochází k zvyšování osobní odpovědnosti za vlastní život a jeho zlepšení, v komunitě dochází ke spolupráci na různých úkolech a dochází k učení na základě prožitku, selhání ale i úspěchů
5. Pro terapeutickou komunitu je typická integrace individua v komunitě, toho se dále využívá v integraci do společnosti
6. Komunita má dvě linie moci – horizontální a vertikální, díky tomu je posilována schopnost společného rozhodování

5.1. Historie terapeutických komunit

Kořeny terapeutických komunit sahají k religiózním společenstvím a bratrstvům. Terapeutické komunity se začali více rozvíjet v polovině 20. století. Mezi původní terapeutické komunity patří ty s demokratickým pojetím, které jsou určeny pro klienty s poruchami duševního zdraví. Poté se začali rozvíjet i hierarchické komunity, které se více specializují na drogově závislou klientelu. V obou těchto pojetí jde především o to, aby se klienti stali aktivními účastníky léčby a podíleli se na procesu rozhodování v komunitě (Kalina, 2015).

5.1.1. Demokratické terapeutické komunity

Jedním z hlavních zakladatelů demokratických terapeutických komunit je Maxwell Jones, který definoval pět zásad terapeutické komunity:

1. **Oboustranná komunikace na všech úrovních** – slouží ke vzniku bezpečného prostředí a možnosti tak řešit cokoli, co klient potřebuje (pocity, emoce, postoje)
2. **Proces rozhodování na všech úrovních** – na rozhodování by se měli podílet i klienti
3. **Společné vedení** – zapojení klientů do odpovědnosti za komunitu
4. **Konsenzus v přijímání rozhodnutí** – překonávání rozdílných názorů
5. **Sociální učení v integraci tady a teď** – vše je příležitost k učení

Jones zavedl v komunitách mnoho účinných nástrojů, které se do dnes využívají. Jedná se například o setkávání celé komunity, porady personálu, skupinová práce, využívání situací k učení (Kalina, 2015).

5.1.2. Hierarchické terapeutické komunity

Kořeny této linie vedou k svépomocné abstinenční komunitě Synanon v Kalifornii, kterou v roce 1958 založil Charles E. Dederich. Vzorem k jejímu založení bylo uskupení Anonymní alkoholici. První skutečnou komunitu pro drogově závislé založil Daniel Casriel v New Yorku pod jménem Daytop Lodge. Za dosud platné principy z této komunity považujeme:

- Komunita může být náhradní rodinou
- Velký terapeutický potenciál shledáváme v charismatickém vůdci
- Pro rehabilitaci je důležitá konfrontace a frustrace
- Specifické nástroje pro změnu chování jako například učení nápodobou
- Oddanost hodnotám komunity

Hlavní změnou v tomto pojetí terapeutické komunity je přechod od původního bio-medicínského modelu závislosti k modelu bio-psycho-sociálnímu. Léčba se tak stala komplexnější a aplikoval se mezioborový přístup (Kalina, 2015).

5.2. Režim terapeutických komunit

Terapeutická komunita se snaží co nejvíce napodobovat běžný život. Klienti se zde věnují běžným denním aktivitám, jako je práce, vaření, vzdělávání a volný čas. K tomu se ale přidávají i různé formy psychoterapií, nácviků a komunitních setkávání. Důraz je kladen na sdílení informací mezi klienty. Na rozdíl od izolovaných skupin se zde informace sdílí v kolektivu, což je pro klienty mnohem přínosnější. Izolace klientů od komunity se nedoporučuje (Campling, 2001).

Terapeutická komunita má svá pravidla a řád, které určují režim dne, sankce za jejich porušení a také výhody a odměny za jejich dodržování. Dodržování pravidel je důležité pro resocializaci klientů. Po klientech se požaduje, aby změnilí své chování hned po nástupu do komunity (Kalina, 2008). Pravidla TK jsou jasná a srozumitelná. Za jejich porušení hrozí klientům sankce. V každé TK existují tzv. kardinální pravidla, jejichž porušení vede k vyloučení z programu. Patří mezi ně zákaz užívání návykových a psychotropních látek, zákaz fyzického násilí a v některých případech i zákaz navazování intimních vztahů (Kalina, 2008). Mezi sankce za drobnější prohřešky patří například prospěšné práce nebo dočasný sestup v hierarchii komunity. Sankce se udělují ihned, zatímco ocenění jsou spjata s postupným získáváním výhod a vzestupem v hierarchii (Adameček, Richterová – Těmínová, Kalina, 2003).

5.2.1. Aktivity v terapeutické komunitě

Závislostní chování je velmi komplexní problém, proto komunitní léčba nabízí klientům spektrum aktivit, které mají sloužit k identifikaci problému a k porozumění spjatých příčin. Výsledkem by mělo být řešení krok za krokem, jak změnit svůj životní styl vedoucí k abstinenci. Terapeuti jsou během aktivit průvodci klientů, samotní klienti nesou odpovědnost za uskutečněné kroky. Tyto jednotlivé posuny by měli být plánovány a probírány právě s terapeutem a dalšími členy komunity (Kalina, 2015).

Mezi typické aktivity v terapeutické komunitě patří:

- Setkání komunity
- Skupinová terapie
- Individuální terapie
- Práce s rodinou
- Pracovní terapie
- Vzdělávání
- Volnočasové aktivity
- Sociální práce

5.2.2. Fáze léčby v terapeutické komunitě

Léčba v terapeutické komunitě se obvykle skládá z několika fází, které se od sebe liší mírou zodpovědnosti klienta. Nejčastěji se používá model se čtyřmi fázemi. Každá fáze má jasně definovaná práva a povinnosti klienta. Čím dále klient v léčbě postupuje, tím větší zodpovědnost za sebe i za chod komunity přebírá (Kalina a kol., 2001).

- **Adaptační fáze:** Klient se seznamuje s komunitou a jejím fungováním.

Tato fáze trvá obvykle dva týdny, ale může se prodloužit. Klient se během ní seznamuje s fungováním komunity, podstupuje vstupní procedury a probíhá diagnostika jeho potřeb. Zároveň se snaží minimalizovat stresové faktory, které by ho mohly vést k předčasnému odchodu.

V adaptační fázi klient ještě není plnohodnotným členem komunity. I když se účastní programu, nemá například hlasovací právo. O vstup do komunity musí klient požádat ostatní členy. Pokud souhlasí, musí projít přijímacím rituálem a podepsat kontrakt (Kalina a kol.; 2001; Kalina, 2008).

- **Fáze začleňování:** Klient se aktivně zapojuje do programu komunity a začíná přebírat zodpovědnost za své chování.

Při roční léčbě trvá tato fáze obvykle tři měsíce. Klient se v ní zaměřuje na změnu nežádoucího a negativního chování. Měl by získat náhled na své problémy a přiznat si, že za nimi stojí užívání drog, které je pro jeho život, zdraví i vztahy škodlivé. Učí se pravidlům komunity a životu bez drog.

O přestupu do další fáze rozhoduje celá komunita, která hodnotí klientovo snažení. Klient musí o souhlas komunity požádat. V této fázi klienti prožívají velké změny a pravidla a život uvnitř komunity pro ně může být velice náročný. Existuje i riziko, že klient komunitu předčasně opustí. Někteří klienti zvládají přestup do další fáze obtížněji (Kalina a kol.; 2001; Adameček, 2007).

- **Fáze stabilizace:** Klient si osvojuje návyky a dovednosti potřebné pro život bez závislosti.

Tato fáze je nejdělsí a trvá zhruba šest měsíců, což je polovina roční léčby. Klient se aktivně zapojuje do chodu komunity a učí se prosazovat nově nabyté hodnoty a zodpovědnost. Cílem fáze je pochopení a ujasnění si vztahů. Klient se učí adekvátně vyjadřovat emoce, staví se čelem ke své minulosti a pravdivě o ní hovoří před komunitou.

V této fázi začíná klient pracovat na zlepšení vztahů s rodinou za pomoci rodinné terapie (Kalina a kol., 2001; Kalina, 2008).

- **Fáze přípravy na odchod:** Klient se připravuje na návrat do běžného života a plánuje svou další cestu.

Ne všechny komunity tuto fázi nabízí. Někteří klienti po druhé fázi nastupují do doléčovacího programu a komunitu opouštějí. Pokud je třetí fáze dostupná, trvá obvykle tři měsíce.

Cílem této fáze je posílit vztahy s rodinou a lidmi mimo komunitu, pomoci klientům s plánováním budoucnosti a života mimo komunitu, naučit klienty zvládat stres a relaxovat. Pomoci klientům najít si místo, kam se mohou vrátit po odchodu z komunity.

V této fázi klienti tráví více času samostatně mimo komunitu. Učí se rozeznat své hranice a vyhýbat se rizikovým místům a lidem. Získávají dovednosti pro zvládání stresu a relaxaci. Hledají si bydlení a práci po odchodu z komunity.

Fáze je ukončena výstupním rituálem (Kalina a kol., 2001; Adameček, 2007).

5.3. Cíle terapeutické komunity

Obecně se o léčbě v terapeutické komunitě mluví jako o léčbě vedoucí k abstinenci. Samotná abstinence ale není cílem, je pouze prostředkem a podmínkou pro začlenění do normálního života bez škodlivého užívání návykové látky. Abstinenci by měl klient vnímat jako nezbytnou součást svého dalšího života. Abstinence povede k dalšímu seberozvoji a uplatnění sebe sama s tak klient dosáhne spokojenosti.

Za samotný cíl léčby v terapeutické komunitě se považuje celková změna životního stylu. V terapeutické komunitě klient postupně uplatňuje změny v postojích, prožívání, chování, sebepojetí a vztazích. Toto by mělo vést k tomu, že klient hodnotí svůj život za uspokojivý a dokáže se zodpovědně rozhodovat. Zásadní je, aby si klient tyto změny udržel i po odchodu z komunity.

5.4. Terapeutická komunita Karlov

Terapeutická komunita Karlov byla založena v roce 1998 pro mladistvé klienty se závislostí na návykových látkách. V té době neexistovala žádná jiná specifická služba pro tuto cílovou skupinu. Komunitní principy byly do Karlova přeneseny z Terapeutické komunity Němčice mladými klienty, kteří tam dříve pobývali. V roce 2001 byl oficiálně zahájen program pro matky s dětmi. První klientky do programu nastoupily již v roce 2000. Od roku 2015 se v komunitě rozvíjí sociální podnikání.

Terapeutická komunita Karlov nabízí pobytovou léčbu dvěma specifickým skupinám trpících poruchami vzniklými užíváním návykových látek nebo závislostí na nich. První skupina jsou mladiství a mladí dospělí ve věku od 16 do 25 let. Druhá skupina jsou matky s dětmi. Obě tyto skupiny společně sdílí většinu programu, rozvrh se liší pouze v detailech. Nástup do léčby je vždy dobrovolný a určen motivovaným jedincům. Délka léčby je v rozmezí 2 až 8 měsíců.

V komunitě je důležitá vyváženost mezi terapeutickým programem a tréninkem odpovědnosti. Klienti se starají o celý areál a hospodářství, které je součástí komunity. Mezi

běžné aktivity patří péče o domácí zvířata a dobytek a také o kozí farmu. Péče se věnuje také ovocným stromům, bylinkové zahradě a záhonům s různou zeleninou.

Psychoterapie se odehrává především ve skupinovém formátu. Každý klient má svého garanta, který mu poskytuje i individuální terapii, plánování a poradenství.

Socioterapii představují akce různého typu. Jedná se o sjíždění řeky, cyklistiku, vodácké aktivity nebo například horolezectví po skalách.

Vzhledem k věku klientů je kladen velký důraz na spolupráci s rodinou. Důležité je, aby osobnostní růst klienta odpovídal růstu a vývoji rodinných vztahů. Důraz je kladen i na zdravou separaci klientů.

Mezi cíle programu terapeutické komunity patří integrace, životní spokojenost a plnohodnotné zapojení klienta do běžného života. Toho je dosaženo pomocí abstinence a komplexní podpory klienta. Klient se během léčby zaměřuje na zvýšení odpovědnosti za vlastní jednání a odolnosti proti selhání. Získává základní sociální a komunikační dovednosti, osvojuje si pracovní a hygienické návyky. Zlepšuje se jeho zdravotní stav a také fyzická a psychická kondice. Dochází i ke stabilizaci jeho sociální situace. Také si uvědomuje, že do života patří zábava a trávení volného času (Jandáč, 2018).

6. Cíl výzkumu

6.1. Výzkumný problém

Mladistvých uživatelů dle studií sice ubývá, ale i přes to se v léčbě setkáváme s jejich zástupci. Dle přirozeného psychosociálního vývoje je jasné, že tato skupina klientů bude mít pro léčbu specifické požadavky a samozřejmě i odlišné motivující faktory k jejímu samotnému započítí. Pro zvýšení pravděpodobnosti nástupu do léčby a jejímu úspěšnému dokončení je třeba tyto motivující faktory objevit a zaměřit se na ně již v předléčebných intervencích.

6.2. Cíle výzkumu

Zjištění motivace ke vstupu do léčby v TK.

Určení motivujících/demotivujících faktorů k setrvání v léčbě.

Celkové zhodnocení motivace klientů v TK pomocí CMRS dotazníku.

Zjištění problémových oblastí podle skriningového dotazníku pro mladistvé.

