MASARYKOVA
UNIVERZITA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Seberegulační mechanismy užívání návykových látek u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež

Bakalářská práce

OLDŘIŠKA DOBEŠOVÁ

Vedoucí práce: Mgr. Martina Pourová

Katedra psychologie
obor psychologie

Brno 2021

MUNI
FSS

Bibliografický záznam

Autor: Oldřiška Dobešová
Fakulta sociálních studií
Masarykova univerzita
Katedra psychologie

Název práce: Seberegulační mechanismy užívání návykových látek u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Martina Pourová

Rok: 2021

Počet stran: 122

Klíčová slova: užívání návykových látek, seberegulace, motivace, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, seberegulační mechanismy, kontrolované užívání, vynořující se dospělost, riziková mládež

Bibliographic record

Author: Oldřiška Dobešová
Faculty of Social Studies
Masaryk University
Department of Psychology

Title of Thesis: Self-regulatory mechanisms of substance use among clients of low-threshold facilities for children and young people

Degree Programme: Psychology

Field of Study: Psychology

Supervisor: Mgr. Martina Pourová

Year: 2021

Number of Pages: 122

Keywords: substance use, self-regulation, motivation, low threshold centres for children and youth, self-regulatory mechanisms, controlled use, emerging adulthood, at-risk youth

Abstrakt

Tato práce se zabývá zkoumáním seberegulačních mechanismů užívání návykových látek u rizikových mladých dospělých. Cílem této práce je zjistit, jaké seberegulační mechanismy tito lidé používají a co je k regulování užívání motivuje. Data pro zodpovězení těchto otázek byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s devíti klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež a následně vyhodnocena metodou tematické analýzy. Na základě analýzy bylo zjištěno, že respondenti mají nastavená pravidla, která vymezují, za jakých podmínek může být návyková látka zakoupena a užita. Pravidla uvedená respondenty se týkala nákupu návykové látky; času, místa a společnosti při užití; množství a způsobu užití. Snaha zaměstnat se se ukázala jako další nástroj regulování užívání. Současnou motivací k regulování užívání jsou pro mladé uživatele obavy ze stigmatizace a pozorování negativních dopadů užívání na sobě, na vztazích s blízkými, ale i na ostatních uživatelích. Očekávanou motivací v budoucnu je pak nalezení zaměstnání, partnerský vztah či rodičovství. Jako zásadní respondenti popsali individualitu motivace, rozhodnutí regulovat užívání i způsobu regulace.

Abstract

This paper examines the self-regulatory mechanisms of substance use in at-risk young adults. The aim of this thesis is to describe self-regulatory mechanisms, that these individuals use and what motivates them to regulate their substance use. Data to answer these questions were collected using semi-structured interviews with nine clients of low-threshold centers for children and youth and then evaluated using a thematic analysis method. Based on the analysis, it was found that respondents have set rules that define under what conditions an addictive substance can be purchased and used. The rules stated by the respondents were related to the purchase of the addictive substance; the time and place of use; company when using; the quantity and method of use. Efforts to keep themselves busy then emerged as another self-regulatory mechanism. Concerns about stigma and the perceived negative effects of use on themselves, on relationships with loved ones, and on other users, are current motivations for regulating substance use. The expected motivation in the future is to find employment, a partner relationship or parenthood. Respondents described the individuality of motivation, the decision to regulate using and the method of regulation as crucial.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Seberegulační mechanismy užívání návykových látek u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež** zpracovala sama. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, byly citovány v textu a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.

V Brně 10. prosince 2021

.....
Oldřiška Dobešová

Poděkování

Za podporu nejen při vypracovávání této práce děkuji své rodině a přátelům. Velký dík patří také vedoucí práce Mgr. Martině Pourové, která mi po celou dobu vypracovávání práce poskytovala cenné rady, zpětné vazby i podporu. Za oporu zejména při dokončování této práce děkuji také svým milým spolubydlícím. V neposlední řadě patří dík pracovníkům obou NZDM i všem respondentům, kteří se podělili o své zkušenosti.

Obsah

Seznam obrázků 13

Seznam tabulek 14

1 Úvod 15

1.1 Cílová populace NZDM z pohledu vývojové psychologie 15
1.2 Rizikové faktory užívání návykových látek v adolescenci..... 19
1.3 Seberegulace..... 23
1.4 Motivace 33
1.5 Shrnutí 36

2 Metoda 38

2.1 Výzkumný soubor..... 38
2.2 Sběr dat..... 40
2.3 Reflexe výzkumníka..... 40
2.4 Analýza dat..... 42

3 Výsledky 45

3.1 Přejímaní zodpovědnosti za rozhodnutí regulovat užívání 46
3.2 Vztahy s okolím 50
3.3 Odstrašující případy a pozorování dopadů na sobě..... 52
3.4 Nastavení pravidel a limitů..... 57
3.5 Pravidla si musí nastavit každý sám 62
3.6 Usnadňující vliv vnější regulace..... 66
3.7 Omezení vlivu dalších uživatelů..... 69
3.8 Zaměstnání se 71
3.9 Hospodaření s penězi..... 74

4 Diskuze 78

4.1 Seberegulační mechanismy 78
4.2 Motivace k regulování užívání..... 83

4.3 Limity výzkumu a budoucí směřování 85

Použité zdroje **89**

Příloha A Informovaný souhlas **115**

Příloha B Schéma rozhovoru **117**

Příloha C První zkušenost s NZDM **119**

Seznam obrázků

Obrázek 1 Schéma zpětnovazebné smyčky (Carver & Scheier, 2000) *25*
Obrázek 2 Model relapsu (Marlatt & Gordon, 1985) *30*
Obrázek 3 Postup kódování *43*
Obrázek 4 Prvotní hledání tematických celků *43*

Seznam tabulek

Tabulka 1 Seznam respondentů a užívání návykových látek.....39
Tabulka 2 Výsledná témata a podtémata.....45

1 Úvod

Užívání návykových látek je něco, co je s lidstvem spjato již od počátků jeho existence. Lidé užívali návykové látky jak pro léčbu, potěšení, náboženské rituály či z čisté zvědavosti (Gahlinger, 2004). I dnes velká část lidí v naší společnosti vyzkouší některou z návykových látek, budiž tomu důkazem dlouhodobé umísťování České republiky na předních příčkách ve spotřebě návykových látek, zejména pak alkoholu a metamfetaminu (pervitinu) (EMCDDA, 2020; UNODC, 2020; WHO, 2018). Navzdory tomu, že byla věnována velká pozornost dopadům užívání návykových látek, o tom, co pomáhá lidem užívání regulovat, toho tolik nevíme. Přestože je zejména nadužívání návykových látek většinou spojováno s nedostatečnou sebekontrolou, výzkumy ukazují, že velká část uživatelů má zavedená nějaká pravidla či zásady, kterými svoje užívání reguluje (Uitermark & Cohen, 2006).

Tato práce se zaměřuje na klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, což jsou mladí lidé, kteří v důsledku své sociální situace mohou být rizikovou skupinou pro užívání návykových látek. Z tohoto důvodu při práci s touto cílovou skupinou převládá zaměření se na sekundární prevenci a minimalizaci rizik spojených s užíváním návykových látek. Právě pro práci s rizikovou mládeží a sekundární prevenci může být přínosem zodpovědět otázky této práce, které jsou: Jaké seberegulační mechanismy užívání návykových látek používají tito lidé a co je k regulaci motivuje?

1.1 Cílová populace NZDM z pohledu vývojové psychologie

Cílovou skupinou nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM) jsou děti a mladiství ve věkovém rozmezí 6 až 26 let, pro které se někdy používá označení neorganizovaná či riziková mládež. Jedná se o mladé lidi, kteří většinou nevyhledávají nějakou formu institucionalizované pomoci (Davidson et al., 2010) a jsou ohroženi rizikovými jevy, jako je nízká životní úroveň, diskriminace, negativní vliv vrstevníků, problematické vztahy v rodině či škole, šikana nebo také nevhodný způsobem trávení volného času. Tito lidé také mohou přejímat rizikové vzorce chování jako

je užívání návykových látek, hráčství, násilí, záškoláctví, sexuálně rizikové chování, kriminalita, vandalismus a další (Herzog et al., 2008; Iwasaki, 2014).

Cílová skupina NZDM spadá do věkových kategorií školního věku, adolescence a mladší dospělosti. Každé zařízení si však věkové hranice jejich cílové skupiny nastavuje samo. Vzhledem k tématu užívání návykových látek, které se většinou objevuje až v období adolescence (ESPAD, 2020; Johnston et al., 2020), se zde zaměřím pouze na věková období adolescence a mladší dospělosti a zmíním zde i fenomén vynořující se dospělosti. Protože vývoj seberegulace závisí na tělesném, kognitivním a sociálním vývoji (Banfield et al., 2004; Farley & Kim-Spoon, 2014; Heatherton, 2011), považuji za vhodné zde zmínit nejvýznamnější vývojové změny, které v těchto obdobích nastávají.

1.1.1 Adolescence

Adolescence je obdobím přechodu mezi dětstvím a dospělostí a většinou jej vymezujeme jako období mezi 10. a 18. rokem života, ačkoliv se jednotlivá vymezení mohou lišit napříč literaturou (Curtis, 2015). Toto období je typické výraznými tělesnými změnami, kognitivním a emočním vývojem a touhou po sebepoznání a sebevymezení se. Zejména v rané adolescenci můžeme pozorovat výrazné tělesné změny, jako je vývoj sekundárních pohlavních znaků a rychlý výškový růst. V tomto období také stoupá zaměření pozornosti na vlastní vzhled, který se stává prostředkem vyjádření vlastní osobnosti. Právě tyto tělesné změny a vztah adolescenta ke svému tělu jsou klíčové pro rozvoj sebehodnocení a identity (Daniels & Gillen, 2015; Gatti et al., 2014). Tento tělesný vývoj je doprovázen změnami v hladině hormonů, které přispívají ke změnám v oblasti citového prožívání. Zejména v období pubescence (10–15 let) se tyto změny mohou projevovat větší proměnlivostí nálad a intenzitou prožívání, impulzivitou a nižší frustrační tolerancí (Bailen et al, 2019; Buchanan et al., 1992; Susman, 1997).

Výrazný posun se v adolescenci odehrává také v kognitivním vývoji. Podle Piagetovy teorie kognitivního vývoje si v tomto období jedinec osvojuje práci s formální operacemi. Dokáže díky tomu pracovat s abstraktními pojmy, zvažovat více alternativních řešení problému a formu-

lovat různé hypotézy (Wadsworth, 1971). Díky tomuto vývoji se adolescent postupně stává schopen zvažovat své možnosti, stanovovat si dlouhodobé cíle a promýšlet důsledky svých rozhodnutí.

Období adolescence je vnímáno jako čas, kdy má jedinec porozumět sám sobě, osamostatnit se a zvolit si, co by chtěl v budoucnu dělat. Ve vývojové teorii Erika Eriksona (1996) je toto období označeno jako „Identita versus zmatení rolí" a hlavním vývojovým úkolem tohoto období je tedy vytvoření si ego-identity neboli pojetí sebe sama. Jedinec integruje svoje dosavadní zkušenosti, testuje svoje možnosti, experimentuje s vlastní osobností, formuje svoje představy o sobě samém a získává ucelený obraz svojí vlastní sociální hodnoty a jedinečnosti. Pro vývoj sebehodnocení je zásadní i výrazný rozvoj mozkových center, zejména pak mediální prefrontální mozkové kůry, která hraje klíčovou roli ve schopnosti sebereflexe (Ochsner et al., 2004). Na formování vlastní identity má významný vliv vrstevnická skupina, ve které dochází k uspokojování potřeb sounáležitosti a seberealizace, adolescent zde získává nové zkušenosti a může experimentovat se svým vystupováním ve skupině (Macek, 2003). Dospívající již obvykle odmítá nekritické přijetí rodičovské autority a vztah s rodiči se postupně mění na spíše partnerský. Někteří rodiče však dospívající chápou jako velké děti, a proto je zde vrstevnická skupina tak důležitá, protože dává pocit rovnoprávnosti a vzájemného pochopení. Dospívající se také častěji porovnávají se svými vrstevníky a více se zajímají o názory jiných lidí a hodnocení vrstevníků přikládají i větší váhu než v předchozích věkových obdobích (Harter, 2012). Globální sebevědomí v období adolescence postupně stoupá a stává se stabilnější a méně ovlivnitelné aktuálním kontextem (Meier et al., 2011; Orth et al., 2012). Přestože je sebevědomí multidimenzionálním konstruktem, může se vývoj jednotlivých dimenzí lišit (Harter, 1999). Zejména u dívek se v období adolescence objevuje pokles sebevědomí ve vztahu k vlastnímu vzhledu a u chlapců ve vztahu k jejich sociálním schopnostem (Cole et al., 2001; Shapka & Keating, 2005).

1.1.2 Mladá dospělost a vynořující se dospělost

Období mladé dospělosti označuje interval 20–30 let. Oproti období adolescence už období mladé dospělosti neprovází tak výrazné změny v tělesném či kognitivním vývoji, ale je to stále významným obdobím pro vý-

voj psychosociální. Člověk v mladé dospělosti je na vrcholu svých fyzických i kognitivních sil a dosahuje stádia postformálního myšlení (Sinnott, 2002), kdy je schopen brát v úvahu všechny složky problému v jeho celém kontextu. Dospělý člověk se tolik nezaměřuje na jednoznačnost, uvědomuje si, že nelze všechna řešení posuzovat jako dobrá či špatná, ale chápe relativitu a mnohoznačnost situací.

Jelikož dospávání není něco, u čehož bychom mohli určit přesný mezník, kdy už adolescenta z pohledu vývojové psychologie považujeme za dospělého, je i chápání tohoto přechodu poněkud variabilní. Někteří jedinci po 20. roce života svým životním stylem neodpovídají definici mladé dospělosti, a proto popisujeme tento přechod jako období vynořující se dospělosti (Arnett & Jensen, 2019). Koncept vynořující se dospělosti chápeme jako období mezi 18. a 25. rokem života. Tato specifická etapa života je kulturně podmíněna a mluvíme o ní v souvislosti s mladými lidmi v industrializovaných zemích. Pro toto období je charakteristické pokračování prozkoumávání vlastní identity, zkoušení nových možností, nestabilita, zaměřenost na sebe a cítění se někde mezi adolescencí a dospělostí (Arnett, 2000). Období vynořující se dospělosti bývá nejčastěji spojováno s vysokoškolskými studenty, kteří většinou nebývají ještě zcela finančně nezávislí, nezakládají rodiny a stále ještě prozkoumávají své možnosti a rozhodují se o své budoucí profesi i způsobu života. Otázkou je, jak je tento koncept relevantní pro dospělé klienty nízkoprahových zařízení, kteří zpravidla nebývají vysokoškolskými studenty a i jejich životní styl je odlišný, protože se často musí dříve osamostatnit kvůli problematickým rodinným vztahům. Ačkoliv se zejména ve starší literatuře setkáme s názorem, že rizikoví mladí lidé přecházejí rychleji z adolescence do mladé dospělosti (Newcomb & Bentler, 1988), ze současnějších studií vyplývá, že i oni procházejí obdobím vynořující se dospělosti, ale vstupují do tohoto stádia dříve a častěji se u nich vyskytují pro toto období méně typické jevy, jako je časné rodičovství či zaměstnání na plný úvazek (Brook et al., 1995; Lisha et al., 2015; Sussman & Arnett, 2014). Tyto faktory zároveň kladou větší nároky na samostatnost, zodpovědnost a i případnou regulaci užívání návykových látek a zejména u rodičovství se užívající jedinci mohou setkávat s větší stigmatizací (Benoit et al.,2015).

1.2 Rizikové faktory užívání návykových látek v adolescenci

Užívání návykových látek spadá do kategorie rizikového chování, čímž označujeme projevy chování, které přímo nebo nepřímo ohrožují společnost či jedince samotného. Právě v adolescenci se nejčastěji objevuje první experimentování s návykovými lákami a rizikovým chováním obecně (Duell et al., 2018). Rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost rozvoje rizikového chování můžeme pro větší přehlednost rozdělit na individuální (faktory na straně jedince) a sociální (faktory na straně prostředí). Je však třeba zdůraznit, že tyto faktory spolu navzájem souvisí a vzájemně se ovlivňují. Při tomto rozdělení konkrétních rizikových faktorů vycházím zejména z Weinbergova (2001) přehledu rizikových faktorů nadužívání návykových látek v adolescenci a výčet konkrétních faktorů doplňuji o faktory psychosociálního modelu Richarda Jessora (1992), který popisuje faktory vzniku rizikového chování u adolescentů a uvádí i o tzv. protektivní faktory, které napomáhají předcházení či regulaci rizikového chování.

1.2.1 Individuální faktory

Mezi individuální faktory řadí Weinberg (2001) fyziologické faktory, dědičné predispozice a osobnostní faktory (př. osobnostní rysy, žebříček hodnot, postoje k deviaci, sebehodnocení, duševní poruchy atd.).

Jessor (1992) ve svém modelu mezi biologické faktory řadí výskyt alkoholismu v rodině. Právě užívání návykových látek u předků jedince je jedním z nejvýraznějších prediktorů rozvoje závislosti a nadužívání návykových látek (Agrawal & Lynskey, 2008; Tsuang et al., 1996), a to i v případě, že dítě nevyrůstá ve své biologické rodině. Tyto dědičné predispozice ovlivňují to, jak bude reagovat systém odměn v mozku po užití návykové látky (Everitt et al., 2008), a proto jsou silným prediktorem pro rozvoj závislosti. Pro zkušenost samotnou a experimentování s návykovými látkami jsou však faktory na straně prostředí výrazně silnějším prediktorem (Van den Bree et al., 1998; Kendler et al., 2008).

Mezi biologické faktory bychom dále mohli zařadit rozdílnou rychlost vývoje jednotlivých mozkových center. Podle modelu duálních sys-

témů (Steinberg, 2008) má vliv na rizikové chování adolescentů také rozdílná rychlost vývoje dvou neurobiologických systémů. Jedním z nich je socio-emoční systém, který připisujeme zejména limbické a paralimbické oblasti mozku. Druhým systémem je pak kognitivně-kontrolní systém, který bývá spojován zejména s prefrontální a parietální mozkovou kůrou. Tento model naznačuje, že výskyt rizikového chování se v období adolescence zvyšuje také proto, že se socio-emoční systém vyvíjí rychleji a v mozku dochází k většímu množství aktivit souvisejících s dopaminem, což zvyšuje snahu jedince vyhledávat nové vzrušující zážitky (sensation seeking). Kognitivně-kontrolní systém, který souvisí se seberegulací a ovládáním impulzivity, ještě není zcela vyvinut, a proto může být pro jedince náročnější ovládat tuto chuť zažívat nové intenzivní zážitky, a může proto docházet k většímu výskytu rizikového chování než v jiných věkových obdobích. Toto riziko je vyšší zejména u jedinců, u kterých dochází k výrazně odlišné rychlosti vývoje těchto dvou systémů.

Mezi osobnostní charakteristiky, kterým je v adolescenci přisuzováno vyšší riziko užívání návykových látek, patří zejména vyšší impulzivita, snaha vyhledávat nové vzrušující zážitky (sensation seeking) a nižší schopnost seberegulace (Wills et al., 1998). Ve studii (Khurana et al., 2015), ve které se autoři zaměřovali na vztah impulzivity, sensation seeking a užívání návykových látek u adolescentů, pozorovali, že sensation seeking je prediktorem experimentování s návykovými látkami a míra sebekontroly a impulzivity spíše ovlivňuje další vývoj užívání. Adolescenti, kteří vykazovali vyšší hodnoty sensation seeking s větší pravděpodobností vyzkoušeli návykové látky, ale v kombinaci s lepší schopností sebekontroly a nižší impulzivitou u nich nedocházelo k růstu spotřeby.

Mezi protektivní faktory snižující pravděpodobnost výskytu rizikového chování řadí Jessor (1992) vyšší inteligenci jedince a jedincovo vnímání zdraví a dosažení úspěchu jakožto významných hodnot. Zajímavým ale nejednoznačným faktorem je sebehodnocení jedince. Zatímco v dospělosti nadužívání návykových látek koreluje s nízkým sebehodnocením (Alavi, 2011), v adolescenci pro tento vztah nemůžeme najít jednoznačnou podporu. Ačkoliv se v některých studiích uvádí vyšší sebehodnocení jako protektivní faktor (Bitancourt et al., 2016; Richardson et al., 2012), jiné výzkumy tento vztah ve svých datech nepozorovali či do-

konce nacházeli souvislost mezi vyšším sebehodnocením a užíváním návykových látek v adolescenci (Mullan & NicGabhainn, 2002, West & Sweeting, 1997). Tyto rozdíly mohou být způsobeny tím, že v adolescenci může být konzumování návykových látek spojeno s vyšší oblíbeností ve skupině a s tím souvisejícím vyšším sebehodnocením. Tento vztah však není univerzální pro všechny skupiny adolescentů (Pearson et al., 2006). Vyšší sebehodnocení zároveň souvisí s možným podceněním vlastní vulnerability a distancováním se od možných negativních důsledků rizikového chování a větší ochotou riskovat (Gerrard et al. 2000). Ačkoliv tedy studie nalezly podporu pro vztah nízkého sebehodnocení s užíváním návykových látek (Khajehdaluee et al. 2013, Richardson et al., 2012), není tento vztah jednoznačný, zejména pokud je užívání návykových látek v dané skupině oceňováno vrstevníky (West & Sweeting, 1997).

Vyšší riziko užívání návykových látek se přikládá zejména adolescentům s afektivními poruchami či s poruchami soustředění (Hovens et al., 1994; Charach et al., 2011). U dospívajících, kteří reportují častější prožívání negativních emocí či symptomy deprese nebo úzkostnosti, je větší šance, že dříve vyzkouší alkohol (King et al., 2004) a že užívají marihuanu ve větším množství (Mason et al., 2007). Zejména u nediagnostikovaných adolescentů s projevy depresivní poruchy se často vyskytuje užívání návykových látek ve větším množství jako jakási forma sebemedikace (Blumenthal et al. 2015; Taylor, 2011). Užívání alkoholu (Stapinski et al. 2016) a tabáku (Hedeker et al. 2009) je v této skupině motivováno zejména tlumícími účinky (negative reinforcement) těchto látek (Comeau et al., 2001).

1.2.2 Sociální faktory

Do sociálních faktorů zde řadí Weinberg (2001) vliv rodiny a vrstevnické skupiny a Jessor (1992) zde zařazuje i socioekonomický status, kvalitu školství, charakteristiku sousedství, ve kterém adolescent vyrůstá a zažívání rasové nerovnosti. Hawkins a kol. (1992) navíc zmiňují i zákony a normy společnosti určující vztah k návykovým látkám a dostupnost návykových látek v dané zemi. Mezi protektivní faktory zde Jessor (1992) řadí zejména docházení do kostela a aktivní zapojení do volnočasových aktivit. Protektivní faktor těchto aktivit se dá vysvětlit tím, že ovlivňují hodnotový systém a postoje k rizikovému chování, poskytují smysluplné

vyplnění volného času a také ovlivňují formování vrstevnických skupin (Jorge et al., 2018).

Rodina je jedním z nejvlivnějších faktorů při rozvoji rizikového chování. Kvalita vztahu s rodiči, postoj rodičů k návykovým látkám či intenzita rodičovského dozoru hrají velkou roli při rozvoji i prevenci užívání návykových látek u adolescentů (Siebenbruner et al., 2006). Samotná míra rodičovského dozoru (parental monitoring) však není předpokladem snížení pravděpodobnosti rizikového užívání dospívajících, pokud dítě zároveň nezažívá přívětivost ze strany rodiče a jedná se tedy spíše o autoritářský výchovný styl (Becoña et al., 2012; Benchaya et al., 2011). Vztah adolescentů s jejich rodiči tak může plnit roli rizikového i protektivního faktoru. Rizikovým faktorem je pak tzv. zanedbávající výchovný styl, kdy rodiče o dítě neprojevují zájem, nedohlíží na něj a zároveň mu neprojevují vřelost (Montgomery et al., 2008). Naopak adolescenti mající dobrý vztah s rodiči, který se vyznačuje například tím, že spolu dobře komunikují, adolescent se cítí být přijímán a rodiče se o něj zajímají, vykazují nižší pravděpodobnost užívání návykových látek, případně nižší spotřebu těchto látek (Berge et al., 2016, Nash et al., 2005, Rusby et al., 2018).

Vrstevnická skupina je v adolescenci vlivným faktorem, protože se skrze socializaci s vrstevníky stává prostorem pro formování identity a přebírání norem chování (Macek, 2003). Stejně jako rodina tak může i vrstevnická skupina fungovat jako rizikový i protektivní faktor. Charakteristikou vrstevnické skupiny v adolescenci je velký tlak na konformitu. Pokud dospívající prožívá příslušnost ke skupině, jejíž členové užívají návykové látky, zvyšuje se riziko, že se jedinec identifikuje s chováním členů skupiny a začne užívat návykové látky také (Ennett et al., 2006; Gardner & Steinberg, 2005). Vrstevnická skupina je však i zdrojem podpory a adolescenti, kteří mají blízké kamarádské vztahy uvádějí menší emoční distres (Bukowski et al., 2010). V případě, že vrstevnická skupina sdílí a posiluje pozitivní normy ve vztahu k rizikovému chování, může být protektivním faktorem (Jorge et al., 2018).

Mezi další sociální faktory, které ovlivňují užívání návykových látek u dospívajících, řadí Jessor (1992) socioekonomický status. Vliv finančních poměrů rodiny a vzdělání rodičů je v tomto případě nejednoznačný. Zatímco některé studie ukazují, že adolescenti z chudších poměrů, jejichž

rodiče měli nižší vzdělání, vykazovali vyšší užívání návykových látek než jejich bohatší vrstevníci (Goodman & Huang 2002; Reinherz et al., 2000), jiné studie ukazují opačný trend, tedy že dospívající z finančně lépe situovaných rodin užívají více návykových látek (Hanson, & Chen, 2007; Skogen et al., 2019). Tyto rozdílné závěry výzkumů jsou ovlivněné dalšími proměnnými, které moderují vztah mezi socioekonomickým statusem a užíváním návykových látek u adolescentů. Spotřeba se liší například na základě druhu látky a zejména její ceny v dané zemi, protože s rostoucí cenou se látka stává hůře dosažitelnou pro členy nízkopříjmových rodin (Farrell et al., 2003).

1.3 Seberegulace

Pojem seberegulace v této práci používám ve významu opakovaného pozorování a upravování vlastního chování, myšlenek a pocitů za cílem dosažení vytyčeného cíle. Zde užívaná definice odpovídá tomu, co Gestsdottirová a Lerner (2008) označují pojmem záměrná seberegulace a odlišují ji od seberegulace organismické, což je fyziologická reakce na změny prostředí, jako je například adaptace zorniček na změny osvětlení či termoregulace těla. Gestsdottirová a Lerner (2008) záměrnou seberegulaci popisují jako proces sebepozorování, cíleného kontrolování projevení či inhibování emocí, myšlenek a chování a přizpůsobení reakce kontextu. Z této definice je patrné, že seberegulace je vícesložkovým konstruktem a týká se motorických, emočních, motivačních i kognitivních funkcí. V literatuře se můžeme často setkat s chápáním seberegulace (self-regulation) jako jiného výrazu pro sebekontrolu (self-control), někteří autoři však tento pojem odlišují a sebekontrolu chápou jako schopnost překonat nějakou akční tendenci za účelem dosažení určitého cíle (Carver & Scheier, 2011).

1.3.1 Modely seberegulace

Existuje vícero modelů a teorií, které se snaží popsat fungování seberegulace. Jejich společná východiska spočívají nejčastější v popisu seberegulace jako opakujícího se mechanismu stanovování cílů a porovnávání současného stavu věcí s daným cílem a následného upravení či posílení chování za účelem dosažení cíle. Jednotlivé modely se pak liší v zohledňování dalších faktorů jako jsou motivace, množství zdrojů a vliv situace. Jeden z prvních teoretických modelů seberegulace vytvořil Frederick

Kanfer (1970) a jeho model obsahuje tři fáze, kterými jsou: sebepozorování (Self-monitoring), sebezhodnocení (Self-evaluation) a sebeposílení (Self-reinforcement). Jedinec v těchto fázích postupně pozoruje svoje vlastní chování a porovnává ho s požadovaným účinkem tohoto chování. Toto chování je pak posíleno, pokud je ve shodě s požadovaným účinkem. Tento model byl později rozšířen na celkem sedm fází (Miller & Brown, 1991): (1) informační vstup, (2) vlastní sledování aktuálního pokroku k osobnímu cíli, (3) motivace ke změně, (4) závazek dosáhnout cíle změny, (5) vypracování plánu k dosažení osobního cíle, (6) práce podle plánu, (7) přehodnocení plánu.

