

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

FENOMÉN VÝVOJOVÝCH ÚKOLŮ U ADOLESCENTŮ V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI



Bakalářská práce

Autor: **Lucie Mužíková**

Vedoucí práce: **PaedDr. Martina Richterová - Těmínová**

Datum obhajoby: **25. 6. 2009**

Praha

Ráda bych poděkovala PaedDr. Martině Richterové – Těmínové za její odborné vedení mé bakalářské práce a zároveň i za mnoho podnětných nápadů a připomínek. Dále bych chtěla poděkovat týmu terapeutické komunity Karlov za možnost být na chvíli jeho součástí a za poskytnutí důležitých informací, které jsem mohla využít ve své práci. Samozřejmě také děkuji klientům, kteří mi dali souhlas se s pracováním jejich osobních dat.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny řádně citovala a uvedla.

V Praze dne 20. 5. 2009

.....

OBSAH

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE	1
1 ÚVOD	7
2 ADOLESCENCE	8
2.1 ADOLESCENCE PODLE M. VÁGNEROVÉ.....	10
2.2 ADOLESCENCE PODLE P. MACKA.....	10
2.3 ADOLESCENCE PODLE V. PŘÍHODY.....	11
2.4 MLÁDÍ Z POHLEDU SOCIOLOGIE.....	13
2.5 CÍLE DOSPÍVÁNÍ.....	16
3 ADOLESCENTI A DROGY	17
3.1 POHLED NA UŽÍVÁNÍ DROG U ADOLESCENTŮ V ČR V LETECH 2005-2007.....	17
3.2 FÁZE ROZVOJE ZÁVISLOSTI.....	19
3.2.1 Škodlivé užívání.....	20
3.2.2 Syndrom závislosti.....	20
3.2.3 Experimentátoři i závislí.....	21
3.3 DŮVODY UŽÍVÁNÍ DROG U MLADISTVÝCH.....	22
3.3.1 Ochranné faktory vzniku závislosti.....	23
3.3.2 Rizikové faktory vzniku závislosti.....	24
3.3.3 Rodinné zvyky, které zvyšují riziko užívání drog.....	25
4 SPECIFIKA LÉČBY MLADISTVÝCH	27
4.1 PŮSOBNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U MLADISTVÝCH.....	27
4.2 LÉČBA ZÁVISLOSTI U MLADISTVÝCH.....	27
4.2.1 Terapeutické komunity pro mladistvé.....	28
4.2.2 Specifika léčby u mladistvých.....	29
5 PRAKTICKÁ ČÁST	31
5.1 ERIK H. ERIKSON.....	31
5.1.1 Osm věků člověka.....	32
5.2 VÝVOJOVÉ ÚKOLY ADOLESCENCE.....	34
6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	35
7 FÁZE VÝZKUMU PŘI APLIKACI PŘÍPADOVÉ STUDIE	35
7.1 OBECNÝ POPIS PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	35
7.2 CÍL VÝZKUMU.....	35
7.3 DEFINICE PŘÍPADU.....	35
7.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	36
7.5 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	36
7.6 PRŮBĚH ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	36
7.7 ETICKÉ ZÁSADY VÝZKUMU.....	36
7.8 HODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	37
8 PŘÍPADOVÉ STUDIE	37
8.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1: JAROSLAV.....	37
8.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2: BARBORA.....	39
8.3 SHRNUTÍ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ.....	41
9 DISKUZE	42
10 ZÁVĚR	43
11 SEZNAM PŘÍLOH	44
11.1 PŘÍLOHA Č. 1:.....	45
11.2 PŘÍLOHA Č. 2:.....	46
11.3 PŘÍLOHA Č. 3:.....	47
11.4 PŘÍLOHA Č. 4:.....	52
12 POUŽITÉ ZDROJE	54

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: **Lucie Mužíková**

Obor: **Adiktologie**

Vedoucí práce: **PaedDr. Martina Richterová - Těmínová**

Oponent: **Mgr. Pavel Hanzal**

Počet stran: **57**

Název bakalářské práce:

Fenomén vývojových úkolů u adolescentů v léčbě závislosti

Abstrakt bakalářské práce:

Cílem bakalářské práce je poskytnutí teoretického povědomí o adolescenci se zaměřením na vývojové úkoly v kontextu léčby mladistvých uživatelů návykových látek. Teoretická část se věnuje tématům adolescence, pohledu na užívání drog u mladistvých, fázím rozvoje závislosti, důvodům užívání drog a specifikám závislosti a léčby u dospívajících. V praktické části této práce se zabývám Eriksonovou teorií osobnosti, ve které se zaměřuji na 5. stadium života týkající se období adolescence (konfúze proti zmatení rolí). Snažím se zde popsat vývojové úkoly, které by měli mít mladiství splněny, aby mohly přejít do dalšího stadia života, tedy dospělosti. Pomocí kvalitativní metody, přesněji řečeno 2 kratších případových studií, poukazuji na nesplnění některých vývojových úkolů u mladistvých závislých na návykových látkách. V samém závěru práce se zamýšlím nad možností více specifikovat fenomén vývojových úkolů a tím zintensivnit a zkrátit léčbu pro mladistvé.

Klíčová slova:

adolescence

adolescenti a drogy

závislost u mladistvých

Eriksonova teorie osobnosti

vývojové úkoly

ABSTRACT OF THE BACHELOR WORK

Name: **Lucie Mužíková**

Specialization: **Addictology**

Head of the bachelor work: **PaedDr. Martina Richterová - Těmínová**

Opponent: **Mgr. Pavel Hanzal**

Pages: **57**

The name of the bachelor work:

The phenomenon of the phases of development by adolescents in the treatment of addiction

Abstract:

The aim of the bachelor work is to provide theoretical awareness of adolescence with focus on phases of development in according to treatment of addicted adolescents. The theoretical part follows subjects of adolescence, drug abuse of teenagers, stages of drug addiction, reasons for drug abuse, specifics of the addiction and treatment of adolescents. The practical part covers Erikson's theory of personality in which I focus on the 5 th stadium of life, adolescence (Identity vs. Role Confusion). There I describe the phases of development which teenagers should accomplish before entering the next stage of their life, adulthood. By means of a qualitative method, to be precise two shorter case studies, I refer to the fact that in cases of addicted adolescents, some of the phases of development have not been accomplished. At the very end I reflect on a possibility to specify into greater detail the phenomenon of the phases of development and by that intensify and shorten the treatment of adolescents.

Key words:

adolescence

adolescents and drugs

the young's addiction

Erikson's theory of personality

phases of development

1 ÚVOD

K napsání této bakalářské práce jsem se inspirovala při své stáži v terapeutické komunitě Karlov v Jižních Čechách. Byla jsem zde dvakrát. Poprvé v roli klientky 1. fáze, po druhé jsem mohla být součástí terapeutického týmu, kde jsem byla v náslechové pozici. Setkala jsem se zde s klienty ve věku 16 až 24 let, kteří byli uživateli nealkoholových drog.. Ačkoliv byli tak mladí, překvapila mě u některých z nich jejich dlouhodobá závislost na droze, přesto se i tak s největší pravděpodobností nedá mluvit o syndromu závislosti, nýbrž spíše o škodlivém užívání. Bohužel musím konstatovat, že i v mém okolí stoupl počet mladistvých, kteří experimentují s různými látkami.

Ve své práci jsem se snažila o teoretické zmapování závislosti u adolescentů se zaměřením na vývojové úkoly tohoto období. Mladiství jsou specifickou cílovou skupinou, se kterou by se mělo pracovat trochu jinak než s dospělými. Mají jiné požadavky i potřeby. Více než u dospělých se pracuje s rodiči a příbuznými, jelikož spousta z nich nemá vyřešenou separaci od svých rodičů. Také působení návykových látek se liší od dospělých. Závislost se vytváří u adolescentů mnohem rychleji než je tomu u dospělých jedinců. Adolescence je těžkým životním obdobím, ve kterém je důležitým vývojovým úkolem podle Eriksonovy teorie osobnosti utvoření vlastní identity. Není to však jediný úkol, který je zapotřebí splnit. Pokud se však nepodaří vývojové úkoly splnit, dochází u člověka ke krizi. Je otázkou, na kolik nesplnění některého z vývojových úkolů má za následek experimentování s drogou, potažmo počátek závislosti na nějaké návykové látce. V léčbě je snaha s mladistvými doplnit jejich nezvládnuté vývojové úkoly. Práce s nimi však není nijak definovaná a je na každém terapeutovi, jaké metody či přístupy zvolí. Napadlo mě, zda nezkusit více specifikovat a zviditelnit tento fenomén vývojových úkolů u adolescentů v léčbě závislosti prostřednictvím teoretického povědomí o této problematice a zároveň přinést určitý nápad, jak by se s tímto fenoménem mohlo pracovat.

V teoretické části své práce se snažím seznámit s tématem adolescence z psychologického, sociologického i fyziologického hlediska a dále se věnuji specifikám závislosti a léčby u mladistvých.

V praktické části se věnuji Eriksonově teorii osobnosti se zaměřením na 5. stadium života týkající se právě období dospívání. Ve svém kvalitativním výzkumu bych ráda poukázala na nesplnění vývojových úkolů u adolescentů v léčbě závislosti a nastínila, jak by se pozornost k vývojovým úkolům dala v léčbě více využívat.

2 ADOLESCENCE

Termín adolescence, česky řečeno dospívání, je odvozen z latinského slova *adolescere* (dorůstat, dospívat). Často bývá pojem adolescence zaměňován s mládeží nebo dorostem. Označení mládež je typické spíše pro sociologii, zatímco označení dorost se používá v lékařství.

Poprvé bylo toto slovo použito v 15. století, avšak kořeny adolescence můžeme hledat již ve starověku. Podle Muusse (in Macek, 2003, s. 10-11) „*Aristoteles (384–322 př. n. l.) navrhl periodizaci člověka, která vycházela ze sedmiletých cyklů. Adolescenci by tak odpovídala třetí perioda (14-21 let). Byla chápána jako svébytné období života, ve kterém má člověk (muž) ukončit svůj tělesný a pohlavní vývoj, formovat svůj charakter, myšlení a rozum. Měl by také studovat abstraktní disciplíny, jako je matematika, astronomie a teorie hudby. Ve středověké adolescenci byl význam adolescence spíše marginální¹. Odlišný pohled naznačil až ve druhé polovině 17. století britský filosof J. Locke (1632-1704). Jeho pojetí „tabula rasa“ ve vztahu k narozenému dítěti přisuzuje obecně velký význam vlivům prostředí a výchovy. Duševní rozvoj probíhá plynule od narození a kulminuje právě na konci adolescence. První autor, který zdůraznil potřebu „přemostění“ období mezi dětstvím a dospělostí a který de facto položil základ pro první hlubší úvahy o adolescenci jako svébytném období, byl J. J. Rousseau (1712–1778).“*

J. J. Rousseau byl francouzský filosof a spisovatel švýcarského původu. Jeho dílo bylo ovlivněno Velkou francouzskou revolucí. Podstatou jeho učení bylo, že lidé se rodí dobří a kazí je až společnost. Sám také volal po návratu k přírodě a lidské přirozenosti. Cílem Rousseaua bylo vychovat svobodného člověka, kterého nebudeme do ničeho nutit a budou se respektovat jeho věkové zvláštnosti. Ve svém díle *Emil aneb o výchově* vyjádřil své názory na výchovu. Odsoudil zde učení z knih a preferuje učení z vlastní zkušenosti. Kniha je rozdělena do 5 částí podle věkového období dítěte. Ve čtvrté části se věnuje onomu „přemostění“. „*Od 15 do 21 let probíhá výchova ve městě; Rousseau nazývá toto období obdobím „bouří a vášní“; důležitá je hlavně mravní výchova; mladík má mít dostatek pohybu a nesmí lenořit; dále má být uveden do společnosti a rozvíjet svou lásku k ostatním lidem; náboženství se nevyučuje, mladík sám přemýšlí o zázraku přírody, o hlasu svědomí ve svém nitru a dochází mu, že za tím musí stát nějaký nejvyšší rozum, tedy Bůh.*“ (http://cs.wikipedia.org/wiki/Jean-Jacques_Rousseau)

V období dospívání dochází k celkové proměně osobnosti a to jak na úrovni biologické, psychické, tak i sociální.

¹ Marginální znamená okrajový, krajní, hraniční.

Z hlediska biologického v pubertě akceleruje vývoj primárních a sekundárních znaků. U dívek se zvětšují prsa a roste pubické ochlupení, zatímco u chlapců se objevují vousy a začínají mutovat. V adolescenci tělesný vývoj stále pokračuje a je ovlivněn zvýšenou činností pohlavních žláz. V posledních 100 letech se ve vyspělých státech světa urychlil nástup dospívání i celkový růst. Výška dospělého člověka vzrůstá přibližně o 0,6 cm za 10 let. Tomuto jevu se říká tzv. *sekulární akcelerace*. „U nás bylo např. na konci předminulého století (1897) zjištěno, že k menarché² dochází v průměru v 15-16 letech. Dnes se dostavuje v průměru už mezi 12-13 roky – tedy asi o 3 roky dříve. Zdá se, že dnes začínají děti dospívat dříve i po stránce rozumové a snad se začínají i dříve sociálně emancipovat.“ (Šrámková, 2005, s. 12)

Z pohledu kognitivních funkcí dochází k rozvoji formálních logických operací. Dospívající je schopen uvažovat abstraktně a systematicky. Informace, které obdrží, si ověřuje a zaujímá k nim vlastní postoje. (Strašák, 2009) Emocionalita je stále ovlivněna pubertou, ovšem emoce se začínají diferencovat. Typické pro období adolescence je přibývání vyšších citů. „Vyšší city vznikají uspokojováním či napětím specificky lidských, společenských potřeb, zájmů a zaměřenosti. Prostupují všechny druhy činnosti člověka jako významný regulující činitel lidského chování při prožívání seberealizace v daných společenských podmínkách. Obecně rozlišujeme tři základní skupiny těchto citů – mravní, intelektuální a estetické.“ (Piňos, 2007)

Velmi důležité jsou v tomto období vztahy. E. H. Erikson popsal vývoj člověka v 8 základních stádiích, ke kterým přiřadil specifická vývojová témata a úkoly. V období adolescence je důležitý vztah k sobě a vývojovým úkolem je vytvoření identity vlastního já. Tento proces je provázen otázkami, jako *kdo jsem, kam patřím a kam směřuji*. Mezi další výrazné vztahy patří vztah s rodiči. Ten je ovlivněn ekonomickou závislostí dospívajícího a často zde mohou vznikat generační spory. Důležitou součástí tohoto vztahu je komunikace mezi rodiči a dospívajícím. Nemělo by se také zapomínat na vztahy s vrstevníky. Adolescent touží po uznání svých vrstevníků, formuje si své sebevědomí, prohlubuje kamarádské vztahy a zakládá partnerské. Dospívající, který nemá dobré rodinné zázemí a nenachází ani dostatečné zázemí ve skupině vrstevníků, může snadno propadnout rizikovému chování (např. užívání drog či delikvenci).