6.3. Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů byly vytvořeny výzkumné otázky:

1. Jaké motivy a okolnosti přivedly klienty do léčby v TK?
2. Jaké aspekty komunitní léčby pomáhají/odrazují klienty v jejím setrvání?
3. Která oblast z dotazníku CMRS se bude nejvíce podílet na motivaci?
4. Která oblast dle skriningového dotazníku je nejproblematičtější?

7. Výzkumný soubor

7.1. Základní soubor:

Základní soubor jsou mladiství uživatelé návykových látek, kteří se rozhodli podstoupit léčbu. V roce 2019 podstoupilo ambulantní léčbu 1 364 nezletilých klientů v celkem 9 specializovaných zařízeních. Pokud počítáme s tím, že v ČR bylo ve stejném období 29,3 % mladistvých se zkušeností s návykovou látkou, můžeme usoudit, že valná většina z inkriminované skupiny služeb nevyužila anebo k využití neměla ani možnost (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2020; ESPAD, 2019)

7.2. Výběrový soubor:

Výběrový soubor tvoří mladiství uživatelé, kteří se aktuálně léčí v terapeutické komunitě Karlov.

7.3. Výzkumný soubor:

Výzkumný soubor byl zvolen za pomoci záměrného účelového výběru v terapeutické komunitě Karlov. Jedná se o metodu kvalitativního přístupu, kdy metoda záměrného účelového výběru přes instituci je nepravděpodobnostní metodou. Dle Miovského (2006) je tato metoda výběru pro daný výzkum nejvhodnější.

V době konání výzkumu bylo v komunitě přítomno 6 klientů odpovídajících podmínkám výzkumu. Z toho pět klientů souhlasilo s účastí ve výzkumu. Všech pět klientů bylo mužského pohlaví a věkové rozmezí klientů je 17-23 let.

8. Limity výzkumu

Limity výzkumu jsou především v neochotě spolupracovat ať již ze strany samotných klientů, případně jejich zákonných zástupců. Klienti byli vybíráni dle kapacitních možností TK. Během roku podstoupí léčbu necelých 50 klientů, přičemž ne všichni léčbu dokončí anebo s nimi nebylo možnost kontaktu z jiných důvodů.

9. Etické aspekty výzkumu

Vzhledem k místu konání výzkumu bylo nutné získat povolení od etické komise organizace SANANIM a také od samotné TK v podobě terapeutického týmu. Každý z účastníků obdržel informovaný souhlas (viz. příloha) a bylo zcela na něm, zda se chce výzkumu účastnit, zároveň všichni měli možnost kdykoliv své rozhodnutí změnit. Informovaný souhlas se šetřením také obdrželi zákonní zástupci respondentů. Všechny rozhovory probíhaly v TK, čímž se zaručilo bezpečí a soukromí respondentů. Všichni zúčastnění byli obeznámeni s nahráváním dotazování a také jim byla zaručena ve všech výstupech anonymita. Žádná data nebudou poskytována třetím stranám, ať již jiným osobám či institucím. Během výzkumu se budeme řídit zákonem 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a dle nařízení EU GDPR.

10. Metody sběru dat

10.1. Příprava sběru dat

Pro samotný sběr dat bylo nutné seznámit se záměrem výzkumu vedení TK Karlov a požádat o svolení se samotnou realizací. Obeznámeni byli také i respondenti, v případě nezletilých jejich zákonní zástupci, přičemž stěžejní je jejich svolení s využitím anonymizovaných dat.

10.2. Výzkumné nástroje

Jedním z nejdůležitějších zdrojů informací byla klientská dokumentace v TK Karlov, kde byly zjištěny základní sociodemografické údaje. Dále byl použit polostrukturovaný rozhovor pro zjištění okolností a faktorů pro nástup do TK. CMRS dotazník pro objasnění která oblast se na motivaci k nástupu do léčby podílela. A v neposlední řadě Skríníngový dotazník pro dospívající, pro ukázání závažnosti závislostní problematiky.

10.2.1. Polostrukturovaný rozhovor

Pro samotné ověření hypotéz a zodpovězení výzkumných otázek byl využit polostrukturovaný rozhovor, což je jedna z nejrozšířenějších metod pro sběr dat v kvantitativním přístupu. V rozhovoru tohoto typu je určitá volnost a flexibilita pro tazatele i respondenta a zároveň je přítomna nápomocná struktura, což je velkou předností této metody. Pro kvalitní výsledek je důležitá určitá struktura a návaznost otázek, i přesto je

možné jejich pořadí zaměňovat, aby nebylo narušeno přirozené vyprávění klienta. Tazatel má během celého rozhovoru možnost upřesnění nejasností za pomoci doptávání, aniž by došlo k narušení jádra rozhovoru. Jádro rozhovoru tvoří stěžejní otázky, na které je nutné znát odpověď, aby mohl být respondent zařazený do výzkumu. Dodržení těchto zásad pomůže výzkumníkovi s udržení tématu a maximální výtěžnosti výzkumu (Miovský, 2006).

V rámci rozhovoru byl fokus zaměřen na historii užívání návykových látek, na druhy a způsoby užití a na důvody k samotnému užití. Dále budou kladeny otázky ohledně motivace k nástupu do léčby, důležitou součástí zde bude tvořit podpora okolí, především rodiny, pokud ji klient bude mít. V rámci rozhovoru se bude řešit i průběh léčby a spokojenost, v rámci tohoto bodu budou položeny otázky na úskalí léčby, a naopak i na pozitiva, která pomáhají v léčbě setrvat. V neposlední řadě bude snaha o zjištění plánu po léčbě.

Návrh otázek k polostrukturovanému rozhovoru:

1. Drogová kariéra, co a jak dlouho bral/a
2. Má klient rodinu, je někdo z rodiny uživatel?
3. Stýká se klient s rodinou, navštěvují ho/jí?
4. Jak se rodina staví k léčbě?
5. Jedná se o první léčba, jestli již v minulosti nějakou léčbu podstoupila, o jaký typ léčby se jednalo, jak dlouho trvala a co se nepovedlo.
6. Proč se klient rozhodl pro léčbu?
7. Změnila se jeho motivace před a během léčby?
8. Co mu na léčbě vyhovuje, co ho v ní udržuje?
9. Co mu na léčbě vadí?
10. Má plány po léčbě?

10.2.2. CMRS

Pro posouzení oblastí motivace byl použit sebesposuzující dotazník CMRS – Circumstances, Motivation, Readiness, Suitability, jehož autorem je George De Leon. Dle Leona (1993) není pro léčbu rozhodující pouze motivace a připravenost, ale například i vnější prostředí. Dotazník čítá celkem 18 otázek, které jsou rozděleny do 4 základních oblastí, a to okolnosti, vnitřní motivace, připravenost k léčbě a samotná vhodnost dané léčby. Otázky jsou kladeny tak, aby bylo možné odpověď vybrat na škále od 1 (naprosto

nesouhlasím) až po 5 (naprosto souhlasím), zároveň je zahrnuta možnost 9 (nelze hodnotit) (De Leon, 1993).

V ideálním případě je dotazník vyplňován před nástupem do léčby, nicméně toto šetření bude probíhat až v jejím průběhu. Hodnocena bude především vnitřní motivace, okolnosti a zahrnuta bude o podpora rodiny. Dle výsledku bude možné následně predikovat pravděpodobnost dokončení léčby jednotlivých respondentů.

10.2.3. Skríningový dotazník pro dospívající

R. E. Tarter (1990) vytvořil Skríningový dotazník pro dospívající (*The Drug Use Screening Inventory (DUSI)*) pro lepší porozumění potřebám mladistvých. Na základě výsledku je možné vyhodnotit závažnost drogové problematiky a také vhodnost pobytové léčby oproti ambulantní léčbě. Dále se ukáže, které aspekty v životě mladistvých uživatelů je možno využít pro posílení motivace k setrvání v léčbě a jak léčbu konkrétněji zaměřit na jejich potřeby.

Dotazník obsahuje 159 otázek rozdělených do tematických 10 oblastí: volný čas a rekreace, chování, zdravotní stav, duševní zdraví, sociální zdatnost, rodinný systém, škola, práce, vztahy s vrstevníky, návykové látky.

11. Metody zpracování a analýza dat

11.1. Polostrukturovaný rozhovor

Pro zaznamenání rozhovorů byl využit audio záznamník, záznam byl následně převeden do psané podoby. Kontrola a zpřesnění přepisu byla zajištěno opakovaným poslechem dle techniky „kontrola transkripce opakovaným poslechem“. Zároveň byla provedena redukce dat I. řádu a následně i II. řádu, sloužící k vynechání nepotřebných částí rozhovoru (Miovský, 2006).

Následovala metoda kódování, která slouží k třídění a systematizaci dat. Zaznamenaná tvrzení byla přiřazena k větším celkům na základě podobnosti vypovídající hodnoty. Pro zlepšení výpovědní hodnoty byla využita metoda „vytváření trsů“, kdy kódy z jednotlivých rozhovorů byly dále třízeny do tabulek a došlo k jejich propojení (Miovský, 2006).

11.2. CMRS

Očíslovaný dotazník byl poskytnut respondentovi, na jehož vyplnění měl dostatečný čas. Následně byl dotazník vybrán a pomocí vhodného softwaru byly vyhodnoceny výsledky.

11.3. Skriningový dotazník pro dospívající

Dotazník byl distribuován v papírově formě a očíslovaný dle klienta, aby bylo možné párování s ostatními materiály. Získaná data byla pro lepší přehlednost převedena do tabulek v softwarovém programu. Pro vyhodnocení byl použit manuál.

12. Výsledky

12.1. Klient č. 1

12.1.1. Anamnéza

Klientovi je 23 let a pochází z Mostu. Klient je v léčbě 8 měsíců a nachází se ve 2. fázi léčby. Na dětství nevzpomíná moc příjemně, jeho rodiče se velmi často hádali, kvůli penězům, a otec vyznával výchovu přes fyzické tresty. V jeho 10 letech, se rodiče rozešli. V 15 letech se dokonce rozvedli a klient zůstal u matky. Matka začala ve větším množství konzumovat alkohol, což se klientovi nelíbilo a často tak netrávil čas doma, ale raději venku s kamarády. Má hotové základní vzdělání, na střední škole ukončil studium ve 3 ročníku. Ve 13 letech poprvé zkusil alkohol, ale nekonzumoval ho pravidelně. To začalo až v 15 letech. V 15 letech také zkusil poprvé THC, nebyla to úplně pozitivní zkušenost, ale látka ho zaujala a rozhodl se jí zkusit znovu. Další zkušenosti byly již pozitivnější, takže začal konzumovat na denní bázi. V této době začal trávit čas pouze u jídla, „hulení“ a televize, jinak volný čas již netrávil. V 17 letech dostal po požití marihuany silný úzkostný stav a rozhodl se jí přestat užívat. Místo toho v tomto věku zkusil různé halucinogeny a opět je začal užívat velmi často. Jeho úzkostné stavy ale pokračovaly nadále. Navštívil kvůli nim psychiatra a ten mu předepsal benzodiazepiny na zklidnění. Tyto léky začal velmi brzo zneužívat, nerespektoval denní množství a začal si je shánět i jinak než jenom na předpis. V 18–19 letech začal ve větším množství konzumovat i alkohol. V 19 letech měl první hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, kvůli panickému záchvatu a silným úzkostným stavům. Ve 20 letech zkusil poprvé pervitin formou šnupání. Týden na to už proběhla první intravenózní aplikace. V té době bydlel už s otcem. Začaly se střídat období užívání a neužívání v rádech týdnů až měsíců. Zkoušel i další návykové látky jako je ketamin nebo extáze. Minulý rok v květnu ho našel bratr ve zdemolovaném bytě a nabídl mu pomoc a možnost podpory v léčbě.

12.1.2. Polostrukturovaný rozhovor

1. Drogová kariéra, co a jak dlouho bral/a
 - Zaznamenáno v anamnéze.
2. Má klient rodinu, je někdo z rodiny uživatel?
 - Klient má rodinu, momentálně se o něj velmi úzce zajímá jak matka, tak i otec. Velkou podporou mu je především bratr. Jediným uživatelem v rodině je matka, kterou nazval „funkční alkoholičkou“.
3. Stýká se klient s rodinou, navštěvují ho/jí?
 - Rodina pravidelně využívá návštěvních dnů.
4. Jak se rodina staví k léčbě?
 - Rodina klienta v léčbě podporuje.
5. Jedná se o první léčba, jestli již v minulosti nějakou léčbu podstoupila, o jaký typ léčby se jednalo, jak dlouho trvala a co se nepovedlo.

- Jedná se o první léčbu závislostní problematiky. Před nástupem do TK podstoupil týdenní detox.
6. Proč se klient rozhodl pro léčbu?
 - Motivace byla především vnější ze strany rodiny.
 7. Změnila se jeho motivace před a během léčby?
 - Během léčby začal soustředit motivaci více na sebe a změnila se na vnitřní. V léčbě momentálně setrvává především kvůli sobě samému.
 8. Co mu na léčbě vyhovuje, co ho v ní udržuje?
 - Klienta v léčbě udržuje především pocit přijetí, to že někam patří a nikdo ho za jeho životní příběh neodsuzuje.
 9. Co mu na léčbě vadí?
 - Na léčbě mu vadí především momentální situace v komunitě, kdy se nedá nikomu důvěřovat a pocit opuštění.
 10. Má plány po léčbě?
 - Po léčbě chce klient nastoupit do doléčovacího centra a využít chráněného bydlení. Dále by si rád dodělal vzdělání a nadále abstinovat.

