

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Komentovaný překlad ze sociální oblasti**

**Anežka Harudová**

Plzeň 2017

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra románských jazyků

**Studijní program Filologie**

**Studijní obor Cizí jazyky pro komerční praxi**

**Kombinace angličtina – francouzština**

**Bakalářská práce**

**Komentovaný překlad ze sociální oblasti**

**Anežka Harudová**

*Vedoucí práce:*

PhDr. Dagmar Kolářiková PhD.

Katedra románských jazyků

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedení pramenů a literatury.

*Plzeň, duben 2017*

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Dagmar Kolářkové PhD. za odborné vedení a pomoc při vypracování této bakalářské práce. Děkuji také své rodině za podporu během celého bakalářského studia.

## Obsah

<b>1 ÚVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 FUNKČNÍ STYL ODBORNÝ .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Charakteristika odborného stylu .....</b>	<b>4</b>
2.1.1 Větná stavba odborných textů .....	6
2.1.2 Slovní zásoba .....	7
<b>2.2 Diferenciace odborného stylu.....</b>	<b>8</b>
<b>3 PŘEKLAD POPULÁRNĚ NAUČNÉHO TEXTU .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Vymezení odborného překladu a jeho specifika .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 Terminologie a její překlad.....</b>	<b>12</b>
<b>3.3 Další překladatelské problémy při překladu populárně     naučných textů .....</b>	<b>13</b>
<b>4 PŘEKLAD TEXTU .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Co dělat, když má dítě a dospívající problémy s nadměrným     užíváním alkoholu a drog nebo závislostí? .....</b>	<b>16</b>
4.1.1 Vyhledat odbornou pomoc a péči .....	16
4.1.1.1 Jak vést smysluplný dialog.....	17
4.1.1.2 Umět si nechat poradit .....	19
4.1.2 Různé způsoby léčby.....	20
4.1.3 Léčba nadměrného užívání alkoholu a drog a závislosti na nich	23
4.1.3.1 Stanovit si dosažitelné cíle.....	23

4.1.3.2 Kognitivně-behaviorální terapie.....	24
4.1.3.3 Psychoanalytické psychoterapie .....	26
4.1.3.4 Skupinové terapie .....	28
4.1.3.5 Léčby.....	30
4.1.4 Léčba přidružených psychických poruch .....	33
4.1.4.1 Často obtížná léčba .....	33
4.1.4.2 Několik obecných pravidel .....	34
<b>5 KOMENTÁŘ K PŘEKLADU .....</b>	<b>37</b>
<b>5.1 Charakteristika překládaného textu .....</b>	<b>37</b>
5.1.1 Kompozice překládaného textu .....	38
5.1.2 Syntaktická rovina překládaného textu .....	38
5.1.3 Lexikální rovina překládaného textu .....	40
<b>5.2 Vybrané překladatelské problémy .....</b>	<b>40</b>
5.2.1 Změna slovosledu.....	40
5.2.2 Překlad termínů .....	41
5.2.3 Překlad frazeologismů .....	44
<b>5.3 Překladatelské postupy .....</b>	<b>45</b>
5.3.1 Transpozice .....	45
5.3.2 Koncentrace a diluce .....	46
5.3.3 Étoffement a dépouillement.....	46
<b>5.4 Glosář z lékařské terminologie .....</b>	<b>48</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....</b>	<b>54</b>
7.1 Monografie a odborné články .....	54
<b>8 RESUMÉ .....</b>	<b>56</b>

<b>8.1</b>	<b>Resumé v češtině.....</b>	<b>56</b>
<b>8.2</b>	<b>Resumé ve francouzštině.....</b>	<b>57</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>58</b>
<b>9.1</b>	<b>Que faire devant un adolescent présentant un abus ou une dépendance ? .....</b>	<b>58</b>
9.1.1	Favoriser la demande d'aide et de soins .....	58
9.1.1.1	Comment maintenir un dialogue fructueux .....	59
9.1.1.2	Savoir se faire aider .....	60
9.1.2	Les différents modèles de traitement .....	61
9.1.3	Traiter l'abus et la dépendance .....	63
9.1.3.1	Fixer des objectifs rééalisables .....	64
9.1.3.2	Les thérapies cognitivo-comportementales.....	65
9.1.3.3	Les psychothérapiesd'inspiration analytique.....	66
9.1.3.4	Les thérapies de groupe .....	68
9.1.3.5	Les traitements médicamenteux .....	69
9.1.4	Traiter les troubles psychiatriques associés .....	71
9.1.4.1	Un traitement souvent difficile.....	71
9.1.4.2	Quelques règles générales .....	72

# 1 ÚVOD

Tématem a zároveň názvem této bakalářské práce je *Komentovaný překlad ze sociální oblasti*. Výběr sociální tematiky byl motivován zájmem o tuto oblast a také faktem, že se s ní každodenně setkáváme. Dlouhou dobu jsme se ale zamýšleli nad tím, jaký text by byl pro překlad nejvhodnější, a to jak jeho strukturou, ale i obsahem a v neposlední řadě, aby byl také přínosný. Sociální oblast zahrnuje široké spektrum témat, a proto bylo opravdu těžké rozhodnout se pro jedno z nich. Nakonec jsme se rozhodli přeložit text, který by byl věnován problematice návykových látek a závislosti u dětí a dospívajících, neboť se domníváme, že se jedná o téma v dnešní době velmi aktuální.

Jako cíl práce jsme si stanovili vytvořit kvalitní překlad populárně naučného textu z francouzského do českého jazyka a případné překladatelské problémy analyzovat v komentáři. Dalším cílem práce je podat základní teoretický vhled do problematiky, a to stručným pojednáním o odborném stylu a o překladu odborného textu, konkrétně textu populárně naučného.

Pro splnění tohoto cíle bylo nejdříve třeba vyhledat vhodný originální text. Protože jsme chtěli, aby se jednalo o souvislý text, rozhodli jsme se najít knižní publikaci, která by se touto problematikou zabývala. Výběr byl limitován několika kritérii, jednak jsme si museli vybrat knihu, která ještě nebyla přeložena do českého jazyka, a jednak se muselo jednat o text, který by odpovídal našim požadavkům. Po delším hledání jsme zvolili dílo francouzského autora Daniela Baillyho, který je zároveň i dětským psychiatrem, s názvem *Alcool et les drogues chez les jeunes: agissons*.

Kniha je rozdělena do čtyř hlavních kapitol, ve kterých sděluje autor čtenářům své zkušenosti s dospívajícími, kteří nadměrně pijí alkohol nebo užívají drogy a jsou na nich závislí. V první kapitole vysvětluje autor



čtenářům pojem dospívání a s ním spojené návyky a chování dospívajících. V druhé kapitole se již zabývá otázkou, proč a z jakých důvodů dospívající začne pít alkohol nebo užívat drogy a začne na nich být závislý. Třetí kapitola pojednává o prevenci užívání alkoholu a drog. V poslední, tedy čtvrté kapitole, kterou jsme si zvolili pro náš překlad, autor vysvětluje, jak se máme chovat k dospívajícímu v případě jeho závislosti a jak mu můžeme pomoci skoncovat s nadměrným užíváním návykových látek nebo se závislostí.

Překlad této poslední části jsme si zvolili především proto, že drogy jsou čím dál tím více nedílnou součástí naší společnosti, stále více mladistvých se s nimi setkává a případně je okusí již ve velmi brzkém věku. Myslíme si tedy, že rady poskytnuté dětským psychiatrem, mohou být užitečné případným čtenářům této bakalářské práce.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí – části teoretické a části praktické. Teoretická část podává v první kapitole základní informace o odborném funkčním stylu a jeho charakteristice. Vzhledem k tématu se zaměříme pouze na texty psané, a to hlavně na populárně naučné texty. Pro zpracování této tematiky využijeme zejména publikaci Marie Čechové *Současná stylistika*. Ve druhé kapitole teoretické části se budeme zabývat problematikou překladu populárně naučného textu. Vycházet budeme z definice odborného překladu a jeho charakteristik a poukážeme na některá specifika překladu populárně naučného textu. Ke zpracování této části využijeme zejména knihu *Antologie teorie odborného překladu*, nemůžeme ale ani opomenout dílo Jiřího Levého *Umění překladu*.

V praktické části se zaměříme na samotný překlad již zmíněné čtvrté kapitoly s názvem *Que faire devant un adolescent présentant un abus ou une dépendance?* Součástí praktické části je také komentář k překladu, kde podáme podrobnou charakteristiku textu a okomentujeme pasáže, které nám budou při překladu činit potíže, a v neposlední řadě rozebereme překlad i z pohledu překladatelských postupů.

Originál překládaného textu je součástí příloh k bakalářské práci. Doufáme, že si tato práce najde své čtenáře nejen mezi zájemci o překlad, ale i o problematiku alkoholu a drog u dětí a mládeže.

## 2 FUNKČNÍ STYL ODBORNÝ

Dnešní doba je velmi příznivá pro rozvoj vědy a techniky, a proto hrají odborné texty klíčovou roli při sdílení poznatků a zkušeností mezi lidmi, a to i na mezinárodní úrovni. Odborný funkční styl je tak dnes jedním z nejvíce využívaných funkčních stylů jak ve francouzském, tak i v českém jazyce. Jazykové projevy mají za cíl informovat a poučit posluchače či čtenáře o všech záležitostech týkajících se oblasti duchovní, materiální či společenské. Je tedy zřejmé, že každý projev se liší svým obsahem, stylem i výstavbou,<sup>1</sup> všechny však mají společné charakteristické rysy, které zmíníme v následujících odstavcích.

Jazykové projevy se realizují jako mluvené, nebo jako psané. Oba typy projevů by měly čtenáře dovést k jasné a ucelené představě o daném sdělení díky přesné a úplné informaci zaměřené na skutečnost. V naší práci se jedná o překlad textu, a proto se zaměříme výhradně na psané projevy.

### 2.1 Charakteristika odborného stylu

Obecně můžeme shrnout rysy odborného stylu do několika bodů:

- přesnost
- přehlednost
- věcná správnost
- úplnost
- jednoznačnost
- jasnost
- zřetelnost podávané informace<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Hausenblas, Karel. *Výstavba jazykových projevů a styl*. Praha: Univerzita Karlova, 1972, s. 27.

<sup>2</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 212.

Stylová forma odborných textů je díky těmto rysům charakterizována jako explicitní, tedy jasně uvedená. Neméně důležitá je denotace znaku a úplně sdělení<sup>3</sup>, jelikož sdělení jsou různá, mohou se od sebe navzájem lišit (např. texty vědecké a populárně naučné, jak si uvedeme dále).

Jasnosti, zřetelnosti a přehlednosti se dosahuje textovou výstavbou. Pro odborné texty je tedy jedním z nejdůležitějších znaků velmi promyšlená kompozice<sup>4</sup>, tj. celkové uspořádání textu. Aby byl text dobře srozumitelný, využívají se dvě hlavní členění:

a) horizontální členění

b) vertikální členění

Texty odborného stylu jsou propracovány z hlediska *horizontálního členění* textu, který je často rozdělen na tři části, a to úvodní, střední a závěrečnou část. Ty jsou následně rozčleněny na kapitoly, podkapitoly a odstavce, právě pro lepší srozumitelnost a orientaci v textu. Oproti tomu *členění vertikální* odráží hierarchii jednotlivých informací, což znamená, že kromě hlavního textu můžeme v dílech nalézt i doplňující informace. V tomto případě se jedná nejen o poznámkový aparát, odkazy na odbornou literaturu, citace, parafráze, ale také například o velikost a typ písma, díky kterému můžeme rozpoznat části důležitější a méně důležité.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 212.

<sup>4</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 213.

<sup>5</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 213.

Ze slohových postupů převládá postup výkladový a úvahový. Uplatňuje se ale i odborný popis pro úpravu postupu popisného. Není časté, aby se slohové postupy mezi sebou navzájem mísily.<sup>6</sup>

Velká většina textů v sobě obsahuje kromě přirozeného jazyka i sémiotické systémy jako např. schémata, diagramy, výkresy a fotografie, protože především v textech, kde je stěžejní popis nějaké věci a procesů jsou tyto prostředky grafické komunikace nezbytné.<sup>7</sup>

### 2.1.1 Větná stavba odborných textů

V odborném stylu obecně převládají sevřené větné stavby a souvětí syntakticky složitější s velkou diferenciací podřadných spojek a celkově větší výskyt spojovacích prostředků. Tato složitost je ale dána hlavně velkým množstvím myšlenek a jejich složitostí, proto se pak objevují věty s delším rozsahem a složitější souvětí, které jsou však velmi propracované. Ve větách se pak hojně vyskytují interpunkční znaménka (čárka, středník, pomlčka), vsuvky, závorčky nebo poznámky v textu pro lepší orientaci.<sup>8</sup>

Dalším typickým rysem syntaxe jsou polovětné vazby, pasiva a neosobní vyjadřování, neboť pozornost je soustředěna na samotný děj, ne na původce děje. Důležitá je přesnost v označování vztahů uvnitř věty.<sup>9</sup> K tomu se využívá předložkových a spojovacích výrazů, textových konektorů a k dosažení větší koherence textu se užívá odkazových prostředků. Věty jednoduché se vyznačují hutností a kondenzací. Vznikají tak jmenné konstrukce<sup>10</sup>. Jak ve větách jednoduchých, tak i souvětích je

---

<sup>6</sup> Čechová, Marie. *Současná česká stylistika*. Praha, ISV nakladatelství, 2003, s.180.

<sup>7</sup> Kolářiková, Dagmar. *Historie a současnost odborného překladu u nás*. Plzeň, 2007. Disertační práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická.

<sup>8</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 216.

<sup>9</sup> Kolářiková, Dagmar. *Historie a současnost odborného překladu u nás*. Plzeň, 2007. Disertační práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická.

<sup>10</sup> Dějový obsah je vyjádřen jménem (podstatným nebo přídavným) místo slovesem.

pořádek slov ve větě objektivní a jádro výpovědi bývá až na konci oznamovací věty a stává se tak tématem pro navazující výpověď.<sup>11</sup>

### 2.1.2 Slovní zásoba

Vůbec nejdůležitějším znakem odborného stylu je slovní zásoba. Jak již bylo uvedeno, nejčastější lexikální jednotkou v textu jsou termíny a odborné názvy. Termínem rozumíme takové pojmenování, které je v rámci disciplíny jednoznačným pojmenováním pojmu<sup>12</sup>. Objevují se nejčastěji ve formě podstatných jmen, méně jako slovesa a jiné slovní druhy. Může být definován nebo je už dán konvencí. Je důležité jeho správné zapojení do textu, aby v textech, které mají být srozumitelné i pro méně zkušené čtenáře, byl termín vysvětlen příkladem nebo zahrnut do výkladu. Používání termínů spoluvytváří odborný styl, ale až v kontaktu s jinými složkami sdělení.<sup>13</sup>

Termíny jsou taková slova nebo slovní spojení, jejichž význam je s maximální přesností vymezen definicí.<sup>14</sup> Musí s ohledem na jazykový a konkrétní vědní obor splňovat několik znaků: *jednoznačnost, přesnost, ustálenost, normalizovanost, nosnost, neexpresivnost*.<sup>15</sup>

V oborech, které se dnes prudce rozvíjí, vznikají stále nové a nové termíny z cizích jazyků, které nazýváme výrazy profesní nebo slangové. Profesionalismy se vyznačují svojí neutrálností, neexpresivností a jsou zdrojem obohacování slovní zásoby. Slangové výrazy oproti nim mají expresivní stylové zabarvení. Je ale složité mezi termíny, profesionalismy

---

<sup>11</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 217.

<sup>12</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 218.

<sup>13</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 218.

<sup>14</sup> Kolářiková, Dagmar. *Historie a současnost odborného překladu u nás*. Plzeň, 2007. Disertační práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická, s. 10.

<sup>15</sup> Kolářiková, Dagmar. *Historie a současnost odborného překladu u nás*. Plzeň, 2007. Disertační práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická, s.

a slangovými výrazy stanovit pevné hranice. Profesionalismy se samy o sobě časem mohou stát termíny a ze slangového výrazu se může stát profesionalismus.<sup>16</sup>

## 2.2 Diferenciace odborného stylu

Jazykové projevy se nedělí pouze na mluvené a psané, jak uvádí Čechová, „v rámci odborného stylu se dnes běžně odlišuje styl vědecký (teoretický), styl prakticky odborný, tj. odborný v užším smyslu, jenž má modifikace (stylové typy) např. ve stylu hospodářském, právním, vojenském, dále styl populárně naučný, uvažuje se o stylu učebním, často se připomíná styl esejistický“.<sup>17</sup> Navíc dodává, že množina těchto sekundárních stylů není uzavřená, mohou vznikat další typy, a to díky interaktivnosti moderní prezentace vědy i možnostem nových médií.

Text, který byl v této práci vybrán k překladu, je z hlediska stylistického populárně naučný (někdy též označovaný jako populárně vědecký). Znamená to, že text vychází z odborného stylu, a proto se v něm objevují prvky tohoto stylu, jako jsou například termíny, citace, vysvětlivky apod., ale oproti charakteristikám, které byly uvedeny výše, zde najdeme několik rozdílů, neboť populárně naučný styl se snaží přiblížit výsledky bádání čtenáři, který nemá hlubší znalosti o daném tématu. Autor textu tedy podřizuje výběr faktů a formu jejich zpracování určitému okruhu čtenářů. Forma textu je zjednodušena a beletrizována.<sup>18</sup>

Vyšší míře srozumitelnosti napomáhá užití kratších vět. Jazyk je přibližován běžné mluvě. V populárně naučných textech se mohou vyskytovat obrazná pojmenování, emocionálně zabarvená slova, jednodušší terminologie, k lepší názornosti jsou často používané grafy a

---

<sup>16</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 219.

<sup>17</sup> Čechová, Marie. *Současná česká stylistika*. Praha, ISV nakladatelství, 2003, s. 177.