Adolescence zahrnuje především druhé desetiletí života, tedy od 10 do 20 let. Avšak u různých autorů se časové vymezení adolescence a specifika tohoto období velmi liší.

² Menarché je první menstruace.

2.1 ADOLESCENCE PODLE M. VÁGNEROVÉ

Podle Vágnerové (2005) je období dospívání přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí a rozděluje ho na dvě fáze – rannou a pozdní adolescenci.

Ranná adolescence, označována také jako pubescence, zahrnuje období mezi jedenáctým a patnáctým rokem věku. Mezi nejnápadnější změny patří tělesné dospívání, spojené s pubertou a mění se zevnějšek dospívajícího. V rámci celkového vývoje dochází ke změně způsobu myšlení. Dospívající je již schopen uvažovat abstraktně. Hormonální proměny stimulují změny emočního prožívání. Pubescent se začíná osamostatňovat a nechce být již tolik vázaný na rodiče. Významnou roli v tomto období mají vrstevníci a velmi důležité je přátelství a první lásky. Důležitým mezníkem je ukončení povinné školní docházky. Změny spojené s dospíváním vedou ke ztrátě starých jistot a je zapotřebí si najít novou přijatelnou pozici ve světě, a tím i potvrzení určité jistoty.

Pozdní adolescence je dobou mezi patnáctým a dvacátým rokem věku. Je to období, ve kterém obvykle dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Mění se výrazně osobnost dospívajícího. Důležitým mezníkem je ukončení profesní přípravy a následný nástup do zaměstnání nebo pokračování ve studiu na vysoké škole. Ekonomická nezávislost je v našich zeměpisných šířkách považována za jeden z důkazů dospělosti. Dospívající se také snaží potvrdit svoji sociální identitu – snaha o přijetí specifické adolescentní kultury a stylu života. Rozvíjí se vztahy s vrstevníky a to především v oblasti partnerských vztahů. V 18 letech dosahuje adolescent plnoletosti, což mu přináší jak práva, tak i povinnosti. Toto období je také o hledání a rozvoji vlastní identity. Dospělost je spojená s definitivní volbou a to pro mnohé adolescenty se jeví jako příliš náročné a proto dávají přednost prodloužení této fáze dospívání. Erikson tento postoj označil jako *adolescentní psychosociální moratorium*³. „*Smyslem pozdní adolescence je poskytnout jedinci čas a možnost, aby porozuměl sám sobě, zvolil si, čeho chce v budoucnosti dosáhnout a osamostatnil se ve všech oblastech, v nichž to současná společnost vyžaduje. Právě v tom bývá jeden ze zdrojů napětí, protože tempo biologického, psychického a sociálního vývoje bývá rozdílné a dospělost není v současnosti přesněji definována.*“ (Vágnerová, 2005, s. 325)

2.2 ADOLESCENCE PODLE P. MACKA

Podle Macka (2003) má smysl dělit adolescenci na rannou, střední a pozdní, jelikož se v tomto období odehrává velké množství biologických, psychických a sociálních změn.

³ Moratorium je výrazem potřeby něco zabrzdit.

V časné adolescenci (od 10 do 13 let) dochází k pubertálním změnám a nastartování pohlavního dozrávání. Pro toto období je typický zvýšený zájem o vrstevníky opačného pohlaví a vývoj kognitivních funkcí. „Některé změny v tomto věku jsou determinovány především společenskými podmínkami a nejsou zapříčiněny biologickým dozráváním.“ (Macek, 2003, s. 36)

Střední adolescence (od 14 do 16 let) je obdobím hledání vlastní identity, jedinečnosti a autentičnosti. Adolescenti se snaží odlišit od okolního světa, např. jiným oblékáním či posloucháním specifické hudby. Typickým znakem jsou změny, které si dospívající způsobují sami.

V pozdní adolescenci (od 17 do 20 let) většina adolescentů ukončuje své vzdělání, zamýšlí se nad svou osobní perspektivou, přemýšlí o budoucích plánech a cílech, má potřebu někam patřit a něco s někým sdílet. „Šíře změn v tomto období závisí na tom, jak adolescenti sami časují svoje dospělé role, jestli se např. rozhodují pro vysokoškolská studia, zda se ekonomicky osamostatňují, nebydlí s rodiči, vstupují do manželství, stávají se rodiči.“ (Macek, 2003, s. 36)

2.3 ADOLESCENCE PODLE V. PŘÍHODY

Příhoda (1967) ve své knize užívá pro periodizaci mladého věku 3 hlavní dělidla. Za nejspolehlivější považuje anatomicko-fyziologický zřetel, který se ale neskládá pouze z jednoho indexu, nýbrž ze dvou – vývoj kostry a pohlavní vývoj. Tohoto kritéria využívají nejvíce lékaři. Druhým dělidlem je kulturně-psychologický zřetel a třetí kritérium je pedagogické, které se nejvíce využívá ve školství.

Dále zde uvádí, že v západní literatuře se používá pojem adolescence. Latinský termín *adolescens* byl dost přesný a vystihuje člověka v poslední fázi vývoje mezi dětstvím a dospělostí. V nynějším významu tu však není zahrnuta spodní hranice, takže se mluví o adolescentovi již od 12 let. Příhoda se proto raději rozhodl používat termín *postpubescence* pro období od 15 do 20 let. Tyto hranice platí pouze pro naše klima, protože na jihu Evropy je tělesné i psychické dospívání ranější, u severních států naopak opožděnější. Totéž platí i u civilizací. V primitivnějších civilizacích se dospívá dříve, zatímco v pokročilejších později. „*Postpubescence je samostatným obdobím, jež má vlastní charakteristické znaky. Je v ní skončena doba vulkanismu a extravertního úsilí o sdružování. Dochází k uklidnění a k prohloubení citovému i rozumovému.*“ (Příhoda, 1967, s. 11)

V období postpubescence z pohledu anatomicko-fyziologického dochází k ukončování tělesného vzrůstu⁴ a zvyšování váhy. Netvoří se již další nové kosti, ale naopak se jejich počet srůstem redukuje na definitivní, tedy na 206 kostí.

Důležitou roli v tomto období hrají sociologické změny. Pro rozvoj jedince je důležitá společnost a není lhostejné, zda člověk vyrůstá na vesnici či ve městě a pracuje – li doma nebo v továrně. S počátky postpubescence se také rozšiřuje společenský kruh. Do společenských vztahů již nespadá pouze primární skupina (rodina, škola, kamarádi), ale objevuje se zde sekundární (pracoviště, obec či město) a terciární skupina (např. politický celek).

Samozřejmě se postpubescent rozvíjí i po stránce intelektuální. Teprve v období dospívání dochází k jemnému čichovému rozlišení ve vůni květin, zejména u dívek. Také se tříbí zraková orientace. Postpubescent je schopen vnímat přírodu již trochu jinak a hledá v ní krásu a harmonii. Labilita pozornosti ustupuje trvalé koncentraci a dospívající je schopen setrvat u práce, která budí jeho zájem. Pro toto období je typické realistické zaměření. Adolescenti se rádi opírají o prožitou skutečnost. Jsou však již schopni i abstraktně myslet. Řeč adolescentů se od minulých životních etap odlišuje větším rozsahem, výstižností, barvitostí a zpřesněním jazykového výrazu. *„Velmi příznačné je v postpubescenci denní snění, promítání žádostí, potřeb i jen pomyslů do celého proudu myšlení. Mladí lidé si představují dopodrobna další fázi vlastního života, plánují let do meziplanetového prostoru, propracovávají společenský život v příštím tisíciletí, fantazírují o zázračné technice budoucnosti, přeměňují v předivo snů sexuální toužení.“* (Příhoda, 1967, s. 84)

Pubescence se vyznačovala nerovnoměrným tělesným a psychickým růstem, zatímco v postpubescenci dochází k větší harmonizaci v citovém postoji a dospívající je schopen své city daleko více kontrolovat. Význačným rysem je marnivost a dovršení introvertního zaměření. Také estetické prožívání se začíná prohlubovat. Postpubescent je již schopen porozumět rozsáhlým hudebním výtvorům, jako je opera či symfonie. Ve výtvarném umění je schopen porozumět výkladům o kompozici, o světle a stínu či o barevném souladu. Z různých dopisů, výzkumů a studií⁵ byla potvrzena skutečnost, že se v postpubescenci dotváří poměr ke knize. V nynější době však zájem dospívajících o četbu upadá. Dávají raději přednost počítačovým hrám, internetu a televizi.

⁴ V příloze č. 1 přikládám tabulku č. 5, kde je možné vidět srovnání výšek českých postpubescentních hochů od roku 1895 do roku 1950.

⁵ U nás jsou známé studie A. Rambouska, dr. J. Apetaura a prof. F. Hyhlíka. V příloze č. 1 naleznete tabulku č. 6 zabývající se výsledky výzkumu F. Hyhlíka o psychologickém aspektu četby postpubescentů.

„Postpubescence je také obdobím nové orientace v pohlavní sféře, protože tělo překypuje i v ní energií, jejímuž vybití se staví společenské i mravní překážky. Je to období hledání uspokojení, sexuálního cíle a objektu, za něhož se často vydělují z celku pudového zaměření částečné tendence, jež mohou být základem rozmanitých perverzí, které se poprvé vyvíjejí, ale začasté se stanou trvalou potřebou.“ (Příhoda, 1967, s. 100).

Dosažení dvacátého roku se bere jako důležitý životní mezník. Fyzický růst je dokončen, psychický vývoj dovršen a myšlení dosahuje nejvyššího stupně. Mladý člověk vstupuje do stavu dospělosti.

2.4 MLÁDÍ Z POHLEDU SOCIOLOGIE

Sociologie nepoužívá pojmu adolescence nebo dospívání, ale spíše operuje se slovem mládí. Sociální specifika mládí se projeví tehdy, pokud se na mladé budeme dívat jako na příslušníky sociodemografické skupiny mládeže.

Podle Havlíka a Koťy (2002) pokračuje jedinec v mládí v přípravě na budoucí role dospělých a hraje typické role pro mládež (student či partner). Dospívající hledá své vlastní já, probíhá proces individualizace a snaha o autonomii.

„Socializace⁶ v mládí (zvláště v dospívání) je určena především na jedné straně absolvováním diferencovaného vyššího vzdělání a adaptace na první povolání, na druhé straně vrůstáním do světa dospělých prostřednictvím dílčích kultur mládeže.“ (Havlík, Koťa, 2002, s. 56)

Důležité pro socializaci mládeže je přebírání rolí dospělých (např. profesní, manželské, rodičovské) podle určitého harmonogramu (ukončení povinné školní docházky, dovršení 18 ti let věku ...). Existují i různé odchylky, např. u vysokoškoláků se můžeme setkat s *odloženou dospělostí*. Pro dosažení dospělosti je zapotřebí získání profesního statutu. Vede k němu však dlouhá cesta, na které se mladiství musí rozhodnout o své další vzdělávací dráze a to po ukončení základní školy, potažmo střední školy. Rozhodování je ovlivněno řadou faktorů, především však vzdělávacími možnostmi ve společnosti, ekonomickými podmínkami rodiny a vzděláním rodičů.

Typické pro dospívání je úloha sexuálního chování. Do partnerských vztahů vstupuje spousta faktorů sociálního zázemí, především však rodina a vrstevnické skupiny. *„Například již diferenciací škol zvyšuje pravděpodobnost nalézání partnera v sociálním prostředí, v němž se chlapci a děvčata přirozeně pohybuji.“* (Havlík, Koťa, 2002, s. 57). V posledních letech padla veškerá tabu o sexu. Přispělo k tomu rozšíření antikoncepce, liberalizace,

⁶ Socializace (lat. socialis = společný) je sociologický pojem, který označuje proces, během kterého se jedinec začleňuje do společnosti.

mediální prostředí a také sexuální výchova na školách. „Podle mezinárodní úmluvy o právech dítěte z roku 1989 má dítě právo na všechny druhy informací, právo na vzdělání a ukládá státům povinnost výchovy k plánovanému rodičovství. Z toho vyplývá nutnost zajistit dětem sexuální výchovu, která na našich školách není jako samostatný předmět, ale je zahrnuta v několika jiných. Cílem sexuální výchovy by měla být ochrana mladých lidí před pohlavními chorobami a neplánovaným otěhotněním.“ (Šrámková, 2005, s. 20)

Dle výzkumu na reprezentativním vzorku české populace v roce 1996, který prováděl Petr Sak, byl viděn posun a vývoj průměrného věku prvního sexuálního styku. Zjistilo se, že tento věk se trvale snižuje.

Tabulka č. 1

Vývoj průměrného věku prvního sexuálního styku

Věkové kategorie	Věk prvního sexuálního styku
15 – 18	15,76
19 – 23	16,86
24 – 30	17,42
31 – 45	17,86
46 – 55	18,38
56 a starší	19,69

Zdroj: Sak, P. (2000, s. 161-162)

V procesu socializace si každý jedinec vybírá ze svého sociálního pole, respektive ze společnosti, hodnoty, ideje, názory, sociální normy a vzorce chování. Z těchto prvků si pak vytváří svůj systém myšlenek a vzorců chování. „O hodnotové orientaci mládeže a jejím vývoji vypovídají empirické údaje získané z výzkumů realizovaných od roku 1982 do roku 1997⁷. Výzkumy tvoří časovou řadu údajů získaných stejnou výzkumnou metodikou. Ke komparaci je použit index hodnoty, který je konstruován jako vážený aritmetický průměr.“ (http://www.insoma.cz/index.php?id=2&d_1=book&d_2=resume_cs&d_3=&n=5)

⁷ Výzkumy prováděné P. Sakem.

