

# Specifické skupiny & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 19.–20. dubna 2018









# Specifické skupiny & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 19.–20. dubna 2018



Za podporu děkujeme Magistrátu hlavního města Prahy

*Autorský kolektiv:*

Jiří Dvořáček  
Olga Hanková  
Martin Hulík  
Jaroslava Chaloupková  
Lukáš Jakubec  
Radka Kobližková  
Marie Kučerová  
Gabriela Minařík  
Kateřina Morávková  
Tomáš Mottl  
Šárka Pelová  
Ilona Preslová  
Josef Radimecký  
Věra Roubalová Kostlánová  
Nora Staňková  
Josef Šedivý  
Michaela Štáfková  
Martin Titman  
Lucie Zittová  
Lucie Zobač

© Veronika Maxová (ed.) a kol., 2018

© SANANIM, 2018

Foto na obálce © Bear Slippers, Ryan McGuire, 2015

Design a sazba © Jan Tippman, 2018

Vydal SANANIM z.ú., Ovčí hájek 2549/64 A, 158 00 Praha 13

[www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)

ISBN 978-80-907463-0-5

# Obsah

Úvodem . . . . .	7
Specifické cílové skupiny? . . . . .	9
Příběh jedné uprchlice . . . . .	15
Služby jen pro gamblery – nový proud, nebo slepé rameno vývoje adiktologie? . . . . .	21
Končím se vším . . . . .	27
Jak se rodí uživatel . . . . .	33
Problémy s užíváním návykových látek dětmi s nařízenou ústavní výchovou . . . . .	37
Dvě polohy práce kurátora pro děti a mládež v případech dětských uživatelů drog (poradenství × kontrola) . . . . .	41
Jak si vede romský klient v našich službách a co se daří pracovníkovi v romské komunitě . . . . .	47
Závislost v rodině z pohledu vývojové psychologie – 8 věků člověka. . . . .	51
Domácí násilí a návykové látky – zkušenosti z ACORUSU . . . . .	53
Starci na máku . . . . .	59
Abstinence pro starší a pokročilé . . . . .	63
Klient ve vězení . . . . .	67





# Úvodem

Josef Šedivý

Tato konference pro nás byla obzvláště důležitá i proto, že byla jubilejní, desátá. Máme radost, že se nám všem daří najít si každý rok termín v přeplněných kalendářích, a mohou se tak potkávat lidé, kteří pracují v drogových službách, ale také v nejrůznějších institucích a úřadech (sociální pracovníci, protidrogoví koordinátoři, kurátoři pro mládež, vychovatelé, lékaři...). Dáváme prostě prostor všem, kdo se s tématem závislosti setkávají při své práci, a doufáme, že se nám daří plnit jeden z cílů, které jsme si před deseti lety dali: napomáhat překračovat rámce odborností a vytvářet sítě zainteresovaných odborníků.

Ale k tématu letošní konference. Obecně platí, že klienti ze specifických skupin mají specifické potřeby a podle toho je k nim vhodné přistupovat. Dávno zažité máme skupiny například podle věku (mladistvých a starých uživatelů), pohlaví (matky s dětmi), etnicity (Romové a ruskojazyční uživatelé) apod., ale s měnící se drogovou scénou se vydělují i další skupiny. V drogových službách se například objevuje skupina patologických hráčů, roste počet uživatelů nových drog, akcentují se ambulantní služby, vznikají ambulance pro mladistvé.

Tyto nové skupiny nás zajímají a chceme na ně reagovat, a proto jsme pro letošní konferenci zvolili jako téma Specifické skupiny a drogy. Pozornost tedy byla věnována nejen „starým známým“, ale i těm skupinám, které jsou nové či okrajové. Některé příspěvky specifické cílové skupiny hájily, jiné polemicky položily otázku, zda vůbec má smysl jim léčbu připůsobovat. Možná neprozradíme nic nového, když hned v předmluvě zmíníme, že některé příspěvky obsahovaly sdělení, které spíše než existenci specifických skupin zvažovalo jejich neexistenci.

Josef Šedivý, SANANIM



# Specifické cílové skupiny?

Jiří Dvořáček

Počátkem roku 2016 jsme v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr (dále jen ČD) otevřeli nový program s názvem 3D. Nový program nahradil původní detox, když z původního hlavního terapeutického cíle prvních dní (totiž detoxikace) učinil cíl vedlejší, pomocný a do popředí postavil cíle jiné – další dvě písmena D v názvu 3D: diagnostiku (přesněji zjišťování možností a potřeb pacienta) a diferencovanou péči (nabídnutí terapeutického programu co nejvíce odpovídajícího možnostem a potřebám).

Program 3D měl doplnit stávající odvykácí programy a být jejich alternativou. V průběhu doby jsme shledali, že se významně proměnil pacient, že narůstá počet lidí s odlišnými potřebami a že i my terapeuti chceme mít v terapii jinou roli.

Náš „klasický“ odvykácí program vznikl v době, kdy pacienti přicházeli na léčení vesměs v životním debaklu, v celkovém selhání, na konci závislostní kariéry, s velmi poškozeným somatickým zdravím, se škodami spíše neurologickými než psychiatrickými, bez duálních diagnóz, bez valné motivace k léčbě (k léčbě byl pacient okolnostmi donucený a pod různými ultimáty musel vydržet vše) a pocházel z jedné sociální skupiny (docela nedávno jsme všichni byli jedna sociální skupina) s podobným způsobem života a s podobnými možnostmi.

Po revoluci v roce 1989 se začal pacient v těchto rysech proměňovat: pacienti přicházejí mnohem dříve než v debaklu, mnoho životních rolí mají zachovalých, nemají tolik poškozené somatické zdraví, neurologické škody jsou vzácné, mají mnohem větší spektrum problémů psychiatrických, k léčbě nejsou silné vnější tlaky (přicházejí motivovanější), jsou sebevědomější (umějí se ozvat či z nevyhovujícího programu odejít) a reprezentují opravdu široké spektrum životních stylů.

Tato postupná proměna pacienta (a celé společenské atmosféry) vedla k tomu, že klasický odvykácí model léčby v ČD přestal části lidí vyhovovat. Bylo plno pacientů, kteří potřebovali léčbu strukturovanou jinak a odcházeli nebo – když nemohli odejít – se trápili adaptací na danou strukturu programu a k terapii tak v podstatě nedošlo (za danou dobu se mnohdy jen adaptovali na náročnou strukturu programu). A lidé s opravdu odlišnými možnostmi a potřebami (v kontextu tématu konference bychom řekli „specifické cílové skupiny“) léčbu vůbec nezahajovali (například proto, že neprošli vstupními prahy) nebo ji končili záhy pro nezávládnutí dané struktury (nejen reversem, ale často i vyloučením).

Co myslím v našem případě pojmem „klasická struktura léčby“? Náš ústavní odvykáací program, roky vytvářený, měl mimo jiné tyto rysy:

- ústavní léčba byla vnímána jako to hlavní (nejen kvůli absenci možností léčby v původním prostředí), z původního prostředí tak byli vytrháváni i ti lidé, kteří být vytrháváni nemuseli (například proto, že plno rolí v životě zvládali) nebo kterým se odchodem z domova a práce život mohl ještě zkomplikovat,
- po krátkém detoxu následoval 3 až 6 měsíců dlouhý terapeutický program (délka léčby jen minimálně závisela na analýze možností a potřeb pacienta – toto mělo částečně vliv jen na variabilitu mezi 4. až 6. měsícem),
- program byl jasně strukturovaný, léčba jasně fázována, alternativní a individuální nastavení programu se nevyskytovalo či bylo raritní (vesměs s logickým vysvětlením, že lidé v terapeutické komunitě by měli mít stejné postavení a stejný přístup personálu),
- terapeutické programy byly nastaveny na potřeby typického pacienta,
- léčba všech lidí probíhala v prostředí komunity (či léčebného společenství chcete-li), tedy mezi dalšími cca 30 lidmi (bez ohledu na to, zda to člověk svou konstitucí zvládne, zda jeho problém nepotřebuje řešení individuální, zda nemá špatné zkušenosti s lidmi atd.),
- a pokud jde o detox, ten byl zaměřen na stabilizaci intoxikace a odvykáacího stavu a na delegování pacienta do dlouhodobé ústavní léčby, nebyl programově postaven na přípravu pacienta na návrat domů, mnoho terapeutických prvků a cílů bylo odkládáno až na překlad na jiné oddělení a pacient byl v kontaktu s původním prostředím velmi omezen.

Základní nevýhody tohoto klasického modelu spatřuji v těchto momentech:

1. Pacienti s odlišnými potřebami či možnostmi léčbu nezvládali nebo ji vůbec nezažili. (Mimořádně toto může být také jeden ze zdrojů falešné informace o nízké efektivitě léčby závislých, o jejich nízké motivovanosti či o vysokém procentu reverzů jako normě).
2. Pausálnost a schematičnost programu, neohybnost, nepružnost, nepřizpůsobivost (každý terapeutický program nabídnutý člověku by měl být přeci výsledkem analýzy možností a potřeb, tedy upravitelný, adaptovatelný).
3. Nevyužití potenciálu lidí (zejména terapeutů, ale i pacientů) – vlastní přemýšlení bylo omezováno ve prospěch daných schémat.

Cílem nového programu tak bylo zejména vytvořit více prostoru pro kreativitu mozků (terapeutů a pacientů) a minimalizovat myšlenková předdefinovaná schémata, nabídnout péči více odpovídající pacientovým možnostem a potřebám, vytvořit prostor pro to, abychom vůbec tyto možnosti a potřeby zjistili. Utvořily se tak tři skupiny pacientů – ti, kteří potřebují (a chtějí) klasickou strukturu léčby a pokračují v ní, ti, kteří potřebují co nejširší stabilizaci v kratším čase a budou pokračovat v jiném programu ve svém původním prostředí, a ti, kteří potřebují delší léčbu, ale jakkoliv odlišnou od klasicky strukturované či postavenou zcela individuálně (z větší části bychom řekli lidé ze „specifických cílových skupin“).

Program na 3D se formuluje každý den každému pacientovi „na tělo“, změna je možná kdykoli, žádná struktura není dogma, tým má za úkol volit jakékoliv individuální nastavení, které vyhovuje více potřebám a možnostem pacienta, žádný postup neplatí absolutně, ale

má být aplikován podle rozumu, oddělení nemá žádný bodovací systém (či „režim“, chcete-li). Ukročili jsme tak od daného časového schématu, od dané struktury dne a programu, od skupinové a komunitní terapie, od paušálních pravidel, od myšlení v medicínských pojmech a také od běžného vymezení rolí zdravotníků. Výrazně vzrostl už od prvních dní podíl práce psychoterapeutické, obsah psychoterapie se rozšířil od podpory udržení v léčbě k zahájení integrované a komplexní psychoterapie, k prevenci relapsu, k aplikaci prvků KBT, k přípravě krizového plánu a k přípravě na případný dřívější návrat do původního prostředí a k úvodu do rodinné terapie, tým pracuje méně stylem řešení izolovaných problémů a více stylem case managementu. Tím, jak se práce více individualizovala, narostla práce s klienty se specifickými potřebami (resp. jsme je začali více zjišťovat), tým musel začít pracovat skutečně více týmově (při absenci psaných postupů se musí tým více a lépe domlouvat).

Vytvořili jsme si tak prostor pro léčbu pacientů s „atypickými“ potřebami: matka s dítětem, pacient v komplikovaném somatickém stavu, hendikepovaný pacient, pacient s duální diagnózou, pacient s potřebou minimálního vytržení z původního prostředí, jakýkoli outsider v komunitě (zde míněno bez jakýchkoliv velkých „objektivních“ důvodů psychiatrických). Snížili jsme vstupní práh, aby tito lidé vůbec přijít mohli. Vytvořili jsme si prostor pro krátkodobé pobyty z jakéhokoli důvodu a začali jsme o některých tématech přemýšlet – bez původního plánu – docela jinak. I o tématu specifických cílových skupin.

Za nejdůležitější změnu ale považuji snahu týmu 3D o vzdorování tvorbě myšlenkových schémat a předdefinovaných struktur. S vědomím, že náš mozek k vytváření schémat tíhne vždy a všude. Myšlenková schémata mají své výhody: jsou připravena na nejpravděpodobnější situace, jsou již připravena – situace se nemusí tedy dlouze analyzovat, schémata se aplikují hned, jsou tedy rychlá, v nejčastějších situacích jsou přiměřeně přesná. Stejně momenty jsou současně nevýhodami: schémata jsou připravena na nejpravděpodobnější situace, nikoli na situace méně časté, jsou již připravena – aplikují se tedy bez analýzy nové situace, v méně častých situacích můžou být špatná. Náš mozek díky schopnosti vytvářet dosáhl civilizačních vrcholů, a my nyní chceme, aby na 3D toto nedělal.

Díky přemýšlení o myšlenkových schématech a strukturách se nám proměnil i pohled na „specifické cílové skupiny“. Jakmile volný prostor (terapeutický prostor) zaplníme naší představou, kdo je to pacient (myšlenkovou strukturou), a k tomu doplníme další myšlenkovou strukturu, „co je terapie“, nutně se část pacientů dostane mimo tyto struktury, do nesouladu s nimi. Jako **standardní, normální klientela** bude pak hodnocena ta, která nám: 1) nedává signály, že chce něco jinak (buď nic jinak nechce, nebo nám to neřekne), 2) nebo u které si to my sami nevymyslíme. Klientelu, která 1) nám dá signály, že námi nabídnutý program není v něčem vhodný, dostatečný, nebo 2) u které si my sami myslíme, že by něco jiného mít chtěla, pak začneme vnímat jako klientelu zvláštní, **specifickou**. Kdybychom přitom původní myšlenkovou strukturu (co je pacient a co je terapie) uvolnili, rozšíří se prostor a značná část specifické klientely se stane standardní (aniž by došlo k jakékoli jiné reálné změně).

Obecně myslím, že cokoli „specifického“ je jen důsledkem snahy mozku o kategorizaci a nedostatkem této kategorizace. Specifická cílová skupina je umělým konstruktem, neboť na začátku je námi vytvořená struktura (programu, představy pacienta). Bohužel kategorizace, dělení pestré reality do kategorií, do deskriptivních jednotek, snaha co nejexplicitněji popsat realitu, je nikdy nekončící příběh a s postupující explicitností a s postupující fragmentací původně pestrého komplexu (v našem případě klientů a jejich potřeb) se vzdaluje

více a více původní podstatě reality. V případě kategorizace pacientů je vzdalování se realitě rychlejší, neboť kategorie „pacient“ je navíc měnlivá a dynamická entita – mění se v čase. I při maximální snaze doplnit původní strukturu programu doplňkovou strukturou – doplňkovým programem pro „specifickou klientelu“ – vytvoříme opět skupinu pacientů do kategorie nezapadající, s potřebou dalšího doplňkového programu atd. A to všechno na základě uměle zvolených taxonomických znaků, které vůbec nemusí být pro pacienta podstatné.

O specifických potřebách lze tak přemýšlet dvěma základními způsoby: 1) cesta vytváření specifických programů (s tím, že každá struktura vyjevuje nedostatek struktury a potřebu struktur doplňujících, jak již bylo naznačeno), nebo 2) cesta nevytváření žádného programu (vycházející z logiky, že není-li struktura žádná, není potřeba ji doplňovat).

Příkláním se samozřejmě k cestě nevytváření kategorií, resp. k vytvoření jen jedné úrovně konečných kategorií, kterou je konkrétní pacient sám. S přeskočením kategorizace na úrovni cílových skupin, i na úrovni diagnóz a typů osobnosti, i s přeskočením kategorizace příznaků a znaků. Ambice vytvořit specifický program odpovídající specifickým potřebám pak zůstane tam, kde má být: vytvoření specifického programu pro pana X.

Přesně o to se nyní pokoušíme na 3D. Program 3D má minimální strukturu a téměř žádné definované postupy. Nepracuje s klasifikacemi a se zobecněními, ale zaměřuje se na jednotlivé potíže konkrétního člověka. K těm jednotlivým potížím nepotřebuje přiřadit předpřipravený program (protože žádný předpřipravený není).

Chápu, že kategorie (a všechny další myšlenkové struktury) jistý smysl mají – když ne při pokusu popsat svět, tak při pokusu se vůbec domluvit. Ale při terapii – jaký je profit pro konkrétního člověka z existence kategorií, v tomto případě specifických skupin? Může sloužit jako rozumné rozšíření naší terapie, máme-li ji jasně strukturovanou. Jinak ale nevíme.

Naopak vytváření specifických skupin má svá rizika. Například tato:

- Zařazení do specifické skupiny nic neříká o míře problému, dokonce ani o typu problému. Např. imigrant může být šťastnější než starousedlík, matka s dítětem může mít úplně jiné problémy než bez dítěte atd.
- Jedná se o nálepku se všemi nevýhodami nálepkování („Nálepka duševní nemoci představuje suverénní status – je to označení, které jako by vyčerpávalo všechny nositelovy charakteristiky“ – Chromý, 1990)
- Uvažování o specifických skupinách může měnit hierarchii hodnot. Na úrovni programů například tím, že programy pro specifické skupiny jsou zvýhodňovány (viz např. eurodotace) – manažeři programů jsou tím nepřímo vedeni, aby „specifické programy“ vytvářeli. Na úrovni práce s člověkem tím, že pacienti (lidi) přednášejí přednostně ty typy problémů, o kterých se domnívají, že je terapeut chce slyšet (= že je terapeut bude asi považovat za důležité).

Závěrem jen konstatuji, že jakkoli preferuji na základě zkušenosti s programem 3D nevytváření žádných programů ve smyslu „každý klient je specifická cílová skupina se specifickým programem“, připouštím komplikovanost této cesty. Mimo jiné vyžaduje určité organizační podmínky:

- institucionální pružnost (minimalizaci vnitřních pravidel a struktur),

- ochotu týmu takto pracovat (bez struktury),
- peníze (na dostatek personálu a na případné individuální úpravy programu a prostoru jen pro potřeby jednoho pacienta),
- fungující zpětnou vazbu (bez ní by se práce změnila v neřízený chaos).