12.2. Klient č. 2

12.2.1. Anamnéza

Klientovi je 22 let a pochází z Prahy. V Léčbě je 9 měsíců a nachází se ve 2. fázi, čeká ho brzký přestup do fáze třetí. Dětství popisuje jako problémové. Rodiče se často hádali a v jeho 10 letech se rozvedli. Zůstal bydlet s matkou. Má bratra a sestru. První návykovou látku okusil ve 13 letech a jednalo se o alkohol. V 15 letech popisuje první zkušenost s THC, které pravidelně užíval až do svých 21 let. Jeho primární drogou byl ale oxykodon, který užíval od 20 do 21 let na pravidelné bázi. Důvodem k užívání bylo, že měl konečně pocit klidu a lásky. Do té doby si připadal, jako někdo cizí a sám sobě nerozuměl. Měl silný rozpor mezi vnitřním a vnějším já. Dokončil základní vzdělání i střední školu s maturitou.

12.2.2. Polostrukturovaný rozhovor

1. Drogová kariéra, co a jak dlouho bral/a
 - Zaznamenáno v anamnéze.
2. Má klient rodinu, je někdo z rodiny uživatel?
 - Od rodiny klient cítí silnou podporu. Hlavně ze strany otce, dle jeho slov mu neublížil jako matce, která je vůči němu opatrnější a nemá takovou důvěru. Nikdo jiný z rodiny uživatelem není.
3. Stýká se klient s rodinou, navštěvují ho/jí?
 - Rodina pravidelně využívá návštěvních dnů.
4. Jak se rodina staví k léčbě?
 - Rodina klienta v léčbě podporuje.
5. Jedná se o první léčba, jestli již v minulosti nějakou léčbu podstoupila, o jaký typ léčby se jednalo, jak dlouho trvala a co se nepovedlo.
 - Jedná se o první léčbu závislostní problematiky. Před nástupem do TK podstoupil týdenní detox.

6. Proč se klient rozhodl pro léčbu?
 - Motivace byla především vnější ze strany rodiny.
7. Změnila se jeho motivace před a během léčby?
 - Během léčby začal soustředit motivaci více na sebe a změnila se na vnitřní. V léčbě momentálně setrvává především kvůli sobě samému.
8. Co mu na léčbě vyhovuje, co ho v ní udržuje?
 - Klienta v léčbě udržuje příjemné prostředí a hlavně terapeutický tým. Vyhovuje mu režim a řád komunity.
9. Co mu na léčbě vadí?
 - Na léčbě mu vadí především momentální situace v komunitě.
10. Má plány po léčbě?
 - Po léčbě chce klient nastoupit do doléčovacího centra a využít chráněného bydlení. Dále by si rád dodělal vzdělání a nadále abstinovat.

12.3. Klient č. 3

12.3.1. Anamnéza

Klientovi je 20 let a pochází z Mníšku pod Brdy. Momentálně je v léčbě 3 měsíce je ve 2. fázi. Dětství popisuje příjemně. Rodiče mají dodnes harmonický vztah. První návykovou látkou, kterou zkusil byl alkohol v 9 letech. Následovalo THC ve 13 letech, které spolu a alkoholem začal užívat pravidelně. V 15 letech popisuje první zkušenost s kratomem, kdy se mu první dva roky dařilo kontrolované užívání, ale od 17 let se mu to vymklo z kontroly. Přidaly se i další návykové látky jako amfetaminy, ketamin a MDMA, s těmito dalšími látkami začal v 16 letech a pokračoval v jejich užívání pravidelně. Klient začal zažívat silné pocity úzkosti a panické záchvaty, navštívil tedy psychiatra a ten mu předepsal benzodiazepiny na uklidnění. Následně je začal zneužívat a pořizovat si je i nelegální cestou.

12.3.2. Polostrukturovaný rozhovor

1. Drogová kariéra, co a jak dlouho bral/a
 - Zaznamenáno v anamnéze.
2. Má klient rodinu, je někdo z rodiny uživatel?
 - Klient cítí silnou podporu od všech členů své rodiny. Uživatelem byl strýc, který momentálně dlouhodobě užívá metadon z důvodu závislosti na opiátech. Druhý strýc užívá THC a příležitostně pervitin. Teta užívá THC a občasně pervitin.
3. Stýká se klient s rodinou, navštěvují ho/jí?
 - Rodina pravidelně využívá návštěvních dnů.
4. Jak se rodina staví k léčbě?
 - Rodina klienta v léčbě podporuje.
5. Jedná se o první léčba, jestli již v minulosti nějakou léčbu podstoupila, o jaký typ léčby se jednalo, jak dlouho trvala a co se nepovedlo.

- Jedná se o první léčbu závislostní problematiky. Před nástupem do TK podstoupil týdenní detox.
6. Proč se klient rozhodl pro léčbu?
 - Motivace byla především vnější ze strany rodiny.
 7. Změnila se jeho motivace před a během léčby?
 - Během léčby začal soustředit motivaci více na sebe a změnila se na vnitřní. V léčbě momentálně setrvává především kvůli sobě samému.
 8. Co mu na léčbě vyhovuje, co ho v ní udržuje?
 - Klienta v léčbě udržuje momentální motivace a touha po „normálním“ životě.
 9. Co mu na léčbě vadí?
 - Na léčbě mu vadí především momentální situace v komunitě.
 10. Má plány po léčbě?
 - Po léčbě chce klient nastoupit do doléčovacího centra a využít chráněného bydlení. Dále by si rád dodělal vzdělání a nadále abstinovat.

12.4. Klient č. 4

12.4.1. Anamnéza

Klientovi je 19 let. V léčbě byl v době výzkumu 3 dny a nacházel se tak v 0. fázi terapeutického programu. Rodinné zázemí popisuje jako dobré, bydlí s rodiči. Má základní vzdělání, středoškolské studium ukončil ve 3. ročníku. Má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu. Momentálně se nachází v remisi. Od 14 let začal s užíváním THC a alkoholu. V 15-16 letech začal THC užívat na pravidelné denní bázi. V 16 letech dále užíval na předpis od psychiatra benzodiazepiny, ale po nějaké době si je začal shánět i bez předpisu. Od 17 let se přidali amfetaminy. Klient konkrétně uvádí speed, extázi a MDMA. V té době užíval také nárazově kokain a pervitin. Zkušenosti má i s oxykodonem a halucinogeny jako LSD nebo psilocybin. Důvod jeho užívání byla hlavně zábava, nebavilo ho být střízlivý.

12.4.2. Polostrukturovaný rozhovor

1. Drogová kariéra, co a jak dlouho bral/a
 - Zaznamenáno v anamnéze.
2. Má klient rodinu, je někdo z rodiny uživatel?
 - Klient cítí silnou podporu od všech členů své rodiny. Uživatelem není nikdo jiný z rodiny.
3. Stýká se klient s rodinou, navštěvují ho/jí?
 - Rodina bude pravidelně využívat návštěvních dnů.
4. Jak se rodina staví k léčbě?
 - Rodina klienta v léčbě podporuje.
5. Jedná se o první léčba, jestli již v minulosti nějakou léčbu podstoupila, o jaký typ léčby se jednalo, jak dlouho trvala a co se nepovedlo.
 - Jedná se o návaznou léčbu, na pobyt v PN Bohnice na pavilonu 16, tedy místo pro léčbu duálních diagnóz.
6. Proč se klient rozhodl pro léčbu?

- Motivace byla především vnější, ze strany rodiny.
7. Změnila se jeho motivace před a během léčby?
 - Během léčby začal soustředit motivaci více na sebe a změnila se na vnitřní. V léčbě momentálně setrvává především kvůli sobě samému.
 8. Co mu na léčbě vyhovuje, co ho v ní udržuje?
 - Klienta v léčbě udržuje momentální motivace a touha po „normálním“ životě. Chce si najít kamarády a užívat si života za střízliva. Vyhovuje mu režim, chráněné bydlení a terapeutické aktivity.
 9. Co mu na léčbě vadí?
 - Na léčbě mu vadí především momentální situace v komunitě.
 10. Má plány po léčbě?
 - Po léčbě chce klient nastoupit do ambulantní péče. Dále by si rád dodělal vzdělání a nadále abstinovat.

12.5. Klient č. 5

12.5.1. Anamnéza

Tomuto klientovi bylo v době sbírání dat 17 let. Nacházel se v 1. fázi a v léčbě setrvává již 3 měsíce. Prozatím má dokončené základní vzdělání. Návazně studoval konzervatoř, ale kvůli užívání návykových látek byl ze studia vyhozen. První zkušenost s drogou má okolo 10 let, kdy poprvé ochutnal alkohol. Rok na to v 11 letech vyzkoušel THC. Užíval ho párkrát do týdne. Od 14 let THC na denní bázi. Sám si ho kupoval a užíval i „bongy“. Přišli na to jeho rodiče, dostal zaracha a dále se situace neřešila. THC užíval ale nadále až to měla za následek předčasné ukončení jeho studia na konzervatoři. V 15 letech poprvé zkusil xanax na předpis, po velmi krátké době je začal užívat pravidelně i bez lékařského předpisu. Následovala zkušenost s MDMA v 16 letech. V roce 2021 byl poprvé na detoxu, ale nebyl vůbec motivovaný a hned po jeho dokončení ještě v tentýž den znovu užíval THC. V 16 letech i první zkušenost s kokainem. To se mu velmi zalíbilo a začal užívat několikrát týdně. V té době užíval i ritalin, klidně 20 tablet za večer. THC denně okolo 2-4g. Opět podstoupil detox, ale bez kýženého výsledku. Po krátké době začal znovu užívat THC, léky na předpis a stimulanty. Byl hospitalizovaný i v PN, předčasně léčbu ukončil a dále pokračoval v užívání. Situace pro něj byla natolik tíživá, že se pokusil o sebevraždu. Před nástupem do terapeutické komunity absolvoval znovu detox.

12.5.2. Polostrukturovaný rozhovor

11. Drogová kariéra, co a jak dlouho bral/a
 - Zaznamenáno v anamnéze.
12. Má klient rodinu, je někdo z rodiny uživatel?
 - Klient cítí silnou podporu od všech členů své rodiny. Uživatelem není nikdo jiný z rodiny.
13. Stýká se klient s rodinou, navštěvují ho/jí?
 - Rodina bude pravidelně využívat návštěvních dnů.
14. Jak se rodina staví k léčbě?

- Rodina klienta v léčbě podporuje.
15. Jedná se o první léčba, jestli již v minulosti nějakou léčbu podstoupila, o jaký typ léčby se jednalo, jak dlouho trvala a co se nepovedlo.
- Jedná se o opakovanou léčbu. Několikrát detox a pobytová léčba v PN. Před nástupem do komunity detox.
16. Proč se klient rozhodl pro léčbu?
- Motivace byla především vnější, ze strany rodiny.
17. Změnila se jeho motivace před a během léčby?
- Během léčby začal soustředit motivaci více na sebe a změnila se na vnitřní. V léčbě momentálně setrvává především kvůli sobě samému.
18. Co mu na léčbě vyhovuje, co ho v ní udržuje?
- Klienta v léčbě udržuje momentální motivace a touha po „normálním“ životě. Cítí silnou podporu komunitního prostředí a lépe si uvědomuje sebe samého a své problémy.
19. Co mu na léčbě vadí?
- Na léčbě mu vadí především momentální situace v komunitě.
20. Má plány po léčbě?
- Po léčbě chce klient nastoupit do ambulantní léčby. Dále by si rád dodělal vzdělání a nadále abstinovat.

12.6. Shrnutí polostrukturovaného rozhovoru

Získaná data prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru byla pro větší přehlednost přepsána do tabulek a následně popsána.

Tabulka 1: Délka užívání nelegálních návykových látek v letech:

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Aktuální věk	23 let	22 let	20 let	19 let	17 let
Věk prvního užití nelegální NL	15 let	15 let	13 let	14 let	11 let
Doba užívání	8 let	7 let	7 let	5 let	8 let
Doba v léčbě	8 měsíců	9 měsíců	3 měsíce	3 dny	3 měsíce

Z tabulky č. 1 je patrné, že většina respondentů se setkala s návykovou látkou v brzkých náctiletých letech. Jedná se o rozmezí 11-13 let.

Tabulka 2: První kontakt s legální drogou přes:

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Rodiče	X	X	X	X	X

První zkušenost s návykovou látkou měli všichni respondenti před rodinu. Látkou byl vždy alkohol.

Tabulka 3: První kontakt s nelegální drogou přes:

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Kamarádi	X	X	X	X	X

Z tabulky č. 3 jasně vyplývá, že všichni respondenti se k nelegálním návykovým látkám dostali přes kamarády. V rámci nelegálních návykových látek se jednalo vždy o marihuanu. Ostatní látky se přidali později.

Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Základní škola	X		X	X	X
Střední škola		X			
Učiliště					
Vysoká škola					

Vliv nízké úrovně vzdělání na sociální znevýhodnění je nesporný. Náš výzkum tento fakt dále potvrzuje, jelikož 4 z 5 respondentů disponují pouze základním vzděláním.