Tabulka č. 2

Váha hodnot u jednotlivých věkových kategorií

Hodnota	15-30	15-18	19-23	24-30	31-45	46-55	56-	Průměr
Zdraví	4,83	4,77	4,80	4,90	4,93	4,93	4,97	4,87
Mír	4,59	4,62	4,54	4,63	4,77	4,78	4,84	4,67
Láska	4,57	4,53	4,63	4,55	4,37	4,25	4,17	4,47
Životní partner	4,55	4,33	4,67	4,59	4,54	4,51	4,48	4,54
Životní prostředí	4,45	4,46	4,43	4,47	4,57	4,52	4,49	4,49
Přátelství	4,44	4,52	4,43	4,37	4,26	4,28	4,17	4,36
Rodina a děti	4,43	4,25	4,47	4,56	4,77	4,75	4,76	4,57
Svoboda	4,41	4,49	4,37	4,40	4,34	4,13	4,08	4,34
Pravda, poznání	4,18	4,27	4,17	4,11	4,27	4,24	4,19	4,21
Zajímavá práce	4,13	4,07	4,19	4,13	4,21	4,15	3,90	4,14
Demokracie	4,04	4,12	4,02	4,00	4,16	3,97	3,90	4,05
Plat, příjmy	4,02	4,09	3,98	4,13	4,10	3,94	3,81	4,04
Rozvoj osobnosti	3,96	4,01	3,99	3,90	3,97	3,88	3,65	3,94
Úspěch v zaměstnání	3,95	4,06	3,88	3,95	4,05	3,88	3,62	3,95
Vzdělání	3,76	3,92	3,76	3,60	3,90	3,71	3,54	3,77
Užitečnost druhým	3,76	3,79	3,76	3,74	3,93	4,02	4,11	3,85
Zajmy a koníčky	3,73	3,89	3,68	3,65	3,51	3,48	3,33	3,63
Majetek	3,54	3,69	3,42	3,55	3,40	3,28	3,11	3,45
Prestiž	2,93	2,97	2,78	2,77	2,87	2,69	2,56	2,81
Podnikání	2,83	3,10	2,63	2,80	2,74	2,31	2,02	2,70
Veřejně prospěšná činnost	2,41	2,50	2,45	2,29	2,49	2,54	2,35	2,44
Politická angažovanost	1,52	1,65	1,44	1,50	1,76	1,75	1,97	1,63

Zdroj: Havlík, R., Kořa, J. (2002, s. 62)

Pozn.: Nejdůležitější rozdíly mezi věkovými kategoriemi jsou vyznačeny tak, že výrazněji ceněná hodnota je tištěna tučným písmem.

Z tabulky vyplývá, že pro mládež a mladé dospělé ve věku 15-30 let jsou na předních místech tyto hodnoty: zdraví, láska, životní partner, životní prostředí, přátelství, rodina / děti, svoboda a pravda. Na opačném konci tabulky se nachází majetek, prestiž, podnikání, veřejně prospěšná činnost a politická angažovanost. Je zajímavé, že majetek, podnikání a prestiž jsou sice na konci tabulky, avšak ve srovnání s ostatními věkovými kategoriemi jsou u této věkové kategorie nejvýraznější. Podíváme-li se na kategorii 15-18 let, jsou zde méně důležité hodnoty jako je životní partner, rodina / děti a pravda než je tomu u předchozí kategorie. Na druhém konci tabulky se nachází stejné hodnoty jako je tomu u věkové kategorie 15-30 let.

2.5 CÍLE DOSPÍVÁNÍ

Dospívající člověk by měl podle Kožnara (1979):

- rozvíjet citovou, hodnotovou a názorovou nezávislost
- emancipovat se ve vztahu s rodinou
- vytvářet si nový vztah k autoritám
- rozvíjet vztah k vrstevníkům
- integrovat sexuální život do osobnosti jako celku
- přijímat určité životní hodnoty a vytvářet si vlastní názor
- vymezit osobní identity
- připravit se na převzetí odpovědnosti za svůj život

„Cílem, ke kterému procesy v období puberty a adolescence směřují a o který dospívající tak úzkostlivě usiluje, je samostatný, nezávislý, zodpovědný člověk, připravený plnit úlohy, vyplývající ze založení vlastní rodiny, úlohy v profesionálním životě, schopný vytvářet a udržovat hodnotné interpersonální vztahy, které ho citově uspokojují a naplňují, člověk schopný vidět sám sebe, jiné lidi a prostředí, ve kterém žije, reálně, bez předsudků a deformací, které do vlastního vnímání vnáší on sám svojí nejistotou, nespokojeností, egoismem apod.“ (Labáth, 2001, s. 19)

3 ADOLESCENTI A DROGY

Užívání drog provází lidstvo od pradávna. V dnešní společnosti nejsou drogy již dávno tabu, ba naopak. Díky liberalizaci a poměrně snadné dostupnosti drog je stále častější užívání drog v mladém věku a zneužívání drog u dětí a dospívajících se dostává do popředí zájmů odborné i laické veřejnosti.

3.1 POHLED NA UŽÍVÁNÍ DROG U ADOLESCENTŮ V ČR V LETECH 2005-2007

V České republice se od roku 2001 vydává *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR*. Tato zpráva každoročně zpracovává informace členěné do 10 kapitol a obsahuje také specifickou část, která je věnována určitým tématům. V kapitole číslo 2 je možné se dozvědět o užívání drog v obecné a školní populaci.

Situace v oblasti užívání drog v obecné populaci v r. 2005 oproti předchozím rokům zůstává stabilní. Nebyla realizována žádná celopopulační studie ani celonárodní studie ve školní populaci. „*V dospělé populaci vyzkoušelo nelegální drogu přibližně 20 % osob, mezi mládeží je prevalence zkušeností s drogami vyšší (44 % 16letých a 56 % 18letých studentů středních škol). Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky a extáze.*“ (Mravčík, V. a kol., 2006, s. 12)

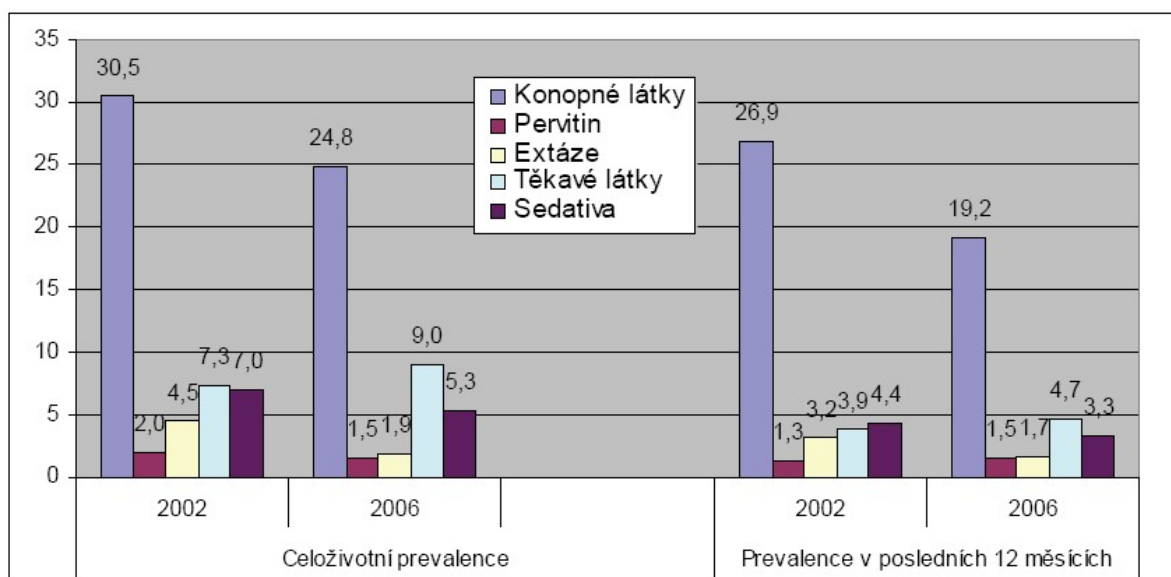
V roce 2006 se nijak zvlášť oproti předchozímu roku nezměnila prevalence užívání drog v obecné populaci. Česká republika se však zapojila do mezinárodní školní studie HBSC⁸ a pilotního testování nového dotazníku pro studii ESPAD⁹. „*Celkem bylo v r. 2006 v rámci studie HBSC osloveno 1 665 patnáctiletých žáků 9. tříd základních škol ve všech regionech ČR.*“ (Mravčík, V. a kol., 2007, s. 15)

⁸ HBSC je mezinárodní srovnávací studie Světové zdravotnické organizace „The Health Behaviour in School-aged Children“. Studie je zaměřená na zdraví, životní styl a chování ve vztahu k vlastnímu zdraví mezi dětmi ve třech věkových skupinách – 11, 13 a 15 let.

⁹ ESPAD je evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách.

Tabulka č. 3

Vývoj prevalence zkušeností 15letých s užitím vybraných látek mezi r. 2002 a 2006 (v %)



Zdroj: Mravčík, V. a kol. (2007), s. 15

Od roku 2002 dělá Farmaceutická fakulta University Karlovy v Hradci Králové pravidelný průzkum mezi studenty vysokých škol zaměřený na zkušenosti s návykovými látkami. „Během čtyř let realizace průzkumu bylo dotázáno celkem 3 484 studentů 1. – 5. ročníku (průměrný věk studentů byl 20,8 let) z 13 fakult 8 českých vysokých škol. Nejednalo se o reprezentativní studii na české populaci studentů vysokých škol. Výsledky ukazují, že zkušenosti s užitím marihuany mělo 49,6 % studentů, hašiš užilo 14,2 %. Halucinogeny v životě užilo 8,2 % dotázaných, extázi téměř 6 %. Zkušenosti s pervitinem a kokainem uvedl relativně nízký podíl respondentů (2,9 %, resp. 1,4 %).“ (Mravčík, V. a kol., 2007, s. 16)

V roce 2007 výsledky studií ukazují, že v dospělé populaci má alespoň jednu zkušenost s drogami asi 20% osob, zatímco u mládeže je tato zkušenost vyšší. V tomto roce se také Česká republika již po čtvrté zapojila do studie ESPAD. „V rámci studie bylo osloveno celkem 3 901 šestnáctiletých studentů (narozených v r. 1991) z prvních ročníků středních škol (cca 2/3 respondentů) a 9. tříd základních škol (cca 1/3 respondentů). Jednotlivé školy a třídy byly vybrány náhodně tak, aby byl výsledný vzorek reprezentativní z hlediska typu školy (gymnázia, střední odborné školy, střední odborná učiliště, základní školy) a regionu; celkem se do studie v r. 2007 zapojilo 351 českých škol.“

(Mravčík, V. a kol., 2008, s. 26)

Výsledky studie ESPAD 2007 ukazují, že zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou má 46,6 % respondentů. U nelegálních drog uváděli respondenti nejčastěji zkušenosti s užíváním konopných látek (45 %). Na dalších místech se objevují zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (9 %), s čicháním rozpouštědel (7 %), s LSD a extází (5 %)

a amfetaminy (3 %). Zkušenosti s heroinem a kokainem jsou v populaci šestnáctiletých minimální (1 %). Užití alkoholu v kombinaci s léky uvedlo 18,5 % respondentů, s výraznější převahou dívek. Zkušenost s injekční aplikací drogy mělo 0,8 % dotazovaných.

Tabulka č. 4

Celoživotní prevalence zkušeností s užitím vybraných látek ve studii ESPAD 2007, v %

Celoživotní prevalence	Chlapci	Đívky	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	49,4	44,0	46,6
Jakákoliv nekonopná droga	14,8	12,2	13,5
Konopné látky	47,9	42,5	45,1
Lysohlávky, jiné přírodní halucinogeny	9,3	5,7	7,4
Těkavé látky	6,9	7,0	7,0
LSD	5,4	4,6	4,9
Extáze	4,8	4,3	4,5
Steroidy	6,6	2,2	4,2
Pervitin	3,4	3,6	3,5
Heroin, opiáty	1,5	2,4	2,0
Kokain	1,2	0,8	1,0
Crack	1,2	0,5	0,8
GHB	0,9	0,3	0,6
Sedativa	6,1	11,7	9,1
Alkohol+léky	13,6	22,9	18,5
Injekční aplikace drogy	1,0	0,6	0,8

Zdroj: Mravčík, V. a kol. (2008), s. 27

3.2 FÁZE ROZVOJE ZÁVISLOSTI

Fáze rozvoje závislosti na drogách, tedy první užití, experimentování, pravidelné užívání a závislost, jsou stejné jak u mladistvých, tak i dospělých. Minařík (2003) tyto fáze popisuje takto:

1) stadium iniciace neboli prvního užití

Zprostředkovateli první zkušenosti s drogou bývají vrstevníci, přátelé a někdy také rodiče. Hlavní iniciační drogou bývá alkohol, který je v České republice legální. Může být následován užitím nějaké nelegální drogy, především marihuany a extáze, jež jsou brány jako docela bezpečné. Věk, ve kterém dochází k prvnímu užití drogy, se v posledních letech stále snižuje. Co se týče alkoholu, první užití se děje již v období puberty. Iniciace jinými drogami probíhá o něco později, obvykle v období adolescence.

2) stadium experimentování

Drogy se užívají občasně, obvykle několikrát do roka nebo do měsíce. Toto stadium trvá různě dlouhou dobu (několik měsíců až 1 rok). Pověšinou se užívá ve skupině vrstevníků. Velmi často dochází k experimentování na tanečních akcích, kde typickou drogou pro toto prostředí je extáze.

3) stadium pravidelného užívání

Užívání drog má charakter víkendových jízd nebo se zde již objevuje téměř denní užívání. V tomto stadiu dochází k separaci uživatelů od skupiny vrstevníků, kteří drogy neberou. Objevují se první větší problémy způsobené užíváním drog. Není čas se připravovat do školy, potažmo do ní vůbec docházet a nezbyvá ani chvíle volna na nějaké jiné koníčky a záliby. Samozřejmě dochází i finance a je zapotřebí je někde začít shánět. Droga se stává součástí životního stylu.

4) stadium závislosti

V této fázi droga již nepřináší pouze pozitivní pocity, ale objevují se i negativní, zejména odvykací stav neboli abstinenční příznaky. Prohlubuje se ztráta kontroly nad užíváním. Zvyšuje se tolerance. Dochází k sociálnímu propadu uživatele. Toto stadium se velmi často spojuje s kriminální činností (krádeže, prostituce, výroba, držení a distribuce omamných a psychotropních látek).

Podle MKN - 10¹⁰ patří závislost na drogách do skupiny duševních poruch a poruch chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek označující se kódem F 10-19. Závislost se postupně vyvíjí, a proto při diagnóze musíme správně určit kritéria, abychom zbytečně uživateli například nepřičknuli syndrom závislosti namísto škodlivého užívání. Toto se velmi často děje u mladistvých, kde syndrom závislosti se ještě nestačil projevit, přesto diagnózu škodlivého užívání u nich nacházíme velmi málo.

3.2.1 Škodlivé užívání

Podle Mezinárodní klasifikace 10.revize je škodlivé užívání „*příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické (hepatitida při injekčním podání), nebo psychické, například epizody sekundární deprese až těžký alkoholismus.*“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008, s. 193)

3.2.2 Syndrom závislosti

„*Syndrom závislosti je podle MKN – 10 skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Definitivní diagnóza*

¹⁰ MKN – 10 znamená mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku*
- b) potíže v sebeovládání*
- c) tělesný odvykací stav*
- d) průkaz tolerance k účinku látky*
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů*
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.“*

(Nešpor, 2007, s. 9)

3.2.3 Experimentátoři i závislí

Návykové látky dělíme podle četnosti a vzorce užívání a podle podobných kritérií se rozlišují také skupiny uživatelů. Miovský (2002) rozlišil populaci do 9 skupin:

- 1) Obecná populace
- 2) Část populace se zkušeností s nelegální návykovou látkou

Osoby, které měly alespoň jednou nebo vícekrát v životě zkušenost s nelegální drogou.

- 3) Aktuální uživatelé návykových látek

Jsou všichni, kteří v současné době užívají opakovaně nějakou nelegální drogu. Ti, co v minulosti drogu užívali v jakémkoliv množství a teď již tak nečiní, z této skupiny vypadávají.