<sup>18</sup> Čechová, Marie, Krčmářová, Marie, Minářová, Eva. *Současná stylistika*. Praha: Lidové noviny, 2008, s. 224.

tabulky. Popularizačně naučné texty jsou často konkrétnější, zaměřené na aplikaci poznatků v konkrétních situacích, což je i případ překládaného textu. V popularizačně naučném stylu se také často vyskytují řečnické otázky, a to zejména v nadpisech kapitol či podkapitol, odpověď na ně nalezne čtenář v textu. Cílem popularizačně naučných textů totiž není jen teoreticky odborně informovat, ale jde i o podnícení zájmu čtenáře o danou tematiku, o formování jeho postojů, přesvědčit ho o obsahu sdělení. Texty popularizačně naučné tedy nemají jen funkci odborně sdělnou a vzdělávací, ale i funkci získávací a persvazivní funkci, podobně jako styl publicistický.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Karlík, Petr, Nekula, Marek, Pleskalová, Jana. *Encyklopedický slovník češtiny*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2002, s. 459.



### 3 PŘEKLAD POPULÁRNĚ NAUČNÉHO TEXTU

Jak uvádí Jitka Zehnalová, „*překlad je fenomén, který je odedávna součástí lidské civilizace a kultury a významně je ovlivňuje.*”<sup>20</sup> Dříve byl překlad zaměřen hlavně na texty umělecké, dnes se hojně překládají i texty odborné, které hrají důležitou roli při šíření kulturních hodnot a poznatků a zkušeností mezi lidmi a právě díky překladu si tak mohou lidé rozšířit svůj kulturní rozhled a vzdělanost.<sup>21</sup>

Vědecká disciplína, „*kteřá se zabývá systematickým zkoumáním procesu překládání a překladem jako výsledku tohoto procesu,*”<sup>22</sup> se nazývá věda o překladu nebo translologie. V odborné literatuře najdeme různé definice překladu, pro účely naší práce chápeme překlad jako „*převedení textu do jiného jazyka*”<sup>23</sup>. V zásadě lze ale říci, že pod pojmem překlad rozumíme jak činnost překladatele, tak i výsledek této činnosti.

#### 3.1 Vymezení odborného překladu a jeho specifika

V předchozí kapitole jsme již zmínili, že námi překládaný text považujeme za populárně naučný, a proto se v této části budeme zabývat především překladem populárně naučných textů, k tomu je ale nezbytné podat i obecnou charakteristiku odborného překladu. Budeme vycházet z nastudovaných poznatků o odborném stylu, neboť, jak jsme již uvedli, populárně naučný styl je jedním z jeho podstylů.

Abychom se mohli zabývat překladem populárně naučných textů, je třeba nejdříve stručně definovat pojem *odborný překlad*. Podle Ilka odborným překladem rozumíme „*hlavně překlad textů z oblasti*

---

<sup>20</sup> Zehnalová, Jitka. a kolektiv, *Kvalita a hodnocení překladu: Modely a aplikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, s. 7.

<sup>21</sup> Zehnalová, Jitka. a kolektiv, *Kvalita a hodnocení překladu: Modely a aplikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, s. 7.

<sup>22</sup> Vysloužilová, Eva, Machalová, Milena. *Cvičebnice překladu pro rusisty, politika, ekonomika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, s. 7.

*přírodovědy a techniky, ale také z některých oblastí společenských věd jako je ekonomie, sociologie, psychologie, pedagogika apod.*<sup>24</sup> Jak ale Ilek podotýká, mezi texty krásné literatury a texty odbornými nelze přesně stanovit hranice, protože se jedná o plynulé přechody.

Při odborném překladu je hlavní pozornost zaměřena na obsah, důraz je kladen především na lexikální rovinu a syntakticko-sémantickou strukturu věty. Překladatel má za úkol předat věcnou stránku sdělení. Musí řešit překlad nejen v rovině jazykové, ale přihlížet i k vyjadřovacím zvyklostem cílového jazyka. Podle Žváčka tedy musí překladatel zohlednit i aspekt pragmatický, týkající se různých úprav textu.<sup>25</sup>

Zásadním předpokladem pro správný překlad je překladatelova znalost jak jazyka zdrojového<sup>26</sup>, tak i jazyka cílového<sup>27</sup> a také správné pochopení předlohy a následné převedení konkrétními prostředky do cílového jazyka. Těmito prostředky rozumíme funkční ekvivalenty<sup>28</sup>, které jsou základem každého překladu<sup>29</sup> a je třeba je správně použít právě v cílovém jazyce. K tomu nám pomůže vyhledání slova určeného k překladu ve slovníku.<sup>30</sup> Funkčně ekvivalentní překlad by měl být cílem každého překladatele, cílový text tedy musí být ekvivalentní a adekvátní k textu výchozímu. Při překladu ale překladatel musí počítat s gramatickými a sémantickými strukturami obou jazyků, které může překlenou pomocí překladových transformací.<sup>31</sup> Žváček definuje překladové transformace ve

---

<sup>23</sup> Vysloužilová, Eva, Machalová, Milena. *Cvičebnice překladu pro rusisty, politika, ekonomika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, s. 7.

<sup>24</sup> Ilek, Bedřich. Místo teorie odborného překladu v soustavě věd o překladu. In: *Překlad odborného textu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1978, s.12.

<sup>25</sup> Žváček, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu 1. (Odborný překlad)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 1995, s. 19.

<sup>26</sup> Nebo také jazyk výchozí, v němž je originální text napsán.

<sup>27</sup> Jazyk do něhož se překládá.

<sup>28</sup> Rovnocenné paralelní jednotky se stejnou platností ve výchozím i cílovém jazyce.

<sup>29</sup> Man, Oldřich. Otázky ekvivalence v odborném překladu. In: *Překlad společenskovedných textov*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1978, s. 47.

<sup>30</sup> Žváček, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu 1. (Odborný překlad)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 1995, s. 14.

<sup>31</sup> Man, Oldřich. Otázky ekvivalence v odborném překladu. In: *Překlad společenskovedných textov*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1978, s. 47.

své publikaci jako „určité přeměny, jimiž překladatel vytváří komunikativně rovnocenné ekvivalentní jednotky v jazyce překladu“<sup>32</sup>.

I když v naší práci pojednáváme o odborném překladu, domníváme se, že je na místě zmínit také fáze překladatelovy práce, které velmi známý český teoretik překladu Jiří Levý vymezuje následovně:

1. **Pochopení textu (předlohy)** - překladatel se seznamuje s textem a snaží se mu porozumět.
2. **Interpretace předlohy** - v této fázi autor musí interpretovat, což znamená, že mezi překladu z textu výchozího do cílového není možná významová shoda a pak tedy nestačí jazykově správný překlad.
3. **Přestylizování předlohy** - překladatel musí dobře znát stylizaci a jazykové systémy obou jazyků.<sup>33</sup>

### 3.2 Terminologie a její překlad

Nyní se zaměříme na překlad terminologie v populárně naučných textech. Z charakteristiky populárně naučného textu již víme, že terminologie je zde omezena, nebo následně vysvětlena. Pokud se terminologie v tomto typu textů vyskytuje, pro správný překlad termínů je třeba, aby překladatel populárně naučného textu znal potřebnou terminologii v daném oboru, a to samozřejmě v obou jazycích. Zásadní u překladu termínů je pravidlo, že za předpokladu vypracovaného systému termínů v určité oblasti se nemají termíny překládat, nýbrž substituovat,<sup>34</sup> tzn. že se slovo v původním jazyce nahradí slovem cílového jazyka.<sup>35</sup> V případě víceslovných termínů je dobré zachovat alespoň stejnou

---

<sup>32</sup> Žváček, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu 1. (Odborný překlad)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 1995, s. 12.

<sup>33</sup> Levý, Jiří. *Umění překladu*. Praha: Apostrof, 2012, s. 50-67.

<sup>34</sup> Man, Oldřich. Otázky ekvivalence v odborném překladu. In: *Překlad společenskovedných textov*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1978, s. 49.

<sup>35</sup> Kolářiková, Dagmar. *Historie a současnost odborného překladu u nás*. Plzeň, 2007. Disertační práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická.

strukturu. Podle Ilka nejde jen o termíny samotné, ale je zapotřebí proniknout přímo i do jejich soustavy v obou jazycích, znát zásady, typy a modely tvoření termínů. To ale neznamená, že překladatel je pak naprosto schopen dané termíny přeložit bezchybně, jelikož se v každém jazyce objevuje vlastní hantýrka, dublety termínů a neologismy.<sup>36</sup> V dnešní době je stále teorie o překládání termínů otevřená kvůli nedostatku konfrontačních systémů terminologie v jednotlivých jazycích a odborných oblastech.<sup>37</sup>

Při překladu termínů by měl autor rámcově znát dané téma a co nejlépe ovládat terminologickou soustavu obou jazyků. Pokud daný termín nelze substituovat, může autor sáhnout po svém vlastním překladu, nicméně je nutné, aby i při něm zachoval sémantickou strukturu termínu a respektoval slovtvorné zákonitosti daného jazyka.<sup>38</sup> Vzhledem k tomu, že se musí jeho poznání opírat o strukturu logické predikace, je v tomto případě nezbytná konzultace s odborníkem v příslušné oblasti. Jak už jsme zmínili, v populárně naučných textech je používání terminologie omezenější, a proto je pro překladatele do jisté míry překlad jednodušší než překlad odborného textu.

### **3.3 Další překladatelské problémy při překladu populárně naučných textů**

V populárně naučných textech se mohou také vyskytovat různá frazeologická spojení. Platí pro ně, že důležitější je význam celku než význam jednotlivých částí, a proto překládáme frazeologismy vždy jako celek. Existují různé způsoby jak je překládat. Můžeme k tomu využít frazeologický ekvivalent cílového jazyka, případně frazeologickou variantu

---

<sup>36</sup> Kolářiková Dagmar. *Historie a současnost odborného překladu u nás*. Plzeň, 2007. Disertační práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická.

<sup>37</sup> Man, Oldřich. Otázky ekvivalence v odborném překladu. In: *Překlad společenskovedných textov*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo 1978, str. 49.

<sup>38</sup> Kolářiková Dagmar. *Historie a současnost odborného překladu u nás*. Plzeň, 2007. Disertační práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická.

se shodným smyslem, nebo se můžeme uchýlit ke kalkování (doslovný překlad, při kterém je ponechána stejná struktura výrazu) či opisu (parafrázi), v tomto případě však často dochází ke ztrátě obraznosti.<sup>39</sup>

V textech se mohou samozřejmě kromě termínů objevit i názvy různých institucí, místní názvy, případně určité reálie. Jejich převedení do cílového jazyka řeší překladatel, pokud je to možné, nejvhodnějším ekvivalentem v cílovém jazyce. V případě, že se v cílovém jazyce nevyskytuje přímý ekvivalent, což bývá u těchto jevů časté, daný výraz se překládá pomocí transliterace (převod lexikální jednotky zdrojového jazyka přepisem její podoby pomocí grafických znaků cílového jazyka), opisného překladu nebo kalkování.<sup>40</sup> Ilek také doporučuje, aby byl název ponechán a vysvětlen překladatelem v poznámce pod čarou nebo vysvětlivkách.<sup>41</sup>

Překladateli v jeho činnosti velice pomáhají slovníky, ani ty ale občas nebývají na profesionální úrovni,<sup>42</sup> a tak je překladatel nucen vyhledat význam slov a jejich ekvivalentů v různých encyklopediích, výkladových slovnících, glosářích, případně v cizojazyčných textech obdobného charakteru a týkající se stejného tématu. Práci mu neulehčuje ani výskyt nových jevů, a tím i přibývajících nová pojmenování a změny v terminologickém systému.<sup>43</sup>

Každý funkční styl a jeho příslušné vnitřní diference mají své vymezené čtenáře a jinak tomu není ani u populárně naučného stylu. Překlad populárně naučného textu musí být přizpůsoben čtenářům, kteří nemají speciální znalosti v daném oboru. Již jsme ale nastínili fakt, že se

---

<sup>39</sup> Žváček, Dušan. *Úvod do teorie překladu (pro rusisty)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1994, s. 14-16.

<sup>40</sup> Žváček, Dušan. *Úvod do teorie překladu (pro rusisty)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1994, s. 16-17.

<sup>41</sup> Ilek, Bedřich. Místo teorie odborného překladu v soustavě věd o překladu. In: *Překlad odborného textu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1978, s.11.

<sup>42</sup> Ilek, Bedřich. Místo teorie odborného překladu v soustavě věd o překladu. In: *Překlad odborného textu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1978, s.15.

při překladu populárně naučného textu vychází z poznatků o odborném funkčním stylu a odborném překladu, proto jsme se i my věnovali těmto otázkám v teoretické části naší bakalářské práce.

---

<sup>43</sup> Ilek, Bedřich. Místo teorie odborného překladu v soustavě věd o překladu. In: *Překlad odborného textu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatel'stvo, 1978, s.15.

## **4 PŘEKLAD TEXTU**

### **4.1 Co dělat, když má dítě a dospívající problémy s nadměrným užíváním alkoholu a drog nebo závislostí?**

Pro rodiče je vždy obtížné, když u svých dětí zjistí problémy spojené s užíváním alkoholu a drog. Často to u nich vyvolává přehnané a nepřiměřené reakce. Jak již bylo řečeno, intenzivní strach z toho, že máme syna nebo dceru „alkoholika“ nebo „narkomana“ vede k tomu, že se musíme opětovně potýkat s dřívějšími emočními a vztahovými problémy, které jsme si často odmítali připustit, nebo kterým jsme nechtěli čelit. Zjistí-li rodiče, že má jejich dítě problémy s alkoholem nebo drogami, začnou pochybovat o své výchovné způsobilosti, o tom, zda jsou „dobrymi“ rodiči. Tím, že sami musí čelit vlastním pocitům hanby a viny, často až nemilosrdně vyžadují konkrétní a okamžité řešení.

#### **4.1.1 Vyhledat odbornou pomoc a péči**

Temný démon mu našeptával:

“Umíráš, ale už se nenudíš.”

François Mauriac

Mít co do činění s dospívajícím, který nadměrně konzumuje drogy a alkohol nebo je na nich závislý, není nikdy jednoduchá věc. Dospívající, kteří mají problém s alkoholem a drogami, se k dospělým chovají velmi často provokativně. Mají k tomu důvody, které dobře známe – svoboda rozhodovat o vlastním těle, vysoká míra tolerance ke konzumaci alkoholu dospělými osobami, krize společnosti, nezaměstnanost, nedůvěryhodnost dospělých aj. Jak uvádí Philippe Jeammet, dospívající vmete svým rodičům do tváře, že je nežádal, aby se narodil, a hned oponuje tím, že má právo rozhodnout o své smrti. Vyhýbání se sporům nebo jejich

odmítání prosazováním vlastního názoru za každou cenu problému nevyřeší. Cílem tohoto provokativního chování dospívajícího je zakrýt jeho utrpení a problémy, ale umožňuje mu také otestovat naši pohotovost, spolehlivost a jak jsme schopni reagovat. Nedramatizujme situaci, ale ani ji nezlehčujme. Naší povinností je najít účelné odpovědi na jeho argumenty, abychom mu pomohli lépe pochopit problémy spojené se zneužíváním alkoholu a drog. Žádný zázračný recept na řešení situace neexistuje. Zůstat sám sebou, vzít na sebe část odpovědnosti, ukázat mu, že jsme schopni tolerovat jeho agresivitu, že umíme vymezit hranice, prostě mu ukázat, že jsme schopni a připraveni mu pomoci.

#### **4.1.1.1 Jak vést smysluplný dialog**

Provokativním chováním se dospívající nejčastěji snaží vymanit se ze závislosti na ostatních a zbavit se strachu z pasivity tím, že je přenáší na své okolí, které od té doby jen bezmocně přihlíží. Dospívající si myslí, že on problémy rozhodně nemá, že je mají ostatní a zejména ti, co se o něj zajímají. Není to on, kdo o „něco“ žádá, žádají ti, co se o něho starají. Toto na první pohled paradoxní chování umožňuje ve skutečnosti dospívajícímu udržet kontakt s ostatními, zároveň však popírá, že ostatní potřebuje, a viní z toho své okolí. Ostatní tedy musí vyslovit potřebu pomoci, kterou si sám neumí přiznat. V této souvislosti si dovedeme snadno představit, že se vztah může velmi rychle zvrátit na opravdový „boj o moc“. Když se rodiče, a další dospělí, kteří se o dospívajícího starají, chovají příliš odměřeně, dospívající by se mohl cítit znovu opuštěný, s nálepkou „nemilovaný“. Pokud se chovají příliš dotěrně, pak riskují, že dospívající bude mít pocit, že mu brání ve štěstí a svobodě. Dostatečný manévrovací prostor není vždy k dispozici. Je ale dobré vzbudit v dospívajícím pocit bezpečí, ukázat mu, že pro něho můžeme být jakýmsi důvěryhodným opěrným „bodem“.

Není dobré zaměřit se ve vztahu jen na užívání alkoholu a drog a na rizika, kterým se dospívající vystavuje. Dospívající jsou si totiž plně



vědomi toho, že pijí nebo užívají drogy Jsou si naprosto vědomi i rizik spojených s jejich konzumací. Připomínat dospívajícímu tato rizika je stejné, jako když mu připomínáte jeho závislost a potřebu druhých, jichž se marně snaží zbavit. Problémy jsou ale jinde. Pozorným nasloucháním mu umožníme vyjádřit bolestnou zkušenost a zároveň mu tak ukážeme, že o něj máme zájem. Rodiče, stejně jako dospělí obecně, mají tendenci nahlížet na problémy zneužívání alkoholu a drog pouze z hlediska sebevražednosti. Pokud ale dospívající propadl nadměrnému užívání nebo se stal závislým, je to proto, že mu byly drogy a alkohol vnuceny v určité chvíli jeho života jako „ideální lék“, aby odhalily a vyřešily jeho problémy v životě. Nadměrným pitím alkoholu a užíváním drog sice dochází k sebedestrukci, jeho cílem ale je, zejména v počátku, užívat si života.