Tabulka 5: Uživatelé v rodině

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Ano			X		
Ne	X	X		X	X

Z klientů má pouze jeden respondent v rodině jiného uživatele nelegálních návykových látek. Ostatní respondenti jsou jediní uživatelé v rodině.

Tabulka 6: Klient v kontaktu s rodinou

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Ano	X	X	X	X	X
Ne					

Všichni klienti jsou v úzkém kontaktu s rodinou a buď již návštěvy probíhají nebo po přestupu do další fáze probíhat začnou.

Tabulka 7: Podpora rodiny v léčbě klienta

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Podporují	X	X	X	X	X
Nepodporují					

Dle tabulky č. 7 je patrné, že všichni klienti jsou ze strany rodiny v léčbě silně podporováni.

Tabulka 8: Předchozí léčby závislosti

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Detox	X	X	X	X	X
Ambulantní léčba					
Pobyťová léčba v PN					X
Pobyťová léčba v TK					

Všichni klienti před léčbou v terapeutické komunitě podstoupili alespoň krátkodobý detox. Klient č. 5 absolvoval detox opakovaně a také byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici na oddělení závislosti.

Tabulka 9: Motivace před nástupem do TK

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Rodina	X	X	X	X	X

Prvním impulzem pro vstup do léčby byla pro klienty rodina, nejčastěji rodiče nebo sourozenci. Jednalo se tedy o vnější motivaci.

Tabulka 10: Motivace během léčby v TK

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Sám klient	X	X	X	X	X

Během léčby v terapeutické komunitě se motivace všech klientů změnila. Z vnější motivace se proměnila na motivaci vnitřní, kdy klient v léčbě setrval hlavně kvůli sobě.

Tabulka 11: Výhody léčby

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Terapeuti	X	X	X	X	X
Chráněné prostředí	X	X		X	X
Přijetí			X	X	

Za výhody léčby všichni klienti uvedli terapeutické prostředí a pravidelný kontakt s terapeutem. Na druhém místě v četnosti odpovědí se objevilo o chráněné prostředí a jako třetí se objevil motiv přijetí.

Tabulka 12: Nevýhody léčby

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Situace v komunitě	X	X	X	X	X

Přijde mi velmi podstatné neopomenout situaci, ve které se komunita nacházela v době výzkumu. Komunita si prošla odchodem sedmi klientů, za poslední tři měsíce. Někteří z odchozích klientů odešli dobrovolně, jiní byli vyloučeni, kvůli porušení kardinálního pravidla. Jednalo se buď o navázání vztahu mezi dvěma klienty nebo o užívání návykových látek během léčby v komunitě. To mělo za následek, že v době sběru dat bylo v cílové skupině pouze šest klientů. Tito klienti byli celou situací, která se v terapeutické komunitě stala, velmi otřeseni, což se podepisovalo i na celkové atmosféře v komunitě. Dalším úskalím bylo navázání vztahu dvou ze šesti zbývajících klientů. Jedna z klientek se tedy rozhodla výzkumu neúčastnit z důvodu „jiných starostí“, které v době výzkumu řešila. Další klientka musela léčbu v průběhu sběru dat ukončit, z důvodu neplnění závazků vůči komunitě.

Tento fakt se velmi silně projevil při sběru dat, kdy všichni klienti za demotivační uváděli situaci v komunitě za několik posledních měsíců.

Tabulka 13: Plány po léčbě

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Dodělat si vzdělání	X	X	X	X	X
DC centrum	X	X	X		
Ambulantní služba				X	X

Všichni klienti by si po dokončení komunitní léčby chtěli dodělat vzdělání, ať již středoškolské nebo pokračovat i vysokoškolským titulem. Z tabulky č. 13 můžeme vyčíst, že všichni respondenti mají v plánu i navazující léčbu po dokončení TK. Z čehož 3 klienti budou pokračovat doléčovacím centrem s chráněným bydlením a klienti č.4 a č. 5 budou pokračovat ambulantní léčbou.

12.7. CRMS dotazník

Data získaná z dotazníku CMRS byla převedena do tabulek pro každou otázku zvlášť.

Tabulka 14: Primární návyková látka

Primární psychotropní látka	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Kokain					
Crack					
Opiáty					
Marihuana					X
Alkohol					
Různé drogy					
Amfetaminy, metamfetaminy	X		X	X	
Jiné		X			

Nejčastěji byl u respondentů primární látkou pervitin. Pouze klient č. 2 užíval oxykodon a klient č. 5 užíval primárně marihuanu.

Tabulka 15: Jsem přesvědčený, že bych šel do výkonu trestu, kdybych se nezačal léčit

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím			X	X	X
Ani souhlas, ani nesouhlas					
Souhlasím		X			
Naprosto souhlasím	X				
Nedá se posoudit					

Tabulka 16: Jistě bych se začal léčit, i bez toho, že by mi hrozilo trestní stíhání

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím			X		
Ani souhlas, ani nesouhlas					
Souhlasím					
Naprosto souhlasím	X	X		X	X
Nedá se posoudit					

Tabulka 17: Domnívám se, že by má rodina měla velký problém s mým setrváním s nimi ve společné domácnosti, kdybych nenastoupil do léčby

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas					
Souhlasím					
Naprosto souhlasím		X	X	X	X
Nedá se posoudit	X				

Tyto tři první otázky se týkají vnějších okolností.

Tabulka 18: Domnívám se, že mě mí příbuzní budou přemlouvat, abych po pár měsících ukončil léčbu

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím	X	X	X	X	
Nesouhlasím					X
Ani souhlas, ani nesouhlas					
Souhlasím					
Naprosto souhlasím					
Nedá se posoudit					

Tabulka 19: Mám obavy ze své finanční situace, pokud setrvám v léčbě

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím	X				
Nesouhlasím		X		X	X
Ani souhlas, ani nesouhlas			X		
Souhlasím					
Naprosto souhlasím					
Nedá se posoudit					

Tabulka 20: Domnívám se, že mám mimo komunitu příliš mnoho problémů, které mi znemožní absolvovat celý léčebný program

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím	X			X	X
Nesouhlasím		X			
Ani souhlas, ani nesouhlas			X		
Souhlasím					
Naprosto souhlasím					
Nedá se posoudit					

Otázky 4–6 se zabývají vnitřních okolností.

Tabulka 21: Lze říci, že užívání drog je v mém životě velmi závažný problém

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas					
Souhlasím	X	X			
Naprosto souhlasím			X	X	X
Nedá se posoudit					

Tabulka 22: Často prožívám pocity frustrace a výčitky svědomí za to, že jsem bral drogy

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas		X			
Souhlasím	X			X	
Naprosto souhlasím			X		X
Nedá se posoudit					

Tabulka 23: Poslední dobou mívám pocit, že pokud se nezměním, můj život půjde stále z kopce a vše se zhorší

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím		X			
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas					
Souhlasím	X				
Naprosto souhlasím			X	X	X
Nedá se posoudit					

Tabulka 24: Opravdu mě mrzí, že jsem bral drogy a že způsob jakým jsem žil způsobil bolest mnohým lidem

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím	X				
Ani souhlas, ani nesouhlas					
Souhlasím					
Naprosto souhlasím		X	X	X	X
Nedá se posoudit					

Tabulka 25: Ta nejdůležitější věc v mém životě je přestat brát drogy

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím	X				
Ani souhlas, ani nesouhlas			X		
Souhlasím				X	
Naprosto souhlasím		X			X
Nedá se posoudit					

Otázky 7-11 se týkají motivace.

Tabulka 26: Nejsem přesvědčený o tom, že se musím léčit, abych přestal brát drogy. Domnívám se, že pokud budu chtít, můžu přestat sám

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím	X	X		X	
Nesouhlasím					X
Ani souhlas, ani nesouhlas			X		
Souhlasím					
Naprosto souhlasím					
Nedá se posoudit					

Tabulka 27: Důvodem mého nástupu do programu léčby je, že se skutečně cítím připravený zvládnout to a překonat svou závislost

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas			X		
Souhlasím	X				
Naprosto souhlasím		X		X	X
Nedá se posoudit					

Tabulka 28: Proto abych si dal život do pořádku jsem připravený udělat cokoliv

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas			X	X	
Souhlasím	X				
Naprosto souhlasím		X			X
Nedá se posoudit					

Tabulka 29: Podstoupit léčbu vidím momentálně jako jediné řešení své dosavadní životní situace

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas		X			
Souhlasím	X		X		
Naprosto souhlasím				X	X
Nedá se posoudit					

Tabulka 30: Jsem přesvědčený, že nedokážu přestat brát drogy pouze s pomocí a podpory svých přátel, příbuzných nebo víry. Určitě potřebuji nějaké léčení

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas					
Souhlasím	X	X		X	
Naprosto souhlasím			X		X
Nedá se posoudit					

Tabulka 31: Braní drog mě velmi vyčerpává a potřebuji změnu, jen nevím, jak to mohu zvládnout sám

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas		X			
Souhlasím	X		X	X	
Naprosto souhlasím					X
Nedá se posoudit					

Tabulka 32: Jsem ochotný začít léčbu co nejdříve

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Naprosto nesouhlasím					
Nesouhlasím					
Ani souhlas, ani nesouhlas					
Souhlasím	X				
Naprosto souhlasím		X	X	X	X
Nedá se posoudit					

Posledních 6 otázek se týkalo Přípravenosti k léčbě.

Tabulka 33: CMRS – Jednotlivé části dotazníku

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Vnější okolnosti	8	12	9	12	12
Vnitřní okolnosti	3	5	7	4	5
Motivace	16	18	23	23	25
Připravenost	25	26	27	27	32
Celkové skóre	54	61	66	66	74

Většina klientů dosáhla vysokého skóru, což svědčí o silné motivaci k léčbě. Nejvyššího skóru dosáhl klient č. 5. Naopak nejnižšího klient č. 1, který byl i z komunity během sběru dat vyloučen za porušení kardinálního pravidla.

V první kategorii vnější okolnosti dosáhlo 3 z 5 klientů 12 bodů, což svědčí o tom, že klienti byli pod vnějším tlakem, aby nastoupili do léčby. Naopak vnitřní okolnosti dosahuje u všech klientů nižšího skóre. V oblasti motivace je skóre poměrně rozdílné. Nejvyšší hodnoty ale dosáhl klient č. 5., který měl plný počet bodů. V poslední oblasti připravenosti opět nejvíce skóroval klient č. 5.

12.8. Skriningový dotazník pro mladistvé

Pro lepší přehlednost jsou skóre z jednotlivých oblastí převedeny do tabulky.

Tabulka 34: Skóre jednotlivých oblastí skriningového dotazníku pro dospívající

	Klient č. 1	Klient č. 2	Klient č. 3	Klient č. 4	Klient č. 5
Oblast 1 - Volný čas a rekreace	50 %	83 %	83 %	58 %	83 %
Oblast 2 - Chování	80 %	50 %	40 %	25 %	65 %
Oblast 3 - Zdravotní stav	67 %	33 %	35 %	25 %	42 %
Oblast 4 - Duševní zdraví	70 %	40 %	55 %	20 %	45 %
Oblast 5 - Sociální zdatnost	64 %	36 %	64 %	14 %	71 %
Oblast 6 - Rodinný systém	35 %	29 %	53 %	6 %	24 %
Oblast 7 - Škola	45 %	55 %	80 %	50 %	45 %
Oblast 8 - Pracovní adaptace	67 %	50 %	92 %	42 %	67 %
Oblast 9 - Vztahy s vrstevníky	29 %	64 %	71 %	14 %	36 %
Oblast 10 - Návykové látky	93 %	80 %	93 %	73 %	73 %
Celkový problémový index	60 %	52 %	66,6 %	32,7 %	55,1 %

Z tabulky je patrné, že celkově nejrizikovějšího skóre dosahuje klient č. 3. Naopak nejnižšího skóre má klient č. 4. Celkově nejrizikovější oblastí je oblast 10, tedy návykové látky. Vzhledem k tomu, že jsou klienti v léčbě z důvodu nadužívání návykových látek, ta

se potvrdilo, že je pro ně nejrizikovější právě 10. oblast. Na druhém místě v rizikovosti je oblast 1, tedy trávení volného času a rekreace. Třetí místo obsazuje oblast pracovní adaptace. Oblast školy je na 4. místě. Chování se umístilo páté. Na šestém místě v rizikovosti je sociální zdatnost. Sedmé místo obsadila oblast duševního zdraví. Vztahy s vrstevníky jsou na osmém místě. Na devátém místě se nachází oblast 3, tedy zdravotní stav. Poslední 10. místo obsadila oblast rodina.

12. Diskuse

V této kapitole budou výsledky výzkumu porovnávány s dalšími výsledky z již proběhlých šetření na obdobné téma.

Našeho výzkumu se účastnilo šest klientů z terapeutické komunity Karlov, která se zaměřuje na léčbu mladistvých a matek s dětmi. Věk klientů se pohyboval v rozmezí 17-23 let. Průměrný věk respondentů byl 20 let. Nejčastěji zneužívanou látkou mezi výzkumnými subjekty byl pervitin, THC a léky na předpis. Průměrná délka doby užívání návykových látek u klientů vyšla na sedm let. Průměrný věk prvního užití nelegální návykové látky je 14 let.