- 4) Problémoví uživatelé návykových látek

Intravenózní uživatelé jakýchkoliv drog nebo dlouhodobí uživatelé opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu.

- 5) Experimentátoři s psychoaktivní látkou

Experimentátor je charakterizován více než jednou zkušeností s nelegální drogou, kterou obvykle opakuje ve velmi dlouhých časových intervalech. Pro tuto skupinu uživatelů je typické zkoušení si různých drog i způsobů jejich aplikace.

- 6) Rekreační uživatelé

Vzorec užívání nelegálních drog je podobný vzorci užívání drog legálních (alkohol, tabák). Získává pravidelnější rámec, cílem je především uvolnit se, pobavit a získat energii. Tito uživatelé nesplňují kritéria závislosti podle MKN-10.

- 7) Závislí

Pouze určitá část uživatelů drog splňuje kritéria závislosti podle MKN-10.

- 8) Závislí uživatelé drog se stabilizovaným sociálním zázemím

Vzorcem užívání splňují kritéria závislosti, nežádají však o institucionalizovanou pomoc a zůstávají ve skryté populaci.

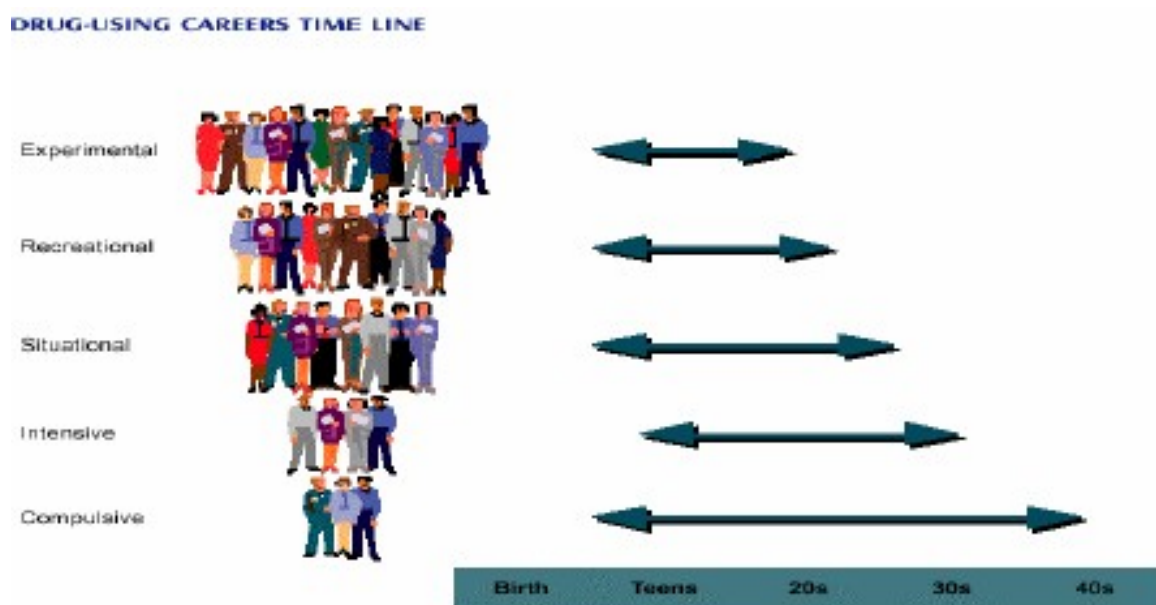
9) Těžcí dlouhodobí uživatelé drog

Nejčastější způsob aplikace drogy je intravenózní podání. Vykazují těžký stupeň závislosti, přidává se špatný tělesný stav, sociální propad, rizikové vzorce užívání a chování.

Jinak je období adolescence právě tou dobou, kdy člověk experimentuje s různými typy drog a zkouší jejich účinky. Občas se stane, že jedna zkušenost nestačí a dotyčný touží po další. Nicméně se může stát, především u drog s vysokým potencionálem rozvoje závislosti, že nezůstane u těchto pár zkušeností a drogy začne užívat po delší dobu. To už je ale krůček k závislosti. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007)

Mladiství se tedy nacházejí povětšinou ve fázi experimentování, ale někteří svým dlouhodobějším užíváním mohou být ve skupině škodlivého užívání a jen minimum nalezneme ve skupině závislých. Jsou povětšinou příliš mladí, aby si stihli vypěstovat dlouhodobou závislost na droze.

Obrázek č. 1



3.3 DŮVODY UŽÍVÁNÍ DROG U MLADISTVÝCH

„Celé období dospívání je v životě člověka z pohledu proběhlých změn a vývojových úkolů nesmírně náročné a obtížné období plné náročných situací, které musí dospívající řešit. Vlastní vnitřní prožívání sebe sama jako nedostačivého jedince se snaží kompenzovat vnějším chováním, které může mít podle WHO¹¹ (1996) tři základní podoby:

¹¹ WHO – World Health Organization (světová zdravotnická organizace)

1. agresivní – delikvence, násilnost, extrémně teror, 2. pasivní – únik ze školy, ze společnosti, extrémně sebevražda, 3. kompromisní – instabilita, abúzus návykových látek.“ (Kalina, 2008, s. 257)

Příčin užívání drog u adolescentů je celá řada. Počáteční podnět může vycházet z nudy, kdy mladiství mají příliš volného času a touží po něčem neobvyklém. Dospívající mají obecně potřebu zkoušet nové věci. Droga se pro mnoho mladých může stát symbolem zralosti a dospělosti a snahy ukázat svou nezávislost na rodičích. Může to být také ale symbolem protestu vůči společnosti. Jedna studentka z gymnázia ve Frýdku Místku napsala: „*Velmi důležitým motivem je potřeba vyrovnat se ostatním. Tendence zkusit drogu je posilována sociálně. K první zkušenosti dochází nejčastěji ve společnosti vrstevníků a je mnohdy záležitostí osobní prestiže neodmítnout. Často se stává, že drogu dospívajícímu nabídne jeho vrstevník, nikoliv cizí člověk. Do určité míry jde i o módu a moralizování nemůže touze po takové zkušenosti zabránit. Riziko vzniku závislosti na drogách je v době dospívání zvýšeno z mnoha důvodů. Mladistvým chybí zkušenost a schopnost odhadnout závažnost takového jednání. Kromě toho mají dospívající tendenci riskovat. Prostřednictvím drogy dosáhnou pocitu uvolnění a dostatečné sebejistoty, což jim dává klamný pocit, že všechno je snadné a možné zvládnout. V této době běžný experimentující začátečník o případném riziku vůbec neuvažuje. Drogy však poskytují příjemné pocity jen na začátku. Později jsou nanejvýš předpokladem k udržení normálního stavu. Toto si ovšem žádný mladistvý experimentující s drogami nepřipustí.*“ (<http://www.gymfry.cz/zmp0506/jakubovad/zmp5.htm>)

Hlavní příčinou užívání drog může být tedy snaha uniknout problémům, které dospívající neumí nebo nechce řešit. Mezi takovéto problémy můžeme zařadit nezvládnutí některých vývojových úkolů (např. hledání vlastní identity a smyslu života, oddělení se od rodičů, příprava na budoucí vzdělání...), a to jak z období puberty, tak i adolescence. Únik k drogám však není tím správným řešením a bohužel to nic neřeší. Problémy zůstávají a postupně se k nim přidávají další, které souvisí s důsledky užívání drog.

3.3.1 Ochranné faktory vzniku závislosti

Ochranné faktory jsou takové vlastnosti jedince a jeho okolí, které snižují pravděpodobnost experimentování s drogami a následné užívání. Mezi takovéto faktory můžeme zařadit:

- zdravé sebevědomí jedince
- dobrý zdravotní a psychický stav jedince

- schopnost zvládat stresové situace a umět se s nimi vyrovnat
- náboženská víra
- dobrý socio-ekonomický statut rodiny
- jasná pravidla a vymezení hranic v rodině
- otevřená komunikace mezi rodiči a dítětem
- dostatečná péče o dítě (projevování citů, zájem o výsledky ve škole, o jeho zájmy a koníčky ...)
- dobré sociální zázemí (kamarádi, škola, rodina)
- vhodné příležitosti k uplatnění ve škole nebo v zaměstnání
- vyvážený přístup společnosti k návykovým látkám a protidrogové politice

3.3.2 Rizikové faktory vzniku závislosti

Rizikové faktory jsou takové vlastnosti jedince a jeho okolí, které zvyšují pravděpodobnost experimentování s drogami a následné užívání. Mezi takovéto faktory můžeme zařadit:

- poruchy chování a emoční labilita jedince
- slabé sociální dovednosti jedince, neschopnost zvládat stresové situace
- handicap či traumatizace
- pro-drogové postoje
- zvědavost jedince
- nízký věk při začátku experimentování s drogou
- závislost v rodině (rodič, sourozenec, jiný příbuzný)
- porucha funkce rodiny (nedostatek vzájemné citové vazby mezi rodičem a dítětem, špatná komunikace, nejasná pravidla, nezájem o dítě ...)
- nižší socio-ekonomický statut rodiny, nízká úroveň vzdělání
- šikana a nepřátelská atmosféra ve škole
- zvýšený vliv party, vazba na rizikové skupiny nebo organizace (např. sekty)
- městské prostředí, kde je větší pravděpodobnost nabídky drog
- snadná dostupnost alkoholu a drog ve společnosti
- pro-drogové normy ve společnosti
- společenský stres

3.3.3 Rodinné zvyky, které zvyšují riziko užívání drog

Hajný (2001) ve své praxi, kde se věnuje léčbě závislosti, vyzoroval některé zvyky rodin, které mohly přispět u jejich ratolestí ke vzniku problémů s drogami. Nelze však tyto zvyky zobecňovat, protože žádná nebo naopak nadměrná opatrnost může paradoxně k problémům přispět také. Je zapotřebí nalézt zlatou střední cestu, což je ve většině případů velmi náročné.

1) Svoboda ano, či ne?

Téma svobody je v rodině velmi důležité. Obecně platí, že naše svoboda končí tam, kde začíná svoboda druhého a znamená, že mám právo dělat, co chci. Rizikovým prostředím jsou právě ty rodiny, kde panují extrémní poměry. Na jedné straně je to přílišná svoboda, na druhé naopak vztahy, kde rodina bez sebe neudělá ani krok.

2) Předčasně zralé děti

Častěji to bývají holky než kluci. Někdy je to i tím, že maminka je nemocná, osamělá či nešťastná.

3) Dítě jako důvěrník rodiče

Problém spočívá v tom, že i když jeden z rodičů si stěžuje svému dítěti, neuvědomuje si, že je to stále dítě, které je však emočně nepřípravené na jejich problémy.

4) Když dítě musí být příliš hodné a dokonalé

Dítě nedokáže zvládnout volnost a odpovědnost, kterou mu rodiče nechávají. Proto by mělo být občas kontrolováno, aby se dítě či dospívající nedostal do situací, které by nezvládl.

5) Nadměrná volnost a nedostatek kontaktu

Všeho moc škodí. Rodiče by se měli zajímat o to, s kým tráví volný čas jejich dítě, kdy se vrátí nebo co bude dělat po škole.

6) Příliš liberální a nedůsledná výchova

Jak již bylo řečeno, extrémy často vedou k narušení stability rodiny a proto i velmi liberální výchova může vést k nerovnoměrnému vývoji dítěte.

7) Nadměrná kontrola

Opačný extrém od předchozího bodu. I tento přístup není na místě.

8) Když je výchova jen to, co se říká

„Jedním z typických rysů výchovných přístupů v rodinách problematických dětí a toxikomanů je nepružný a úzký výběr výchovných přístupů.“ (Hajný, 2001, s. 35)

9) Manipulativní jednání v rodině

Je to vzorec chování, které po čase převezme i dítě. Zpočátku bylo sice dítě či dospívající schopen vyjádřit své pocity a potřeby, postupem času však zjistí, že manipulace je jednodušší a méně riskantnější.

10) Konflikty se u nás neřešily...

Problémy jsou od toho, aby se řešily. Neřešené problémy v rodině zvyšují napětí a pocity zlosti, což snižuje odolnost dítěte vůči návykovým látkám.

11) Nadměrný stud

Pocit studu narušuje naší sebeúctu. Stud je však v naší kultuře používán ke kontrole nevhodného chování a při únosné míře nám signalizuje, že se blížíme na kraj nějaké společenské normy.

12) Nadměrné pocity viny

Některé pocity viny rodiče v dětech vyvolávají záměrně, aby se určitého vzorce chování vyvarovali. Bohužel ale některé způsoby připomínání viny mohou být pro dítě rizikové.

13) Stěhování, výběr školy, rozvod rodičů

Vše souvisí s pocity neklidu, nejistoty, možnými hádkami v rodině, velkou mírou stresu, určitou změnou a navázáním nových vztahů, což jsou všechno jasné ukazatelé možnosti vzniku závislosti.

Někdy je velmi těžké pochopit, proč naše děti berou drogy. Goodyer (2001) se na tento problém dívá z jiného úhlu pohledu a ptá se, proč by naopak děti drogy neměly brát. Vždyť technická revoluce posledních pár desetiletí přinesla široké spektrum rozmanitých léků na všechno, co jen chceme (pilulky na nechtěné i chtěné těhotenství, na hubnutí či naopak na zvětšení objemu svalů atd.). *„Je pravda, že hodně dětí i dospělých bere drogy proto, aby si vynahradili něco, co jim v životě chybí, nebo aby se zbavili bolesti, strachu a skutečností, které se zdají být příliš složité na to, aby se s nimi člověk vyrovnal. Přesně tak jak to říká jeden chlapec: někdy je prostě jednodušší jen tak vysedávat s kamarády a brát drogy než jít, něco zkusit a uspět.“ (Goodyer, 2001, s. 41)*

4 SPECIFIKA LÉČBY MLADISTVÝCH

Adolescenti, jak už bylo několikrát řečeno v předchozí části práce, jsou specifickou cílovou skupinou. Proto bychom jim tedy měli přizpůsobit i léčbu závislostí. Mladiství vyžadují odlišný přístup terapeutického týmu a někdy je zapotřebí využít i jiných terapeutických metod než je obvyklé u dospělých.