Nevytváření struktur je velmi citlivá cesta. Nejde jen o minimalizaci pravidel a struktury programu, ale také o minimalizaci doporučených postupů, minimalizaci standardů, minimalizaci diagnóz... tedy všeho, co může současně velmi účinně garantovat kvalitu a bezpečí péče.

**primář MUDr. Jiří Dvořáček**

*ředitel Psychiatrické léčebny Červený Dvůr*

*e-mail: [reditel@cervenydvor.cz](mailto:reditel@cervenydvor.cz)*





# Příběh jedné uprchlice

Věra Roubalová Kostlánová

Pracuji jako psychoterapeutka také pro příchodí (migranty a uprchlíky) v nevládní organizaci InBáze. Chtěla bych vás seznámit s kazuistikou ženy ze specifické skupiny, uprchlice z Eritreje. Kazuistika se týká období od roku 2011 do roku 2015.

Před sedmi roky za mnou přišla Fatima do psychoterapie poprvé. Změním její jméno i ostatní realie, i když mám od ní souhlas k tomuto příspěvku.

Je tu v Čechách sama se čtyřmi dětmi. Po matce má české občanství. Po otci, původem z Eritreje, je snědá a asi po obou krásná, chytrá a zajímavá. Její muž pochází také z Eritreje. V roce 2009 byl z politických důvodů v ohrožení, a tak ženu a děti poslal za tchýní do Čech. Sám odjet odmítl. Měsíc na to ho zatkl a Fatima má jedinou zprávu přes jednoho příbuzného, že je snad naživu. Fatimě se nelíbí, že jí nikdo z jeho rodiny nepomáhá a že on sám se rozhodl pro politiku, pro boj proti diktatuře a ne pro rodinu. Jistě neudělal nic špatného, říká, ale nechal ji v tom samotnou. Fatiminy děti jsou krásné, tmavé, chytré a velice temperamentní. Když rodina přišla do Čech, bylo dětem 10, 5, 4 a 3 roky. Jen nejstarší dcera ví, že otec je ve vězení. Nejdřív žila Fatima s dětmi u své vdané sestry, pak v azylovém domě, poté až dodnes v malém sociálním bytě. Nejdříve uklízela, myla nádobí. Neustále zápasila s nedostatkem peněz a s pocity nedostatečnosti, zklamání, ponížení. Fatima má vysokoškolské vzdělání, ve své vlasti pracovala a žila si dobře.

Přišla ke mně do terapie v roce 2011 s tím, že hledá pevnou půdu pod nohama. Říkala, že věděla, že musí fungovat (také spoustu věcí pro děti a existenci rodiny zařizovala). Ale netušila, že pro samotnou ženu s dětmi na útěku to bude tak těžké. Sil jí ubývalo, byla plačtivá, měla deprese, bála se hlavně, že nezvládne zabezpečit děti, že nezaplatí potřebné platby. Měla za sebou jednu podzimní hospitalizaci na psychiatrii.

Při terapiích vzpomínala, jak dva měsíce po odjezdu z Eritreje zemřel její milovaný otec, kterého tam zanechala. To jí zlomilo, nedoprovodila ho. Po tátovi je muslimka, šátek nenosí.

V roce 2012 už toho na ni bylo moc. Zorganizovala pro děti co nejlepší prázdniny. Na úřadu práce narazila na velmi nevstřícnou úřednici, bylo to ponižující. Psychiatrička jí musela zvýšit medikaci, držela se jen tak tak. Snažila se sehnat peníze na alespoň jeden kroužek pro děti. Mluvilysme o domácím rozpočtu, to bylo to, co potřebovala. Navázala jsem ji na

sociální pracovníci. Fatima měla dluhy, šla do oddlužovací služby. V té době pracovala jako asistentka pedagoga ve škole za 12 tisíc korun. Dovídám se, poprvé asi v listopadu 2012, že občas pije alkohol. Tají to přede mnou, mluví o silných prášcích na spaní.

Mluvily jsme spolu o víře. Dřív držela ramadán, přinášel jí očistu. Teď kvůli práškům nemůže. Ráda rozdávala chudým, teď je chudá sama. Věří snům. Bojí se islamistů. Vše je to pro ni moc těžké. Někdy si chce pomoci modlitbou, ale má výčtky, pítí je velký hřích.

Občas se omluví a nepřijde, má psychosomatické problémy. Bolí ji záda, hlava.

Má strach, aby dobře vychovala děti. Drží pospolu, jsou mazlivé – to jim předala ona. Ale je zoufalá. Ptám se, co by potřebovala. Klid, vypadnout s dětmi z malého bytu, normální starosti, lehnout si u moře a koukat, jak si děti hrají, nějakou pořádnou práci. Už nemůže, nechce pít... V lednu 2013 nastupuje léčbu. O děti se stará Fatimina máma a sestra, pod dohledem OSPOD.

Protože se závislími běžně nepracuji, vzala jsem si případ Fatimy do své supervize. Supervizorka mi předala svoje zkušenosti. Říkala, že každý den, který člověk po léčbě abstínuje, je dobrý. A také dodala, že málokdo zvládne léčbu na poprvé.

Občas jsem Fatimě volala do léčebny – byla tam oblíbená. Z léčby se vrátila po třech měsících plná energie, až euforická. Cvičila brzy ráno, dávala si studenou sprchu, běhala. Vedla k režimu i děti. Ráda by pomáhala ostatním závislým. Má sen udělat psychologickou výcvik a pomáhat dětem, které drogují.

Je velice ostražitá na stopy alkoholu v potravinách. Při terapii se dovídám, že i její táta pil. Blíží se prázdniny, má spousta starostí s dětmi, pracuje v McDonald's za 11 tisíc korun. Vypracovala se na malou vedoucí, ale spokojená tam není.

Podzim 2013. Fatima je velmi unavená, ale nepije, dokonce kvůli penězům přestala i kouřit. S financemi jí pomáhá sociální pracovníce. Z OSPODu chodí kontroly. Fatima dostala za povinnost chodit na rodinnou terapii. Přicházejí stížnosti ze školy na chování prostředních dvou kluků. Fatima nezvládá práci, je v neschopnosti.

V listopadu 2013 OSPOD svolává případovou konferenci na ochranu dětí, Fatima zde dostává jeden úkol za druhým. Vše má zařadit ve škole, pro děti kroužky, terapie atd. Všichni to myslí dobře s dětmi, ale já upozorňuji, že klientka je v neschopnosti a že se velmi obávám, jak zvládne opětovné podzimní deprese.

Za několik dnů nato Fatima spolykala prášky. Našla ji našťestí máma – sanitka a výplach žaludku. Zůstala na psychiatrii. Máma i sestra již byly vyčerpané a odmítly se starat o děti. Ty nakonec šly do Klokánku.

Po návratu domů byla Fatima plná viny z toho, že nezvládla situaci a že díky tomu jsou děti v Klokánku a ne doma. To ji úplně skolilo. Máma se o ni starala, sestra s ní nemluvila. Na terapiích Fatima nepřipouštěla možnost, že by si to mohla někdy odpustit, chtělo to čas. Potřebovala konkrétní plán, řekla bych přípravu na další podzim. Bylo jasné, že bez terapie a intenzivní, konkrétní společné pomoci okolí, hlavně NGO, to nepůjde.

V roce 2014 začal dlouhý proces snahy dostat děti domů. Nejdříve se to soudně podařilo u nejstarší dcery. Kluci a nejmladší dcera však v Klokánku zůstávali. Zhoršili se ve škole, mluvili sprostě. I to si Fatima vyčítala jako svoji vinu. Chodila za dětmi do Klokánku pravidelně, ale bylo to málo. Finančně na tom byla velmi špatně – děti byly v Klokánku, takže ztratila nárok na veškeré dávky.

Psala jsem podpůrné dopisy pro soud. Fatima cítila velkou bezmoc a měla strach, že o děti přijde, že půjdou do dětského domova. Po práci jezdila za dětmi a zařizovala papíry, prodloužení sociálního bydlení atd. Zároveň měla velký strach, jestli to zvládne, až budou všechny děti doma.

V terapii jsme se věnovaly jejímu „podupanému sebevědomí“. Důležité bylo její jasné vyřčené rozhodnutí, že to, co se stalo, to už neudělá! K tomu ale velké obavy, jestli svou situaci zvládne. Peníze, peníze, to bylo svazující. Už splatila dluhy, ale bála se dalších. Je to kolo-toč. Na víkendy začínají děti chodit domů, ale Fatima nemá peníze. Dostávají potravinovou pomoc od křesťanské nevládní organizace.

V březnu 2014 píše pro soud další doporučení, aby děti mohly domů. Zdůrazňuji i její těžký osud uprchlice, která má již 5 let zavřeného manžela a nic o něm neví. Fatima má práci v jiné škole, kde využívá znalosti arabštiny a angličtiny – opět asistentka pedagoga za 12 tisíc, abstinuje, nekouří. Těžce nese, že se o děti nemůže starat, když jsou nemocné.

Soud má zhruba do roka rozhodnout, jestli děti půjdou domů, nebo do dětského domova. OSPOD nabízí pěstounskou péči pro babičku dětí. Pro Fatimu je to vše velice ponižující a znejišťující. Psychiatr napsal posudek, že Fatima spolupracuje, ale péči o děti zatím nedoporučuje. Fatima chce dokázat, že to zvládne – špatně spí. Zhoupla se, až později mi řekla, že vysadila prášky. K psychiatrovi není otevřená, protože ví, že na jeho posouzení závisí propuštění dětí. Potřebuje velikou podporu. Stále musí každé dva týdny žádat OSPOD o propustku pro děti a nikdy neví, jestli se to podaří. OSPOD dává nové a nové požadavky, jistí se. Poté stanovuje další případovou konferenci před prázdninami 2014.

Fatima zase začala brát prášky. Děti jezdí domů na prodloužený víkend, ale jsou nezkrotné až nevladatelné. Má strach, aby se nezranily. Chce napsat žádost o předběžné opatření, aby děti pustili domů. OSPOD nesouhlasí.

Fatima má oslavu 45. narozenin, slaví jí v křesťanském, velice nápomocném společenství. Celkově se však cítí mizerně, nevěří si, nespí, jak říká – pořád dumá a přemýšlí.

V červnu 2014 soud zrušil opatrovnictví u nejstarší dcery. Ona i Fatima jsou šťastné. Měla jsem z toho takovou radost, že jsem Fatimě řekla: „To by se chtělo spolu opít“ – a pak jsme se obě začaly smát. Ptám se jí, jestli už si může trochu odpustit. Fatima říká, že se pořád nemůže radovat, pořád má pochybnosti, aby zvládla děti. Stále za to cítí intenzivní vinu. Mluvily jsme i o tom, že jí chybí muž.

## SOCIÁLNÍ POMOC

Od jara 2014 iniciuji pravidelné setkávání Fatimy s pomáhajícími a charitativními nevládními organizacemi. Domlouváme se na řešení finanční situace rodiny, na žádostech o podpory, na finančních sbírkách. Na konkrétní pomoci dětem, na doučování, doprovodu na fotbal a podobně. Také na přípravě na prázdniny, na tábory, na vybavení atd. Důležitý je koordinátor toho všeho. Sehnali jsme sponzora, který trvalým příkazem posílá Fatimě peníze na paušál na mobil a na tramvajenku.

Před prázdninami svolává OSPOD druhou případovou konferenci ve věci dětí. V hojném počtu přišli zástupci pomáhajících organizací, takže nás byla převaha. Byla zde Fatima i její máma. Zástupci NGO referovali o zajištění programu na prázdniny a žádali, aby se po prázdninách už děti nemusely vracet do Klokánku a nastoupily do původní školy. Fatima odmítá dobře miněný návrh jedné sociální pracovnice z NGO, aby byly její děti svěřeny do pěstounské péče babičky. Důvodem je finanční výhodnost tohoto kroku. Vyjadřuji přesvědčení, že s pomocí NGO je matka kompetentní převzít děti do své péče. Fatima je velmi dobře hodnocena ve svém zaměstnání. OSPOD chválil pomoc NGO matce, ale žádá, aby matka hledala zvýšení svého výdělku. Tlak pomáhajících organizací měl odezvu a děti byly soudně od začátku nového školního roku svěřeny matce.

Přátelé uspořádali sbírku pro děti na prázdniny i na začátek školy. Dětem je v té době mezi 8 a 15 lety, nejstarší hraje na housle, nejmladší krásně zpívá, kluci mají zájem o fotbal, o kolo, malování i o počítač. Jsou živé a veselé.

## PŘÍPRAVA NA LISTOPAD

Hned po prázdninách jsme se začali společně s nevládními organizacemi připravovat na strážák, kterým byl „listopad“. I Fatima se jej bála, všechny psychické problémy jí po léta vrcholily v listopadu.

Po Klokánku byli kluci velmi temperamentní a divocí. NGO je podpořili v pravidelné docházce do fotbalových klubů. Dobrovolníci je tam doprovázeli. Bylo také zajištěno doučování všech dětí. Za pomoci dobrovolníků a babičky jsme připravovali 14denní pobyt Fatimy v listopadu na psychiatrické klinice.

Fatima byla ráda, že má děti doma, byla aktivní, zařídila pro děti ve škole obědy zdarma, zařizovala všechna možná potvrzení a vyjádření potřebná k žádostem o příspěvky, zařizovala dětem aktivity atd. Na nátlak psychiatra byla na doléčovací skupině, ale o suicidálním pokusu se styděla hovořit.

Její síly ubývaly s příchodem podzimu. Bála se říci ředitelce školy o své abstinenci léčbě. Protože se Fatima ve škole velmi osvědčila, mluvily jsme spolu o tom, že by si mohla říci o zvýšení platu. Ale její sebestigmatizace byla natolik silná, že to nedokázala. Listopad prošel. Hezké Vánoce pro děti pomohly zajistit sbírky NGO a přátelé. Všechny děti měly v té době již dospělé mentory, kteří se s nimi kamarádili a podporovali jejich zájmy.

Je tu jaro 2015 a rodině hrozí ukončení smlouvy na sociální byt. Na Fatimě se projevuje únava ze stále stresující finanční situace. Unavuje jí neustálé „žebření“ o peníze u různých nadací. Fatima musela zůstat v neschopnosti pro velké bolesti zad. Nemocenská nestačí na pokrytí nákladů. Fatima mi říkala, „už jsme se trochu stabilizovali, a teď zase problém“. Je potřeba řešit její zdravotní stav a připravit změnu zaměstnání s vyšším příjmem. Ale ten musí být tak velký, aby se vyplatilo to, že přijde o většinu sociálních dávek.

Fatima má málo času a energie i na terapii. Je jí to líto, ale chodí ke mně asi 2× za měsíc. Má sny o manželovi, o sestře, o normálním životě ve své zemi, kde měla kamarádky, kde je slunce a teplo. Učí se s dětmi do 8 hodin večer, pak ale na ně už nemá nervy a křičí na ně. Mluvíme o perfekcionismu, o tom, jak může být úlevné být „jen“ „dost dobrou mámou“ a říci si, že dělám, co mohu.

Fatima cítí také již od roku 2015 nepřátelskou atmosféru ve společnosti. Lidé se například v metru chovají jinak než před tzv. uprchlickou krizí. Mluvíly jsme spolu i o tom, že by na jaře mohla snižovat dávku léků, aby se ráno cítila funkčnější a aby více cítila své emoce.

Od února je v neschopnosti s bolestmi zad. Přibrala po antidepresivech. Ale nepij! Nedávno jsme se viděly, bylo teplo a svítilo slunce. Fatima byla jak proměněná, říkala, jak jí slunce dělá dobře a hrdě mi hlásila: „Máma bude hlídat a já půjdu v pondělí do divadla.“

Mám dojem, že se pomalu přesouváme z etapy velké podpory NGO (kterou bych také velmi přála i jiným klientům než jen Fatimě), do etapy postupného osamostatňování Fatimy i dětí. V terapii budeme mít ale s Fatimou ještě hodně práce.

**Ing. Věra Roubalová Kostlánová**

*psychterapeutka v komunitním centru pro migranty InBáze, z. s.;*  
*v Rafael institutu se věnuje projektu Rodiny po holocaustu.*  
*e-mail: [terapie@inbaze.cz](mailto:terapie@inbaze.cz)*



# Služby jen pro gamblery – nový proud, nebo slepé rameno vývoje adiktologie?

Josef Radimecký

Tato konference je věnována tématu „specifické cílové skupiny“ v oboru prevence, léčby a minimalizace rizik spojených s různými formami závislostního chování. Pořadatelé konference, jimž touto cestou děkuji za pozvání, mě oslovili, abych se s účastníky konference podělil o své názory na vznik a vývoj tzv. adiktologických služeb specificky určených jen pro gamblery. K tomuto tématu už jsem se kriticky vyjadřoval na loňské AT konferenci, takže se omlouvám těm z vás, kdo tam byli. To proto, že některé své teze a argumenty budu opakovat. Pokusím se ale nabídnout i některé nové.

## **INFLACE POJMU ZÁVISLOST**

I když se někteří zahraniční i tuzemští vědci a odborníci tváří, že koncepty tzv. nelátkových závislostí či „specifických“ cílových skupin v oboru adiktologie „objevili Ameriku“, není to tak. Závislost na užívání návykových látek, ale také na gamblingu, jak se dnes říká – dříve obecněji a méně rádobučeně na hazardu či karbanu, hře v kostky a podobně –, jsou reality stejně staré jako historie lidstva. V minulosti ale byly tyto formy závislostního chování vnímány spíše jako nemravné či hříšné chování. To bylo před tím, než byl „objeven“ koncept závislosti jako nemoci, který byl nejdříve uplatňován na škodlivé užívání návykových látek a převážně ve dvou posledních dekadách je rozšiřován na další formy chování lidstva – na tzv. nelátkové závislosti. Díky „vědeckému pokroku“ v našem oboru tak člověk může být škodlivě závislý nejen na různých formách tzv. gamblingu, ale téměř na jakékoli běžné lidské činnosti. K těm patří jak zacházení s informačními technologiemi (užívání internetu, PC, mobilů), práce (workoholismus) či zábava (nakupování, sex, hraní her, sázení apod.). To na jedné straně vede k inflaci pojmu závislost, kdy dnes už člověk může být závislý prakticky na jakékoli činnosti. Na druhé straně s sebou tento trend přináší výzvu pro dosud přetrvávající cíl léčby klientů se závislostmi v podobě totální abstinence.