Ať jsou příčiny, které vedou ke zneužívání alkoholu a drog, jakékoliv, je to adaptivní chování, které umožňuje dospívajícímu mít pocit, že žije. Právě z tohoto důvodu mají dospělí často právem pocit, že sliby dospívajícího typu „přestanu s tím“ jsou vždy dvojznačné. Vzdát se alkoholu a drog totiž znamená, že se musí vypořádat s problémy, o kterých si myslel, že jsou navždy vyřešené. Každý dospívající, který nadměrně užívá alkohol a drogy nebo je na nich závislý, se z toho chce občas dostat. To však neznamená, že je připraven přestat se svými konzumačními návyky, dokonce ani že si to opravdu přeje, i když nemůžeme zpochybnit důvěryhodnost jeho úmyslu ve chvíli, kdy ho vysloví.

Jen díky nekompromisnímu ale chápavému postoji se můžeme obvykle dostat z pasti tohoto vztahu, který nás často uvádí do rozpaků. V tomto případě více než kdy jindy musí rodiče, ale také všichni dospělí, kteří chtějí dospívajícímu pomoci, mít na paměti staré lidové rčení: „Věc nespěchá, to jen lidé mají naspěch.“ Daleko důležitější než nějaká akce, reakce nebo řešení je právě postoj, který vůči dospívajícímu zaujmeme.

Myslíme tím postoj zodpovědných dospělých. Znamená to, že je třeba ukázat, že jsme tu pro něj, že jsme mu k dispozici, naslouchat tomu, co dospívající říká, aniž bychom se tím ocitli v situaci svůdce nebo komplice. Znamená to ale také, že je dobré chovat se neústupně, umět stanovit hranice, nepodlehnout často velkému pokušení předem vyhlásit zákaz a vyhnout se jakémukoli moralizujícímu odsuzování. Unáhlené zákazy typu „Zakazuji ti pít alkohol“, „Už nepůjdeš ven s kamarády“, „Musíš mi slíbit, že už s tím nikdy znovu nezačneš“, „Copak nevidíš, jak nám tím ubližuješ?“ jsou zbytečné a kontraproduktivní. Než začneme jednat, je dobré se nejprve pokusit porozumět tomu, co se děje, abychom si mohli dohodnout určitá pravidla chování, a po celou dobu ho pak podporovat a pomáhat mu tato pravidla dodržovat. Pouze shovívavý, ale nekompromisní postoj umožní skutečnou výměnu s dospívajícím při společné diskuzi, která ho formuje a díky níž se mu snadněji žádá o pomoc a péči.

#### **4.1.1.2 Umět si nechat poradit**

Rodiče mají často pocit, že nemají prostředky ani schopnost udržet vztah s dospívajícím. V tomto případě je lepší rozpoznat jeho problémy a nechat si poradit, spíše než dovést vztah do slepé uličky, což by mohlo mít za následek, že se změna zvrtné v jinou formu deviace. P. Watzlawick, odborník na teorii komunikace, měl ve zvyku říkat, že potíže nespočívají tolik v problémech samotných, ale spíše v řešení problémů, která byla přijata.

Obvykle právě tehdy, když mají rodiče pocit, že nemají prostředky k udržení vztahu s dospívajícím a nejsou toho ani schopni, požadují, aby byla dospívajícímu rychle poskytnuta péče, nebo dokonce aby byl urgentně hospitalizován, a od léčby očekávají „zázračnou“ účinnost, která by ukončila všechny potíže, jež na ně doléhají. Pokud by v takové situaci bylo jejich požadavku vyhověno, dospívající by to pocítoval jako zradu, jako další odmítnutí z jejich strany, odmítnutí, jehož spoluviníkem by se

stal i lékař. Poskytnutí péče, špatně připravená nebo nevhodná hospitalizace může s největší pravděpodobností vést rychle k neúspěchu. Tento neúspěch, který je dospívajícím vždy těžce snášen, by mohl navíc na dlouhou dobu znemožnit využití zdravotní a sociální péče.

Vhodná příprava pro zahájení léčby je klíčovým faktorem v poskytnutí péče. Proto jí je třeba věnovat čas. Nezmůžeme nic bez aktivní spolupráce mezi dospívajícím, rodiči, lékařem a ostatními účastníky. Obnovit smysluplný dialog s dospívajícím, abychom mu dali příležitost dospět k názoru, že skoncuje s alkoholem a drogami, je nezbytná podmínka a jediná záruka účinnosti. Od samého počátku léčebného procesu je třeba pomáhat rodičům znovu plnit uspokojivě jejich rodičovskou roli, pomáhat jim zlepšit soužití s dospívajícím a postarat se o to, aby mu byli k dispozici. Ale obnovit smysluplný dialog také znamená, že souhlasíme s tím, že společně zvážíme další kroky. Dojde-li k léčbě, rodiče obvykle nejčastěji očekávají, že „vše bude jako dřív“. Začne-li dospívající neočekávaně nadměrně užívat drogy a alkohol nebo být na nich závislý, vždy to značí, že „se něco pokazilo“. Znamená to, že se rodiče budou muset přizpůsobit daným problémům. Někteří rodiče se zdráhají svěřit, buď proto, že se stydí, anebo se obávají, že nebudou moci nadále plnit roli rodičů. Jiní naopak hned od začátku ochotně dávají najevo, že nebyli „dobrymi rodiči“, jako by toto doznání bylo součástí řešení daných problémů. Většinou potřebujeme čas na smíření se s myšlenkou, že litování se je k ničemu a že nikam nepokročíme, když budeme neustále myslet na to, že se věci mohly vyvíjet jinak. Umět pochybovat sám o sobě není jednoduchá věc. Rodiče si musí být vědomi, že bez jejich aktivní účasti na procesu změny se nedá nic dělat.

#### **4.1.2 Různé způsoby léčby**

Rodiče se často nevyznají v labyrintu mnoha terapeutických strategií, které jsou momentálně dostupné, jejichž pojetí jsou však někdy

protichůdná. Tato rozmanitost je vlastně provázána s nutností nasadit každému léčbu „na míru“, tzn. odpovídající potřebám dospívajícího, vztahovému rámci a jeho schopnosti se přizpůsobit, a s možností pozměnit použité prostředky v průběhu léčby. Ani jedna z těchto různých terapeutických strategií nemůže být považována za výhradní, ostatně obecně se dá říci, že bude třeba je sdružit a zapojit do léčby.

Vzhledem k mnoha faktorům, které jsou ve hře, a k jejich vzájemné rozdílnosti, léčba nadměrného užívání alkoholu a drog a závislosti na nich není ani jednoduchá, ani řádně kodifikována.

Možné je prakticky všechno. Na základě cílů léčby a použitých prostředků může být stanovena celá řada léčebných modelů. Nicméně zjednodušeně můžeme vydělit dva extrémní způsoby léčby: model Anonymních alkoholiků a mezioborový přístup.

Model anonymních alkoholiků je určen pouze a speciálně pro ty, kteří nadměrně pijí alkohol a jsou na něm závislí. Je velmi přesně strukturovaný a počítá s tím, že pacient projde postupně různými fázemi léčby: přizná si nadměrné pití a jeho následky, připustí, že potřebuje pomoc, zjistí, co musí být změněno v jeho chování, uskuteční tyto změny a bude moci začít nový způsob života bez alkoholu a drog.

Mezioborový přístup si klade za cíl zvládnout všechny problémy, které souvisí s nadměrným užíváním a závislostí. Tento přístup vyžaduje zásah několika specialistů, kteří mohou a nemusí být ze stejného oboru.

I když to v praxi může vypadat jinak, dá se říci, že nadměrným uživatelům alkoholu nebo osobám na něm závislým jsou ve Francii nabízeny v zásadě možnosti léčby, které souvisí s těmito dvěma modely. Na jedné straně se v průběhu několika let vytvořila síť specializovaných center, ve kterých léčba zaměřená na alkoholismus a závislost probíhá podle „terapeutického řetězce“, který systematicky zahrnuje všechny fáze: přijetí, odvykání závislosti, následná péče a znovuzачlenění do

společnosti. Na druhé straně ale léčba nadměrného pití alkoholu a závislosti na něm spadá do oblasti psychiatrie, která umožňuje globálnější řešení psychologických a/nebo sociálních potíží dotyčného.

Oba modely vlastně ukázkově vyvolávají otázku týkající se celkové filozofie péče poskytované dospívajícím, kteří mají problémy s alkoholem a drogami: je třeba se soustředit výhradně na zneužívání alkoholu a drog a závislost, anebo se celkově postarat o problémy dospívajícího, u něhož nadměrné užívání alkoholu a drog a závislost na nich představuje pouze jeden z aspektů? I když neexistuje „ideální“ model, jenž by vyhovoval všem dospívajícím, tato otázka je pro dospívající obzvláště důležitá. Zapojit systematicky a hned od začátku dospívajícího, který nadměrně užívá alkohol a drogy, do předem připraveného léčebného programu, okamžitě ho začlenit do systému specializovaných center, znamená, že by mohlo dojít k posílení jeho ztotožnění se s marginální skupinou „alkoholiků“ a „narkomanů“ a že by to přispělo k vyšší míře zapojení se do této skupiny.

Nesmíme tu ale popřít závažnost zneužívání alkoholu a drog dospívajícím a závislosti na nich. Nicméně pokud budeme dospívajícího, který hledá svou identitu, považovat pouze za toho, kdo nadměrně užívá alkohol a drogy a je na nich závislý, pak by se mohlo stát, že se uzavře do této „smyšlené osoby“ a nebude se moci dále vyvíjet. Toto nebezpečí stigmatizace ukazuje, že, ačkoliv jsou vývoj a prognóza závislé na individuálních a environmentálních podmínkách, s nimiž jsou nadměrné užívání alkoholu a drog a závislost na nich spojovány, postavení dospívajícího, který nadměrně užívá alkohol a drogy, a přijatá opatření mohou také ovlivnit tento vývoj, a to buď pozitivně nebo negativně. Jinak řečeno, zatímco model Anonymních alkoholiků je spíše vyhrazen pro dospívající s těžkou a dlouhodobou závislostí, mezioborový přístup je obecně lépe přizpůsobený zvláštnostem a potřebám dospívajícího, jenž nadměrně užívá alkohol a drogy. Tento typ léčby, který nutně vyžaduje,

aby se na ní podílelo více specialistů, však může přinášet problémy, nebude-li postupováno jednotně a koordinovaně.

### **4.1.3 Léčba nadměrného užívání alkoholu a drog a závislosti na nich**

Většina lidí si stále ještě léčbu nadměrného užívání alkoholu a drog a závislosti na nich spojuje pouze s tím, co nazýváme „odvykací kúrou“. Odvykací kúra je ale ve skutečnosti indikována jen v případě, že dospívající projevuje známky fyzické závislosti. K té však dochází u dospívajícího jen vzácně. Odvykací kúra umožňuje skoncovat s pitím alkoholu nebo užíváním drog a vyhnout se tak psychickým i fyzickým abstinenčním příznakům. Krátkodobě sama o sobě nepůsobí žádné zvláštní problémy. Přestat ale s pitím alkoholu nebo užíváním drog neznamena léčit mechanismy vzniku nadměrného užívání a behaviorální závislosti. Znamená to, že odvykací kúra může být pro dospívajícího s fyzickou závislostí prvním krokem při poskytování péče, v žádném případě však netvoří její podstatnou složku. Problém spočívá především v nutnosti vystoupit ze začarovaného kruhu, který se vytvořil udržováním potřeby alkoholu a drog a jejich nadměrnou konzumací.

#### **4.1.3.1 Stanovit si dosažitelné cíle**

Před poskytnutím zdravotní péče je vhodné si stanovit její cíle. Stále ještě se vedou diskuze a spory na téma nadměrného užívání alkoholu a drog a závislosti na nich u dospívajících. Někteří autoři, hlavně zastánci modelu Anonymních alkoholiků, doporučují hned od samého začátku totální celoživotní abstinenci. Podle ostatních musí řešení problémů, které stojí za nadměrným užíváním alkoholu a drog, vést přirozeně k zanechání těchto návyků. Proto doporučují dočasnou abstinenci do doby, než se vyřeší problémy spojené s nadměrným užíváním a závislostí. A v neposlední řadě někteří autoři také konstatují,

že dosažení úplné abstinence je v tomto věku velmi obtížné, a navrhuji naučit dospívající mít konzumaci pod kontrolou, aby se tak zamezilo výskytu a závažnosti relapsů. Ať už preferujeme ten či onen názor, na otázku nadměrného užívání a závislosti je jednoznačnou odpověď pravděpodobně nenajdeme. Samozřejmě dobře víme, že jakékoliv nadměrné a dlouhotrvající pití alkoholu a užívání drog povede s největší pravděpodobností k postupnému odsouvání dospívajícího na okraj společnosti, protože alkohol a drogy nepochybně samy o sobě formují chování uniformním způsobem a mohou vyvolat somatické, psychologické a sociální problémy. Ale oddělit pití alkoholu a užívání drog od individuálního a environmentálního kontextu, který je u každého dospívajícího specifický, může také pravděpodobně znamenat, že navrhneme „falešná řešení“, jež budou vždy jako taková odmítnuta. Znamená to, že cíle zdravotní péče musí být vždy projednány s dospívajícím a jeho rodiči. V této souvislosti je dobré mít stále na paměti, že dospívající nadměrní uživatelé alkoholu a drog nebo na nich závislí se přehnaně obávají, že nebudou dostatečně stateční, a přespříliš se soustředí na to, aby splnili očekávání ostatních, a proto mají často tendenci si sami stanovit cíle. V případě neúspěchu nebudou mít dospívající jinou možnost než se zlobit sami na sebe, což může umocnit jejich pocit neschopnosti, nebo se budou zlobit na ostatní a obviňovat je, že jim lhali a nebyli schopni pomoci. Jinak řečeno, je vždy lepší postupovat po etapách a brát v úvahu vývoj potřeb dospívajícího a jeho schopnost se přizpůsobit než se řídit podle hesla „všechno, hned“, což by mohlo péči o dospívajícího dostat do mrtvého bodu.

#### **4.1.3.2 Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální přístup je založen na myšlence, že lidská chování, ať už jsou konformní nebo patologická, vyplývají z naučených reakcí. Jde tu tedy především o to, aby se dospívající naučil udržet abstinenci nebo kontrolovaně pít. Toto učení je založeno především na

informaci týkající se zároveň produktů a mechanismů, způsobujících rozvíjení závislosti, a somatických, psychických a sociálních komplikací, spojených se zneužíváním alkoholu a drog. Dospívající, kteří nadměrně pijí alkohol nebo jsou závislí na drogách, samozřejmě velmi dobře znají rizika, jimž se vystavují. Zároveň ale mají často o alkoholu a drogách zakořeněné mylné představy. Jedna z nejrozšířenějších představ o drogách je například ta, že existují „lehké“ drogy, jež nejsou nebezpečné, například marihuana, a dále „tvrdé“ drogy, jako je heroin. Je třeba vyjít z toho, co dospívající ví a co ne, abychom mu pomohli lépe pochopit problémy, které jsou způsobeny jeho pitím alkoholu a užíváním drog, a ukázat mu tak, že pojem škodlivosti se ani tak nevztahuje k samotnému produktu jako spíše ke způsobu, jakým je užíván, a k osobním a enviromentálním podmínkám, ve nichž ho užívá.

Stejně tak je vhodné zajistit, aby dospívající přijal myšlenku, že existuje stupeň nebezpečnosti, který nesmí překročit. I zde ale platí, že jde o velmi subjektivní přístup, jenž se může lišit u jednotlivých dospívajících, ale i u stejného dospívajícího, a to podle okolností, které vedou k požívání alkoholu nebo drog. Znamená to, že tato nepřekročitelná „hranice nebezpečnosti“ musí být vymezena ve spolupráci s dospívajícím hned na počátku pečlivé a vyčerpávající analýzy jeho způsobů konzumace alkoholu a drog. Z tohoto hlediska je nezbytně nutné naučit dospívajícího rozpoznat situace, ve nichž má tendenci zvyšovat konzumaci alkoholu a drog nebo je užívat nekontrolovaně. Tyto situace mohou být spojeny s faktory emocionální povahy, jako jsou úzkost, nesmělost, „splín“ nebo nesnáz. Také mohou být spojeny s interpersonálními faktory, což je například setkávání se s určitými kamarády, nebo faktory ekologickými, jako jsou chození ven s kamarády nebo návštěva kavárny po škole. U některých dospívajících může pouhá skutečnost, že slyší jisté výrazy nebo poslouchají určitou hudbu, vyvolat potřebu alkoholu nebo drog. Analýza nemůže být zaměřena jen na to, co se událo předtím, musí se týkat i toho, co dospívající prožívá, když pije



alkohol a bere drogy, a také důsledků této konzumace pro něho samotného i pro jeho okolí. Všechny tyto údaje jsou nezbytné pro výběr metody, která je pro vyřešení daných problémů nejvhodnější. Na základě stanovených cílů mohou být použity různé postupy: sebekontrola, senzibilizace organismu, zbavení se myšlenek na alkohol a drogy, zpětná vazba, relaxace, asertivita, systematická desenzibilizace, imitace, atd.

Jakmile dospívající zahájí léčbu, doporučuje se ho aktivně zapojit do sledování terapeutických výsledků tím, že si bude denně zaznamenávat do sešitu konzumaci, způsob konzumace a její následky. Ve srovnání s celkovým hodnocením léčby má tato metoda výhodu objektivnějšího, citlivějšího a analytičtějšího posouzení. Také umožňuje modifikovat používané metody tak, aby co nejvíce vyhovovaly skutečným potřebám dospívajícího a jeho schopnosti se přizpůsobit léčbě. Někteří autoři také trvají na tom, že je třeba předběžně posoudit fungování rodiny a rodiče hned od začátku zapojit do léčebného procesu.

Některé studie prokazují účinnost kognitivně-behaviorálních terapií v léčbě nadměrného užívání alkoholu a drog a závislosti na nich u dospívajících. Oproti psychoanalytickým psychoterapiím mají kognitivně-behaviorální terapie výhodu v tom, že jsou více „konkrétní“ a lépe pochopitelné pro dospívajícího a jeho rodiče. Jejich omezení mohou spočívat v nedostatečné motivaci a zapojení dospívajícího a jeho rodičů do terapeutického procesu. Je tedy zřejmé, že nelze docílit sebemenší změny, pokud dospívající nebo jeho rodiče nebudou společně vypracovaný program efektivně uskutečňovat.