4.1 PŮSOBENÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U MLADISTVÝCH

Podle Nešpora (2007) jsou některé rozdíly působení návykových látek mezi dospívajícími a dospělými. Mezi tyto specifické rysy bychom mohli zařadit:

- závislost na drogách se vytváří mnohem rychleji než je tomu u dospělého člověka
- díky častému riskování a menší zkušenosti je u dospívajících větší riziko těžkých otrav a také nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky
- u mladistvých, kteří užívají drogy je vidět zaostávání v psychosociálním vývoji oproti zdravým vrstevníkům
- experiment s drogou je u dospívajících spojen s většími problémy v různých oblastech života, ať už se to týká rodiny či školy
- pro tuto věkovou skupinu je typické zneužívat širší spektrum návykových látek a užívat vícero látek najednou
- v období dospívání se vytváří síť mozkových buněk, která je užívání alkoholu a patrně i jinými drogami narušena
- časté jsou relapsy a recidivy, naopak dlouhodobější prognóza bývá příznivější, než je tomu u dospělých

4.2 LÉČBA ZÁVISLOSTI U MLADISTVÝCH

V České republice se můžou mladiství uživatelé drog léčit buď ve státních nebo nestátních zařízeních. Mezi nestátní organizace můžeme zařadit 2 terapeutické komunity zabývající se léčbou mladistvých – TK¹² Sananim – Karlov, TK Whitelight I. „*Principy terapeutických komunit pro závislé aplikuje také několik státních zařízení v resortu zdravotnictví a školství.*“ (Kalina, 2008, s. 282). Jedním ze státních organizací je středisko výchovné péče pro děti a mládež a výchovný ústav pro mládež s názvem „Středisko pro mládež Klíčov“, kde můžeme najít preventivně výchovné oddělení pro mladistvé ohrožené

¹² TK – zkratka pro terapeutickou komunitu

drogou. Dalším poskytovatelem služeb ve státním sektoru je odloučené pracoviště Diagnostického ústavu Dobřichovice v Řevnicích, kde můžeme najít oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí (Cesta Řevnice).

4.2.1 Terapeutické komunity pro mladistvé

Terapeutická komunita pro mladistvé se v základních charakteristikách neodlišuje od komunity pro dospělé, avšak samotná práce s adolescenty je poněkud rozdílná.

Kratochvíl (1979) definuje terapeutickou komunitu ze dvou úhlů pohledu. Na komunitu nahlíží buď jako na formu, kdy se jedná o systém řízení léčebného oddělení, kde klienti spolu žijí, sdílí společný program, podporují se v komunikaci a účastní se rozhodování nebo jako na psychoterapeutickou metodu, kde se využívá modelových situací.

Oba druhy terapeutických komunit jsou postaveny na těchto základních principech (Adameček, Richterová – Těmínová, Kalina, 2003) :

- důležitá je motivace klienta
- snaha přiblížit život v komunitě co nejlíže tomu, který je venku
- trénink odpovědnosti klienta
- vstup do komunity by měl být dobrovolný
- terapie probíhá zejména ve skupině
- přechod z terapie do běžného života musí být postupný
- strukturovaný život v komunitě umožňuje klientovi vytvářet vnitřní strukturu
- terapeutický tým je pouze poradce klienta

Nerozlišují se však ani v léčivých prvcích, díky nimž jsou komunity terapeutické.

Kooyman (2004) tyto terapeutické faktory shrnul takto:

- náhradní rodina
- ucelená filosofie
- terapeutická struktura
- rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií
- sociální učení prostřednictvím sociální interakce
- učení prostřednictvím krize
- terapeutický účinek všech aktivit komunity
- odpovědnost klienta za jeho chování
- zvýšení sebevědomí díky úspěchům
- konfrontace
- pozitivní tlak vrstevníků
- učení se rozumět emocím a vyjadřovat je

- změna negativního přístupu k životu na pozitivní
- zlepšení vztahů v původní rodině

Některé z těchto faktorů jdou u mladistvých více do popředí než je tomu u dospělých. Terapeutická komunita slouží jako náhradní rodina a snaží se o zlepšení vztahů s rodiči a blízkými. Důležitým úkolem je naučit mladistvé nést odpovědnost za své chování a umět přijmout negativní zpětné vazby na svojí osobu. Učení je u dospívajících posilováno krizovými momenty. „*Je to srozumitelné z Eriksonovy teorie sociálního učení. Považuje zrání za cestu skrze řadu krizí, které vedou k dezintegraci, po níž následuje neintegrace na vyšší úrovni, když je krize zvládnuta.*“ (Erikson, in Kooyman, 2004, s. 33) Při léčbě je také snaha naučit mladistvé vyjadřovat jak negativní (křik, pláč, strach), tak i pozitivní emoce (radost, smích, potěšení), které se někdy vyjadřují hůře. Na klienty je vytvářen velký tlak a samotný život v komunitě pro ně představuje stres. Setkávají se zde i s konfrontací. Mladiství by se měli naučit mluvit o konfliktech, o svých vlastních pocitech, snažit se najít pozitivní hodnoty ve svém životě a zvýšit si své sebevědomí. Tyto faktory jsou vhodné při doplňování vývojových úkolů, které dospívající nezvládl a nabízí mu možnost dospět v bezpečném prostředí. Pokud ale některý z 15 terapeutických prvků v komunitě chybí, bude léčba méně účinná.

4.2.2 Specifika léčby u mladistvých

Jainchill (1997), po několika výzkumech prováděných v Americe, popisuje některé specifické prvky, které by měly být změněny v terapeutické komunitě pro mladistvé. Tyto elementy rozdělila do 4 oblastí:

1. *plánovaná doba trvání*: 9 - 12 měsíců, léčba by měla být rozdělena do fází, přechod z jedné fáze do vyšší vyžaduje splnění určitých kritérií v behaviorální, emoční a vývojové oblasti, tento postup s sebou přináší jak výhody, tak i větší odpovědnost, následná péče by měla být zajištěna poléčenými aktivitami jako je poradenství a skupinová terapie
2. *vztahy mezi klienty a personálem*: programy pro adolescenty jsou obecně méně hierarchické a konfrontační než je tomu u dospělých, mladiství se také méně zapojují do managementu komunity, mnoho klientů nemá pozitivní vztahy s autoritami, snahou je naučit je komunikovat s těmito lidmi, práce s touto specifickou skupinou klade velké nároky i na terapeutický tým
3. *struktura práce*: práce oproti dospělým hraje sekundární roli, do popředí se dře role studenta a dokončení základní, resp. střední školy, je tu velký důraz na vzdělání, díky drogám mají klienti omezené schopnosti a pomocí práce si tyto dovednosti doplňují

4. *speciální služby*: léčba adolescentů vyžaduje v ideálním případě léčbu celé rodiny, rodiče i příbuzní se mohou angažovat v různých aktivitách – např. individuální či skupinové sezení pro rodiče, klient i rodina by měla odbourat hranice, které brání komunikaci a snažit se porozumět společné odpovědnosti členů rodiny

Léčba pro mladistvé je v České republice oproti Americe o třetinu kratší, tedy 6 až 8 měsíců. Léčebný program se zaměřuje na získání sociálních a pracovních dovedností, vytvoření hodnotového systému, přípravu na samostatný život a profesní dráhu, emoční stabilizaci klienta, zvyšování fyzické kondice a v neposlední řadě i přijetí zodpovědnosti a poznání sebe sama. Z operačního manuálu terapeutické komunity Karlov (SANANIM – TKK, 2004) vyplývá několik specifických cílů v péči o mladistvé. Kromě dosažení základního cíle, tedy abstinence od drog, sem spadá:

- konstruktivní zvládnutí období dospívání
- vytváření hodnotového systému a změna základních životních postojů
- příprava na partnerství
- příprava na profesní život
- motivace k dalšímu vzdělávání a získání kvalifikace
- stabilizace vztahů v rodině a porozumění mechanismům fungování rodiny

Kromě těchto cílů jsou upraveny i některé programy, které jsou součástí denního chodu komunity. Tyto programy se především zaměřují na vzdělání (snaha o získání odpovídajících znalostí z českého jazyka a matematiky) a na větší fyzickou zátěž. Dalším specifikem pro mladistvé jsou tématické skupiny na téma partnerství, dospělost či vztahy v rodině. V podstatě se dá říct, že tyto specifické cíle i programy vychází z vývojových úkolů pro období adolescence.

5 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bych se chtěla zaměřit na vývojové úkoly adolescentů. Budu vycházet z neopsychoanalytické teorie Erika Eriksona a především z jeho syntetického díla *Dětství a společnost*, kde v kapitole *Osm věků života* popisuje duševní vývoj člověka. Plno adolescentů, kteří užívají návykové látky, nemají tyto úkoly splněny. Nechci tím však říct, že by důsledkem užívání drog bylo nesplnění vývojových úkolů. Ale jak již bylo řečeno v teoretické části práce, jeden z důvodů užívání drog může být právě oné nezvládnutí vývojového úkolu.

Ráda bych na klinických ilustracích (kasuistikách) poukázala na nesplnění těchto úkolů. Samozřejmě se může stát a v reálu se tak i stává, že dospívající nemá úkolů splněných více. Ze své stáže ale dobře vím, že doplnění vývojových úkolů ještě nemusí znamenat přestat užívat drogy.

Cílem této části práce je snaha o poskytnutí myšlenky či nápadu, jak zviditelnit a specifikovat práci s vývojovými úkoly u adolescentů v léčbě závislosti a tím pádem i urychlit a zintenzivnit jejich léčbu.

5.1 ERIK H. ERIKSON

Erik Erikson se narodil 15. června 1902 ve Frankfurtu nad Mohanem. Jeho otec byl dánského původu. Bohužel zemřel brzo po Eriksonově narození. Jeho matka, mladá žena židovského původu, se poté znovu provdala za německého doktora Homburgera. Ten Erika adoptoval a proto také jeho první literární práce nesou ještě jméno Homburger.

Po absolvování střední školy se z Erika stal umělec, žil bohémským životem a různě cestoval po Evropě. V 25 letech se ve Vídni dostal do styku s psychoanalyticky zaměřenými psychology, např. Dorothy Burlinghamovou (přítelkyně Anny Freud). Ve Vídni získal i formální psychoanalytický výcvik.

Po nástupu Hitlera k moci v Německu emigroval do Spojených států Amerických. Zde přednášel na několika významných univerzitách – Harvard, Yale, Berkeley. Když získal americké občanství, změnil si své jméno na Erik Erikson. V roce 1950 píše své stěžejní dílo *Dětství a společnost*, poté tráví několik let přednášením na klinice v Massachussets. Dalších 10 let strávil na univerzitě v Harvardu. V roce 1970 odešel do důchodu a věnoval se výzkumu se svojí manželkou. Umírá v roce 1994. (Boeree, 1997)

5.1.1 Osm věků člověka

Erikson (2002) ve své teorii popisuje 8 stadií (období) našeho života¹³. V každém z nich procházíme určitou krizí a plníme vývojové úkoly. Způsob a míra zvládnutí vývojového úkolu pak ovlivňuje naši osobnost.

1) Základní důvěra proti základní nedůvěře

V prvním roce života je úkolem dítěte získat základní důvěru k životu a světu. Podle Eriksona by k tomu měla přispět mateřská péče, která závisí na kvalitě mateřského vztahu. Sociální důvěra dítěte se pak projeví v tom, jak dobře jí, spí a jak uvolňuje pohyby svých střev. *„Důležitou zkouškou prochází vztah dítěte a matky dle Eriksona, když se dítěti začínají prořezávat zuby. Zuby způsobují bolest zevnitř, dochází k záchvatům zlosti dítěte. Erikson toto období přirovnává k biblickému příběhu o vyhnání Adama a Evy z ráje.“* (Metalová, 2008). Pokud se vztah mezi matkou a dítětem nezdaří, dítě pak bude své okolí ovládat nátlakem a vznikne u něho nedůvěra vůči okolnímu světu.

2) Autonomie proti studu a nejistotě

V druhém roce života je úkolem dítěte si osvojit sebedůvěru. Velmi důležitým vztahem, ve kterém si řeší své krize, je vztah s rodiči. Toto období se stává podle Eriksona rozhodující pro poměr mezi láskou a nenávistí, spoluprací a vzdorovitostí. Z pocitu sebeovládání vychází určitá autonomie, avšak ztráta možnosti volby vyvolává sklon k nejistotě a u dítěte vede k diskriminaci sebe sama.

3) Iniciativa proti vině

Ve třetím až pátém roce života je úkolem dítěte si vytvořit postoj v zodpovědnosti za své činy. Tam, kde dříve byla u dítěte umíněnost, nyní nastupuje iniciativa, která u něho znamená schopnost být průbojný a riskovat. Erikson vychází z učení Sigmunda Freuda a proto také přisuzuje velkou roli sexuální iniciativě. Dítě se identifikuje s rodičem druhého pohlaví a ve svých fantaziích si přeje odstranit rodiče stejného pohlaví, což má za následek pocit viny.

4) Snaživost proti méněcennosti

Jde o období mladšího školního věku. Dle Eriksona se dítě učí získávat uznání výrobou věcí. Dítě je schopné se pustit se do věcí, které již přesahují hru. V tomto období číhá na dítě nebezpečí v pocitu méněcennosti. Freud toto stadium nazývá latentním obdobím, protože prudké pudy jsou zatím nečinné. Na druhé straně je toto období z hlediska sociálního velmi

¹³ V příloze č. 3 naleznete Eriksonovu tabulku zabývající se popisem osmi stadií života.

důležité. Příčinnivost znamená dělat věci vedle ostatních a s nimi a tak se dítě poprvé setkává s dělbou práce.

5) Identita proti konfuzi rolí

Jedná se o období puberty a adolescence. Jedinec znovu zpochybňuje neměnnost a kontinuitu, na kterou dříve spoléhal a to v důsledku rychlosti fyzického růstu a pohlavní zralosti. Podle Eriksona je toto období důležité pro ustanovení vlastní identity, které je zároveň i hlavním vývojovým úkolem tohoto stadia. Utváření osobní identity úzce souvisí s vývojem ega. *„Formování identity je nemožné bez určitého odmítání rolí, zvláště když jsou k dispozici role ohrožující možnou syntézu identity mladého jedince. Odmítnutí role pak pomáhá ohraničit vlastní identitu.“* (Erikson, 1999, s. 72). Jedinec se zabývá otázkami, kdo je, odkud pochází, kam směřuje a jak vypadá v očích jiných lidí ve srovnání s tím, jak se sám cítí. V tomto stadiu bývá nebezpečí difúznosti. Tam, kde je difúznost založena na pochybnostech o sexuální identitě, nejsou ojedinělé případy delikvence či psychotické poruchy. Jsou-li však správně léčeny, nemají tak fatální dopad jako je tomu v jiných vývojových etapách dítěte. Ve snaze udržet svou integritu se adolescenti identifikují s různými hrdiny a to až do té míry, že ztrácejí svojí vlastní identitu. Jedinci se v tomto stadiu bouří proti autoritám, protože jim to pomáhá se vymanit z dětské závislosti. Začínají mladistvé lásky, které jsou podle Eriksona projekcí obrazu vlastního ega do jiné osoby a možnost tento obraz reflektovat a postupně poznávat sám sebe. To je důvod, proč mladé páry tak dlouho spolu konverzují. Mladiství se projevují svojí soudržností, ale na druhou stranu také krutostí, kterou jsou schopni vytěsnit všechny ty, kteří se něčím odlišují, ať už se jedná o jinou barvu pleti či jinou kulturu. Takovou netoleranci je nutné chápat jako obranu proti pocitu difúznosti, protože vlastní sebedůvěra ještě není dostatečná. Mysl adolescenta je myslí ve stavu moratoria, mezi morálkou, jíž se dospívající naučil, a etikou, kterou by měl rozvíjet jako dospělý. Mladý člověk touží být uznáván a respektován. V některých kulturách dochází k tomuto potvrzení pomocí rituálů a víry. Aby se mladí lidé nestali cyničtí a apatičtí, musí být schopni sami sebe přesvědčit, že dospělí, kteří uspějí v očích dospívajících, by měli přijmout závazek být těmi nejlepšími.

