

Mladiství & *drogy*

Sborník odborné konference

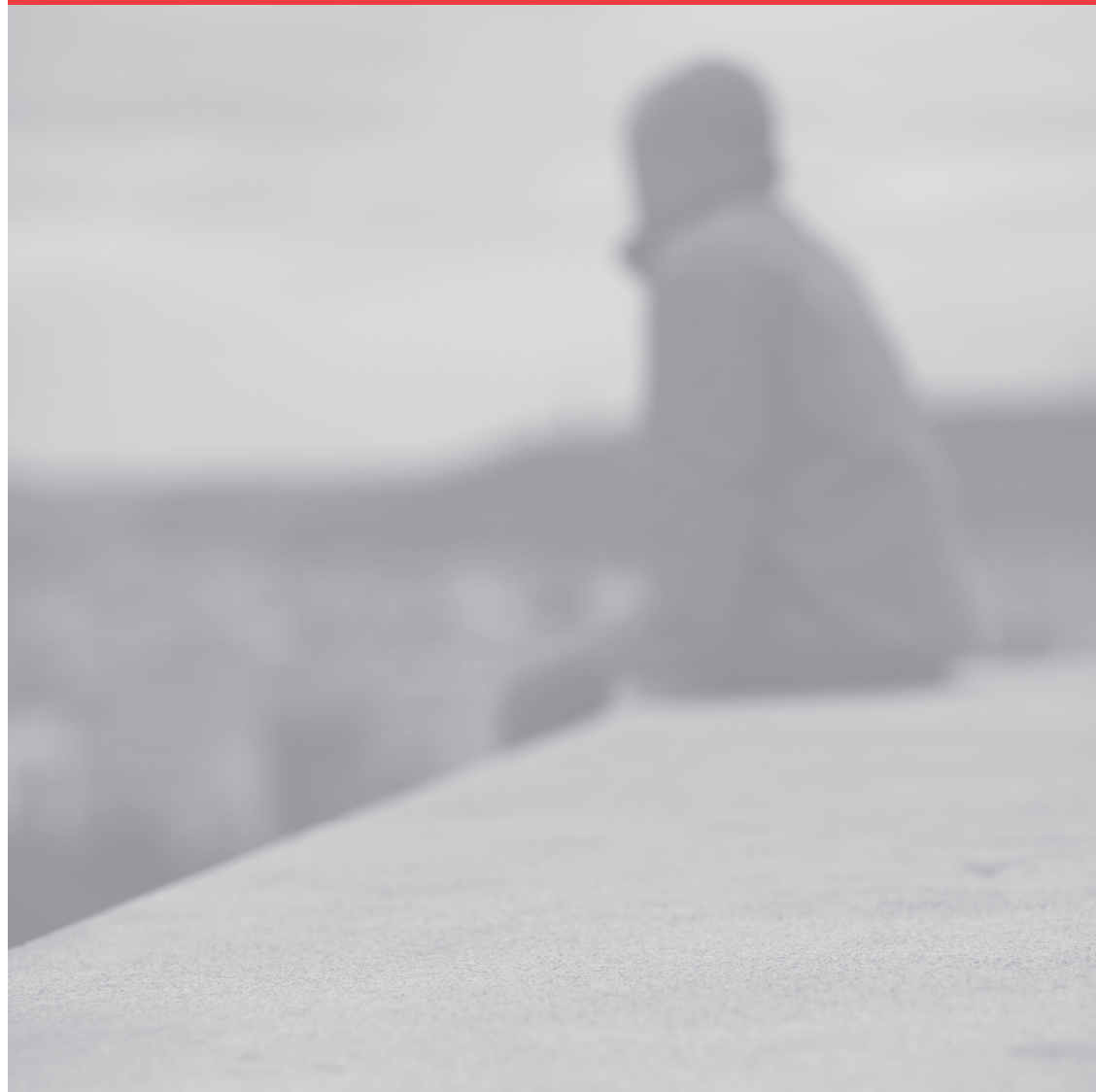
Praha 20. – 21. dubna 2010



Mladiství & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 20.–21. dubna 2010



Obsah

Za podporu děkujeme České spořitelně a Magistrátu hlavního města Prahy

Editorky:

PhDr. Ilona Preslová
Olga Hanková

Autorský kolektiv:

Pavla Doležalová
Jindřich Exner
Martin Holíš
Michael Chytrý
Aleš Kabilka
Marian Koranda
Helena Kotová
Jan Lorenc
Martin Marušák
Veronika Pětrošová
Ivan Platz
Ilona Preslová
Jana Putnová
Martina Richterová Těminová
Radek Skřivan
Marek Stránský
Jana Švecová
Petr Vácha
Hana Vitnerová