## ZÁVISLOST, ŠKODLIVÁ ZÁVISLOST A ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ

Vzhledem k výše načrtnutému vývoji a narůstajícímu počtu diagnóz závislostí raději používám pojem **škodlivá závislost**, když mluvím o té, která je předmětem oboru adiktologie. Jako lidé jsme závislí na uspokojování řady základních lidských potřeb, ale i na narůstajícím spektru současných technických vymožeností, bez nichž bychom život zvládali určitě mnohem hůře než naši předkové. Přesto zatím nemáme tendenci léčit lidi, kteří si už nedokážou představit život bez elektřiny či plynu, a v nadsázce nebo bez nadsázky jsou na nich závislí. Nevím, bude-li to budoucnost našeho oboru. Ale doufám, že nikoli.

Pojem **závislostní chování** používám proto, že i závislost na užívání návykových látek má podobu závislosti na různých činnostech, které s užíváním návykových látek souvisejí. Zpravidla nejde o pouhou „závislost na látce“, jak některé pokusy o definování rozdílů mezi tzv. látkovými a nelátkovými závislostmi tvrdí, ale spíše o závislost na životním stylu člověka se závislostí. Kromě toho jsem zastáncem teorie závislosti jako naučeného chování, které lze odučit či přeučit, a tím přispět k úzdravě klientů se závislostmi.

### „SPECIFICKÉ“ CÍLOVÉ SKUPINY V ADIKTOLOGII

„Specifický“ znamená česky: typický, svérázný, charakteristický, osobitý, výlučný, jedinečný. Pokud tedy nekriticky přijmeme koncept tzv. „specifických“ skupin klientů se závislostmi, jako bychom tvrdili, že zbylé skupiny lidí se závislostmi/závislostmi ohrožené žádné typické znaky, žádné charakteristické potřeby nemají(?). Na tomto konceptu mi vadí, že předstírá snahu vymanit adiktologii z dlouholetého bludu generalizovaného přístupu ke všem klientům se závislostmi. Toho se snaží dosáhnout tím, že zdůrazňuje některé jedinečné potřeby vybraných skupin klientů se závislostmi, jimiž se mají lišit od těch ostatních. Ale obávám se, že se vytvářením „specifických“ skupin klientů opět dopouštíme paušalizace v pohledu na naše klienty, byť nižší úrovně. Prostě zase spějeme k tomu, že máme tendenci gamblery, uživatelky, matky s dětmi, děti a dorost atd. „házet do jednoho pytle“, i když jen v rámci jejich cílové skupiny. To je bezesporu pokrok, ale kladu si otázku, zda správným směrem.

Jistě, můžete namítnout – a slyšel jsem to od různých kolegů –, že práce s gamblery či s dětmi nebo mladistvými je jiná než s dospělými závislými na užívání návykových látek. To vím. Sám pracuji jako terapeut v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I, kam přijímáme klienty z věkových skupin mladistvých (15-17 let), mladých dospělých (18-26 let) i starších dospělých (od 27 let bez horní věkové hranice) se všemi škodlivými formami závislostního chování. V naší klinické praxi docházíme opakovaně k závěru, že specifický – co do výchozí situace, potřeb či možností a/nebo přístupu v léčbě – je každý klient. A to bez ohledu na to, do jaké cílové skupiny klientů svými charakteristikami spadá. Ke každému musíme hledat jiný, individuální přístup a nemůžeme používat jedno „kopyto“ pro „specifickou“ skupinu, do níž svými charakteristikami patří.

### INTEGRACE VS. SEGREGACE

Jsem zastáncem integrovaného přístupu ke klientům se závislostmi. Integrovaný přístup může mít v oboru závislostí řadu významů. V politice, která se tématem závislostí zabývá (dosud poněkud zastarale nazývané protidrogovou či drogovou), znamená integrovaný



přístup jednak kombinaci strategií prevence, léčby a rehabilitace, snižování rizik a regulace včetně zákonné represe, ale může jít i o rozšíření jejího původního, úzkého zaměření na ilegální drogy i na další formy závislosti. Integrovaný přístup ve službách znamená jejich otevření všem klientům bez ohledu na formu jejich závislostního chování, ale i genderové, věkové a další hranice stavěné mezi klienty se závislostmi v duchu konceptu „specifických“ cílových skupin. Otevření ambulance či terapeutické komunity klientům různých genderů, věku, etnika, životní situace, forem závislostního chování nebrání pracovníkům služby zohledňovat jejich situace, potřeby či možnosti až z pohledu jednotlivce, či jeho příslušnosti do dané „specifické“ cílové skupiny. Pokud ano, nedostatek vnímám na straně pracovníků služby, ne u klienta či cílové skupiny, do které ho máme tendenci řadit.

Není to tak dávno, kdy jsme se shodli, že segregace uživatelů alkoholu a nealkoholových drog, respektive oddělený vývoj služeb pro tyto dvě cílové skupiny klientů se závislostmi, na který jsme v ČR na počátku 90. let přistoupili, byl omyl. Léta jsem zklamával zahraniční kolegy, kteří se ode mě snažili vymámit, jaké specifické postupy používáme při léčbě klientů se závislostí na užívání metamfetaminů.

### **SLUŽBY JEN PRO GAMBLERY? TO ŮŽ TU BYLO...**

A teď mám diskutovat o tom, jestli je tendence vytvářet adiktologické služby výhradně pro tzv. gamblery či obecněji pro lidi s tzv. nelátkovými závislostmi, cesta správným směrem... Podle mě jde v kontextu oboru závislostí o slepé rameno, podobně jako tomu bylo před několika lety s dotačně podporovanými poradnami pro mladistvé uživatele konopných drog. Vznikly, jejich poskytovatelé si užili 2–3 roky patrně příjemných dotací, které podle mé zkušenosti potřebovali spíše na již zavedené typy služeb, do nichž mohli danou cílovou skupinu integrovat, a „nové“ ambulance zase zapadly v propadlišti adiktologických dějin. Haj-hou.

Jistě, znám kolegy, kteří provozují poradny pro tzv. gamblery, a poptávka po jejich službách je prý tak velká, že by pro klienty s jinými formami závislostí neměli místo. Pokud tomu tak je, nic proti takové poradně nenamítám.

Ale ze systémového, koncepčního či chcete-li oborového hlediska trvám na tom, že bychom námi poskytované služby pro osoby se závislostmi měli směřovat k integraci, nikoli k segregaci. A to jak v zájmu našich klientů (opravdu jsou gambleři „lepší“ závislí než uživatelé alkoholu či drog?), tak i v zájmu rozvoje a neustrnutí našich odborných kompetencí, o něž se obávám v případě úzké specializace pouze na jednu „specifickou“ cílovou skupinu klientů se závislostmi. Měl jsem možnost vidět důsledky superspecializace v oboru závislostí v řadě západoevropských zemí a alespoň podle mého názoru ve prospěch klientů nefungovala.

### **EVIDENCE-BASED VS. POLICY-BASED EVIDENCE**

Mezi těmito dvěma přístupy je zásadní rozdíl, i když se to na první pohled nemusí tak jevit. Evidence-based přístup, tolik vzývaný v drogových politikách, ale i v medicíně a adiktologii, je přístup založený na odbornou obcí získaných a nezávislým výzkumem podložených poznatcích. Evidence-based přístup jednoznačně podporuje integrovaný přístup ke klientům s různými formami závislostního chování, stejně jako např. pro klienty s duálními diagnózami.

Policy-based evidence je naopak proces, kdy se pro nějaký postup rozhodnou politici, úředníci či farmaceutické, alkoholové či tabákové koncerny, jež pak hledají „nezávislé odborníky“, kteří potvrdí, že zvolený postup je v souladu s existující nebo pro ty účely vytvořenými „vědeckými poznatky“. Vybraní zástupci odborné obce tedy slouží pro legitimizaci zvoleného postupu. To nazývám „projektovou prostitutí“, kdy ohneme realitu do podoby, jež nám umožní získat dotace. Jako taková fungujeme, když si ministerstvo financí stanoví za cíl omezit gambling a jeho dopady a na to konto přidá RVKPP na „specifické“ ambulantní služby výhradně pro gamblery několik milionů korun. Přitom hlavním důvodem, proč chtějí ministerští úředníci adiktologické služby jen pro gamblery, není prospěch klientů s tímto typem problémů, ale aby se daly nově vzniklé, oddělené služby dobře kontrolovat. Lépe, než kdyby se tyto služby integrovaly do již existujících.

Pak už stačí, aby si pracovníci z oboru závislosti myšlenku segregovaných (ač oficiální drogová politika deklaruje podporu integrovanému přístupu) služeb „only for gamblers“ vzali za svou, a začne vznikat „rádobyodborná“ literatura o tom, jak je to vlastně odborně správné. Podobně někteří kolegové v minulosti obhajovali vytváření ambulantních poraden pouze pro mladistvé uživatele konopných drog, a kde je jim dnes konec. Dalším současným prioritním hitem z „dílň“ ministerstva zdravotnictví je nesmyslné budování samostatných adiktologických ambulancí pro děti a dorost. Zase, netvrdím, že v některých městech, kde integrované poradny nezvládají nápor klientů a poptávka ze strany dětských a dospívajících je tak velká, nemají tyto služby vzniknout, je-li tomu tak. Ale v podmínkách, kdy je stávající síť služeb dlouhodobě podfinancovaná, je nesmysl ubírat z už tak omezených finančních prostředků část na vznik služeb, bez nichž jsme se až dosud bez výrazných problémů obešli. Vždyť i cílovou skupinu nezletilých do 15 let lze integrovat např. do adiktologických služeb, které už v současnosti poskytují své služby mladistvým ve věku 15–17 let.

## **KDO MÁ FORMOVAT OBOR?**

Kolega Zábranský kdysi s nadsázkou modifikoval jedno české rčení o kopané asi takto: „Fotbalu a drogám u nás rozumí každý“. Vzpomenu si na ně vždy, když se na nás, pracovníky z klinické praxe v oboru závislosti, přičene nějaká novinka ze strany zdravotních pojišťoven a/nebo od úředníků veřejné správy. Ne že bych některé z posledně jmenovaných nepovažoval za odborníky na drogovou politiku, ostatně sám jsem šest let jako státní úředník v oblasti drogové politiky pracoval, přesto ale trvám na tom, že jim nepřísluší formovat obor adiktologie v tom smyslu, aby rozhodovali „od stolu“ o tom, jaké služby mají vznikat a/nebo jakou mají mít podobu. To podle mého názoru přísluší odborníkům z klinické praxe ve spolupráci s výzkumnými pracovníky, jak je to v oboru závislosti obvyklé v řadě tzv. vyspělejších zemí a/nebo v jiných zdravotnických oborech i v České republice.

Typickým příkladem v oboru závislosti je tzv. rezortismus, který nás nutí různě oddělovat sociální, zdravotnické či pedagogické (výchovné) komponenty adiktologických služeb navzdory rétorikou příslušných rezortů vzývané modle evidence-based přístupu či bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Všichni se díky nim shodneme, že služby mají být mezioborové (dokonce to požadují standardy způsobilosti RVKPP), integrované (k integrované drogové politice se v r. 2014 přihlásila i vláda ČR). Ale stávající uspořádání rezortů tomu stejně brání a nedá se s tím prý nic dělat, než naše služby v různých návrzích koncepcí oboru adiktologie „ohýbat“ podle rozdílných nekoordinovaných dojmů, představ či požadavků úředníků různých rezortů a/nebo zdravotních pojišťoven.

Možná se pletu, ale domnívám se, že my jako odborné společnosti bychom měly navrhnout koncepci oboru adiktologie vycházející z poznatků z nezávislého výzkumu a ty prosazovat jak vůči pojišťovnám, tak vůči rezortům.

## **ZÁVISLOST JE JEN JEDNA**

Jak už jsem argumentoval, škodlivá závislost – bez ohledu na čem je člověk závislý – je jen jedna a její znaky a tzv. diagnostická kritéria jsou shodná. Americká společnost pro závislostní medicínu (ASAM, 2011) nabídla nedávnou aktualizovanou definici závislosti. Jde o chronickou nemoc systému odměn v mozku, motivace, kontroly chování, paměti a dalších souvisejících funkcí, jejichž postižení vede k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům (viz diagnostická kritéria MKN-10). Ty se projevují v patologickém chování člověka, který prostřednictvím závislostního chování dlouhodobě usiluje o dosažení odměny a/nebo úlevy. Na nás pak je pomoci klientům pochopit význam, který v jejich životě závislostní chování hraje, a jeho příčiny odhalit a pomoci jim je nahradit jinými, zdravějšími způsoby.

Budování segregovaných adiktologických služeb pouze pro gamblery, pro kuřáky, pro uživatele konopných drog nebo alkoholu či drog je, jak jsem se pokusil odargumentovat výše, v kontextu všemi vyzývané integrace, krok zpátky, a tudíž i slepé rameno ve vývojovém proudu současné české adiktologie.

**PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.**

*odborný ředitel WHITE LIGHT I, z. ú. v Ústí n. Labem,  
odborný asistent oboru adiktologie na 1. LF UK a VFN v Praze  
e-mail: [tk@wl1.cz](mailto:tk@wl1.cz), [josef.radimecky@lf1.cuni.cz](mailto:josef.radimecky@lf1.cuni.cz)*



# Končím se vším

Olga Hanková, Gabriela Minařík, Josef Šedivý

Ačkoli o virtuální klinice pro léčbu závislostí jsme se v SANANIMu začali bavit už před koncem minulého století, na zprovoznění stránek s nabídkou první internetové léčebné intervence zaměřené na drogy v České republice jsme začali intenzivně pracovat teprve roku 2011. Je určená uživatelům konopných drog a pojmenovali jsme ji Končím s hulením ([www.koncimshulenim.cz](http://www.koncimshulenim.cz)). Program vyvinula nizozemská organizace Jellinek, která ho nabízí již řadu let, a to i s možností úhrady programu z klientova zdravotního pojištění (což u nás bohužel nelze).

Pokud tedy na následujících řádcích budeme dále hovořit o internetové léčebné intervenci (dále jen ILI), máme na mysli intervenci poskytovanou prostřednictvím internetu (ať už prostřednictvím PC, notebooku nebo mobilního zařízení), jejímž cílem je klienta doprovázet na cestě ke změně po delší dobu (minimálně několika týdnů), nabízí mu k tomu do značné míry jasně strukturovaný program s různou měrou odkázanosti na svépomoc a podporu terapeuta. Nejde tedy o pouhou jednorázovou nebo opakovanou radu prostřednictvím internetové poradny, nejde o svépomocnou interaktivní příručku přístupnou přes internet, ani o rozsáhlý dotazník, nejde ani o skypeové nebo e-mailové poradenství či terapii, ani diskusní fórum.

## KONČÍM S HULENÍM

Po dvou letech příprav, v roce 2013, tak byly stránky [koncimshulenim.cz](http://koncimshulenim.cz) po testovacím provozu zpřístupněny široké veřejnosti. V roce 2017 prošly rekonstrukcí a byly převedeny na nový server. Společně s novou podobou stránek [www.koncimshulenim.cz](http://www.koncimshulenim.cz) jsme spustili i druhou, strukturou velmi obdobnou, intervenci [koncimshranim.cz](http://koncimshranim.cz). Doufáme, že ani naše plány na internetovou léčebnou kliniku těmito službami nekončí – odtud název naší přednášky „Končím se vším“.

Počátky spouštění stránek provázela řada otázek, pochyb, nejistot a nejasností. Netušili jsme, jakou cílovou skupinu se nám v realu podaří oslovit. Obávali jsme se zneužití programu mladými uživateli marihuany, kteří by se účastí v něm pouze bavili. S ohledem na obecně velmi malou zkušenost s touto cílovou skupinou v té době – uživatelé marihuany v té době

ještě nepatřili k významné cílové skupině drogových služeb vyjma oblasti primární prevence – jsme se obávali toho, zda vůbec klienti o službu projeví zájem.

Ptali jsme se například:

- Budou klienti službu vyhledávat? Bude o službu vůbec zájem?
- Nebudou ji zneužívat pro zábavu?
- Co to vlastně bude za klienty a s jakými problémy se na nás budou obracet?
- Bude lepší hovořit o hulení a počítat ho v jointech, nebo o marihuaně a počítat ji v gramech?
- Budeme jim vůbec schopni nabídnout pomoc, radu?
- Co budou potřebovat?
- Jaké budou mít přidružené potíže?

Se spuštěním stránek některé z těchto obav opadly.

V zásadě jsme se nesetkali se zneužitím služby, výsměchem nebo vtipkováním. Službu skutečně vyhledávají klienti s několikaletou zkušeností s užíváním marihuany, kteří už mají „odhuleno“, téměř pravidlem je věk kolem 30 let. Klienti mají často stabilní sociální i rodinné zázemí, pracují. Většinou jde z jejich strany o vůbec první kontakt s jakoukoli službou. Hlavní motivem pro změnu pro ně bývají motivy jako: „už mi to nic nedává“, „je to jen zvyk“, „budu líp vypadat“, „partnerka, rodina, děti“, „budu se moct věnovat jiným věcem (škola, rodina, práce, koníčky, cvičení)“, „čas, peníze“.

Klienti této internetové léčebné intervence mají často snahu hulení úplně omezit, ale chutím na hulení v reálu jen velmi těžko odolávají. Častěji relapsují a je pro ně obtížné představit si, že by už nikdy nehulili. Předpokládáme, že jeden z důvodů drop-outu z programu jsou i relapsy klientů. S abstinencí nebo omezením se pojí problémy se spaním (klienti hůře usínají, často spí méně a cítí se unavení, zdají se jim velmi živé sny, budí se opocení, mívají noční můry, sny o hulení), problémy s náladovostí – nervozitou, výbuchy vzteku, chybovostí, ale také s navazujícími problémy v partnerských vztazích.

Zdá se, že řada klientů i při denním užívání řídí motorové vozidlo. Většinou ne hned po užití, ale bez velkých výčitek druhý den ráno (s pocitem, že jsem již střízlivý a neovlivněný). Výjimečně jsme se setkali s klienty, kteří z důvodu užívání přišli o řidičský průkaz. Řada jich však je natolik sociálně stabilizovaná a jejich vzezření pravděpodobně neodpovídá „klasickému“ vzezření huliče, že je policie (i v případě zastavení vozidla při běžné kontrole) na drogy, resp. marihuanu, netestuje.