6) Intimita proti izolaci

Úkolem raného období dospělosti je vytvořit partnerský vztah. Jedinec by měl být připraven k intimitě, tedy vstoupit do partnerství a především tyto závazky dodržet. Erikson říká, že už v této době by měl být jedinec schopen čelit pocitu ztráty ega a mít schopnost se izolovat. Nebezpečí tohoto stadia spočívá ve vytvoření jak intimních, tak zároveň i soupeřivých vztahů.

7) Generativita proti stagnaci

Termín generativita zahrnuje evoluční vývoj a hlavně je to v první řadě zájem o plození, vedení a vychovávání příští generace. Dospělý člověk potřebuje, aby ho někdo potřeboval. Erikson zde hovoří o závislosti starší generace na mladší. Do tohoto stadia patří i produktivita a tvořivost. Pokud selhávají snahy o generativitu, dochází k pocitům stagnace.

8) Integrita ega proti zoufalství

V období stáří je cílem osobnostního vývoje dospět k smysluplnosti života, který člověk prožil. Integrita je tedy přijímání životního cyklu života, co nebylo možno jinak změnit či nahradit. Nedostatek integrace se projevuje strachem ze smrti, nespokojeností prožitého života a zoufalstvím z toho, že již nelze začít znovu a lépe.

5.2 VÝVOJOVÉ ÚKOLY ADOLESCENCE

Plnění vývojových úkolů v adolescenci není jednoduchá věc. Střetává se při tom celá řada vnějších a vnitřních vlivů. Erikson (2002) definuje hlavním vývojovým úkolem adolescence **vytvoření vlastní identity** neboli tzv. ego identity. Kalina (2000) specifikoval 6 jasných vývojových úkolů, kterými by si mladiství měli projít, aby se mohli stát dospělými. Dá se říci, že společným znakem všech těchto úkolů je právě snaha najít a vytvořit vlastní identitu, o které mluví Erikson.

Mezi tyto úkoly zejména patří:

- naučit se přijmout svoje tělo
- ztotožnit se se svou sexuální rolí
- získat akceptovanou pozici ve skupině vrstevníků
- připravit se na povolání a životní dráhu
- založit uspokojivý sexuální vztah
- dosáhnout emoční autonomie od svých rodičů

6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Tento kvalitativní výzkum je zaměřen na poukázání nezvládnutí vývojových úkolů u adolescentů, kteří berou drogy. Někteří mladiství se totiž snaží zmírnit intenzitu problémů užíváním drog, místo toho, aby řešili své vývojové úkoly (Kalina, 2008). Hlavní cílem byla tedy snaha ukázat na příkladech z praxe (případových studií) teorii, o které píše v předchozích kapitolách. V tomto výzkumu se zaměřuji především na nevyřešené či odložené vývojové úkoly. Vzhledem k velmi malému rozsahu výběrového souboru není tedy záměrem této studie sebemenší generalizace výsledků, nýbrž umožnění hlubšího vhledu do této problematiky .

7 FÁZE VÝZKUMU PŘI APLIKACI PŘÍPADOVÉ STUDIE

7.1 OBECNÝ POPIS PŘÍPADOVÉ STUDIE

„Základním a jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu je případová studie. Jednopřípadová studie je nejjednodušším příkladem případové studie. V tomto případě nemá případová studie primárně výzkumný účel, nýbrž účel diagnostický, eventuálně terapeutický či výchovný. Jedná se o podrobnou studii jedné osoby, kdy se zaměřujeme na různé oblasti jejího života a snažíme se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech tak, aby tento obraz byl strukturován výzkumným cílem.“ (Miovský, 2006, s. 94-95)

7.2 CÍL VÝZKUMU

Cílem tohoto výzkumu je poukázat na jednopřípadové studii nesplnění vývojových úkolů u adolescentů v léčbě závislosti, o nichž hovořím v předchozí části své bakalářské práce. Snažím se o ukázkou teoretických poznatků v praxi.

7.3 DEFINICE PŘÍPADU

Případem se rozumí objekt výzkumného zájmu. V tomto výzkumu se tedy jedná o dva mladistvé, kteří jsou závislí na drogách, léčí se a nemají doplněny vývojové úkoly období adolescence.

7.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výběr mého budoucího výzkumného souboru probíhal metodou záměrného výběru přes instituce. Je to metoda, při které se využívá určitého typu služeb určeného pro cílovou skupinu, která výzkumníka zajímá.

7.5 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Pro svůj kvalitativní výzkum jsem zvolila metodu nestrukturovaného interview. Tato metoda se nejvíce podobá běžnému rozhovoru. Důraz bývá kladen především na přirozenost konverzace. Neexistuje zde žádný plán v podobě struktury, kterého by se měl tazatel držet. V podstatě se výzkumník drží pouze hlavního tématu (cíle výzkumu) a nedefinuje ani žádné dílčí okruhy. V mém případě se hlavní téma týkalo nesplněných vývojových úkolů u adolescentů v léčbě závislosti. (Miovský, 2006)

7.6 PRŮBĚH ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Získávání dat probíhalo v terapeutické komunitě Karlov, kde se účastníci výzkumu léčili. Samotné interview jsem si pak zapisovala na papír, z něhož jsem kvalitativní data přepsala do počítače.

7.7 ETICKÉ ZÁSADY VÝZKUMU

Z etických důvodů a potřeby souhlasu rodičů nezletilých adolescentů jsem při svém výzkumu pracovala s plnoletými adolescenty. Podle Macka (2003) tito plnoletí adolescenti spadají do období pozdní adolescence (17 až 20 let).

Z důvodu dobrovolné účasti na výzkumu byli účastníci okamžitě při prvním setkání obeznámeni s cílem výzkumu, jeho průběhem a také se svými právy. Účastníci měli právo kdykoliv od výzkumu odstoupit. Naštěstí se tomu tak nestalo. Informovaný souhlas proběhl písemnou formou.

Ochranu osobních údajů jsem zajistila záměnou jmen a posunutím časových údajů na časové ose tak, aby nemohly vést k identifikaci dané osoby.

Základní etická pravidla výzkumu byla dodržena.

7.8 HODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

Cílem výzkumu byla snaha demonstrovat nezvládnutí či nesplnění vývojových úkolů u mladistvých léčících se ze závislosti na drogách. Myslím si, že tento cíl se podařilo splnit a tím pádem i na dvou případových studiích demonstrovat teorii, o které jsem psala v předchozích kapitolách.

8 PŘÍPADOVÉ STUDIE

8.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1: JAROSLAV

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Jméno: Jaroslav

Věk: 19 let

Hlavní droga: pervitin

Drogová kariéra: 7 let kouření marihuany, 4 roky pervitin, 2 roky heroin

Škola: střední odborné učiliště

Sourozenci: 2

Jarda se narodil v menším městě v západních Čechách. Jeho rodiče se rozvedli, když bylo Jardovi 4 roky. Má jednu vlastní o 4 roky starší sestru a jednu nevlastní, která je o 3 roky mladší. S biologickým otcem se nestýká. Prý již nad ním zlomil hůl, Jarda s ním také nekomunikuje. Svého nevlastního otce bere za vlastního. Otec pracuje jako řidič nákladáku, matka jako ošetřovatelka.

V dětství s Jardou nebyly žádné problémy. Na rozvod rodičů si moc nevzpomíná, nepřikládá tomu nějakou důležitost. Na 1. stupni ZŠ byl vzorný žákem. Vše se však zlomilo v 5. třídě, kdy dostal dvojku z chování za šikanu. Poté nastoupil dvoutměsíční léčbu v psychiatrické léčebně kvůli poruše chování. V 8. třídě se však dvojka z chování opakovala. Od svých 12 let kouřil marihuanu se svými kamarády, které si našel v okolí svého bydliště. Ve škole neměl příliš dobrou **pozici ve skupině vrstevníků**. Byl považován spíše za třídního šaška než aby ho někdo bral vážně. Na přední příčky v třídním kolektivu se vyšplhal až na středním odborném učilišti právě díky drogám. Zpětně teď Jarda reflektuje, že dobrou pozici ve skupině si neuměl a stále neumí získat, aniž by v tom nebyly drogy. V 15 ti poprvé zkusil

pervitin. Zpočátku si pouze šňupal, po přechodu na učiliště si však začal aplikovat intravenózně. Přestože byl ve druháku podmíněně vyloučen za prodej drog, školu dokončil a získal výuční list v oboru truhlář. To mu zajišťuje možnost si v budoucnu najít dobře placenou práci, jelikož truhlářů je na pracovním trhu nedostatek. **Připravít se na povolání a životní dráhu** tedy v rámci mezí zvládl. Dokonce nastoupil i na nástavbu, kterou však po prvním roce vzdal. Jak sám říká, vůbec to nezvládal, jelikož od pondělí do čtvrtka byl na drogách a od pátku do neděle spal.

O svém dětství mluví Jarda jako o spokojeném. Rodiče ho prý velmi rozmazlovali a dovolili mu v podstatě vše. Žádné hranice v rodině nikdo nestanovil. To je pravděpodobně i jeden z důvodů, proč Zbyněk začal brát drogy. Mezi další důvody uvádí nudu a frajeřinu. Prostě měl všechno, na co si vzpomněl (včetně peněz). To už byl krůček k užívání návykových látek. Rodiče tušili, že jejich syn kouří marihuanu, o pervitinu však neměli ani ponětí. Poté, co Jarda přestal chodit do školy, vystřídal plno zaměstnání. Domů chodil pouze jako do hotelu – najíst, vyspat a vykoupat. V 17 letech rodiče Jardu vyhodili na ulici. Ten pak různě přebýval u kamarádů nebo na ubytovnách až skončil na squattu. V této době Jarda začal kouřit heroin a zároveň i drogy prodávat. Od 15 let se pohybuje na techno scéně, kde se drogy distribuují ve velkém a je možno si spoustu drog i zkusit. Sám vyzkoušel různé halucinogenní drogy, LSD, tripy a mexické houby.

Poslední 2 roky přežíval hlavně díky „komisím“¹⁴. To se mu však stalo osudným. Na začátku minulého roku dostal od svého kamaráda „vaříče“ přes 100 g pervitinu, většinu však sám vyhulil nebo rozdal. To se samozřejmě kamarádovi nelíbilo. Nechal ho zmlátit, až Jarda skončil na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. To prý byl impulz, aby se sebou začal něco dělat. Odjel ke svým 2 kamarádům, kteří jsou gayové a žijí na chalupě. Zde strávil přibližně čtvrt roku a po tuto dobu byl čistý. Hned na začátku si s nimi Jarda ujasnil svou sexuální roli. Vždy byl na dívky a nikdy neměl problém se **ztotožnit se svou sexuální rolí**. Co se týče partnerských vztahů, měl pouze jeden trvajících asi 2 roky. Zpočátku jeho přítelkyně nevěděla, že Jarda bere drogy. Myslela si, že pouze kouří marihuanu. Poté, co to zjistila, rozešla se s ním. Jak sám Jarda říká, byl to vztah na drogách. Žádný **uspokojivý sexuální vztah** se mu zatím nepodařilo založit. Rád by si však v budoucnu našel přítelkyni a zkusil prožít vztah bez drog.

Po 3 měsících strávených mimo drogovou scénu ho rodiče odvezli na detox do psychiatrické léčebny Bohnice, odkud však byl po 2 měsících vyhozen za kouření marihuany. Rodiče mu po několikáté dali další šanci a odvezli ho na detox do Plzně. Zde probíhal nábor do terapeutické komunity Teen Challenge. Vydržel v ní pouze asi 3 dny. Hned

¹⁴ Komise - od dealerů dostane uživatel nějaké množství drog a v určitém časovém rozmezí musí prodat např. 80 %. Pokud se mu to podaří, zbytek je pro jeho osobní potřebu.

při nástupu do komunity dostal Bibli, která mu pomůže se vyléčit. V Boha nevěřil, a proto odešel. Vrátil se k rodičům, kteří mu pomohli najít terapeutickou komunitu pro mladistvé, kde začátkem letošního roku nastoupil léčbu. Jarda je na svých rodičích neustále emočně vázán. Přestože ho vyhodili na ulici, pokaždé za nimi přišel a žádal o pomoc. Jardova emancipace od rodiny nebyla dokončena přirozeně a zatím se mu stále nepodařilo dosáhnout **emoční autonomie od svých rodičů**.

8.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2: BARBORA

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Jméno: Barbora

Věk: 18 let

Hlavní droga: pervitin

Drogová kariéra: 4 roky kouření marihuany, 4 roky pervitin, občas alkohol

Škola: střední odborné učiliště (nedokončené)

Sourozenci: 1

Bára se narodila v Praze. Má o 3,5 roku staršího bratra. Otec zpočátku pracoval na stavbě, poté byl po dlouhou dobu nezaměstnaný. Nyní se nechává vydržovat bohatou přítelkyní. Matka je prodavačka v obchodě s potravinami. S Bářiným otcem se rozvedla a momentálně žije se svým novým přítelem. Otec měl velké problémy s alkoholem a léky. Několikrát se i předávkoval a skončil v psychiatrické léčebně. Často také mlátil svojí manželku i syna. Na Báru však nikdy nesáhl.

Přibližně asi tak do Bářiných 11 ti let žila rodina šťastně ve velkém bytě na jednom z pražských sídlišť. To se však změnilo ve chvíli, kdy se museli vystěhovat kvůli nezaplaceným nájům. Přestěhovali se do dvoupokojového bytu. V této době začal otec velmi pít. Bára i její bratr ho nenáviděli, protože se stali jeho otroky. Co si otec vymyslel, bylo svaté. Všichni museli poslouchat bez odmlouvání, jinak bylo zle. Otec neměl problém s tím, aby Bářinu matku zmlátil jen proto, že došlo pivo. Máma to psychicky nezvládala a našla si jiného přítele. Obě své děti nechala u otce. V této době bylo Báře 13,5 roku a byla velmi závislá na své matce. Ona je v určité míře stále citově závislá i nyní. Nedokázala prozatím **dosáhnout emoční autonomie** od své matky. Podle jejích slov na svého otce nikdy citově vázána nebyla, ba naopak. Nesnášela ho kvůli neustálým výčtkám, jeho agresivitě, mlácení

a pití alkoholu. K otci pořádně ani nepřilnula, takže nemůže ani přirozeným způsobem se od něj separovat a žít svůj vlastní život.