Model selekce, optimalizace a kompenzace

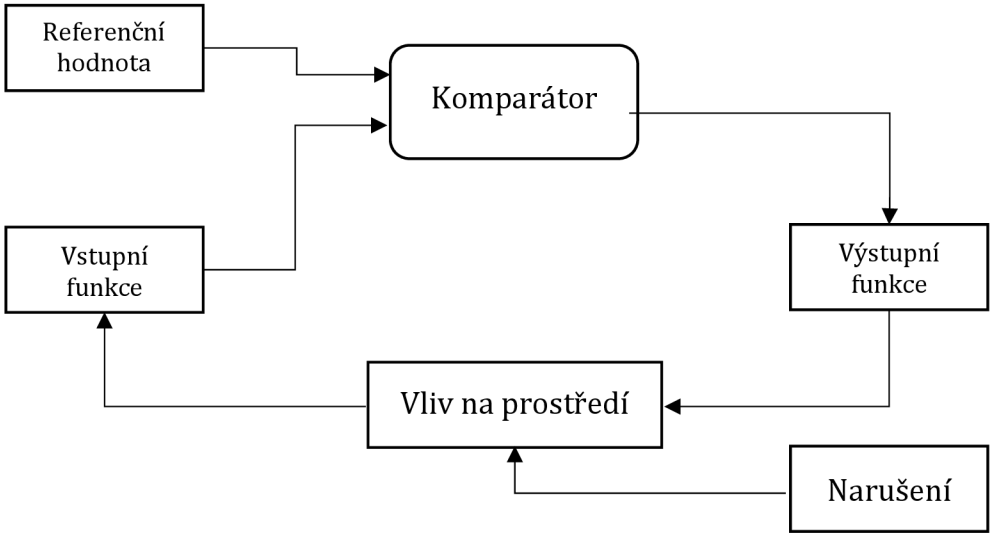
Tento model popisuje strategie, pomocí kterých se lidé snaží o dosažení svých cílů, přičemž se snaží minimalizovat náklady na dosažení cíle a maximalizovat zisk (Baltes & Baltes, 1990). Tento proces se dle teorie SOC (Baltes, 1997) odehrává pomocí integrace tří procesů: Selekce, optimalizace a kompenzace. Při procesu selekce dochází za cílem co nejefektivnějšího využití zdrojů (prostředky pro dosažení cíle) k mapování možností a zacílení se na nejpřínosnější cíle. Poté nastává proces optimalizace, při kterém si jedinec rozvrhuje využití zdrojů a porovnává současný pokrok s plánovaným cílem a dle toho zvažuje využití alternativních strategií. Ve třetím procesu kompenzace dochází ke snaze snížit ztráty ve zdrojích či získat nové zdroje a jedinec tedy zvažuje alternativní strategie, jak by se dalo dosáhnout cíle. Příklad tohoto modelu v akademickém prostředí uvádějí Geldhof, Little a Hawleyová (2012), kteří SOC dotazník specifikovali pro akademickou a sociální doménu. Proces selekce zde reprezentuje student, který si vybírá předměty tak, aby dosáhl určité úrovně vzdělání v daném oboru. Proces optimalizace pak můžeme pozorovat v jeho investování energie do učení a plnění školních povinností. V případě, že jeho vlastní úsilí nestačí k dosažení požadovaného výsledku, může vyhledat pomoc někoho, kdo mu s přípravou pomůže, což je příkladem procesu kompenzace.

Kontrolní model seberegulace

Kontrolní nazývaný také kybernetický model seberegulace (Carver & Scheier, 1981; 2000) je systémem zpětnovazebné kontroly. *Obrázek 1* znázorňuje schéma tohoto modelu. Tento systém se sestává z pěti hlavních částí: Vstupní funkce, referenční hodnota, komparátor, výstupní

funkce a vliv na prostředí. Vstupní funkci lze chápat jako percepci a referenční hodnotu jako stanovený cíl. Funkcí komparátoru pak je porovnávat informace ze vstupní funkce s referenční hodnotou. Pokud informace ze vstupní funkce odpovídají referenční hodnotě, pak jedinec úspěšně směřuje k dosažení cíle a není třeba měnit výstupní funkci. Pokud však tyto hodnoty neodpovídají je zapojena tzv. negativní smyčka (negative/discrepancy-reducing loop), která je zaměřená na to, aby odstranila nebo zmenšila rozdíl mezi pozorovaným stavem věcí (vstupní funkce) a plánovaným cílem (referenční hodnota). Výsledkem této smyčky je tedy vyvinutí určité aktivity (výstupní funkce), která má směřovat k přiblížení se cíli. V tomto modelu se vyskytuje i tzv. pozitivní smyčka (positive/discrepancy-enlarging loop), jejíž účelem není přiblížit se žádoucímu cíli, ale co nejvíce se vzdálit nějakému nechtěnému důsledku. V případě pozitivní smyčky je referenční hodnotou jakýsi anti-cíl, kterému se chceme vyhnout a zvyšovat tedy rozdíl mezi referenční hodnotou a vstupními informacemi. Na prostředí a stav věcí samozřejmě nemá vliv pouze chování samotné (výstupní informace), ale i určitá narušení, která ovlivňují výstupní informace a je tedy třeba tyto informace znovu porovnat s referenční hodnotou a cyklus se opakuje.

Obrázek 1 Schéma zpětnovazebné smyčky (Carver & Scheier, 2000)



Seberegulace v pojetí sociálně kognitivní teorie

Zakladatel sociálně kognitivní teorie Albert Bandura (1991) chápe seberegulaci jako základ každého záměrného činu. Jeho model seberegulace se sestává ze tří procesů, kterými jsou sebepozorování, zhodnocení a následná reakce. Jedinec pomocí introspekce pozoruje vlastní chování i prožívání, zvažuje jeho důsledky a hodnotí ho podle svých osobních, ale i společenských standardů. Pokud toto chování neodpovídá standardům, prožívá jedinec emoční reakci, která ho motivuje ke změně chování. Chování, které odpovídá standardům je odměněno dobrým pocitem a dochází k posílení tohoto chování. Základem tohoto modelu je i Bandurův koncept sebeúčinnosti (Self-efficacy), jakožto víra ve vlastní schopnost dosáhnout cíle, zvládat překážky a ovlivňovat vlastní prostředí (Bandura, 2013).

1.3.2 Seberegulace a užívání návykových látek

Závislost a nadužívání návykových látek bývá často spojováno se selháním seberegulace (Hull & Slone, 2004; Sayette & Griffin, 2011). Nižší schopnost seberegulace je prediktorem vyššího užívání návykových látek (Caspi et al., 1995, Wills et al., 2008) a negativních dopadů užívání (Neal & Carey, 2007; Wills et al., 2002). Baumeister a kol. (1994) rozlišuje selhání seberegulace na nedostatečnou seberegulaci (underregulation) a nevhodnou seberegulaci (misregulation). Prvním termínem označují nevyvinutí dostatečné regulace nad projevem, zatímco druhý pojem označuje nevhodně zvolený způsob regulace, který nevede k požadovanému výsledku.

Underregulation

Baumeister a kol. (1994) vychází z kontrolního modelu Carvera a Scheiera (1981) a nedostatečnou seberegulaci chápe jako selhání některého z procesů: stanovování si vhodných standardů, monitorování se vzhledem k těmto standardům a změna své reakce tak, aby vyhovovala těmto standardům.

Selhání ve stanovování si vhodných standardů, souvisí s tím, že ačkoliv většina uživatelů může popisovat svoje užívání návykových látek jako zlozvyk, stále si udržují postoje k užívání návykových látek a zdraví, které tomu neodpovídají (Kunda, 1990). Jedním z důvodů může být vytváření takovýchto postojů jakožto obrany před prožíváním iracionality, že v užívání pokračují (Sayette & Griffin, 2011). Dle teorie motivovaného

uvažování (motivational reasoning) (Kunda, 1990) může motivace ovlivnit vybavování a zpracovávání informací ve prospěch závěru, ke kterému chce jedinec dojít. V kontextu užívání návykových látek lze tento jev pozorovat u kuřáků, kteří si v situaci bažení vybavují výrazně více pozitivních faktorů kouření než v situaci, kdy tato potřeba nebyla tak silná (Sayette & Hufford, 1997).

Aby jedinec mohl porovnávat současný stav se standardem, musí pečlivě monitorovat své projevy i prožitky. Pokud člověk není schopen adekvátně pozorovat svůj stav, může dojít ke ztrátě kontroly (Baumeister & Heatherton, 1996). Hull (1981) vytvořil model, ve kterém popisuje negativní vliv alkoholu na sebeuvědomění (self-awerness). Snížená schopnost sebeuvědomění zhoršuje schopnost seberegulace a zároveň v souladu s kognitivně-motivační teorií sebeuvědomění tento stav může být uživatelem vnímán jako způsob předcházení prožívání negativního sebehodnocení (Duval & Wicklund, 1972). Snížená schopnost sebeuvědomění byla pozorována i u uživatelů dalších návykových látek (Moeller & Goldstein, 2014; Verdejo-García & Pérez-García, 2008) a je i prediktorem snížení motivace k případné léčbě závislosti (Castine et al., 2019).

Pro fázi porovnávání současného stavu se standardem je také klíčová pozornost, protože člověk musí přijímat informace o požadavcích prostředí i o vlastním prožívání. Schopnost zaměření pozornosti je také důležitá pro odložení okamžitého uspokojení ve prospěch dlouhodobějšího cíle (Demetriou, 2000). Jedinci s poruchou pozornosti vykazují nižší schopnost seberegulace (Barkley, 1997; Shiels & Hawk, 2010) a častěji se u nich vyskytuje závislost (Charach et at., 2011; Lee et al, 2011). Pozornost může být také ovlivněna fází bažení, ve které se častěji vyskytuje zabíhání myšlení (mindwandering), což znesnadňuje soustředění se na dlouhodobé cíle (Sayette et al., 2009).

Baumeister a Heatherton (1996) uvádí, že selhání se může objevit ve kterékoliv fázi výše prezentovaného seberegulačního cyklu. Tedy i člověk, který si je vědom rozdílu mezi jeho standardy a současným stavem a je schopen tento vývoj monitorovat, nemusí přizpůsobit své chování tomu, aby se svému cíli přiblížil. Baumeister et al. (1994) tato selhání vysvětluje tak, že schopnost seberegulace není nevyčerpatelným zdrojem. Pro seberegulaci používá analogii síly či svalu, který se opakovaným používáním unaví a člověk se stává náchylnější, ke ztrátě kontroly

(Baumeister et al., 2007). Baumeister et al. (2007) chápe zdroj seberegulace jako společný pro všechny aktivity, proto například dlouhodobé potlačování jednoho impulzu povede ke zhoršení jiného výkonu, který vyžaduje zapojení seberegulace. Stejně jako lze sílu svalů zvyšovat tréninkem, je podle této teorie možné postupným tréninkem zlepšovat i schopnost seberegulace.

Důvody selhání seberegulace ve fázi změny reakce pak mohou být následující. Jedna z možností je, že individuální charakteristiky člověku nedovolují vyvinout potřebnou sebekontrolu. V analogii se svalem se jedná o stav, kdy síla svalu není dostatečná pro splnění úkolu. Druhým případem může být stav, který Baumeister et al. (2007) nazývá tzv. vyčerpáním ega (ego depletion). Člověk vykonával činnost, která vyžadovala zapojení seberegulace a jeho zdroj seberegulace je tedy krátkodobě vyčerpán a bude pro něj složitější odolat pokušení. Zdrojem seberegulace na fyziologické úrovni by pak mohla být hladina glukózy v krevním oběhu (Gailliot et al., 2007). Pro chápání schopnosti seberegulace jakožto vyčerpatelného zdroje a s tím související jev vyčerpání ega momentálně nejsou jednoznačné důkazy, a zatímco pozorování některých studií odpovídají této teorii (Hagger et al., 2010), jiné replikační studie tento efekt nepozorovaly (Carter et al., 2015). Baumeister (2016) ve svých novějších pracích svou teorii reformuloval a úplné vyčerpání zdrojů seberegulace nahrazuje přístupem, který ukazuje, že částečné vyčerpání zdrojů může vést k jejich alokaci a zachování pro případné další důležitější úkoly. Zdroje jsou tedy stále přítomné a je možnost je využít v případě, že je pro to dostatečná motivace (Evans et al., 2016; Muraven & Slessareva 2003).

Misregulation

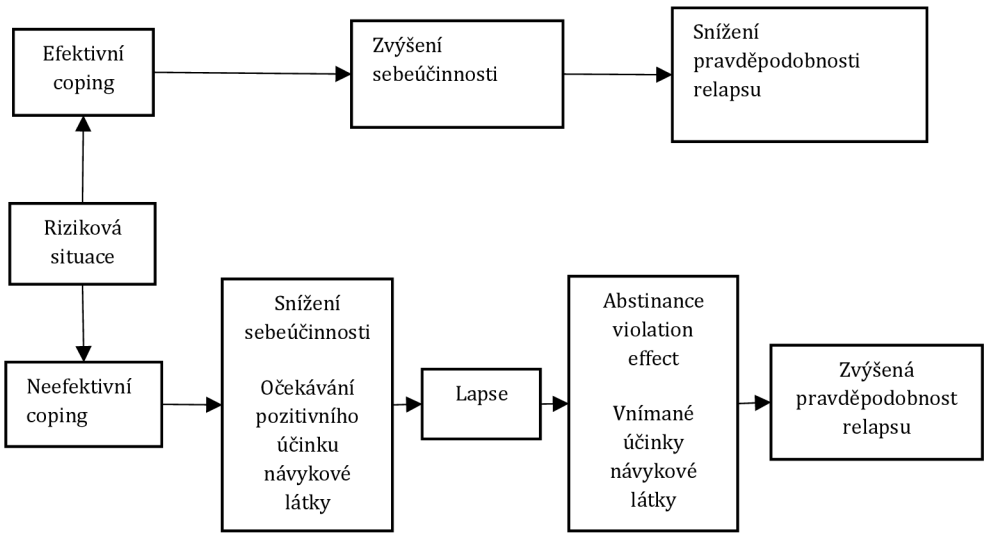
Jiný pohled na neúčinnou seberegulaci přináší koncept nevhodné regulace (misregulation) (Baumeister et al., 1994). Oproti předchozímu konceptu není důvodem selhání nedostatečná seberegulace, ale zvolení takového seberegulačního mechanismu, který nevede k úspěšnému dosažení cíle. Právě užívání návykových látek může být neadaptivním způsobem regulování jiných projevů. Piper a kol. (2008) uvádí, že snaha vyhnout se prožívání negativních emocí je často motivací pro užívání návykových látek. Příkladem může být užívání alkoholu, jako způsobu vypořádání se se svými negativní prožitky. Konzumace alkoholu některým lidem přináší pocit dobré nálady, a proto se u lidí s poruchami afektu může vyskytovat užívání alkoholu jakožto způsob sebemedikace, ačkoliv

se z dlouhodobého hlediska nejedná o vhodné řešení (Turner et al., 2018).

U lidí, kteří nějakou dobu úspěšně abstinují, se může objevit užití návykové látky (laps) v reakci na nějakou stresovou událost v životě. Baumeister et al. (1994) uvádí možnost, že se nejedná o ztrátu kontroly, ale spíše o snahu kontrolovat svůj afekt už známými způsoby. Pro koncept misregulation, jakožto snahy regulovat prožívání nepříjemných emocí, je klíčová víra člověka v to, že je schopen svoje projevy nějak ovládat. Proto je zde velkým přínosem Bandurovo pojetí sebeúčinnosti (self-efficacy). Tice, Bratslavsky a Baumeister (2001) ve své studii pozorovali, že lidé, kteří v danou chvíli prožívají negativní afekt, ale zároveň věří, že tato nálada je změnitelná, měli spíše tendenci podlehnout pokušení a upřednostnit okamžité uspokojení před dlouhodobým cílem. Autoři toto chování, které se projevovalo větším sklonem k prokrastinaci či jezením nezdravých svačinek, přisuzují cílené snaze zlepšit si v danou chvíli náladu.

Názorný náhled na to, proč jednorázové selhání seberegulace u abstinujících uživatelů, často vede k relapsu přináší kognitivně-behaviorální model relapsu(viz *Obrázek 2*) (Marlatt & Gordon, 1985). Tento model je postaven na tom, jaké copingové strategie se rozhodne použít člověk nacházející se v rizikovém kontextu, který může být dán například prožíváním stresové situace, negativním afektem či obklopením návykovou látkou. Úspěšné vyrovnání se se situací vede k posílení sebeúčinnosti a pocitu vlastní kompetence kontrolovat se i v budoucnu, což snižuje riziko relapsu. Naopak lidé, kteří neovládají copingové strategie, aby se vyrovnali s touto situací, mohou prožívat nižší sebeúčinnost, což v kombinaci s očekáváním toho, že jim návyková látka přinese pozitivní účinek, může vést k užití látky. Toto uklouznutí (lapse) pak mohou následovat pocity zmaru a vlastního pochybení (abstinence violation effect), ale také uvědomění si účinků návykové látky, což obojí zvyšuje pravděpodobnost relapsu. Tento model ukazuje důležitost identifikování možných rizikových situací a osvojení copingových strategií při léčbě závislostí (Hendershot et al., 2011).

Obrázek 2 Model relapsu (Marlatt & Gordon, 1985)



1.3.3 Vývoj seberegulace

Schopnost záměrné seberegulace si osvojujeme od raného dětství až do dospělosti, abychom byli schopni dosahovat vytyčených cílů, ale také se přizpůsobit vnějším podmínkám. Projevy záměrné seberegulace chování, která již není pouze reaktivní na změny prostředí, ale je vědomě ovládána, lze u dětí pozorovat přibližně od tří let věku. V tomto věku se dítě stává postupně schopno využívat více exekutivních funkcí najednou, aby docílilo slovní či pohybové reakce (Carlson et al. 2002; Diamond, 2002; Zelazo et al., 2003). Díky tomu jsou děti v předškolním věku schopné zaměřit se na cíl, který není příliš dlouhodobý, odložit okamžité uspokojení a regulovat svoje jednání tak, aby tohoto cíle dosáhly (Gestsdottir & Lerner, 2008).

Vývoj seberegulace také souvisí s procesem internalizace norem. Požadavky na chování v batolecím věku pocházejí od rodičů, sourozenců či jiných autorit. Dítě v pozdějším věku přejímá představu o správném chování za vlastní a stává se součástí jeho self-konceptu. Dítě se postupně stává schopno následovat tyto normy bez toho, aby bylo pod dozorem či mu byly připomínány (Kochanska et al., 2010). Míra seberegulace, kterou dítě vykazuje již v předškolním a mladším školním věku, je

výrazným prediktorem akademického úspěchu, schopnosti vyrovnat se se stresem, užívání návykových látek a rizikového chování (Mischel et al. 2011, Moffit et al., 2011, Perry et al.,2018; Robson et al., 2020). Vývoj seberegulace ve školním věku souvisí zejména se zráním mozku, rozvojem poznávacích schopností a s přejímáním norem chování v rámci rodiny, školy i volnočasových aktivit.

Období adolescence je významným obdobím pro vývoj seberegulace, protože přináší nové výzvy v kontextu rychle se vyvíjejících fyzických, kognitivních, emocionálních a sociálních schopností a zároveň stoupá množství společenských požadavků i příležitostí. Vývoj seberegulace v adolescenci je dán i dozráváním oblasti prefrontální mozkové kůry, která se podílí na uplatňování exekutivních funkcí (Posner & Rothbart, 2007). Seberegulační schopnosti dospívajících se oproti předchozím obdobím stávají zaměřenější, účinnější a dlouhodobější (Gestsdottir & Lerner, 2008). V adolescenci se zlepšuje schopnost introspekce, integrování informací z více zdrojů a promýšlení důsledků různých hypotetických řešení. Tyto schopnosti jsou důležité pro rozvoj a fungování seberegulace (Brandtstädter, 1998) a umožňují dospívajícím stanovovat si dlouhodobé cíle a usilovat o jejich dosažení. V období adolescence je socializace jedince zásadní pro rozvoj seberegulace. Zejména ve vrstevnické skupině si dospívající zkouší regulovat jiné členy skupiny a učí se pracovat s tím, když jej reguluje někdo jiný (Demetriou, 2000). Období adolescence je vnímáno jako klíčové i v rámci Baltesova modelu, jehož mechanismy selekce, optimalizace a kompenzace se diferencují v tomto období (Gestsdottir et al., 2009).

Faktory, které se často objevují u rizikové mládeže, jako jsou rodinné problémy, sociální vyloučení či nízká životní úroveň mají významný vliv při vývoji seberegulace. Finanční problémy rodiny ovlivňují míru prožívaného stresu v rodině i kvalitu vztahu mezi dítětem a rodičem (Masarik & Conger, 2017). Děti z rodin potýkajících se s finančními problémy vykazovaly nižší schopnost plánování (Hackman et al., 2015) a odložení okamžitého potěšení pro vzdálenější odměnu (Duran et al., 2018). To, zda dítě odloží okamžité potěšení záleží i na stabilitě podmínek a jeho důvěře ve skutečné obdržení pozdější odměny (Kidd et al., 2013), což může být faktorem u dětí vyrůstajícím ve finančně nestabilním prostředí. Další významným faktorem pro úspěšný vývoj seberegulace je kvalita vztahu s rodiči, jejich přijetí dítěte a podpora autonomie

dítěte (Bernier et al., 2010; Farley & Kim-Spoon, 2014; Karreman et al., 2006). Faktorem je také přijetí v dalších skupinách, u lidí vyloučených ze sociální skupiny se častěji vyskytuje nižší motivace pro seberegulování (Baumeister et al., 2005).

1.3.4 Seberegulační mechanismy užívání návykových látek

Ve své práci používám termín seberegulační mechanismus užívání návykových látek pro označení kroků či pravidel, které si uživatel sám zvolil, aby reguloval svou spotřebu návykových látek a předešel tak zvyšování množství užívané látky a ztrátě kontroly. Při popisu jednotlivých seberegulačních mechanismů vycházím z definice, kterou ve své studii použil Cohen (1999) a ve které tyto mechanismy definuje jako dobrovolně zvolené chování či pravidla, které regulují výběr toho, kde; v jakém množství; v jaké náladě a s kým bude návyková látka užita.

O seberegulačních mechanismech se bavíme nejčastěji v souvislosti s tzv. kontrolovaným užíváním, tento pojem však není jasně vymezen. Kontrolované užívání může být jednotlivými autory chápáno jako užívání, které: umožňuje fungovat ve svých sociálních rolích (Waldorf et al., 1991), nevede k závislosti (Kaplan et al., 1992) či nezpůsobuje zdravotní ani právní problémy (Dalgarno & Shewan, 2005). Ačkoliv se studie zabývající se kontrolovaným užíváním většinou zaměřují na uživatele, jejichž užívání by se dalo popsat jako příležitostné, neznamená to, že se tyto mechanismy vyskytují pouze v této skupině. Norman Zinberg (1984) ve své práci uvádí, že kontrolované užívání nutně neznamená užívání v mírném množství (moderate use), protože musíme zohlednit i rozdíly v užívání a nutnost fáze experimentování pro naučení se kontroly. Stejně tak seberegulační mechanismy ve formě určitých pravidel uváděli i respondenti, kteří vykazují znaky problémového užívání či závislosti (Uitermark & Cohen, 2006; Warburton et al., 2005).

Seberegulační mechanismy ve formě různých pravidel byly zaznamenány u uživatelů různých návykových látek včetně heroinu (Shewan & Dalgarno, 2005; Warburton et al., 2005), kokainu (Zuffa et al., 2014), amfetaminu (Uitermark & Cohen, 2006), konopí (Cohen & Kaal, 2001) a extáze (Bahora et al., 2009), přičemž se tyto mechanismy mohou lišit v závislosti na typu a legalitě této drogy. Tato pravidla a zásady si uživatelé osvojují na základě vlastních zkušeností i zkušeností jiných (Decorte,

2000). Ve studiích zabývajících se seberegulačními mechanismy a kontrolovaným užíváním návykových látek (Bahora et al., 2009, Cohen & Kaal, 2001, Warburton et al., 2005; Zuffa et al., 2014) se pak nejčastěji objevovala pravidla týkající se časových podmínek, způsobu a množství užití návykové látky, nákupu návykové látky, emočních stavů a sociálních příležitostí.

Mezi zásady týkající se časových podmínek, které si uživatelé stanovili, můžeme zařadit například užívání pouze ve dnech, kdy člověk nevstává druhý den brzy ráno do práce či ho druhý den nečekají nějaké důležité závazky (Bahora et al., 2009; Zuffa et al., 2014), případně neužívání po ránu či před prací (Cohen & Kaal, 2001). Dalším velmi častým způsobem regulace, který respondenti v jednotlivých studiích popisovali, je omezení množství užívané látky. Někdy se jedná o limit peněz, který jsou uživatelé ochotni za látku zaplatit za určité časové období či si přímo stanovili množství užívané látky, které by nechtěli za určité časové období překročit či kolik dnů po sobě mohou látku užít (Warburton et al., 2005). Co se týče preventivních opatření týkajících se nákupu, tak uživatelé uváděli například úmyslné znesnadnění si dosažitelnosti návykové látky. Respondenti uváděli, že nákup návykové látky nechávají na někom jiném a sami nemají možnost kontaktovat dodavatele či zvolili dodavatele, který je vzdálen od jejich bydliště (Warburton et al., 2005) nebo u sebe nenosí kreditní kartu, ale pouze malý obnos peněz, aby předešli ztrátě kontroly (Zuffa et al., 2014). Dalším pravidlem pak byla například zásada užívat látku pouze, pokud je člověk v dobré náladě a droga tak neslouží jako způsob dosažení lepšího rozpoložení (Uitermark & Cohen, 2006). S tím souvisí i bližší určení událostí, při kterých je látka užita, zejména v souvislosti s užíváním stimulantů a tanečních drog (Bahora et al., 2009) respondenti uváděli zásadu užívání pouze v situaci, kdy se jdou bavit s přáteli. U některých návykových látek se také objevovaly zásady ohledně způsobu aplikování látky, například odmítání injekčního užití (Uitermark & Cohen, 2006; Warburton et al., 2005).

1.4 Motivace

Stejně jako spousta dalších pojmů v psychologii je i motivace pojmem, který nedefinuje nějaká jednotná teorie (Kleinginna & Kleinginna, 1981). V této práci je pojem motivace používán ve významu, v jakém ho definuje

APA slovník (American Psychological Association, n.d.), tedy jako podnět, který dává smysl či směr chování a působí u lidí na vědomé nebo nevědomé úrovni. Existuje velké množství teorií a modelů zabývajících se motivací, zde budou prezentovány pouze teorie a modely nejčastěji vztahované k tématu motivace k regulování užívání.

1.4.1 Motivace k omezování užívání návykových látek

Motivace je klíčovým faktorem při léčbě závislostí (DiClemente, 2017; Ryan et al. 1995) a je prediktorem míry zapojení se do léčby (Joe et al., 2002) i samotné úspěšnosti léčby (De Leon et al., 2000; Miller & Moyers, 2015; Simpson & Joe, 1993)

Sebedeterminační teorie

Vhodným rámcem, jak pohlížet na motivaci vzhledem k tématu regulování užívání návykových látek, může být sebedeterminační teorie (Self Determination Theory) (Ryan & Deci, 2017; Ryan & Deci, 2020). Tato teorie uvádí, že lidé se chtějí věnovat aktivitám, které naplňují jejich tři potřeby: autonomie (autonomy), kompetence (competence) a sounáležitosti (relatedness). Přičemž „potřeba" v této teorii označuje něco nezbytného pro růst a spokojenost člověka. Autonomie v této teorii označuje pociťování, že chování vychází z vlastního rozhodnutí člověka. Kompetence představuje využití schopností člověka. Sounáležitost se pak vztahuje k potřebě „někam patřit". Zároveň rozděluje motivaci na vnitřní (Intrinsic) a vnější (Extrinsic). Do vnitřní se můžou řadit hodnoty, cíle a touhy, naopak do vnější můžeme zařadit například tlak okolí, následky (tresty) a odměny od okolí (Breda & Heflinger, 2004; Chan et al., 2019; Curry et al., 1997).

Pro téma regulace užívání přináší tato teorie vyzdvihnutí významu autonomie, která se ve výzkumech ukázala být prediktorem zapojení se a setrvání v léčbě. Jedinci, u nichž převládala vnější motivace, vykazují menší snahu zapojit se do procesu léčby a setrvání v ní (Wild et al., 2006; Zeldman et al., 2004). Příkladem vysoké externí motivace může být nařízená léčba, která vykazuje nižší úspěšnost (Parhar et al., 2008; Werb et al., 2016). Podpora klientů v autonomii a internalizaci motivace zvyšuje šance úspěšnosti léčby (Miller & Rollnick, 2013; Williams et al., 2002).

Transteoretický model

Jeden z nejvlivnějších modelů zabývající se závislostmi je transteoretický model (Prochaska et al. 1992; Prochaska et al., 2015; Prochaska & Velicer, 1997; Velicer et al., 1998), který popisuje jednotlivé fáze změny přístupu uživatelů návykových látek k léčbě. První fází je prekontemplace (precontemplation), pro kterou je typické, že lidé nevidí své užívání jako problémové a nehodlají své užívání v dohledné době změnit. V této fázi se může u lidí objevovat neochota bavit se či si zjišťovat více informací o rizicích užívání (Velicer et al., 1998; 2000). Následuje fáze kontemplace (contemplation), která je obdobím uvažování, kdy člověk uznává, že užívání způsobuje v jeho životě problémy, ale zároveň ještě není dostatečně odhodlán podstoupit kroky ke změně. V další fázi jménem odhodlání (determination) člověk plánuje změny, které hodlá v blízké době uskutečnit a připravuje se na jejich realizaci. Následuje fáze akce (action), při které dochází k realizaci strategií zaměřených na omezení užívání. Poslední fází je fáze udržování (maintenance), při které se změny upevňují a probíhá snaha o jejich udržení.

Ačkoliv byl tento model v několika pracích uveden jako vhodný rámec jak upravit intervenci vzhledem k fázi, ve které se uživatel nachází (Connors et al., 2001; Prochaska & Norcross, 2001; Velasquez et al, 2005.), je výzkumná podpora tohoto modelu nejednoznačná (Adams & White 2005; Aveyard et al., 2009; van Sluijs et al. 2004). Přínosem tohoto modelu je, že motivaci ukazuje jako proměnlivou v čase a je třeba tomu upravit způsob intervence. Například konfrontační intervence se zejména ve fázi prekontemplace ukázala jako neefektivní a může vést ke snížení motivace k pozitivní změně (Bertholet et al., 2013; Romano & Peters, 2016).