#### **4.1.3.3 Psychoanalytické psychoterapie**

Cílem psychoanalytických psychoterapií je pokusit se detailně zanalyzovat nevědomé konflikty, o kterých se předpokládá, že jsou příčinou zneužívání alkoholu a drog a závislosti. Znamená to, že tyto

terapie nejprve vyžadují, aby byl objasněn skrytý smysl těchto návyků, a teprve potom byly učiněny nezbytné změny.

Proto je vhodné pracovat na začátku s ambivalentním charakterem návyků nadměrného pití nebo užívání drog, jež jsou založeny na sebedestrukci a potěšení. Oba aspekty u dospívajícího nadměrného uživatele nebo závislého koexistují, není však schopen je propojit. Podle mnohých autorů a zejména podle S. Freuda má nátlak něco z boje malého dítěte o sebezáchovu a afirmaci. Použití tohoto prvotního nátlaku během postupných etap citového vývoje obvykle umožňuje, aby se následně přetvořil v účinnější vztah k ostatním. Pokud nebude moci budoucí nadměrný uživatel alkoholu a drog nebo na nich závislý z jakéhokoliv důvodu toto uskutečnit, odsoudí ho to ke hře na život a na smrt, která se často donekonečna opakuje. Podle A. J. Charlese-Nicolase a M. Valleura mohou být návyky nadměrného pití a závislosti přirovnány ke hře skutečné „ruské rulety“, ve které má dospívající stejně tak možnost přežít jako zemřít. Psychoanalytické psychoterapie se nezabývají jen návyky nadměrného užívání alkoholu a drog a závislostí, jejich cílem je také analyzovat, jak dospívající vnímá sám sebe a jak vnímá své okolí. Zastánci tohoto přístupu uvádějí několik faktorů týkajících se celkové osobnosti dospívajícího, které informují o vývoji návyků nadměrného užívání alkoholu a drog a závislosti. Dospívající mají často problémy s pocitem méněcennosti, ovládnutím počitků, se správným vypořádáním se s vlastními popudy a emocemi nebo s udržováním mezilidských vztahů. Tyto faktory tak představují mnoho oblastí, na které je třeba zaměřit psychoterapeutickou léčbu.

Psychoanalytické psychoterapie jsou sice globálněji cílené na zlepšení života dospívajícího, ale vyžadují také jistou schopnost sebepoznání. Dospívajícím nadměrným uživatelům alkoholu a drog nebo na nich závislým tato schopnost sebepoznání často chybí a obvykle mají problém vyjádřit, co skutečně cítí. Proto většina autorů, využívajících

tento přístup, doporučuje přizpůsobit analytickou metodu skutečným schopnostem dospívajícího. Doporučují, abychom hned na začátku nepátrali po tom, proč k tomu došlo, neboť bychom mohli jen narazit na vzdor dospívajícího, ale abychom se spíše soustředili na řešení situace „tady a teď“. Prostřednictvím terapeutického vztahu tu jde o to, abychom dospívajícímu pomohli najít postupně souvislost mezi danou situací a tím, co momentálně cítí, jaký postoj zaujímá nebo jak se chová, a následky, jež z toho vyplývají. I když dospívající souhlasí s tím, že bude dodržovat pravidla, tato činnost vyžaduje rovněž aktivní účast terapeuta, který musí být dospívajícímu nápomocný například v tom, že pojmenuje emoce a pocity, jež on sám nedokáže vyjádřit, že ho bude stimulovat, jestliže zaujme správný postoj, nebo mu navrhne alternativní řešení, je-li jeho chování nevhodné.

Psychoanalytické psychoterapie vyžadují, aby se dospívající natrvalo a sám zapojil do léčebného programu, který mu je navržen. Dospívající nadměrní uživatelé alkoholu a drog nebo na nich závislí jsou často labilní, vznětliví, jednají neuvážlivě, což se ale neslučuje s tímto typem léčby. Proto jsou psychoanalytické psychoterapie stanoveny jako léčebný postup především tehdy, pokud je možné zjistit u dospívajícího jeho citový posun, o který se léčba může opřít. V této souvislosti mnoho autorů doporučuje uzavřít s dospívajícím jakousi „smlouvu“, ve které budou po vzájemné dohodě upřesněna pravidla, jež bude muset respektovat, aby byla dodržena léčba a zajištěna její účinnost.

#### **4.1.3.4 Skupinové terapie**

Skupinové terapie jsou indikované především tehdy, má-li dospívající problém s mezilidskými vztahy, což by mohlo způsobit, že by se v individuální situaci styděl. Ať jsou skupinové teorie zaměřeny analyticky nebo kognitivně-behaviorálně, jejich výhodou je, že dospívajícím ukazují bezprostředně modely identifikace, jež jim umožňují, aby si s ostatními snadněji vyměňovali své zkušenosti a naučili se tak

postupně čelit sociálnímu tlaku, citovým a vztahovým problémům, aniž by se nutně museli uchýlit k pití alkoholu nebo užívání drog. Některé skupiny se speciálně zaměřují na návyky spojené s nadměrným užíváním alkoholu a drog a závislostí na nich, mnohdy s jasně stanovenými cíli, jako je například prevence relapsu, jiné skupiny jsou cílené na globálnější zlepšení psychosociálního fungování dospívajícího.

Aby byla skupinová terapie účinná, musí být podřízena určitým kritériím a pravidlům. Skupina musí být dostatečně strukturovaná a homogenní, aby se tak předešlo psychickému vypětí, které by bránilo jejímu správnému fungování. Účastníci skupiny musí být vybíráni na základě předem stanovených individuálních kritérií, jako je závažnost poruch emocí a chování dospívajících, míra jejich samostatnosti a/nebo úroveň jejich intelektuální schopnosti. Stejně tak i dospívající musí přijmout pravidla fungování skupiny. Tato kritéria a pravidla se mohou měnit podle stanovených cílů a použitých technik. Dospívající a/nebo jeho rodiče někdy vnímají tento proces výběru jako diskriminující. Ve skutečnosti je však jeho cílem, aby jeden nebo více účastníků skupiny neměli přílišný vliv na ostatní, neboť by se tím mohli utvrdit v pocitu sociální izolace a neschopnosti.

Dostatečná a kvalitní psychosociální podpora ve skupině je pro účinnost skupinové terapie zásadní. Nicméně někteří autoři upozorňují na to, že by se dospívajícím mohlo stát, že si závislost na skupině přenesou i do běžného života. Je-li dospívající schopen fungovat jen způsobem, jakým fungoval ve skupině, může mít v každodenním životě problémy, pokud ve svém okolí nenajde nezbytné podmínky pro udržení své rovnováhy. Role terapeuta je v takovém případě důležitá. Nesmí být příliš pasivní, ani příliš direktivní, jeho role spočívá především v tom, aby usnadnil komunikaci mezi účastníky, a v případě potřeby znovu upravil fungování skupiny podle cílů, které byly všemi stanoveny a schváleny.

#### **4.1.3.5 Léčby**

Postavení léčby v péči o dospívajícího, který nadměrně užívá alkohol a drogy nebo je na nich závislý, je stále velmi omezené. Obecně je tato léčba indikována jen v případě vážné závislosti nebo pokud nepomohla psychosociální péče. Cílem léčby je především pomoci v odvykání závislosti na alkoholu a drogách a/nebo udržení abstinence, buď náhradou za původní produkt nebo zamezením jeho fyziologických a subjektivních vlivů.

Počet studií publikovaných v této oblasti sice v posledních deseti letech vzrostl, ale informace o využití této léčby u dospívajícího jsou stále dost roztržité. Za předepsání léčby proto odpovídá lékař. Léčba musí být rovněž předepsána na základě shody, ke které dospěli dospívající, jeho rodiče a lékař. Je nezbytné, aby dospívající a jeho rodiče s léčbou souhlasili. Léčba nesmí být nikdy prováděna v konfliktních poměrech, za nesouhlasu nebo nedůvěry. Znamená to, že dospívající a jeho rodiče musí být jasně informováni o očekávaných výsledcích, vedlejších účincích, podmínkách podávání léčby a dohledem nad ní. Stejně tak musí být informováni o možných léčebných alternativách a rizicích, kterým se dospívající vystavuje vzhledem ke svému závislostnímu chování, pokud léčbu odmítá.

Léčby, která jsou předmětem studií o dospívajících, se týkají především závislosti na nikotinu, alkoholu a opiátech (heroinu). Tyto léčby nesmí být nikdy prováděny samostatně. Vždy musí být doprovázeny psychosociální léčbou.

##### **4.1.3.5.1 Léčby využitelné v případě závislosti na nicotinu**

V několika studiích se jejich autoři pokoušeli zjistit, jaký význam mají nikotinové žvýkačky a náplastě, které se používají při kognitivně-behaviorální terapii, pro skoncování s kouřením a udržení abstinence u dospívajících závislých na nikotinu. Všechny studie sice ukazují, že

dospívající dobře snášejí nikotinové žvýkačky a náplasti, výsledky týkající se jejich účinnosti jsou však zpochybnitelné. Proto se zdá být vhodnější přistoupit k tomuto způsobu léčby až po neúspěchu kognitivně-behaviorální terapie provedené samostatně. Podávání bupropionu (Zybanu) při léčbě pomocí nikotinových náplastí nepřineslo žádný další léčebný prospěch. Zyban může navíc u některých dospívajících vyprovokovat křečové záchvaty.

#### **4.1.3.5.2 Léčby využitelné při závislosti na alkoholu**

Na dospívajících, kteří jsou závislí na alkoholu, byly testovány dva léky, acamprosát (Aotal) a naltrexon (Nalorex, Revia), aby se zjistila jejich účinnost pro udržení abstinence. Acamprosát je lék, který hlavně potlačuje chuť na alkohol. Naltrexone je látka, která v mozku dokáže obsadit místa receptorů neuronů, kam běžně zapadají molekuly opiátů, a tím se snižují příjemné pocity vyvolané alkoholem. Z toho důvodu tedy spíše působí na ztrátu kontroly a následnou tendenci konzumovat více alkoholu po vypití první skleničky. Oba léky jsou dospívajícími většinou dobře snášeny. Studie ukazují, že, pokud je jejich užívání doprovázeno psychosociální léčbou, mohou být užitečné pro podporu udržení abstinence a snížení chuti na alkohol.

Podávání antabusu, například disulfiramu (Espéralu), dospívajícímu bylo dlouhou dobu považováno za komplikované kvůli jeho vedlejším účinkům, a to především na kardiovaskulární a neurologický systém, a také kvůli omezení podmínek pro jeho podávání. Tyto léky účinkují tak, že vyvolávají nesnášenlivé reakce při pití alkoholu, a to i u velmi malé dávky. Nejnovější studie sice naznačují jejich význam v prevenci relapsu při léčbě dospívajících, všichni autoři však zdůrazňují, že je třeba upravit jejich předepisování pomocí zvlášť přísných pravidel: jedinec musí být motivovaný pro terapii a ochotný ke spolupráci, musí být dostatečná podpora a spolupráce rodiny, přísný lékařský dohled, pravidelná kontrola řádného průběhu léčby. Znamená to, že k tomuto typu léčby se může

přistoupit až po neúspěchu všech ostatních terapeutických strategií, které připadají v úvahu.

#### **4.1.3.5.3 Léčby využitelné při závislosti na opiátech**

Léčby, které se nazývají „substituční“, například léčba užíváním metadonu nebo buprenorfinu (Subutexu), jsou určeny jedincům s fyzickou závislostí na opiátech (heroinu). Jak jejich název napovídá, tyto léky působí, alespň částečně, jako heroin. Protože nahrazují užívání heroinu, který je zakázaný, přísně kontrolovanou léčbou, cílem této substituční léčby je nejdříve snížit četná rizika, jež jsou s užíváním heroinu spojená (somatická onemocnění, nákaza virem HIV, předčasná smrt předávkováním, delikventní chování). I když se léčby mohou v tomto kontextu jevit jako užitečné, samy o sobě nejsou dostatečné. Kromě faktu, že musí být dobře prováděné, všechny studie ukazují, že efektivní snižování rizik spojených s užíváním heroinu je ve skutečnosti přímo úměrné kvantitě a kvalitě psychosociálních zásahů, jež jsou součástí této léčby.

Protože substituční léčba podporuje doplnění léčby o psychosociální zásahy, může být prospěšná i při skoncování s užíváním heroinu. Buprenorfin se ve spojení s kognitivně-behaviorální terapií ukazuje účinnější než klonidin (Catapres), další běžně užívaný lék při odvykání od opiátů.

Naltrexone (Nalorex, Revia), lék podávaný při kognitivně-behaviorální terapii, může být prospěšný, podobně jako i při léčbě závislosti na alkoholu, v prevenci relapsů a při udržení abstinence. Tím, že zablokuje účinky heroinu, může pomoci v postupném vymizení jeho potřeby.

#### **4.1.4 Léčba přidružených psychických poruch**

Jak už jsme zmínili, přibližně 75 % dospívajících nadměrných konzumentů nebo závislých trpí také dalšími poruchami, duševními poruchami a/nebo poruchami chování. Všechny studie ukazují, že přetrvávání těchto poruch napomáhá relapsům a v této souvislosti je ukazatelem špatné prognózy. Je tedy nezbytné léčit tyto poruchy společně s léčbou nadměrného užívání alkoholu a drog a závislosti na nich.

##### **4.1.4.1 Často obtížná léčba**

Léčba psychických poruch spojených s nadměrným užíváním a závislostí se z hlediska použitých metod neliší od toho, co je zpravidla doporučováno všem jedincům, kteří trpí těmito poruchami. Nicméně její využití pro dospívající, jež nadměrně pijí alkohol nebo užívají drogy a jsou na nich závislí, se obvykle jeví jako „komplikovanější“. Užívání psychotropních látek (sedativa, antidepressiva, neuroleptika) dospívajícími má svá rizika. V organismu na sebe psychoaktivní léky s alkoholem a drogami vzájemně působí. Toto vzájemné působení může změnit jejich účinnost a zvýšit rizika vedlejších účinků, zvláště riziko akutní otravy. Ostatně některé psychoaktivní léky mohou mít toxické vlastnosti a mohou tedy vyvolat závislost. U dospívajících nadměrných uživatelů alkoholu a drog nebo na nich závislých je koneckonců obtížné dosáhnout toho, že budou dodržovat pravidla, které upravují podávání těchto léků a kontrolu jejich účinku. Znamená to, že v případě dospívajících, kteří nadměrně pijí alkohol a užívají drogy nebo jsou na nich závislí, musí být užívání psychoaktivních léků opatrné a jasně vymezené. V obecné rovině se doporučuje, pokud je to možné, upřednostnit psychoterapeutické zásahy. Ale i v tomto případě se léčba často jeví jako obtížná, a to především z důvodu lability dospívajících. Aby byla psychoterapeutická léčba účinná, vyžaduje ze strany pacienta určitou vytrvalost. Z tohoto důvodu všichni autoři zdůrazňují, že je obvykle problém získat od dospívajícího, který má



problém s alkoholem a drogami nebo je na nich závislý, souhlas k léčbě a přimět ho k dodržování pravidel, jež jsou podmínkou k tomu, aby byly tyto zásahy úspěšné.

#### **4.1.4.2 Několik obecných pravidel**

Co dělat, když má dospívající problémy s nadměrnou konzumací nebo závislostí a zároveň se u něho objevují psychiatrické symptomy? Tato velmi častá situace vyvolává obvykle rozpaky, které mohou pozdržet zahájení vhodné léčby. Je třeba všechny vysledované symptomy přičítat nadměrnému užívání nebo závislosti, nebo je třeba tyto symptomy důsledně považovat za příznaky přidružené psychiatrické poruchy? Posouzení psychiatrických poruch u dospívajících nadměrných uživatelů alkoholu a drog nebo na nich závislých není jednoduché. Nicméně několik obecných pravidel radí, jak máme v takových případech postupovat.

Stádia intoxikace a abstinence mají s psychiatrickými poruchami několik společných symptomů emočního a behaviorálního rázu. Ostatně jak už jsme si řekli, nadměrné užívání a závislost mohou samy o sobě přivodit psychiatrické poruchy. V první řadě je tedy důležité vědět, zda psychiatrické symptomy vysledované u dospívajícího souvisejí nebo nesouvisejí s jeho užíváním alkoholu nebo drog. Velmi často může na tuto otázku odpovědět pouze skoncování s užíváním a dostatečně dlouhá abstinence. Právě proto může být hospitalizace dospívajícího nezbytná.

Přetrvávající příznaky by měly upozornit na možnost přidružené psychiatrické poruchy, nezávislé na nadměrném užívání nebo závislosti. Je tedy vhodné co nejdůkladněji posoudit poruchy, kterými dospívající trpí. Musí být shromážděny různé informace, týkající se hlavně psychiatrických symptomů, projevujících se už před začátkem konzumace alkoholu nebo drog nebo během předchozích období abstinence, výskytu emočních poruch nebo poruch chování v rodině a v neposlední řadě i charakteru a účinnosti již provedené léčby. Toto posouzení vyžaduje

aktivní spolupráci dospívajícího a jeho rodiny. Často také vyžaduje informace získané od jednotlivých zúčastněných, kteří již měli co dočinění s dospívajícím, ať už se jedná o jeho ošetřujícího lékaře, psychiatry nebo psychology nebo i o jeho vyučující.

Posouzení poruch, kterými dospívající trpí, je nezbytnou podmínkou k vypracování vhodného terapeutického plánu. Tento plán také vyžaduje, aby s ním dospívající a jeho rodiče souhlasili a dodržovali ho. Jak jsme již zmínili, doporučuje se, pokud je to možné, začít nejprve s psychoterapeutickými zásahy. Pouze přetrvávání potíží po několika týdnech abstinence na základě dobře provedené psychoterapeutické léčby může vést k nasazení psychotropní medikamentózní léčby.