© Ilona Preslová, Olga Hanková a kol., 2010

© SANANIM, 2010

Obálka © Jan Tippman, 2009

Foto na obálce © Štěpán Mamula

Vydalo občanské sdružení SANANIM, Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13

www.sananim.cz

ISBN 978-80-904536-0-9

Úvod	7
Martina Richterová Těminová	
Mladiství – drogy a závislost	9
Marian Koranda, Martin Marušák	
Dětské a dorostové detoxikační centrum	15
Ilona Preslová	
Nedospělý klient v ambulantní léčbě	21
Petr Vácha	
Léčba mladistvých klientů v Terapeutické komunitě Karlov SANANIM – skupina adolescentních klientů v rámci terapeutické komunity	27
Michael Chytrý	
Role, místo a úloha drogy v rodině	35
Jan Lorenc	
Problematika závislosti v ambulanci dětského psychiatra	39
Ivan Platz	
Možnosti terapeutické práce s dospívajícími problémovými uživateli drog (model pracoviště CESTA Revnice)	41
Jana Švecová, Aleš Kabilka	
Dva jazyky – jedno téma: mladiství v Animě	47
Pavla Doležalová	
Transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních pro ohrožené děti a mládež	57
Hana Vitnerová	
Specifika práce kurátora pro mládež	63
Veronika Pětrošová, Jana Putnová	
Specifika sociální práce s mladistvými	69
Jindřich Exner, Radek Skřivan	
Mladiství a drogy pohledem terénního sociálního pracovníka pro děti a mládež z pražských sídlišť	75
Marek Stránský	
Zkušenosti z práce s mladistvými – komunitní a výchovný přístup	81
Helena Kotová, Martin Holíš	
Vstup pod vlivem návykových látek do nízkoprahového klubu a práce s klienty zneužívající ve větší než malé míře návykové látky.	89

Úvod

Klára Gajdušková, ředitelka Firemní komunikace, Česká spořitelna, a. s.

Mladiství a drogy není téma nijak veselé, ale je to téma celospolečenské a téma nanejvýš aktuální, které se může týkat kohokoli z nás a z našich blízkých. Proto, když nás SANANIM oslovil s nabídkou, abychom se stali partnery konference na téma mladí a drogy, neváhali jsme ani minutu.

Jsme rádi, že můžeme přispět k tomu, aby proběhla odborná diskuze a konference na toto téma. Autoři příspěvků, které najdete v tomto sborníku, jsou vynikající odborníci, kteří se tematice dlouhodobě a neúnavně věnují. Právě jim patří největší dík za to, že se o drogách a drogové problematice mladých stále otevřeněji mluví a píše.

Mladiství – drogy a závislost

Martina Richterová Těmínová

Oprávnění hovořit k tomuto tématu čerpám z faktu, že mojí vstupenkou do adiktologického oboru byla právě práce s mladistvými – nejdříve v Diagnostickém ústavu pro dívky v Hodkovičkách, potom ve výchovném ústavu a ve středisku pro mládež Klíčov.

Dovolte mi drobný historický exkurz. Problematika návykových látek u mladistvých začala být tématem již před rokem 1989. V té době Středisko pro mládež Klíčov pod vedením dr. Matouše Řezníčka zahájilo provoz oddělení Alternativa. Tam jsem potkala „matky zakladatelky“ práce s mladistvými uživateli. Vlastně tam na začátku byl trochu i otec (jak to u plození bývá), prof. Jiří Heller, který se ale později vytratil, a oddělení Alternativa vedla dr. Marta Danešová a dr. Milada Votavová, která potom dále na tomto tématu spolupracovala s MUDr. Ivanem Platzem. Hlavním přínosem tohoto pracoviště byl především přístup k mladistvým klientům. Na klienty pohlížel jako na „holky a kluky“, kteří mají aktuálně problémy, se kterými je však možné něco dělat. Pracovníci oddělení byli výborní psychoterapeuti a úspěšnost oddělení byla významná.

Na začátek konference si dovoluji malé zamyšlení nad slovy mladiství – drogy – závislost, tedy nad slovy, bez nichž se k tématu konference asi ani nelze vyjádřit.

DOSPÍVÁNÍ

O charakteristice dospívání bylo již mnoho napsáno a řečeno, tak tedy jen stručně. Základním smyslem tohoto období je hledání a nalezení vlastní identity – kdo jsem, jaký jsem, kam patřím, kam směřuji. Toto hledání však probíhá ve velmi komplikovaném terénu. Můžeme použít obraz kopcovité krajiny, kdy se vždy před námi objeví nové údolí, řeka, skála, jdeme do neznáma. Nejdeme po upravené cestičce, chvíli jdeme po písku, potom bažinou, nebo zase vysokou trávou. Počasí se mění, chvíli je slunečno, chvíli deštivo, někdy přijde i bouřka. Cestou potkáváme různé lidi a bytosti, a to známé i neznámé, kteří naši cestu komentují, někdy zrcadlí, někdy nám pomáhají, někdy našemu putování brání.