Poté, co matka odešla z domu, Bára s otcem zůstala sama. Její bratr se totiž odstěhoval ke své přítelkyni. Otec nebyl schopen překousnout odchod své manželky a začal chodit k psychiatrovi. Ten mu předepisoval NeuroL, který však kombinoval s alkoholem. Pro Báru to bylo neúnosné a hledala útočiště mimo domov. Nakonec ho našla u party lidí ze sídliště. Ve 14 letech začala kouřit marihuanu, o pár měsíců později vyzkoušela pervitin. Od 15 let se pohybuje na ulici a pervitin si již aplikuje intravenózně. V této době na tom Bára nebyla vůbec dobře. Byla vystíhovaná, špinavá a velmi pohublá. Vážila pouhých 40 kg. V této době se Bára nedokázala **ztotožnit se svým vlastním tělem**. Sama sobě se nelíbila, ale nevěděla, jak si má pomoci. Bez drog by totiž nebyla schopna fungovat, s drogami přestávalo její tělo fungovat. Bára vždy ale byla nespokojena se svým tělem, především s malými prsy. To se ale zlepšilo po porodu jejího syna, kdy je teď s velikostí poměrně spokojená. Ví, že až přestane kojit, prsa budou mít zase stejnou velikost jako předtím. Nyní má však na své tělo větší náhled a ví, že prsa nejsou to nejdůležitější. Z ulice jí pomohl brácha s babičkou, kteří ji odvezli na chalupu, kde byla asi čtvrt roku čistá. Pak se na chvíli vrátila k matce, která jí donutila chodit na střední odborné učiliště (obor aranžérka) z důvodu **přípravy na povolání a životní dráhu**. Bára se školou ze začátku nijak výrazné problémy neměla, dokud zase nezačala brát drogy. Školu ukončila na konci druhého ročníku kvůli velkému počtu zameškaných hodin.

Poté co jí vyhodili ze školy, odešla od matky a našla si podnájem a poměrně dobře placenou práci. V této době drogy moc neužívala, spíše jen kouřila marihuanu nebo občasně pila alkohol. Bez drog vydržela asi půl roku, než ji vyhodili z práce. V necelých 17 letech znova skončila na ulici. Seznámila se se Zbyškem, budoucím otcem jejího dítěte. Spolu se různě potulovali po „varech“, občas něco ukradli a prodávali pervitin. Bára na něm byla velmi závislá, postupem času se však začali mlátit. Rozhodně se nedá říct, že by to byl **uspokojivý sexuální vztah**. Zbyška po pár měsících „vztahu“ zavřeli. Bára to neunesla a zhroutila se. Začala si píchat drogy ve velkém. Dokonce si intravenózně zároveň aplikovala pervitin s heroinem. Přestala platit nájem v bytě a byla jí vypovězena smlouva. Různě přebývala u kamarádů, občas byla schopna si i zaplatit podnájem. Zbyška po půl roce pustili. Hned volal Báře, ať mu sežene nějaké drogy. Spolu pak „profetovali“ celý víkend. O tomto víkendu spolu i spali. Po pár týdnech zjistila, že je těhotná. Otec dítěte však šel znovu sedět a Bára byla zase v bludném kruhu. Kvůli miminku s tím ale chtěla začít něco dělat. Nejdříve šla do denního stacionáře, odkud pak odešla do terapeutické komunity.

8.3 SHRUTÍ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

Jardovi se podařilo ztotožnit se svou sexuální rolí. Nikdy prý neměl problém přijmout vlastní tělo, přestože po nějakou dobu bydlel u dvou kamarádů, gayů. Mezi jeho další splněné vývojové úkoly bychom mohli zařadit přípravu na povolání a životní dráhu, neboť je vyučeným truhlářem. Co se týče nedodělaných úkolů, stále nezaložil uspokojivý sexuální vztah. Nepodařilo se mu také emočně odpoutat od svých rodičů a akceptovanou pozici si ve skupině vrstevníků zatím hledá. Jako každý adolescent si i Jarda pokládá otázky typu: „Kdo jsem a odkud pocházím?“ Jardova identita se zatím formuje. Snaží se také najít odpověď na otázku: „Kým je a co bude dělat v budoucnu?“. Momentálně v tom má však jasno. Rád by v řádném termínu ukončil léčbu v terapeutické komunitě a našel si práci jako truhlář. Je pro něj velmi důležité, jak vypadá v očích jiných lidí a ještě stále se snaží napodobovat různé hrdiny. Svoji identitu dosud hledá. K jejímu nalezení je už ale o krůček blíže než tomu bylo před nástupem do komunity. S Jardou by se v průběhu léčby mělo soustředit na dosažení emoční autonomie od jeho rodičů a na získání akceptované pozice ve skupině vrstevníků. Založení uspokojivého sexuálního vztahu bude muset nechat až po ukončení léčby z důvodu zákazu sexu v terapeutické komunitě.

Bára má zcela jasnou sexuální orientaci. Velmi komplikovaně ale prožívá vztah ke svému tělu a celkově k sobě samé. Ona však tvrdí, že se již se svým tělem ztotožnila. Je otázkou, jak na své tělo bude reagovat až přestane kojit a prsa se jí zase zmenší. Bude zapotřebí s ní na tomto vývojovém úkolu v léčbě pracovat. Bára nedokončila střední odborné učiliště. Po skončení léčby se ale zatím školu nechystá dokončit. Bude si prý muset nejdříve najít práci, aby mohla živit své dítě a platit nájem. Na školu jí nezbude čas. Stejně jako Jarda, ani Bára doposud nezaložila uspokojivý sexuální vztah. Přestože je již sama matkou, na své mámě je stále emočně závislá a separace od rodičů neproběhla přirozeným způsobem. I u Báry se identita teprve formuje. Odpovědi na otázky, kdo je a čím chce být, už ale zná. Ráda by po ukončení léčby zůstala čistá a vychovávala svého syna s novým partnerem, se kterým by chtěla založit uspokojivý partnerský a sexuální život.

9 DISKUZE

Nyní bych se ráda zabývala svojí prací. V teoretické části se věnuji tématům adolescence, adolescenti a drogy a specifika léčby mladistvých, abych poskytla teoretické povědomí o tomto velmi těžkém životním období. V praktické části navazuji na teoretickou a rozebírám zde vývojové úkoly období dospívání. Podkapitolou této praktické části byl kvalitativní výzkum, jehož cílem byla snaha poukázat na nesplnění vývojových úkolů u adolescentů v léčbě závislosti.

Metodika, která byla při kvalitativním výzkumu použita, se zdá být vyhovující. Primárním účelem případové studie totiž nebyl výzkumný účel, ale spíše terapeutický či výukový. Jsem si vědoma, že při takto velmi malém vzorku nelze nic generalizovat. Jedná se tedy spíše o nástin dané problematiky („Fenomén vývojových úkolů v léčbě závislosti“).

Mojí osobní vizí bylo, aby tato bakalářská práce byla takovým teoretickým povědomím o období dospívání a zároveň se zaměřila na specifickou oblast, kterými jsou právě vývojové úkoly. Kdyby se podařilo více se v léčbě na fenomén vývojových úkolů zaměřit a zviditelnit ho, mohlo by to vést ke zlepšení a zintenzivnění léčby mladistvých. Tím pádem by se mohla léčba mladistvých zkrátit a samozřejmě by se snížily i ekonomické náklady. Myslím si totiž, že střednědobá léčba (6-8 měsíců) pro adolescenta, který užíval drogy např. pouze 2 roky, je příliš dlouhá. Přestože je u nás snaha o zkrácení léčby pro dospívající, v Severní Americe byly prováděny výzkumy, kde standardní doba léčby mladistvých byla 9-12 měsíců. (Jainchill, 1997). Musím ale dodat, že tyto výzkumy byly prováděné před 12 lety a za tu dobu udělali adolescenti velký krok dopředu. Velký podíl na tom má i technická vyspělost a vybavenost společnosti.

Je otázkou, jak ale vývojové úkoly zviditelnit a zapojit je do praxe. Při vstupu do léčby každý mladistvý vyplňuje anamnestický list¹⁵ a poté v průběhu léčby jsou s ním vyplňovány individuální plány. Napadlo mě, zda nezkusit definovat vývojové úkoly v několika bodech a nepřidat je již do těchto vytvořených dotazníků. Zatím žádné takovéto body týkající se vývojových úkolů zde nejsou. Při vstupu do léčby bychom se tedy o klientovi/klientce mohli dozvědět o něco více, např. o jeho postavení ve skupině vrstevníků či vztahu s druhým pohlavím. Podle toho bychom se pak mohli domnívat, proč zrovna třeba nekomunikuje s druhým pohlavím nebo je na okraji skupiny. Pokud bychom tyto body zařadily i do individuálního plánu, mohli bychom pozorovat, zdali si klient/ka tyto vývojové úkoly v průběhu léčby doplňuje nebo ne. Doufám, že se mi touto prací podařilo shrnout teoretické poznatky o adolescenci a podnítit zájem zkoumat tuto problematiku více do hloubky.

¹⁵ Ukázkou anamnestického listu a individuálního plánu terapeutické komunity Karlov je možné si prohlédnout v příloze č. 3 a 4.

10 ZÁVĚR

Cílem této práce byla snaha poskytnout čtenáři teoretické zmapování závislosti u adolescentů v léčbě závislosti se zaměřením na fenomén vývojových úkolů.

V úvodu této práce nastiňuji důvody, proč by se mladiství měli léčit zvlášť a dále přemýšlím o možnosti specifikace vývojových úkolů.

V teoretické části se snažím seznámit s tématem adolescence z psychologického, sociologického i fyziologického hlediska a dále se věnuji specifikám závislosti a léčby u mladistvých.

V praktické části se věnuji Eriksonově teorii osobnosti se zaměřením na 5. stadium života týkající se období dospívání. V kvalitativním výzkumu pomocí metody případových studií a za pomoci nestrukturovaného interview jsme poukázala na nesplnění vývojových úkolů u adolescentů v léčbě závislosti.

V první části diskuze se snažím o zhodnocení své práce a rozebrání zvolené metodiky kvalitativního výzkumu. Ve druhé přemýšlím o možnosti zviditelnit fenomén vývojových úkolů u adolescentů v léčbě závislosti a o možnosti, jak zapojit vývojové úkoly více do praxe.

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1:

Tabulka č. 5 - Výška českých postpubescentních hochů od 1895 do 1950

Tabulka č. 6 - Pořadí oblíbenosti druhů literatury u mládeže od 14 do 18 let

Příloha č. 2:

Tabulka č. 7 - Osm věků života

Příloha č. 3:

Anamnestický list terapeutické komunity Karlov

Příloha č. 4:

Měsíční plán terapeutické komunity Karlov

11.1 PŘÍLOHA Č. 1:

Tabulka č. 5: Výška českých postpubescentních hochů od roku 1895 do 1950

Věk v letech	Matiegka	Roubalové	Borovanský- Hněvkovský	Fetter
	1895	1923	1930	1950
15	157,1 cm	159,6 cm	164,4 cm	163,0 cm
16	161,4	164,4	167,2	168,4
17	162,9	169,3	171,7	171,6
18	166,1	170,4	172,7	173,4
19	167,0	171,2	173,8	—
20	168,0	—	—	—

Zdroj: Příhoda (1967, str. 24)

Tabulka č. 6: Pořadí oblíbenosti druhů literatury u mládeže od 14 do 18 let

HOŠI	DĚVČATA
1. Literatura dobrodružná	Literatura klasická (romány)
2. Historická	Dobrodružná
3. Cestopisná	Historická
4. Odborná (nauková)	Poezie
5. Vojenská	Cestopisná
6. Humoristická	Vojenská
7. Klasická	Humoristická
8. Fantastická	Dívčí romány
9. Detektivní	Fantastická
10. Beletristická (současná)	Beletristická (současná)
11. Sportovní	Odborná
12. Poezie	Detektivní
13. Braková	Braková

Zdroj: Příhoda (1967, str. 116)

Pozn.: Braková literatura je druh populární, zábavné, milostné, dobrodružné, detektivní i historické četby a začala se šířit v 2. polovině 18. století.

11.2 PŘÍLOHA Č. 2:

Tabulka č. 7: Osm věků života

PSYCHOSEXUALITA A CYKLY GENERACÍ (37)

D	E	F	G	H
Základní ctnosti	Jádrová patologie, základní atypie	Prslušné principy sociálního řádu	Vázající ritualizace	Ritualismus
Naděje	Stažení se	Kosmický řád	Posvátná	Modifikáři
Vůle	Kompulze	„Zákon a příkaz“	Racionální	Legalismus
Cíl	Inhibice	Ideální prototypy	Dramatická	Moralismus
Schopnost	Netečnost	Technologický řád	Formální (technická)	Formalismus
Věrnost	Zavržení	Ideologický pohled na svět	Ideologická	Totalismus
Láska	Vylučnost	Vzorce souperení a spolupráce	Přijímající	Elitářství
Péče	Odmítnutí	Směry vzdělávání a tradice	Tvořivá	Autoritářství
Moudrost	Opovržení	Moudrost	Filosofická	Dogmatismus

ZIVOTNÍ CYKLUS ROZŠÍŘENÝ A DOKONČENÝ (36)

Stadia	A	B	C
	Psychosexuální stadia a módy	Psychosociální krize	Rozsah významných vztahů
I. Kojenecké období	Orální- respiratorní, senzorio- kinestetické (inkorporativní módy)	Základní důvěra vs. Základní nedůvěra	Matěřská osoba
II. Rané dětství	Anální- uretrální, muskulární (retentivně- eliminální)	Autonomie vs. Stud	Rodičovské osoby
III. Věk hry	Infantilně- genitální, lokomotorické (intruzivní, inkluzivní)	Iniciativa vs. Vina	Základní rodina
IV. Školní věk	„Latence“	Zručnost vs. Méněcennost	„Sousedství“, škola
V. Adolescence	Puberta	Identita vs. Zmizení identity	Skupiny vrstev- níků a party, modely vřívovství
VI. Mladá dospělost	Genitalita	Intimita vs. Izolace	Partneři v přátelství, v sexu, souperení, spolupráce
VII. Dospělost	(Prokreativita)	Generativita (tvorivost) vs. Stagnace	Samostatná práce, sdílená domácnost
VIII. Stáří	(Generalizace senzornických módů)	Integrita vs. Zoufalství	„Lidstvo“, „ni vrstevníci“

Zdroj: Erikson, E. (1999, s. 36)

11.3 PŘÍLOHA Č. 3:

Anamnestický list – TK Karlov

ANAMNESTICKÝ LIST - TERAPEUTICKÁ KOMUNITA SANANIM V KARLOVĚ

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Adresa - trvalé bydliště:

Adresa - kde klient žije:

Telefon:

Zdravotní pojišťovna:

Kontakt na někoho blízkého:

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon:

1. **Nynější onemocnění**

- 1.1. Hlavní problém spojený s užíváním. Proč vyhledal klient naše zařízení.
- 1.2. Jaké předchozí léčby prodělal
- 1.3. Odkud o nás klient ví.