## VÝHODY A NEVÝHODY

V zásadě se nám potvrdily očekávané výhody/nevýhody programu, které jsme prezentovali v některých dřívějších příspěvcích:

Výhody	Nevýhody
Snadná dostupnost místní, časová, finanční	Problematická či zdlouhavá komunikace s klienty, kteří mají problémy se psaním na klávesnici
Možnost oslovit skrytou populaci	Anonymita spojená s „nezodpovědností“ za pokračování v kontaktu, snadné ukončení, velký drop-out
Anonymita, nestigmatizace, zaměřenost na problém	Chybějící pocit „štěstí“, sounáležitosti a blízkosti = neosobní kontakt, drop-out, chudost kontaktu (možná nutí, ale také umožňuje centrovat na problém)

Otázkou je, zda je správné tyto výhody/nevýhody prezentovat s plusem nebo mínusem. Jak je vidět, například anonymita kontaktu má výhody i nevýhody: z pohledu klienta umožňuje snadno službu kontaktovat, ale také z ní snadno odejít, z pohledu poskytovatele a potřeby nasytit službu klienty, kteří program dokončí, avšak s ohledem na snadný drop-out, nemožnosti jiného kontaktu s klientem než čekání na kontakt z jeho strany, to vypadá jako nevýhoda.

## KONČÍM S HRANÍM

Podobné otázky, které provázely spuštění první ILI, provázely a provází i fungování ILI [www.koncimshranim.cz](http://www.koncimshranim.cz) (11/2017), pro kterou jsme zvolili strukturu velmi blízkou programu jako na ILI [www.koncimshulenim.cz](http://www.koncimshulenim.cz). Po půl roce provozu začaly být zřejmě podobnosti, ale i některé rozdíly mezi oběma službami.

Službu vyhledávají lidé z větší části se stabilním sociálním a rodinným zázemím, pracující, žijící pro hráče typický double life, kdy o jejich hraní nemá rodina, blízcí nebo zaměstnavatel ani tušení. Výjimkou však nejsou ani lidé ve velmi obtížné situaci, pro které jsme často první službou, na kterou se v životě obrátili. Někteří využijí službu v momentě, kdy „už to prasklo“, jiní nás vyhledají v situaci, kdy už jde o průšvih, který by však rádi ještě nějak vyřešili bez pomoci rodiny, sami už se před několika dny rozhodli s hraním přestat a mají za sebou prvních pár dní bez hraní/sázení, ILI vnímají jako podporu na správné cestě.

Ukazuje se, že klienti ILI [www.koncimshranim.cz](http://www.koncimshranim.cz) mají tendenci velmi rychle hraní úplně přerušit a mnohem častěji v programu vydrží déle než klienti ILI [www.koncimshulenim.cz](http://www.koncimshulenim.cz). Zároveň je pro ně zejména na počátku velmi těžké představit si, že už by si nikdy v životě nezahráli. Setkáváme se zde s klasickými hráčskými bludy, které prezentují myšlenky, jako je např. „rychle si vydělám“, „stačí to dobře odhadnout“, „akorát musím včas odejít“. V historii hráče klasicky najdeme období, kdy vyhrával, resp. dokázal s plusovou částkou ze hry odejít. Později je pro něj výhra (resp. schopnost s ní odejít) cestou „do pekla“ (tzn. brzo se vrací ke hře často s většími sázkami).

## NOVÁ ŘADA OTÁZEK

S delší dobou provozu obou ILI se před námi objevují další otázky a výzvy. Mezi ně patří například otázky:

- Má mít ILI i nějakou speciální podobu programu pro smartphony?
- Jak využít data z dotazníků (máme několik tisíc vyplněných dotazníků)?
- Co specifické skupiny a podskupiny – např. ženy, ženy na mateřské dovolené, studenti?
- Chceme, aby klienty software „oslovoval“ automaticky? Do jaké míry?
- Bude mít služba nějaký přesah? Kam budeme klienty po službě odkazovat? Existuje síť navazujících ambulancí a/nebo terapeutických služeb?
- Kam až má naše podpora sahat? Na co vše se ptát (psychické zdraví, rodinné vztahy, dluhy)?
- Jak intenzivní máme s klientem udržovat kontakt – množství zpráv, mailů (v současnosti jsme je omezili na minimum), délka chatů.
- Co budeme považovat za „kontakt“? Návštěvu stránek? Registraci? Samotný chat?
- Jakým způsobem budeme službu vykazovat?
- Co budeme považovat za úspěch a kdo je to „úspěšný klient“? Ten, kdo nehlí? Ten, kdo nehlí během programu nebo i po něm? Ten, kdo vydržel v programu – a jak dlouho?
- Co klienti, kteří z programu vypadnou? Máme je opět kontaktovat?
- Jak budeme sledovat úspěšnost/efektivitu programu?

S těmito otázkami se potýkáme dodnes. Nově se snažíme zaměřit na sledování efektivity programu díky zavedení dotazníku Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS-10).

- Otázky se týkají specifičnosti práce online kontaktu s klientem:
  - Na základě čeho a jak navazujeme s klientem kontakt/vztah?
  - Je klient skutečně tím, za koho se vydává?
  - Co vše o něm víme? (Zdá se, že některé informace se o klientovi dovídáme velmi snadno – někdy jsme jediní, kteří o problému vědí, často poměrně snadno hovoří o věcech, které se v osobním kontaktu sdělují obtížně – stud, vina, psychické a psychiatrické potíže, deprese.)
  - Je dobré/možné si informace ověřovat?
  - V jakém stavu se mnou klient komunikuje – je strážlivý, doma, má klid? Co vše lze z písemného projevu vytušit? (Prodleva mezi odpověďmi, délka nebo strohost odpovědi, chyby, překlepy apod.)
  - Jaké mám o tom všem fantazie já (pracovník/terapeut)?



- Kolik toho o klientovi vlastně vím a kolik toho vědět potřebuji? Jak moc se doptávat a kde jsou hranice této ILI?
- Kam, kdy a jak odkázat klienta do jiné služby?

Další otázky se objevují v souvislosti s přijetím podobných programů odbornou veřejností:

- Věříme (my, jako odborníci), že může být takový program efektivní? Je to vůbec k něčemu? A k čemu?
- Kolik to stojí? Vyplatí se to vůbec?
- Nemůže to nahradit mě jako terapeuta? Nepřijdu o práci?
- Nebude nakonec program lepší než já?
- Má/může obdobná služba sloužit jako vstup do služeb?
- Jaká je naše zodpovědnost?

Na tyto otázky hledáme odpovědi stále. V rámci svých možností se snažíme službu přiblížit odborné veřejnosti na setkáních, jakými jsou konference, případně prostřednictvím odborných publikací.

**Bc. Olga Hanková, Mgr. Gabriela Minařík, Bc. Josef Šedivý**

*pracují v Drogovém informačním centru SANANIM, kde se mimo jiné věnují internetovým léčebným intervencím  
e-mail: [dic@sananim.cz](mailto:dic@sananim.cz)*



# Jak se rodí uživatel

PhDr. Ilona Preslová

Důvodem, který mne vedl sepsat tento příspěvek, je jednak konference Specifické skupiny a drogy, kam malé i velké děti uživatelů jistě patří, ale především pocit, že právě kolem této skupiny panuje obecně mnoho černobílých vyjádření, mýtů a hodnocení, která nemívají vždy objektivně podložené základy. S čím se v praxi nejčastěji setkáváme?

- **Kategorická sdělení** – „dítě uživatele taky jednou začne brát“
- **Jednoznačné postoje** – „problémové chování v dospělosti znamená vždy traumatické dětství“
- **Nerozlišování dopadů alkoholu a nelegálních drog**
- **Víme předem, co je špatně** – predikce toho, co se stane, bývá často jen subjektivním názorem autora
- **Víme, jak to dopadne** – příkladem je přepisování diagnóz dětem (např. ADHD) dříve, než je možné je objektivně stanovit
- **Stereotypy v myšlení**
- **Stigmatizace cílové skupiny nejen uživatelů, ale i jejich dětí**

V anamnéze rodičů-uživatelů drog se setkáváme často s tím, co později řešíme právě v jejich péči o děti a co pravděpodobně výrazně ovlivňuje jejich rodičovské postoje a dovednosti.

- **Nestabilita pečovatele/rodiče** – setkáváme se s výskytem psychických potíží u jednoho z rodičů, s obtížnou sociální situací, s obavami nad zvládnutím situace aj.
- **Nestabilita či časté změny rodinného zázemí** – časté stěhování, dramatické rozvody, střídání partnerů rodiče, nezvládnutí samoživitelské role apod.

- **Změny v pečovatelské roli** – dítě je předáváno na různě dlouhou dobu, většinou z důvodu selhání v péči nebo opuštění, do výchovy v rámci rodiny, pěstounů, biologických rodičů, ať už na formální, či neformální úrovni
- **Neplánované a původně nechtěné těhotenství** – vzhledem ke způsobu života se často jedná o neplánované, později zjištěné těhotenství, se kterým se matka delší dobu vyrovnává
- **Nepřijetí a citová deprivace** ze strany rodičů daná často jinou, výrazně závažnou okolností v rodině (smrt jednoho rodiče, neshody rodičů a partnerů, nemoc druhého dítěte)

—

V průběhu dětství a dospívání se klienti často setkávají s řadou dalších traumatických okolností, kterým bohužel často není přikládána adekvátní pozornost nebo jsou již překryty problémovým chováním již přímo mladistvých.

- Šikana a násilí – doma i ve škole
- Zanedbávání – především v oblasti citové a psychické
- Rasismus
- Zneužívání, incest – procento zneužívání především u dívek je v cílové skupině uživatelů výrazně vyšší než v běžné populaci
- Citový chlad – neschopnost projevit emoce
- Stres – chronický, dlouhodobý (vliv na další vývoj)
- Socioekonomická situace (kontrola emocí)
- Absence jednoho rodiče
- Nevypočitatelnost rodiče – často způsobena depresí či alkoholismem rodiče, který je pro dítě nesrozumitelný a nestabilní

V důsledku výše popsaného jsou děti vyrůstající v těchto rodinách dospělejší a samostatnější – musí se dříve spolehnout víc na sebe, nemohou čekat mnoho empatie a podpory v rodině, ale často naopak se starají či obávají o své rodiče. Mívají mnohdy pocity méněcennosti, nevěří, že mohou být úspěšné, přijímané, bývají emočně zmatené a nevyrovnané. Určitá samota a pocit opuštěnosti, který zažívají děti vyrůstající v problémových rodinách, je následně může izolovat i v jejich vrstevnických skupinách. Pokud se takovému dítěti nedostane adekvátní pomoci, může hledat řešení či alespoň úlevu nejen v drogách, alkoholu, ale i v sebepoškozování. Průvodní psychosomatické projevy, s kterými se setkáváme stále častěji v nižším věku, bývají přehlíženy a neřešeny.

Je obecně známo, že právě dlouhodobý, chronický a neřešený stres je jedním ze zásadních škodlivých faktorů v životě člověka. V každodenní přímé práci s klienty-uživateli lze pochopit souvislosti traumatického dětství a dospívání s únikem k užívání návykových látek. Mnohem obtížnější je rozpoznat okolnosti, které mají takovou sílu tyto predispozice překonat a umožní člověku najít si své spokojené místo na světě. V práci s uživateli drog, a nejen s nimi, se setkáváme často s otázkou, proč někdo zvládne špatné traumatické dětství a dokáže si najít místo v životě, zvládne jeho výzvy i nástrahy, a jiný ne. Co je tedy tak zásadní a silné, že dokáže přebít neradostné zážitky v minulosti?

Řada dospělých lidí, kteří zažili obtížné dětství, říká, že se rozhodli mít hezký život přes všechno, co bylo, a že se poučili ze špatných zkušeností.

Bezesporu se tito jedinci vyznačují lepší odolností a tolerancí na frustraci.

Všichni se shodují, jak bylo důležité **nebýt na to sám** a mít dobrý vztah s důležitou osobou ve svém okolí, tou může být kdokoliv.

Možnost se svěřit bez následků a bez odsouzení bývá velmi důležitá. Je překvapivé, jak často to bývá dobrý učitel či učitelka, kdo poskytne nějakou formu ochrany.

Jedna z podstatných a často opomíjených věcí je informovanost dítěte o tom, co se děje s ním, s jeho rodiči, proč je předáván do cizí péče, proč nemůže být s rodičem a další.

Ukazuje se, jak důležitý faktor jsou pozitivní zkušenosti s vrstevníky, ať už ve škole, sportu či jinde, možnost zažít úspěch a přijetí jinde než doma.

Práce s uživateli a jejich dětmi nám ukazuje v koncentrované míře to, co platí i obecně. Jak důležitá je rodina a vše, co v ní zažijeme a co si odneseme, ale i to, že lze přežít a překonat i mnoho příkoří a negativních zážitků, když...

**PhDr. Ilona Preslová**

*odborný garant Centra komplexní péče o dítě a rodinu SANANIM  
e-mail: [preslova@sananim.cz](mailto:preslova@sananim.cz)*



# Problémy s užíváním návykových látek dětmi s nařízenou ústavní výchovou

Marie Kučerová

Ústavní výchovu nařizují opatrovnícké soudy, pokud se nenajde vhodná pěstounská rodina či jiná možnost řešení situace dítěte v ohrožení jeho zdravé výchovy. Zařízeními pro výkon ústavní výchovy jsou:

- dětský domov,
- dětský domov se školou (dříve dětský výchovný ústav),
- výchovný ústav (pro chlapce či dívky po ukončení povinné školní docházky),
- dětský diagnostický ústav (pro děti do ukončení povinné školní docházky),
- diagnostický ústav pro mládež.

Dětský domov Kašperské Hory vznikl v roce 1956, od roku 1966 je domovem rodinného typu – první v tehdejším Československu. Děti žijí v rodinných skupinách, v každé je 6–8 dětí různého věku a pohlaví, sourozenci jsou zpravidla v jedné rodinné skupině. Hlavní budova je v Kašperských Horách, jsou v ní čtyři velké byty (rodinné skupiny), dva cvičné byty pro starší děti, dva služební pokoje jako zázemí pro vychovatele a kanceláře pro administrativní pracovníky.

V Sušici máme pronajatý jednopatrový dům se zahradou a dva byty 4+1 (dvě rodinné skupiny), kancelář sociální pracovníce, služební pokoj pro vychovatele a malý sálek na nácvik tanců, stolní tenis apod. Dále máme v Sušici od města pronajatou jednu garsoniéru v běžné zástavbě mimo dětský domov, kde žijí zletilí studenti, kteří jsou v DD na dobrovolném pobytu po 18. roce, aby mohli dokončit přípravu na povolání. Mohou zde být až do 26 let, pokud studují. V případě potřeby se tento byt může změnit na startovací, tzn. po ukončení přípravy na povolání zde může zůstat půl roku mladý člověk, který nemá vlastní bydlení. V tom případě si hradí náklady na bydlení sám a podmínkou je, že pracuje. Další odloučené pracoviště máme ve vesnici Chanovice. Jedná se o jednopatrový rodinný dům, ve kterém sídlí jedna rodinná skupina. K domu přiléhá zahrada a garáž se sušárnou prádla.

Děti navštěvují běžné mateřské, základní a střední školy v místě či blízkém okolí sídel DD. V rodinných skupinách žijí podobně jako velká rodina. Spolu s vychovateli, tetami a strýčky, si zde samostatně hospodaří: nakupují, vaří, uklízí, perou prádlo, starají se o zahradu atd.

Do našeho DD jsou umisťovány především sourozenecké skupiny (3, 4, 5, 6 i 7členné). Věk dětí se pohybuje od 1 roku do 17 let. Děti jsou odebrány z rodiny z důvodu dlouhodobého zanedbávání, týrání nebo sexuálního zneužívání. Příčin je vždy několik: rodiče závislí na alkoholu či drogách, s tím související zadluženost, trestná činnost, posléze ztráta bydlení. Stává se, že už šestileté dítě je zvyklé pravidelně kouřit cigarety.

Tabakismus je největším problémem, se kterým se denně setkáváme. Děti nad 15 let kouří téměř všechny bez rozdílu, jaký typ škol navštěvují. Většina z nich se učí nějakému učebnímu oboru, máme však i několik studentů maturitních oborů (zdravotní škola, cestovní ruch, stavební průmyslovka), kouří ale všichni. Na učilištích a středních školách se setkávají s kouřením marihuany a většina přiznává, že s marihuanou experimentují. V době pobytu v DD však většinou nemají dostatek finančních prostředků na nákup jiných drog. V poslední době jsme nezaznamenali experimentování s těkavými látkami.

Další návykovou látkou, která děti velmi láká a je poměrně lehce dostupná, je alkohol. Kupují si především levné červené víno, které míchají s kofolou, v případě sdružení více finančních prostředků pijí i tvrdý alkohol. Prokazují tím patrně příslušnost k partě vrstevníků, připadají si dospělí.

Veronika Kovaříková (2016) provedla v rámci bakalářské práce *Užívání návykových látek a hazardní hraní u dětí v diagnostických ústavech v České republice* výzkum zaměřený na rozsah užívání návykových látek a hraní hazardních her u dětí a mladistvých v diagnostických ústavech v České republice a vybraná data pak porovnávala s výsledky zjištěnými v rámci studie ESPAD v r. 2011. Dotazníkové šetření probíhalo ve čtyřech diagnostických ústavech: dvou dětských diagnostických ústavech (v Liberci a Plzni) a dvou diagnostických ústavech pro mládež (v Praze a Ostravě). Celkem bylo dotázáno 72 respondentů (54 chlapců a 18 dívek) ve věku 11–18 let, pro srovnání s cílovou skupinou studie ESPAD byli vybráni pouze 15 až 16letí respondenti (n = 30).