Nešpor (2004) píše, že pokud je dítě vystaveno dlouhodobému stresu a nezájmu ze strany rodičů, zvyšuje se tím riziko užití návykové látky. Náš výzkum toto tvrzení potvrzuje. Většina respondentů pochází z rozvedené rodiny anebo z rodiny s ne úplně stabilním zázemím. To mohlo mít za vliv zneužití látek v již tak brzkém věku. Koranda (in Kalina, 2015) udává, že 95 % pacientů s problematikou abúzu návykových látek začíná svou drogovou kariéru před plnoletostí. To se potvrdilo i skrze náš výzkum, kdy průměrný věk prvního užití nelegální návykové látky vyšel v našem výzkumném souboru na 14 let.

Dle studie ESPAD (2019) je nejčastěji zneužívanou nelegální látkou mezi mladistvými marihuana, což se potvrdilo i v našem výzkumu, kdy všichni klienti z výzkumného souboru uvedli jako první nelegální návykovou látku právě marihuanu. Průměrný věk prvního užití marihuany vyšel u zkoumaného vzorku na 14 let.

Samotnému užití nelegálních látek předcházela u všech respondentů zkušenost s legální látkou alkoholem. Alkohol byl ve všech zkoumaných případech mladistvým poprvé podán rodiči. Van Der Vorst a kol (2006) uvádí, že čím striktnější je přístup rodičů k alkoholu, tím později začne jejich potomek sám alkohol konzumovat. Z toho můžeme dedukovat, že laxní přístup rodičů ke konzumaci alkoholu a jejich vlastní konzumace podporuje mladistvé k dřívější zkušenosti s alkoholem. Dále uvádí, že u mladistvých velmi často dochází k prvnímu styku s alkoholem právě z rukou rodičů. Toto tvrzení podporuje i náš výzkum, kdy se o této skutečnosti zmínili všichni respondenti. Průměrný věk prvního užití alkoholu dle studie ELSPAC je 11 let. Tomuto odpovídají i naše výsledky.

Dle Hajného (2001) jsou hned po rodině druhým nejčastějším faktorem pro vznik závislosti vrstevníci. Z našeho výzkumu plyne, že první nelegální návykovou látku okusili děti z rukou rodičů a jednalo se o alkohol. Naopak od vrstevníků získali zkušenost s nelegální marihuanou a dalšími ilegálními návykovými látkami.

Serafini a kol. (2016) se ve své studii zabývali motivací mladistvých k léčbě. Zjistili, že většina mladistvých se k léčbě rozhodla po nátlaku rodinných příslušníků. Stejného

výsledku dosáhla i naše studie. Všichni respondenti uvedli jako prvotní impuls a motivaci k léčbě právě své rodiče nebo jiné blízké příbuzné. Horák a Somerlíková (2017) se tématu motivace věnují a popisují jako nejdůležitější samotný vznik motivace ke změně. Nešpor (2011) uvádí, že k abstinenci je důležité uvědomění si svých vlastních motivačních zdrojů a jejich posilování. Dle De Leon (2000) je ale pro léčbu pouze vnější motivace nedostatečná. Proto je důležité, že u všech klientů ve výzkumném souboru došlo ke změně motivace na vnitřní, a tím pádem udržitelnější a dle De Leona mnohem efektivnější.

Miovský (2003) popisuje, že klient bez akutních zdravotních komplikací či bolestí obvykle nepocítuje naléhavou potřebu léčby. Důležitou roli hraje i míra uvědomění si negativních dopadů závislosti na zdraví. Čím více si klient uvědomuje problémy, tím silnější je jeho motivace k léčbě. Problémy musí v první řadě nevyhovovat samotnému klientovi, který se jimi cítí ohrožen a omezován. V našem výzkumu všichni respondenti uvedli problémy s duševním zdravím. V rámci skriningového dotazníku pro dospívající mělo duševní zdraví problémový index 46 %. Toto zjištění můžeme interpretovat tak, že se jednalo o zdravotní komplikace, které klienty bezprostředně neohrožovaly na životě a nebyly vnímány jako silně bolestivé. Zdravotní a psychické komplikace, i když závažné, samy o sobě nestačí k motivaci klientů k nástupu do léčby. Zdá se, že pro tuto skupinu jsou důležitější spíše faktory na vyšších úrovních, jako je například sociální tlak ze strany rodičů. Miovský (2003) dále uvádí, že mezi další motivační faktory patří právě nátlak ze strany rodičů. Z našeho šetření je patrné, že je to realita a prvotním impulsem pro mladistvé a dospívající klienty pro nástup do terapeutické komunity je doopravdy nátlak a prosba rodičů.

Naopak silně demotivačně na klienty působila atmosféra, která v komunitě panovala. U klientů tato situace vyvolala nedůvěru, pocit vyloučení a celkově negativní pocit z léčebného prostředí. Bylo pro ně těžké rozhodnout se v léčbě setrvat, ale jejich vnitřní motivace byla silnější než pochybnosti, které vzniklou situací nastaly a díky tomu i nadále setravají v léčbě.

Klienti v našem výzkumu dosáhly v dotazníku CMRS poměrně vysokého skóre, s průměrem 64,2 bodů z 90 možných. Toto zjištění je nutné interpretovat s opatrností, jelikož klienti již mohly být ovlivněny zahájenou léčbou. Dotazník se běžně používá před nástupem do terapeutické komunity. Nicméně dle Melnicka a kol. (2009) je u mladistvých skóre v CMRS podstatně nižší než u dospělých. Tím pádem můžeme mluvit o nižší motivaci k léčbě nebo o setrvání v ní, oproti dospělým.

V oblasti vnějších okolností bylo dosaženo průměrně 10,6 bodů z 15 možných. Což opět posiluje výsledek polostrukturovaného rozhovoru. Dotazovaní uváděli, že nástup do léčby byl nejvíce ovlivněn blízkými rodinnými příslušníky. U vnitřních okolností bylo dosaženo průměrně 4,8 z 15 možných. Vnitřní motivaci klienti našli teprve v léčbě, dalo se tedy očekávat, že tento skór bude mít nižší hodnotu. V oblasti motivace bylo průměrně dosaženo 9,6 bodů z celkově možných 25 bodů. Zde opět můžeme poukázat na výzkum

Melnicka a kol (2009), kdy se u mladistvých musí počítat s nižší motivací. V poslední oblasti, tedy připravenosti na léčbu byl průměrný skór 27,4 z maximálně možných 35 bodů. Na léčbu byli tedy klienti připraveni dostatečně. Klient č. 1 s nejnižším počtem bodů v dotazníku CRMS byl během výzkumu dokonce z komunity vyloučen pro nedodržování kardinálních pravidel.

V rámci skríninového dotazníku pro dospívající bylo zjištěno, že nejrizikovější oblastí je oblast 10 - Návykové látky, což potvrzuje, že pro klienty v léčbě závislosti představuje tato oblast největší hrozbu. Průměrně bylo dosaženo rizikového indexu 82,2 %. Na druhém místě je oblast trávení volného času, kde bylo dosaženo indexu 71,4 %. Z polostrukturovaného rozhovoru je zřejmé, že je tato oblast doopravdy pro klienty z výzkumného souboru velmi problémová. Třetí oblastí je pracovní adaptace, kdy bylo dosaženo indexu 63,6 %. Opět bylo potvrzeno skrze polostrukturovaný rozhovor, že pracovní zařazení, bylo pro klienty velmi složité a nebyli schopni si dlouhodobě udržet zaměstnání. Jako čtvrtá oblast následuje škola, kdy se dosáhlo průměrného indexu 55 %. Klienti opět sami potvrzovali, že dokončit studium pro ně bylo složité. Z šesti klientů měl dokončené středoškolské vzdělání pouze jeden. Pátou oblastí je chování. Průměrný index v této oblasti činí 52 %. Všichni klienti přiznali, že chování je pro ně také problematické a podepisovalo se to jak ve školním, tak i rodinném prostředí. Následuje oblast sociální zdatnosti, kde byl dosažen průměr 49,8 %. Klienti opět v rámci polostrukturovaného rozhovoru často udávali problémy v této oblasti v běžném životě. Sedmé v pořadí je duševní zdraví s průměrným indexem 46 %. Tato oblast již byla několikrát zmiňována výše, kdy všichni klienti uvedli psychické problémy. Osmou oblastí jsou vztahy s vrstevníky s průměrným indexem 42,8 %. Klienti se i v této oblasti vyjádřili, že navazování vztahů s vrstevníky pro ně bylo složité a využívali k tomu návykových látek, aby se cítili jistější. Zdravotní stav dle polostrukturovaného rozhovoru není pro klienty úplně závažnou oblastí. I přesto bylo v této oblasti dosaženo průměrného indexu 42,8 % a nachází se tedy na 9. místě. Klienti naopak uváděli, že od doby, co jsou v léčbě se zlepšili rodinné vztahy a nyní je vnímají relativně pozitivně a jako podporující, není tedy překvapením, že oblast rodiny je až na posledním 10. místem s průměrným indexem 29,4 %.

Mezi slabé stránky výzkumu bychom mohli zařadit to, že výzkum byl prováděn ve velmi specifické době pro komunitu. V komunitě panovala nedůvěra, nechut', strach a celkově negativní nastavení. Tato skutečnost velmi silně ovlivnila prováděný výzkum, především část týkající se motivace. Pokud by byl výzkum prováděn v jiné době, daly by se předpokládat i jiné výsledky především u bodu „demotivačních faktorů“ pro setrvání v léčbě.

Dalším problémem byla délka dotazníkového šetření, kdy skríninový dotazník pro dospívající obsahuje 159 položek, což vyžaduje poměrně dost času pro vyplnění. Klienti mají přesně daný program s minimem volného času. Vyplňování dotazníku pro ně tedy bylo velmi obtížné.

Jako slabinu výzkumu můžeme uvést i fakt, že výzkumu se účastnilo pouze pět respondentů. Nicméně více klientů v době výzkumu v terapeutické komunitě nebylo vlivem situace, kdy někteří klienti byly vyloučeni, kvůli porušení kardinálních pravidel. Bylo tedy dosaženo maximálního počtu respondentů, kteří byli k dispozici. V jiných časových úsecích bychom mohli počítat s větším počtem klientů zapojených do šetření.

Do silných stránek výzkumu můžeme zařadit výsledky týkající se pozitivní motivace pro setrvání v komunitě. Všichni dospívající klienti odpovídali totožné a dá se tedy předpokládat, že se jedná o velmi univerzální motivaci pro všechny mladistvé.

Jako pozitivum můžeme zároveň uvést i to, že menší počet klientů způsobil větší časovou dotaci pro jednotlivce. Během sběru dat byla možnost věnovat se klientům více individuálně. Bylo možné provést hlubší sběr dat v rámci sběru anamnézy a také v polostrukturovaném rozhovoru.

13. Závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit motivaci mladistvých klientů ke vstupu do terapeutické komunity. Zjistit jaké faktory klienty v léčbě udržují a které naopak působí demotivačně. A v neposlední řadě zhodnotit, které životní oblasti jsou pro klienty nejproblematičtější a na které by se měli během léčby zaměřit.

Výsledky našeho šetření korespondují s odbornou literaturou a již vyzkoumanými skutečnostmi, které se motivaci u mladistvých klientů věnovaly. Motivace u mladistvých klientů bývá většinou vnější, sami si rizika užívání návykových látek tolik neuvědomují. Hlavním motivačním faktorem pro vstup do léčby byly u všech respondentů rodiče, jednalo se tedy o vnější motivaci. Během léčby se tato motivace ale přeměnila na vnitřní, kdy klienti v léčbě setrvávají především kvůli sobě. K tomuto zjištění jim dopomohlo hlavně chráněné terapeutické prostředí.

Dalším výzkumným záměrem bylo zjistit motivaci klientů pomocí standardizovaného dotazníku CMRS, ten zkoumá čtyři oblasti podílející se na motivaci ke vstupu a setrvání v léčbě. Oblasti jsou okolnosti (1), vnitřní motivace (2), připravenost k léčbě (3) a vhodnost léčby (4). Autorem tohoto dotazníku je George De Leon (De Leon, 1998), který tvrdí, že pro jedince není důležitá pouze motivace a připravenost, ale důležitou roli hrají i okolnosti, které mohou být vnitřní a vnější. Dosažené skóre můžeme vnímat jako predikci úspěšnosti léčby. Tyto získaná data může využít terapeutický tým pro práci s daným klientem a zvýšit tak jeho motivaci k léčbě.

Dále byl během výzkumu použit skrínigový dotazník pro mladistvé, který se zaměřuje na 10 oblastí: volný čas (1), chování (2), zdravotní stav (3), duševní zdraví (4), sociální zdatnost (5), rodinný systém (6), škola (6), práce (7), vrstevníci (9), návykové látky (10). V rámci těchto výsledků může opět intervenovat terapeutický tým a zaměřit se na dané rizikové oblasti. Spolu s klientem mohou tuto oblast více probrat a posílit v této oblasti jeho odolnost.

Na začátku empirické části této práce byly položeny určité výzkumné otázky, na které nyní uvedeme odpovědi:

Zjištění motivace ke vstupu do léčby v TK.

- Hlavním motivem ke vstupu do léčby byly pro mladistvé a dospívající jejich rodiče.

Určení motivujících/demotivujících faktorů k setrvání v léčbě.

- Klientům nejvíce k setrvání v léčbě pomáhá chráněné prostředí, terapeutická péče a pocit přijetí. Naopak od léčby je odrazuje pocit nejistoty, nedůvěra a porušování pravidel ostatními klienty.