Psychotropní medikamentózní léčba může být nasazena pouze po vzájemné dohodě mezi dospívajícím, jeho rodiči a ošetřujícím lékařem. Dospívající a jeho rodiče musí být opět jasně informováni o očekávaných výsledcích léčby, o možných vedlejších účincích a o podmínkách podávání léčby. Stejně tak musí být seznámeni s riziky spojenými s vývojem poruch, není-li medikamentózní léčba poskytnuta. Je nebezpečné předepsat psychotropní medikamentózní léčbu, pokud dospívající stále pije alkohol nebo užívá drogy. Stejně tak je nebezpečné předepsat psychotropní medikamentózní léčbu, pokud nejsou dospívající a jeho rodiče schopni respektovat podmínky podávání léčby. Některé psychotropní léky mohou být předmětem zneužívání nebo nelegálního obchodování. Dospívající tedy nikdy nesmí být sám zodpovědný za svou léčbu. Nasazení medikamentózní psychotropní léčby vždy vyžaduje přísný a pravidelný lékařský dohled. Její účinnost a vedlejší účinky musí být pečlivě a pravidelně vyhodnoceny. Znamená to, že dospívající i jeho rodiče musí alespoň na samotném začátku léčby akceptovat, že jsou nezbytné důkladné konzultace. Pouze dodržováním těchto podmínek je možné se vyhnout úskalím, ke kterým velmi často dochází: neúmyslné nebo sebevražedné předávkování, neúčinná léčba kvůli nepravidelnému

braní léků, předčasné ukončení léčby kvůli vedlejším účinkům, návrat k užívání alkoholu a drog. Praxe ukazuje, že tato úskalí jsou velmi často záležitostí nedostatečně poučených, neopatrných nebo nezodpovědných dospívajících a/nebo rodičů.

## 5 KOMENTÁŘ K PŘEKLADU

Tématem naší bakalářské práce je komentovaný překlad ze sociální oblasti. Pro překlad jsme si tedy zvolili knihu Danila Baillyho, dětského psychiatra a profesora psychiatrie na univerzitě v Aix-Marseille. Je autorem již několika knih, ve kterých se snaží nastítnit problémy spojené s dospíváním dětí, a proto má v této oblasti velké zkušenosti. Z jeho děl nás zaujala právě kniha *Alcool et les drogues chez les jeunes: agissons*, protože si myslíme, že drogy a alkohol u mladistvých jsou v současné době velkým problémem a čím dál tím více dospívajících, bohužel i dětí, se setkává s drogami a alkoholem již v brzkém věku.

V úvodu práce jsme již zmínili, do jakých kapitol je kniha rozdělena. My jsme si pro překlad zvolili část závěrečné čtvrté kapitoly, ve které autor zobrazuje různé typy léčby a radí, jak lze dospívajícím nejlépe pomoci.

### 5.1 Charakteristika překládaného textu

Kniha náleží k funkčnímu stylu odbornému, konkrétně k populárně-naučnému podstylu, proto chápeme náš překlad jako překlad populárně naučného textu. Z charakteristiky populárně naučného textu již víme, že je terminologie v tomto typu textů omezena na nejnutnější minimum, to ale neznamena, že by se zde termíny nevyskytovaly, v překládaném textu jich bylo hned několik (namátkou vybíráme *abus*, *dépendance*, *postcure*, *réinsertion*, *sevrage* apod.), ale text je celkově přizpůsoben i laickému čtenáři. Obsahuje také různá poučení, proto je funkce tohoto textu hlavně odborně sdělná. Obecně lze říci, že překládaný text odpovídá základním znakům odborného stylu, a to jak z hlediska jeho kompozice, tak i po stránce syntaktické, morfologické či lexikální.

### 5.1.1 Kompozice překládaného textu

Kompozice je pevně stanovena díky horizontálnímu i vertikálnímu členění. Překládaná kapitola obsahuje úvod a dále se člení na jednotlivé podkapitoly dle jednotlivých témat, které jsou dále rozděleny do několika odstavců. Vertikální členění se projevuje různým typem a velikostí písma, čímž se v textu zdůrazňují důležitost informací. V textu knihy najdeme i poznámkový aparát, pro větší názornost jsou také používány tabulky a grafy, v námi překládaném textu se však nevyskytují.

### 5.1.2 Syntaktická rovina překládaného textu

Také syntaktická stránka textu odpovídá charakteristikám populárně naučného textu. Najdeme zde složitější souvětí skládající se ze tří i více vět:

*Cela ne veut pas dire pour autant qu'il **soit** prêt à rompre avec ses habitudes de consommation, ni même qu'il le **désire** vraiment, même si l'on ne **peut** mettre en doute l'authenticité de sa demande au moment où il la **formule**.*

Pro překládaný text je ale také typické využití syntaktické kondenzace, často se zde vyskytují polovětné vazby s přítomným nebo minulým, k ekonomičnosti vyjádření přispívá i časté užití přechodníku (*gérondif*):

*Cette diversité trouve en fait sa cohérence dans la nécessité d'adopter, pour chaque cas donné, une formule « sur mesure », **correspondant** aux besoins de l'adolescent, à son mode relationnel et à ses possibilités d'adaptation, l'évolution **permettant** de moduler les moyens utilisés.*

*Dans ce cadre, il s'agit d'abord de travailler sur le caractère ambivalent des conduites d'abus d'alcool et de drogues, **placées** à la fois sous le signe de l'autodestruction et du plaisir.*

*Fuir ou refuser les conflits **en voulant** à tout prix imposer son point de vue ne résout pas les problèmes.*

V hojné míře jsou v překládaném textu zastoupeny i vytýkací konstrukce:

*Quelles que soient les raisons qui les sous-tendent, **c'est** une conduite adaptative **qui** permet à l'adolescent d'avoir le sentiment d'exister.*

*Pour reprendre les propos de Philippe Jeammet, « **c'est** le "je n'ai pas demandé à naître" **que** l'adolescent jette comme une insulte à la figure de ses parents et à quoi il est tenté d'opposer son : je peux choisir de mourir ».*

Nejčastěji se ale v textu vyskytovaly infinitivní vazby, které byly mnohdy v jedné větě zastoupeny několikrát a působily nám problémy při překladu:

***Sans dramatiser la situation mais sans pour autant la banaliser, nous nous devons de trouver des réponses efficaces à son argumentation afin de l'aider à mieux situer les vrais problèmes que posent ses conduites d'abus d'alcool et de drogues.***

Celkově lze říci, že stavba vět je v tomto textu do jisté míry stereotypní, neustále se opakují věty, v nichž je podmětem infinitiv:

***Avoir affaire** à un adolescent consommateur abusif ou dépendant n'est jamais chose facile.*

***Rester soi-même, assumer sa part de responsabilité, lui montrer que nous sommes capables de tolérer son agressivité, savoir poser des limites, c'est lui montrer que nous sommes capables et prêts à l'aider.***

### 5.1.3 Lexikální rovina překládaného textu

Tuto stereotypnost jsme zaznamenali i u slovní zásoby překládaného textu, což samozřejmě vyplývá z daného tématu. V textu se opakovaně vyskytují například slova *adolescent, parents, médecin, difficulté, problème, soin, traitement, charge, dépendance, consommateur, conduite* a samozřejmě především *alcool* a *drogue*.

Jak už bylo řečeno, v textu najdeme i řadu termínů, jedná se především o termíny lékařské, například názvy léků (*acamprosante, naltrexone, bupropion, buphrénorpine*) a organizací (*Alcooliques anonymes, thérapies de groupe, modèle multidisciplinaire, centres spécialisés*). Používané termíny jsou buď jednoslovné (*postcure, traitement, intervention, soin*) nebo víceslovné (*prise en charge, stratégies thérapeutiques, cure de sevrage, symptômes physiques, psychothérapie d'inspiration analytique*). Lékařské termíny uvedeme ještě i v glosáři, který bude součástí tohoto komentáře.

Dále se v textu objevují slova abstraktní (*expérience, provocations, urgence, attitude, affirmation* apod.) a frazeologismy (*lutte de pouvoir, garder à l'esprit, se remettre en cause* aj.).

## 5.2 Vybrané překladatelské problémy

Vzhledem k rozdílné typologii francouzštiny (jazyk analytický) a češtiny (jazyk syntetický) je logické, že při překladu nastaly určité problémy, se kterými jsme se museli potýkat. V této podkapitole si tedy ukážeme několik příkladů, s nimiž bylo třeba se vypořádat.

### 5.2.1 Změna slovosledu

Čestina a francouzština se od sebe liší mimo jiné způsobem stavby vět. Francouzský slovosled je pevný, zatímco český je v podstatě volný.

Ve francouzštině stojí podmět většinou na prvním místě, v češtině tomu tak být nemusí, a proto při překladu z francouzštiny do češtiny dochází často ke změně slovosledu. Změny slovosledu však bývají doprovázeny i slovnědruhovými transpozicemi :

***La découverte de problèmes liés à l'alcool ou aux drogues chez un adolescent est toujours une expérience difficile pour les parents.***

*Pro rodiče je vždy obtížné, když u svých dětí **zjistí problémy** spojené s užíváním alkoholu a drog.*

Při překladu jsme se ale setkali i s tím, že bylo nutné v češtině zařadit podmět na začátek věty, tj. do východiska výpovědi:

*Dans ce contexte, il convient de toujours garder à l'esprit qu'exagérément inquiets à propos de leur valeur et soucieux de répondre à ce qu'ils pensent être les attentes de l'autre, **les adolescents consommateurs abusifs ou dépendants** ont souvent tendance à se fixer eux-mêmes des objectifs...*

*V této souvislosti je dobré mít stále na paměti, že **dospívající nadměrní uživatelé alkoholu a drog nebo na nich závislí** se přehnaně obávají, že nebudou dostatečně stateční, a přespříliš se soustředí na to, aby splnili očekávání ostatních, a proto mají často tendenci si sami stanovit cíle...*

### 5.2.2 Překlad termínů

Jak již bylo zmíněno v úvodu komentáře, v textu se objevovaly termíny především z lékařské oblasti, jako jsou názvy léků nebo různých organizací. Ekvivalentní terminologii v češtině jsme museli hledat zejména v textech zabývajících se tématem užívání alkoholu a drog a léčením závislosti, které byly zveřejněny na internetu.

Nejužívanějším termínem byl pojem *abus*. Pro tento termín existuje v češtině výraz *abúzus*, který se však vyskytuje jen v odborných textech. V našem překladě jste se tedy rozhodli užívat v češtině jako ekvivalent



*nadměrné užívání, nadužívání, zneužívání* (podle kontextu), neboť text je určen především širšímu okruhu laických čtenářů:

*Que faire devant un adolescent présentant **un abus** ou une dépendance ?*

*Co dělat, když má dítě a dospívající problémy s **nadměrným užíváním** alkoholu a drog nebo závislostí?*

Překladatelským oříškem pro nás byl také víceslovný termín *cure de sevrage*. Jedním z ekvivalentů, které slovníky pro *sevrage* nabízejí, je *odstavení od něčeho*. Nebylo tedy úplně jednoduché danému termínu hned správně porozumět. Vodítkem nám tu bylo slovo *cure*, díky kterému jsme pochopili, že se jedná o *odvykací kúru*:

*[...] se résume encore bien souvent à ce que l'on appelle la « **cure de sevrage** ».*

*[...] na nich spojuje pouze s tím, co nazýváme „**odvykací kúrou**”.*

Dalším problematickým termínem byl výraz *administration* ve spojení *conditions d'administration du traitement*. Na první pohled by se mohlo zdát, že nejvhodnějším termínem by mohly být *správní podmínky léčby*. Z kontextu však vyplynulo, že se jedná o *podmínky podávání léčby*:

*C'est dire que l'adolescent et ses parents doivent être clairement informés des effets attendus, des risques d'effets secondaires, et des **conditions d'administration** et de surveillance **du traitement**.*

*Znamená to, že dospívající a jeho rodiče musí být jasně informováni o očekávaných výsledcích, vedlejších účincích, **podmínkách podávání léčby** a dohledem nad ní.*

Také adjektivum *normaux* je první pohled dobře přeložitelné. V běžném jazyce bychom nejspíš mohli jeho překlad řešit adekvátním českým výrazem *normální*, a to i ve spojení se slovem *comportement*,

tedy *chováním*. Na základě porovnání s českými texty jsme však zjistili, že jako protiklad k *patologickému chování* se užívá spojení *konformní chování*, a proto jsme tento výraz použili i v našem překladu:

[...] *les comportements humains, qu'ils soient **normaux** ou pathologiques, résultent tous d'un apprentissage.*

[...] *lidská chování, ať už jsou **konformní** nebo patologická, vyplývají z naučených reakcí.*

Jak už bylo řečeno, v textu se také vyskytovalo velké množství víceslovných pojmenování. Ve většině případů jim bylo možné porozumět, ale bylo také třeba ověřit, jaké termíny se používají v češtině. K tomu nám opět posloužily texty na internetu, v nichž jsme vyhledali odpovídající české ekvivalenty. Pro **psychothérapies d'inspiration analytique** se používá **psychoanalytické psychoterapie**, pro **médicaments psychotropes** jsme našli výraz **psychotropní látky**, výrazu **traitement médicamenteux psychotrope** odpovídá v češtině **psychotropní medikamentózní léčba** apod.

Do této problematiky můžeme ještě zařadit překlad francouzského slova *sujet*. Do češtiny se nejčastěji překládá jako *téma, předmět, důvod, podmět*, v textu se však výraz nejčastěji vyskytoval ve významu *subjekt, osoba*, a proto bylo třeba tomu přizpůsobit i náš překlad. Za *sujet* zde byl vlastně považován *dospívající*:

[...] *ou prendre en charge globalement les difficultés **du sujet** dont les conduites d'abus et de dépendance ne représentent qu'un des aspects ?*

[...] *anebo se celkově postarat o problémy **dospívajícího**, u něhož nadměrné užívání alkoholu a drog a závislost na nich představuje pouze jeden z aspektů?*

Problémy nám ale působila i slova, jež nespádají do odborné terminologie, ale vyskytují se spíše v běžném jazyce. Příkladem nám

může být slovo réponse, které se nejčastěji do češtiny převádí jako reakce, odpověď. V našem překladu by ale tento ekvivalent do věty nezapadal, proto bylo nutné překlad přizpůsobit a najít jiný odpovídající ekvivalent:

*[...] ils exigent souvent, de façon plus ou moins brutale et violente, des réponses concrètes et immédiates.*

*[...] často až nemilosrdně vyžadují konkrétní a okamžitá řešení.*

### 5.2.3 Překlad frazeologismů

V podkapitole o charakteristice textu jsme se také zmínili, že se v práci vyskytují frazeologismy. Pro ně je typické, že nesmíme překládat každý komponent zvlášť, ale chápat je vždy jako celek. Pokud bychom totiž přeložili spojení *jeter comme une insulte* doslovně, tj. na základě překladu jednotlivých částí, překlad by zněl *hodit jako urážku*. Na základě kontextu jsme se rozhodli použít pro překlad sloveso *vmést*:

*[...] c'est le "je n'ai pas demandé à naître" que l'adolescent jette comme une insulte à la figure de ses parents...*

*[...] dospívající vmete svým rodičům do tváře, že je nežádal, aby se narodil.*

V textu se také objevilo jedno rčení, jehož překlad nám působil potíže, protože jsme pro něj nenašli v češtině přímý ekvivalent. Jeho překlad jsme tedy vyřešili následovně:

*[...] doivent savoir garder à l'esprit le vieil adage populaire : « Il n'y a pas d'urgence, il n'y a que des gens pressés. »*

*[...] mít na paměti staré lidové rčení: „Věc nespěchá, to jen lidé mají naspěch.“*

V komentáři jsme samozřejmě neměli možnost se zmínit o všech problémech, se kterými jsme se museli při překladu potýkat, ale i těchto několik ukázek svědčí o tom, že se nejednalo o jednoduchý překlad, i když se jednalo jen o populárně naučný text, nikoliv čistě odborný. Velmi často jsme se museli také uchýlit k různým transpozicím a dalším překladatelským postupům, a proto se o nich ještě v krátkosti zmíníme i v následující podkapitole.

## 5.3 Překladatelské postupy

### 5.3.1 Transpozice

Jako překladatelský postup jsme v našem překladu nejvíce využili *transpozici slovního druhu*. Podle Tionové<sup>44</sup> se jedná o to, že stejný významový obsah vyjádříme jiným slovním druhem, než nacházíme ve výchozím textu. V našem případě se nejčastěji jednalo o nahrazení podstatného jména přídavným jménem:

[...] *l'intensité de angoisse* [...]

[...] *intenzivní strach* [...]

V mnoha případech jsme ale přistoupili k tomu, že jsme nahradili podstatné jméno slovesem:

*La découverte de problèmes liés à l'alcool ou aux drogues chez un adolescent remet toujours en cause les parents* [...]

*Zjistí-li rodiče, že má jejich dítě problémy s alkoholem nebo drogami* [...]

Dalším překladatelským postupem, který jsme při překladu využili, byla *transpozice syntaktická*. Ta spočívá v tom, že je větný člen nahrazen vedlejší větou, anebo je činný rod nahrazen trpným rodem a naopak:

---

<sup>44</sup> Tionová, Alena. *Francouzština pro pokročilé*. Praha: LEDA, 2000.

*Avoir affaire à un adolescent **consommateur abusif ou dépendant** n'est jamais chose facile.*

*Mít co do činění s dospívajícím, **který nadměrně konzumuje drogy a alkohol nebo je na nich závislý**, není nikdy jednoduchá věc.*

V uvedeném příkladě se nám zdálo, že bude v češtině vhodnější nahradit nominální vyjádření vedlejší větou přívlastkovou.