Zkušenost s kouřením cigaret uvedlo 96,7 % dotázaných, mezi nimi 70,9 % kouří v současnosti denně. Zkušenost s konzumací alkoholu mělo 91,7 %, 63,8 % konzumovalo alkohol v posledních 30 dnech. Nadměrné dávky alkoholu (tj. 5 a více sklenic při jedné příležitosti) konzumovalo alespoň jednou v posledních 30 dnech celkem 55,9 % dotázaných, časté pití nadměrných dávek (3 a vícekrát v posledním měsíci) uvedlo 25,1 %. Ve srovnání s výsledky studie ESPAD 2011 bylo mezi respondenty v diagnostických ústavech výrazně vyšší zastoupení těch, kteří zkusili cigarety a alkohol v raném věku (do 11–12 let).

Konopné látky zkusilo v životě 79,2 % dotázaných, více než polovina respondentů je užila v posledních 30 dnech. Ve srovnání s 16letými studenty dotazovanými v rámci studie ESPAD 2011 měli respondenti v diagnostických ústavech výrazně vyšší zkušenosti také s extází (22,6 %), pervitinem (25,0 %), kokainem (18,0 %) i opiáty (4,2 %). Dotázaní uváděli, že k prvnímu užití legálních i nelegálních drog došlo nejčastěji v partě vrstevníků nebo drogu získali od kamaráda. Celkem 80 % považuje cigarety a alkohol za velmi snadno nebo celkem snadno dostupné, konopné látky by si snadno dokázalo obstarat celkem 69 % dotázaných (Kovaříková, 2016).

Bartošová (2015) provedla výzkum na souboru 47 mladistvých mužů, kteří byli pro problémy s užíváním návykových látek umístěni v letech 2009–2010 v Diagnostickém ústavu pro mládež Praha 2 a posléze byli přemístěni do výchovných ústavů, které provozují oddělení



specializovaná na klienty s problémy s užíváním návykových látek. Všichni klienti kouřili tabák (s výjimkou klienta závislého na heroinu, který jej poprvé užil v 8 letech). Někteří klienti začali kouřit v 7 nebo 8 letech se svými rodiči. Příležitostně nebo pravidelně pilo alkohol 22 (47 %), resp. 14 (30 %) klientů. Klienti uvedli, že první kontakt s nelegální drogou měli nejčastěji ve věku 11–14 let (nejdříve v 8 letech), většinou (83 %) šlo o marihuanu, ale také o pervitin, heroin nebo toluen. Rozvoj problémového užívání nastal nejčastěji ve 14–15 letech, tj. s ukončením povinné školní docházky a nástupem na střední školu.

V rámci bakalářské práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně byl realizován průzkum mezi 59 dětmi (27 chlapců a 32 dívek) ve věku 13–19 let ve třech dětských domovech ve Zlínském kraji (Zapletalová, 2014), nejčastěji šlo o děti ve věku 15–17 let. Data byla sbírána prostřednictvím dotazníku zaměřeného jak na užívání návykových látek, tak na informovanost o drogách a postojové otázky. Celkem 69,5 % dospívajících uvedlo, že jim někdy v životě byla nabídnuta droga, ve většině případů šlo o nabídku od kamarádů. Nelegální drogu v životě vyzkoušela více než polovina dotázaných (57,6 %), 40,7 % drogu užilo jednou a 16,9 % opakovaně, k hlavním důvodům užití drogy patřilo začlenění do party a zvědavost. Z těch, kteří drogu užili, jich tak poprvé učinilo 67 % ve věku 11–15 let, pouze třetina dotázaných ve věku 16 let a později. Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (56 %), následované extází (7 %) a těkavými látkami (3 %).

Tři čtvrtiny respondentů jsou přesvědčeny o tom, že není problém v okolí drogu sehnat, 71 % vědělo, že se v jejich okolí nachází protidrogové centrum. V případě problémů s drogami by se respondenti obraceli nejčastěji na kamaráda, vychovatele nebo drogové centrum (Zapletalová, 2014).

Velkým problémem je nedostatek vhodných zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy pro děti a mladistvé závislé na drogách. Při několika výchovných ústavech existují oddělení specializovaná na klienty s problémy s užíváním návykových látek (VÚ Žulová, Husův domov ve Dvoře Králové). Dalším problémem je způsob přemístění dítěte nebo mladistvého do takto specializovaného ústavu. Přemístit ho může pouze soud na návrh pracovníka příslušného OSPOD. Pokud je návrh na přemístění podán, trvá samotný proces několik týdnů i měsíců (vynesení rozsudku, doručení účastníkům řízení, možnost odvolání).

**PhDr. Marie Kučerová**

*ředitelka Dětského domova Kašperské Hory*

*e-mail: [ddkh@seznam.cz](mailto:ddkh@seznam.cz)*



# Dvě polohy práce kurátora pro děti a mládež v případech dětských uživatelů drog (poradenství × kontrola)

Šárka Pelová, Lukáš Jakubec

## KURÁTOR A NĚKOLIK DŮLEŽITÝCH FAKTŮ K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM

- **kurátor se řídí zák. o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. (dále ZSPOD)**
- kurátor spolupracuje s dítětem a rodičem, jestliže se jedná o **tzv. „ohrožené dítě“ dle § 6 ZSPOD**
- **návykové látky (dále NL) se dotýkají § 6 písm. c)....Sociálně právní ochrana dětí se zaměřuje zejména na děti, které....požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohrožené závislostí.....**
- **„ohrožené dítě“** má vypracované podrobné vyhodnocení dítěte a jeho rodiny a individuální plán dítěte, užívání NL může být jedním z několika řešených problémů vycházejících z nefunkčního rodinného systému
- kurátor se **musí v každém případě rozhodnout a na zjištěnou situaci zareagovat**, ať už jde o poradenství, anebo kontrolu
- často se jedná o klienty nemotivované, musíme se vypořádat i s nesouhlasnými postoji na straně klienta
- (dítě doma) kurátor v oblasti NL získává podněty od PČR, městské policie, školských zařízení, lékařů, obrátit na OSPOD se může rodič nebo dítě
- (dítě mimo rodinu) – spolupracuje v oblasti NL se zařízeními ústavní výchovy, ochranné výchovy, popř. ZDVOP, dítě v náhradní rodinné péči – koordinace řešení problému s NL
- OSPOD nevede samostatnou statistiku nezletilých uživatelů NL
- klientela kurátorů je od „experimentátorů“ po děti závislé na návykových látkách ve věkové kategorii cca 7–19 let (tabák, alkohol, ostatní NL)

## KAZUISTIKA – PETRA

### RODINNÁ ANAMNÉZA

- *duševní onemocnění matky, opakovaně léčena na psychiatrické klinice – laktační psychóza, bipolární porucha osobnosti*
- *snížené výchovné kompetence matky v souvislosti s její diagnózou, navázání minimálního pouta mezi matkou a dcerou (porucha attachmentu), Petra vnímá matku jako „nesvéprávnou“*
- *domácí násilí na matce, absence zájmu otce – řidič dálkového kamionu, časté užívání alkoholu otcem*
- *Petru v dětství vychovávali prarodiče, Petřina matka opakovaně od otce odcházela do domácnosti prarodičů, definitivně se rozešli až v době rozvodu v 7 letech Petry*
- *Petru zasáhne smrt dědy (kdy jí bylo cca 14 let) – nahrazoval chybějící mužský vzor*

### PRŮBĚH SPOLUPRÁCE

- *Květen 2014 – zahájení spolupráce (15 let) podnět ze ZŠ, řešeno záškoláctví, pozdní příchody domů – přespávání u přítele, nerespektování autorit. Dochází s matkou do Střediska výchovné péče do listopadu 2014 + poradenství na OSPOD.*
- *Prosinec 2014 – problémy s agresivitou Petry a výkyvy nálad. Následují tři konzultace s psychiatrem v dětském krizovém centru – konec spolupráce s DKC – únor 2015.*
- *Duben 2015 – opět se objevuje nerespektování matky ani babičky, dlouhodobější útěky z domu k příteli, škola avizuje vysoké absence na učilišti a velmi zhoršený a zanedbaný zevnějšek Petry. Petra v domácnosti matky (babičky) nechce být, proto žije u přítele. Svolána případová konference, rodina chce situaci řešit sama.*
- *Květen 2015 – umístěna do diagnostického ústavu v Praze (dále DÚ) – rychlé PO § 452 + zahájení řízení o ústavní výchově. Petra pobyt zvládá bez problémů, soud zvažuje možnost nařízení soudního dohledu nad výchovou a návratu k matce – zprávy z DÚ a rodiny jsou velmi pozitivní.*
- *Červenec 2015 – nařízena ústavní výchova – umístění do výchovného ústavu s možností jezdit na stejné učiliště, kam docházela předtím.*
- **Krátce po nařízení** ústavní výchovy **nastává zlom** – matka přiznává, že zatajila problémy s dcerou o dovolenkách v předešlém období – doufala, že nebude nařízena ústavní výchova a Petra se vrátí domů. **Poprvé sděluje, že se obává, že Petra užívá drogy.** Matce za zatajování problémů uděleno napomenutí dle § 13 ZSPOD.
- *Nařízený výchovný ústav se ukazuje jako nevhodný, podán návrh na přemístění – červenec 2015. Petra odmítá pomoc při řešení problémů s drogami, „lítá v tom“. Petra*

z výchovného ústavu od září 2015 opakovaně utíká. Od *listopadu 2015* je na útěku nepřetržitě 6 měsíců.

- *Leden 2016* – soud rozhodl o přemístění zpět do DÚ.
- *Duben 2016* – Petra nalezena PČR a převezena do diagnostického ústavu. Klidnější období v diagnostickém ústavu a pobyty u matky – Petra brigádně pracuje. Orientační testování na návykové látky – 5 až 10/2016 – s negativními výsledky – zjištěny podvody s močí. Petra uvede, že užívá NL (THC, **pervitin**) dlouhodobě, zkušenost cca od 13 let.
- *Říjen 2016* – v diagnostickém ústavu se povede namotivovat Petru k řešení situace. Nastupuje na detox a pobyt v SVP Řevnice, který úspěšně ukončila 12/2016.
- *Prosinec 2016* – Petra si domlouvá doléčování v ambulantních službách v místě bydliště. Po dokončení pobytu při propustce na Vánoce dochází k recidivě – následuje útěk z diagnostického ústavu.
- *Leden 2017* – návrat Petry do diagnostického ústavu, hledání dalšího řešení i s ohledem na blížící se zletilost.
- *Březen 2017* – pobyt v Terapeutické komunitě White Light, kde pokračuje v léčbě až do své zletilosti i krátce po dosažení zletilosti.
- Během blížící se zletilosti a pobytu v komunitách se rozkrývá minulost z období útěků – trestná činnost – krádeže, prostituce, vydírání – Petra je pachatelem i obětí trestných činů.

## CO ZAFUNGOVALO K ZLEPŠENÍ SITUACE

- opakovaná docházka do ambulance SVP – *první pokus o terapeutickou práci na vztahu matka – dcera*
- poradenství v rámci výkonu SPOD, motivace ke změně – *čerpány možnosti v rámci práce s Petrou i matkou v domácím prostředí*
- návrh na tzv. rychlé PO § 452 zák. č. 292/2013 Sb. – *rychlé řešení situace Petry*
- napomenutí matky – *matka jedná s OSPOD otevřeně, informuje se, konzultuje možnosti řešení problémů*
- *nástup na detox – začátek, rozhodnutí*
- řádně ukončený pobyt v SVP – Cesta Řevnice – *první možnost přemýšlet o užívání NL a změnách v budoucím životě*

- nástup do terapeutické komunity White Light – *druhá možnost přemýšlet o užívání NL a změnách v budoucím životě*

## A CO ZAFUNGOVALO MĚNĚ

- poradenství v rámci výkonu SPOD, motivace ke změně – *nakonec muselo dojít na kontrolu*
- docházka do DKC – *spolupráce neměla delší terapeutický charakter, matka a Petra brzy uváděly, že je vše v pořádku*
- případová konference – snaha zapojit širší rodinu v řešení Petřiny situace – *aktivizace rodiny, ale bohužel bez otevřeného pojmenování všech problémů*
- možnost nařízení soudního dohledu nad výchovou a návratu k matce – *dilema kurátora, který je ten důvod, proč to doma „bouchalo“*
- umístění do ústavního zařízení s otevřeným režimem, využity možnosti dlouhodobých pobytů mimo zařízení a docházka do původní civilní školy – *dostatečně nezmapovaný Petřin problém s ohledem na mnoho desinformací*
- přemístění zpět do DÚM – *řešení z nouze, nebyla jiná možnost dle kapacity ústavních zařízení*
- orientační testování na NL v rámci ÚV – *nevypovídající kontrolní mechanismus, který lze jednoduše obejít, chyběla současně ambulantní služba*
- řádně ukončený pobyt v SVP Cesta Řevnice – *návrat do nefunkčního systému rodiny – brzká recidiva*

## RIZIKA

- rodinná zátěž – viz anamnéza
- úmrtí dědečka, který nahrazoval otce
- nestabilní výchovné prostředí
- zatajování problémů matkou, širší rodinou i Petrou
- pozdní zachycení problémů Petry – **tzv. hašení následků, s omezenou možností hledání příčin**
- zahájení užívání drog v časném věku
- absence vhodného zařízení a nemožnost pružného přemístění v rámci ústavní výchovy
- „pobyt na ulici“ – útěky z domácnosti, následně z ústavní výchovy, páchání trestné činnosti, oběť trestného činu
- upínání se Petry na nevhodné partnery pohybující se mezi uživateli NL, klienty z ústavní výchovy, promiskuita
- případ končí (zpravidla) zletilostí klienta – kurátor zůstává bez zpětné vazby

- změny klíčových pracovníků OSPOD
- složitost systému práce s ohroženým dítětem, dostatek času na koordinaci případu

## CO CHYBĚLO?

- opora v rodině
- dlouhodobá terapeutická práce s rodinou a Petrou
- ambulantní služba zaměřená na NL
- otevřená spolupráce – rodina × OSPOD, OSPOD × VÚ, DÚ
- nevyjasněná spolupráce – OSPOD × terapeutická komunita
- návazná spolupráce po zletilosti
- .....?

## NA ČEM JDE STAVĚT?

- Petřin intelekt
- schopnost zapojit se do pracovní činnosti i přes užívání drog
- s blížící se zletilostí důvěra k pracovníkovi OSPOD, možnost navázat se na nového sociálního pracovníka
- důvěra Petry ke komunitním službám, kde je možná práce i po zletilosti
- matka se stále snaží k Petře najít cestu
- .....?

**Bc. Šárka Pelová, Mgr. Lukáš Jakubec**

*kurátoři pro mládež, OSPOD Magistrátu města Hradec Králové*  
*e-mail: [sarka.pelova@mmhk.cz](mailto:sarka.pelova@mmhk.cz), [lukas.jakubec@mmhk.cz](mailto:lukas.jakubec@mmhk.cz)*





# *Jak si vede romský klient v našich službách a co se daří pracovníkovi v romské komunitě*

Radka Kobličková

## **GEOGRAFICKÁ POLOHA A SKLADBA OBYVATELSTVA**

Ústecký kraj, který je na prvním místě ze všech krajů v počtu sociálně vyloučených lokalit, má 37 250 sociálně vyloučených osob a 89 sociálně vyloučených lokalit. Ústecký kraj také drží prvenství v počtu Romů. Dle sčítání osob v roce 2012 se k romské národnosti přihlásilo 1 260 lidí, což je nejvíce v ČR, jedná se však o osoby, které se k romské národnosti přihlásily samy. Ve skutečnosti jich žije v Ústeckém Kraji možná i 20× více.

## **SOUČASNOST**

Z naší zkušenosti víme, že „bílé pláště“ pro romské klienty znamenají důvěru. Pokud spolupracují se zdravotní sestrou, jejich spolupráce docela dobře funguje a chodí například i na předem domluvené převazy atd.

Snažíme se romské klienty ničím nevydělovat od majoritních klientů, proto nenabízíme zvláštní „romské“ služby, romské letáky atd. Vidíme v tom i jeden z možných způsobů integrace do společnosti. Personál také nijak nemodifikujeme záměrně, nyní tedy romského zaměstnance máme, ale je na úplně stejné úrovni jako my a neposkytuje služby jiným způsobem než my.

Romští klienti chodí více ve skupinkách – je to tedy postřeh z naší praxe –, myslíme si, že je to způsobeno nějakým strachem z instituce, a když je jich víc, mají strach menší, mohou na různé situace reagovat společně a dohromady. Dá se říci, že mezi nimi velmi dobře funguje příchod na doporučení od ostatních klientů nebo rodiny.

Říkají, že chodí k nám, protože je to u nás dobré. Jednak tedy naši službu potřebují k uspokojení svých vlastních potřeb a jednak jsme si všimli, že u nich velmi dobře funguje motivace na jídlo a kontaktní místnost, kdy i my romským klientům můžeme něco materiálně nabídnout (čaj, kávu, potraviny). Slouží nám to jako dobrý prostředek k vytvoření neformálního prostředí a k navázání komunikace.

Výhodné pro spolupráci s nimi je znát jejich jméno a příběh. Dá se říci, že toto také zlepší vztah pracovník – klient. Například máme klienty, kteří prožili něco, co je zajímavé, nebo dosáhli něčeho, čeho jiní dosáhnou jen složitě, nebo se může jednat i o negativní příběh – například půl života ve vězení atp. Klient potom ví, že chceme komunikovat opravdu s ním, jsme na komunikaci s ním připraveni a víme, že je tohle právě on.

## TERÉNNÍ PROGRAM

Terénní sociální práce s drogově závislými Romy se v Ústeckém kraji úzce pojí se sociálně vyloučenými lokalitami. Do těchto lokalit naši terénní pracovníci pravidelně docházejí. Jako v každé terénní práci, i zde je velmi důležitá pravidelnost a dlouhodobá spolupráce s lokalitou, tedy že do ní terénní pracovníci chodí dlouhou dobu a rozpoznávají fungování a stratifikaci romské komunity. Jako jednu z výhod vidíme i to, že do lokalit chodí pravidelně stejná dvojice terénních pracovníků. Romští klienti potom terénní program znají, vědí, že se se svými potřebami mohou obrátit právě na tyto obličejce. Velkou roli zde hraje znalost pracovníka s klientem „face to face“.

Základním nástrojem pro terénní sociální práci je komunikace a právě v komunikaci je důležité se při práci s Romy přizpůsobit. Jejich tradice, zvyky a způsob života podmíněný historií vytvořil odlišnosti v jejich komunikačních pravidlech.