Jednotlivé důvody pro regulování užívání jsou individuální a liší se napříč jednotlivými věkovými skupinami, způsoby regulace i látkami samotnými. Přehledová studie výzkumů zabývajících se motivací ke změně užívání ukazuje, že na úspěšnost změny má výrazný vliv sebehodnocení a prožívání rozporu mezi pokračujícím užíváním a osobními hodnotami a cíli (Kearney & O'Sullivan, 2003). Klíčovým faktorem je tedy reflektování dopadů užívání (Cloud & Granfield, 2004). Uvědomění si dopadů užívání je zásadním krokem v některých léčebných přístupech (př. Anonymní alkoholici), v této souvislosti se také objevuje koncept „sáhnutí si

na dno“ (Hitting the bottom), což je označení pro nakumulování negativních dopadů užívání do takové míry, že se člověk rozhodne pro změnu chování (Chen, 2018). Jako dopady motivující ke změně chování se v předchozích výzkumech ukázaly: celkové snížení kvality života, zhoršení fyzického i psychického zdraví a poškození vztahů s blízkými (Fotopoulou, 2014; Klingemann, 1991; Klingemann & Sobell 2001; Pettersen et al., 2018; Weiss et al., 2014). Důležitým procesem, který předcházel změně užívání, se tedy ukázalo zvažování přínosů a záporů užívání samotného (Cunningham et al., 1995). Roli zde hraje také identita, přičemž odpojení se od identity „uživatele návykových látek“ může být motivací k regulaci užívání (Fotopoulou; 2014). Tyto zmíněné motivy jsou charakteristické spíše pro dospělou populaci, která vykazuje více vnitřní motivace než mladší uživatelé (Melnick et al., 1997). Jedním z důvodů je, že některé dopady se projeví až po delší době, a proto je častěji pozorují až dospělí uživatelé, kteří jsou tak více motivováni k omezování užívání (DiClemente et al., 2009). Adolescenti v léčbě častěji uvádějí externí zdroje motivace (př. tlak ze strany rodičů) a adolescentní jedinci, kteří se rozhodli zanechat užívání bez odborné pomoci, častěji uvádějí motivaci ovlivněnou vnějšími faktory (Friedman et al., 1994; Liddle & Rowe 2006; Melnick et al., 1997). Například u adolescentů užívajících marihuanu se jednalo o snahu vyhnout se právním postihům, problémům doma či postihům plynoucích z pozitivního testu (Weiner et al., 1999). U dospělých uživatelů marihuany pak jako motivace k zanechání užívání převládaly obavy o zdraví, bytí špatným příkladem dětem, neztotožnění se s identitou uživatele, obavy blízkých či touha dokázat sami sobě, že dokážou skončit (Copersino et al., 2006).

1.5 Shrnutí

Navzdory tomu, že je užívání návykových látek spojováno se selháním sebekontroly (Hull & Slone, 2004; Sayette & Griffin, 2011), výzkumy ukazují, že uživatelé návykových látek mají nastavená pravidla, kterými svoje užívání regulují (Bahora et al., 2009; Cohen & Kaal, 2001; Shewan & Dalgarno, 2005; Uitermark & Cohen, 2006; Warburton et al., 2005; Zuffa et al., 2014), Tato pravidla si uživatelé postupně nastavují na základě svých zkušeností i zkušeností jiných (Decorte, 2000). Výzkumů zaměřených na seberegulační mechanismy však není mnoho a nepokrývají všechny druhy návykových látek a zároveň se žádný z nich nezaměřoval

čistě na populaci adolescentů či lidí ve věkové skupině vynořující se dospělosti. Pozorování zaměřená na dospělou populaci nemusí být zcela zobecnitelná na adolescenty a mladé dospělé, protože při omezování užívání návykových látek hraje klíčovou roli schopnost seberegulace (Caspi et al., 1995; Neal & Carey, 2007; Wills et al., 2002; Wills et al., 2008), která se v průběhu adolescence stále vyvíjí (Gestsdottir & Lerner, 2008; Gestsdottir et al., 2009; Posner & Rothbart 2007; Steinberg, 2008). Na vývoj seberegulace mají výrazný vliv faktory, které se často objevují u rizikové mládeže (klientů NZDM), jako jsou rodinné problémy, sociální vyloučení či nízká životní úroveň (Baumeister et al., 2005; Bernier et al., 2010; Duran et al., 2018; Farley & Kim-Spoon, 2014; Hackman et al., 2015; Karreman et al., 2006; Kidd et al., 2013; Masarik & Conger, 2017). Užívání návykových látek, a tedy i seberegulační mechanismy, mohou být v této věkové skupině ovlivněny i věkově specifickými faktory, jako je větší vliv vrstevnické skupiny (Harter, 2012; Macek, 2003) a tlak na konformitu směrem k užívání (Ennett et al., 2006; Gardner & Steinberg, 2005; Pearson et al., 2006). Pro omezování užívání návykových látek je motivace klíčovým faktorem (DiClemente 2017; Joe et al., 2002; Miller & Moyers, 2015; Ryan et al. 1995), přičemž motivace k regulování užívání se ukázala rozdílná pro různé věkové skupiny adolescence a dospělosti (Copersino et al., 2006; Friedman et al., 1994; Liddle & Rowe 2006; Melnick et al., 1997). Výzkumy zabývající se motivací ve vztahu k omezování užívání návykových látek se zároveň zaměřují spíše na motivaci k zanechání užívání nežli na regulované užívání. Současné výzkumy tedy nenabízí dostatečný a podložený popis seberegulačních mechanismů a motivace k regulování užívání u mladých uživatelů návykových látek. Z tohoto důvodu se práce snaží zodpovědět následující výzkumné otázky:

VO_1: Jaké seberegulační mechanismy používají klienti NZDM?
VO_2: Co je pro ně motivací k omezování užívání návykových látek?

2 Metoda

2.1 Výzkumný soubor

S prosbou o umožnění sběru dat pro účely bakalářské práce bylo postupně osloveno 15 nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v České republice. Z důvodu probíhající pandemie Covid-19 však nemohla většina zařízení sběr dat umožnit. S oslovením klientů nakonec souhlasila dvě zařízení v Jihomoravském kraji, ve kterých souhlasilo s rozhovorem 9 respondentů (8 mužů a 1 žena). První tři respondenti v *Tabulka 1* jsou klienty prvního NZDM a zbývajících šest respondentů jsou pak klienty druhého zařízení.

Respondenti se pohybovali ve věkovém rozmezí 18–25 let (M = 19,78; SD = 1,83). Pro výběr respondentů byla použita metoda záměrného výběru (Miovský, 2006), kdy jsou na základě stanovených kritérií vybráni ti jedinci, kteří toto kritérium splňují a zároveň jsou ochotni se výzkumu účastnit. Jedno z kritérií byla opakovaná zkušenost s užíváním nějaké návykové látky. Návykové látky nebyly blíže specifikovány, protože z předchozích výzkumů vyplývá, že seberegulační mechanismy byly pozorovány u všech návykových látek, na které již byly výzkumy tohoto typu zaměřeny (Bahora et al., 2009; Cohen & Kaal, 2001; Shewan & Dalgarno, 2005; Uitermark & Cohen, 2006; Warburton et al., 2005; Zuffa et al., 2014). Samotný výběr návykových látek tedy záležel na respondentech samotných, přičemž *Tabulka 1* nepředstavuje všechny látky, se kterými měli respondenti zkušenost, ale pouze ty, které respondenti užívali pravidelně po určitou dobu (v řádu let) a u nichž byl tedy předpoklad, že zde již mohla probíhat snaha o omezení užívání. Zkušenost se snahou omezit užívání měli všichni oslovení respondenti.

Tabulka 1 uvádí dále přibližný odhad respondentů, jak dlouho jednotlivé látky aktivně užívají. Druhým kritériem bylo věkové rozmezí 18–25 let, které bylo dáno věkovým omezením NZDM (13–25 let), přičemž spodní věková hranice byla posunuta na 18 let, protože u starších klientů NZDM je možné s větší pravděpodobností očekávat dlouhodobější zkušenosti s užíváním návykových látek, a tedy i jeho případným regulováním. Výhodou posunutí spodní hranice na 18 let je i předejití případným komplikacím plynoucích z nutnosti získání informovaného souhlasu zákonných zástupců nezletilých respondentů. Vzhledem k tématu užívání návykových látek by kontaktování zákonných zástupců

mohlo způsobit zkreslení výpovědí respondentů a také by to rovněž mohlo být v rozporu s přístupem NZDM k zachování anonymity klientů. Respondentům byly pro účely práce přiřazeny pseudonymy z důvodu respektování jejich anonymity, ale také z důvodu zachování snadné srozumitelnosti výsledkové části práce.

Tabulka 1 Seznam respondentů a užívání návykových látek

	Pohlaví	Věk	Návykové látky	Doba užívání
Petr	Muž	25	Marihuana Pervitin	Více než 10 let Přibližně 12 let
Pavel	Muž	18	Marihuana Alkohol Cigarety	3 roky 6 let 4 roky
Šimon	Muž	20	Cigarety	Přibližně 4 roky
Eliška	Žena	18	Marihuana	Více než 2 roky
Martin	Muž	18	Cigarety Alkohol	Přibližně 5 let Přibližně 5 let
Karel	Muž	20	Pervitin	3 roky
Filip	Muž	20	Marihuana Pervitin	Přibližně 8 let Přibližně 5 let
Tomáš	Muž	21	Marihuana Cigarety	7 let Více než 10 let
Oliver	Muž	18	Alkohol Cigarety	Přibližně 6 let Přibližně 11 let

2.2 Sběr dat

Vzhledem k tomu, že jsou seberegulační mechanismy a motivace k regulování málo probádaným a velmi individuálním tématem, byla zvolena kvalitativní forma výzkumu. Data byla sbírána pomocí osobních polostrukturovaných rozhovorů, které pro zachování soukromí probíhaly v oddělené místnosti v nízkoprahových zařízeních v měsících březnu a dubnu v roce 2021. Všichni respondenti byli seznámeni s účelem rozhovoru a podepsali informovaný souhlas (viz *Příloha A*). Vzhledem k citlivosti tématu byli respondenti obzvláště ubezpečeni, že jejich výpověď bude v práci uvedena bez identifikačních údajů (kromě věku) a že s pořízenou nahrávkou rozhovoru bude po dobu vypracovávání práce bezpečně nakládáno a po zhotovení transkripce rozhovoru bude nahrávka smazána. Samotné rozhovory bez úvodního seznámení a vysvětlení účelu a obsahu rozhovoru trvaly od 8 do 30 minut (M = 18 min, SD = 4 min). Rozhovory probíhaly podle předem připravených otázek (*Příloha B*) a jednotlivá témata byla případně rozvíjena pomocí doplňujících otázek. Připravené otázky postupně pokrývaly témata: zkušenosti s návykovými látkami, vliv návykových látek na respondenta, omezování užívání návykových látek, motivace k omezování a vnímaná efektivita tohoto omezování. Srozumitelnost otázek byla otestována během pilotního rozhovoru s člověkem, který věkem odpovídá cílové skupině, ale nebyl klientem NZDM. Po rozhovoru byl respondentům dán prostor na případné doplnění a dotazy, které mohly v průběhu rozhovoru vyvstat.

2.3 Reflexe výzkumníka

Téma této práce prošlo několika obměnami z důvodu omezené možnosti kontaktovat různé cílové skupiny vlivem pandemie koronaviru. Původní návrh tématu vychází z mé osobní zkušenosti s praxí v nízkoprahovém centru pro lidi bez domova, ze kterého se později stalo „mokré centrum“ – tedy zařízení s režimem kontrolovaného užívání alkoholu. Tato zkušenost vedla k tomu, že jsem se začala více zajímat o vztah sebekontroly a užívání návykových látek a zejména pak o různé seberegulační mechanismy související s užíváním a jejich efektivitu při regulaci užívání. Na tomto tématu mě zaujal kontrast oproti běžnému smýšlení nad užíváním návykových látek, jakožto nad projevem ztráty sebekontroly. Hledání pravidel a limitů omezujících užívání návykových látek mi zároveň přišlo

zajímavým nástrojem v kontextu sekundární prevence u lidí, kteří nadužívají návykové látky, ale zároveň nejsou cílovou skupinou či sami odmítají formu institucionalizované pomoci. Konkrétní volba tématu pak proběhla na základě konzultací s vedoucí práce při zvažování dostupnosti různých cílových skupin. Pro uzávorkování a oproštění se od očekávání, která by mohla zasahovat do vedení a analyzování rozhovorů je na tomto místě vhodné tato očekávání reflektovat. Do mých očekávání zasahovala zkušenost s praxí na oddělení závislostí, kde se často probíralo téma motivace, a i klienti zde o jejich motivaci přestat s užíváním často sami mluvili. V tomto ohledu byla má očekávání poněkud ambivalentní, protože jsem na jednu stranu očekávala uvědomění si motivace, ale zároveň jsem si na základě zkušeností s prací s mládeží a s lidmi bez domova uvědomovala, že motivace je pro některé lidi těžko uchopitelný pojem a není pro ně snadné motivaci reflektovat. Co se seberegulačních mechanismů týče, očekávala jsem, že klienti NZDM nejspíše nějak svoje užívání regulují, ale nemusí se jednat o explicitně stanovená pravidla, ale spíše o snahu předcházet problémům, ze které automaticky vzniká preferování určitých okolností a vyhýbání se situacím působící problémy.

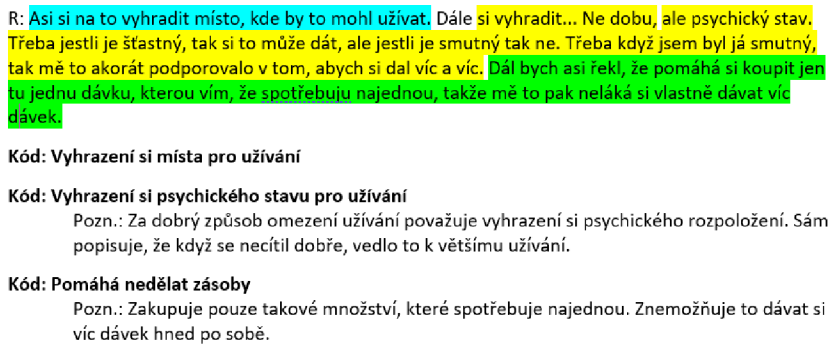
Zejména protože otázky týkající se užívání mohou být pro respondenty velmi osobní, snažila jsem se o vytvoření bezpečného a důvěrného prostředí. Toho jsem se snažila docílit tak, že jsem do zařízení docházela opakovaně, takže respondenti měli možnost mě poznat v pro ně známém prostředí nízkoprahového zařízení. NZDM je zároveň místem, kde téma užívání návykových látek není tabuizováno a bývá i často tématem rozhovorů s pracovníky, kteří se snaží o neodsuzující přístup a zaměřují se zde na primární a zejména i na sekundární prevenci užívání návykových látek. Pokud jsem tedy zrovna s některým z respondentů nevedla rozhovor, trávila jsem čas v zařízení ve společných prostorách s pracovníky a klienty, takže mě již klienti zařízení trochu znali a já jsem tak měla možnost oslovit potenciální respondenty. Samotné rozhovory se pak odehrávaly v uzavřené místnosti, takže bylo zaručeno, že náš rozhovor neuslyší jiný klient či pracovník. Vytvoření důvěrného prostředí jsem se snažila podpořit i opakovaným zdůrazněním anonymizování sbíraných dat. Pro snazší a přirozenější začátek jsem se rozhodla na začátek každého rozhovoru zařadit dotaz zaměřený na to, za jakým účelem začali docházet do NZDM. Tato otázka sice není příliš relevantní pro výzkumnou otázku této práce, ale umožňovala respondentům, aby se v situaci trochu více uvolnili, než jsme přešli k samotnému tématu kontrolovaného užívání.

Odpovědi na tuto otázku je možné nalézt v *Příloze C*. Rozhovory probíhaly spíše v neformálním duchu, o čemž vypovídá i nespisovné vyjadřování respondentů a jejich občasné zabíhání k jiným i osobnějším tématům. Tomu, abych se i já ve své roli více uvolnila, napomohl pilotní rozhovor, při kterém jsem si vyzkoušela pokládání otázek a jejich srozumitelnost.

2.4 Analýza dat

Pro analyzování rozhovorů byla vybrána tematická analýza. Výhodou tohoto typu analýzy je její flexibilita, která není limitovaná pouze teoretickým nebo epistemologickým přístupem, jako je tomu u jiných typů kvalitativních analýz a zároveň umožňuje podrobný i komplexní popis dat (Braun & Clark, 2006). Postup tematické analýzy odpovídal doporučovaným krokům ze studie Braunové a Clarkové (2006), přičemž jednotlivá témata vznikala na základě dat a až poté byla porovnávána s dosavadními poznatky a teoriemi. Prvním krokem analýzy byla transkripce rozhovorů a jejich opakované čtení. Poprvé byly transkripce čteny bez doplňování jakýchkoliv poznámek k textu za cílem získání komplexnějšího dojmu z textu. Při následujících několika čteních byly na základě přepisu rozhovorů generovány prvotní kódy, které shrnovaly významové celky relevantní k výzkumným otázkám. Tyto kódy se vždy vztahovaly ke konkrétní barevně odlišené části rozhovoru, aby bylo pro pozdější snazší orientaci v textu jednodušší určit, kde začínají a končí jednotlivé významové celky. Jednotlivé kódy byly také doplněny o poznámky pro snazší porozumění obsahu kódu (viz *Obrázek 3).* Proces opakovaného čtení a aktualizace kódů se opakoval znovu po přibližně tříměsíční pauze. Tato časová odmlka napomohla k oproštění se od očekávání a získání nové perspektivy, což vedlo k zaznamenání kódů, které byly při předchozích čteních opomenuty.

Obrázek 3 Postup kódování


R: Asi si na to vyhradit místo, kde by to mohl užívat. Dále si vyhradit... Ne dobu, ale psychický stav. Třeba jestli je šťastný, tak si to může dát, ale jestli je smutný tak ne. Třeba když jsem byl já smutný, tak mě to akorát podporovalo v tom, abych si dal víc a víc. Dál bych asi řekl, že pomáhá si koupit jen tu jednu dávku, kterou vím, že spotřebuju najednou, takže mě to pak neláká si vlastně dávat víc dávek.

Kód: Vyhrazení si místa pro užívání

Kód: Vyhrazení si psychického stavu pro užívání
Pozn.: Za dobrý způsob omezení užívání považuje vyhrazení si psychického rozpoložení. Sám popisuje, že když se necítil dobře, vedlo to k většímu užívání.

Kód: Pomáhá nedělat zásoby
Pozn.: Zakupuje pouze takové množství, které spotřebuje najednou. Znemožňuje to dávat si víc dávek hned po sobě.

Tyto kódy pak byly i s poznámkami a konkrétními pasážemi textu zkopírovány do tabulky, kde byly seskupovány napříč rozhovory na základě společných souvislostí za účelem hledání tematických celků (viz *Obrázek 4*).

Obrázek 4 Prvotní hledání tematických celků

Téma	Kód	Pozn.	Citace
Nakládání s časem	R1 - Zaměstnání - Cílené omezení volného času	Zvažuje další zaměstnání, aby neměl tolik volného času (prevence relapsu)	Já teď půjdu třeba i do dvou prací. Ale hlavně ať se nějak zabavím, aspoň na dva měsíce. Víš, co myslím. Já potřebuju přijít na jiný myšlenky. Já jak mám jen jednu práci a jdu se projít ven a už je to špatně.
	R4 - Užívání NL z nudy	Hulí, protože není, co jiného dělat (korona)	Ono je blbý, jak je teď ta korona, tak není moc co jinýho dělat. My se třeba tady potkáme, ale ono není vůbec, co dělat. My jdeme třeba ve třech ven a jen chodíme po Blansku a není co dělat prostě, no tak si zahulíme. A občas někdy ten den prohulíme i celej. Ale je to jen skrz to, že není co dělat.

Nalezená témata pak byla porovnávána s jednotlivými kódy i celým datasetem, což vedlo k přetváření, přeskupování a doplňování témat. Dále byla témata porovnávána mezi sebou, přičemž byl zvažován vztah mezi nimi, čímž začala vznikat jednotlivá konečná témata a podtémata.

Nakonec byla témata přejmenována do takové podoby, aby byla snadno srozumitelná a vystihovala jejich obsah. Tomuto kroku napomohlo sepsání krátké definice jednotlivých témat, čímž bylo i ověřeno, že jsou témata vzájemně vymezená. Posledním krokem analýzy je dle Braunové a Clarkové (2006) sepsání zprávy obsahující přehled jednotlivých témat doplněný o komentář a ukázky výpovědí respondentů, které byly podkladem pro vytvoření jednotlivých témat. Tato zpráva je spolu s tabulkou zachycující jednotlivá témata ve výsledkové části této práce.

3 Výsledky

V rámci tematické analýzy rozhovorů bylo vytvořeno celkem 9 témat obsahujících dohromady 19 podtémat, přičemž první tři témata pokrývají výzkumnou otázku zabývající se motivací k seberegulaci a následujících 6 témat pokrývá výzkumnou otázku vztahující se k seberegulačním mechanismům. *Tabulka 2* představuje tato témata i podtémata, která jsou dále podrobněji popsána a doplněná o zkušenosti respondentů v následujícím textu.

Tabulka 2 Výsledná témata a podtémata

	Témata	Podtémata
Motivace	Přejímání zodpovědnosti za rozhodnutí regulovat užívání	• Musí člověk sám chtít • Přesun zodpovědnosti
	Vztahy s okolím	• Vztahy a rodina • Pohled okolí na mě
	Odstrašující případy a pozorování dopadů na sobě	• Nechtějí skončit jako „oni“ • Pozorování dopadů na sobě • Špatná zkušenost
Regulace	Pravidla si musí nastavit každý sám	• Hledání pravidel • Rizika pro dodržování pravidel
	Usnadňující vliv vnější regulace	• Potřeba vnějších omezení • Význam podpory blízkých
	Nastavení pravidel a limitů	• Vyhrazení okolností pro užívání • Pravidla o způsobu a množství užití návykové látky

Omezení vlivu dalších uživatelů	• Explicitní vyjádření snahy neužívat • Přerušení kontaktu
Zaměstnání se	• Snaha o omezení myšlenek a příležitostí souvisejících s užíváním • Nahrazení účinku užívání jinou činností
Hospodaření s penězi	• Plánované zakoupení určitého množství • Prioritizování nákupu jiných věcí

3.1 Přejímaní zodpovědnosti za rozhodnutí regulovat užívání

Podle respondentů je zásadní, že regulovat užívání je vždy zodpovědnost samotné osoby a měl by to chtít především člověk sám a jen za těchto podmínek je podle nich regulace možná. Zároveň však z jejich výpovědí vyplývá, že se občas necítí mít rozhodnutí neužívat zcela ve svých rukou a zodpovědnost za to, že užili nějakou látku přesouvají na jiné. Někteří respondenti také rozhodnutí více omezit užívání přesouvají do budoucna, kdy očekávají, že by se v jejich životě mohlo něco změnit a byli by více motivováni.

3.1.1 Musí člověk sám chtít

Respondenti považují za klíčové, že motivace k omezení užívání návykových látek musí vycházet z člověka samotného. Uvádějí zároveň, že člověk, který opravdu chce a je pevně rozhodnut omezit užívání, to je schopen dokázat. Petr to popsal slovy: „Musí to (pozn. regulovat užívání) chtít udělat sám. Ale on ti třeba řekne, že chce, ale bude to pro něj hodně těžký. Bude potřebovat hodně velkou podporu. Ale jde to. Věřím tomu, že to jde.“ Ačkoliv tedy respondenti později zmiňují význam podpory blízkých,

je podle nich náročné pomoci někomu, kdo sám není rozhodnut a dostatečně motivován k tomu, aby užívání více reguloval. Filip to popisuje slovy:

> Ne, jak říkám, já třeba s tou osobou nebudu celej den. Každý má svou hlavu a svůj rozum a co dělá, když tam nejsem, tak co s tím člověk zmůže. To je jenom o chtění, buď chceš nebo nechceš. Pokaždé je to na té osobě, když on nebude sám chtít, tak to nemá význam. (Filip)

Většina respondentů uvádí, že návykové látky lze užívat kontrolovaně a spotřebu regulovat. Zdůrazňují přitom, že klíčová je zde právě individuální motivace a rozhodnutí. Filip to shrnuje slovy: „Dá se to kontrolovat, to je prostě jen o tom, že si řekneš." Karel to pak popisuje slovy: „Musí prostě chtít, když chce tak to půjde." Podobně se vyjádřil i Oliver: „To musí chtít ten člověk sám, jestli to chce omezit, tak to musí omezit sám."

3.1.2 Přesun zodpovědnosti

Zajímavým kontrastem k předchozímu podtématu významu individuální motivace, díky které je člověk schopen užívání regulovat, je objevující se pocit respondentů, že s užíváním už nikdy nemohou přestat nebo ho více regulovat. Ačkoliv většina respondentů uvedla, že kdyby chtěli, jsou schopni s užíváním přestat, u kouření cigaret jsou Tomáš s Oliverem přesvědčení, že už kouřit „musí" a v podstatě s tím už nemohou nic dělat. Tomáš to popisuje slovy: „Ale já jsem na to kouření hrozně slabej. Já už musím kouřit, jsem už na to tak zvyklej. Ty cigarety už neomezím a budu kouřit do konce života." Stejně tak to popsal i Oliver: „Ale když si řeknu, že ne, tak ne. Kromě teda těch cigaret, s tím bych nedokázal přestat. To cígo si fakt potřebuju dát." Podobně je i Petr přesvědčen, že s užíváním marihuany nikdy zcela nepřestane, ale snaží se užívání alespoň omezit: „Neomezím to úplně, ale snažím se. Vždycky tam nějaké minimum bude."

Dalším kontrastem k předchozímu podtématu je poměrně časté téma přesunu odpovědnosti za užívání buď na jinou osobu nebo odkládání regulace na jinou dobu, kdy by mohla být motivace vyšší. Ačkoliv respondenti uvedli, že největší vliv na úspěšnost regulace užívání má motivace a rozhodnutí člověka samotného, ve svých výpovědích později zmiňují, že k užívání byli občas dotlačeni vnějšími okolnostmi. Příkladem

může být opakovaná zkušenost Martina, který je rozhodnut neužívat marihuanu, protože si je vědom toho, že mu stavy navozené látkou nedělají dobře. Zároveň se mu ale stává, že marihuanu užije, když pije alkohol. Za klíčové faktory, které vedou k užití, ale považuje vliv alkoholu a zejména pak okolních lidí, kteří mu látku nabízí:

> Přestal jsem hulit a dám si fakt jen občas, když piju. Jinak bych si to nedal. Jen když piju, tak mi ten alkohol řekne, abych si dal toho šluka a dám si. Ale mě to furt všichni nabízí, já bych to jinak do huby nedal, ale když jsem střízlivý tak dokážu říct: „Ne, nehulím a nedám si." (Martin)

Podobný přístup můžeme vidět i u Olivera, který se k pití alkoholu cítí dotlačen kamarády, ale je přesvědčen, že sám by jinak dokázal přestat pít:

> Když si to řeknu, tak já přestanu pít, ale mě vždycky donutí někdo z těch kamarádů a já tam nechci být jedinej střízlivej. Mě to pití nebaví, já to dělám vlastně jen, že mi to někdo řekne, ať se jdu napít s nima. Dokážu přestat s chlastáním. To je jen to, že mám takovou partu, která řekne, jde se pít, tak jdu pít s nima. Ale kdybych měl jinačí partu, kde by se nepilo, tak bych určitě nepil tolik. Ale už se mi to hnusí, protože jsem předtím pil fakt strašně moc. (Oliver)

Pro Petra bylo přesouvání odpovědnosti tématem v kontextu selhání při snaze neužívat návykové látky. Náročná vztahová situace vedla Petra k tomu, že znovu užil pervitin a vinu přikládá jakési nepřízni shora: „Já vždycky jsem se nějak snažil. Ale já nevím, asi mi to ten nahoře nepřeje nebo já nevím." U Petra se podobné téma vyskytuje ještě jednou, kdy vyzdvihuje, že se přestěhoval do jiného města, aby se vyhnul pokoušení dalších uživatelů. I tady si ho však látka „zase našla":

> Do Jeseníků jsem se odstěhoval. Až tak jsem se tomu vyhnul. A tam to ke mně zase přišlo. To je prostě těžké se tomu vyhnout. Já bych se musel odstěhovat na vesnici a nevycházet z baráku. (Petr)

Téma přesunu odpovědnosti lze vidět také ve výpovědích respondentů, ze kterých vyplývá, že dostatečná motivace omezit užívání je pro ně něčím, co přijde za jiných okolností. Přesouvají tak snahu omezit uží-

vání na někdy jindy, až se v jejich životě něco změní. Větší motivace omezit užívání je pro ně tedy něčím, co by mohlo nastat spíše v budoucnu ve spojitosti s větší odpovědností. Jako možná budoucí motivace se v rozhovorech nejčastěji objevoval vztah a rodičovství (viz téma Vztahy a rodina), práce nebo studium vysoké školy. Eliška i Oliver zmiňují, že v budoucnu by pro ně práce mohla být motivací k omezení užívání. Eliška to popisuje slovy: „Určitě nějaká práce. Když budu mít nějakou stálou práci, tak tolik určitě hulit nebudu." Může se jednat o očekávání větších nároků na zodpovědnost vzhledem k práci nebo také o větší časovou vytíženost, kvůli které by nebylo tak časté užívání možné. Podobně i Pavel uvedl, že práce či vysoká škola, by jednou mohly být motivací omezit užívání, zejména protože očekává, že bude časově vytíženější:

> Motivace víc omezit užívání by byla asi vysoká škola, protože teď jsem v takové fázi, že uvažuju, co dál… Anebo třeba povolání. Kdybych začal rovnou pracovat po škole, tak bych neměl čas na takové věci, to stejné s tou vysokou školou. Že tam bych se musel soustředit víc na to studium. Víc než se soustřeďuju teďka. (Pavel)

Martin o motivaci k omezení užívání nemluví pouze jako o něčem, co by mohlo jednou přijít, ale zmiňuje, že kdyby byl mladší, mohl by být jeho motivací fotbal. Tato motivace je tedy něčím nedosažitelným, co už nyní nemůže ovlivnit: „No, kdybych byl mladší třeba, tak začít hrát zase fotbal, to bych teda přestal i kouřit. No, doufám v to, ale to bych přestal i chlastat." Podobnou situaci popisuje i Oliver, který přestal s hraním fotbalu kvůli problémům s dýcháním, které připisuje zejména projevení astmatu: „Mně to kouření samotné nikdy nedělalo problém s dýcháním, až to astma mi to začalo dělat." Stejně jako Martin by tedy i Oliver viděl možnou motivaci omezit pití alkoholu kvůli sportu (fotbalu), kterému se však už nyní nevěnuje: „Kdyby byl ten sport, kdybych mohl ještě hrát, tak bych tolik nepil."