Celkové zhodnocení motivace klientů v TK pomocí CMRS dotazníku.

- U klientů se na motivaci nejvíce podílela připravenost, což může být způsobeno tím, že klienti jsou již v léčbě.

Zjištění problémových oblastí podle skrínigového dotazníku pro mladistvé.

- Jako nejproblematičtější oblastí skrínigového dotazníku se projevila 10. oblast a tj. oblast návykových látek. Druhou nejrizikovější oblastí bylo trávení volného času a rekreace. Nejméně problémovou oblastí byla naopak rodina.

Po nastudování odborné literatury a vzhledem k výsledkům našeho šetření týkající se mladistvých uživatelů návykových látek navrhuji tato opatření:

- Pracovat s klienty na jejich slabinách, nejčastěji se jedná o nízké sebevědomí.
- Brát zřetel na to, že se jedná o mladistvé klienty a podle toho upravit požadavky a přístup během léčby.
- Posilovat motivaci klientů k abstinenci.
- Velkou výzvou je i práce s relapsem, a to především z důvodu, že se stále nacházejí ve věku, kdy je obvyklé experimentovat s návykovými látkami. Velkou výzvou bude i návrat do původního prostředí, kdy velké množství jejich přátel návykové látky užívají.

Užívání návykových látek mladistvými a dopívajícími je, a dá se i předpokládat že dále bude, problém celosvětového charakteru. Je více než jasné, že užíváním návykových látek dochází k poškozování mladistvého jak na duševní, tak i fyzické rovině. Pro vstup do léčby je potřebná motivace, kterou klienti nejdříve získávají externě například od rodiny, ale s postupem léčby se vnější motivace mění na vnitřní, která je efektivnější a udržitelnější.

V rámci této práce byla získána data důležitá pro prohloubení znalostí ohledně motivace mladistvých k nástupu do terapeutické komunity. Díky tomu se mohou lépe zaměřit předléčebné intervence a práce s motivací mladistvých. Našimi výsledky přispějeme ke zkvalitnění léčby v terapeutické komunitě, díky zjištěným udržovacím faktorům. Stejně tak se mohou v léčbě omezit problémové faktory, které mají za následek vypadnutí klientů

z léčby. Jedná se především o nečekané a problémové situace vyvolávající nejistotu a nedůvěru.

14. Seznam použité literatury

1. Jeřábek, P. (2015). *Psychopatologie závislosti* in *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
2. Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost*. Nakladatelství Portál. ISBN: 978-80-262-1357-4
3. WHO. (1992). *10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*—ÚZIS ČR. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>
4. Arikian, S. R., & Gorman, J. M. (2001). A Review of the Diagnosis, Pharmacologic Treatment, and Economic Aspects of Anxiety Disorders. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(3), 110–117. <https://doi.org/10.4088/pcc.v03n0302>
5. Lüscher, C. (2016). The Emergence of a Circuit Model for Addiction. *Annual Review of Neuroscience*, 39, 257–276. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-070815-013920>
6. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
7. Koob, G. F. (2008). A role for brain stress systems in addiction. *Neuron*, 59(1), 11–34. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2008.06.012>
8. Nielsen, D. A., Utrankar, A., Reyes, J. A., Simons, D. D., Kosten, T. R., *Epigenetics of drug abuse: predisposition or response Pharmacogenomics* (2012) 13(10), 1149–1160
9. Šustková, M. (2015). *Neurální okruhy drogových závislostí - dopamin a mozkový systém odměny*. In K. Kalina, *Klinická adiktologie* (1st ed., pp. 148-151). Grada Publishing.
10. Kudrle, S. (2003). *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.91-95). Praha: Úřad vlády České republiky.
11. Minařík, J. & Kmoch, V., (2015). *Přehled psychotropních látek a jejich účinky* in *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
12. Illes, T. (2002). *Děti a drogy: Fakta, informace, prevence*. Praha: ISV
13. Nešpor, K. & Csémy L. (1997). *Alkohol, drogy a vaše děti*. Sportpropag
14. Beran, J. (1995). *Drogy a my*. Jihlava: Idea
15. Zabransky, T. (2003). *Drogová epidemiologie*.
16. Chomynová, P., Grohmannová, K., Černíková, T., Jarošíková, H., Děkány, L., & Vopravil, J. (2022.). *O nelegálních drogách v České republice*.
17. Nešpor, K. (2004). *Alkohol a jiné návykové látky u dětí: Prevence v rodině*. Praha:
18. Státní zdravotní ústav
19. Nešpor, K. (1997). *Jak poznat účinky drog a jaká mají rizika*. 1. vydání. Praha: Státní
20. zdravotní ústav. ISBN 80-7071-079-9
21. Chomeynová, P. (2019). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*

22. Koranda, M., (2015). *Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci*. In K. Kalina, *Klinická adiktologie*. Grada Publishing: Praha
23. Erikson, E. H., (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. 2 vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0786-3
24. Langmaier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Bookport
25. Špaleková, M. & kol. *Nástrahy dnešní doby: Materiály pro výchovné poradce a metodiky prevence na ZŠ a SŠ*. Praha: Dr. Josef Raabe, 2011. 72 s. ISBN 978-80-87553-22-0
26. Šerý, O. (2007). *Dědičnost látkových závislostí*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2007-zaostreno-na-drogy/03-07-dedicnost-latkovych-zavislosti/>
27. Kraus, B. (2001). *Člověk—Prostředí—Výchova*. Paido.
28. Kraus, (2015). *Sociální deviace v transformaci společnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus, 210 s. ISBN 978-80-7435-575-2.
29. Hajny, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách: Drogy a jejich účinky : rizika zvyšující užívání drog : léčba : problémové situace /*.
30. Miovský, M. & kol. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství*.
31. Nešpor, K. (2003) *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-831-7
32. Kalina, K. & kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada
33. Kalina, K. & kol. (2013). *Drogy a drogové závislosti*.
34. Miovský, M. & Bartošíková, I. (2003). *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti*. In: K. Kalina a J. Radimecký (EDS.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 25 – 29). Praha: Úřad vlády České republiky
35. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (138 – 277). Praha: Grada
36. Soukup, J., (2015). *Motivační rozhovory*. In K. Kalina, *Klinická adiktologie*. Grada Publishing: Praha
37. Armstrong, M. (2007). *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. Praha: Grada Publishing.
38. Kociánová, Renata. (2010). *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha : GRADA Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2497-3.
39. Madsen, K. B. (1979). *Moderní teorie motivace*. Praha: Academia. 468 s
40. Dědina, J., & Cejthamr, V. (2005). *Management a organizační chování: Manažerské chování a zvyšování efektivity, řízení jednotlivců a skupin, manažerské role a styly, moc a vliv v řízení organizací*. Grada Publishing a.s.
41. Buchtová, B. (1996). *Člověk - psychosomatická bytost: k problému lidské sebereflexe*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2730-4
42. Slavík, J., (2010). *Z inženýra manažerem*. Praha: FCC PUBLIC.
43. Bělohlávek, F., (1996). *Organizační chování*. Olomouc: Rubico
44. Buryová, I., (2013). *Vybrané kapitoly z obecné psychologie a psychologie osobnosti*. Karviná: OPF SU.

45. Dědina, J. & V. Cejthamr, (2005). *Management a organizační chování*. Praha: Grada Publishing.
46. McKenna, E., (2006). *Business psychology and organisational behaviour*. New York: Psychology Press.
47. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie* (s. 319 – 385). Praha: Academia.
48. Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2012). *Chapter 1: Motivation and Action: introduction and overview*. In Heckhausen, J. & Heckhausen, H. *Motivation and Action* (Paperback 2nd ed.).UK: Cambridge university press.
49. DiClemente, C. C. (1999). *Motivation for change: Implications for substance abuse treatment*. *Psychological Science*, 10(3), 209–213
50. Soukup, J. (2020). *Motivační rozhovory v praxi*. Portál: Praha
51. DiClemente, C., C. (2003). *Motivační rozhovory a fáze změny in Miller, W., R., Rollnick, S. (2003). Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování* (p. 175-185). Tišnov:Sdružení SCAN.
52. Miller, W.R.,Rollnicks, S. (2004). *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 311 s. ISBN 8086620093.
53. Procháska, I. (2002) *Coming out: Průvodce obdobím nejistoty, kdy kluci a holky hledají sami sebe*. Brno: STUD Brno. ISBN 80-238-8850-1.
54. DiClemente, C. C. (1999). *Motivation for change: Implications for substance abuse treatment*. *Psychological Science*, 10(3), 209–213.
55. De Leon, G. (2000).*The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York
56. Zástěrová, Z. (2009.). *Práce s motivací u drogově závislých v různých fázích léčby*.
57. Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.
58. Radimecký, J. (2006). *Terapeutické komunity pro uživatele drog*.
59. Campling, P. (2001). *Therapeutic Communities. Advances in psychiatric Treatment*. The Royal College of Psychiatrists.
60. Adameček, D., Richterová-Těminová, M., Kalina, K. (2003). *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách in Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky
61. Nevšímal , P., Adameček, D., Berdychová, M., Broža, J., Čtrnáctá, Š., Doležalová, P., Sobotka, J. (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl. m. Prahy, Mníšek pod Brdy: Magdaléna, o.p.s.
62. Jandáč, T. (2018). *TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KARLOV, SANANIM, Z. Ú. Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*. <https://www.aplp.cz/terapeuticka-komunita-karlov-sananim-z-u/>
63. Jelínek, A. (2016). *NÁVYKOVÉ LÁTKY A ZÁVISLOST U DTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH*. Dostupné z: <https://adoc.pub/navykovye-latky-a-zavislost-u-dti-a-dospivajicich.html>
64. Kalina, K et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.

65. Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2020). *05/20 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2020-zaostreno/05-20-evropska-skolni-studie-o-alkoholu-a-jinych-drogach-espad-2019/>
66. Jandáč, P. (2018, květen 31). TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KARLOV, SANANIM, Z. Ú. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/terapeuticka-komunita-karlov-sananim-z-u/>
67. Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada publishing.
68. Soyez, V., De Leon, G., Rosseel, Y., & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: Psychometric Evaluation of the Dutch translation of the circumstances, motivation, readiness, and suitability -scales. *Journal of substance abuse treatment*, 30(4), 297-308.
- 69.
70. Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). *Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation*. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320-330.
71. Bedrnová, E. a Novotný, I. (2007). *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press
72. Rollová, G. a Barták M. (2018). *ANALÝZA UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U DĚTÍ PRO POTŘEBU PLÁNOVÁNÍ SÍŤE AMBULANTNÍ PÉČE*. Dostupné z: https://dada.snncls.cz/wp-content/uploads/2019/03/Priloha_4_Report_Prevalance_deti.pdf
73. McArdle, P. a Roberts, M. (2012). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek*. Dostupné z: https://dada.snncls.cz/wp-content/uploads/2019/03/Standardy_mladistvi_preklad_cz_2015_2_corr_2_prijate.pdf
74. Miovský, M. a Bartošíková, I. (2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In: K. Kalina a J. Radimecký (EDS.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 25 – 29). Praha: Úřad vlády České republiky.
75. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (138 – 277). Praha: Grada
76. De Leon, G. (1993). CMRS Scale for Substance Abuse Treatment.
77. Tarter, R. E. (1995). *Skriningový dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti—Klinika Adiktologie*. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/skriningovy-dotaznik-pro-dospivajici-identifikujici-rizikove-oblasti>
78. Morales, A. M., Jones, S. A., Kliamovich, D., Harman, G., & Nagel, B. J. (2020). Identifying Early Risk Factors for Addiction Later in Life: A Review of Prospective Longitudinal Studies. *Current Addiction Reports*, 7(1), 89–98. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00282-y>

79. Van Der Vorst, H., Engels, R. C. M. E., Meeus, W., & Deković, M. (2006). The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1299–1306. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01680.x>
80. Melnick, G., Leon, G. D., Hawke, J., Jainchill, N., & Kressel, D. (1997). Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Adolescents and Adult Substance Abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. <https://doi.org/10.3109/00952999709016891>

15. Seznam zkratek

NL – Návykové látky

TK – terapeutická komunita

CNS – centrální nervová soustava

16. Seznam tabulek

Tabulka 1: Délka užívání nelegálních návykových látek v letech:.....	58
Tabulka 2: První kontakt s legální drogou přes:	58
Tabulka 3: První kontakt s nelegální drogou přes:	59
Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání	59
Tabulka 5: Uživatelé v rodině	59
Tabulka 6: Klient v kontaktu s rodinou	59
Tabulka 7: Podpora rodiny v léčbě klienta	59
Tabulka 8: Předchozí léčby závislosti.....	60
Tabulka 9: Motivace před nástupem do TK.....	60
Tabulka 10: Motivace během léčby v TK.....	60
Tabulka 11: Výhody léčby	60
Tabulka 12: Nevýhody léčby	61
Tabulka 13: Plány po léčbě	61
Tabulka 14: Primární návyková látka	62
Tabulka 15: Jsem přesvědčený, že bych šel do výkonu trestu, kdybych se nezačal léčit.....	62
Tabulka 16: Jistě bych se začal léčit, i bez toho, že by mi hrozilo trestní stíhání....	62
Tabulka 17: Domnívám se, že by má rodina měla velký problém s mým setrváním s nimi ve společné domácnosti, kdybych nenastoupil do léčby	62
Tabulka 18: Domnívám se, že mě mí příbuzní budou přemlouvat, abych po pár měsících ukončil léčbu.....	63
Tabulka 19: Mám obavy ze své finanční situace, pokud setrvám v léčbě.....	63
Tabulka 20: Domnívám se, že mám mimo komunitu příliš mnoho problémů, které mi znemožní absolvovat celý léčebný program.....	63
Tabulka 21: Lze říci, že užívání drog je v mém životě velmi závažný problém	64
Tabulka 22: Často prožívám pocity frustrace a výčitky svědomí za to, že jsem bral drogy	64
Tabulka 23: Poslední dobou mívám pocit, že pokud se nezměním, můj život půjde stále z kopce a vše se zhorší.....	64
Tabulka 24: Opravdu mě mrzí, že jsem bral drogy a že způsob jakým jsem žil způsobil bolest mnohým lidem	64
Tabulka 25: Ta nejdůležitější věc v mém životě je přestat brát drogy	65
Tabulka 26: Nejsem přesvědčený o tom, že se musím léčit, abych přestal brát drogy. Domnívám se, že pokud budu chtít, můžu přestat sám	65
Tabulka 27: Důvodem mého nástupu do programu léčby je, že se skutečně cítím připravený zvládnout to a překonat svou závislost.....	65
Tabulka 28: Proto abych si dal život do pořádku jsem připravený udělat cokoliv ..	65