### 5.3.2 Koncentrace a diluce

*Koncentrace* je proces, kdy je víceslovné pojmenování výchozího jazyka vyjádřeno pouze jedním slovem v cílovém jazyce. *Diluce* je proces opačný, tzn. že jedno slovo je při překladu vyjádřeno více slovy.<sup>45</sup> V prvních dvou uváděných příkladech se jedná o koncentraci, třetí ukázka je příkladem diluce:

*[...] nécessitent aussi une certaine **capacité d'introspection**.*

*[...] vyžadují také jistou schopnost **sebepoznání**.*

*[...] et ainsi d'apprendre progressivement à **faire face** aux*

*[...] a naučili se tak postupně **čelit** [...]*

*[...] qu'ils soient normaux ou pathologiques, résultent tous d'un **apprentissage**.*

*[...] at' už jsou konformní nebo patologická, vyplývají z **naučených reakcí**.*

### 5.3.3 Étoffement a dépouillement

*Étoffement* je proces, při němž jsou francouzské předložky nahrazeny plnovýznamovým výrazem. K *étoffement* dochází spíše při překladu do francouzštiny, a proto při našem překladu tento postup nebyl

---

<sup>45</sup> Tionová, Alena. *Francouzština pro pokročilé*. Praha: LEDA, 2000.

využit. *Dépouillement* je opačný postup, kdy je plnovýznamové slovo vypuštěno nebo nahrazeno slovem pomocným:<sup>46</sup>

*[...] le nombre d'études publiées en ce domaine a augmenté, les données **concernant** l'utilisation de ces traitements médicamenteux [...]*

*Počet studií publikovaných v této oblasti sice v posledních deseti letech vzrostl, ale informace o využití [...]*

*[...] et des contraintes **liées** à leurs conditions d'administration.*

*[...] a také kvůli omezení podmínek **pro** jeho podávání.*

---

<sup>46</sup> Tionová, Alena. *Francouzština pro pokročilé*. Praha: LEDA, 2000.

## 5.4 Glosář z lékařské terminologie

### A

abstinence, f.	abstinence
abus, m.	(nadměrné) užívání
abusif/ve	protizákonný
administration, f.	podávání (léku)
affectif/ve	citový
ambivalent	ambivalentní
angoisse, f.	úzkost/ strach
antidépresseur, m.	antidepresivum
appréciation, f.	posouzení/úvaha
approche, f.	přístup
attitude, f.	postoj
autodestruction, f.	autodestrukce, sebepoškozování

### B

bupropion, m.	bupropion (amfebutamon)
---------------	-------------------------

### C

cognitivo-comportemental/e	kognitivně-behaviorální
comportement, m.	chování
consommation, f.	konzumace, pití, užívání

contamination, f. nakažení/nákaza

culpabilité, f. vina

## **D**

dépendance, f. závislost

désensibilisation, f. desenzibilizace

déviance, f. deviace

difficulté, f. obtíž/problém

drogue douce, f. lehká droga

drogue dure, f. tvrdá droga

## **E**

échange, m. výměna

effet secondaire, m. vedlejší účinek

efficacité, f. účinnost

## **G**

gomme à la nocotine nikotinová žvýkačka

## **H**

hospitaliser hospitalizovat

## **I**

inopportun, e nepřiměřený

intoxication, f. otrava



## **M**

marge de manœuvre, f.	manévrovací prostor
médicament, m.	lék
médicamenteux, euse	medikamentózní

## **N**

neuroleptique	neuroleptický
nicotine, f.	nikotin

## **O**

opiacé	opiový
overdose, f.	předávkování (drogou)

## **P**

patch à la nicotine, m.	nikotinová náplast
pathologique	patologický
postcure, f.	doléčení
prescription, f.	předpis/recept
prise en charge, f.	umístění do léčby
programme thérapeutique, m.	léčebný program
psychothérapie, f.	psychoterapie

## **R**

rechute, f.	recidiva/návrat
-------------	-----------------

réinsertation, f. opětné začlenění

## **S**

sensibilisation interne, f. senzibilace organismu

sevrage, m. odvykání

soin, m. péče

surdosage, m. předávkování

symptôme, m. příznak

## **T**

thérapeutique léčebný

toxicomane, m. drogově závislý

traitement, m. léčba

tranquillisant, m. sedativum

## 6 ZÁVĚR

V této části je třeba shrnout výsledky a přínos naší bakalářské práce nesoucí název *Komentovaný překlad ze sociální oblasti*.

Cílem této bakalářské práce je kvalitní a srozumitelný překlad knihy od francouzského autora Daniella Baillyho s názvem *Alcool et les drogues chez les jeunes: agissons*, ze které jsme překládali část čtvrté kapitoly. Díky překladu jsme se přesvědčili o tom, že užívání drog a alkoholu dospívajícími není v dnešní době nic neobvyklého. Dozvěděli jsme se, že existují různá specializovaná centra, ve kterých se zabývají právě léčbou závislosti a že se rozlišují dva extrémní způsoby léčby, a to model *Anonymních alkoholiků* a model založený na mezioborovém přístupu. Nahlédnutím do této problematiky jsme zjistili, že není lehké pracovat s dospívajícími, kteří jsou závislí na drogách a alkoholu. Jejich rodiče i okolí se nachází ve velmi nepříjemné situaci, často nevědí, jak s dospívajícím komunikovat a jak mu nejlépe pomoci. Proto je důležité v této situaci vyhledat pomoc odborníků a zajistit tak správné zapojení dospívajícího do léčebného procesu. Ten si musí stanovit dosažitelné cíle a postupně se snažit je během léčby dosáhnout. Právě rodiče a odborníci jsou pro něj důležitou oporou v těchto těžkých chvílích.

V teoretické části bylo úkolem shrnout základní charakteristiku funkčního odborného stylu s hlavním zaměřením naší pozornosti na texty psané, konkrétně na texty populárně naučné, kam řadíme i náš překlad. Čerpali jsme hlavně z publikace Marie Čechové *Současná stylistika*. Díky tomuto zdroji jsme se dozvěděli potřebné informace k odbornému stylu, který se vyznačuje přesností, neexpresivností, jasností a srozumitelností. V neposlední řadě jsou významným prvkem termíny, které jsou v textu hojně zastoupeny. Odborný text se od populárně naučného textu liší slovní zásobou a složitější jazykovou výstavbou, protože populárně naučné texty vyžadují větší srozumitelnost pro své laické čtenáře, kterým je text určen. Přesto můžeme konstatovat, že i v populárně naučném textu

se můžeme setkat s termíny nebo stavbou vět, které nám mohou při překladu činit problémy.

V komentáři věnovaném našemu překladu jsme se zaměřili především na rozdíly mezi francouzštinou a češtinou, které v první řadě vyplývají z typologie obou jazyků. Jak už bylo řečeno, i přes skutečnost, že byl text přizpůsoben méně zkušeným čtenářům, v určitých pasážích překládaného textu se jednalo o text poměrně obtížný na překlad.

Dospěli jsme proto k názoru, že bez jistých překladatelských zkušeností a internetových vyhledávačů by se text překládal jen s velkými obtížemi. Pro větší srozumitelnost jsme si také často vypomohli překladatelskými postupy. Proto je zřejmé, že překladatel by měl mít i teoretickou průpravu.

Doufáme, že se nám překlad zdařil a že jsme případným čtenářům předložili text, který pro ně bude nejen srozumitelný, ale také přínosný, a to jak nejen v oblasti slovní zásoby.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

### 7.1 Monografie a odborné články

[1] ČECHOVÁ, Marie. a kol. *Současná stylistika*. Praha : Lidové noviny, 2008. 381 s. ISBN 978-80-7106-961-4.

[2] HAUSENBLAS, Karel. *Výstavba jazykových projevů a styl*. Praha: Univerzita Karlova, 1972. 184 s. ISBN nevedeno.

[3] ILEK, Bohuslav. Místo torie odborného překladu v soustavě věd o překladu. In *Překlad odborného textu*. Ed. A. POPOVIČ. Bratislava : SPN, 1997, 10-17s. ISBN nevedeno.

[4] KARLÍK, Petr, NEKULA, Marek, PLESKALOVÁ, Jana. *Encyklopedický slovník češtiny*. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 2002. 604 s. ISBN 80-7106-484-X.

[5] KOLÁŘÍKOVÁ, Dagmar. *Historie a současnost odborného překladu u nás*. Plzeň : 2007. Disertační práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická.

[6] LEVÝ, Jiří. *Umění překladu*. Praha : Apostrof, 2012. 367 s. ISBN 978-80-87561-15-7.

[7] MAN, Oldřich. Otázky ekvivalence v odborném překladu. In *Překlad společenskovedných textov*. Ed. A. POPOVIČ. Bratislava : Obzor, 1978. 51-60 s. ISBN nevedeno.

[8] TIONOVÁ, Alena. *Francouzština pro pokročilé*. 1. vyd. Praha: LEDA,2000. 526 s. ISBN 80-85927-80-2.

[9] VYSLOUŽILOVÁ, Eva, MACHALOVÁ, Milena. *Cvičebnice překladu pro rusisty, politika, ekonomika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 235 s. ISBN 978-80-244-3854-3.

[10] ZEHNALOVÁ, Jitka. a kol. *Kvalita a hodnocení překladu: Modely a aplikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 343 s. ISBN 978-80-244-4792-6.

[11] ŽVÁČEK, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu I. (Odborný překlad)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 1995. 51 s. ISBN 80-7067489-X.

[12] ŽVÁČEK, Dušan. *Úvod do teorie překladu (pro rusisty)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1998. 51 s. ISBN 80-7067-814-3.

## 6.2 Internetové zdroje

[13] Odile Jacob. [online] . [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: [http://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/developpement-de-l-enfant/alcool-drogues-chez-les-jeunes-agissons\\_9782738122551.php](http://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/developpement-de-l-enfant/alcool-drogues-chez-les-jeunes-agissons_9782738122551.php)

[14] LINGEA. [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <https://slovniky.lingea.cz>

[15] LINGUEE. [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.linguee.fr/francais-tcheque>

## 8 RESUMÉ

### 8.1 Resumé v češtině

Tato bakalářská práce se zabývá překladem populárně naučného textu z francouzštiny do češtiny. Konkrétně se jedná o text ze sociální oblasti s příslušným komentářem. Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část, která je teoretická, je věnována charakteristice odborného funkčního stylu a také je zde kladen důraz na psané texty, konkrétně texty populárně naučné, do kterých spadá i samotný překládaný text. V této části se dále hovoří o překladu populárně naučného textu a typických znacích odborného překladu. Ve druhé, praktické části, se již pozornost zaměřena na samotný překlad knihy od francouzského autora Daniela Baillyho s názvem *Alcool et les drogues chez les jeunes: agissons*. Toto téma ze sociální oblasti bylo zvoleno z důvodu zájmu o tuto problematiku a mimo jiné i proto, že je toto téma v dnešní době velmi aktuální. Pro překlad byla vybrána část čtvrté kapitoly této knihy, v níž autor radí jak pomoci dospívajícím s jejich závislostí. Po překladu následuje komentář k překladu, kde je kladen důraz na výčet překladatelských problémů a rozdílnost obou jazyků. Komentář je zakončený glosářem, který obsahuje lékařské termíny z textu.

Cílem práce je kvalitní překlad výchozího textu do českého jazyka a detailnější analýza překládaného textu s náležitým komentářem. S tím souvisí i další cíl, kterým je stručná charakteristika odborného stylu a překladu populárně naučného stylu. Originál překládaného textu je přiložen k této bakalářské práci, která může být přínosem nejen pro čtenáře se zájmem o problematiku alkoholu a drog, ale i pro zájemce o překlad populárně naučných textů.

## 8.2 Résumé ve francouzštině

Le présent mémoire porte sur la traduction d'un texte de semi-vulgarisation scientifique du français en tchèque. Concrètement il s'agit d'un texte de la sphère sociale, suivi d'un commentaire détaillé de la traduction. Le mémoire est divisé en deux parties principales. Dans la première partie, qui est théorique, l'attention est portée sur la caractéristique d'un style scientifique en portant notre attention sur les textes écrits, essentiellement les textes de semi-vulgarisation scientifique où on peut classer le texte original. Cette partie comporte aussi la traduction du texte de semi-vulgarisation scientifique et des caractéristiques de la traduction spécialisée. La deuxième partie, dans ce cas pratique, contient la traduction d'une partie du livre *Alcool et les drogues chez les jeunes : agissons* de l'auteur français Daniel Bailly. Le choix de ce sujet n'est pas un fait du hasard, il se justifie par le fait qu'il s'agit d'un problème de plus en plus actuel. C'est pour cette raison que le choix du texte est porté sur le quatrième chapitre de ce livre dans lequel l'auteur conseille comment réagir et se comporter dans le cas de l'abus et de la dépendance chez des adolescents. Une partie intégrante est aussi le commentaire où il est possible de trouver une liste des difficultés rencontrées par la traductrice lors de son travail. Le commentaire est accompagné d'un glossaire avec les termes médicaux qui se trouvent dans le texte à traduire.

L'objectif du présent mémoire est une traduction de qualité du texte français traduit en tchèque ainsi qu'une analyse détaillée du texte avec le commentaire et la caractérisation du style scientifique. Il est possible de trouver l'original du texte en annexe de ce mémoire. La traduction a pour ambition d'être un apport non seulement pour des lecteurs s'intéressant à la problématique de l'alcool et des drogues, mais aussi pour des personnes qui s'intéressent à la traduction spécialisée.



## 9 PŘÍLOHY

### 9.1 Que faire devant un adolescent présentant un abus ou une dépendance ?

La découverte de problèmes liés à l'alcool ou aux drogues chez un adolescent est toujours une expérience difficile pour les parents. Elle provoque souvent chez eux des réactions excessives et inopportunes. Comme on l'a dit, l'intensité de l'angoisse liée au fait d'avoir un fils ou une fille « alcoolique » ou « toxicomane » favorise toujours la résurgence de difficultés affectives et relationnelles antérieures, difficultés que l'on a bien souvent refusé de voir ou d'affronter. La découverte de problèmes liés à l'alcool ou aux drogues chez un adolescent remet toujours en cause les parents dans leurs capacités éducatives, dans leurs capacités à être de « bons » parents. Face à leurs propres sentiments de honte et de culpabilité, ils exigent souvent, de façon plus ou moins brutale et violente, des réponses concrètes et immédiates.

#### 9.1.1 Favoriser la demande d'aide et de soins

Un démon obscur lui soufflait :  
« Tu meurs, mais tu ne t'ennuies plus. »  
François MAURIAC

Avoir affaire à un adolescent consommateur abusif ou dépendant n'est jamais chose facile. Face aux adultes, les adolescents qui présentent des problèmes avec l'alcool et les drogues adoptent le plus souvent un comportement provocateur. Leurs arguments ne manquent pas et sont bien connus : la liberté d'user de son corps, l'importance des consommations tolérées chez les adultes, la crise de la société, le chômage, l'absence de crédibilité des adultes, etc. Pour reprendre les propos de Philippe Jeammet, « c'est le "je n'ai pas demandé à naître" que l'adolescent jette comme une insulte à la figure de ses parents et à quoi il est tenté d'opposer son : je peux choisir de mourir ». Fuir ou refuser les conflits en voulant à tout prix imposer son point de vue ne résout pas les problèmes. Si ce comportement provocateur vise à masquer sa souffrance et ses difficultés, il permet aussi à l'adolescent de tester notre disponibilité, notre authenticité, notre capacité à lui répondre. Sans dramatiser la situation mais sans pour autant la banaliser, nous nous devons de trouver des réponses efficaces à son argumentation afin de l'aider à mieux situer les vrais problèmes que posent ses conduites

d'abus d'alcool et de drogues. Il n'y a pas de recette miracle en ce domaine. Rester soi-même, assumer sa part de responsabilité, lui montrer que nous sommes capables de tolérer son agressivité, savoir poser des limites, c'est lui montrer que nous sommes capables et prêts à l'aider.

### **9.1.1.1 Comment maintenir un dialogue fructueux**

Au travers de ses provocations, l'adolescent cherche le plus souvent à se délivrer de sa dépendance aux autres et de sa crainte de la passivité en les faisant vivre à son entourage, qui se trouve dès lors placé en situation de demandeur impuissant. Ce n'est pas lui qui a des problèmes, ce sont les autres, et surtout ceux qui s'intéressent à lui. Ce n'est pas lui qui demande « quelque chose », ce sont ceux qui s'intéressent à lui. Ce comportement, à première vue paradoxal, permet en fait à l'adolescent de maintenir le contact, tout en niant le besoin qu'il a des autres et en en faisant porter la responsabilité à son entourage. Ce sont les autres qui sont alors forcés d'exprimer ce besoin, qu'il ne peut reconnaître comme sien. Dans ce contexte, on conçoit aisément que la relation puisse rapidement tourner à une véritable « lutte de pouvoir ». Si les parents, et plus généralement les adultes qui s'intéressent à lui, se montrent trop distants, l'adolescent risque de le vivre comme un nouvel abandon, comme une marque de « non-amour ». S'ils se montrent trop pressants, il risque de le vivre comme un nouvel obstacle à son bonheur et à sa liberté. La marge de manœuvre est souvent étroite. Mais il convient d'inspirer à l'adolescent un sentiment de sécurité, de lui montrer que l'on peut être pour lui un « repère » digne de confiance.

Mieux vaut éviter de centrer la relation sur la prise d'alcool et de drogues et sur les risques qu'il encourt. Les adolescents ont parfaitement conscience de leur consommation. Ils ont parfaitement conscience des risques liés à cette consommation. Les lui rappeler, c'est lui rappeler sa dépendance et son besoin des autres, ce dont il cherche justement, en vain, à se délivrer. Les problèmes sont ailleurs. Une écoute attentive lui permettra d'exprimer son vécu douloureux et lui montrera l'intérêt qu'on y porte. Les parents, comme en général tous les adultes, ont tendance à ne voir dans les conduites d'abus d'alcool et de drogues chez l'adolescent que leur côté « suicidaire ». Mais si l'adolescent est devenu un consommateur abusif ou dépendant, c'est parce que l'alcool et les drogues se sont imposés à lui, à un moment donné de son existence, comme un « objet thérapeutique idéal », venant à la fois révéler et combler ses difficultés à vivre. Bien que minées par l'autodestruction, les conduites d'abus d'alcool et de drogues visent avant tout, au moins dans un premier temps, le but de vivre.

Quelles que soient les raisons qui les sous-tendent, c'est une conduite adaptative qui permet à l'adolescent d'avoir le sentiment d'exister. C'est pour cela que les adultes ont souvent l'impression, à juste titre, que les « promesses d'arrêter » formulées par l'adolescent sont toujours marquées du sceau de l'ambiguïté. Renoncer à l'alcool et aux drogues, c'est accepter de se retrouver face aux difficultés que l'on croyait à jamais résolues. Tout adolescent consommateur abusif ou dépendant éprouve de temps à autre l'intention de s'en sortir. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il soit prêt à rompre avec ses habitudes de consommation, ni même qu'il le désire vraiment, même si l'on ne peut mettre en doute l'authenticité de sa demande au moment où il la formule.