V rámci tématu *Přejímání zodpovědnosti* za rozhodnutí regulovat užívání byla identifikována dvě kontrastní podtémata. V rámci prvního podtématu respondenti vyzdvihovali důležitost individuální motivace a rozhodnutí člověka omezit užívání. Pevné rozhodnutí člověka a individuální motivace pak popisují jako dostačující pro omezení užívání. Přestože tedy zmiňovali, že tyto faktory jsou dostačující, objevoval se v rámci

druhého podtématu *Přesun zodpovědnosti* motiv „nemožnosti“ s užíváním přestat nebo ho více omezit. Ačkoliv také respondenti uváděli, že rozhodnutí musí udělat každý sám, objevovalo se zde i téma přesunu zodpovědnosti za užívání a přikládání rozhodujícího faktoru nějakému vnějšímu vlivu (např. kamarádům, Bohu). Pro některé respondenty je motivace omezit užívání tématem, které přesouvají spíše do budoucnosti, kde očekávají, že by mohly být více motivující okolnosti, jako je například nalezení práce nebo přijetí na vysokou školu.

3.2 Vztahy s okolím

Respondenti zmínili vztahy s okolím jako jeden z možných zdrojů motivace omezit užívání návykových látek. Důvodem ke snaze regulovat užívání může být snaha udržet již existující vztahy, pro jejichž fungování a přijetí druhou osobou mohou být návykové látky překážkou. Motivací k omezení užívání mohou být i obavy z toho, jak na člověka, který užívá, bude pohlížet jeho okolí.

3.2.1 Vztahy a rodina

Vztahy s rodinou a blízkými mohou představovat motivaci ke snaze omezit užívání návykových látek. Pro respondenty bylo motivací k regulaci užívání to, že pozorovali, jak jejich životní styl poškozuje jejich vztah s konkrétními osobami. O této zkušenosti se zmiňují zejména Filip s Karlem, kteří v důsledku užívání pervitinu začali ztrácet kontakt se svými blízkými. Filip svoji zkušenost popisuje slovy: „Mojí motivací s pervitinem přestat byla určitě rodina. Rozbíjí to strašně vztahy. Sestra má děti, tak jsem měl za nima zákaz chodit třeba. Což mě sralo no.“ Podobně o své zkušenosti vypovídá i Karel, kterého hrozící ztráta blízkých v důsledku užívání donutila přehodnotit životní priority:

> Začal jsem ztrácet lidi, na kterých mi záleží. A uvědomil jsem si, že to prostě nechci… Ale zas kdybych takhle neztrácel rodinu nebo kdybych ju třeba neměl, tak bych dopadl hodně špatně. Ale vím, že ji nechci kvůli tomu ztratit, tak se podle toho zařizuju. (Karel)

Rodina a partnerský vztah se v rozhovorech objevovaly i jako téma budoucí motivace. Petr, Filip, Šimon i Martin zmiňují, že partnerský vztah by pro ně v budoucnu představoval dostatečnou motivaci snažit se

o větší omezení užívání. Výchova dítěte a zodpovědnost s tím spojená by pak pro některé z respondentů podle jejich slov mohla být motivací s užíváním zcela přestat. Pro Tomáše by dítě na rozdíl od partnerky bylo dostatečnou motivací:

> Tak třeba kdybych měl dítě… To je fakt drahé v dnešní době, tak bych si třeba začal balit nebo kdybych nevycházel s penězma, tak bych i přestal kouřit, to je jasný, abych se postaral o dítě. Přestal bych aj pít. Bych udělal všechno pro to, abych se o něj nějak postaral, aby ho nevzala sociálka. Ale ženská ta by mě nedonutila přestat kouřit. (Tomáš)

V této situaci se již ocitl Petr, který s užíváním přestal, když zjistil, že bude nejspíše otec a uvádí, že v takovéto situaci by se pro něj dítě stalo prioritou:

> Já už měl jednou fakt namále tady s tímhle. Já jsem fakt nebral nic, když se mi mohlo narodit dítě. Ale když už to mělo bejt, když mi to jako oznámila, řekl jsem si, že tak to bych přestal i kouřit. Úplně se vším. No chápeš to? To bych dělal všechno jen pro to děcko. Vykašlal bych se na všechno i na kšefty s tím, i když vím, že v tom jsou dobré peníze. (Petr)

Důvodem, proč respondenti uvádějí, že by byli schopni takto razantní změny ve spojitosti s rodičovstvím, tedy může být jednak zodpovědnost rodiče zaopatřit dítě po materiální stránce, ale také zodpovědnost spojená s výchovou a zajištěním bezpečného prostředí. Že by užívání návykových látek neměly přihlížet děti, zmiňuje Petr i v pozdější části rozhovoru.

3.2.2 Pohled okolí na mě

Motivací omezit užívání mohou být také obavy z toho, jak na člověka, který užívá nějakou návykovou látku, bude pohlížet okolí. Užívání návykových látek s sebou může přinášet odsouzení v očích některých lidí, kteří takovéto jednání mohou považovat například za projev nedostatečné sebekontroly. Toto téma se objevilo i v rozhovoru s Karlem, když mluvil o motivaci k omezování užívání: „Nechci třeba do vězení a nechci, aby mě každý viděl jako smažku.“ Že se s užíváním návykových látek pojí určité stereotypy, se kterými respondenti nechtějí být spojování, vyplývá

i z výpovědi Pavla. Pavel sice sám užívání marihuany nepovažuje za nic špatného, přesto s tím ale nechce být spojován v očích ostatních: „Nechci být známý jako někdo, kdo hulí. Já to neberu jako špatnou věc, jenom já se s tím nemám nějakou potřebu ztotožňovat, s marihuanou a těmahle věcma."

V souvislosti s tématem vztahu jakožto motivace přestat s užíváním je i vidět, že užívání návykových látek může být viděno jako něco, co není dobré pro vztah anebo může být pro ostatní neatraktivní. Takovouto myšlenku vyjádřil i Oliver při odpovědi na otázku, co může pomoci někomu, kdo se snaží užívání návykových látek více omezit: „Najít si babu. Baba určitě nechce alkoholika."

Téma *Vztahy s okolím* bylo identifikováno na základě výpovědí respondentů, které obsahovaly motiv rodiny a udržení vztahů s blízkými či obavy z odsouzení lidmi ve svém okolí jakožto motivaci omezit užívání návykových látek. V prvním podtématu *Vztahy a rodina* respondenti zmínili, že se užívání návykových látek podepisuje na jejich vztazích s rodinou, a tak se snaží užívání omezit, aby tyto lidi neztratili. Rodinu a partnerský vztah zároveň vidí jako možnou budoucí motivaci omezit užívání návykový látek. V druhém podtématu *Pohled okolí na mě* pak respondenti zmínili, že motivací je pro ně také to, že nechtějí být známí tím, že užívají nějakou návykovou látku a nechtějí být spojování s negativními stereotypy o uživatelích návykových látek.

3.3 Odstrašující případy a pozorování dopadů na sobě

U většiny respondentů se objevilo téma pozorování dopadů užívání na sobě, ale i na lidech v jejich okolí jakožto motivace k omezení užívání. Respondenti popisovali dopady na celou bio-psycho-sociální jednotu člověka. Ve vztahu k fyzickému zdraví zmiňovali zejména problémy s dýcháním a u psychického zdraví pak prožívání nepříjemných stavů. U sociální stránky pak zmiňovali finanční potíže, změny v chování, kriminální jednání a neschopnost se od drogy odpoutat. Specifickou motivací k zanechání užívání pak bylo zažití negativní zkušenosti po užití látky.

3.3.1 Nechtějí skončit jako „oni“

Respondenti zmiňovali, že pozorování dopadů užívání na kamarádovi z jejich okolí bylo impulzem k přehodnocení užívání návykových látek. U těchto lidí popisovali zejména dopady na sociální složku, kam řadíme vztahy s okolím a fungování ve společnosti. Petr a Karel se ve svých výpovědích shodují, že užívání pervitinu bylo u lidí v jejich okolí spojeno s finančními problémy a kriminalitou:

> A hlavně z těch lidí se stávají zloději a tak. Někteří lidi to nedokážou ovládat. Znám lidi, co to berou dvacet let, ale fungujou. Chodí do práce normálně, mají rodiny, fungují, ale berou to dodnes. Ale to je menšina, úplné fakt minimum. Hodně lidí hned zapadne do té kriminality. Začnou krást a podvody a třeba skončí na ulici a další takové. (Petr)

Karel pak popisuje, jak užívání pervitinu ovlivnilo jeho kamarády, se kterými měl pak neshody kvůli penězům. Pro Karla je dalším příkladem, jak by nechtěl skončit také jeho bratr:

> Měl jsem hodně dobrých kamarádu, který se ke mně otočili zády skrz tady tohle (pozn. pervitin). Podělali mě o peníze a takhle já dopadnout nechci. No a taky mám starší sestru a jí to prostě vadí a nemá ráda fet a tak. A můj starší bratr je už závislý hodně dlouho, třikrát seděl a teď už sedí zase a ani ona nechce, abych dopadl jako on. (Karel)

Pro Pavla bylo podnětem k omezení užívání alkoholu pozorování dopadů pití alkoholu na jeho kamaráda:

> S alkoholem jsem přestal, když jsem viděl, co to dělá na jednom mojem kamarádovi. Ten je závislý na alkoholu do té míry, že musí každý den pít, aby v uvozovkách fungoval. (Pavel)

Práce s motivací a uvědoměním si možných dopadů bylo významným tématem pro Pavla, který se záměrně obklopoval možnými následky nadměrného pití alkoholu, což pro něj pak představovalo silnou motivaci pití omezit. Významným momentem pak bylo, když zjistil, kolik lidí umře v důsledku nadměrné konzumace alkoholu:

> Vlastně celou dobu, co jsem přestával, jsem se obklopoval negativismy toho alkoholu, abych si připomněl, proč vlastně přestávám. Chodil jsem na

> různá internetová fóra, kde jsem si zjišťoval, jak vlastně probíhá odvykací léčba alkoholismu, a to jsem si říkal, že tohle by mě vlastně čekalo, kdybych nepřestal. A dále jsem si vyhledával, v ty špatné dny klidně i několikrát denně, jsem si vyhledával onemocnění tím způsobená. A když jsem viděl kolik lidí umře na alkohol, tak to bylo taky takové hodně jako…. Taková další stopka, která mi pomohla k tomu, abych se dostal do této fáze. (Pavel)

Filip uvedl, že kdyby měl někoho podpořit ve snaze omezit užívání, podělil by se s ním o pár příběhů z jeho okolí, jak dopadli někteří lidé, kteří užívali, protože věří, že to od užívání odrazuje a více by je to motivovalo k omezování. S tímto má zkušenost Eliška, která zmínila, že pro ni výpověď lidí, kteří užívají pervitin, zafungovala jako prevence a je to důvod, proč zatím vždy odmítla, když jí byla látka nabídnuta:

> A měla jsem i nabídku ochutnat perník a to jsem řekla, že ne, protože mám strach. Oni mi všichni říkají, že je to úplně jako… No znám pár lidí, co si dávají občas a to jsou starší lidi, jako 30, 40 let, s kým jsem se jako takhle potkala a jenom jsme pokecali. A oni kdyby si mohli vybrat a nedali by si před těma pár rokama, tak že si nedají, že by se na to fakt vysrali a nedali by si. Že je to fakt svinstvo. (Eliška)

3.3.2 Pozorování dopadů na sobě

Častým tématem motivace k omezení užívání bylo také pozorování negativních dopadů na sobě. Z fyzických dopadů zmiňovali respondenti zejména problémy s dýcháním. To je i případ Elišky, která se kvůli tomu snaží omezit užívání marihuany. Její problémy s dýcháním jsou spojeny se způsobem užívání tzv. kýblováním, kdy člověk vdechne velké množství kouře, které neprochází filtrem:

> Trochu jsem začínala mít problém s plícema. A měla jsem citlivý mandle a jak jsem dávala často kýbly, tak mi to dělalo špatně na mandle. Špatně na to reagovaly, tak jsem si řekla, že mi to za to nestojí a že to radši omezím. (Eliška)

Fyzické zdraví bylo motivací pro omezení kouření i pro Pavla:

> No a kouřil jsem cca od čtrnácti/patnácti let a kouřil jsem do těch osmnácti. A teď přestávám také a je to podle mě o hodně těžší než přestat pít, protože jsem kouřil hodně – krabičku, dvě denně. A vlastně přestávám proto, abych si zlepšil své zdraví, abych mohl žít déle. Protože co si budeme, tabák není úplně věc, kterou si prodloužíš život. (Pavel)

U užívání marihuany však popisuje zejména dopady na jeho psychické zdraví, kdy jako důsledek užívání pozoroval zhoršování psychických problémů a hlubší a delší prožívání nepříjemných stavů:

> Negativum asi je, že je ten útěk jen dočasný, že pak se vrátíš do té reality a ty špatné stavy se ti ještě prohloubí… Pociťoval jsem, že mi to zhoršuje ty moje psychické problémy, což bylo hlavně negativní na hlavu. Měl jsem takové špatné stavy, které mi prodloužily a prohloubily ty špatné problémy, co jsem měl v hlavě. A měl jsem potom… Ne panické záchvaty, ale něco tomu podobného a vlastně v té době jsem začal koktat, tak jak teďka slyšíš. Tak to mi začlo v té době. (Pavel)

Motivací k pokračování ve snaze omezovat užívání může být i pozorování pozitivní změny zapříčiněné snížením užívání návykové látky. Takovouto zkušenost popisuje Pavel, kterému pomáhá držet se snahy omezovat užívání to, že pozoruje posun od doby, co přestal užívat:

> A hlavně mi pomáhá zůstat u toho, že to nechci dělat, ty pozitivní účinky, které vnímám z toho, že to nedělám. Že mám v hlavě reálně to, jaké to bylo, když jsem hulil aktivně nebo cokoliv jsem dělal aktivně. Tak si pamatuju ty negativní účinky. Takže mi to pomáhá vždycky vrátit se na ty koleje, když si uvědomím, kde jsem byl a kde jsem teď. To mi asi pomáhá nejvíc. Žádné jako okolní jevy, nic takového… Řeknu si, že tam už jsme byli a není tam třeba jít znovu. Že tam mě nic nečeká. (Pavel)

3.3.3 Špatná zkušenost

Motivací pro omezení či zanechání užívání může být také špatná zkušenost související s užitím nějaké návykové látky. Takovouto zkušenost popisují například Martin a Karel, kteří po užití marihuany zažili nepříjemný stav, a proto se už raději této látce vyhýbají. Martin svoji zkušenost popisuje slovy: „Trávu už bych nechtěl nikdy. To jsem měl tak čtyřikrát za život a neměl jsem s tím dobrou zkušenost.“ U Martina s Karlem

se špatná zkušenost dostavila při prvních několika užití, což je odradilo od dalších experimentů s touto látkou.

Jiný případ popisuje Eliška, která užívala pravidelně extázi každý týden po dobu asi dvou měsíců. Užívání měla spojené s páteční návštěvou klubu a když se jí po posledním užití udělalo velmi zle, rozhodla se, že znovu již látku neužije. Uvedla, že tuto špatnou zkušenost měla před více jak rokem a půl a od té doby extázi neměla. Eliška měla nedávno i první zkušenost s LSD, která byla velmi intenzivní a stav navozený látkou jí nebyl příjemný a vliv látky trval příliš dlouho: „Připadala jsem si, že je mi všechno jedno a jak máš, když si povídáš sama se sebou takový ten vnitřní hlas, tak ten nebyl vůbec slyšet. Já jsem byla úplně utlumená, bylo to jako by sis prostě nemohla říct nějaká slova uvnitř sebe.“ Od této zkušenosti LSD znovu nezkusila a po těchto špatných zkušenostech se tedy těmto látkám vyhýbá: „Já jsem si hlavně zažila i nějaké špatné věci s tím, a to je to, co si řeknu: „Hmm nestojí mi to za to.“ Protože už se mi na tom něco stalo, tak si řeknu, že ne.“

Na snahu respondentů omezit užívání návykových látek tedy mělo vliv pozorování dopadů užívání na svém fyzickém i psychickém zdraví, ale také pozorování dopadů užívání na lidech ve svém okolí. V rámci prvního podtématu respondenti zmiňovali, že nechtějí skončit jako tito lidé, kteří mají mnohdy finanční problémy a vykazují kriminální jednání. Pozorování těchto lidí tedy vedlo k uvědomění si možných následků užívání a v důsledku i k motivaci užívání omezit. Jako prevence před první zkušeností s konkrétní látkou pak zafungovalo i varování jiných uživatelů, že kdyby teď měli tu možnost, už by látku znovu raději nevyzkoušeli. V druhém podtématu zaměřeném na pozorování dopadů užívání na sobě, zmiňovali respondenti zejména dopady na zdraví, přičemž u fyzického zdraví se jednalo například o problémy s dýcháním. V kontextu psychického zdraví pak pro respondenty bylo motivující k omezení užívání, že pozorovali zhoršení psychických problémů. Motivací k pokračování v regulaci je pro některé respondenty pozorování pozitivních dopadů snížení spotřeby látky na své zdraví. Motivem třetího podtématu pak byla špatná zkušenost s určitou látkou jako motivace omezení či zanechání užívání této látky.

3.4 Nastavení pravidel a limitů

Respondenti vyjádřili názor, že člověk, který užívá kontrolovaně, má zavedená pravidla a limity, které udržují užívání pod kontrolou a užívání mu tak neznemožňuje fungování v běžném životě. Pravidlem podle respondentů může být vyhrazení si okolností, za kterých může být návyková látka užita. Okolnosti mohou být dány náladou, společností při užívání či prioritizováním pracovních povinností. Dále se pravidla mohou týkat množství, způsobu a četnosti užívání návykové látky.

3.4.1 Vyhrazení okolností užívání

Respondenti uvedli, že kontrolované užívání je regulováno nějakými limity a pravidly. Pro Elišku znamená kontrolované užívání i to, že si je člověk schopen předem naplánovat užití návykové látky a zároveň se k němu vztahují určitá pravidla. Eliška jako pravidla zmiňuje příklad užití o víkendu a nemíchání návykových látek:

> Ten, kdo to pod kontrolou nemá, tak si dává každý den, potřebuje to. Utrácí za to strašně moc peněz a nekontroluje, kolik za to utrácí. Ten, kdo to má pod kontrolou, tak si koupí jenom občas. Dám příklad: Jednou za dva týdny si koupí třeba na víkend a jde do toho s tím, že do toho nebude pít, ale jen si třeba zahulí trošku. (Eliška)

(1) Až po práci

Respondenti uvedli, že mají nebo měli nastavená pravidla, za jakých okolností mohou návykovou látku užít. Nejčastějším pravidlem bylo užívat až po práci, škole nebo brigádě, ať jejich pracovní výkon není poznamenán užitím návykové látky. Eliška uvádí, že užívání marihuany po práci či škole je pro ni způsobem, jak se uvolnit. Kdyby však užila před prací nebo školou, byla by tam unavená:

> Když jdeš třeba do práce nebo na brigádu, tak je určitě lepší dát si až potom. Je to lepší, máš z toho i lepší pocit. Po tom celým dnu ti to tak uleví. A potom celým dnu v práci jsi takovej vymandlenej a když přijdeš po práci a dáš si ze sklíčka, tak jsi takovej uvolněnej a už jsi připravenej na to, že budeš prostě odpočívat a že už nikam nejdeš. Mám nejradši, když jezdím

> do školy a po škole si můžu dát po tom celým dnu. Tak je to super. Ale jinak do školy ne, rozumíš, to jsi pak taková unavená celý den. (Eliška)

Zkušenost s limitem užívat marihuanu pouze až po práci mají také respondenti Petr, Filip i Tomáš. Filip toto pravidlo neměl nastavené vždy: „Ale třeba jak jsem říkal, že jsem v té práci, tak si dám až večer. Dřív jsem hulil celý den a teď si dám až večer a stačí mi to.“ Podobnou zkušenost s tím, že se k tomuto pravidlu dopracoval až později má i Petr:

> Ale kdybych si to dal před prací, tak bych zase v práci nepracoval. To je takový uklidňovák. To nejde už jako po čase. Dřív jsem to bral jako normálně, dělal jsem na tom všechno, normálně jsem fungoval. Teď už si nemůžu dát před prací prda, to nejde, neexistuje. To už bych nefungoval. (Petr)

(2) Psychické rozpoložení

Jediný, kdo zmínil, že je při užívání návykových látek také potřeba myslet na to, v jakém psychickém rozpoložení se člověk nachází, byl Pavel. Jelikož má Pavel sám zkušenost s tím, jak jeho nálada ovlivňovala spotřebu, doporučoval by hlídat si v jakém stavu člověk návykovou látku užívá:

> Dále si vyhradit... Ne dobu, ale psychický stav. Třeba jestli je šťastný, tak si to může dát, ale jestli je smutný tak ne. Třeba když jsem byl já smutný, tak mě to akorát podporovalo v tom, abych si dal víc a víc. (Pavel)

(3) Společnost při užívání

Respondenti uvádějí, že mají i pravidla týkající se společnosti při užívání a s tím i souvisejícím místem k užívání. Pro Pavla je ideálním místem pro užívání marihuany les, protože ji užívá nejraději sám a v přírodě. Pro Karla zase bylo důležité, aby ho u užívání pervitinu nikdo neviděl: „Bych si v životě takhle před lidma nedal, aby mě někdo viděl, to nikdy.“ Nějak limitovaná místa k užívání pervitinu se snažil mít i Petr. Zásadní pak pro něj bylo, aby užívání návykových látek nepřihlížely malé děti:

> Většinou jsem užíval v klidu doma někde nebo u někoho. Prostě takhle v klidu. Nebo ty diskotéky, tak tam někde, to jo. Ale ne že bych to takhle na ulici na hardcore někde… Dodnes to třeba nemám rád před dětma malýma.

> A ani ti lidi, co jsem znal (pozn. kteří, užívají před dětmi), tak jsem se s nimi prostě ani nechtěl stýkat. Já jsem se staral o mladší sourozence a říkám ne, žádné drogy před nima. Ani tráva. I cigarety mi před dětma vadí. I ten alkohol. Prostě jsou to děti a nemusí takové věci vidět. (Petr)

Specifická pravidla má Pavel nastavená pro společnost při užívání návykových látek. U užívání marihuany preferuje, když je sám, protože při užívání s ostatními docházelo k neodhadnutí množství. Zároveň v současnosti vnímá příležitostné užívání jako malý rituál, na který si vyhrazuje čas o samotě:

> Většinou jsem hulil sám. A když už jsem hulil s ostatními, tak jsem to většinou přehnal. Proto jsem si nastavil pravidla, že marihuanu výhradně sám. Já to mám, že si zapálím a potom medituju a u toho nikoho nechci a dělám to v přírodě a připadám si, že jsem v souladu s přírodou. A tam se vždycky uklidním. (Pavel)

Rozdílný přístup pak Pavel aplikuje pro pití alkoholu. Uvádí, že je rozumné, aby si člověk hlídal, s kým pije, protože sám zažil to, že s určitými lidmi měl tendenci užívat více. Zároveň ale uvádí, že není dobré pít sám, protože, když pil sám, často množství neodhadl. Navrhuje proto, že by bylo vhodné pít s lidmi, kteří mu v daný okamžik dokážou říct, že už by dál pít neměl:

> Já jsem pil sám, jen když jsem měl špatné nálady, špatné stavy. A to jsem pil hodně, protože jsem měl ty špatné stavy. A tam pak není ta stopka od někoho jiného. Tam není ta ruka, co ti řekne: „Dobrý, přestaň." Tam seš jenom ty sám a ta stopka tam není. Takže doporučuju pít s někým, kdo tě zastaví v danou chvíli. (Pavel)

Eliška pak zmiňuje i pravidla pro to, s kým by užívala marihuanu. Uvedla, že by marihuanu neužívala s někým, kdo je mladší patnácti let. Pokud by ale tomu člověku bylo patnáct a již by měl s marihuanou nějakou zkušenost, pravděpodobně by se s ním podělila. Eliška si uvědomuje rizika spojená zejména s prvním užitím, kdy člověk neví, jak bude na látku reagovat a z její výpovědi je zřejmé, že by za člověka, kterému látku zprostředkovala, cítila zodpovědnost:

> A třeba kdyby byl starší a neměl to nikdy v životě, tak bych si s sním možná taky nedala, protože bych měla strach, že se mu něco stane. Víš jak, každý na to reaguje jinak, někomu to může udělat špatně a já nechci být ta, od koho by mu to udělalo špatně. (Eliška)

3.4.2 Pravidla o způsobu a množství užití návykové látky

Někteří respondenti také zmiňují, že mají nastavená pravidla ohledně způsobu užití návykové látky. Například Petr popisuje, že by již nikdy neužil pervitin nitrožilně: „Já jsem si to jako píchnul dvakrát v životě. A v životě už bych si to nepíchnul. Já už to jen šňupal nebo kouřil.“ Eliška zase uvádí, že zvažuje že změní způsob užívání marihuany, aby tolik nezatěžovala plíce:

> Tak přestanu kýblovat, určitě. Já věřím tomu, že hulit trávu nezdravý není, ale kýblovat asi nezdravé je, že to ti trošku ničí plíce. My kýblujeme a já bych to chtěla omezit tak, že bych v budoucnu chtěla začít hulit brka. Mně to moc nechutná a moc si v tom nelibuju, ale ono je to jakoby lepší, že to vydrží dýl a má to pomalejší nástup. Z kýblu to máš prostě obrovský a rychlý nástup, to hrozně rychle kopne. (Eliška)

Přestat s kouřením se pokoušel Tomáš tak, že nahradil cigarety používáním nikotinového spreje. Ke kouření se však pak stejně vrátil, přestože mu po spreji cigarety nejprve nechutnaly, protože byl na navyklý na ritualizovaný pohyb spojený s kouřením:

> Tak dva týdny jsem nekouřil, pak jsem začal kouřit zase, pak jsem po nějakém čase chtěl zase přestat kouřit. Měl jsem takovej ten nikotinovej sprej do pusy, zas jsem to tak dva týdny vydržel a pak jsem si zase zapálil. Ale bylo to teda pěkně hnusný, po tom spreji, to se ani nedalo skoro kouřit to cígo. To ti to cígo po tom vůbec nechutná. To je prostě ten zlozvyk, že něco v té ruce máš a musíš dělat ten pohyb. (Tomáš)

Respondenti uvedli, že člověk může také své užívání regulovat tím, že si přímo nastaví limit množství návykové látky, které nechce za určité období přesáhnout. Takovéto pravidlo ohledně užívání pervitinu měl například nastavené první tři měsíce Karel, poté již toto pravidlo nebyl schopen dodržet. Podobné pravidlo měl nastavené i Pavel ohledně kouření: „Já jsem to měl tak, že jsem si vyhradil, kolik jsem měl cigaret na

jeden den, když jsem kouřil.“ Pavel s Oliverem uvádějí, že jsou schopni nastavit si a dodržet předem nastavený limit pro konzumaci alkoholu během jednorázové události. Oliver to popisuje slovy: „Když si řeknu že nepiju, nebo že do toho ty prachy nedám nebo že si dám jen dvě pivka, tak si dám dvě pivka a dobrý a pak řeknu že už nechci.“

Jak už bylo dříve zmíněno, Pavel raději užívá marihuanu sám. Užívá přitom vždy stejné předem stanovené množství marihuany. Při užívání s ostatními je pro něj však náročnější toto množství uhlídat:

> Ale kolikrát, když jdu sám, jak jsem říkal, tak to mi stačí půl gramu. Takže vím, že ten půl gram je ideální na ten den s tím, že večer můžu fungovat v rámci možností. Ale když jsem s ostatními tak to se hůř hlídá. Tam je ta hranice posunutá a to bych řekl na ten gram, gram a půl. Záleží, s kým jsem v danou chvíli. (Pavel)

Podobnou zkušenost má respondentka Eliška, která uvádí, že takto nastavená pravidla je náročné dodržovat, zejména pokud je člověk v okruhu ostatních uživatelů. Rozhodla se proto, že si s sebou ven bude vždy brát jen to množství, které plánuje užít, aby snížila riziko, že si dá víc, než plánovala:

> Je dobrý nebrat si s sebou všechno, nechat si to doma třeba na večer. Jo, já si doma nechávám. Doma si oddělám a řeknu si tak, tohle máš s sebou ven a když nebudeš mít víc, tak nemáš no. (Eliška)

Respondenti uvedli, že kontrolované užívání může znamenat mít zavedená pravidla a limity pro užívání. Člověk, který podle respondentů užívá kontrolovaně, je schopen si na užívání vyhradit vhodnou příležitost. V rámci prvního podtématu popsali respondenti pravidla, která limitují okolnosti, za kterých může být látka užita. Nejčastějším pravidlem bylo užívání návykových látek až po práci či škole. Málo zmiňovaným, ale velmi důležitým pravidlem je vyhrazení si psychického rozpoložení, ve kterém člověk návykovou látku užije, čímž může předejít přehnání užitého množství užívané látky či prohloubení nepříjemných psychických stavů. Respondenti dále uvedli, že je vhodné věnovat pozornost i společnosti při užívání. Zmínili, že je potřeba myslet na to, že by užívání neměly přihlížet děti. Dále je podle respondentů dobré hlídat si, s kým člověk užívá, protože různí lidé mohou rozdílně ovlivňovat množství užívání.