Tabulka 29: Podstoupit léčbu vidím momentálně jako jediné řešení své dosavadní životní situace	67
Tabulka 30: Jsem přesvědčený, že nedokážu přestat brát drogy pouze s pomocí a podpory svých přátel, příbuzných nebo víry. Určitě potřebuji nějaké léčení	67
Tabulka 31: Braní drog mě velmi vyčerpává a potřebuji změnu, jen nevím, jak to mohu zvládnout sám	67
Tabulka 32: Jsem ochotný začít léčbu co nejdříve.....	67
Tabulka 33: CMRS – Jednotlivé části dotazníku.....	68
Tabulka 34: Skóre jednotlivých oblastí skriningového dotazníku pro dospívající ..	68

17. Seznam obrázků

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb (Zdroj: Madsen, K. B.: Moderní teorie motivace)	32
Obrázek 2: Kruhový model změny (Zdroj: Kalina K. a kol. Kruhový model změny (Prochaska a DiClementi, Klinická	37

18. Přílohy

Příloha 1:

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru:

11. Drogová kariéra, co a jak dlouho bral/a
12. Má klient rodinu, je někdo z rodiny uživatel?
13. Stýká se klient s rodinou, navštěvují ho/jí?
14. Jak se rodina staví k léčbě?
15. Jedná se o první léčba, jestli již v minulosti nějakou léčbu podstoupila, o jaký typ léčby se jednalo, jak dlouho trvala a co se nepovedlo.
16. Proč se klient rozhodl pro léčbu?
17. Změnila se jeho motivace před a během léčby?
18. Co mu na léčbě vyhovuje, co ho v ní udržuje?
19. Co mu na léčbě vadí?
20. Má plány po léčbě?
21. Má klient místo, kam se může po skončení léčby vrátit, z jakého přichází prostředí např. ulice, ubytovna, svůj byt...

Příloha 2:
CMRS – dotazník

Jméno klientky:

Primární psychotropní látka:

1 = Kokain 5 = Alkohol

2 = Crack 6 = Různé drogy

3 = Opiáty 7 = Amfetaminy, Medamfetaminy

4 = Marihuany 8 = Jiné

To, jak se cítíte, má významný vliv na průběh Vaší léčby. Pocity, které prožíváte, jsou spojené s okolnostmi, problémy ve Vašem životě, vnímáním sebe samého/samé a také vnímáním samotné léčby. Pozorně pouvažujte nad každým z uvedených tvrzení a určete, do jaké míry vyjadřují Vaše myšlenky a pocity. Zakroužkujte číslo, které nejlépe vyjadřuje Vaši odpověď.

1 –naprosto nesouhlasím

2 –nesouhlasím

3 –ani souhlas, ani nesouhlas

4 –souhlasím

5 –naprosto souhlasím

9 –nedá se posoudit

1. Jsem přesvědčený/á, že bych šel/šla do výkonu trestu, kdybych se nezačal/a léčit.

1

2

3

4

5

9

2. Jistě bych se začal/a léčit, i bez toho, že by mi hrozilo trestní stíhání nebo odnětí svobody.

1

2

3

4

5

9

3. Domnívám se, že by má rodina měla velký problém s mým setrváním s nimi ve společné domácnosti, kdybych nenastoupil/a do léčby.

1

2

3

4

5

9

4. Domnívám se, že mě mí příbuzní/přítel nebo přítelkyně budou přemlouvat, abych po pár měsících ukončil/a léčbu.

1

2

3

4

5

9

5. Mám obavy ze své finanční situace, pokud setrvám v léčbě.

1

2

3

4

5

9

6. Domnívám se, že mám mimo léčebnu/komunitu příliš mnoho problémů, které mi znemožní absolvovat celý léčebný program (rodiče, partner/přítel nebo přítelkyně, děti, ztráta práce, ztráta příjmu, ohrožené další vzdělávání, rodinné problémy, ztráta domova/bydlení atd.)

1

2

3

4

5

9

7. Lze říci, že užívání drog/pití alkoholu je v mém životě velmi závažný problém.

1

2

3

4

5

9

8. Často prožívám pocity frustrace a výčitky svědomí za to, že jsem bral/a drogy /pil/a alkohol.

1

2

3

4

5

9

9. Poslední dobou mívám pocit, že pokud se nezměním, můj život půjde stále z kopce a vše se zhorší.

1

2

3

4

5

9

10. Opravdu mě mrzí, že jsem bral/a drogy a že způsob jakým jsem žil/a způsobil bolest mnohým lidem.

1

2

3

4

5

9

11. Ta nejdůležitější věc v mém životě je přestat brát drogy/pít alkohol.

1

2

3

4

5

9

12. Nejsem přesvědčený/á o tom, že se musím léčit, abych přestal/a brát drogy/pít alkohol. Domnívám se, že pokud budu chtít, můžu přestat sám/sama.

1

2

3

4

5

9

13. Důvod mého nástupu do programu léčby je, že se skutečně cítím připravený/á zvládnout to a překonat svou závislosti.

1

2

3

4

5

9

14. Proto abych si dal/a svůj život do pořádku jsem připravený/á udělat cokoliv.

1

2

3

4

5

9

15. Podstoupit léčbu vidím momentálně jako jediné řešení své dosavadní životní situace.

1

2

3

4

5

9

16. Jsem přesvědčený/á, že nedokážu přestat brát drogy/pít alkohol pouze s pomocí a podpory svých přátel, příbuzných nebo víry. Určitě potřebuji nějaké léčení.

1

2

3

4

5

9

17. Braní drog/pití alkoholu mě velmi vyčerpává a potřebuji změnu, jen nevím, jak to mohu zvládnout sám/sama.

1

2

3

4

5

9

18. Jsem ochotný/á začít léčbu co nejdříve.

1

2

3

4

5

9

Příloha 3:

Skriningový dotazník pro dospívající, identifikující rizikové oblasti

(Volně podle R. E. Tartera adaptovali Nešpor, Csémy a Müllerová, 1995) – 18. verze)

Dotazník vyplněn anonymně: ano ne

Pokud ne, uveď své jméno a příjmení:

Počet dovršených let věku:

Pohlaví: mužské ženské

Odpověz, prosím na všechny následující otázky . Zakřížkuj „souhlasí“ nebo „nesouhlasí“. I když to nebude úplně přesné, odpověz podle toho, jestli je pravdivá odpověď podle tvého názoru blíže souhlasu nebo nesouhlasu. Odpovědi se týkají období posledních 12 měsíců, pokud není uvedeno jinak.

1. Oblast

- | | |
|---|---|
| 1. Sportuješ méně nežli vrstevníci? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 2. Odcházíš večer před dny, kdy je škola nebo jiné povinnosti, z domova bez dovolení? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 3. Díváš se obvykle více než 2 hodiny na televizi? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 4. Nebyli rodiče na večírcích, kterých ses v poslední době účastnil (účastnila)? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 5. Cvičíš méně než většina vrstevníků, které znáš? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 6. Trávíš volný čas většinou tím, že se jen tak touláš s přáteli? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 7. Nudíš se většinou? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 8. Trávíš většinu volného času sám (sama)? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 9. Bereš alkohol nebo drogy jako způsob odpočinku? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 10. Máš ve srovnání s většinou vrstevníků méně koníčků a zájmů mimo domov? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 11. Jsi nespokojen (nespokojená) s tím, jak trávíš volný čas? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 12. Unavíš se rychle při námaze? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |

2. Oblast

- | | |
|--|---|
| 1. Často prosazuješ své názory za každou cenu, třeba i nevhodně? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 2. Často zdůrazňuješ, že jsi lepší než druzí? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 3. Trápiš někdy zvířata nebo si na nich vyléváš zlost? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 4. Často křičíš? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 5. Stojíš často za svým názorem, i když tušíš, že není správný? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |
| 6. Často kleješ nebo mluvíš sprostě? | <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí |

7. Podezíráš často druhé, že ti chtějí ublížit? souhlasí nesouhlasí
8. Úmyslně a často druhé zlobíš a děláš jim schválnosti? souhlasí nesouhlasí
9. Míváš špatnou náladu? souhlasí nesouhlasí
10. Působí ti výraznější obtíže jednání zejména s cizími lidmi? souhlasí nesouhlasí
11. Vyhrožuješ druhým násilím? souhlasí nesouhlasí
12. Mluvíš hlasitěji nežli většina tvých vrstevníků? souhlasí nesouhlasí
13. Snadno se dáš vyvést z rovnováhy? souhlasí nesouhlasí
14. Děláš často věci a neuvažuješ před tím o jejich následcích? souhlasí nesouhlasí
15. Děláš často riskantní nebo nebezpečné věci? souhlasí nesouhlasí
16. Využíváš druhé lidi, když k tomu máš příležitost? souhlasí nesouhlasí
17. Často se rozčiluješ? souhlasí nesouhlasí
18. Trávíš většinu volného času o samotě? souhlasí nesouhlasí
19. Utekl (utekla) jsi z domova nebo nějakého zařízení na více než 48 hodin? souhlasí nesouhlasí
20. Hodně ti vadí, když tě někdo kritizuje? souhlasí nesouhlasí

3. Oblast

1. Chodíš na pravidelné lékařské kontroly kvůli nějaké nemoci? souhlasí nesouhlasí
2. Stal se ti nějaký úraz nebo nehoda, jejímiž následky trpíš? souhlasí nesouhlasí
3. Trpíš nespavostí nebo naopak spíš nadměrně? souhlasí nesouhlasí
4. Přibral (přibrala) nebo jsi zhubl (zhubla) v poslední době o víc než 5 kg? souhlasí nesouhlasí
5. Máš méně energie než si myslíš, že bys měl (měla) mít? souhlasí nesouhlasí
6. Míváš dýchací potíže nebo kašel? souhlasí nesouhlasí
7. Máš nějaké problémy, týkající se sexu nebo pohlavních orgánů? souhlasí nesouhlasí
8. Měl (měla) jsi někdy sexuální kontakty s někým, kdo bere drogy? souhlasí nesouhlasí
9. Míváš bolesti břicha nebo nevolnosti? souhlasí nesouhlasí
10. Měl (měla) jsi během posledních 12 měsíců žloutenku? souhlasí nesouhlasí
11. Trpíš nějakými jinými dlouhodobějšími bolestivými problémy? souhlasí nesouhlasí
12. Trpíš nějakým tělesným onemocněním, které tě ve srovnání s vrstevníky nějak omezuje nebo znevýhodňuje? souhlasí nesouhlasí

4. Oblast

1. Poškodil (poškodila) jsi někdy majetek někoho jiného? souhlasí nesouhlasí
2. Kradl (kradla) jsi opakovaně? souhlasí nesouhlasí
3. Pereš nebo hádáš se častěji než tví vrstevníci? souhlasí nesouhlasí
4. Trpíš často nedostatkem energie? souhlasí nesouhlasí
5. Nedokážeš v klidu sedět a jsi neklidný (neklidná)? souhlasí nesouhlasí
6. Snadno cítíš zklamání? souhlasí nesouhlasí
7. Obtížně se soustřeďuješ? souhlasí nesouhlasí
8. Často se cítíš hodně smutný (smutná)? souhlasí nesouhlasí
9. Okusuješ si nehty? souhlasí nesouhlasí
10. Máš neklidný spánek? souhlasí nesouhlasí
11. Jsi nervózní? souhlasí nesouhlasí
12. Dostaneš snadno strach? souhlasí nesouhlasí
13. Děláš si hodně starostí? souhlasí nesouhlasí
14. Je pro tebe obtížné pustit věci z hlavy? souhlasí nesouhlasí
15. Máš pocit, že se na tebe lidé dívají? souhlasí nesouhlasí
16. Slycháš věci, které jiní lidé neslyší, slyšel (slyšela) jsi někdy „hlasy“? souhlasí nesouhlasí
17. Myslíš, že máš nějaké zvláštní síly, které druzí lidé nemají? souhlasí nesouhlasí
18. Míváš mezi lidmi strach? souhlasí nesouhlasí
19. Je ti často do pláče? souhlasí nesouhlasí
20. Míváš často tolik energie, že nevíš, co s ní udělat? souhlasí nesouhlasí

5. Oblast

1. Jsi mezi vrstevníky málo oblíbený (oblíbená)? souhlasí nesouhlasí
2. Jsi většinou nespokojený (nespokojená) s tím, jak se zapojuješ do toho, co dělají kamarádi nebo kamarádky? souhlasí nesouhlasí
3. Je pro tebe těžké nacházet ve skupině neznámých lidí přátele? souhlasí nesouhlasí
4. Využívají tě druzí ke svým zájmům? souhlasí nesouhlasí
5. Bojíš se hájit vlastní zájmy? souhlasí nesouhlasí
6. Je pro tebe hodně těžké požádat druhé o pomoc? souhlasí nesouhlasí
7. Vrstevníci tě snadno ovlivňují? souhlasí nesouhlasí
8. Baví tě spíše společnost starších dětí nebo dospívajících nežli společnost vrstevníků? souhlasí nesouhlasí

9. Děláš si často starosti, jak to, co děláš bude působit na druhé? souhlasí nesouhlasí
10. Dělá ti těžkosti hájit svůj názor? souhlasí nesouhlasí
11. Dělá ti těžkosti odmítat druhým? souhlasí nesouhlasí
12. Cítíš se příjemně, když tě někdo chválí? souhlasí nesouhlasí
13. Vnímají tě druzí jako málo přátelského (přátelskou)? souhlasí nesouhlasí
14. Když mluvíš s druhými, vyhýbáš se často pohledu na ně? souhlasí nesouhlasí

6. Oblast

Pokud jsi nebyl (nebyla) poslední rok s rodinou ve styku a nemáš o ní zprávy, odpovídej za předchozí období. Jestliže není možné ani to, tuto oblast vynechej.