2. **Osobní anamnéza**

2.1. **Zdravotní anamnéza**

- 2.1.1. Jak probíhal porod. Nemoci, časté nebo těžké. Zaznamenejte všechny vážnější nemoci, kterými klient trpěl. Mělo by se jednat hlavně o nemoci, které nemají souvislost s abusem NL, tj. astma, traumata, operace...
- 2.1.2. Hospitalizace z jiného důvodu než pro abusus NL. Prodělaná hepatitis A, B, C. Kdy, je-li chronická, zda klient je evidován v nějaké hepatologické ambulanci
- 2.1.3. HIV test. Ano, ne, výsledek, kdy naposledy. Klienta se v souvislosti s infekcí HIV/AIDS se zeptejte také na rizikové chování.

2.2. **Psychická anamnéza** (jen takové problémy, které nemají souvislost s abusem NL)

2.2.1. Suicidální pokusy, kdy, proč, jak. Sem počítejte i sebevražedné myšlenky, které nebyly realizovány.

2.2.2. Dosavadní kontakty s psychiatrií (ambulantní i lůžková zařízení)

2.2.3. Kontakty s psychologem - poradny, školní psycholog, speciálně se zeptejte na gamblerství?

2.2.4. Poruchy příjmu potravy?

2.3. **Sexuální život** - jeho počátky, orientace, problémy. Zaměřte se na promiskuitu, pohlavní choroby, antikoncepce; znásilnění, potraty; homosexualita; prostituce.

3. **Sociální anamnéza**

3.1. **Vzdělání**

3.1.1. Kde, kdy, co a jak. Nejvyšší dosažené vzdělání. Zaznamenejte i neukončené školy.

3.1.2. Komentář klienta ke škole, jaký byl žák (jak se ve škole cítil, vztahy s vrstevníky).

3.2. **Záliby**

Jaké měl klient záliby než začal užívat drogy, které z nich si našel sám, do kterých byl tlačěn a kým

3.3. **Zaměstnání**

3.3.1. Současné

3.3.2. Předešlá - kdy byl naposledy zaměstnán, jak dlouho trvalo jeho nejdelší období zaměstnanosti, jak dlouho trvalo jeho nejdelší období nezaměstnanosti.

3.4. **Finanční situace, zdroj příjmů**

3.4.1. Dluhy - kolik, kde (VZP, MHD,...).

3.4.2. Současný příjem, náklady na živobytí.

3.5. **Bydlení**

S kolika osobami klient v bytě žije, zda jsou tyto osoby uživatelé drog nebo ex-useři.

3.6. **Právní problémy, absolvované tresty**

3.6.1. Je v současné době v podmínce, či je-li soudně stíhán (nebo stíhání očekává).

3.6.2. Za co byl klient trestán nebo obviněn, i když nebyl odsouzen. 3.6.3. Má-li soudně nařízenou léčbu.

3.7. **Důležité osoby v životě klienta**

3.7.1. Rodiče, sourozenci, manželé, děti

3.7.2. Přátelé, spolužáci

4. **Drogová kariéra**

4.1. **Hlavní droga** (včetně způsobu aplikace a doby užívání, dávky, věku při první zkušenosti s danou drogou):

4.1.1. Heroin

4.1.2. Pervitin

4.1.3. Jiná

4.2. **Ostatní drogy**, které klient užíval (včetně způsobu aplikace a doby užívání, dávky, věku při první zkušenosti s danou drogou):

4.2.1. Heroin

4.2.2. Subutex

4.2.3. Pervitin

4.2.4. Kokain

4.2.5. Ecstasy

4.2.6. LSD

4.2.7. Marihuana

4.2.8. Psylocibin

4.2.9. Alkohol

4.2.10. Organická rozpouštědla

4.2.11. Farmaka

4.2.12. Jiná

4.3. **Kde bral klient peníze na drogy** (krádeže, prostituce,...)

5. **Zdravotní potíže (tělesné i duševní) spojené s užíváním drog**

5.1. **Psychické potíže** - toxická psychóza, suicidální pokusy,... (tj. stavy, které byly tak závažné, že si vyžádaly konzultaci s psychiatrem nebo hospitalizaci na psychiatrii, včetně stavů, které by intervenci vyžadovaly, ale z nějakých důvodů k ní nedošlo).

5.2. **Předávkování** - tj. pokud byla provedena nějaká intervence nutná k resuscitaci (i laická).

5.3. **Odvykací stav** - jak ho klient zvládal.

5.4. **Jiné tělesné obtíže** spojené s abusem: Abscesy, zápaly plic, flegmony,... (tj. stavy, které byly tak závažné, že si vyžádaly konzultaci s lékařem nebo hospitalizaci, včetně stavů, které by intervenci vyžadovaly, ale z nějakých důvodů k ní nedošlo).

6. **Absolvované léčby** - všechny ústavní i ambulantní chronologicky. Jak dlouho klient vydržel abstinovat po absolvované léčbě, jak dlouho klient vydržel abstinovat sám bez léčby.

7. **Rodina**

7.1. **Technická charakteristika rodinného prostředí**

7.1.1. Bydlení, velikost bytu, soc. status rodiny

7.1.2. Rodiče, Sourozenci, věk, zaměstnání.

7.2. **Osobní charakteristika rodinného prostředí**

7.2.1. Úplná, neúplná rodina - kdy se rodiče rozvedli, jak to klient snášel, s kým z rodiny nyní žije, jaké kontakty má se svým druhým rodičem. –

7.2.2. Jiné důležité osoby v životě klienta (z kruhu rodiny).

7.3. **Historie závislosti a duševních onemocnění v rodině** - o případné rodinné zátěži je třeba se podrobně rozepsat. Pokud klient např. uvede, že jeho děd byl alkoholik, zeptejte se, zda se léčil, ev. kde

7.4. **Rodinná anamnéza**

7.4.1. Úmrtí, na co, v kolika letech,

7.4.2. Důležité choroby - srdeční onemocnění, cukrovka, mrtvice, nádorová onemocnění,

7.5. **Rodiče nebo rodinní příslušníci** (vyplňujeme jen tehdy, přijdou-li rodiče nebo rodinní příslušníci společně s klientem)

7.5.1. Pohled rodinných příslušníků na klienta, na jeho abus, chování doma - fungování v rodině, plnění dohodnutých pravidel, atd. Zaznamenejte pokud možno všechny stesky rodiny na chování jejich příbuzného, ev. na abus návykových látek.

7.5.2. Charakteristika rodinného prostředí z pohledu rodičů (příbuzných). Jak rodina vidí vztahy s klientem, jaký byl předtím, než začal zneužívat NL, jaký je nyní. Vhodné je také zaznamenat ideální stav dle rodičů, jak by měl vypadat dle jejich představ.

7.5.3. Charakteristika rodičů z pohledu pracovníka. Náhled rodiny na abusus návykových látek, zhodnocení chování rodiny vzhledem k danému problému. Jak se měnil vztah rodiny ke klientovi v průběhu léčby.

7.5.4. Pokuste se objektivizovat data udaná klientem.

8. **Doba abstinence:**

9. **Stav klienta při rozhovoru**

9.1. Vzhled klienta, jeho chování při pohovoru, verbální projev (je zřetelně hostilní, depresivní, úzkostný, paranoidní).

9.2. Spolupráce, náhled na abusus

9.3. Jeví-li klient známky akutní intoxikace nebo odvykacího stavu, je nutné to zmínit.

9.4. Jsou nebo nejsou přítomny suicidální myšlenky?

10. **Aktuální medikace:**

Napište všechny léky, které klient užívá, zaznamenejte gramáž + dávkování

Základní problém z vašeho pohledu:

Pracovní plán (cíle) - váš návrh:

Datum:

Jméno garanta:

Jméno vyplňujícího a podpis:

ZDROJ: Terapeutická komunita Karlov - SANANIM

11.4 PŘÍLOHA Č. 4:

Měsíční plán – TK Karlov

MĚSÍČNÍ PLÁN NA

KLIENT:

V jednotlivých oblastech zmiň, jak probíhal uplynulý měsíc a jakých změn chceš dosáhnout v příštím měsíci.

1. Zdraví

(Jaké změny proběhly v Tvém zdravotním stavu - spánek, stravování, kouření, úroveň energie, jiné zdravotní problémy?)

Plán:

2. Emoce a nálada

(Jaké pozitivní a jaké negativní jsi měl/a? Trápí Tě špatné pocity, úzkosti, deprese? Jakou míváš náladu? Jak pracuješ se svými emocemi - na skupině, individuálně? Co Ti pomáhá, když je Ti hůř?)

Plán:

3. Abstinence, motivace

(Chutě, vzpomínky, kontakty s lidmi z drogového období, sny... Věříš si? Z čeho máš obavy, o čem pochybuješ? Přemýšlel/a jsi o předčasném odchodu?)

Plán:

4. Vztahy

(Jak hodnotíš své vztahy s rodinou, s partnerem/kou, s přáteli? Jak vnímáš své současné postavení v komunitě? Potřebuješ nové kontakty venku? Jak buduješ svou podpůrnou síť?)

Plán:

5. Terapie

(Které skupiny byly pro Tebe důležité? Plánuješ dynamickou skupinu? Získal/a jsi nové dovednosti pro život (zvládání stresu, komunikace,...)? Jak Ti jde práce, co nového jsi se naučil/a, jak trávíš volný čas?)

Plán:

6. Sociální oblast

(Máš problémy se sociálními dávkami, soudním stíháním, dluhy apod.? Jak je řešíš? Jak se připravuješ na život venku - bydlení, zaměstnání, škola apod.?)

Plán:

7. Sebehodnocení

(Jak sám sebe vnímáš? Kterých vlastností si na sobě vážíš, které bys chtěl/a změnit? Co nového ses o sobě dozvěděl?)

Plán:

8. Ostatní

(Jaké další problémy Tě zaměstnávají? Co můžeš udělat pro jejich odstranění?)

Plán:

V Karlově, dne

Garant:

ZDROJ: Terapeutická komunita Karlov – SANANIM

12 POUŽITÉ ZDROJE

Adameček, D., Richterová – Těmínová, M., Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Kapitola 8/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR, ISBN 80-86734-05-6

Boeree, C. G. (1997). Erik Erikson. Internetové stránky: <http://webpace.ship.edu/cgboer/erikson.html> [14. 4. 2009]

Erikson, E. (1999). Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha: nakladatelství Lidové noviny, ISBN 80-7106-291-X

Erikson, E. (2002). Dětství a společnost, kapitola: Osm věků života. Praha: nakladatelství Argo, ISBN 80-7203-380-8

Goodyer, P. (2001). Drogy a teenageři. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, ISBN 80-86421-44-9

Gymnázium Frýdlant. Starší školní věk. Internetové stránky: <http://www.gymfry.cz/zmp0506/jakubovad/zmp5.htm> [19. 3. 2009]

Hajný, M. (2001). O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., ISBN 80-247-0135-9

Havlík, R., Kořa, J. (2002). Sociologie výchovy a školy. Praha: Portál, ISBN 80-7178-635

Insoma - výzkum sociologický, internetový, mediální, marketingový. Resumé knihy "Proměny české mládeže". Internetové stránky: http://www.insoma.cz/index.php?id=2&d_1=book&d_2=resume_cs&d_3=&n=5 [22. 2. 2009]

Jainchill, N. (1997). Therapeutic communities for adolescents: The same and not the same. In: De Leon (1997). Community as method. Therapeutic communities for special populations and special settings. Westport: Praeger Publishers, ISBN 0-275-94818-8

Kalina, K. (2000). Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě závislostí. Praha: Inverze/Sananim

Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2449-2

Kalina, K. a kol. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-1411-0

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007). Drogy, otázky a odpovědi. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-223-2

Kooyman, M. (2004). Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšímal, P. (ed.). Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/ o. p. s. Magdaléna, ISBN 80-7106-876-4

Kožnar, J. (1979). Niektoré psychologické aspekty dospievania. Bratislava: VÚDPaP

Kratochvíl, S. (1979). Terapeutická komunita. Praha: Academia

Labáth, V. a kol. (2001). Riziková mládež. Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 80-85850-66-4

Macek, P. (2003). Adolescence, druhé, upravené vydání. Praha: Portál, ISBN 80-7178-747-7

Metalová, L. (2008). Eriksonova teorie osobnosti. Internetové stránky: <http://psychologie-metalova.cz/clanky/osm-veku-zivota.html> [14. 4. 2009]

Minařík, J. (2003). Rozvoj závislosti na tvrdých drogách. Praha: Sananim. Internetové stránky: www.odrogach.cz [24. 3. 2009]

Miovský, M. (2002). Tabák, alkohol a nelegální drogy mezi středoškoláky. Československá psychologie, r. 46, č. 2, s. 165-177.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, ISBN 80-247-1362-4

Mravčík, V. a kol. (2006). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2005. Praha: NMS – Úřad vlády ČR, ISBN 80-86734-99-4

Mravčík, V. a kol. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2006. Praha: NMS – Úřad vlády ČR, ISBN 978-80-87041-22-2

Mravčík, V. a kol. (2008). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2007. Praha: NMS – Úřad vlády ČR, ISBN 978-80-87041-46-8

Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost, současné poznatky a perspektivy. Třetí aktualizované vydání. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-267-6

Piňos, M. (2007). Emoce a city. Internetové stránky: <http://www.pinos.cz/text08.html> [15. 2. 2009]

Příhoda, V. (1967). Ontogeneze lidské psychiky II. Vývoj člověka od patnácti do třiceti let. Praha: Státní pedagogické nakladatelství

Sak, P. (2000). Proměny české mládeže. Praha: Petrklíč, ISBN 80-7229-042-8

SANANIM – TKK (2004). Operační manuál Terapeutické komunity Karlov. Praha: o. s. SANANIM

Strašák, P. (2009). Dospívání (adolescence). Internetové stránky: <http://www.babyonline.cz/vyvoj-ditete/dospivani-adolescence.html> [15. 2. 2009]

Šrámková, A. (2005). Výchova současné mládeže k plánovanému rodičovství. Brno, 2005, 69 s., bakalářská práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně.
Vedoucí bakalářské práce Mgr. Alena Zouharová.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2008). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10. revize. Tabelární část, aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009. Praha: Bomton agency. Internetové stránky: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=mkn-10&kind=4&mnu_id=5300 [14. 4. 2009]

Vágnerová, M. (2005). Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0956-8

Wikipedia – otevřená encyklopedie. Heslo: Jean-Jacques Rousseau. Internetové stránky: http://cs.wikipedia.org/wiki/Jean-Jacques_Rousseau [15. 2. 2009]

Identifikační záznam bakalářské práce:

MUŽÍKOVÁ, Lucie. *Fenomén vývojových úkolů u adolescentů v léčbě závislosti. [The phenomenon of the phases of development by adolescents in the treatment of addiction]*. Praha, 2009. 57 s. , 4 příl., 7 tabulek, 1 obr.. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum Adiktologie / Psychiatrická klinika 1. LF a VFN 2009. Vedoucí bakalářské práce PaedDr. Martina Richterová - Těmínová.