Respondenti cítí zodpovědnost za prvouživatele, kterým látku zprostředkují, a proto je třeba myslet na to, že lidé, kteří s látkou ještě nemají žádnou zkušenost, na ni nemusí dobře reagovat. V rámci druhého podtématu respondenti specifikovali pravidla pro způsob a množství užití návykové látky. Objevilo se zde téma vyhýbání se nitrožilnímu užití, které s sebou nese větší rizika a plánování změny způsobu užívání za takový, který by tolik nezatěžoval dýchací soustavu. Co se množství užívané látky týče, zmiňovali respondenti stanovení si určitého limitu na časové období nebo před společenskou akcí. U některých látek pak může k dodržování tohoto limitu pomoci vzít si s sebou na tuto akci pouze předem stanovené množství látky.

3.5 Pravidla si musí nastavit každý sám

Podle respondentů je klíčové, že pravidla ohledně užívání návykových látek si musí každý nastavit sám. Tato pravidla jsou individuální pro každého člověka a jejich hledání je procesem, který vyžaduje, aby měl člověk o své spotřebě přehled. Riziky pro efektivitu těchto pravidel jsou faktory vedoucí k jejich nedodržování. Takovýmito faktory může být řešení náročné životní situace, potřeba zvyšovat množství užívané látky za cílem dosažení stejného stavu a zkreslení úsudku pod vlivem látky.

3.5.1 Hledání pravidel

V rozhovorech se v kontextu nastavování limitů a omezování užívání často objevovala věta: „Každý to musí zvládnout sám“. Respondenti uváděli, že není snadné někomu poradit vhodný způsob, jak zapracovat na regulování užívání, protože je to velmi individuální a náročné. Petr to popsal slovy: „To je těžký. To nikomu neporadíš, to každý musí chtít sám. Každý má svoji spotřebu.“ Velmi podobně se vyjádřil i Filip. Karel pak vyzdvihoval zejména náročnost regulování užívání: „Pokud se z toho člověk dostane sám, tak pak už dokáže cokoliv. Protože tohle (pozn. návyk užívat) je asi to nejtěžší, z čeho se nejde jen tak dostat. Prostě je to stereotyp pořád dokola a dokola. Máš peníze a už myslíš jen na to, jak si vychytáš.“ I Pavel v průběhu rozhovoru zdůrazňoval, že i pro něj je užívání návykových látek něčím, s čím si člověk musí poradit sám: „Já jsem se vždycky musel na sebe spolehnout, tak se i v tomhle spoléhám na sebe. Taková nejlepší pomoc pro mě jsem já sám.“ Důraz na to, že si člověk musí pora-

dit s regulováním užívání sám, lze pozorovat i v tom, že se pouze v rozhovoru s Tomášem objevilo téma vyhledání odborné pomoci: „Řekl bych jestli piješ sám, tak běž za psychologem a jestli piješ s kamarádama, tak si od nich dej pauzu na chvilku." Naopak Petr vyjádřil silnou nedůvěru vůči odborné pomoci při léčbě závislostí. Jeho nedůvěra vychází z přesvědčení, že by v důsledku léčení skončil akorát závislý na lécích, které by mu byly podávány a zároveň by se na něm i samotná léčba nepříznivě podepsala:

> Já nechci jít na léčení. Já to chci zvládnout sám. Na léčení do mě zase budou cpát prášky a já budu zase závislej. Taky znám hodně lidí, co šlo na léčení a to prostě úplně vymatlá ty lidi. To jakože vím, že ten člověk prostě musí sám chtít. Ale nějak ty léčebny, to nejde, on stejně vyleze a stejně si dá. Ne, to není účinné. Ještě vylezou zpráškování a jsou závislý na jiných lékách. (Petr)

Aby byl člověk schopen nastavit pro něj optimální limit užívání, musí svojí spotřebě věnovat pozornost. Šimon, Eliška a Karel navrhují, že může být přínosné čas od času vyzkoušet, jak dlouho je člověk schopen vydržet bez návykové látky. Šimon toto zkoušel, když se snažil omezit kouření: „Zapálil jsem si až v úplně nejnutnější chvilku až mě k tomu to tělo defacto dotlačilo. Dal jsem si ráno a pak jsem si dal až si o to tělo fakt jako říkalo." Eliška zároveň navrhuje, že pro plánování užívání je také dobré vyzkoušet si vydržet s určitým množstvím, aby měl člověk lepší představu o tom, jaká je jeho reálná spotřeba a jak je schopen se v užívání omezovat:

> Rozhodně si jako koupit málo na delší dobu a zkusit s tím vyžít, i když ti to třeba nevyjde úplně podle plánu, tak to aspoň prostě zkusit. S tím, že se fakt snažíš s tím šetřit. A ono to jako hodně pomáhá, když vidíš, jak s tím dokážeš zacházet a jak dlouho ti to může vydržet. (Eliška)

Petr je přesvědčen o tom, že s užíváním marihuany nikdy zcela nepřestane, ale snaží se, aby mu určité množství látky vydrželo na delší dobu než dříve: „Neomezím to úplně, ale snažím se. Vždycky tam nějaké minimum bude. Třeba že mi gram marihuany vydrží na tři dny nebo na dva místo na hodinu."

3.5.2 Rizika pro dodržování pravidel

Užívání návykových látek často fluktuuje, protože se v něm odráží to, co se děje v životě uživatele. Sami respondenti uvádějí, že není snadné jimi stanovená pravidla dodržovat, obzvláště pokud si procházejí náročnějším životním obdobím. Respondenti uvedli, že jim návykové látky přinášejí uvolnění a způsob, jak utéct od starostí. Prožívání náročných situací tedy může vést k návratu k užívání či k častějšímu užívání látek. Příkladem zde může být zkušenost Elišky, která odpovídá na otázku, jak se jí podle ní daří omezovat užívání marihuany:

> Jako jo, trošku. To záleží podle dne. Záleží, co se ten den děje. Teď se děly nějaké špatné věci, že se se mnou rozešla přítelkyně, která mě podváděla. (…) Takže to bylo hrozně na nic a hodně jsem jako hulila. (Eliška)

Podobná situace nastala i u Petra, který již na nějakou dobu přestal s užíváním pervitinu. Složitá vztahová situace však vedla k relapsu, čehož lituje:

> Já jsem třeba užíval pervitin deset let a já jsem na tom fungoval normálně 5 let, chodil jsem do práce a všechno toto. Ale ten zlom jednou přijde. Někteří lidi zvládnou i deset let, patnáct let, znám takové lidi. Ale jednou přijde slabá chvilka nebo něco (…) rozchod nebo cokoliv v rodině se může stát a jak člověk bere ty drogy, tak on je v hlavě jakoby citlivý. Já mám vždycky svoje období. Já jsem třeba teď třičtvrtě roku nebral vůbec nic a říkám přišly s partnerkou nějaké neshody a tyhle věci. A bum a týden už jsem zase jel a měl jsem pervitin. Je mi to líto a sere mě to, že jsem to udělal vůbec. Mohl jsem to vyřešit úplně jinak. Takže teď se od toho zas snažím držet co nejdál. (Petr)

U Petra tato situace zapříčiněná problémy ve vztahu vedla i k nedodržování dalších jím nastavených pravidel. Ačkoliv Petr tvrdil, že má nastavené pravidlo, že nikdy neužívá marihuanu před prací, vyšlo v průběhu rozhovoru najevo, že toto pravidlo nyní vzhledem k náročnému životnímu období tak úplně nedodržuje a užívá v práci o přestávce:

> U té marihuany to mám tak, že si dám vždycky po jídle a po práci si dám jointa. (…) Ale v práci si třeba dám o přestávce. To zas jo. Ale nedělal jsem to tak dřív. To až teď, když se něco stalo a já se do toho zas začínám namáčet. (Petr)

Dalším rizikem pro dodržování pravidel je, že se s postupem času dostavuje potřeba zvyšovat dávku pro dosažení stejného účinku a také roste potřeba užívat látku častěji. S tímto má zkušenost Filip, pro kterého bylo užívání pervitinu nejprve čistě víkendovou záležitostí. Sám ale popisuje, že dlouhodobě toto pravidlo nedokázal udržet: „Vždycky jsem si říkal, že to bude jen o víkendu, pak přibyly pondělky a najednou to byl celý týden a člověk je v tom." Pravidla o množství užívané návykové látky měl nastavené Karel, ale byl je schopen dodržovat pouze určitou dobu, protože s rostoucí odolností vůči látce, rostla i potřeba zvýšení množství látky: „No, trvalo to tři měsíce. Pak už mi to nestačilo a potřeboval jsem víc a víc."

Rizikem může být také zkreslení úsudku a snížená schopnost seberegulace vlivem užití návykové látky. Příkladem může být opět Martinovo užívání marihuany v případě, že je pod vlivem alkoholu, ačkoliv si řekl, že marihuanu užívat nebude, protože mu způsobuje nepříjemné stavy. Petr měl zase nastavená pravidla ohledně místa užívání pervitinu, pokud však již pod vlivem byl, nebyl zcela schopen tato pravidla dodržovat:

> Ale ne že bych to dal takhle na ulici na hardcore někde… Někdy se to stalo. Když jsi pod tím vlivem, tak je ti to jedno už, jestli to uděláš před obchodem nebo v Olympii na záchodech nebo v Olympii na chodbě. To už bylo jedno. Ten svět vidíš trochu jinak. (Petr)

Respondenti kladli v rámci tématu *Pravidla si musí nastavit každý sám* velký důraz na to, že tato pravidla jsou individuální a každý si k těm, která mu budou vyhovovat, musí dojít sám. V prvním podtématu tedy respondenti zmínili, že z důvodu individuálního rázu těchto pravidel je náročné někomu poradit. Co se týče odborné pomoci, respondenti tuto možnost spíše opomíjeli či k ní neprojevovali velkou důvěru. Vhodnou cestou k hledání optimálních pravidel může být zkoušet, jak dlouho je člověk bez látky schopen vydržet a jak dlouho si vystačí s určitým množstvím látky. Jak ukazuje druhé podtéma *Rizika pro dodržování pravidel,* efektivita těchto pravidel záleží také na tom, jestli se člověk potýká s nějakými životními problémy a jak je schopen je řešit. Dalším rizikem takto nastavených pravidel je s časem rostoucí potřeba zvyšovat množství látky, aby člověk dosáhl stejných účinků. K porušování těchto pravidel

může docházet také vlivem zkresleného úsudku a snížené schopnosti seberegulace ve chvíli, kdy je člověk pod vlivem nějaké látky.

3.6 Usnadňující vliv vnější regulace

Ačkoliv respondenti kladli velký důraz na to, že pravidla si musí nastavit každý sám, objevovalo se v rozhovorech téma vnější regulace, která člověku nastaví nějaký režim. Zdrojem této vnější regulace může být například škola, vládní omezení vycházení či blízká osoba, která na člověka dohlíží.

3.6.1 Potřeba vnějších omezení

Podobně jako tomu bylo u motivace, respondenti zdůrazňovali, že i pravidla užívání si každý musí nastavit sám. Zároveň ale uváděli, že jim v regulování pomáhají jimi neurčená omezení či zmiňovali potřebu určité struktury a režimu daného vnějšími faktory. Toto téma se objevovalo zejména u Petra, který uvádí, že se rozhodl, že s užíváním přestane, když se dostal do vězení, kde užívání nebylo možné. V současné době pro něj největší pomoc při regulování užívání představovala omezení spojená s pandemií koronaviru, kvůli které byly zavedeny zákazy vycházení a snížila se tak šance, že venku potká ostatní uživatele, kteří by ho stahovali zpátky k užívání. Situaci zapříčiněnou pandemií zmínila i Eliška. Pro ni však zavedená omezení představují jednu z příčin zvýšené spotřeby návykových látek, protože se tím snížil vliv školy, která ji více nutila mít zavedený režim, kvůli kterému nemohla tolik užívat:

> Pomohlo by mi, kdyby otevřeli školy a kdyby se fakt dalo něco dělat. To by mi hodně pomohlo, protože takhle to nedávám. My skoro nemáme ani online hodiny, máme jen dělání domácích úkolů a to si k tomu sedneš na večer, jseš u toho dvě hodinky a máš to. (…) Já spím občas do jedenácti a chodím spát třeba kolem druhý, třetí ráno a úplně přehozený režim mám. Já bych potřebovala, aby byla zas ta škola, abych měla zas nahozený režim a aby to bylo zas v pohodě. (Eliška)

3.6.2 Význam podpory blízkých

Respondenti uvádí, že v jejich snaze omezit užívání sehrály klíčovou roli blízké osoby, které je v jejich snažení podpořily. Jednalo se zejména o rodinné příslušníky, partnery a kamarády. Tato podpora však často obnášela to, že blízké osoby pomáhaly respondentům stanovit nějaký režim či na ně nějakým způsobem dohlížely. Petr popisuje, jak je důležité mít takovouto blízkou podporující osobu, od které očekává, že bude uživatele i trochu kontrolovat:

> Nebo musí mít u sebe někoho, kdo ho v tom bude držet. Kdo ho bude podporovat, kdo s ním bude a podrží ho. Narkomana těžko udržíš takhle někde, prostě si odběhne. A může ti říct, co chceš a stejně si odběhne. Prostě tam musí mít tu podporu, která ho tam pohlídá. A to mluvím o závislosti na pervitinu. Musí mít někoho, kdo je prostě normální a slušnej a kdo by ho v tom podporoval. Ukázal mu ty dobrý věci. Prostě potřebuje člověka, co ho v tom bude držet. Musí ho v tom vést. A buď on bude chtít sám nebo ne. (Petr)

To však může na tuto blízkou osobu klást poměrně velké nároky a zejména pokud se jedná o partnerku, jako v tomto případě, můžou se případná zklamání ve vztahu a neshody odrazit i na snaze člověka omezit užívání. O této zkušenosti, která nakonec vedla k relapsu se zmiňuje i Petr:

> Já jsem měl přítelkyni a ta s tím (pozn. s pervitinem) neměla vůbec styk. Nebo jsem si to teda spíš myslel. Dělala ve zdravotnictví, v bance, víš, co myslím. A díky ní jsem úplně… Jako třičtvrtě roku jsem na to vůbec ani nepomyslel, že jo. Mně to bylo jedno, už jsem začal normálně fungoval. A najednou to najdeš u ní. Taková zrada, víš co. A kor ještě jehla. Úplně zrada a celou dobu si myslíš, že to… To je jako psycho. Chápeš mě. (…) Teď, když se to stalo a já se do toho zas začínám pomaličku namáčet na chvilu. (Petr)

Velkou oporou ve snaze omezit užívání pervitinu byla Filipovi jeho matka, ke které se v této době přestěhoval. Z jeho výpovědi je zřejmé, že její podpora měla i podobu nějaké vnější regulace Filipova užívání:

> No já jsem to hlavně řekl máti, že to beru. A ona mě nějak pomohla. Dostali mě z toho a kontrolovali mě furt. Hlavně jsem se vrátil k bydlení u matky a tam musím fungovat, že jo. (Filip)

Pro Petra, Elišku i Pavla bylo společným tématem podpora kamarádů a pozitivní vliv vídání se s lidmi, kteří jsou mimo uživatelskou skupinu. Poté, co Eliška řešila složitou vztahovou situaci a vzrostla u ní spotřeba marihuany, pro ni byli kamarádi velkou oporou a „vytáhli ji z toho“:

> Takže to bylo hrozně na nic a hodně jsem jako hulila. Ale hodně jsem se pak vídala se svýma kámošema a ti to ze mě vytáhli a bylo to pak lepší. Takže jsem to zas trochu omezila, ale furt to není ono. (Eliška)

Že i kamarádi mohou být zdrojem vnější regulace popisuje Pavel ve svém návrhu, jak mohou kamarádi pomoci někomu, kdo kouří s kontrolou spotřeby:

> Jak jsem říkal, já jsem přestal razantně, ale kdybych poradil k omezení, tak bych si vyhradil, kolik mám cigaret na den a zbytek bych buď někam schoval nebo dal nějaké osobě. Neříkám rodině, myslím třeba kamarády, u kterých vím, že to nevykouří a že mi to pohlídají a vím, že mi to nedají. Třeba se domluvím, že to dám kamarádovi a řeknu mu, že mi denně dá jen tři cigarety a vím, že bych si musel kupovat další. A kupovat si krabičku za bůhví kolik peněz je zbytečné, když vím, že zítra budu mít další tři cigarety. (Pavel)

Respondenti v rámci tématu *Vnější regulace* uvedli, že jim ve snaze omezit užívání pomáhá, když jim nějaký vnější zdroj dává určitý režim. V prvním podtématu byly těmito zdroji škola či vládní omezení, která z důvodu pandemie koronaviru neumožňovala setkávání více lidí a limitovala pohyb mimo domov. Zdrojem regulace může být i blízký člověk, jak popisují respondenti v druhém podtématu. Respondenti uvedli, že je klíčové mít při snaze omezit užívání návykových látek nějakou blízkou osobu, která člověka podpoří, ale zároveň na něj bude i dohlížet a bude tedy jakýmsi zdrojem vnější regulace. Těmito lidmi byli pro respondenty často partneři, rodinní příslušníci a kamarádi. Úloha těchto lidí však není vůbec snadná a zejména pokud se jedná o partnera mohou se případné vztahové neshody odrazit v úspěšnosti omezování užívání.

3.7 Omezení vlivu dalších uživatelů

Respondenti uvedli, že ve skupině uživatelů může vznikat určitý tlak na užívání. Zmínili, že když začali užívat byl, v jejich skupině tlak na konformitu vzhledem k užívání a experimentování s návykovými látkami bylo skupinou sociálně oceňováno. Respondenti také popisují, že ve skupině se z důvodu častého sdílení návykových látek a pobízení k užívání spotřeba hůře hlídá. Z tohoto důvodu považují za vhodné dát lidem v okolí najevo, že užívání chtějí opravdu omezit, případně s dalšími užívajícími lidmi kontakt přerušit.

3.7.1 Explicitní vyjádření snahy neužívat

Respondenti zmiňují, že omezování užívání návykových látek mohou člověku ztěžovat lidé v jejich okolí, kteří stále užívají a mnohdy tak pro ně dělají látku snadněji dostupnou. Respondenti zároveň uvedli, že lidé v jejich okolí jim často látky nabízeli, ačkoliv věděli, že se snaží užívání omezit. O tom, že kamarádi mohou člověka stahovat zpátky k užívání, mluví i Karel, zmiňuje ale, že rozhodnutí neužívat je samozřejmě stále na člověku samotném:

> Nesmí se nechat stahovat kamarádama: „Jo Pojď dáme." Musí říct prostě „ne". Jako ono je to takový, že když někdo nabídne, tak za to nemůže on. To ty si můžeš vybrat, jestli chceš nebo ne. Ale když to prostě vidíš a už jsi to někdy měla, tak to prostě chceš. A zezačátku je to sranda no, ale z roku se stanou dva a ze dvou tří a už to není sranda. (Karel)

Pro regulování užívání je dobré mít přehled o své spotřebě, což však může být komplikovanější, pokud lidé látky sdílí ve skupině. Proto Eliška považuje za vhodné vzít si ven za ostatními jen takové množství, které člověk sám spotřebuje a ostatním říct, že se o látku kvůli tomu nepodělí:

> Když chodíš ve skupině, tak je to tak, že když máš, tak dáš. Prostě, když jste huliči a chodíte spolu ven, tak já to nemyslím špatně, ale když si s něma tak mu prostě nabiješ, protože on ti taky nabije, když ty nemáš. Takže asi omezit kontakt nebo si vzít ven prostě jen akorát na sklíčko, chápeš a říct, že máš prostě jen na sklíčko. (Eliška)

Martin uvádí, že by bylo dobré, kdyby užívání mohl „zakázat“ i kamarádům, aby v tom nebyl sám. Tomáš v této souvislosti popisuje nutnost sdělit rozhodnutí neužívat kamarádům: „Ale taky je jim potřeba říct, ať ti to necpou, že to nechceš. A jestli to nepomůže tak to není kamarád.“ Že kamarádi, kteří uživatele ve snaze omezit užívání nepodpoří, nejsou moc dobří kamarádi, se s ním shoduje i Martin: „Tak pokud mu to budou nabízet dobří kamarádi, tak to nejsou moc dobří kamarádi, když do toho chcou dostat dalšího.“

3.7.2 Přerušení kontaktu

Ve skupině více uživatelů může být náročnější hlídat si vlastní spotřebu, dodržovat nastavená pravidla, ale také zde může vznikat určitý sociální tlak na užívání samotné. Většina respondentů tedy považuje za vhodné tuto sociální skupinu alespoň dočasně opustit, pokud se člověk chce více zaměřit na regulaci užívání. Svoji zkušenost s tím, že tuto sociální skupinu nemusí být snadné opustit, popisuje Karel:

> Chytnout se jinačích lidí, stýkat se s jinačíma lidma, to by určitě bylo o něco lepší, si myslím. Jo jasně, ale jak už jsi v tom jednou zamotanej, tak jsou ti lidi kolem tebe furt. I když se jim neozýváš, tak oni se ti ozvou. (Karel)

Podobnou zkušenost má i Petr, pro kterého potkávání lidí, kteří také užívali pervitin, představovalo velký problém v jeho snaze omezit užívání. Petr se nakonec i dočasně odstěhoval:

> Já ve městě znám plno lidí, to je úplně konec. Můžeš jít z práce a v autobuse najednou toho člověka potkáš a najednou přijde ta slabá chvilka a jseš v tom znovu. Jdeš nakoupit a bum, jseš v tom znovu. Já tady ty lidi znám všechny a oni znají mě. Já vylezu a je to jedno, kde budu v Brně, jestli ve městě, tady nebo tam. Prostě ty lidi potkám. Tak vyhnul jsem se těm lidem, vůbec jsem s nima nekomunikoval. No, je to strašně těžké, já si to uvědomuju sám. Pro mě to bylo hodně těžké, já se musím hodně dostat pryč od nich. Já jsem se odstěhoval normálně z Brna. Až do Jeseníků jsem se odstěhoval. Až tak jsem se tomu vyhnul. A tam to ke mně zase přišlo (Petr)

Pozitivní změnu v množství pití alkoholu zaznamenal Pavel, kterému změna sociální skupiny pomohla snížit spotřebu alkoholu:

> Ale nechci, protože já jsem měl alkohol nejdříve spojený se zábavou a teď jsem dospěl do fáze, že mi přijde, že nepotřebuju alkohol k tomu, abych se bavil s lidma. Asi hodně udělalo to, že jsem změnil svůj okruh přátel. Že se teďka pohybuju mezi, dalo by se říct, bystřejšími lidmi. A v té společnosti nemám takovou potřebu sahat na alkohol, abychom se dokázali bavit. (Pavel)

Protože v sociální skupině uživatelů je náročnější hlídat si spotřebu kvůli sdílení látek a lidé se mohou cítit pokoušeni jinými uživateli, kteří látky často nabízí, navrhují respondenti, že je vhodné podniknout určité kroky, aby omezili vliv ostatních uživatelů. První podtéma je postaveno na výpovědích respondentů, ve kterých uvádějí, že je důležité ostatním uživatelům říct, že se člověk snaží o omezení užívání. Dále je podle respondentů nutné, dát okolí najevo, že si člověk nepřeje, aby mu látku nadále nabízeli. Respondenti se shodují, že lidi, kteří toto přání nerespektují, nelze považovat za kamarády. Předmětem druhého podtématu je pak přerušení kontaktu s ostatními uživateli, aby bylo regulování užívání snazší. Zároveň ale respondenti uvádějí, že omezení těchto kontaktů je poměrně obtížné.

3.8 Zaměstnání se

Nakládání s volným časem bylo, co se týče užívání návykových látek tématem pro většinu respondentů. Část respondentů jako jeden z důvodů zvýšení užívání návykových látek uvedla nedostatek smysluplných volnočasových aktivit. Právě nudu či nedostatek možností vyžití ve volném čase uvedli respondenti jako jedny z příčin svého užívání návykových látek. Martin o této zkušenosti vypověděl: „Kdyby bylo co dělat, tak nepiju.“ Právě snaha o zaměstnání se nějakou činností se v rozhovorech objevovala jako nástroj k omezení užívání. Úloha těchto činností pak byla zaměstnat člověka tak, aby se snížily časové možnosti k užívání a aby došlo k odvedení jeho myšlenek od užívání samotného. Některé činnosti pak fungovaly jako substituce a nahrazovaly účinky návykových látek.

3.8.1 Snaha o omezení myšlenek a příležitostí souvisejících s užíváním

Pro respondenty, kteří se snažili omezit užívání, bylo tedy klíčové najít si něco, čím vyplní volný čas, aby na návykové látky nemuseli tolik myslet

a zároveň si tak i trochu znemožnili užívání samotné. Právě cílené zaměstnání se, ať už pomocí koníčku, práce nebo brigády, uváděli respondenti jako jednu z věcí, která jim nejvíce pomohla omezit užívání samotné. U Šimona s Filipem došlo ke snížení spotřeby užívání návykových látek v důsledku toho, že si našli práci a na užívání samotné už nezbývalo tolik času. Šimon svoji zkušenost popisuje slovy: „No... Tak já jsem většinu dne zaneprázdněnej v práci, takže na to už nemám čas tak nějak furt.“ Podobnou změnu v užívání v souvislosti s prací zažil i Filip: „Jo, to všechno začalo tím, že jsem nic nedělal, jen jsem se coural a zevlil. Pak přišla práce a už na to není čas, no.“

U respondentů Petra a Karla se pak jednalo o vědomé rozhodnutí, kdy zaměstnání a volba směn byla způsobem, jak omezit užívání návykových látek. Petr popisoval, že zvažuje, že si najde ještě jednu práci, aby neměl tolik prostoru přemýšlet o užívání a chodit ven, kde by byl ve větším pokušení:

> Já teď půjdu třeba i do dvou prací. Ale hlavně ať se nějak zabavím aspoň na dva měsíce. Víš, co myslím. Já potřebuju přijít na jiný myšlenky. Já jak mám jen jednu práci a jdu se projít ven a už je to špatně. (Petr)

Podobnou situaci popisuje i Karel, kterému rovněž pomohlo nalezení práce. Svému cíli regulovat užívání také přizpůsobil volbu směn v práci:

> Teďka chodím do práce. Vzal jsem si třeba noční a chodil jsem dva měsíce na noční, abych nechodil přes den ven, a to mi pomohlo… No neměl jsem čas lítat venku a užívat. (Karel)

Kromě zaměstnání respondenti zmínili i snahu více se věnovat běžným činnostem, aby na užívání nemuseli tolik myslet. Podle Petra je možné dostat se do situace, kdy se člověk zaměřuje zejména na užívání a účinky navozené látkou, a proto je důležité se zaměstnat činnostmi tak, aby návyková látka nebyla tak častým předmětem myšlenek:

> Věnoval jsem se třeba vaření a tak, myslel jsem úplně na jiný věci. Člověk musí přijít na jiný myšlenky. Jak člověk vidí jen tu drogu a ty peníze z toho a tu zábavu, tak to je konec a už v tom jedeš. (Petr)

3.8.2 Nahrazení účinku užívání jinou činností

Respondenti uvedli, že jim při snaze omezit užívání pomohlo najít si nějakou činnost, která jim určitým způsobem nahrazovala účinek užívání látky. Šimon uvedl, že strategie, která mu pomáhala ve snaze omezit kouření v době, kdy pociťoval potřebu si zapálit, byla snažit se to „zajíst". Nejspíš se tedy jednalo o jakousi snahu stimulovat ústa, která jsou s procesem kouření spojená:

> Jinak, když to nebylo tak nutný, tak jsem to zkoušel zajídat brambůrkama, oříškama… Furt jako zaměstnávat ruky a hubu. Žvýkačky fungovaly. (Šimon)

Pro Olivera bylo kouření snazší omezovat, pokud se mohl věnovat nějaké činnosti, které ho natolik pohltila, že na kouření tolik nesmyslel. Pro Olivera je takto stimulující činností hraní počítačových her:

> Ale když se třeba seknu do nějaké hry, pařím něco, tak třeba 4 hodiny nekouřím a pohoda. Když na to nemyslím, tak to dokážu vydržet. (Oliver)

Pro Pavla bylo meditování činností, kterou později nahrazoval užívání marihuany. Díky meditování začal věnovat větší pozornost stavům, které mu látka navozuje. Zároveň zjistil, že podobných stavů dokáže dosáhnout i díky meditování samotnému:

> Když jsem meditoval, tak jsem dokázal dojít k těm stavům, ke kterým jsem nepotřeboval ani marihuanu ani alkohol. Já jsem si s tím vlastně začal zjišťovat ty účinky, do té doby jsem to nevnímal, protože mně po tom bylo prostě dobře, takže nebylo potřeba si zjišťovat ta negativa… A čím víc jsem meditoval, tím vím mi přišlo, že už nepotřebuju tady ty látky, ale nechtěl jsem přestat. (Pavel)

Respondenti uvedli nedostatek možností pro ně smysluplného využití času jako jeden z důvodů k užívání návykových látek. Naopak cílená snaha najít si činnost, která člověku odvede myšlenky od zaměření se na užívání a také omezí příležitosti k užívání samotnému, se objevovala jako účinný nástroj regulace. Mezi jmenované činnosti, které plnily tuto funkci, respondenti v rámci prvního tématu zařadili nalezení zaměstnání a přizpůsobení směn tak, aby člověk omezil pobyt venku v době, kdy nejčastěji docházelo k užití. Dalším motivem, které pokrývá druhé podtéma,

pak bylo nalezení takové činnosti, která určitým způsobem nahradí účinky užívané látky. Respondenti zmínili „zajídání“ chutí jako formu „zaměstnání“ úst a rukou, hraní počítačových her jako stimulující činnost a meditování jako formu dosažení stavů, které se podobají těm vyvolaným užitím marihuany.