Seule une attitude compréhensive mais ferme permet en général de se sortir des pièges de cette relation souvent déconcertante. Ici plus que jamais, les parents, mais aussi tous les adultes qui veulent aider l'adolescent, doivent savoir garder à l'esprit le vieil adage populaire : « Il n'y a pas d'urgence, il n'y a que des gens pressés. » Plus qu'une action, une réponse, une solution, c'est l'attitude que l'on adopte face à l'adolescent qui importe surtout. Elle doit être celle d'adultes responsables. C'est dire qu'il convient de se montrer présent, disponible, d'écouter attentivement et de façon vigilante ce que dit l'adolescent, sans pour autant se placer en situation de séducteur ou de complice. Mais c'est dire aussi qu'il convient de se montrer ferme, de savoir poser des limites, sans céder à la tentation souvent grande de promulguer un interdit *a priori*, en évitant toute attitude de réprobation moralisante. Des paroles prononcées dans la précipitation telles que « Je t'interdis de boire de l'alcool », « Tu ne sortiras plus avec tes copains », « Tu me promets de ne jamais plus recommencer », « Tu ne vois pas tout le mal que tu nous fais », sont inutiles et contre-productives. Avant d'agir, il convient d'abord d'essayer de comprendre ce qui se passe afin de se mettre d'accord sur quelques règles de conduite, tout en encourageant et en aidant l'adolescent à les respecter. Seule une attitude compréhensive mais ferme permet en général un échange réel avec l'adolescent, dans une réflexion en commun, structurante pour lui et susceptible de favoriser sa demande d'aide et de soins.

### **9.1.1.2 Savoir se faire aider**

Souvent, les parents se sentent démunis et incapables de soutenir la relation avec l'adolescent. Il vaut mieux dans ce cas reconnaître ses difficultés et se faire aider, plutôt que d'entraîner la relation dans une impasse qui risque de précipiter le passage à d'autres formes de déviations. P. Watzlawick, un spécialiste des théories de la communication, avait l'habitude de dire que les difficultés ne résident pas

tant dans le problème posé mais plutôt dans la solution qui a été adoptée pour faire face à ce problème.

C'est généralement lorsque les parents se sentent démunis et incapables de soutenir la relation avec l'adolescent qu'ils réclament une prise en charge rapide, voire une hospitalisation en urgence, attribuant au traitement un effet « magique » qui viendrait annuler toutes leurs difficultés. Accéder à leur demande dans un tel contexte risque alors d'être vécu par l'adolescent comme une trahison, comme un nouveau rejet de leur part, rejet dont le médecin se serait fait complice. Une prise en charge, une hospitalisation mal préparée ou inappropriée a toutes les chances d'aboutir rapidement à un échec. De plus, cet échec, toujours très durement ressenti par l'adolescent, risque fort de disqualifier pour longtemps le recours aux services d'aide et de soins.

Bien préparer la mise en place du traitement est un élément essentiel de la prise en charge. Pour cela, il faut se donner le temps. Rien ne peut être fait sans une collaboration active entre l'adolescent, ses parents, le médecin et les autres intervenants. Rétablir un dialogue fructueux avec l'adolescent, afin de lui donner l'occasion de mûrir sa décision de couper avec l'alcool et les drogues, est un préalable nécessaire, seul gage d'efficacité. Aider les parents à reconstruire une fonction parentale satisfaisante, les aider à améliorer leur vécu et leur disponibilité vis-à-vis de l'adolescent doit, dès le départ, faire partie intégrante du projet thérapeutique. Mais rétablir un dialogue fructueux, cela signifie aussi accepter de réfléchir ensemble. Généralement, avec le traitement, ce que les parents semblent le plus souvent attendre, c'est que « tout redevienne comme avant ». La survenue de conduites d'abus et de dépendance chez un adolescent signifie toujours que « quelque chose a raté ». C'est dire que les parents vont devoir s'adapter aux problèmes posés.

Certains parents peuvent hésiter à se livrer, par culpabilité ou par crainte de se voir dépossédés de leur rôle de parents. D'autres, au contraire, vont d'emblée exposer, avec beaucoup de complaisance, leur sentiment de ne pas avoir été de « bons parents », comme si cet aveu de culpabilité était une partie de la solution aux problèmes posés. Il faut souvent du temps pour accepter l'idée que les regrets ne servent à rien et que ce n'est pas en pensant constamment que les choses auraient pu se passer différemment que l'on peut progresser. Savoir se remettre en cause n'est pas chose aisée. Mais les parents doivent savoir que rien ne pourra être fait sans leur participation active au processus de changement.

### **9.1.2 Les différents modèles de traitement**

Les parents se sentent souvent perdus dans le labyrinthe des nombreuses stratégies thérapeutiques actuellement disponibles, de

conceptions parfois opposées. Cette diversité trouve en fait sa cohérence dans la nécessité d'adopter, pour chaque cas donné, une formule « sur mesure », correspondant aux besoins de l'adolescent, à son mode relationnel et à ses possibilités d'adaptation, l'évolution permettant de moduler les moyens utilisés. Loin d'être exclusives les unes des autres, ces différentes stratégies seront d'ailleurs en général intégrées et associées dans la prise en charge.

En raison des multiples facteurs en jeu, en raison de leur variabilité d'un sujet à l'autre, le traitement des conduites d'abus et de dépendance n'est ni simple, ni bien codifié. En ce domaine, tout est possible. De nombreux modèles de traitement peuvent être recensés en fonction de leurs objectifs et des moyens utilisés. Schématiquement cependant, deux modèles extrêmes peuvent être distingués : le modèle de type Alcooques anonymes et le modèle multidisciplinaire.

Le modèle de type Alcooques anonymes est centré uniquement et spécifiquement sur les conduites d'abus et de dépendance. Très structuré, il implique de franchir progressivement les différentes étapes de la prise en charge : reconnaître la réalité de l'abus et ses conséquences ; admettre la nécessité d'une aide ; identifier ce qui nécessite d'être changé dans son comportement ; effectuer ces changements et développer un nouveau mode de vie sans alcool et sans drogues.

Le modèle multidisciplinaire se donne pour objectif de prendre en charge la totalité des problèmes que présente le sujet. Il implique nécessairement l'intervention de plusieurs spécialistes, appartenant ou non à la même structure.

Même si en pratique les choses sont moins tranchées, on peut dire que les possibilités de soins offertes aux sujets consommateurs abusifs ou dépendants s'organisent schématiquement en France autour de ces deux modèles. D'un côté, s'est constitué au fil des années un réseau de centres spécialisés dans lequel la prise en charge, centrée sur les conduites d'abus et de dépendance, s'organise selon une « chaîne thérapeutique » comprenant schématiquement l'accueil, le sevrage, la postcure et la réinsertion. De l'autre, la prise en charge des conduites d'abus et de dépendance reste inscrite dans le champ de la psychiatrie, permettant un abord plus global des difficultés psychologiques et/ou sociales que présente le sujet.

Ces deux modèles posent en fait de façon exemplaire la question de la philosophie générale des soins aux sujets en difficulté avec l'alcool et les drogues : faut-il se centrer exclusivement sur les conduites d'abus et de dépendance, ou prendre en charge globalement les difficultés du sujet dont les conduites d'abus et de dépendance ne représentent qu'un des aspects ? S'il n'existe pas de modèle « idéal » convenant à tous les sujets, cette question revêt une importance toute particulière chez l'adolescent. Intégrer d'emblée et systématiquement un adolescent

consommateur abusif d'alcool et de drogues dans un programme thérapeutique élaboré *a priori*, l'intégrer d'emblée dans le circuit des centres spécialisés, c'est prendre le risque de renforcer son identification et son degré d'insertion au groupe marginal des « alcooliques » ou des « toxicomanes ». Il n'est pas question ici de dénier l'importance des conduites d'abus et de dépendance chez l'adolescent. Mais alors que l'adolescent est à la recherche de son identité, ne le considérer que comme un consommateur abusif ou dépendant risque de l'enfermer dans ce « faux personnage » et de l'empêcher d'évoluer. Ce risque de stigmatisation montre bien que si l'évolution et le pronostic dépendent du contexte individuel et environnemental dans lequel s'inscrivent les conduites d'abus et de dépendance, la place faite à l'adolescent consommateur abusif d'alcool et de drogues et les mesures adoptées peuvent aussi influencer cette évolution dans un sens soit favorable, soit défavorable.

Autrement dit, si le modèle de type Alcooliques anonymes semble plutôt devoir être réservé aux sujets présentant une dépendance sévère et ancienne, le modèle multidisciplinaire apparaît en général mieux adapté aux spécificités et aux besoins de l'adolescent consommateur abusif d'alcool et de drogues. Les difficultés de ce type de prise en charge, impliquant nécessairement l'intervention de plusieurs spécialistes, résident cependant dans la coordination et la cohérence des actions qui vont être entreprises.

### **9.1.3 Traiter l'abus et la dépendance**

Pour la plupart des gens, le traitement des conduites d'abus et de dépendance se résume encore bien souvent à ce que l'on appelle la « cure de sevrage ». Une cure de sevrage n'est en fait indiquée que si le sujet présente des phénomènes de dépendance physique, ce qui est rare chez l'adolescent. La cure de sevrage permet simplement d'arrêter la prise d'alcool ou de drogues en évitant la survenue des symptômes physiques et psychiques liés au manque. De courte durée, elle ne pose, en soi, aucun problème particulier. Mais arrêter la prise d'alcool ou de drogues ne signifie pas traiter les mécanismes sous-tendant l'abus et la dépendance comportementale. C'est dire que si la cure de sevrage peut représenter le premier temps de la prise en charge chez les sujets présentant une dépendance physique, elle n'en constitue nullement l'élément essentiel. Le problème réside avant tout dans la nécessité de rompre le cercle vicieux qui s'est installé, entretenant le besoin d'alcool et de drogues et leur consommation excessive.

### 9.1.3.1 Fixer des objectifs réalisables

Avant de démarrer une prise en charge, il convient d'abord d'en préciser les objectifs. Concernant les conduites d'abus et de dépendance chez l'adolescent, débats et controverses restent vifs à ce sujet. Certains auteurs, plutôt partisans du modèle de type Alcooliques anonymes, préconisent d'emblée une abstinence totale sur la vie entière. Pour d'autres, la résolution des problèmes qui sous-tendent l'abus d'alcool et de drogues doit tout naturellement conduire à l'abandon des conduites de consommation. Aussi, préconisent-ils une abstinence temporaire, limitée à la période de résolution des problèmes associés aux conduites d'abus et de dépendance. Enfin, d'autres encore, constatant qu'il est particulièrement difficile d'obtenir une abstinence totale à cet âge de la vie, suggèrent d'apprendre aux adolescents à contrôler leur consommation, afin de limiter la fréquence et la sévérité des rechutes.

Quelle que soit la préférence donnée à tel ou tel point de vue, il ne peut y avoir en matière de conduites d'abus et de dépendance chez l'adolescent de réponse univoque. Certes, nous savons bien que tout usage abusif et prolongé d'alcool et de drogues a les plus grandes chances d'aboutir à la marginalisation de l'adolescent, tant il est vrai que l'alcool et les drogues en eux-mêmes tendent à uniformiser les comportements et peuvent induire des complications somatiques, psychologiques et sociales. Mais isoler l'usage de l'alcool et des drogues du contexte individuel et environnemental particulier à chaque adolescent, c'est aussi risquer de proposer des « fausses solutions » qui seront toujours rejetées comme telles. C'est dire que les objectifs de la prise en charge doivent toujours être négociés avec l'adolescent et ses parents. Dans ce contexte, il convient de toujours garder à l'esprit qu'exagérément inquiets à propos de leur valeur et soucieux de répondre à ce qu'ils pensent être les attentes de l'autre, les adolescents consommateurs abusifs ou dépendants ont souvent tendance à se fixer eux-mêmes des objectifs dépassant largement leurs capacités d'adaptation. En cas d'échec, ils n'auront alors pas d'autres choix que de s'en vouloir à eux-mêmes, ce qui risque d'accroître leur sentiment d'incompétence, ou d'en vouloir aux autres, en les accusant d'avoir menti et d'être incapables de les aider. Autrement dit, une progression par étapes, tenant compte de l'évolution des besoins et des capacités d'adaptation de l'adolescent, vaut toujours mieux que le « tout, tout de suite », qui risque fort d'entraîner rapidement la prise en charge dans une impasse.

### 9.1.3.2 Les thérapies cognitivo-comportementales

L'approche cognitivo-comportementale repose schématiquement sur l'idée que les comportements humains, qu'ils soient normaux ou pathologiques, résultent tous d'un apprentissage. Il s'agit donc ici d'apprendre à l'adolescent à maintenir son abstinence ou à contrôler sa consommation.

Cet apprentissage repose d'abord sur une information concernant à la fois les produits, les mécanismes sous-tendant le développement des phénomènes de dépendance, et les complications somatiques, psychologiques et sociales liées à l'abus d'alcool et de drogues. Certes, les adolescents consommateurs abusifs ou dépendants ont généralement une bonne connaissance des risques qu'ils encourent. Mais en même temps, les fausses croyances au sujet de l'alcool et des drogues sont aussi souvent chez eux tenaces. Une des plus répandues est par exemple l'idée qu'il existerait des drogues « douces », sans danger, comme le cannabis, et des drogues « dures », comme l'héroïne. Il convient donc de partir de ce que l'adolescent connaît et méconnaît afin de l'aider à mieux appréhender les problèmes que pose sa consommation d'alcool et de drogues et lui montrer que la notion de dangerosité ne tient pas tant au produit lui-même qu'à la manière dont on l'utilise et aux conditions personnelles et environnementales dans lesquelles on l'utilise. Dans le même ordre d'idée, il convient de faire accepter par l'adolescent l'idée d'un « seuil » dangereux à ne pas dépasser. Là aussi, il s'agit d'une notion extrêmement subjective, qui peut varier suivant les adolescents et chez un même adolescent en fonction des circonstances dans lesquelles il boit ou se drogue. C'est dire que ce « seuil » dangereux à ne pas dépasser doit être défini avec l'adolescent à partir d'une analyse soigneuse et exhaustive des modalités de sa consommation d'alcool et de drogues. Dans cette perspective, il est nécessaire d'apprendre à l'adolescent à reconnaître les situations dans lesquelles il a tendance à augmenter ou à ne plus contrôler sa consommation d'alcool et de drogues. Ces situations peuvent être liées à des facteurs d'ordre affectif, comme l'anxiété, la timidité, le « cafard » ou l'ennui. Elles peuvent aussi être liées à des facteurs interpersonnels, comme rencontrer certains amis, ou à des facteurs environnementaux, comme sortir entre copains ou aller au café après l'école. Chez certains adolescents, le seul fait d'entendre certains mots ou d'écouter certaines musiques peut déclencher chez eux le besoin d'alcool ou de drogues. Outre le contexte de survenue, l'analyse doit aussi porter sur le vécu de l'adolescent au moment où il consomme de l'alcool ou des drogues et sur les conséquences engendrées par sa consommation, pour lui et pour les autres. Toutes ces données sont indispensables pour choisir les techniques les plus appropriées aux problèmes posés. Divers procédés



peuvent ainsi être utilisés en fonction des objectifs visés : auto-contrôle, sensibilisation interne, arrêt de la pensée, *feedback*, relaxation, affirmation de soi, désensibilisation systématique, imitation, etc.

Une fois le traitement mis en place, il est recommandé de favoriser la participation de l'adolescent aux résultats thérapeutiques par la notation journalière, sur un cahier, de sa consommation, de ses modalités et de ses conséquences. Par rapport à une évaluation globale de l'évolution, cette méthode offre l'avantage d'une appréciation plus objective, plus sensible et plus analytique. Elle permet de moduler les techniques utilisées au plus près des besoins réels de l'adolescent et de ses capacités d'adaptation. Enfin, de nombreux auteurs insistent sur l'intérêt d'une évaluation préalable du fonctionnement familial et sur la nécessité d'intégrer dès le départ les parents dans le processus thérapeutique.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement de l'abus et de la dépendance chez l'adolescent. Par rapport aux psychothérapies d'inspiration analytique, les thérapies cognitivo-comportementales ont l'avantage d'être plus « concrètes » et plus facilement appréhendables pour l'adolescent et ses parents. Leurs limitations tiennent avant tout au degré de motivation et d'implication de l'adolescent et de ses parents dans le processus thérapeutique. Il est évident qu'aucun changement ne peut être obtenu si l'adolescent et ses parents ne réalisent pas effectivement le programme thérapeutique qui a été élaboré avec eux.

### **9.1.3.3 Les psychothérapies d'inspiration analytique**

Les psychothérapies d'inspiration analytique visent à essayer de mettre à plat les conflits inconscients supposés sous-tendre les conduites d'abus et de dépendance. C'est dire qu'elles nécessitent, dans un premier temps, d'élucider la signification inconsciente que peuvent revêtir ces conduites afin de permettre, dans un second temps, d'opérer les changements nécessaires.

Dans ce cadre, il s'agit d'abord de travailler sur le caractère ambivalent des conduites d'abus d'alcool et de drogues, placées à la fois sous le signe de l'autodestruction et du plaisir. Ces deux aspects coexistent généralement chez l'adolescent consommateur abusif ou dépendant, sans qu'il soit possible pour lui de les relier. Comme l'ont montré de nombreux auteurs, et notamment S. Freud, la violence participe de la lutte du petit enfant pour sa conservation et son affirmation. L'intégration de cette violence originelle au sein des progressives étapes du développement affectif permet normalement, par la suite, de la transformer en relation plus efficiente aux autres. Pour une raison ou pour une autre, l'enfant futur consommateur abusif ou dépendant n'aurait pu réaliser cette intégration, le condamnant à jouer, parfois à l'infini de la

répétition, au jeu de la vie et de la mort. Pour A. J. Charles-Nicolas et M. Valleur, les conduites d'abus et de dépendance peuvent être assimilées à un véritable jeu de « roulette russe » au cours duquel l'adolescent se donne tout autant la possibilité de survivre que celle de supprimer à son corps le droit de vivre. Au-delà des conduites d'abus et de dépendance, les psychothérapies d'inspiration analytique se proposent donc aussi de travailler plus globalement sur la façon dont l'adolescent se perçoit et sur la façon dont il perçoit les autres. Plusieurs facteurs, tenant à l'ensemble de la personnalité de l'adolescent, sont généralement mis en avant par les auteurs se réclamant de cette approche pour rendre compte du développement des conduites d'abus et de dépendance. Une faible estime de soi, des difficultés à réguler ses affects et à faire face, de façon appropriée, à ses pulsions et à ses émotions, des difficultés à gérer les relations interpersonnelles sont fréquemment retrouvées chez ces adolescents. Ces facteurs constituent autant de cibles sur lesquelles devra aussi porter le travail psychothérapique.