1. Stalo se, že někdo z rodiny (matka, otec, bratr nebo sestra) si vzal marihuanu, kokain, heroin nebo pervitin? souhlasí nesouhlasí
2. Stalo se, že by se někdo z rodiny opil takovým způsobem, že by z toho měl problémy v rodině, v práci nebo s přáteli? souhlasí nesouhlasí
3. Byl někdo z blízké rodiny během tvého života uvězněn? souhlasí nesouhlasí
4. Často se s rodiči nebo pěstouny hádáš a při tom na sebe křičíte? souhlasí nesouhlasí
5. Bývá rodina zřídka pohromadě? souhlasí nesouhlasí
6. Rodiče nebo pěstouni neví, co se ti líbí a co ne? souhlasí nesouhlasí
7. Neexistují v tvé rodině jasná pravidla, co můžeš a co ne? souhlasí nesouhlasí
8. Nevědí rodiče nebo pěstouni, co si doopravdy myslíš o věcech, které jsou pro tebe důležité? souhlasí nesouhlasí
9. Hádají se rodiče nebo pěstouni často? souhlasí nesouhlasí
10. Nevědí často rodiče nebo pěstouni, kde jsi a co děláš? souhlasí nesouhlasí
11. Bývají rodiče nebo pěstouni většinou mimo domov? souhlasí nesouhlasí
12. Máš pocit, že se o tebe rodiče nebo pěstouni nestarají? souhlasí nesouhlasí
13. Jsi nespokojen (nespokojená) s uspořádáním svého života? souhlasí nesouhlasí
14. Necítíš se doba bezpečně? souhlasí nesouhlasí
15. Bijí tě doma často? souhlasí nesouhlasí
16. Stalo se, že tě někdo z blízké rodiny sexuálně obtěžoval? souhlasí nesouhlasí
17. Trpí nebo trpěl někdo z rodičů nebo pěstounů vážnou duševní chorobou? souhlasí nesouhlasí

7. Oblast

Pokud jsi nebyl (nebyla) poslední rok ve škole, odpověď za předchozí období.

1. Školu nemáš rád (ráda)? souhlasí nesouhlasí
2. Těžko se ve škole nebo při učení soustřeďuješ? souhlasí nesouhlasí
3. Máš podprůměrné známky? souhlasí nesouhlasí
4. Chodíš za školu častěji nežli dva dny v měsíci? souhlasí nesouhlasí
5. Máš často zmeškané hodiny? souhlasí nesouhlasí
6. Uvažoval (uvažovala) jsi vážně o tom, že ze školy odejdeš? souhlasí nesouhlasí
7. Stává se často, že nenapišeš úkoly? souhlasí nesouhlasí
8. Jsi ve škole často ospalý (ospalá)? souhlasí nesouhlasí
9. Přicházíš často na hodiny pozdě? souhlasí nesouhlasí
10. Změnil jsi své přátele ve škole ve srovnání s předchozím rokem? souhlasí nesouhlasí
11. Cítíš se ve škole podrážděný a rozrušený? souhlasí nesouhlasí
12. Nudíš se ve škole? souhlasí nesouhlasí
13. Zhoršil se tvůj školní prospěch? souhlasí nesouhlasí
14. Cítíš se ve škole fyzicky ohrožován (ohrožována)? souhlasí nesouhlasí
15. Propadl (propadla) jsi někdy v životě? souhlasí nesouhlasí
16. Cítíš se během mimoškolních aktivit nebo v zájmových kroužcích nevíтанý (nevíтанá)? souhlasí nesouhlasí
17. Vynechal (vynechala) jsi někdy školu nebo jsi přišel (přišla) pozdě kvůli alkoholu nebo drogám? souhlasí nesouhlasí
18. Měl (měla) jsi někdy ve škole problémy kvůli alkoholu nebo drogám? souhlasí nesouhlasí
19. Stalo se, že alkohol nebo droga ti zabránily napsat úlohu nebo se připravit do školy? souhlasí nesouhlasí
20. Stalo se někdy v životě, že tě z nějaké školy vyloučili? souhlasí nesouhlasí

8. Oblast

Jestliže jsi nikdy žádnou placenou práci ani brigádu nedělala (nedělala), tuto oblast vynechej.

1. Měl (měla) jsi nějakou placenou práci (i brigádu) a propustili tě z ní předčasně? souhlasí nesouhlasí
2. Přestal (přestala) jsi do nějaké práce nebo na brigádu prostě chodit? souhlasí nesouhlasí
3. Při hledání práce nebo brigády potřebuješ pomoc druhých? souhlasí nesouhlasí
4. Chodil (chodila) jsi často do práce nebo na brigádu pozdě nebo jsi vynechával (vynechávala)? souhlasí nesouhlasí

5. Bylo pro tebe těžké dokončovat pracovní úkoly? souhlasí nesouhlasí
6. Vydělal (vydělala) jsi někdy peníze nezákonným způsobem? souhlasí nesouhlasí
7. Vzal (vzala) sis někdy v práci alkohol nebo drogy? souhlasí nesouhlasí
8. Propustili tě někdy z práce kvůli alkoholu nebo drogám? souhlasí nesouhlasí
9. Měl (měla) jsi problémy vycházet s nadřízenými? souhlasí nesouhlasí
10. Chodil (chodila) jsi někdy do práce proto, abys měl (měla) peníze na alkohol nebo na drogy? souhlasí nesouhlasí
11. Měl (měla) jsi v práci konflikty nebo problémy se spoluzaměstnanci? souhlasí nesouhlasí
12. Ještě nevíš, jaké práci my ses chtěl (chtěla) v budoucnu věnovat? souhlasí nesouhlasí

9. Oblast

1. Pije některý z tvých přátel pravidelně alkohol nebo bere drogy? souhlasí nesouhlasí
2. Dává nebo prodává některý z přátel drogy vrstevníkům? souhlasí nesouhlasí
3. Švindluje někdo z přátel při písemkách ve škole nebo nějak podvádí? souhlasí nesouhlasí
4. Nemají rodiče tvoje kamarády rádi? souhlasí nesouhlasí
5. Měl někdo z tvých přátel problémy se zákonem? souhlasí nesouhlasí
6. Je většina tvých přátel starších než ty? souhlasí nesouhlasí
7. Chodí tvoji přátelé často za školu nebo žádnou školu nenavštěvují a ani nechodí do práce? souhlasí nesouhlasí
8. Nebaví přátele večírky, kde se nepodává alkohol nebo kde nejsou drogy? souhlasí nesouhlasí
9. Přinesli přátelé na nějaký večírek během posledních 12 měsíců alkohol nebo drogy? souhlasí nesouhlasí
10. Ukradli přátelé něco v obchodě nebo úmyslně poškodili cizí majetek během posledních 12 měsíců? souhlasí nesouhlasí
11. Patříš do party, která se zabývá něčím nezákonným? souhlasí nesouhlasí
12. Trápí tě v současnosti nějaký problém, který máš s přítelem nebo přítelkyní? souhlasí nesouhlasí
13. Nemáš žádného přítele nebo přítelkyni, kterému by ses mohl (mohla) svěřit? souhlasí nesouhlasí
14. Máš v porovnání s vrstevníky málo přátel? souhlasí nesouhlasí

10. Oblast (A)

1. Cítil (cítila) jsi někdy silnou touhu nebo přání po alkoholu, jiných drogách nebo hazardní hře? souhlasí nesouhlasí

2. Stalo se ti někdy, že jsi musel (musela) zvyšovat množství alkoholu nebo drog, abys dosáhl (dosáhla) účinku, ke kterému ti dříve stačilo menší množství? souhlasí nesouhlasí
3. Měl (měla) jsi někdy pocit, že pití alkoholu, braní drog nebo hazardní hru přestáváš ovládat? souhlasí nesouhlasí
4. Měl (měla) jsi někdy pocit, že jsi na alkoholu, drogách nebo hazardní hře závislý (závislá)? souhlasí nesouhlasí
5. Stalo se ti někdy, že jsi utratil (utratila) příliš mnoho peněz za alkohol, jiné drogy nebo hazardní hru a přišel (přišla) jsi tak o jiné aktivity, věci, hodnoty? souhlasí nesouhlasí
6. Stalo se ti někdy, že jsi pod vlivem alkoholu nebo drog něco nedodržel (nedodržela), např. byl (byla) jsi v noci přes zákaz mimo domov nebo porušil (porušila) zákon? souhlasí nesouhlasí
7. Mění se ti často vlivem alkoholu nebo drog nálada v velmi šťastné do velmi smutné? souhlasí nesouhlasí
8. Měl (měla) jsi někdy úraz pod vlivem alkoholu nebo drog? souhlasí nesouhlasí
9. Ublížil (ublížila) jsi někdy někomu nechtěně pod vlivem drog nebo alkoholu? souhlasí nesouhlasí
10. Stalo se ti, že ses pod vlivem alkoholu nebo drogy vážně pohádala (pohádala) s přáteli nebo s někým z rodiny? souhlasí nesouhlasí
11. Měl (měla) jsi někdy kvůli alkoholu, drogám nebo hazardní hře problémy s přáteli, kteří takové věci odmítají? souhlasí nesouhlasí
12. Měl (měla) jsi někdy odvykací potíže (absták) po vysazení alkoholu nebo drog? souhlasí nesouhlasí
13. Stalo se ti někdy, že sis později nepamatoval (nepamatovala) co jsi dělal (dělala) pod vlivem alkoholu? souhlasí nesouhlasí
14. Chlubil (chlubila) ses nebo ses předváděl (předváděla) kolik alkoholu vydržíš? souhlasí nesouhlasí
15. Dělá ti problémy se nenapít, nevíť alkohol, drogy nebo hazardně nehrát? souhlasí nesouhlasí

10. Oblast

*Jak často jsi měl (měla) během posledních 30 dnů některou z následujících látek?
Zakřížkuj příslušný údaj.*

1. Alkohol včetně piva:

- ani 1x
 1 – 2x
 3 – 9x
 10 – 20x
 více než 20x
 ne v posledních 30 dnech, ale dříve

2. Tabák:

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

3. Marihuana nebo hašiš:

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

4. Pervitin, efedrin, amfetamin:

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

5. LSD, tripy, ecstasy a jiné halucinogeny:

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

6. Tlumivé látky a léky na spaní:

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

7. Léky proti bolestem:

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

8. Opiáty (heroin, braun, kodein):

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

9. Těkavé látky (čichání):

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

10. Kokain:

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

11. Jiné návykové látky: jaké

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

12. Hazardní hra (sázky, automaty, karty o peníze a podobně):

- ani 1x
- 1 – 2x
- 3 – 9x
- 10 – 20x
- více než 20x
- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

Čemu z následujících 12 položek jsi dával (dávala) případně přednost?
Za příslušný název **zakřížkuj velké P.**

Co z následujících 12 položek ti případně způsobilo největší nesnáze?
Za příslušný název **zakřížkuj vykřičník.**

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Alkohol včetně piva: | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 2. Tabák: | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 3. Marihuana nebo hašiš: | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 4. Pervitin, efedrin, amfetamin: | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 5. LSD, tripy, ecstasy a jiné halucinogeny: | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 6. Tlumivé látky a léky na spaní: | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 7. Léky proti bolesti: | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 8. Opiáty (heroin, braun, kodein): | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 9. Těkavé látky (čichání): | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 10. Kokain: | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 11. Jiné návykové látky: jaké | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |
| 12. Hazardní hra (sázky, automaty, karty o peníze a podobně): | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> ! |

Projdí prosím ještě jednou odpovědi na otázky ze všech oblastí a ověř si, že u každé otázky je zakřížkováno „souhlasí“ nebo „nesouhlasí“.