3.9 Hospodaření s penězi

Respondenti se ve svých výpovědích zmiňují o tom, jak finančně náročné je užívání návykových látek. Uvádějí, že kontrolované užívání může znamenat i to, že je člověk schopen kontrolovat, kolik peněz za návykové látky utrácí. Pro respondenty bylo dále pro kontrolované užívání klíčové, že je člověk schopen rozvrhnout finance tak, že nákup návykových látek pro něj není prioritní. Dále také zmiňují konkrétní pravidla týkající se nákupu návykových látek, která pomáhají regulovat jejich užívání.

3.9.1 Plánované zakoupení určitého množství

O tom, jak může být užívání návykových látek finančně náročné vypověděl Pavel, pro kterého byly návykové látky v době, kdy dostával kapesné, největší položkou:

> Hodně to leze do peněz. Já měl v té době jen kapesné a veškeré kapesné padlo za tohle. Představ si, že dostaneš tisícovku měsíčně a celé to padne na marihuanu nebo alkohol. (Pavel)

Někteří respondenti zmiňují, že jednou z možností regulace užívání návykových látek je zakoupení množství, které vystačí pouze na jednu dávku, takže pak nejsou pokoušeni případnými zásobami, které mají doma. Tento postup však nebyl univerzální pro všechny respondenty, protože někteří upřednostňují možnost rozvržení spotřeby zakoupeného množství do více dnů. Pavlovým způsobem regulace je právě zakoupení takového množství marihuany, které spotřebuje najednou, protože je pro něj takto snazší tolik neužívat. Naopak Petr zmiňuje možnost rozvržení si spotřeby do více dnů, zároveň si však uvědomuje, že zejména v souvislosti s prodejem drog a obklopením se návykovou látkou je pak kontrolované užívání velmi náročné:

> Jak člověk vidí jen tu drogu a ty peníze z toho a tu zábavu, tak to je konec a hned v tom jedeš. Zjistíš, že máš velký přínos peněz z toho a už máš u sebe furt tu drogu a vlastně ji můžeš užívat zdarma. A to je pak masakr no. (Petr)

Elišce právě vyhovuje zakoupení většího množství, které umožňuje, aby si svoji spotřebu rozvrhla do více dnů, což byl i její postup, když se snažila více omezit užívání marihuany. Opět se zde tedy objevuje téma snahy o plánování a organizaci spotřeby:

> Neutrácela jsem za to tolik peníze. Jsem si to koupila a řekla si, že to budu mít třeba na čtyři dny. Koupíš si třeba gram a to máš prostě malinko a řekneš si, že to máš třeba na sedm sklíček. A řekneš si, že to máš třeba na čtyři/pět dní a musíš se s tím podle toho naučit zacházet. (Eliška)

Pavlova další opatření týkající se nákupu marihuany spočívají v tom, že si zakupuje stále stejné množství látky, u kterého ví, jaký stav bude mít po jeho užití. Látku také stále zakupuje u těch samých lidí:

> Tak já bych začal u té marihuany. Já to dodržuju tím, že já si vždycky kupuju stejnou dávku. Vždycky si kupuju půl gramu, takže vím, že to udělá ten efekt, který chci a taky vím, že nepřestřelím. Oni taky ví, od těch, co to kupuju, že chci jen toho půl gramu, takže mi záměrně nepřidávají. (Pavel)

Někteří respondenti také zmínili, že je pro snazší kontrolu užívání vhodné nedělat si návykovou látku snadno dostupnou. Jednak to pro ně znamená nedělat zásoby, ale také si neusnadňovat nákup látky. Petr uvádí, že jednou z možností může být uložení peněz v takové formě, že není snadné je hned získat zpět a zakoupit za ně drogy. Pavel pak popisuje, že aby látku získal, musí podstoupit určité kroky, které proces zakoupení marihuany znesnadňují, a to pro něj dělá kontrolování užívání snazším:

> Aspoň tak to u mě bylo, že kdybych chtěl další, tak bych musel podniknout dost kroků pro to, abych získal další a to vím, že jsem ochotný dělat jen tak jednou za měsíc. Takže kolikrát je pro člověka lepší to nedělat vůbec než podstupovat ty kroky, aby to získal. Pro mě to znamenalo udělat hodně kroků, abych to získal a to vím, že jsem ochotný dělat jen jednou za čas.

> Čím těžší si to udělá ten člověk, tak tím lehčí je to pak dodržet. Aspoň tak mi to přijde. (Pavel)

3.9.2 Prioritizování nákupu jiných věcí

Respondenti také uvádějí, že je dobré, když má člověk něco, na co chce ušetřit peníze, takže je motivován neutratit to za návykové látky. Martin například uvádí, že snažit se šetřit peníze na něco, čemu by se člověk rád věnoval, je pro něj vhodný způsob omezení nákupu návykové látky. Pro Filipa a Olivera je pak spíše klíčové prvně zakoupit věci, které potřebují nebo které jim dělají radost, takže jim pak ve finále nezbývá tolik peněz na návykové látky.

> Dostaneš peníze a první věc, co tě napadne je, že si půjdeš pořešit. No a ta druhá možnost je, že nejdeš hned pořešit, že zaplatíš, co potřebuješ a až za to, co ti zbyde, si vezmeš něco. (Filip)

> Nebo já znám lidi, co utrácejí hlavně za chlast a na sebe si nic moc nekoupijou. Takový já nejsem, já za to nechci utrácet, nedám to za to. Chci si koupit nové triko nebo boty a neřeším, jestli mi zbyde na chlast. Nechci to prostě. To, co chci, si koupím prvně. Prvně utratím peníze za to, co potřebuju. Radši to prostě uvalím za oblečení jídlo a tak, za věci, co potřebuju. (Oliver)

Karel v souvislosti se zaměstnáním a snahou ušetřit peníze zmínil, že jemu ve snaze omezit užívání pervitinu pomáhá spoření peněz, aby se mohl v životě posunout: „No teď mi v tom pomáhá zaměstnání, protože se chci přestěhovat do novýho bytu, chci si udělat řidičák. Chci žít už prostě normální život."

Respondenti uvedli, že kontrola se při užívání návykových látek může vztahovat i na hospodaření s penězi. V prvním podtématu přitom zmínili dvě různé strategie, které by v konečném důsledku měly vést k omezení užívání. První z nich bylo zakoupení vždy takové množství návykové látky, které vystačí pouze na jednu dávku, takže pokud by chtěl člověk užít opakovaně, musel by látku znovu zakoupit, což užívání poněkud komplikuje. Vhodné je také podle respondentů zakupovat stále stejné množství, u kterého člověk ví, jak na něj bude reagovat. Druhou

navrhovanou strategií bylo zakoupit naopak větší množství látky, ale naplánovat na kolik dnů musí toto množství vydržet, což by dle respondentů mělo vést k větší schopnosti naučit se užívání plánovat. Co se týče nákupu samotného, uvádějí někteří respondenti, že je dobré nedělat si nákup příliš jednoduše dostupný. Jednou z možností, jak toho docílit, je ukládat si peníze v takové formě, aby nebyly snadno dostupné. V druhém podtématu pak respondenti uvedli, že je důležité, aby se návyková látka nestala při utrácení peněz prioritou. Vhodnou strategií tedy můžu být prvně zaplatit věci, které člověk potřebuje a které mu dělají radost a až část zbylých peněz utratit za návykové látky. Dalším způsobem může být také šetření peněz na něco, čeho by chtěl člověk dosáhnout (př. nové bydlení) a je tedy více motivován neutrácet za látky.

4 Diskuze

Cílem této práce bylo popsat seberegulační mechanismy, které používají klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež a zjistit, co je k regulování motivuje. Seberegulační mechanismy klientů nízkoprahových zařízení z velké části odpovídaly mechanismům popsaných v dalších studiích (Bahora et al., 2009, Uitermark, & Cohen 2006; Warburton et al., 2005; Zuffa et al., 2014). Seberegulační mechanismy popsané respondenty byly zacíleny na prevenci ztráty kontroly nad užíváním a snížení dopadů užívání. Pravidla uvedená respondenty se týkala nákupu návykové látky, času, místa a společnosti při užití a množství a způsobu užití. Kromě pravidel respondenti zmínili i snahu zaměstnat se jako způsob regulování užívání. Motivace k regulování užívání pak spočívala zejména v omezení dopadů užívání na zdraví respondentů, jejich vztahy s blízkými a hodnocení ze strany okolí. Zaměstnání se zde objevilo nejen jako způsob regulování užívání, ale spolu s rodičovstvím a partnerským vztahem i jako možná budoucí motivace k omezení užívání. Respondenti kladli velký důraz na význam individuální motivace a rozhodnutí užívání omezit, stejně tak na to, že způsoby regulace užívání si musí zvolit každý sám. Významná se pro respondenty ukázala i potřeba režimu a struktury, která se projevila ve snaze plánovat užívání a mít nějaký vnější zdroj regulace v podobě zaměstnání, školy či blízkého člověka, který uživateli pomáhá vnést do života určitá pravidla a režim.

4.1 Seberegulační mechanismy

Na základě tematické analýzy rozhovorů bylo v oblasti zabývající se seberegulačními mechanismy identifikováno celkem 6 témat*: Pravidla si musí nastavit každý sám, Usnadňující vliv vnější regulace, Nastavení pravidel a limitů, Omezení vlivu dalších uživatelů, Zaměstnání se* a *Hospodaření s penězi*. Předmětem prvního tématu bylo kladení důrazu na význam individuálního hledání pravidel pro regulaci užívání a odmítání možnosti, že by s nastavováním limitů a pravidel mohl člověku někdo pomoci. Většina respondentů nezohlednila možnost odborné pomoci či se k této možnosti stavěli spíše odmítavě. Odmítání profesionální psychologické pomoci je u mladistvých a mladých dospělých poměrně běžné a mezi nejčastější překážky, které brání mladým lidem, aby takovouto formu pomoci vyhledali, patří malá dostupnost a povědomí o odborné

pomoci, stigmatizace vyhledání odborné pomoci jimi samými či obavy z odsouzení lidmi v jejich okolí, nedůvěra v užitečnost této formy pomoci a touha zvládnout problémy sám (Farrand et al. 2006; Gulliver et al. 2006; Rickwood et al., 2005; Vogel et al., 2007). Právě pocit, že by měli regulování užívání zvládat sami bylo hlavním motivem tohoto tématu. Potřeba „zvládnout to sami", může souviset s vývojovým obdobím přechodu z adolescence do mladé dospělosti, pro které je stále charakteristická vysoká potřeba autonomie a nezávislosti a také víra v to, že problémy by si měli být schopni řešit sami (Arnett, 2004). Z pohledu teorie attachementu může být faktorem při odmítání odborné pomoci i obecná nedůvěra vůči lidem plynoucí z nestabilního a odmítavého prostředí v rodině (Shaffer et al., 2006; Vogel & Wei, 2005), což je častým případem rodinného prostředí klientů NZDM. Součástí tématu je zde i proces hledání pravidel užívání, pro které respondenti považovali za klíčové věnovat čas pozorování své spotřeby skrze zkoušení, jak dlouho je člověk bez látky schopen vydržet a jak dlouho mu vydrží určité množství látky, aby byl schopen užívání lépe plánovat. Stejně jako pro seberegulaci samotnou je tedy i pro stanovení vhodných seberegulačních mechanismů klíčová schopnost sebeuvědomění a reflektování okolností souvisejících s užíváním. Ve výpovědích respondentů je také vidět jakási potřeba struktury a plánování užívání, což se v dalších studiích (Zuffa et al., 2014) objevuje explicitně pojmenováno jako snaha o „strukturování užívání v rámci každodenních povinností" za cílem předejití ztráty kontroly.

Ačkoliv respondenti zmiňovali, že zásadní je, aby zdrojem regulace byl člověk sám, uvedli, že je pro ně pro omezování užívání důležité, aby jim udával režim i nějaký vnější zdroj a znesnadňoval tak užívání. Tímto zdrojem vnější regulace byly ve výpovědích respondentů blízké osoby (př. rodiče a partneři), škola či omezení vycházení vyhlášená vládou z důvodu probíhající pandemie koronaviru. Zavedení pravidelného režimu je zároveň jedním z klíčových kroků i při léčbě závislostí a následného návratu do běžného života (Bjornestad et al., 2019; Reif et al., 2014). Pokud je takovýmto zdrojem vnější regulace blízká osoba, od které uživatelé očekávají, že na ně bude dohlížet, klade to na ni poměrně velké nároky (Rotunda & Doman, 2001) a bez dostatečné interní motivace a snahy mohou případné neshody či zklamání ve vztahu s touto osobou vést k relapsu, jak dokládá i zkušenost jednoho z respondentů.

Potřeba režimu se objevovala i v tématu *Zaměstnání se.* Respondenti uvedli, že je pro ně motivací k užívání návykových látek to, že „není co jiného dělat". Studie ukazují, že prožívání nudy souvisí se zvýšeným

užíváním návykových látek (Biolcati et al., 2018; Weybright et al., 2015) a je rizikem pro udržení abstinence po návratu z léčby (Smolkin, 2018). Respondenti zároveň ve svých výpovědích uvedli, že pro regulování užívání návykových látek bylo důležité omezit myšlenky a čas věnovaný užívání. Toho se snažili docílit tak, že se pokoušeli více zaměstnat pomocí různých činností (př. vaření) či si našli zaměstnání nebo přizpůsobili volbu směn tak, aby jim nezbývalo tolik času chodit přes den ven. Podle Vesetha a kol. (2021) je věnování se smysluplným činnostem (př. povolání) významným faktorem při léčbě závislosti. V této studii (Veseth et al. 2021) respondenti zmínili, že práce jim v regulování pomohla také tím, že byla určitým zdrojem režimu: „Musím vstát brzy, najít své místo a být přítomný a fungující celý den". Práce pro ně také byla prostorem pro zvýšení sebeúčinnosti (self-efficacy), která je coby víra v to, že člověk dokáže užívání omezit prediktorem úspěšnosti regulování užívání (Chavarria et al., 2012; Hayaki et al., 2011; Kadden & Litt, 2011). Někteří respondenti zároveň uvedli, že se ve snaze regulovat užívání věnovali činnostem, u kterých můžeme pozorovat, že pro ně účinek užívání jistým způsobem nahrazovaly. Zmínili zde například snahu zaměstnat ruce a pusu tak, že „zajídali" potřebu kouřit či se snažili dosáhnout pomocí meditace stavů podobným těm vyvolaným užitím marihuany nebo se plně pohroužili do nějaké stimulující činnosti (př. hraní počítačových her). Právě mindfulness meditace se zařazuje i při práci s uživateli návykových látek (Zgierska et al., 2009), protože napomáhá zvládání stresových situací (Carroll & Lustyk, 2008; Kober et al., 2017), které zvyšují spotřebu návykových látek (Koob, 2008) a zároveň pomáhá znovu najít uspokojení v jiných zdrojích, které oproti látce nevyvolávají tak silnou dopaminovou reakci (př. jídlo) (Garland et al., 2014; Garland et al. 2019; Weiss 2005).

V tématu *Nastavení pravidel a limitů* respondenti zmiňovali konkrétní seberegulační mechanismy, kterými omezují svoje užívání návykových látek. Mezi tyto mechanismy patřila pravidla, která definují okolnosti, za kterých může být látka užita. Jedním z nejčastějších pravidel bylo vyhrazení užívání až po práci či škole, přičemž se toto pravidlo objevuje i v dalších studiích (Cohen & Kaal, 2001; Zuffa et al., 2014). Dalším pravidlem bylo vymezení, v čí přítomnosti může být látka užita. Zde respondenti zmínili, že různí lidé ovlivňovali jejich spotřebu návykových látek rozdílným způsobem a je proto potřeba věnovat pozornost společnosti při užívání. Pro jednotlivé látky pak mohou mít uživatele nastavená rozdílná pravidla. Příkladem může být výpověď jednoho z respondentů,

který uvedl, že užívání marihuany má spojeno s klidem, a proto ji užívá raději sám. Oproti tomu alkohol pije raději při společenských příležitostech, kde může být množství regulováno i ostatními účastníky. V tématu *Omezení vlivu dalších uživatelů* uváděli respondenti, že ostatní uživatelé mohou mít negativní vliv na jejich regulaci užívání návykových látek. Tento vliv spočívá v tom, že okolí může dělat látku dostupnější a zároveň může vyvíjet určitý tlak na užívání. Respondenti proto považují za vhodné před ostatními uživateli jasně vyjádřit snahu regulovat užívání a říct jim, ať už jim látku dále nenabízí. Protože v některých případech toto vymezení se nemusí být dostatečné a sami respondenti uvedli, že lidé v jejich okolí jim látku i tak nabízeli, považují respondenti za vhodné alespoň dočasně kontakt s ostatními uživateli přerušit. Podle výzkumů (Buckingham et al., 2013; Dingle et al., 2015) přínos přerušení kontaktů s ostatními uživateli nespočívá pouze v omezení dostupnosti látky, ale hraje i klíčovou roli při proměnách identity. Na základě teorie sociální identity (Tajfel & Turner, 1979) si lidé utvářejí identitu v souvislosti s členstvím v nějaké skupině. Opuštění skupiny uživatelů tedy může napomoci odloučení se od identity „člověka, který užívá“, což může vést k efektivnějšímu regulování užívání (Buckingham et al., 2013; Dingle et al., 2015).

Respondenti zároveň zvážili, že jejich užívání může být ohrožující i pro okolí a v této souvislosti uvedli pravidlo neužívat návykové látky před dětmi. Respondentka užívající marihuanu uvedla, že by neužívala s někým mladším patnácti let a zároveň že by cítila zodpovědnost za stav člověka, kterému látku zprostředkovala, a proto by neužívala s někým, kdo s látkou ještě nemá zkušenost a neví, jak na ni bude reagovat. Podobné téma se objevilo i ve studii Cohena a Kaala (2001), kteří se zabývali i tím, proč se někteří uživatelé marihuany snažili někoho odradit od první zkušenosti s marihuanou, přičemž nejčastěji se zde objevovalo odůvodnění, že sami s látkou mají negativní zkušenosti nebo byl dotyčný příliš mladý či „psychicky nestabilní“. Další pravidlo se týkalo vyhrazení si nálady, ve kterém může být látka užita. Toto pravidlo vymezující, že by člověk neměl užívat v případě, že má špatnou náladu, uvedl pouze jeden respondent. Zavedení tohoto pravidla může u některých látek předcházet prohloubení nepříjemných stavů a vede k osvojení si jiných strategií, jak pracovat s nepříjemnými prožitky. Respondenti tak v podstatě shrnuli harm-reduction pravidla setu a settingu (Dalgarno & Shewan, 2005;

Hartogsohn, 2017). Na popis těchto pravidel přitom mohlo mít vliv i samotné docházení do NZDM, ve kterých bývá harm-reduction přístup podporován a klientům objasňován.

Mezi dalšími pravidly respondenti zmínili i limitování způsobů užití návykové látky. Konkrétně se jednalo o vyhledávání způsobu, který přináší menší rizika (př. vyhýbání se injekčnímu užití). Někteří respondenti zároveň uvedli, že měli nastavená pravidla o množství užití návykové látky. Efektivita tohoto pravidla se u respondentů lišila, přičemž pro některé toto pravidlo nebylo dlouhodobě udržitelné z důvodu zvyšování tolerance k látce a s tím spojeného snížení účinků daného množství, což vedlo k navýšení užívaného množství. Kromě snižování pozorovaných účinků látky uvedli respondenti i další rizika pro dodržování těchto pravidel, jako byly náročné životní situace (prožívání stresových situací) a omezení schopnosti seberegulace vlivem užití (jiné) látky. Rizika spojená s prožíváním stresových situací souvisí s užíváním návykových látek jakožto copingovým mechanismem (Bonn-Miller et al., 2008; Paulus et al. 2016), tedy způsobem vyrovnání se s náročnou situací. Prožívání stresových životních situací tedy může vést k porušování nastavených pravidel, zvyšování spotřeby či k relapsu u lidí, kteří již užívání zanechali. To dokládají i výpovědi respondentů, ve kterých tyto dopady uvádějí ve spojitosti s prožíváním problémů v partnerských vztazích.

Pravidla se vztahovala i k samotnému nákupu návykových látek, jak dokládá téma *Hospodaření s penězi*, ve kterém respondenti zmiňovali význam prioritizování nákupu jiných věcí, než je návyková látka a spoření si na něco, co pro ně má význam (př. přestěhování se). Osvojení si návyků vedoucích k udržitelnému hospodaření s penězi je důležitým krokem při léčbě závislosti a finanční poradenství je součástí některých programů léčby (Black & Rosen, 2011; Chivers & Higgins, 2012; Rosen et al., 2010) Respondenti dále uvedli že vhodnými strategiemi, jak regulovat užívání je znesnadnit si nákup návykových látek (např. uložením peněz v nesnadno dostupné formě), zakupovat vždy pouze množství, které člověk spotřebuje najednou, takže není případnými zásobami pokoušen či naopak zakoupit větší množství, ale užívání rozplánovat do více dnů, takže se člověk musí naučit užívání více organizovat. Kromě opakujícího se motivu snahy o plánování a získání struktury v užívání můžeme v tomto tématu pozorovat i snahu předcházet impulzivnímu zakoupení či užití návykových látek. Podobné uvědomění si a předcházení rizikům impulzivního nákupu bylo pozorováno i v dalších studiích (Warburton et al.,

2005; Zuffa et al., 2014) zaměřujících se na seberegulační mechanismy užívání návykových látek. Jednalo se například o zvolení dodavatele, který je vzdálen od bydliště (Warburton et al., 2005) či nenošení u sebe většího množství peněz ani platební karty (Zuffa et al., 2014).

4.2 Motivace k regulování užívání

V oblasti zabývající se motivací k omezování užívání návykových látek byla identifikována tři témata: *Přejímání zodpovědnosti za rozhodnutí regulovat užívání, Vztahy s okolím* a *Odstrašující případy a pozorování dopadů na sobě.* V prvním tématu *Přejímání zodpovědnosti za rozhodnutí regulovat užívání* respondenti zmiňovali zejména význam individuální motivace a rozhodnutí regulovat užívání. Zdůrazňovali přitom, že motivace musí vycházet především z člověka samotného, jinak není regulování možné. Motivace před započetím léčby závislostí je podle výzkumů skutečně prediktorem zapojení se člověka do léčby a následného osvojení si návyků vedoucích k regulaci užívání (DiClemente et al., 2004; Joe et al., 1998). Navzdory tomu, že respondenti uváděli, že s dostatečnou motivací a odhodláním je regulování možné, někteří ve svých výpovědích zmiňovali, že si myslí, že s užíváním již nebudou moci nikdy zcela přestat či ho více omezit. Motiv nemožnosti zanechání užívání se objevoval ve spojitosti s kouřením cigaret a marihuany. Tento přístup zařazují v rámci transteoretického modelu Miller a Rolnick (2013) do fáze prekontemplatace, kdy uživatel na základě lapsu prožívá nižší sebeúčinnost v regulování užívání, což postupně vede k prožívání bezmocnosti a nemožnosti užívání omezit, a proto snahy zanechá (Marlatt & Gordon, 1985; Prochaska & DiClemente, 1982). Respondenti se také navzdory připisovanému významu individuální motivace vzdávali odpovědnosti za to, že návykovou látku užili a rozhodující faktor užití připisovali tlaku kamarádů („mě vždycky donutí někdo z těch kamarádů“) či jiným vnějším okolnostem („asi mi to ten nahoře nepřeje“). Respondenti tedy uváděli, že se necítí mít kontrolování užívání zcela ve svých rukou. Právě locus of control je prediktorem jak samotného užívání návykových látek, tak i úspěšnosti léčby závislostí, přičemž u lidí s vyšším interním locus of control se s menší pravděpodobností objevuje užívání návykových látek (Helmer et al., 2012) a zároveň u lidí s nízkým interním locus of control dochází častěji k relapsu (Soravia et al. 2015).

Respondenti také uváděli, že omezování užívání návykových látek přesouvají na dobu, kdy budou k omezování více motivováni okolnostmi, které dosud ještě nenastaly. Mezi tyto okolnosti řadí například získání práce, přijetí na vysokou školu či rodičovství. Podle Hammerové a Vagluma (1990) souvisí právě zde zmíněné změny v životě člověka typické pro přechod do dospělosti (nalezení partnera, založení rodiny, nalezení práce) se snížením užívání návykových látek, ke kterému dochází u většiny dospělých v populaci (Chen & Kandel, 1995, EMCDDA 2020, SAMHSA 2020). Práce, rodičovství a nalezení partnera se objevilo jako impulz pro větší regulování užívání návykových látek i ve studii zabývající se seberegulačními mechanismy při užívání kokainu (Zuffa et al., 2014).

Další oblast motivace k regulování užívání obsahuje téma *Vztahy s okolím*. Pro respondenty bylo impulsem k omezení či zanechání užívání návykových látek pozorování dopadů užívání na vztahy s jejich bližními, například byl jednomu respondentovi odepřen kontakt s dětmi své sestry. Motiv snahy o udržení vztahů s blízkými se vyskytoval zejména u respondentů užívajících pervitin. Rodinné vztahy se objevovaly i jako časté téma možné budoucí motivace, přičemž největší motivací by bylo rodičovství. V souvislosti se vztahy také respondenti uvedli, že je k omezování motivuje, že nechtějí být okolím viděni jako lidé, kteří užívají návykové látky. („Nechci, aby mě každý viděl jako smažku.“) Toto podtéma se objevilo u respondentů užívajících pervitin či marihuanu. („Nechci být známý jako někdo, kdo hulí. Já to neberu jako špatnou věc, jenom já se s tím nemám nějakou potřebu ztotožňovat.“) U pití alkoholu pak bylo zmíněno pouze v souvislosti s nadužíváním. („Baba určitě nechce alkoholika.“) Důvodem obav ze stigmatizace pouze u určitých látek může být to, že se míra stigmatizace liší u jednotlivých látek v závislosti na sociálním akceptování určité látky v dané společnosti (Brown, 2015; Palamar et al., 2011).

V tématu *Odstrašující případy a pozorování dopadů na sobě* je identifikována motivace k regulování užívání návykových látek jako snaha neskončit jako jiní uživatelé v jejich okolí, u kterých respondenti pozorovali finanční potíže, změny v chování, kriminální jednání a neschopnost se od drogy odpoutat. Jedná se tedy o způsob sociálního učení, kde uživatelé v okolí respondentů figurují jakožto anti-vzory (anti-role-models), kterým se nechtějí respondenti podobat, a proto jsou motivováni upravit své chování (Lockwood et al., 2002). Jeden z respondentů přitom uvádí,

že si záměrně zjišťoval, jak se na lidech může podepsat nadužívání alkoholu, jakožto způsob motivování se k omezování užívání. Tato práce s motivací je příkladem Higginsovy teorie regulačního zaměření (regulatory focus theory) (1998; 2000), podle které jsou lidé více citliví a zaměření na informace, které odpovídají jejich cíli, který je buď dosáhnout určitého důsledku chování (promotion) nebo se mu vyhnout (prevention). Součástí tohoto tématu jsou i podtémata zachycující špatnou zkušenost s určitou látkou a zkušenost s pozorováním negativních dopadů užívání na sobě. V kontextu pozorovaných dopadů respondenti zmínili zejména respirační obtíže a prohlubování psychických problémů. Právě pozorování negativních dopadů je častým důvodem k nastoupení léčby u dospělé populace, u které převládají faktory vnitřní motivace (DiClemente et al., 2009), zatímco u adolescentů převládá externí motivace (př. tlak ze strany rodičů) (Melnick et al., 1997). Důvodem zde může být, že s rostoucí dobou užívání návykový látek se zvětšuje pozorované množství negativních dopadů užívání (DiClemente et al., 2009), které mohou být impulsem k větší snaze užívání omezit (Cloud & Granfield, 2004). S přechodem do dospělosti zároveň klesá vliv rodičů, kteří již tolik nefigurují jako externí motivace (Cleverley et al., 2018; Goodman et al., 2011; Smith et al., 2010). Lidé ve věku mladé dospělosti vykazují menší motivaci k léčbě závislostí než starší dospělí (Sinha et al., 2003). Z tohoto pohledu se tedy věková skupina vynořující se dospělosti ocitá ve fázi, kdy osobní motivace omezovat návykové látky ještě nemusí být dostatečná, protože nepozorují tolik dopadů užívání a motivace běžná pro dospělou populaci (př. práce, rodičovství) pro ně ještě nemusí být relevantní a zároveň je již upozaděna externí motivace v podobě vlivu nějaké autority.