Si les psychothérapies d'inspiration analytique visent plus globalement à améliorer le fonctionnement de l'adolescent, elles nécessitent aussi une certaine capacité d'introspection. Chez les adolescents consommateurs abusifs ou dépendants, cette capacité fait souvent défaut et il leur est souvent difficile d'exprimer ce qu'ils ressentent. Aussi, la plupart des auteurs pratiquant cette approche recommandent d'adapter la technique analytique aux capacités réelles de l'adolescent. Plutôt que de s'interroger d'emblée sur le « pourquoi », au risque de se heurter aux défenses de l'adolescent, ils recommandent de travailler sur le « comment ici et maintenant ». Au travers de la relation thérapeutique, il s'agit schématiquement ici d'aider l'adolescent à progressivement faire le lien entre une situation donnée, ce qu'il ressent à ce moment-là, l'attitude ou le comportement qu'il adopte alors, et les conséquences qui en découlent. Si l'adolescent doit accepter de jouer le jeu, ce travail implique aussi une participation active du thérapeute qui doit guider l'adolescent, en dénommant, par exemple, les émotions ou les sentiments qu'il ne parvient pas à exprimer, en le gratifiant lorsque l'attitude adoptée apparaît appropriée ou en lui suggérant des solutions alternatives si son comportement apparaît inadapté.

Les psychothérapies d'inspiration analytique nécessitent que l'adolescent puisse s'investir personnellement et durablement dans la relation thérapeutique qui lui est proposée. Les adolescents consommateurs abusifs ou dépendants sont souvent instables, impulsifs, ils passent facilement à l'acte, ce qui est en général peu compatible avec ce type de traitement. Aussi, les psychothérapies d'inspiration analytique apparaissent-elles plus particulièrement indiquées lorsqu'il est possible de repérer chez l'adolescent des mouvements affectifs sur lesquels va pouvoir s'appuyer la prise en charge. Dans le même ordre d'idée,

beaucoup d'auteurs recommandent de passer avec l'adolescent un « contrat », précisant d'un commun accord les règles à respecter, afin de garantir l'observance et l'efficacité du traitement.

#### **9.1.3.4 Les thérapies de groupe**

Les thérapies de groupe sont plus particulièrement indiquées lorsque l'adolescent présente des difficultés relationnelles interpersonnelles risquant de le gêner en situation individuelle. Qu'elles soient d'orientation analytique ou cognitivo-comportementale, les thérapies de groupe ont l'avantage d'offrir aux adolescents des modèles d'identification directement accessibles leur permettant d'échanger plus facilement leurs expériences et ainsi d'apprendre progressivement à faire face aux pressions sociales et à leurs difficultés affectives et relationnelles sans avoir besoin obligatoirement de recourir à l'alcool ou aux drogues. Certains groupes sont spécifiquement centrés sur les conduites d'abus et de dépendance, avec parfois des objectifs précis, comme par exemple la prévention des rechutes, d'autres visent plus globalement à améliorer le fonctionnement psychosocial de l'adolescent.

Pour être efficace, un groupe thérapeutique doit obéir à certains critères et à certaines règles. Le groupe doit être suffisamment structuré et homogène afin d'éviter les tensions anxieuses qui risquent d'entraver son fonctionnement. Les participants au groupe doivent être sélectionnés sur la base de critères individuels préalablement définis, tels que la sévérité des troubles affectifs et comportementaux présentés par les adolescents, leur degré d'autonomie et/ou leur niveau d'efficacité intellectuelle. De même, les adolescents doivent accepter les règles de fonctionnement du groupe. Ces critères et ces règles peuvent varier en fonction des objectifs visés et des techniques utilisées. Ce processus de sélection est parfois vécu par l'adolescent et/ou par ses parents comme discriminatoire. Il vise en fait essentiellement à éviter qu'un ou plusieurs participants au groupe ne prennent trop l'ascendant sur les autres, au risque de renforcer chez ces derniers leur sentiment d'isolement et d'incompétence.

La quantité et la qualité du support psychosocial apporté par le groupe sont des déterminants essentiels de son efficacité. De nombreux auteurs soulignent cependant le risque de voir les adolescents transférer leur besoin de dépendance sur le groupe. Ne pouvant plus fonctionner de manière adéquate qu'en référence au modèle du groupe, l'adolescent risque alors d'être mis en difficulté dans sa vie quotidienne s'il ne trouve pas dans son environnement les conditions nécessaires au maintien de son équilibre. Le rôle du thérapeute est ici important. Ni trop passif, ni trop directif, son rôle est essentiellement de faciliter la communication entre les participants et de recadrer, si besoin, le fonctionnement du groupe autour des objectifs préalablement fixés et acceptés par tous.

### **9.1.3.5 Les traitements médicamenteux**

La place des traitements médicamenteux dans la prise en charge des conduites d'abus et de dépendance chez l'adolescent reste très limitée. De manière générale, ces traitements sont indiqués en cas de dépendance sévère ou résistante à une prise en charge psychosociale. Ils ont essentiellement pour but d'aider au sevrage et/ou au maintien de l'abstinence, en se substituant au produit d'origine ou en contrecarrant ses effets physiologiques et subjectifs.

Même si, au cours de ces dix dernières années, le nombre d'études publiées en ce domaine a augmenté, les données concernant l'utilisation de ces traitements médicamenteux chez l'adolescent restent fragmentaires. Aussi, leur prescription relève-t-elle de la responsabilité du médecin. La prescription d'un traitement médicamenteux doit également refléter un consensus entre l'adolescent, ses parents et le médecin. Il est obligatoire que l'adolescent et ses parents donnent leur consentement au traitement. Un traitement médicamenteux ne doit jamais être institué dans un climat de conflit, de désaccord ou de méfiance. C'est dire que l'adolescent et ses parents doivent être clairement informés des effets attendus, des risques d'effets secondaires, et des conditions d'administration et de surveillance du traitement. De même, ils doivent être informés des alternatives thérapeutiques possibles et des risques que l'adolescent encourt du fait de ses conduites de dépendance en cas de refus du traitement médicamenteux.

Les traitements médicamenteux ayant fait l'objet d'études chez l'adolescent concernent essentiellement la dépendance à la nicotine, la dépendance à l'alcool, et la dépendance aux opiacés (héroïne). Ces traitements ne doivent jamais être utilisés seuls. Ils doivent toujours être associés à une prise en charge psychosociale.

#### **9.1.3.5.1 Les traitements utilisables dans la dépendance à la nicotine**

Plusieurs études ont cherché à évaluer l'intérêt des gommes et des patchs à la nicotine, associés à une prise en charge cognitivo-comportementale, dans l'arrêt du tabac et le maintien de l'abstinence chez des adolescents dépendants à la nicotine. Si toutes ces études montrent que les gommes et les patchs à la nicotine sont bien tolérés chez les adolescents, les résultats concernant leur efficacité sont plus incertains. Aussi, apparaît-il préférable d'y avoir recours après échec d'une prise en charge cognitivo-comportementale utilisée seule. Par

rapport aux patchs à la nicotine, le bupropion (Zyban<sup>®</sup>) ne semble apporter aucun gain thérapeutique supplémentaire. De plus, le bupropion peut provoquer la survenue, chez certains adolescents, de crises convulsives.

#### **9.1.3.5.2 Les traitements utilisables dans la dépendance à l'alcool**

Deux médicaments, l'acamprosate (Aotal<sup>®</sup>) et la nal-trexone (Nalorex<sup>®</sup>, Revia<sup>®</sup>), ont été testés chez des adolescents dépendants à l'alcool en vue d'évaluer leur efficacité dans le maintien de l'abstinence. L'acamprosate est un médicament qui agit spécifiquement sur l'appétence alcoolique. La nal-trexone est une molécule qui bloque les récepteurs opiacés du système de récompense du cerveau et qui, de ce fait, diminue les effets euphorisants de l'alcool. À ce titre, elle semble plus spécifiquement active sur la perte de contrôle, c'est-à-dire sur la tendance à consommer massivement de l'alcool après l'absorption d'un premier verre. Ces deux médicaments sont en règle générale bien tolérés chez les adolescents. Des études montrent qu'associés à une prise en charge psychosociale, ils peuvent s'avérer utiles pour favoriser le maintien de l'abstinence et réduire l'envie de boire.

L'utilisation des médicaments antabuses, comme le disulfirame (Espéral<sup>®</sup>), a longtemps été considérée comme difficile chez l'adolescent, en raison de leurs effets secondaires, principalement cardiovasculaires et neurologiques, et des contraintes liées à leurs conditions d'administration. Ces médicaments ont pour effet de provoquer une réaction d'intolérance lors de la prise d'alcool, même à très faible dose. Si des études récentes suggèrent leur intérêt dans la prévention des rechutes chez les adolescents, tous les auteurs soulignent cependant la nécessité d'encadrer leur prescription de règles particulièrement strictes : sujet motivé et consentant, support familial satisfaisant et coopératif, surveillance médicale rigoureuse, contrôle régulier de l'observance du traitement. C'est dire que ce type de traitement ne doit être envisagé qu'après échec de toutes les autres stratégies thérapeutiques possibles.

#### **9.1.3.5.3 Les traitements utilisables dans la dépendance aux opiacés**

Les traitements dits « de substitution », comme la méthadone ou la buprénorphine (Subutex<sup>®</sup>), sont réservés aux sujets présentant une

dépendance physique caractérisée aux opiacés (héroïne). Comme leur nom l'indique, ces médicaments agissent, au moins partiellement, comme l'héroïne. En fait, en remplaçant la consommation d'héroïne, qui est un produit illicite, par une prise médicamenteuse rigoureusement contrôlée, l'objectif de ces traitements dits « de substitution » est d'abord de diminuer les risques multiples liés à la consommation d'héroïne (maladies somatiques, contamination par le VIH, mort prématurée par overdose, conduites délinquantes). Si ces traitements peuvent s'avérer, dans ce cadre, utiles, ils sont aussi, en soi, insuffisants. Outre le fait qu'ils doivent être bien conduits, toutes les études montrent que leur efficacité dans la réduction des risques liés à la consommation d'héroïne est en réalité directement proportionnelle à la quantité et à la qualité des interventions psychosociales qui accompagnent leur prescription.

En favorisant la mise en place des interventions psychosociales, les traitements dits « de substitution » peuvent aussi s'avérer utiles dans l'arrêt de la consommation d'héroïne. Associée à une prise en charge cognitivo-comportementale, la buprénorphine s'est révélée dans cette indication plus efficace que la clonidine (Catapressan<sup>®</sup>), un autre médicament couramment utilisé dans le sevrage des opiacés.

Comme pour l'alcool, la naltrexone (Nalorex<sup>®</sup>, Revia<sup>®</sup>), associée à une prise en charge cognitivo-comportementale, peut s'avérer utile dans la prévention des rechutes et le maintien de l'abstinence. En bloquant les effets de l'héroïne, elle peut aider à l'extinction progressive de son besoin.

#### **9.1.4 Traiter les troubles psychiatriques associés**

Comme on l'a vu, 75 % environ des adolescents consommateurs abusifs ou dépendants présentent également d'autres troubles, d'ordre affectif et/ou comportemental. Toutes les études montrent que la persistance de ces troubles favorise les rechutes et représente, à ce titre, un facteur de mauvais pronostic. Il est donc impératif de les traiter, parallèlement à la prise en charge des conduites d'abus et de dépendance.

##### **9.1.4.1 Un traitement souvent difficile**

Le traitement des troubles psychiatriques associés aux conduites d'abus et de dépendance ne diffère pas, dans ses modalités, de ce qui est habituellement préconisé chez tout sujet présentant de tels troubles. Sa mise en place chez les adolescents présentant des conduites d'abus et de dépendance s'avère cependant généralement plus « compliquée ». Chez les adolescents présentant des conduites d'abus ou de dépendance, le recours aux médicaments psychotropes (tranquillisants,

antidépresseurs, neuroleptiques) comporte des risques. Les médicaments psychotropes interagissent au niveau de l'organisme avec l'alcool et les drogues. Ces interactions peuvent modifier leur efficacité et augmentent les risques d'effets secondaires, notamment les risques d'intoxication aiguë. Par ailleurs, certains médicaments psychotropes ont des propriétés toxicomanogènes, et peuvent de ce fait induire une dépendance. Enfin, il est souvent difficile d'obtenir chez les adolescents consommateurs abusifs ou dépendants le respect des règles conditionnant leur administration et la surveillance de leurs effets. C'est dire que chez les adolescents consommateurs abusifs ou dépendants, le recours aux médicaments psychotropes doit être prudent et parfaitement encadré. De manière générale, il est recommandé, lorsque cela est possible, de privilégier les interventions psychothérapeutiques. Mais même dans ce cas, le traitement s'avère souvent difficile, en raison principalement de l'instabilité que présentent ces adolescents. Pour être efficace, un traitement psychothérapeutique nécessite toujours, de la part des patients, une certaine persévérance. À ce titre, tous les auteurs soulignent les difficultés généralement rencontrées chez les adolescents consommateurs abusifs ou dépendants pour obtenir leur adhésion au traitement et le respect des règles qui conditionnent la réussite de ces interventions.

#### **9.1.4.2 Quelques règles générales**

Que faire devant un adolescent présentant à la fois des conduites d'abus ou de dépendance et des symptômes psychiatriques ? Cette situation fréquemment rencontrée entraîne bien souvent des hésitations qui peuvent retarder la mise en place d'un traitement adapté. Doit-on rapporter tous les symptômes observés aux conduites d'abus ou de dépendance, ou doit-on systématiquement considérer ces symptômes comme le témoin d'un trouble psychiatrique associé ? L'évaluation des troubles psychiatriques chez les adolescents présentant des conduites d'abus et de dépendance n'est pas simple. Quelques règles générales permettent cependant de guider la conduite à tenir dans de tels cas.

Les états d'intoxication et de sevrage partagent avec les troubles psychiatriques un certain nombre de symptômes communs, d'ordre émotionnel et comportemental. Par ailleurs, comme on l'a vu, les conduites d'abus et de dépendance peuvent en elles-mêmes induire des troubles psychiatriques. Il importe donc, dans un premier temps, de savoir si les symptômes psychiatriques observés chez l'adolescent sont en rapport ou non avec sa consommation d'alcool ou de drogues. Bien souvent, seuls le sevrage et l'obtention d'une période d'abstinence suffisamment prolongée peuvent permettre de répondre à cette question. Pour cela, il peut être nécessaire d'hospitaliser l'adolescent.

La persistance des symptômes doit faire évoquer la possibilité d'un trouble psychiatrique associé, indépendant des conduites d'abus ou de dépendance. Il convient alors d'évaluer les troubles que présente l'adolescent le plus soigneusement possible. Diverses informations doivent être recueillies, concernant notamment la présence de symptômes psychiatriques avant le début des conduites de consommation ou durant les périodes antérieures d'abstinence, l'existence de troubles affectifs et/ou comportementaux dans la famille, ou encore la nature et l'efficacité des traitements antérieurement entrepris. Cette évaluation nécessite la collaboration active de l'adolescent et de sa famille. Elle nécessite aussi souvent que des renseignements soient pris auprès des différents intervenants ayant déjà eu à faire avec l'adolescent, qu'il s'agisse de son médecin traitant, de psychiatres ou de psychologues, ou encore de ses enseignants.

L'évaluation des troubles que présente l'adolescent est un préalable indispensable à la mise en place d'un projet thérapeutique adapté. Ce projet nécessite l'accord et l'adhésion de l'adolescent et de ses parents. Comme nous l'avons déjà indiqué, il est recommandé, lorsque cela est possible, de débiter par des interventions de type psychothérapique. Seule la persistance des troubles après plusieurs semaines d'abstinence sous couvert d'un traitement psychothérapique bien conduit doit faire envisager le recours à un traitement médicamenteux psychotrope.

La mise en place d'un traitement médicamenteux psychotrope doit toujours refléter un consensus entre l'adolescent, ses parents et le médecin. Là encore, l'adolescent et ses parents doivent être clairement informés des effets attendus, des risques d'effets secondaires et des conditions d'administration du traitement. De même, doivent-ils être informés des risques liés à l'évolution des troubles en l'absence de traitement médicamenteux. Il est dangereux de prescrire un traitement médicamenteux psychotrope si l'adolescent continue à consommer de l'alcool ou des drogues. De même, il est dangereux de prescrire un traitement médicamenteux psychotrope si l'adolescent et ses parents sont dans l'incapacité de respecter les règles d'administration du traitement. Certains médicaments psychotropes peuvent faire l'objet d'abus et de trafic. L'adolescent ne doit donc jamais avoir seul la responsabilité de son traitement. La mise en place d'un traitement médicamenteux psychotrope nécessite toujours une surveillance médicale rigoureuse et régulière. Son efficacité et ses effets secondaires doivent être soigneusement et régulièrement évalués. C'est dire que l'adolescent et ses parents doivent aussi accepter la nécessité de consultations rapprochées, au moins en tout début de traitement. Seul le respect de ces conditions peut permettre d'éviter les écueils les plus fréquemment rencontrés : surdosage accidentel ou suicidaire, traitement demeurant inactif du fait de prises irrégulières, arrêt prématuré du traitement en raison de la survenue



d'effets secondaires, reprise des conduites de consommation. L'expérience montre que ces écueils sont le plus souvent le fait d'adolescents et/ou de parents insuffisamment avertis, négligents ou irresponsables.