Používáme mnoho pro ně zbytečných slov. Majoritní společnost je zvyklá na „okecávání“, pro komunikaci s Romy je dobré mluvit přesně, jasně a jednoduše. Zbytečná slova vynechat. Romové čtou hodně řeč těla, pokud není nonverbální komunikace pracovníka v souladu s verbální komunikací, romský klient to pozná ještě zřetelněji než klient majoritní.

Jako důležitou pro pracovníky vidíme i znalost způsobu romské výchovy, kdy v jejich komunitě stále ještě funguje patriarchální výchova. V rodině a v komunitě má tedy vždy hlavní slovo otec, pokud otec chybí, tak nejstarší muž. Pokud chce tedy terénní program dojednat s romským klientem něco, co bude platit, je dobré do toho zapojit i tuto osobu.

Pokud se jedná o terénní práci s drogově závislými, jako nejdůležitější vidíme vštěpování elementárních principů harm reduction. Není důležité vysvětlovat filosofické principy, spíše jednoduše říci, že si mohou u nás vyměnit stříkačku kus za kus, že pokud žádnou nemají, tak jim vždy jednu stříkačku můžeme dát. Vysvětlit, že je stříkačka opravdu pouze na jedno použití a poté se musí buď vyměnit, nebo zlikvidovat. Například na začátku naší práce v lokalitě Předlice klienti nechápali, že je stříkačka pouze na jedno použití, vždyť to přeci jde si s ní aplikovat víckrát atd. Předlice jsou nejhorší lokalitou, žije zde opravdu mnoho závislých osob s velmi nízkým intelektem a i mnoho negramotných, se kterými je spolupráce nejsložitější, a úspěchem pro nás je i to, že jim vysvětlíme pouze to, že si injekce u nás mohou vyměnit.

Romové jsou dost orientováni na „tady a teď“ – příkladem naší dobré praxe je tedy řešit problémy na místě, v jejich přirozeném prostředí. Domlouvání se na jindy a na nějaký přesný čas se moc nesesetkalo s úspěchem. Romové mají trochu jiné chápání času než majorita. Nejsou tolik orientováni na budoucnost. Co je pro ně nyní důležité, pro ně nemusí být důležité v následujících dnech a obdobích. Proto pokud klient projeví zájem o řešení nějaké

zakázky (doklady, schůzka na ÚP a podobně), je dobré, aby s ním terénní pracovníci šli danou zakázku řešit hned.

Romové se také více organizují podle rodů a rodových klanů. Jedna rodina se například nesnáší s rodinou druhou atp. Proto je třeba na toto dbát například při komunitní práci a vědět o tom, jak to v určité lokalitě mezi rodinami je.

Velkou výhodou pro terénní program je získání dobrých kontaktů s místním vůdcem – „baro šero“, který mimo jiné funguje také jako „rozcestník“ pro osoby, které nerozumí institucím v majoritní společnosti. Obrací se na tohoto vůdce, který jim řekne: v této situaci musíte na úřad práce, v této na sociálku atp. Dá se říci, že určitým způsobem pomáhá v plnění cílů terénnímu programu. Dokáže na ostatní působit a má místní vliv.

### SHRNUTÍ SPECIFIK KOMUNIKACE

- jasný jednoduchý jazyk, odbornosti vysvětlit, nepoužívat zbytečná cizí slova
- zřetel na *non verbum* – mělo by být v souladu s verbální komunikací, Romové se často dotýkají rukou při komunikaci
- neříkat například, že tady a tamhle udělali Romové to a to, a proto my se chceme tomuto chování u vás vyvarovat; to pro ně neplatí, oni jsou jiní a nemusejí být stejní jako ti, o kterých se mluvilo
- tom jsme mluvili v souvislosti s „baro šero“
- potřebují mít jasné hranice v pravidlech
- dobrý je důvěrný vztah, dodržování mlčenlivosti atp.
- přizpůsobení slovní zásoby, nepoužívat těžká slova, cizí slova, vysvětlovat význam
- ujištění se, že klient opravdu porozuměl sdělovanému tak, jak to sdělujeme
- partnerství v komunikaci, nicméně neustupovat od požadavků, klást na ně zřetel: bez tohoto se neobejdeme..., stále je však nutné nezapomenout na toto...
- dát si pozor na šíření informací komunitou, může to být jak v dobrém, tak špatném smyslu, pokud se nám něco s klientem povede, bude se to šířit a ostatní to budou chtít také, v opačném případě je to stejné

**Mgr. Radka Kobližková**

ředitelka Kontaktního centra DRUG – OUT Klub, z. s.

e-mail: [drugout@volny.cz](mailto:drugout@volny.cz)



# Závislost v rodině z pohledu vývojové psychologie – 8 věků člověka

Michaela Štáfková

V rámci téměř dvouleté praxe v dětské a dorostové adiktologické ambulanci Ada+ v Kladně se nejčastěji potkáváme s otázkou zoufalých rodičů: „Proč se toto děje zrovna nám?“ Dnešní tzv. „smart“ doba přináší nejistoty do rodičovské role. Rodič si denně klade otázky co může, nemůže, musí, nesmí, co je ve výchově dobře a co není. Nerozumí technologiím, komunikaci mladých a nerozumí svým dětem. Rodiče se nenaučili pracovat se svou rodičovskou mocí, se svým selháváním, neumí žít v harmonii a přijímat negativní emoce. Vztahy v rodině ztrácí důvěru, ztrácí jistotu, že má nejbližší „tlupa“ mi rozumí a přijímá mě takového, jakým bych chtěl být. Dnes už víme, že hlavní příčinou závislosti není droga samotná, ale nefunkční vztahy. Johann Har ve své knize *Chasing The Scream: The First And Last Days of the War on Drugs* cituje: „Opakem závislosti není střízlivost. Je jím blízkost s ostatními lidmi.“ Proč se tedy objevuje v rodinách návykové chování či závislost, když vyrůstáme v rodinách, ve společenství lidí, v komunitách, v různých sociálních skupinách? Odpověď jsme hledali společně se 124 rodiči a 93 dětmi při skupinové i individuální terapii.

Vycházeli jsme ze studie E. Eriksona, který zanalyzoval osm fází psychosociálního vývoje, jimiž během svého života musí projít každý člověk, a ty pak klienti graficky ztvárnili do svého životního komiksu.

Pomocí toho si tak mohli uvědomit, zda si na základě interakce se svým sociálním prostředím z daného období osvojili určitou – dobrou či špatnou – zkušenost, od níž se vyvíjel jejich průchod dalšími životními fázemi. Osvojení si síly či ctivosti klíčové pro dané období se stává podmínkou toho, aby i následující životní fáze mohly být dobře prožity a integrovány. Např. bez upřímného přístupu k sobě nelze v adolescenci nalézt autentickou identitu, bez ujasněné identity nelze příliš dobře vstoupit do fáze partnerské intimity, bez intimity není generativity apod. V průběhu skupinové práce tak nalézali společné znaky závislosti u sebe i u svých dětí, opakující se stereotypy chování a také opakující se stejné reakce na různé životní situace. (Pozn.: Věkové určení jednotlivých fází je spíše orientační. Ve skutečnosti můžeme jednotlivé životní fáze s jejich typickými krizemi vnímat jako stále přítomná patra naší psychiky.)

U rodičů se jako základní problém (psychosociální krize) téměř vždy objevilo 1. a 5. období jejich života, tedy Důvěra proti Nedůvěře (0–1,5 let) a Identita versus Zmatení rolí

(adolescence). V prvním roce života nezískali základní důvěru ve svůj život a okolní svět skrze vytvoření pevného vztahu k matce nebo zastupující osobě.

Nedostatek naděje tak u nich v dospělosti vede k pocitu, že nemůžou věřit v uspokojení svých potřeb a stále očekávají od okolí primární ohrožení. Nevěří druhým lidem (svým dětem), snaží se z nich přímo nebo oklikou (manipulací) „dostat“, co potřebují, aby si tak mohli kompenzovat svou nedostatečnou sebehodnotu. V 5. období je ústředním tématem vývojového procesu utváření osobní identity, které úzce souvisí s vývojem „Ega“. Než se objeví zralé „Ego“, musí člověk získat přiměřený pocit identity. Po ukončení dětského období vývoje je v průběhu biologického a psychologického dospívání úkolem mladého člověka ustavit si pevné pojetí vlastního já, svého místa a smyslu v životě.

„V žádném jiném stadiu životního cyklu (...) nejsou si tak těsně blízké příslib objevení sebe samého a hrozba ztráty sebe samého.“ Rodiče, kteří neúspěšně prošli tímto obdobím, se uvnitř sebe necítí spojení se svým skutečným „já“, mají strach sdílet své pocity a pochybnosti, používají masky a hry, aby se druhým zalíbili nebo se vůči nim vymezili, neustále se s někým srovnávají, mají zmatky v partnerských vztazích, protože se skrze ně snaží marně nalézt sami sebe.

U jejich dětí je to jinak. Prvním obdobím prošli s láskou a důvěrou, rodiče již měli jiné startovací podmínky v porodnici, více možností v péči o dítě, více volného času, více aktivizačních pomůcek a hraček, aktivní prarodiče a tak podobně. Zvrat nastává ve většině případů ve 3. a 4. období jejich života, které se nazývá Iniciativa proti Vině (3–6 let) a Výkonnost versus Méněcennost (6–12 let). Rodiče často pod vlivem nátlaku okolí a nedůvěry sami k sobě přebírají iniciativu za děti, netrpělivě urychlují jejich vývoj, nepodporují jejich autetičnost, za chyby je trestají, stále je srovnávají a hodnotí.

Děti si tak neosvojí základní postoj zodpovědnosti za své činy, trpí už dopředu pocitu, že nic nedokážou, že raději neudělají nic, aby nic nepokazily a vyhnuly se pocitům viny a zahanbení, bojí se dělat chyby. Děti se naučí, že pokud budou „hodné“, budou je mít rodiče rádi. Jestliže dítě ztratí naději na dosažení vlastní výkonnosti, vede to u něj k tendenci se izolovat. Může se objevit snaha o rivalitu, soupeření s okolím nebo naopak pasivita v chování nebo mutilace (oněmění). (Může být důsledkem příliš autoritativní nebo rejektivní výchovy).

Práce s „životním komiksem“ je dlouhodobá terapeutická technika, která vysvětluje a objasňuje, vede k pochopení, proč se nám v rodině děje to, co se děje. Osvědčila se jako první krok ke změně – k přeprogramování nefunkčních stereotypů v komunikaci a v postoji k rodině a k sobě. Rodiče se tak mohli vyrovnat se svým selháním, pocity viny ve výchově v přijímající a laskavé atmosféře při terapii. S pomocí projekivní techniky lze v komiksu poukázat na opakující se symboly, znaky, tvary v různých obdobích života. Přijmout křivdy z dětství, douzavřit určité období, domalovat ... a tak podobně.

Jakékoliv další otázky či metodickou podporu vám rádi předáme: [terapie@zsi-kladno.cz](mailto:terapie@zsi-kladno.cz)

**Mgr. Michaela Štáfková**

*terapeut, vedoucí služby Ada + závislostní chování děti a dorost zařízení sociální intervence Kladno*  
e-mail: [terapie@zsi-kladno.cz](mailto:terapie@zsi-kladno.cz)

# Domácí násilí a návykové látky – zkušenosti z ACORUSU

Jaroslava Chaloupková

Centrum ACORUS je nestátní nezisková organizace, která poskytuje obětem domácího násilí komplexní víceúrovňovou odbornou pomoc prostřednictvím registrovaných sociálních služeb a akreditovaných programů. V rámci preventivních programů pořádáme besedy pro studenty a akreditované vzdělávací programy pro odbornou veřejnost.

## NAŠE SLUŽBY:

- registrované sociální služby
  - azylový dům s nonstop telefonní linkou
  - odborné sociální poradenství
  - krizová pomoc
- akreditované programy
  - poskytování právních informací obětem trestných činů v kontextu domácího násilí
- preventivní činnost
  - preventivní programy pro školy ve formě besed na téma domácí násilí se studenty a studentkami středních škol
  - vzdělávací programy akreditované u MPSV určené pro odbornou veřejnost
- návazná pomoc
  - 2 byty následné pomoci

Návykové látky a násilí jdou ruku v ruce a jsou častěji spojovány s těmi, kteří násilí páchají. V kontextu domácího násilí mluvíme o osobách násilných. S těmi máme zkušenosti pouze zprostředkované, víme o nich od našich klientek (osob ohrožených).

O návykových látkách se také často uvádí, že domácí násilí způsobují. Pravda je taková, že alkohol a drogy nejsou ani omluvou, ale ani příčinou domácího násilí. Tyto látky se stávají pouze katalyzátorem, spouštěčem násilného chování.

Ve svém dnešním příspěvku bych se chtěla na problematiku návykových látek v rámci domácího násilí podívat z druhé strany, kdy závislou osobou je osoba ohrožená, tedy obět domácího násilí.

Důvody, proč se osoby ohrožené stávají závislými, mohou být různé. V ACORUSU se u našich klientek často setkáváme s tím, že nadužívání je způsob, jak násilí ve vztahu zvládat, a slouží jako kompenzace a nástroj přežití. Klientky, které toto uvádějí, pak po odchodu do bezpečného prostředí poměrně dobře zvládají abstinenci. Jako rizikové vnímáme, že u dlouhodobě traumatizovaných se může závislost rozvinout rychleji.

Na jedné straně pomáhají drogy zvládat náročnou životní situaci, zároveň však snižují schopnost přiměřeně reagovat, adekvátně se bránit a často také slouží jako záminka k psychickému i fyzickému týrání.

Fakt, že ženy-uživatelky často mají ve své anamnéze domácí a jiné formy násilí, asi nikoho příliš nepřekvapí. Hovoří o tom jednak tuzemské výzkumy (Jana Solná, Stanislav Kunc a jejich výzkum v rámci projektu Drogové závislosti – násilníci a oběti 2015). A dokládají to i výsledky studie o vzájemném vztahu mezi násilím a závislostí, uvedené v publikaci WAVE (organizace sdružující neziskové organizace i akademické pracovníky zabývající se problematikou násilí na ženách a dětech) *Cesta z násilí – doporučení pro organizace pracující s touto problematikou*, kde se mimo jiné uvádí, že:

- Většina žen, které byly přijaty na detoxikační programy, byla v dětství obětí násilí nebo byla svědkem násilí mezi rodiči.
- Většina žen, které byly přijaty na detoxikační programy, byla v poslední době vystavena násilnému chování ze strany partnerů.
- Ženy, které měly zkušenost s násilím, měly závažnější problémy se závislostí než ty, které násilí nezažily.
- Vysoký počet žen v azylových domech pro oběti násilí má problém s alkoholem.
- Ženy v azylových domech, které mají problém s alkoholem, byly vystaveny závažnějším formám násilí než ty, které s alkoholem problém nemají. (Miller/Downs 1993, Logar v HeXenhaus (ed.), 2002)

S klientkami-uživatelkami se setkáváme ve všech našich službách. Ve svém příspěvku budu hovořit o zkušenostech z pobytového programu našeho centra.

Koncept služeb je připraven pro ženy, které žily v násilném vztahu, byly zvyklé poslouchat, podřizovat se. Snahou programu je vést ženy k samostatnosti, podporovat jejich lidskou důstojnost, vrátit jim kompetence a odpovědnost za svůj život. A v prvé řadě jim poskytnout bezpečí.

Nejsme režimové zařízení. Pravidla se týkají společného soužití, péče o děti, udržování pořádku a úklidu. Alkohol nebyl striktně zakazován, za porušení pravidel vedoucí k okamžitému ukončení smlouvy bylo považováno agresivní chování pod vlivem alkoholu, ne jen



pobyt pod vlivem. Zakázané je konzumovat alkohol v azylovém domě nebo v jeho areálu a kouřit v budově.

V souvislosti s uživatelkami návykových látek narážíme na nemožnost dodržovat základní pravidla pobytové služby. Ukazuje se neslučitelnost pobytu závislých žen s těmi, které zažily násilí a agresí páchanou často právě pod vlivem návykových látek. Dostáváme se do situací, kdy na jedné straně stojí ochrana, podpora a prospěch jedné klientky proti ochraně a bezpečí ostatních.

V rámci poskytovaných služeb, zejména té pobytové, jsme měli možnost potkat se s různými kombinacemi zneužívání. Některé klientky dokázaly po odchodu od násilného partnera do bezpečí poměrně dobře abstinovat. Kazuistiky v mém dnešním příspěvku, které jsou tou horší zkušeností, jsou na téma alkohol, pervitin a kombinace antidepresiv a alkoholu.

## **KAZUISTIKA LÍZA – ALKOHOL**

### **KDYŽ OD TOHO NEMŮŽU UTÉCT FYZICKY, MŮŽU ASPOŇ PSYCHICKY**

Na krizový pokoj byla přijata 50letá zbitá a pořezaná žena. Utekla od svého manžela, v té době již bývalého. Zůstávala u něj však nadále bydlet, neměla kde být a u otce zůstal jejich společný 17letý syn. Pracovala v Amazonu a veškeré peníze přeposílala na účet synovi. Podporovat ho ve studiu byla pro ni prioritou. V domě bývalého manžela v podstatě fungovala jako hospodyně a uklízečka.

Klientka uváděla, že po útěku z domova se opila a někdo ji okradl o veškeré doklady. Byla ve velmi špatném fyzickém stavu, proto pobyt na krizové pomoci byl hlavně o její rekonvalescenci a ztotožnění, které bylo s ohledem na fakt, že pocházela z Ukrajiny, dost náročné.

Po přijetí na program v azylovém domě klientka velmi dobře spolupracovala. Záhy se ale začala omlouvat z domluvených setkání, stále častěji z ní byl cítit alkohol, neplnila si povinnosti v rámci komunity – úklid atp. Při konzultacích a otevírání tématu alkohol negovala.