4.3 Limity výzkumu a budoucí směřování

Limitem této práce je nízký počet respondentů, který byl ovlivněn uzavřením většiny NZDM v době sbírání dat pro tuto práci. S tím související limit je i vysoká homogenita vzorku vzniklá tím, že respondenti jsou klienty pouze dvou různých zařízení a nejsou zde tedy zastoupena jiná nízkoprahová zařízení. Zastoupení vícero NZDM by bylo dobré, protože navštěvování konkrétních zařízení může ovlivňovat snahu respondentů regulovat užívání v závislosti na kvalitě a provedení programů sekundární prevence zaměřené na užívání návykových látek.

Limitem práce také je, že výpovědi respondentů zachycují jejich motivaci a odhodlání k regulování užívání pouze v době vedení rozhovorů v prostorách NZDM. Užívání návykových látek je však něčím, co poměrně fluktuuje a mění se podle aktuální situace uživatele (Peele, 2007). O tom jsem se přesvědčila i díky opakovanému docházení do jednotlivých NZDM, kde jsem měla možnost mluvit s respondenty po uplynutí delší doby od našeho rozhovoru pro tuto práci. Příkladem může být respondent Karel, který v rozhovoru projevoval velkou motivaci a odhodlání zanechat užívání pervitinu. Po více než měsíci od našeho rozhovoru se však o svém užívání už nevyjadřoval jako o něčem, co by chtěl omezovat, ale spíše mluvil o tom, že to má pod kontrolou a látka mu pomáhá se „nakopnout" před prací. Pohled respondentů na jejich vlastní užívání je tedy velmi proměnlivý, což bylo ostatně vidět i při samotných rozhovorech. Respondenti si mnohdy protiřečili a jejich výpovědi nebyly příliš konzistentní. Důvodem v některých případech může být snížená schopnost sebereflexe, což se často objevuje u uživatelů různých návykových látek (Moeller & Goldstein, 2014; Verdejo-García & Pérez-García, 2008) a zároveň zde může hrát roli motivované uvažování (motivatonal reasoning) (Kunda, 1990; Sayette a Griffin, 2011) jakožto snaha o zachování si pozitivního obrazu sebe sama, která vede k „obhajování" užívání a nereflektování skutečností souvisejících s užíváním. Oproti dospělé populaci zároveň věková skupina vynořující se dospělosti vykazuje horší schopnost rozpoznat své užívání jako problémové (Sinha et al., 2003). U respondentů se tedy nemuselo jednat o úmyslné uvádění ne zcela pravdivých informací. Příkladem může být Filipova neúspěšná snaha regulovat užívání marihuany, u které ale zdůrazňuje, že marihuanu vlastně nechápe jako drogu: „Nehulil jsem. Řekl jsem, že si nevemu trávu, ale vždy jen tak týden maximálně ani to ne, pak jsem se vždy zhulil. Ona to v podstatě ale není ani droga, když si to tak vezmeš v dnešní době oproti tvrdým drogám." V pozorovaném protiřečení si respondentů mohl hrát roli i rozdílný pohled na význam jednotlivých slov. Ačkoliv tedy respondent Petr ještě před rozhovorem sdělil, že už více jak půlroku nic neužívá, v průběhu rozhovoru vyšlo najevo, že denně užívá marihuanu a nedávno u něj došlo k relapsu u užívání pervitinu. Marihuanu však nevidí jako drogu a jednorázové pochybení nepočítá, takže předtím ho tyto okolnosti ani nenapadly. Odlišný přístup se projevil i v hodnocení častosti užívání. Když jsem se Filipa ptala, jestli nějaké látky užívá pravidelně, odpověděl: „Ne. Maximálně tu trávu občas.". Po vyzvání upřesnil, že tím myslí: „Každý den asi zhruba. Dávám si před spaním."

Limitem je zde také rozdílná motivace a otevřenost respondentů k rozhovorům, což ovlivnilo rozsah a hloubku jednotlivých rozhovorů. Příkladem může být rozhovor s Šimonem, který trval přibližně pouze 8 minut, protože nebyl ve svých zkušenostech příliš sdílný a samotná snaha omezovat užívání pro něj v danou dobu nebyla tématem, protože se snažil kouření omezovat v minulosti, což se mu příliš nedařilo, a tak nyní rezignoval na snahu kouření regulovat. Z tohoto pohledu tedy pro něj může být nepříjemné bavit se o jeho neúspěšném pokusu užívání omezovat, což se odrazilo v nižší ochotě odpovědi rozvádět, v důsledku čehož jsem se rozhodla ho dále k obsáhlejším odpovědím nevybízet.

Přes zmíněné limity však práce nabízí rozšíření málo probádaného tématu seberegulace užívání návykových látek a přináší další konkrétní příklady seberegulačních mechanismů u lidí, kteří nepodstoupili léčbu. Mezi tyto příklady můžeme zařadit přednostní nákup věcí, které člověk potřebuje nebo mu dělají radost; uložení peněz v nesnadno dostupné formě; explicitní vyjádření přání, aby jim okolí látky nenabízelo; zaměstnání se a volbu směn tak, aby člověk omezil čas strávený venku s dalšími uživateli. Tato práce zároveň uvádí poznatky o motivaci k omezování užívání návykových látek u populace, která vykazuje horší úspěšnost léčby závislostí než starší věkové skupiny. Díky kvalitativnímu přístupu také zprostředkovává zkušenosti málo dotazované skupiny mladých uživatelů návykových látek v českém prostředí. Práce tak může pomoci při tvorbě programů sekundární prevence užívání návykových látek pro ohroženou skupinu ve věku vynořující se dospělosti. Konkrétně by se mohlo jednat o zaměření se na motivaci omezovat užívání návykových látek, která je pro uživatele dosažitelná v aktuální situaci a možnost nabídnutí konkrétních seberegulačních mechanismů. Vhodným krokem může být také snaha o destigmatizaci vyhledání odborné pomoci i přístupu k regulování užívání. Přiložená sada otázek (Příloha B), která byla použita jako podklad pro polostrukturované rozhovory, zároveň nabízí nástroj, jak se s klienty NZDM bavit o jejich užívání návykových látek a získat tak komplexní pohled na jejich zkušenosti s návykovými látkami a jejich snahu a motivaci užívání omezovat a zároveň vede respondenty ke zvědomění si motivace a pojmenování implicitních pravidel.

Téma seberegulačních mechanismů je v kontextu užívání návykových látek stále málo probádanou oblastí a příští výzkumy by mohly být

zacíleny na popsání toho, jak probíhá jednotlivé utváření a aktualizování pravidel a pokusit se popsat efektivitu těchto pravidel při regulování užívání návykových látek z longitudinálního pohledu. Z důvodu nízkého počtu studií zabývající se seberegulačními mechanismy užívání návykových látek také nebyly pokryty všechny látky, přičemž jednotlivé mechanismy se mohou lišit v souvislosti s různými účinky látek i rozdílným pohledem společnosti na jednotlivé látky. V českém prostředí by se mohlo jednat zejména o popsání regulování užívání pervitinu, který je zde velmi rozšířen (EMCDDA, 2020) a zároveň mu v zahraničních studiích nebývá věnováno tolik pozornosti. Protože respondenti v tomto výzkumu zmiňovali velký vliv jiných uživatelů, mohlo by být zajímavé se v příštích výzkumech zaměřit také na to, zda dochází k nastavování pravidel užívání i na úrovni skupiny. Někteří respondenti zároveň uvedli, že v období adolescence již delší dobu látky pravidelně užívali, bylo by tedy dobré budoucí výzkumy zacílené na seberegulační mechanismy a motivaci k regulování zaměřit i na věkovou skupinu adolescentů.

Použité zdroje

Adams, J., & White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work?. *Health education research*, *20*(2), 237–243. https://doi.org/10.1093/her/cyg105

Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction (Abingdon, England)*, *103*(7), 1069–1081. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02213.x

Alavi H. R. (2011). The Role of Self-esteem in Tendency towards Drugs, Theft and Prostitution. *Addiction & health*, *3*(3-4), 119–124. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24494126

American Psychological Association. (n.d.). Motivation. In APA dictionary of psychology. https://dictionary.apa.org/motivation.

Arnett, J. J., & Jensen, L. A. (2019). *Human development: A cultural approach.* Pearson.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469–480. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469

Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties.* Oxford University Press.

Aveyard, P., Massey, L., Parsons, A., Manaseki, S., & Griffin, C. (2009). The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Social science & medicine (1982)*, *68*(3), 397–403. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.03

Bahora, M., Sterk, C. E., & Elifson, K. W. (2009). Understanding recreational ecstasy use in the United States: a qualitative inquiry. *The International journal on drug policy*, *20*(1), 62–69. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.10.003

Bailen, N. H., Green, L. M., & Thompson, R. J. (2019). Understanding Emotion in Adolescents: A Review of Emotional Frequency, Intensity, Instability, and Clarity. *Emotion Review*, *11*(1), 63–73. https://doi.org/10.1177/1754073918768878

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the*

behavioral sciences (pp. 1–34). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*(4), 366–380. https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 248–287. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L

Bandura, A. (2013). The role of self-efficacy in goal-based motivation. In E. A. Locke & G. P. Latham (Eds.), *New developments in goal setting and task performance* (pp. 147–157). Routledge/Taylor & Francis Group.

Banfield, J. F., Wyland, C. L., Macrae, C. N., Münte, T. F., & Heatherton, T. F. (2004). *The cognitive neuroscience of self-regulation.* In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (p. 62–83). The Guilford Press.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control.* Guilford Press.

Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Twenge, J. M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(4), 589–604. https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.4.589

Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation.* Academic Press.

Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-Regulation Failure: An Overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0701_1

Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The Strength Model of Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*, *16*(6), 351–355. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x

Baumeister, R. F. (2016). Limited resources for self-regulation: A current overview of the strength model. In E. R. Hirt, J. J. Clarkson, & L. Jia (Eds.), *Self-regulation and ego control* (pp. 1–17). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801850-7.00001-9

Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R., & Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: Education, Prevention & Policy, 19*(1), 1–10. https://doi.org/10.3109/09687637.2011.631060

Benchaya, M. C., Bisch, N. K., Moreira, T. C., Ferigolo, M., & Barros, H. M. (2011). Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children. *Jornal de pediatria*, *87*(3), 238–244. https://doi.org/10.2223/JPED.2089

Benoit, C., Magnus, S., Phillips, R., Marcellus, L., & Charbonneau, S. (2015). Complicating the dominant morality discourse: mothers and fathers' constructions of substance use during pregnancy and early parenthood. *International Journal for Equity in Health, 14*. https://doi.org/10.1186/s12939-015-0206-7

Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., & Håkansson, A. (2016). Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study. *BMJ open*, *6*(1), e008979. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008979

Bernier, A., Carlson, S.M. and Whipple, N. (2010), From External Regulation to Self-Regulation: Early Parenting Precursors of Young Children's Executive Functioning. Child Development, 81: 326-339. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x

Bertholet, N., Palfai, T., Gaume, J., Daeppen, J. B., & Saitz, R. (2014). Do brief alcohol motivational interventions work like we think they do?. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *38*(3), 853–859. https://doi.org/10.1111/acer.12274

Biolcati, R., Mancini, G., & Trombini, E. (2018). Proneness to Boredom and Risk Behaviors During Adolescents' Free Time. *Psychological Reports*, *121*(2), 303–323. https://doi.org/10.1177/0033294117724447

Bitancourt, T., Tissot, M. C. R. G., Fidalgo, T. M., Galduróz, J. C. F., & da Silveira Filho, D. X. (2016). Factors associated with illicit drugs' lifetime and frequent/heavy use among students results from a population survey. *Psychiatry Research, 237,* 290–295. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.026

Bjornestad, J., Svendsen, T. S., Slyngstad, T. E., Erga, A. H., McKay, J. R., Nesvåg, S., Skaalevik, A. W., Veseth, M., & Moltu, C. (2019). "A Life More Ordinary" Processes of 5-Year Recovery From Substance Abuse. Experiences of 30 Recovered Service Users. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 689. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00689

Black, A. C., & Rosen, M. I. (2011). A money management-based substance use treatment increases valuation of future rewards. *Addictive behaviors*, *36*(1-2), 125–128. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.014

Blumenthal, H., Leen-Feldner, E. W., Knapp, A. A., Badour, C. L., & Boals, A. (2015). Traumatic event exposure and alcohol use expectancies among adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 24*(6), 337–343. https://doi.org/10.1080/1067828X.2013.839407

Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2008). Emotional dysregulation: association with coping-oriented marijuana use motives among current marijuana users. *Substance use & misuse*, *43*(11), 1653–1665. https://doi.org/10.1080/10826080802241292

Brandtstädter, J. (1998). *Action perspectives on human development.* In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (p. 807–863). John Wiley & Sons Inc.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Breda, C., & Heflinger, C. A. (2004). Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorder. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *30*(2), 251–267. https://doi.org/10.1081/ada-120037377

Brook, J. S., Whiteman, M., Cohen, P., Shapiro, J., & Balka, E. (1995). Longitudinally predicting late adolescent and young adult drug use: Childhood and adolescent precursors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(9), 1230–1238. https://doi.org/10.1097/00004583-199509000-00022

Brown, S., Kramer, K., Lewno, B., Dumas, L., Sacchetti, G., & Powell, E. (2015). Correlates of Self-Stigma among Individuals with Substance Use Problems. *International Journal of Mental Health & Addiction,* 13(6), 687–698. https://doi.org/10.1007/s11469-015-9559-9

Buchanan, C. M., Eccles, J. S., & Becker, J. B. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones? Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin, 111*(1), 62–107. https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.1.62

Buckingham, S. A., Frings, D., & Albery, I. P. (2013). Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *27*(4), 1132–1140. https://doi.org/10.1037/a0032480

Bukowski, W. M., Laursen, B., & Hoza, B. (2010). The snowball effect: friendship moderates escalations in depressed affect among avoidant and excluded children. *Development and psychopathology*, *22*(4), 749–757. https://doi.org/10.1017/S095457941000043X

Carlson, S. M., Moses, L. J., & Breton, C. (2002). How specific is the relation between executive function and theory of mind? Contributions of inhibitory control and working memory. *Infant and Child Development, 11*(2), 73–92. https://doi.org/10.1002/icd.298

Carroll, H., & B Lustyk, M. K. (2018). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: Effects on Cardiac Vagal Control and Craving Under Stress. *Mindfulness*, *9*(2), 488–499. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0791-1

Carter, E. C., Kofler, L. M., Forster, D. E., & McCullough, M. E. (2015). A series of meta-analytic tests of the depletion effect: Self-control does not seem to rely on a limited resource. *Journal of experimental psychology. General*, *144*(4), 796–815. https://doi.org/10.1037/xge0000083

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). Attention and Self-Regulation: A Control Theory Approach to Human Behavior. New York: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4612-5887-20

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). On the structure of behavioral self-regulation. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 41–84). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50032-9

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2011). Self-regulation of action and affect. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 3–21). Guilford Press.

Caspi, A., Henry, B., McGee, R. O., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to fifteen. *Child Development, 66*(1), 55–68. https://doi.org/10.2307/1131190

Castine, B. R., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O., Martinez-Gonzalez, J. M., Hohwy, J., & Verdejo-Garcia, A. (2019). Self-awareness deficits associated with lower treatment motivation in cocaine addiction. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *45*(1), 108–114. https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1511725

Chan, G., Lo, T. W., Tam, C., & Lee, G. (2019). Intrinsic Motivation and Psychological Connectedness to Drug Abuse and Rehabilitation: The Perspective of Self-Determination. *International journal of environmental*

research and public health, *16*(11), 1934. https://doi.org/10.3390/ijerph16111934

Charach, A., Yeung, E., Climans, T., & Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *50*(1), 9–21. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.09.019

Chavarria, J., Stevens, E. B., Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2012). The Effects of Self-Regulation and Self-Efficacy on Substance Use Abstinence. *Alcoholism treatment quarterly*, *30*(4), 422–432. https://doi.org/10.1080/07347324.2012.718960

Chen, G. (2018). Building Recovery Capital: The Role of "Hitting Bottom" in Desistance and Recovery from Substance Abuse and Crime. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50(5), 420–429. https://doi.org/10.1080/02791072.2018.1517909

Chen, K., & Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American journal of public health*, *85*(1), 41–47. https://doi.org/10.2105/ajph.85.1.41

Chivers, L. L., & Higgins, S. T. (2012). Some observations from behavioral economics for consideration in promoting money management among those with substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 38*(1), 8–
19. https://doi.org/10.3109/00952990.2011.643979

Cleverley, K., Grenville, M., & Henderson, J. (2018). Youths Perceived Parental Influence on Substance Use Changes and Motivation to Seek Treatment. *The journal of behavioral health services & research*, *45*(4), 640–650. https://doi.org/10.1007/s11414-018-9590-2

Cloud, W., & Granfield, R. (2004). The social process of exiting addiction: a life course perspective. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, *44*, 185-202.

Cohen, P. (1999). Shifting the main purposes of drug control: from suppression to regulation of use reduction of risks as the new focus for drug policy. *International Journal of Drug Policy,* 10(3), 223–234. https://doi.org/10.1016/S0955-3959(99)00014-6

Cohen, P., & Kaal, H. L. (2001). The Irrelevance of Drug Policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen. CEDRO.

Cole, D. A., Maxwell, S. E., Martin, J. M., Peeke, L. G., Seroczynski, A. D., Tram, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F., & Maschman, T. (2001). The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: a cohort sequential longitudinal design. *Child development*, *72*(6), 1723–1746. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00375

Comeau, N., Stewart, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette and marijuana use. *Addictive Behaviors, 26*(6), 803–825. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00238-6

Connors, G. J., Donovan, D. M., & DiClemente, C. C. (2001). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions*. Guilford.

Copersino, M. L., Boyd, S. J., Tashkin, D. P., Huestis, M. A., Heishman, S. J., Dermand, J. C., Simmons, M. S., & Gorelick, D. A. (2006). Quitting among non-treatment-seeking marijuana users: reasons and changes in other substance use. *The American journal on addictions*, *15*(4), 297–302. https://doi.org/10.1080/10550490600754341

Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Kapur, G. (1995). Resolution from alcohol problems with and without treatment: reasons for change. *Journal of substance abuse*, *7*(3), 365–372. https://doi.org/10.1016/0899-3289(95)90029-2

Curry, S. J., Grothaus, L., & McBride, C. (1997). Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive behaviors*, *22*(6), 727–739. https://doi.org/10.1016/s0306-4603(97)00059-2

Curtis, A. C. (2015) Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*, 7(2). https://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2

Dalgarno, P., & Shewan, D. (2005). Reducing the risks of drug use: The case for set and setting. *Addiction Research & Theory, 13*(3), 259–265. https://doi.org/10.1080/16066350500053562

Daniels, E. A., & Gillen, M. M. (2015). Body image and identity: A call for new research. In K. C. McLean & M. Syed (Eds.), *The Oxford handbook of identity development* (p. 406–422). Oxford University Press.

Davidson, J., Wiens, S., & Anderson, K. (2010). Creating a provincial family council to engage youth and families in child & youth mental health systems. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, *19*(3), 169–175.

De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Melnick, G. (2000). Therapeutic communities. Enhancing retention in treatment using "senior professor" staff. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*(4), 375–382. https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00124-0

Decorte, T. (2000). *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*. VUB Press.

Demetriou, A. (2000). Organization and development of self-understanding and self-regulation: Toward a general theory. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 209–251). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50036-6

Diamond, A. (2002). Normal development of prefrontal cortex from birth to young adulthood: Cognitive functions, anatomy, and biochemistry. In D. T. Stuss & R. T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp. 466–503). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195134971.003.0029

DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American journal on addictions*, *13*(2), 103–119. https://doi.org/10.1080/10550490490435777

DiClemente, C. C., Doyle, S. R., & Donovan, D. (2009). Predicting treatment seekers' readiness to change their drinking behavior in the COMBINE Study. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *33*(5), 879–892. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2009.00905.x

DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E., & Knoblach, D. J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *31*(8), 862–887. https://doi.org/10.1037/adb0000318

Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social Identities as Pathways into and out of Addiction. *Frontiers in psychology*, *6*, 1795. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795

Duell, N., Steinberg, L., Icenogle, G., Chein, J., Chaudhary, N., Di Giunta, L., Dodge, K. A., Fanti, K. A., Lansford, J. E., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A. T., Sorbring, E., Tapanya, S., Uribe Tirado, L. M., Alampay, L. P., Al-Hassan, S. M., Takash, H., Bacchini, D., & Chang, L. (2018). Age Patterns in Risk Taking Across the World. *Journal of youth and adolescence*, *47*(5), 1052–1072. https://doi.org/10.1007/s10964-017-0752-y

Duran, C. A. K., Cottone, E., Ruzek, E. A., Mashburn, A. J., & Grissmer, D. W. (2018). *Family Stress Processes and Children's Self-Regulation. Child Development.* doi:10.1111/cdev.13202

Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self awareness.* Academic Press.

Ennett, S.T., Bauman, K.E., Hussong, A., Faris, R., Foshee, V.A., Cai, L. and DuRant, R.H. (2006), The Peer Context of Adolescent Substance Use: Findings from Social Network Analysis. Journal of Research on Adolescence, 16: 159-186. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2006.00127.x

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020), *European Drug Report 2020: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf

ERIKSON, E. H. (1996). *Osm věků člověka*. Portál.

ESPAD (2020*), ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://doi.org/10.2810/877033

Evans, D. R., Boggero, I. A., & Segerstrom, S. C. (2016). The Nature of Self-Regulatory Fatigue and "Ego Depletion": Lessons From Physical Fatigue. *Personality and Social Psychology Review*, *20*(4), 291–310. https://doi.org/10.1177/1088868315597841

Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, *363*(1507), 3125–3135. https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089

Farrand, P., Perry, J., Lee, C., & Parker, M. (2006). Adolescents' preference towards self-help: Implications for service development. *Primary Care & Community Psychiatry*, 11(2), 73–79. https://doi.org/10.1185/135525706X121129

Farrell, S., Manning, W. G., & Finch, M. D. (2003). Alcohol dependence and the price of alcoholic beverages. *Journal of health economics*, *22*(1), 117–147. https://doi.org/10.1016/s0167-6296(02)00099-1

Farley, J. P., & Kim-Spoon, J. (2014). The development of adolescent self-regulation: reviewing the role of parent, peer, friend, and romantic relationships. *Journal of adolescence*, *37*(4), 433–440. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.03.009

Fotopoulou M (2014) Reasons behind Greek problem drug users' decisions to quit using drugs and engage in treatment of their own volition: sense of self and the Greek filotimo. Addiction, 109 (4), pp. 627-634. https://doi.org/10.1111/add.12459

Friedman, A. S., Granick, S., & Kreisher, C. (1994). Motivation of adolescent drug abusers for help and treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *3*(1), 69-88. https://doi.org/10.1300/J029v03n01_07

Gahlinger, P. (2004). *Illegal drugs: A complete guide to their history, chemistry, use, and abuse.* Plume.

Gailliot, M. T., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Maner, J. K., Plant, E. A., Tice, D. M., Brewer, L. E., & Schmeichel, B. J. (2007). Self-control relies on glucose as a limited energy source: Willpower is more than a metaphor. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(2), 325–336. https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.2.325

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology, 41*(4), 625–635. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625

Garland, E. L., Manusov, E. G., Froeliger, B., Kelly, A., Williams, J. M., & Howard, M. O. (2014). Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse: results from an early-stage randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *82*(3), 448–459. https://doi.org/10.1037/a0035798

Garland, E. L., Hanley, A. W., Kline, A., & Cooperman, N. A. (2019). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement reduces opioid craving among individuals with opioid use disorder and chronic pain in medication assisted treatment: Ecological momentary assessments from a stage 1 randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, *203*, 61–65. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.07.007

Gatti, E., Ionio, C., Traficante, D., & Confalonieri, E. (2014). "I Like My Body; Therefore, I Like Myself": How Body Image Influences Self-Esteem—A Cross-Sectional Study on Italian Adolescents. *Europe's Journal of Psychology*, *10*(2), 301–317. https://doi.org/10.5964/ejop.v10i2.703

Geldhof, J., Little, T. D., & Hawley, P. H. (2012). Two measures of self-regulation for young adults and late adolescents in the academic and social domains. *International Journal of Behavioral Development*, *36*(6), 476–488. https://doi.org/10.1177/0165025412462153

Gerrard, M., Gibbons, F. X., Reis-Bergan, M., & Russell, D. W. (2000). Self-esteem, self-serving cognitions, and health risk behavior. *Journal of Personality, 68*(6), 1177–1201. https://doi.org/10.1111/1467-6494.00131

Gestsdottir, S., & Lerner, R. M. (2008). Positive development in adolescence: The development and role of intentional self-regulation. *Human Development, 51*(3), 202–224. https://doi.org/10.1159/000135757

Gestsdottir, S., Lewin-Bizan, S., von Eye, A., Lerner, J. V., & Lerner, R. M. (2009). The structure and function of selection, optimization, and compensation in middle adolescence: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Developmental Psychology, 30*(5), 585–600. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.07.001

Goodman, E., & Huang, B. (2002). Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *156*(5), 448–453. https://doi.org/10.1001/archpedi.156.5.448

Goodman, I., Peterson-Badali, M., & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, 36(6), 660–668. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.01.011

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113–121. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113

Hackman, D. A., Gallop, R., Evans, G. W., & Farah, M. J. (2015). Socioeconomic status and executive function: developmental trajectories and mediation. Developmental Science, 18(5), 686–702. doi:10.1111/desc.12246

Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C., & Chatzisarantis, N. L. (2010). Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, *136*(4), 495–525. https://doi.org/10.1037/a0019486

Hammer, T., & Vaglum, P. (1990). Use of alcohol and drugs in the transitional phase from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescence, 13*(2), 129–142. https://doi.org/10.1016/0140-1971(90)90003-P

Hanson, M. D., & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and substance use behaviors in adolescents: the role of family resources versus family social status. *Journal of health psychology*, *12*(1), 32–35. https://doi.org/10.1177/1359105306069073

Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective.* Guilford Press.

Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2nd ed.). The Guilford Press

Hartogsohn, I. (2017). Constructing drug effects: A history of set and setting. *Drug Science, Policy and Law*. https://doi.org/10.1177/2050324516683325

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, *112*(1), 64–105. https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64

Hayaki, J., Herman, D. S., Hagerty, C. E., de Dios, M. A., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2011). Expectancies and self-efficacy mediate the effects of impulsivity on marijuana use outcomes: an application of the acquired preparedness model. *Addictive behaviors*, *36*(4), 389–396. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.018

Heatherton T. F. (2011). Neuroscience of self and self-regulation. *Annual review of psychology*, *62*, 363–390. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131616

Hedeker, D., Mermelstein, R. J., Berbaum, M. L., & Campbell, R. T. (2009). Modeling mood variation associated with smoking: an application of a heterogeneous mixed-effects model for analysis of ecological momentary assessment (EMA) data. *Addiction (Abingdon, England)*, *104*(2), 297–307. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02435.x

Helmer, S.M., Krämer, A. & Mikolajczyk, R.T. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Res Notes* **5,** 703 (2012). https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-703

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *6*, 17. https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17

Herzog, A., Syrový, J., Zimmermanová, M., Racek, J., Novotný, M., Jindrová, B., Košteyn, I., Kunc, S., Babická, R., Kotová, H., Dohanyosová, D., Exner, J., Štorek, M., Zahradník, M., Holiš, M., Růžičková, V., Soukal, J., Cieślar, D.,

Zinčenková, K., . . . Klíčová, K., (2008). *Pojmosloví nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM),* Česká asociace streetwork. https://www.streetwork.cz/archiv/clanky/detail/766/publikace-pojmoslovi-nzdm

Higgins, E. T. (1998). Promotion and prevention: Regulatory focus as a motivational principle. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 30, pp. 1-46). Academic Press.

Higgins, E. T. (2000). Making a good decision: Value from fit. *American Psychologist, 55*(11), 1217–1230. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1217

Hovens, J. G., Cantwell, D. P., & Kiriakos, R. (1994). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*(4), 476–483. https://doi.org/10.1097/00004583-199405000-00005

Hull, J. G. (1981). A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *Journal of Abnormal Psychology, 90*(6), 586–600. https://doi.org/10.1037/0021-843X.90.6.586

Hull, J. G., & Slone, L. B. (2004). Alcohol and self-regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 466–491). The Guilford Press.

Iwasaki, Y., Springett, J., Dashora, P., McLaughlin, A., McHugh, T., & Team, Y.4. (2014). Youth-Guided Youth Engagement: Participatory Action Research (PAR) With High-Risk, Marginalized Youth. *Child & Youth Services, 35*, 316 - 342.

Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review, 12(4), 374–390.* https://doi.org/10.1016/0273-2297(92)90014-s

Joe, G. W., Broome, K. M., Rowan-Szal, G. A., & Simpson, D. D. (2002). Measuring patient attributes and engagement in treatment. *Journal of substance abuse treatment*, *22*(4), 183–196. https://doi.org/10.1016/s0740-5472(02)00232-5

Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction (Abingdon, England)*, *93*(8), 1177–1190. https://doi.org/10.1080/09652149835008

Johnston, L., Miech, R., & O'Malley, P. (2020). Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2019: Overview, key findings on adolescent drug use. https://doi.org/10.3998/2027.42/162579

Jorge, K. O., Ferreira, R. C., Ferreira, E., Kawachi, I., Zarzar, P. M., & Pordeus, I. A. (2018). Influência do grupo de pares e uso de drogas ilícitas entre adolescentes brasileiros: um estudo transversal [Peer group influence and illicit drug use among adolescent students in Brazil: a cross-sectional study]. *Cadernos de saude publica*, *34*(3), e00144316. https://doi.org/10.1590/0102-311X00144316

Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, *36*(12), 1120–1126. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032

Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issues, and speculations. In C. Neuringer, & J. L. Michael, (Eds.), Behavior modification in clinical psychology (pp. 178-220). Appleton-Century-Crofts.

Kaplan, C. D., Bieleman, B., & TenHouten, W. D. (1992). Are there 'casual users' of cocaine?. *Ciba Foundation symposium*, *166*, 57–80. https://doi.org/10.1002/9780470514245.ch5

Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A. G., & Dekovic, M. (2006). Parenting and Self-Regulation in Preschoolers: A Meta-Analysis. *Infant and Child Development, 15*(6), 561–579. https://doi.org/10.1002/icd.478

Kearney, M. H., & O'Sullivan, J. (2003). Identity shifts as turning points in health behavior change. *Western journal of nursing research*, *25*(2), 134–152. https://doi.org/10.1177/0193945902250032

Kendler, K. S., Schmitt, E., Aggen, S. H., & Prescott, C. A. (2008). Genetic and Environmental Influences on Alcohol, Caffeine, Cannabis, and Nicotine Use From Early Adolescence to Middle Adulthood. *Archives of General Psychiatry, 65(6), 674.* https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.674

Khajehdaluee, M., Zavar, A., Alidoust, M., & Pourandi, R. (2013). The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. *Iranian Red Crescent medical journal*, *15*(11), e7682. https://doi.org/10.5812/ircmj.7682

Khurana, A., Romer, D., Betancourt, L. M., Brodsky, N. L., Giannetta, J. M., & Hurt, H. (2015). Experimentation versus progression in adolescent drug use: A test of an emerging neurobehavioral imbalance model. *Development and psychopathology*, *27*(3), 901–913. https://doi.org/10.1017/S0954579414000765

Kidd, C., Palmeri, H., & Aslin, R. N. (2013). Rational snacking: young children's decision-making on the marshmallow task is moderated by beliefs about environmental reliability. *Cognition*, *126*(1), 109–114. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2012.08.004

King, S. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction (Abingdon, England)*, *99*(12), 1548–1559. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00893.x

Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of motivation definitions, with a suggestion for a consensual definition. *Motivation and emotion*, *5*(3), 263-291.

Klingemann H. K. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British journal of addiction*, *86*(6), 727–744. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb03099.x

Klingemann, H. K., & Sobell, L. C. (2001). Introduction: natural recovery research across substance use. *Substance use & misuse*, *36*(11), 1409–1416. https://doi.org/10.1081/ja-100106957

Kober, H., Brewer, J. A., Height, K. L., & Sinha, R. (2017). Neural stress reactivity relates to smoking outcomes and differentiates between mindfulness and cognitive-behavioral treatments. *NeuroImage*, *151*, 4–13. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.09.042

Kochanska, G., Koenig, J. L., Barry, R. A., Kim, S., & Yoon, J. E. (2010). Children's conscience during toddler and preschool years, moral self, and a competent, adaptive developmental trajectory. *Developmental psychology*, *46*(5), 1320–1332. https://doi.org/10.1037/a0020381

Koob G. F. (2008). A role for brain stress systems in addiction. *Neuron*, *59*(1), 11–34. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2008.06.012

Kunda, Z. (1990). The case for motivated reasoning. *Psychological Bulletin, 108*(3), 480–498. https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.480

Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *31*(3), 328–341. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.006

Liddle, H. A., & Rowe, C. L. (Eds.). (2006). *Adolescent substance abuse: Research and clinical advances*. Cambridge University Press.

Lisha, N. E., Leventhal, A. M., Rohrbach, L., Spruijt-Metz, D., Sun, P., & Sussman, S. (2015). The relationship of emerging adulthood trajectories to drug use, and other correlates. *Salud y drogas*, *15*(2), 91–102. https://doi.org/10.21134/haaj.v15i2.235

Lockwood, P., Jordan, C. H., & Kunda, Z. (2002). Motivation by positive or negative role models: Regulatory focus determines who will best inspire us. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(4), 854–864. https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.854

Macek, P. (2003). *Adolescence*. Portál

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*(1st ed.). Guilford Press.

Masarik, A. S., & Conger, R. D. (2017). Stress and child development: a review of the Family Stress Model. *Current opinion in psychology*, *13*, 85–90. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.008

Mason, W. A., Hitchings, J. E., & Spoth, R. L. (2007). Emergence of delinquency and depressed mood throughout adolescence as predictors of late adolescent problem substance use. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*(1), 13–24. https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.1.13

Meier, L. L., Orth, U., Denissen, J. J. A., & Kühnel, A. (2011). Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. *Journal of Research in Personality*, 45, 604-612. http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2011.08.008

Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *23*(4), 485–506. https://doi.org/10.3109/00952999709016891

Miller, W.R. and Brown, J.M. (1991) Self-Regulation as a Conceptual Basis for the Prevention and Treatment of Addictive Behaviours. In: Heather, N., Miller, W.R. and Greeley, J., Eds., *Self-Control and the Addictive Behaviours*. Maxwell Macmillan Publishing Australia.

Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015), The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment, *Addiction*, 110, pages 401– 413. https://doi.org/10.1111/add.12693

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada Publishing.

Mischel, W., Ayduk, O., Berman, M. G., Casey, B. J., Gotlib, I. H., Jonides, J., Kross, E., Teslovich, T., Wilson, N. L., Zayas, V., & Shoda, Y. (2011).

'Willpower' over the life span: decomposing self-regulation. *Social cognitive and affective neuroscience*, *6*(2), 252–256. https://doi.org/10.1093/scan/nsq081

Moeller, S. J., & Goldstein, R. Z. (2014). Impaired self-awareness in human addiction: deficient attribution of personal relevance. *Trends in cognitive sciences*, *18*(12), 635–641. https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.09.003

Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *108*(7), 2693–2698. https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108

Montgomery, C., Fisk, J. E., & Craig, L. (2008). The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: the importance of parental warmth and control. *Drug and alcohol review*, *27*(6), 640–649. https://doi.org/10.1080/09595230802392790

Mullan, E., & NicGabhainn, S. (2002). Self-esteem and health-risk behaviours: Is there a link? *The Irish Journal of Psychology*, 23(1–2), 27–36.

Muraven, M., & Slessareva, E. (2003). Mechanisms of Self-Control Failure: Motivation and Limited Resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *29*(7), 894–906. https://doi.org/10.1177/0146167203029007008

Nash, S. G., McQueen, A., & Bray, J. H. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: family environment, peer influence, and parental expectations. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *37*(1), 19–28. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.06.004

Neal, D. J., & Carey, K. B. (2007). Association between alcohol intoxication and alcohol-related problems: An event-level analysis. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*(2), 194–204. https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.2.194

Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults.* Sage Publications, Inc.

Ochsner, K. N., Knierim, K., Ludlow, D. H., Hanelin, J., Ramachandran, T., Glover, G., & Mackey, S. C. (2004). Reflecting upon feelings: an fMRI study of neural systems supporting the attribution of emotion to self and

other. *Journal of cognitive neuroscience*, *16*(10), 1746–1772. https://doi.org/10.1162/0898929042947829

Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of personality and social psychology*, *102*(6), 1271–1288. https://doi.org/10.1037/a0025558

Palamar, J. J., Kiang, M. V., & Halkitis, P. N. (2011). Development and psychometric evaluation of scales that assess stigma associated with illicit drug users. *Substance use & misuse*, *46*(12), 1457–1467. https://doi.org/10.3109/10826084.2011.596606

Parhar, K. K., Wormith, J. S., Derkzen, D. M., & Beauregard, A. M. (2008). Offender Coercion in Treatment: A Meta-Analysis of Effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, *35*(9), 1109–1135. https://doi.org/10.1177/0093854808320169

Paulus, D. J., Gallagher, M. W., Raines, A. M., Schmidt, N. B., & Zvolensky, M. J. (2019). Intraindividual change in anxiety sensitivity and alcohol use severity 12-months following smoking cessation treatment. *Behaviour research and therapy*, *116*, 10–18. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.01.008

Pearson, M., Sweeting, H., West, P., Young, R., Gordon, J., & Turner, K. (2006). Adolescent substance use in different social and peer contexts: A social network analysis. *Drugs: Education, Prevention & Policy, 13*(6), 519–536. https://doi.org/10.1080/09687630600828912

Peele, S. (2007). Addiction as disease: Policy, epidemiology, and treatment consequences of a bad idea. In J. E. Henningfield, P. B. Santora, & W. K. Bickel (Eds.), *Addiction treatment: Science and policy for the twenty-first century.* (pp. 153–164). Johns Hopkins University Press.

Perry, N. B., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2018). Childhood self-regulation as a mechanism through which early overcontrolling parenting is associated with adjustment in preadolescence. *Developmental Psychology, 54*(8), 1542–1554. https://doi.org/10.1037/dev0000536

Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., & Davidson, L. (2018). Why Do Those With Long-Term Substance Use Disorders Stop Abusing Substances? A Qualitative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*. https://doi.org/10.1177/1178221817752678

Piper, M. E., Bolt, D. M., Kim, S. Y., Japuntich, S. J., Smith, S. S., Niederdeppe, J., Cannon, D. S., & Baker, T. B. (2008). Refining the tobacco dependence

phenotype using the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives. *Journal of abnormal psychology*, *117*(4), 747–761. https://doi.org/10.1037/a0013298

Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2007). Research on attention networks as a model for the integration of psychological science. *Annual review of psychology*, *58*, 1–23. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085516

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*(3), 276–288. https://doi.org/10.1037/h0088437

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American psychologist*, *47*(9), 1102–1114. https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stages of change. *Health behavior: Theory, research, and practice*, *97*.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion : AJHP*, *12*(1), 38–48. https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, *38*(4), 443.

Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Salim, O., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use disorders: assessing the evidence. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *65*(7), 853–861. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400047

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M., Wasserman, M. S., & Paradis, A. D. (2000). General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(2), 223–231. https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00023

Richardson, C. G., Kwon, J. Y., & Ratner, P. A. (2012). Self-esteem and the initiation of substance use among adolescents. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, *104*(1), e60–e63. https://doi.org/10.1007/BF03405656

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *AeJAMH (Australian e-*

Journal for the Advancement of Mental Health), 4(3). https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218

Robson, D. A., Allen, M. S., & Howard, S. J. (2020). Self-regulation in childhood as a predictor of future outcomes: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, *146*(4), 324–354. https://doi.org/10.1037/bul0000227

Romano, M., & Peters, L. (2016). Understanding the process of motivational interviewing: A review of the relational and technical hypotheses. *Psychotherapy Research, 26*(2), 220–240. https://doi.org/10.1080/10503307.2014.954154

Rosen, M. I., Rounsaville, B. J., Ablondi, K., Black, A. C., & Rosenheck, R. A. (2010). Advisor-Teller Money Manager (ATM) therapy for substance use disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *61*(7), 707–713. https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.7.707

Rotunda, R. J., & Doman, K. (2001). Partner enabling of substance use disorders: Critical review and future directions. *American Journal of Family Therapy, 29*(4), 257–270. https://doi.org/10.1080/01926180152588680

Rusby, J. C., Light, J. M., Crowley, R., & Westling, E. (2018). Influence of parent–youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of Family Psychology, 32*(3), 310–320. https://doi.org/10.1037/fam0000350

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Publications.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology, 61,* Article 101860. https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860

Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive behaviors*, *20*(3), 279–297. https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)00072-7

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health *Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. https://www.samhsa.gov/data/

Sayette, M. A., & Griffin, K. M. (2011). Self-regulatory failure and addiction. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 505–521). Guilford Press.

Sayette, M. A., & Hufford, M. R. (1997). Effects of smoking urge on generation of smoking-related information. *Journal of Applied Social Psychology, 27*(16), 1395–1405. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb01604.x

Sayette, M. A., Reichle, E. D., & Schooler, J. W. (2009). Lost in the Sauce: The Effects of Alcohol on Mind Wandering. *Psychological Science*, *20*(6), 747–752. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02351.x

Shaffer, P. A., Vogel, D. L., Wei, M. (2006). The mediating roles of anticipated risks, anticipated benefits, and attitudes on the decision to seek professional help: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology,* 53, 442-452. https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.442

Shapka, J. D., & Keating, D. P. (2005). Structure and Change in Self-Concept During Adolescence. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 37*(2), 83–96. https://doi.org/10.1037/h0087247

Shewan, D., & Dalgarno, P. (2005). Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland). *British journal of health psychology*, *10*(Pt 1), 33–48. https://doi.org/10.1348/135910704X14582

Shiels, K., & Hawk, L. W., Jr (2010). Self-regulation in ADHD: the role of error processing. *Clinical psychology review*, *30*(8), 951–961. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.010

Siebenbruner, J., Englund, M. M., Egeland, B., & Hudson, K. (2006). Developmental antecedents of late adolescence substance use patterns. *Development and psychopathology*, *18*(2), 551–571. https://doi.org/10.1017/S0954579406060287

Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, *30*(2), 357.

Sinha, R., Easton, C., & Kemp, K. (2003). Substance abuse treatment characteristics of probation-referred young adults in a community-based outpatient program. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *29*(3), 585–597. https://doi.org/10.1081/ada-120023460

Sinnott J.D. (2002) Postformal Thought and Adult Development. In: Demick J., Andreoletti C. (eds) *Handbook of Adult Development*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0617-1_12

Skogen, J. C., Sivertsen, B., Hysing, M., Heradstveit, O., & Bøe, T. (2019). Economic Circumstances in Childhood and Subsequent Substance Use in Adolescence - A Latent Class Analysis: The youth@hordaland Study. *Frontiers in psychology*, *10*, 1115. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01115

Smith, D. C., Cleeland, L., & Dennis, M. L. (2010). Reasons for quitting among emerging adults and adolescents in substance-use-disorder treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *71*(3), 400–409. https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.400

Smolkin, N. (2019). The relationship between boredom and relapse in substance use disorder recovery [ProQuest Information & Learning]. In *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* (Vol. 80, Issue 2–B(E)).

Soravia, L. M., Schläfli, K., Stutz, S., Rösner, S., & Moggi, F. (2015). Resistance to temptation: the interaction of external and internal control on alcohol use during residential treatment for alcohol use disorder. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *39*(11), 2209–2214. https://doi.org/10.1111/acer.12880

Stapinski, L. A., Edwards, A. C., Hickman, M., Araya, R., Teesson, M., Newton, N. C., Kendler, K. S., & Heron, J. (2016). Drinking to Cope: a Latent Class Analysis of Coping Motives for Alcohol Use in a Large Cohort of Adolescents. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, *17*(5), 584–594. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0652-5

Steinberg L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Developmental review : DR*, *28*(1), 78–106. https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002

Susman, E. J. (1997). Modeling developmental complexity in adolescence: Hormones and behavior in context. *Journal of Research on Adolescence, 7*(3), 283–306. https://doi.org/10.1207/s15327795jra0703_3

Sussman, S., & Arnett, J. J. (2014). Emerging Adulthood: Developmental Period Facilitative of the Addictions. *Evaluation & the health professions*, *37*(2), 147–155. https://doi.org/10.1177/0163278714521812

Taylor, O. D. (2011). Adolescent depression as a contributing factor to the development of substance use disorders. *Journal of Human Behavior in*

the Social Environment, 21(6), 696–710. https://doi.org/10.1080/10911359.2011.583519

Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology, 80*(1), 53–67. https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.1.53

Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Meyer, J. M., Toomey, R., Faraone, S. V., & Eaves, L. (1996). Genetic influences on DSM-III-R drug abuse and dependence: a study of 3,372 twin pairs. *American journal of medical genetics*, *67*(5), 473–477. https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8628(19960920)67:5<473::AID-AJMG6>3.0.CO;2-L

Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and anxiety*, *35*(9), 851–860. https://doi.org/10.1002/da.22771

Uitermark, J., & Cohen, P. D. (2006). Amphetamine users in Amsterdam: Patterns of use and modes of self-regulation. *Addiction Research & Theory*, 14(2), 159-188. https://doi.org/10.1080/16066350500497934

United Nations Office on Drugs and Crime (2020), *World Drug Report 2020,* UONDC. https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html

Van den Bree, M. B., Johnson, E. O., Neale, M. C., & Pickens, R. W. (1998). Genetic and environmental influences on drug use and abuse/dependence in male and female twins. *Drug and alcohol dependence*, *52*(3), 231–241. https://doi.org/10.1016/s0376-8716(98)00101-x

van Sluijs, E. M., van Poppel, M. N., & van Mechelen, W. (2004). Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective?. *American journal of preventive medicine*, *26*(4), 330–343. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2003.12.010

Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual.* Guilford.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: applications of the transtheoretical model. *Homeostasis*, *38*(5–6), 216-233.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G., & Robbins, M. L. (2000). Using the Transtheoretical Model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis in Health and Disease,* 40(5), 174–195.

Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2008). Substance abusers' self-awareness of the neurobehavioral consequences of addiction. *Psychiatry research*, *158*(2), 172–180. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.08.001

Veseth, M., Svendsen, T. S., Nesvaag, S., Moltu, C., Davidson, L., & Bjornestad, J. (2021). "And then the rest happened"- A qualitative exploration of the role that meaningful activities play in recovery processes for people with a diagnosis of substance use disorder. *Substance abuse*, 1–7. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1941506

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology,* 54(1), 40–50. https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40

Vogel, D. L., Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 347-357. https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.347

Wadsworth, B. J. (1971). *Piaget's theory of cognitive development: An introduction for students of psychology and education*. David Mckay.

Waldorf, D., Reinarman, C., & Murphy, S. (1992). *Cocaine changes: The experience of using and quitting* (Vol. 49). Temple University Press.

Warburton, H., Turnbull, P. J., & Hough, M. (2005). *Occasional and Controlled Heroin Use: Not a Problem?.* Joseph Rowntree Foundation.

Weinberg, N. Z. (2001). Risk Factors for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Learning Disabilities, 34(4), 343–351.* https://doi.org/10.1177/002221940103400409

Weiner, M. D., Sussman, S., McCuller, W. J., & Lichtman, K. (1999). Factors in marijuana cessation among high-risk youth. *Journal of Drug Education*, *29*(4), 337-357. https://doi.org/10.2190/PN5U-N5XB-F0VB-R2V1

Weiss, L., Gass, J., Egan, J. E., Ompad, D. C., Trezza, C., & Vlahov, D. (2014). Understanding prolonged cessation from heroin use: findings from a community-based sample. *Journal of psychoactive drugs*, *46*(2), 123–132. https://doi.org/10.1080/02791072.2014.890765

Weiss, M., Nordlie, J. W., & Siegel, E. P. (2005). Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, *74*(2), 108–112. https://doi.org/10.1159/000083169

Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *The International journal on drug policy*, *28*, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005

West, P., & Sweeting, H. (1997). "Lost souls" and "rebels": A challenge to the assumption that low self-esteem and unhealthy lifestyles are related. *Health Education, 97*(5), 161–167. https://doi.org/10.1108/09654289710172450

Weybright, E. H., Caldwell, L. L., Ram, N., Smith, E. A., & Wegner, L. (2015). Boredom Prone or Nothing to Do? Distinguishing Between State and Trait Leisure Boredom and its Association with Substance Use in South African Adolescents. *Leisure sciences*, *37*(4), 311–331. https://doi.org/10.1080/01490400.2015.1014530

Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addictive behaviors*, *31*(10), 1858–1872. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.01.002

Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *21*(1), 40–50.

Wills, T. A., Ainette, M. G., Stoolmiller, M., Gibbons, F. X., & Shinar, O. (2008). Good self-control as a buffering agent for adolescent substance use: An investigation in early adolescence with time-varying covariates. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 459–471. https://doi.org/10.1037/a0012965

Wills, T. A., Sandy, J. M., & Yaeger, A. M. (2002). Moderators of the relation between substance use level and problems: Test of a self-regulation model in middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1), 3–21. https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.3

Wills, T. A., Windle, M., & Cleary, S. D. (1998). Temperament and novelty seeking in adolescent substance use: Convergence of dimensions of temperament with constructs from Cloninger's theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(2), 387–406. https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.387

World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603.

Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 675–696. https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.675.50744

Zelazo, P. D., Müller, U., Frye, D., Marcovitch, S., Argitis, G., Boseovski, J., Chiang, J. K., Hongwanishkul, D., Schuster, B. V., & Sutherland, A. (2003). The development of executive function in early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *68*(3), vii–137. https://doi.org/10.1111/j.0037-976x.2003.00260.x

Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Substance abuse*, *30*(4), 266–294. https://doi.org/10.1080/08897070903250019

Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. Yale University Press.

Zuffa, G., Meringolo, P., & Petrini, F. (2014). Cocaine users and self-regulation mechanisms. *Drugs and Alcohol Today, 14(4), 194–206.* https://doi.org/10.1108/dat-04-2014-0022

Příloha A Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Souhlas se zpracováním údajů do bakalářské práce
dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a nařízení (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (obecné nařízení o ochraně osobních údajů, dále jen "GDPR")

Správce údajů
Jméno a příjmení: Oldřiška Dobešová
Kontakt: dobesova.oldriska@gmail.com
Název bakalářské práce: Seberegulační mechanismy užívání návykových látek u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež

Zpracování údajů
Respondent/ka tímto uděluje správci souhlas se zpracováním osobních údajů v rozsahu nutném pro zpracování bakalářské práce. Ve výzkumu bude uveden věk, pohlaví účastníka a název nízkoprahového zařízení, ve kterém se rozhovor odehrál. Respondent/ka dále dává souhlas k pořizování audiozáznamu rozhovoru a následné analýze, přičemž audiozáznam bude sloužit výhradně k vypracování práce. Respondent/ka dále souhlasí s tím, aby správce údajů zpřístupnil transkripci rozhovoru spolupracující osobě (školitel či oponent práce), které předem zavázal k ochraně osobních údajů klienta. Audiozáznam rozhovoru bude po dokončení práce smazán.

Respondent/ka má právo:
- Kdykoliv od rozhovoru odstoupit
- Rozhodovat o tématech rozhovoru, o kterých chce mluvit a o kterých nikoli
- Kdykoliv udělený souhlas odvolat
- Požadovat informaci o tom, jaké osobní údaje jsou o něm zpracovány
- Požadovat informace o tom, jak jsou zpracované osobní údaje zabezpečeny
- Požadovat opravu či doplnění svých osobních údajů
- Požadovat vymazání těch údajů, pro jejichž zpracování již není důvod
- Vyžádat si kopii audiozáznamu rozhovoru

- V případě podání žádosti má respondent/ka právo dostat odpověď na svou žádost určenou správci bez zbytečného odkladu (do jednoho měsíce)
- Má právo podat stížnost k dozorovému úřadu (Úřad pro ochranu osobních údajů, pplk. Sochora 27, Praha 7, 170 00), pokud se domnívá, že zpracováním jeho osobních údajů je porušeno GDPR.)

V…….. Dne…… Podpis respondenta

Příloha B Schéma rozhovoru

Schéma rozhovoru

VO_1: Jaké seberegulační mechanismy používají klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež?
VO_2: Co je k omezování motivuje?

(Co užívají? / Jak se v tom omezují? / Co je k tomu motivuje? / Jak úspěšní jsou v omezování?)

Úvodní otázky

- Mohl/a byste mi popsat za jakým účelem jste začal/a docházet do tohoto centra?
- Jaký máte názor na kontrolované užívání návykových látek?
    - Jak vypadá kontrolované užívání?
    - Co pro vás znamená, že má někdo užívání pod kontrolou?
    - Je podle vás možné všechny látky užívat kontrolovaně?

Otázky zaměřené na zmapování užívání

- Mohl/a byste mi popsat s jakými látkami máte zkušenost a jaká ta zkušenost byla? (Vymezit případně, co všechno spadá do návykových látek)
    - Užíváte nějaké návykové látky pravidelně?
        - Jak často?
    - Jaké byly okolnosti Vašich prvních zkušeností s návykovými látkami?
        - (Co Vás vedlo k prvnímu užití? Jaká byla Vaše očekávání?)
    - Co Vám tato návyková látka přináší?
    - Jaké jsou pro Vás negativní stránky užívání?

Seberegulační mechanismy

- Snažil jste se již někdy v minulosti nějak omezit nebo regulovat užívání?
    - (Kdybyste chtěl omezit užívání návykových látek, jaké kroky byste zvolil?)
- Jaké konkrétní kroky jste podnikl, abyste omezil užívání?
- Jak předcházíte tomu, aby Vaše spotřeba nerostla?
- Co Vám pomáhá omezovat Vaši spotřebu?
- Máte nějaká pravidla, které jste si sám nastavil ohledně užívání?
- Co byste poradil někomu, kdo by chtěl omezit spotřebu návykových látek nebo by chtěl užívání dostat více pod kontrolu?
    - Jaké kroky považujete za účinné při omezování užívání návykových látek?

Motivace

- Co Vás vedlo k tomu začít omezovat užívání návykových látek?
    - Dokázal byste popsat okolnosti toho, kdy jste se rozhodl omezit užívání návykových látek?
- Co si myslíte, že by v budoucnu u Vás mohlo vést k větší snaze omezit užívání?
- Co si myslíte, že Vám pomáhá nadužívání předcházet?

Závěr (Efektivita)

- Daří se Vám, Vámi nastavené zásady dodržovat?
    - Co by Vám mohlo pomoci tyto zásady dodržovat?
- Zmínil jste (zopakovat uvedené regulační mechanismy), jak se Vám pomocí těchto Vašich zásad a kroků daří omezovat vaši spotřebu?
- (shrnout o čem jsme se bavili) Chtěl/a byste něco doplnit?

Příloha C První zkušenost s NZDM

Respondent	Kód	Výpověď respondenta
Petr	Zábava s dětmi ulice	Za jakým účelem? Za zábavou! Dřív to tu totiž vypadalo úplně jinak, tady v tom klubu. Dřív se tu scházeli jako… Když se teď podíváš, tak to jsou takový slušný děcka, víš co. Ale dřív, to tu bylo o něčem jiným. Když jsi sem přišla tak tu bylo 20 takových děcek a taky brali drogy a všechno možný, že. Jako třeba z nich bylo 6 slušných, ale jako děti ulice.
Pavel	Podpora při řešení psychických problémů	Měl jsem psychické problémy, vlastně pořád mám do jisté míry. A doufal jsem v to, že když sem budu chodit, tak se mi to podaří vyřešit kompletně. S tím, že už se to lepší. Výrazně se to zlepšilo a sem docházím pořád proto, aby se to vylepšilo kompletně nebo co nejblíž ke kompletnímu výsledku.
Šimon	Docházel zde kamarád	Tak spíš omylem přes kamaráda, to nebylo za nějakým účelem.
Eliška	Chodili zde kamarádi, Klub jako místo, kde se dá zašít	My jsme sem začali chodit, když jsem byla v prváku. Oni sem chodili i spolužáci. A já jsem začala chodit, že jsem si tady našla nové kámoše a bylo to tu místo, kde se člověk může tak nějak zašít. Já jsme o tom předtím neslyšela, až když jsem tu začala chodit do školy, tak jsem zjistila, že něco takového existuje.
Martin	Docházeli zde kamarádi	Já už tady chodím pět let, tak si to moc nepamatuju. Mě sem dotáhl kamarád, tak možná tím to bude.

Karel	Docházela zde přítelkyně, Klub jako místo, kde se dá "zašít"	No mě to sem nějak nelákalo, protože tu byly samý děcka. Ale až pak jsem si tu našel holku, tak jsem sem začal chodit a už mě to i baví. Když je nuda, tak to je jediný místo, kde se tady dá zašít.
Filip	Docházeli zde kamarádi	No kámoši sem chodili. Jako parta. Tak proč bych sem taky nechodil, že jo.
Oliver	Využití volnočasových možností klubu	S kamaráda jsme bývali venku a byla nuda, tak mi to tu ukázali, jak je tu fotbálek, kulečník a aj hudbu si tu můžeš pustit…
Tomáš	Chodili zde kamarádi a sourozenci, Klub jako prostor pro probírání problémů	Já už tu chodím dlouho. To bylo vlastně s kamarády, protože všichni sem chodili a já jsem sem nemohl. Tak první, co jsem udělal, že jsem zfalšoval žákovskou knížku, protože mi bylo 11 a sem se může od 12, že jo. No a někdo někdo jim to řekl. Tak v těch 12 jsem pak zašel na pokec a měl jsem nějaký ty pokecy (termín používaný v NZDM pro intervence). Ptali se mě třeba jestli jsem utekl někdy z domu a takovýhle hovadiny. Tak jako ne že bych utekl, ale nějaké problémy jsem měl, že jo. Ne jako v rodině, spíš že jsem hulil a tak. Takže jsem tu vlastně začal chodit s těma pokecama od těch 13 a teď už tady jsem no… Takže to bylo skrz ty kámoše. No, a hlavně tady chodili bratři, oba dva.