Docházelo k situacím, kdy byla zavřená na pokoji a nereagovala, ostatní klientky o ni měly strach, nemohly se na ni „dobouchat“ a požádaly službu o pomoc, protože situace byla náročná pro všechny obyvatelky a jejich děti. Po otevření pokoje přiznala, že se na pokoji opila a také tam kouřila – v budově je přísný zákaz kouření a požívání alkoholu. Incidenty se stupňovaly a docházelo k nim stále častěji. Pokud zkusila být bez alkoholu, projevovaly se fyzické problémy a zdravotní potíže.

Asi po dvou měsících se kolegyni svěčila, že v alkoholu nalézá úlevu. V rámci sociální práce i terapie přistoupila k návštěvě odborného pracoviště. Měla obavu o ukončení pobytu z důvodu opakovaných porušení pravidel. Začaly jsme jí znovu věřit a podporovat ji v docházení do ambulantní léčby. V azylovém domě pokračovala v individuální terapii, pokud měla volno, chodila na cvičení jógy a relaxaci. Krátce vše vypadalo velmi optimisticky a nadějně.

Klientka však nastavená pravidla nevydržela dlouho, velmi záhy začala opět přicházet pod vlivem a tentokrát se již ani nesnažila svůj stav nějak zastírat a maskovat.

Motivovali jsme klientku k radikálnějšímu řešení závislosti, k pobytovému programu v léčebně. To důrazně odmítala. Podpora syna pro ni byla stále prioritou. Zasílání peněz na účet synovi pokračoval i po nástupu k nám, nechávala si jen nejnnutnější peníze na nájem a živobytí. Při práci v Amazonu se snažila přivydělat si ještě na různých brigádách. Pocity viny vůči synovi byly obrovské.

K vypovězení smlouvy došlo po udělení dalších napomenutí za porušování pravidel. Našla si ubytovnu a v azylovém domě po ní zůstal dluh. Poslední informace od klientek, které s ní zůstaly v kontaktu, je, že na léčbu skutečně nakonec nastoupila.

Zajímavé bylo sledovat paralelní přístup spoluobvyvatele a pracovníků.

Spoluobvyvatelky se jí velmi zastávaly a zpočátku ji kryly. Později však samy vnímaly situaci jako ohrožující – nedodržování bezpečnostních a dalších pravidel na azylovém domě. Připouštěly, že chování Lízy sice není agresivní, ale je pro ně velmi zatěžující (plačtivé výlevy, motání a nekoordinovaný pohyb po azylovém domě, alkoholické výpary a pachy, které jim oživovaly nepříjemné vzpomínky na jejich partnery) a začaly se jí vyhýbat.

Byla to paralela s tím, jak k situaci přistupovali pracovníci – zpočátku ochranný přístup – věk, příběh a velká verbalizovaná snaha po změně. Postupně jakési střízlivění a nakonec realita – závislost na alkoholu je silnější než všechna naše dobrá vůle a nejsme zařízení, které by v současné chvíli mohlo této paní pomoci.

### **KAZUISTIKA ZDENA – PERVITIN, 32 LET, SYN 2 ROKY**

Zdena měla tři roky vztah s partnerem – seznámila se s ním v době, kdy žila na ulici a byla ve 2. měsíci těhotenství, ujal se jí, nechal ji u sebe bydlet. Ona před tím brala drogy a živila se prostitucí. Ze strany partnera několik fyzických napadení (kopání, úder pěstí, ohrožování nožem, házení věcí), žárlivost, urážky, nadávky. Snažila se bránit, také na něj křičela a nadávala mu, konflikty ale začínal on. Při posledním incidentu ji honil po bytě, ona mu utíkala a nešťastně srazila syna (bála se, jestli ho nezranila), musela utéci z bytu, volala na partnera policii. Byl kontaktován OSPOD, který jí doporučil vyhledat naši pomoc. Po opakovaných konzultacích v poradně jsme paní Zdenu přes možná rizika přijali do azylového domu. Jejím cílem bylo vyrovnat se s agresí, která jí provázela celý život (násilí v původní rodině, násilné vztahy s muži), a zároveň sama se chtěla naučit chovat se méně výbušně a vulgárně ve vztahu k okolí i k malému synovi. Zpočátku velmi nadšená, spolupracující. Aktivní v nabízených programech. Chce pro syna lepší budoucnost, verbalizuje, že jí na něm velmi záleží a chce se naučit, jak se k němu lépe chovat. Navazuje na spolupráci s poradnou pro žloutenku, obnovuje vztah s rodinou – matkou a bratrem.

Stále častěji odchází na noc mimo azylový dům ke známým, po návratu lze pozorovat změny chování, mění se zájem o péči o syna, není schopná zajistit základní potřeby a režim dítěte, roste napětí. Mluví hodně o tom, jak chce vše změnit, ale jak je to náročné. Velké výkyvy nálad (bouřlivý smích se mění během vteřiny v bouřlivý vysilující pláč), časté útočné reakce vůči ostatním na hranici agresivity, zrychlující se aktivity, nemožnost držet režim – pobyt na zahradě se synem v nočních hodinách, úklidy v noci apod. Pobyty mimo azylový

dům se prodlužují. Doporučujeme navázat také spolupráci s psychiatrem, což se nakonec daří, a klientka dostává medikaci, kterou se však rozhodla nepoužívat, neboť jí škodí.

Hromadí se stížnosti na problémy v soužití. Spoluobyvatelky uvádějí, že se paní Zdeny bojí, její chování je nepředvídatelné.

Zdena nestihla „nashbírat“ písemná napomenutí potřebná k ukončení smlouvy. K vyhrocení došlo po noci, kdy klientka mluvila o velkém napětí. V noci nespala, prý meditovala a potom zvracela. Uváděla, že se celý dům chvěje, jsou zde patogenní zóny, o kterých víme, ale nechceme o nich mluvit, a které ale musíme vyrušit. Máme zakoupit přístroj na jejich rušení. V budově nakreslila na dveře symboly kruhu, venku na budově také umístila dva obrázky, které nás mají ochránit, ale ví, že to nestačí. Její chování bylo vůči nám velmi podezřivé, přeskakovala z tématu na téma, hovořila i o tom, že ví, že v okolí jsou ukryté zbraně. Nechce nás prý shodit, ale nechat to tak nemůžeme. Během projevu plakala, zadýchávala se, třásla. Snažili jsme se Zdeně vysvětlit, že to, co prožívá, není v pořádku, a že jí s tím tady nedokážeme pomoci, rozhodli jsme pro přivolání rychlé záchranné služby. Když pochopila, že ji chceme nechat odvézt k lékaři, utekla a zavřela se v pokoji. Po příjezdu záchranářů se nám společně podařilo Zdenu přesvědčit, aby jela na vyšetření lékařem dobrovolně. Zůstala pak na dobrovolném pobytu.

Syn byl předán do péče babičce, kam po návratu z nemocnice odešla i Zdena.

### **KAZUISTIKA MIRKA – ANTIDEPRESIVA + ALKOHOL**

Do azylového domu paní Mirka nastoupila se svou 4letou dcerou s cílem postavit se na vlastní nohy, žít bez násilného partnera.

Po předchozím pobytu v Terapeutické komunitě Karlov SANANIM se vrátila k původnímu partnerovi a došlo k obnovení násilí ve vztahu. Po posledním útoku odešla do kojeneckého ústavu v Krči, kde dostala kontakt na nás.

Krátce po nástupu propady nálad, výlevy vzteku hlavně směrem k dceři. Neplnění dohod, nedodržování termínů, konflikty se spoluobyvatelkami. Užívání popírá, odvolává se na neléčenou depresi. Podporujeme klientku v obnovení spolupráce s psychiatrem, dostává medikaci. Potíže přetrvávají. Paní Mirka je opakovaně nalezena na pokoji, jak tvrdě spí, dcera bez dohledu. Po probuzení malátná, dezorientovaná. Opakovaně je z klientky cítit alkohol. Péči o dceru nezvládá, na spolubydlící je agresivní. Spoluobyvatelky upozorňují i na hrubé chování vůči dceři, což potvrzují i kolegové. Sama přiznává, že neumí ovládat svou agresivitu, a dceru na sebe nechce poutat, protože ví, že o ni stejně jednou přijde.

Po důkladném zvážení docházíme k tomu, že je nutné dceru od matky oddělit a klientku podpořit ve spolupráci s jejím psychiatrem. Doporučujeme hospitalizaci či jinou formu pomoci, jak se naučit zvládat své afekty a agresí a podpořit vztah k dceři. Pobyt v azylovém domě nadále není možný, protože svou agresivitou ubližuje nejen dceři, ale retraumatizuje i ostatní klientky. Klientka souhlasí s dobrovolným umístněním dcery v Klokánku a intenzivní práci na sobě. Od nás nakonec odešla do jiného azylového domu s tím, že chce dceru

mít u sebe. OSPOD však její situaci vyhodnotil jako pro dceru ohrožující a podal návrh na předběžné opatření na umístění dcery do ústavní péče. O klientce nemáme žádné zprávy.

## **MOŽNOSTI ŘEŠENÍ DILEMATICKÝCH SITUACÍ**

V rámci našeho azylového domu jsme na základě výše uvedených zkušeností přehodnotili některá pravidla a došlo k jejich úpravě směrem k nulové toleranci alkoholu. V prostorách azylového domu je zakázán pobyt pod vlivem alkoholu i jiných látek bez ohledu na to, jaké chování to způsobuje. Při náznacích možného selhávání řešíme věc individuálně důslednějším dohledem a podporou rodičovských kompetencí, přísněji dohlížíme na dodržování nastavených pravidel.

UVědomujeme si, že naše velké pochopení, důvěra a snaha pomoci vede někdy až k naivnímu přístupu k těmto klientkám, proto podporujeme klientky i pracovníky v otevřené komunikaci o těchto problémech, doplňujeme si vzdělání a spolupracujeme s odborníky na téma závislostí.

Přesto naše zkušenosti s danou problematikou přináší spíše než návody „jak na to“ další otázky:

- Lze řešit domácí násilí a závislost najednou?
- Pokud ano, zvládne to jedna služba?
- Jaké jsou možnosti spolupráce?
- Co řešit dřív: závislost, nebo násilí ve vztahu?
- Kdo? Odborníci na domácí násilí, nebo adiktologové?
- Kdy? Souběžně?
- Kde a jak? Dlouhodobé pobyty vs. ambulantní léčba + terénní práce?

Budeme rádi, pokud nám pomůžete na tyto otázky nalézt odpovědi.

**Mgr. Jaroslava Chaloupková**

*Ředitelka centra pro osoby ohrožené domácím násilím ACORUS, z. ú.  
e-mail: [info@acorus.cz](mailto:info@acorus.cz)*

# Starci na máku

Kateřina Morávková, Tomáš Mottl, Nora Staňková, Martin Titman, Lucie Zittová

Jako pracovníci Nízkoprahového střediska Drop In si osobujeme poněkud specifické postavení na trhu nízkoprahových služeb terciární prevence pro aktivní uživatele drog. Vycházíme z toho, že naše zařízení patří mezi nejstarší v ČR a ve svých počátcích navazovalo, mimo jiné převzetím části pacientů, na činnost Střediska drogových závislostí. Tyto faktory jsou za specifickým složením naší tradiční klientely, do které patří především dlouhodobí uživatelé, starší, často považovaní za vysoce problémové. Výrazná část naší práce se tedy týká lidí, kteří mají ve svém životě jasno, odmítavě reagují na záchranářské aktivity, obvykle chápou svůj životní stav jako výsledek vlastní svobodné volby, a přitom mají stále tendenci setrvávat v roli oběti a sami se označovat za „feťáky“ se vším, co k tomu patří – s „právem“ na nadstandardní péči, s odmítáním zodpovědnosti za konkrétní úseky svého žití.

Tato zkušenost nás inspiruje ke specifickému přístupu ke klientům, který spočívá ve výrazném převyšování „servisních“ prvků oproti vztahovým – snažíme se nevytvářet mezi námi a klienty pouta, ale udržet v prostředí střediska stav setkávání cizích dospělých lidí v rolích poskytovatele a příjemce konkrétních služeb. Věříme, že tímto přístupem dáváme jednotlivým klientům možnost pochopit a přijmout svou normální společenskou a lidskou roli na úkor vztahových a hodnotových hrátek spojených s identitou „feťáka“.

Starší uživatelé, dlouhodobí uživatelé, toxi senioři, všichni nějak tušíme, co se za těmito pojmy ukrývá, nicméně vymezení této skupiny může být složitější, než se zdá. Laická vizualizace je obvykle téměř totožná s klasickými bezdomovci, tedy sešlý, špinavý, smrdící člověk, který se obtížně pohybuje, není téměř schopen srozumitelné komunikace, přespává na lavičce nebo v průchodu na zemi a brzo umře. Jak vzdálený je tento obraz realitě!

Dlouhodobý uživatel, pokusíme-li se o jakousi generalizaci s vědomím všech rizik, která to sebou nese, má obvykle zdravotní komplikace běžné pro jeho věkovou kategorii – slábnutí smyslů, zpomalení procesu hojení, omezování funkcí orgánů, snižující se pohyblivost apod. Četnost (obzvláště i. v.) užívání drog se snižuje následkem ubývání možností, chuti, schopností a v neposlední řadě jako jakási snaha o vymanění se z pozice „toxikomana“. V sociální oblasti začíná uživatel často trpět nejistotami ohledně bydlení, dosud běžná praxe střídavého (ne)bydlení začíná drhnout s rostoucí potřebou mít klid a bydlet, objevují se obavy „starého mě nikam nevezmou“.

Dosud obvykle opomíjená a bagatelizovaná finanční stránka začíná nabývat na děsivé důležitosti vlivem uvědomění si absolutní nemožnosti splatit dluhy a obav z nepřiznání starobního důchodu; výdělky jsou minimální, pokud vůbec nějaké, téměř vždy „na černo“. Pravidelné příjmy spočívají výhradně v sociálních dávkách; dávky hmotné nouze jsou obvykle pokrácené o dluhy na výživném a jsou vypláceny ve výši existenčního minima (2 200 Kč), i přiznané invalidní důchody nejsou vyplácené kvůli neodpracovaným rokům.

Vztahy dlouhodobého uživatele k rodině jsou často komplikované, přerušené, plné pocitů hněvu a viny nebo zcela zflegmatizované. Rodiče, kteří byli zdrojem občasně péče a finanční pomoci, umírají nebo sami potřebují péči, kterou jim uživatel není schopen či ochoten dát. Není úplně neobvyklé, že se dlouhodobý uživatel v „toxi prostředí“ setkává se svým též beroucím potomkem.

Společenské postavení dlouhodobého uživatele je pak srovnatelné s běžnými seniory; vrs-  
tevníci umírají, prohlubuje se mezigenerační propast, pocity samoty a opuštěnosti nacházejí stále více objektivního zdůvodnění; zajímavé je, že – jak se zdá – častěji se do této situace dostávají muži, zatímco stárnoucím ženám-uživatelkám se daří natolik se přizpůsobit běžné společnosti, že z „toxi prostředí“ takřka mizí a navazují nové a bližší vztahy se svými rodinami a přáteli.

Cíle terciárně preventivních služeb v práci s dlouhodobými uživateli chápeme takto:

- zlevnit zdravotní péči o klienta,
- pragmaticky ošetřit finanční situaci klienta,
- snížit rizikovost klienta v oblasti trestné činnosti,
- přispět k zajištění dobré kvality života klienta,
- načerpat specifické znalosti a dovednosti klienta využitelné pro zkvalitňování péče.

Je třeba ovšem říci, že dosahování těchto cílů je omezováno a brzděno nejen klientovou aktivitou, motivací a ochotou ke změnám, ale i legislativou vystavěným systémem, který neodděluje aktivity čistě drogové zaměřené na hobby jednotlivce od činností reálně škodlivých pro jednotlivce a společnost.

Když jsme na základě našich znalostí a zkušeností dali volný prostor fantazii a bez ohledu na legislativní, finanční a společenské možnosti jsme fabulovali, jaké ideální faktory by výrazně přispěly k odproblematizování konkrétně dlouhodobých uživatelů drog, vyšel nám tento zajímavý seznam:

- nízkoprahové LDN s možností vlastní aplikace drog,
- dostupné kvalitní drogy a náčiní k aplikaci,
- dostupné preskripty a vybavení pro výrobu drog pro vlastní potřebu,

- klubově-aplikační prostředí pro asistovanou možnost ovlivňování mladší generace uživatelů,
- důstojná možnost ovlivňování služeb a drogové politiky ze strany uživatelů (users' forum),
- nízkoprahová psychiatrická péče,
- nízkoprahové základní stabilní finanční zabezpečení – speciální dávky, byť nízké, nikoli v závislosti na užívání, ale na sociálním statutu,
- nízkoprahová možnost občasných přivýdělků,
- nízkoprahové ubytování s možností užívání a výroby drog pro vlastní potřebu,
- možnost využívání běžných pobytových zařízení pro seniory s možností aplikace a výroby pro vlastní potřebu,
- aktivní účast uživatelů na výzkumné činnosti v oblasti adiktologie i dalších (nikoli pouze vyplňování dotazníků),
- aktivní účast uživatelů při vzdělávání adiktologů a dalších odborníků.

**Martin Titman, Nora Staňková, Lucie Zittová, Tomáš Mottl, Kateřina Morávková**

*Mgr. Martin Titman (vedoucí Nízkoprahového střediska),  
 Mgr. et Mgr. Nora Staňková (projektová manažerka),  
 Mgr. Lucie Zittová, Tomáš Mottl, Mgr. Kateřina Morávková  
 Nízkoprahové středisko Drop In, o. p. s.,  
 e-mail: [stredisko@dropin.cz](mailto:stredisko@dropin.cz)*





# Abstinence pro starší a pokročilé

Martin Hulík

Pokud mluvíme o starších klientech, asi by bylo vhodné si říci, jaký věk tím míníme. V evropském projektu Better Treatment for Ageing Drug Users (BETRAD) jsou označeni jako stárnoucí uživatelé drog a jsou to prý lidé nad 40 let. To mě upřímně řečeno trochu vyděsilo, neboť jsem zřejmě taky stárnoucí, stejně jako asi polovina našeho týmu.

Chtěl bych se v tomto příspěvku zamyslet nad tím, zda jsou stárnoucí uživatelé drog v terapeutické komunitě a vůbec v léčbě vedoucí k abstinenci něčím specifičtí a zda vyžadují nějaký specifický přístup ze strany pomáhajících profesionálů.

Moje odpověď je jednoduchá – nejsou nijak zásadně specifičtí a odlišný přístup od jiných dospělých klientů nevyžadují.

Ale tím ještě toto sdělení nechci ukončit, proto si položím otázku, proč by si někdo mohl myslet, že naši stárnoucí klienti mají nějaká specifika a zvláštní potřeby. A začnu trochu oklikou.

V roce 1991 byl věkový průměr klientů v TK Němčice 25 let. Byla to první skupina klientů a začátek terapeutických komunit pro drogově závislé.

V roce 2000 to bylo opět 25 let. Což je trochu překvapivé vzhledem k tomu, že už v té době začínaly být Němčice vnímány jako komunita pro starší klientelu.

V roce 2017 máme věkový průměr klientů 38 let. Postupně stále roste a vše nasvědčuje tomu, že ještě poroste. Přitom 40 % klientů je starších 40 let a 10 % klientů je starších 50 let. (Z toho mimochodem vyplývá, že nadpoloviční většina klientů je mladší 40 let, a tvrdit tedy, že se zaměřujeme na starší klientelu, by bylo velmi zjednodušující.)

Ve skupině klientů je věkové rozpětí široké – od zhruba 25 do 55 let –, starší se objevují jen výjimečně a až v posledních několika letech.

Zaměříme se nyní na klienty od 50 let výše. Krize středního věku pokročila, ozývají se příznaky blížícího se stáří, tedy dějí se přirozené věci, které s věkem potkají každého. Forma je vysoce individuální. Možná by do lehce zparodovaného profilu veterána patřilo, že brání drog

bylo radikální formou odporu vůči komunistické totalitě (jen ten odpor před téměř 30 lety zapomněli včas ukončit), většina z nich byla u prvních varů pervitinu v Československu (první vary jsou prezentovány jako přelomové události druhé poloviny 20. století) a všichni o sobě chtějí napsat knihu, nebo na ní už dokonce dlouho pracují. Mají sebehodnotu odvozenou od postavení na drogové scéně (i když bylo skoro vždy o něco horší, než si klient namlouvá) a o roli veterána se pokouší opřít svou autoritu ve skupině klientů. Ti ovšem, pokud skupina dobře funguje, mu roli drogového guru nepotvrdí a veterán ji ve vlastním zájmu opouští někdy v první třetině léčby. Problémy s identitou a autoritou ale mívají často klienti v každém věku, takže opět nic speciálního, jen forma nabývá různých podob.

Naše komunita si nikdy starší klientelu nevybírala, pouze se historicky nijak nebráníme přijímat klienty s dlouhými kariérami, a tedy relativně starší. Tyto klienty jsme ochotně přijímali i v době (a vlastně to není tak dávno), kdy byli v některých zařízeních považováni lidé starší 30 let (!) za problematické, rezistentní vůči terapii a málo perspektivní z hlediska cílů léčby, tj. udržení abstinence, osobní růst, spokojený život, a často nebyli do léčby přijímáni.

Na téma skryté nedostupnosti léčby pro starší klientelu jsme před lety s kolegou M. Šefránkem provedli anonymní kvalitativní experiment a prezentovali ho na AT konferenci. Nebyl přijat právě vlídně, možná také proto, že potvrdil naši hypotézu, že v části léčebných zařízení věková diskriminace existuje. Napadena byla taky metodologie experimentu, byť ji prof. Miovský tehdy označil sice za nekonvenční, ale naprosto správnou – podstatou experimentu byl pokus umístit fiktivního klienta ve věku 36 let do několika terapeutických komunit. Od té doby se situace v zařízeních myslím velmi zlepšila, ale nálepka komunity pro starší uživatele už nám zůstala a my se jí nebráníme.

Starší klienti toho v životě stihli víc. Zkonzumovat víc drog, založit rodinu, víc si poškodit zdraví. V souvislosti s pozvolna rostoucím věkem klientů se v posledních letech objevil nový trend, a to výrazné zastoupení klientů se zkušeností s výkonem trestu odnětí svobody. Je to u nás více než 50 %. Často se jedná o klienty trestané vícekrát nebo dlouhodobě. Přibývá také nástupů přímo z výkonu trestu, zřejmě i díky dobré spolupráci s Centrem pro osoby v konfliktu se zákonem SANANIM. Mám lehkou obavu, že právě „kriminálníci“ zatím na mnoha místech nejsou vítáni s otevřenou náručí a očekává se od nich, že budou dělat problémy, sabotovat terapeutické směřování skupiny, vést dvojí život, porušovat pravidla atd. Musím říct, že naše zkušenost takové obavy nepotvrzuje. Jak pracovat se skupinou, kde je většina lidí se zkušeností s vězením a nerezignovat přitom na dynamický přístup v terapii, bezpečí a péči o dobré vztahy v komunitě, by bylo nad rámec tohoto sdělení. Řešením ale není zvýšená kontrola a větší důraz na režimovou vrstvu programu.

George DeLeon, jedna z největších světových osobností v oblasti léčby závislostí, řekl vloni na setkání s vedením Amity Foundation o terapeutických komunitách: „Máme dnes různé přístupy k léčbě závislostí. Jsou i jiné účinné přístupy. Ale tento je nejefektivnější pro nejtěžší a nejproblémovější populaci. Vlastně je to přístup první volby.“

Jsem přesvědčen, že u nás máme tuto nejtěžší a nejproblémovější klientelu, pokud jde o sociální poškození, traumatizaci, vězení, délku drogové kariéry, duševní a osobnostní problémy – byť u nás viděno spíše nemedicínsky jako potíže vést smysluplný život, zažívat plnohodnotné uspokojivé vztahy, rozvíjet a realizovat svůj potenciál, rozumět sám sobě. Pomocí terapeutické komunity může být klient ve všech těchto oblastech úspěšný. Trochu praktičtější

se to dá vyjádřit tak, že absolvent TK, bez ohledu na věk a průběh předchozí drogové kariéry, může dlouhodobě abstinovat, vést rodinný či partnerský život, pracovat a nepáchat trestnou činnost. Naše praxe potvrzuje, že v terapeutické komunitě je starší, těžká a problémová klientela úspěšná.

Co z tohoto zjištění (pokud jste ochotni mi ho uvěřit) může vyplývat?

Jednak odpověď na otázku z úvodu, zda starší klientela vyžaduje specifický přístup, úpravy programu, jiné obecné cíle léčby atd. Nevyžaduje, protože, připomínám DeLeona, terapeutická komunita „je neefektivnější pro nejtěžší a nejproblémovější populaci“.

A také odpověď na otázku, zda máme považovat starší klientelu za specifickou, něčím zvláštní: NE, protože starší klienti, klienti s dlouhou kariérou drogovou a kriminální jsou a mají být naprosto běžnou a hlavní klientelou v terapeutické komunitě. Klienti, kteří berou krátce a mají bezpečné a podpůrné zázemí, nechť se léčí ambulantně. Rád bych na dokreslení připomněl výborný text Stanislava Kudrleho *Trauma závislosti, závislost na traumatu*, kde zmiňuje důležitou vlastnost traumatu – bezčasovost. Trauma je z určitého pohledu věčné – když rodič opustí dítě, toto opuštění je na celý život. Když je dítě sexuálně zneužito, důsledky jsou celoživotní. Vidíme například, že obnovení kontaktu klienta s rodičem (v rámci práce s rodinou v komunitě) po dvaceti letech úplného opuštění způsobeného vzájemným zklamáním, pocity křivdy a nenávisti, prožívají obě strany stejně intenzivně, jako by k opuštění došlo nedávno a toto opuštění ovlivňovalo jejich život po celou dobu stejně intenzivně jako na začátku.

Dále mě napadá otázka: není v nízkoprahových ambulancích, substitučních programech a opakovaných krátkodobých pobytech v léčebnách poměrně dost klientů, kteří by měli prospěch z léčby v terapeutické komunitě, a přesto do ní nikdy nenastoupí? Obávám se, že to tak je, a navíc mám dojem, že část profesionálů (snad ne moc velká) podléhá mylnému dojmu, že když se klientovi ve zcela nevyžadujícím, doprovázejícím a vstřícném ambulantním kontaktu moc nedaří, jak by pak mohl zvládnout něco tak těžkého a radikálního, jako je roční program v TK Němčice. Opak bude často pravdou a logika je na naší straně. Máte někoho v dlouhodobé substituci, a přesto se jeho duševní problémy moc nelepší, je stále na hraně sociálního debaku a na hraně režimového vyloučení z důvodu relapsů na nelegálních drogách (pokud nelegální drogy jsou vůbec téma), je za hranou zákona? Pak je na místě se ptát, proč ho s použitím veškerého vlivu nemotivujete do léčby v terapeutické komunitě?

Pokud máte v krátkodobé pobytové léčbě klienta, který se k vám opakovaně vrací a léčba není úspěšná, proč se s tím spokojit a nesměřovat celé terapeutické úsilí k motivování klienta k přestupu do terapeutické komunity? V jednom pobytovém zdravotnickém zařízení pro léčbu závislosti například dodnes provozují praxi, že klienta nikdy nereferují do terapeutické komunity, pokud předtím neukončí celý několikaměsíční program u nich.

Některé terapeutické komunity bezpochyby mají specifickou klientelu. V našich podmínkách například adolescenty, matky s dětmi, klienty s těžší poruchou osobnosti nebo klienty s psychózou. Větší různorodost v přístupech a zacílení programů považují komunity mezi sebou za správné, alespoň v tomto duchu spolu mluvíme. Starší klientela by se stala specifickou (vůči obecné populaci dospělých klientů závislých na drogách), pokud by výsledek léčby a představa dobře fungujícího klienta výrazně vybočily ze stávajících mantinelů – například by klienti nemohli pracovat z důvodu stáří a věnovat se dalším aktivitám podobně jako ti

mladší. Zatím nic takového u našich 50+ klientů nevnímáme, a když jsou nějak limitováni (tělesně, duševním onemocněním), není to přímo způsobeno věkem. Specifická témata a důraz na existenciální přístup v terapii ovšem do programu TK Heřmaň-Němčice jistě patří.

**Bc. Martin Hulík**

*vedoucí Terapeutické komunity Němčice-Heřmaň SANANIM*

*e-mail: [hulik@sananim.cz](mailto:hulik@sananim.cz)*

# Klient ve vězení

Lucie Zobač

Tématem letošní konference jsou Drogy a specifické cílové skupiny a mně bylo velkou ctí přijmout pozvání k aktivní účasti na tomto místě.

Protože klienti ve výkonu trestu odnětí svobody jednoznačně jsou specifickou cílovou skupinou z pohledu potřeb, rozhodla jsem se svůj příspěvek věnovat tomuto tématu.

## LÉČENÍ ZÁVISLOSTÍ V PODMÍNKÁCH VÝKONU TRESTU ODNĚTÍ SVOBODY

- Dobrovolné: Specializované oddíly, tzv. SPO, kde v rámci terapeutického procesu pracují s motivací klienta. Existují standardy, které zpracovala Klinika adiktologie a jejich pilotní ověření dostala za úkol Věznice Bělušice.
- Ochranné léčení: protialkoholní a protitoxikomanické v ambulantní i ústavní formě. Největší oddíl je ve Věznici Rýnovice, zároveň je to také jediné místo, kde lze realizovat ochranné léčení protialkoholní; Věznice Opava a Znojmo mají oprávnění pouze k ochrannému léčení protitoxikomanickému.
- Substituční léčba: substituční látkou je výhradně metadon.
- Poradny drogové prevence: jsou ve všech věznicích a vazebních věznicích, charakter činnosti je převážně poradenský a konzultační, ale výjimkou nejsou ani opakované kontakty. Existují a jsou pilotovány standardy pro tento typ služby, a to ve Věznici Světlá nad Sázavou, zpracovatelem je Klinika adiktologie.
- Bezdrogové zóny s terapeutickým zacházením.

## **SPECIALIZOVANÝ ODDÍL OCHRANNÉHO LÉČENÍ VĚZNICE RÝNOVICE**

Věznice Rýnovice je jedinou věznicí Vězeňské služby České republiky, která má mimo běžné lékařské a zdravotnické profese vydáno také rozhodnutí Ministerstva spravedlnosti pro poskytování adiktologické péče.

Specializovaný oddíl ochranného léčení Věznice Rýnovice (dále jen SpOOL) je jedním ze třech pracovišť tohoto typu uvnitř Vězeňské služby v České republice. Odsouzení jsou do tohoto oddílu přijímáni na základě uloženého ochranného léčení protitoxikomanického nebo protialkoholního v ambulantní nebo v ústavní formě. Takovému rozhodnutí soudu předchází znalecký posudek lékaře z oboru psychiatrie a při přijetí do léčby pak také zhodnocení stavu ambulantním psychiatrem SpOOL.

O svém umístění nerozhoduje odsouzený sám. O načasování léčby vzhledem k délce trestu rozhoduje tým SpOOL ve spolupráci s Odborem zdravotnické služby Generálního ředitelství Vězeňské služby, posléze skrz soud, který na žádost SpOOL, resp. ředitele Věznice Rýnovice, léčbu zahajuje. Po ukončení výkonu trestu následuje ověřovací fáze v přirozeném prostředí, kterou nařídí soud k ambulantnímu psychiatrovi s příslušnou specializací, a to obvykle do místa bydliště.

Doplněním multidisciplinárního týmu SpOOL Věznice Rýnovice o adiktologa je zajištěna každodenní přítomnost zdravotníka z oboru závislostí na oddělení. Ten se mj. věnuje zpracování části příjmové dokumentace, komunikace se soudy ohledně léčeb, specifickému adiktologickému poradenství – např. předvýstupnímu, ale také psychoterapii. Převážná část práce adiktologa spočívá v klinické práci s odsouzenými, jako velmi vhodný kromě studia a praxe v oboru shledávám také psychoterapeutický výcvik akreditovaný Ministerstvem zdravotnictví.

## **EXTRAMURÁLNÍ AKTIVITY**

Jedná se o aktivity, v rámci kterých chodí odsouzení za doprovodu zaměstnanců ven mimo věznici. U odsouzených zařazených do SpOOL se jedná o významný motivační prvek, u odsouzených s dlouhými tresty také o formu přípravy k pobytu na svobodě.

Je snaha o to, aby aspekt těchto aktivit byl různý, tj. jak pracovní (pomoc při mytí oken v ZŠ, úklidové práce na její zahradě apod.), ale i sportovní a kulturní, např. rozsvícení vánočního stromu. V loňském roce se nám pro tyto potřeby spojené se zátěžovým programem podařilo nakoupit jízdní kola.

Pro tyto aktivity jsou odsouzení přísně vybíráni a není možné do nich z bezpečnostních důvodů zařadit všechny.

## **SPECIFIKA PRÁCE ADIKTOLOGA VE VĚZEŇSKÉ SLUŽBĚ**

Zvláštní pohled na pracovní prostředí lze zhodnotit v případě zaměstnání ve Vězeňské službě ČR v několika aspektech. Jedná se o práci se specifickou cílovou skupinou osob, kteří nejsou jen osobami s adiktologickou poruchou, ale také pachateli trestných činů, ve Věznicí Rýnovice, což je věznice s ostrahou s vysokým stupněm zabezpečení, jsou často pachatelé závažnějších trestných činů, s delšími tresty odnětí svobody. Většina z těchto odsouzených jsou recidivisté, kteří se dobře vyznají v kriminální subkultuře i v tom, jak se chovat k personálu, když je přítomen a když tam není. Strážný prostor věznice a vstup do něj s sebou nese určitá bezpečnostní opatření, která jsou zřejmá jednak v možnostech vnášení různých předmětů (zákaz vnášení a používání mobilního telefonu a další) a jejich kontrole (zouvání se při vstupu, pokud má obuv kovovou výstuhu v podrážce apod.), ale i v tom, že personál tvoří příslušníci, tj. dozorcí a strážní služba, a občanští zaměstnanci.

Adiktolog ve Vězeňské službě ČR je personálně zařazen pod zdravotním střediskem věznice, jedná se o zdravotnickou pozici, kdy přímým nadřízeným je vedoucí lékař.

**Bc. Lucie Zobač**

*adiktoložka Vězeňské služby ČR, Věznice Rýnovice*

*e-mail: [LZobac@vez.ryn.justice.cz](mailto:LZobac@vez.ryn.justice.cz)*





---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Veronika Maxová (ed.) a kol.  
Specifické skupiny a drogy  
V roce 2018 vydal SANANIM z. ú., Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13  
Grafický design a sazba Jan Tippman, [www.tippman.cz](http://www.tippman.cz)  
Tisk Janova dílna, Třebestovice

ISBN 978-80-907463-0-5



**Možná nosím talíře nakřivo,  
ale konečně stojím na vlastních nohách**

*Váš číšník*

*Café Therapy* je prvním sociálním podnikem typu WISE (*Work Integration Social Enterprise*) v České republice. Klientům *SANANIMu*, který pomáhá lidem ohroženým drogami, poskytuje komplexní program, který jim umožní přechod do normálního života – pomáhá se stabilizací životního stylu, poskytuje řádné zaměstnání s podporou, učí konkurenceschopnosti na trhu práce, posiluje potenciál a kompetence.



*Café Therapy funguje bez dotací*  
Školská 30, Praha 1, [www.cafe-therapy.cz](http://www.cafe-therapy.cz)

Jsem zastáncem integrovaného přístupu ke klientům se závislostmi. Integrovaný přístup může mít v oboru závislostí řadu významů. V politice, která se tématem závislostí zabývá (dosud poněkud zastarale nazývané protidrogovou či drogovou), znamená integrovaný přístup jednak kombinací strategií prevence, léčby a rehabilitace, snižování rizik a regulace včetně zákonné represe, ale může jít i o rozšíření jejího původního, úzkého zaměření na ilegální drogy i na další formy závislostí. Integrovaný přístup ve službách znamená jejich otevření všem klientům bez ohledu na formu jejich závislostního chování, ale i genderové, věkové a další hranice stavěné mezi klienty se závislostmi v duchu konceptu „specifických“ cílových skupin.

*Josef Radimecký: Služby jen pro gamblery – nový proud, nebo slepé rameno vývoje adiktologie?*

Neprodejné

ISBN 978-80-907463-0-5