Proto tak dobře rozumíme cestě Froda z Pána prstenů, proto hltáme jeho příběh, proto se o něj bojíme, jelikož to je právě mimo jiné cesta, jak poznat svoji identitu, jak se vyrovnat se

svoji mocí a bezmocí, láskou a nenávistí. K tomuto příběhu nás táhne jistota, že tuto cestu důvěrně známe.

Podstatou období dospívání je rozpor, boj – kdy k dosažení vnitřní identity a integrity jdeme cestou kritického pohledu na vše, emocionální nevyrovnanosti, pudovosti, abstraktního myšlení, noření se do sebe sama a zrcadlení se v druhém. Další rozpor je v potřebě naplnit vývojové úkoly tohoto období a přitom nemáme sebe sama v plné moci, hledáme se, poznáváme sebe sama.

Havighurst uvádí několik **vývojových úkolů** (Macek 2003):

- přijetí vlastního těla, fyzických změn, včetně pohlavní zralosti a pohlavní role
- kognitivní komplexnost, abstraktní myšlení, schopnost aplikovat intelektový potenciál v běžném životě
- uplatnění emocionálního a kognitivního potenciálu ve vrstevnických vztazích, schopnost vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky obojího pohlaví
- změna vztahu k dospělým, zejména rodičům, autonomie, případný respekt a tolerance
- získání představy o ekonomické nezávislosti a směřování k určitým jistotám, volba povolání, profesní kvalifikace
- získání zkušeností v erotickém vztahu, příprava na partnerství, rodinu
- rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálních dovedností zaměřených ke komunitě a společnosti
- představa o budoucích prioritách a cílech, o stylu života
- ujasnění hierarchie hodnot, reflexe stabilizace vlastního vztahu ke světu a životu

Vybavení na tuto cestu získáváme ve svém nejranějším dětství, na něm záleží, jak pevné je naše sebevědomí a důvěra, zda je podlomené pochybnostmi, pocity viny, pocity méněcennosti, jak se vztahujeme ke světu, jak důvěřujeme a nedůvěřujeme. Během cesty hledání identity si adolescent (i jeho rodina) kolikrát sáhnou až „na dno“. Mladý člověk se může zafixovat pouze na negativní identitu, která je založena na definici sebe sama, jako toho, kdo je v opozici vůči všemu (hodnotám, názorům).

Jak dobře chápeme rozkolísanost našeho pubertáka, vždyť sami často zatoužíme utéct před nároky samostatného odpovědného života do bezpečné náruče, kde není nutné nic řešit, problémy neexistují. Je to vlastně relaps nebo recidiva, útěk z dospělého, odpovědného života, do pocitu bezpečí, ochrany, kdy ale platíme ztrátou svobody a samostatnosti.

DROGY

Drogy hrály v rámci dospívání i iniciace velmi důležitou roli. I naše kultura akcentuje, že alkohol a tabák patří k dospělosti, je to tak definováno zákonem.

Drogy byly v tradičních společenstvích používány k přechodovým rituálům, k uvedení do světa dospělých, doprovázené silným zážitkem. Stejně tak dnes mladí považují drogu za loďku, která je převeze do dospělosti. Bohužel ne vždy si uvědomí, že loď se musí řídit a taky se musí pádlovat. Prostě dospívání je dřina.

Když se podíváme na obrázek dívky kouřící trávu, asi si řekneme, že se ta holka nestydí, vždyť je to zbytečné, vždyť to nemá zapotřebí. Ale jak to doopravdy je?

První pohled: Dívka je rebelka, snaží se odlišit, negovat stádní hodnoty, ukazuje svoji jedinečnost – prostě adolescentka.

Druhý pohled: Možná se jedná o osamocenou dívku, která si vůbec nerozumí, nerozumí svým pocitům, něco se jí děje v hlavě divného – možná počínající deprese, psychóza, nejasná sexuální orientace.

Třetí pohled: Dívka, která má za sebou prožité hrůzy, třeba byla zneužívána v rodině, chce trochu zapomenout, aspoň chvíli jí tráva pomůže uvolnit se a nemusí na to myslet.

Čtvrtý pohled: Dívka je součástí dobré party, trochu se tam hulí, vždyť se ale nic neděje.

Zde máme navenek stejně vypadající obraz, ale zcela rozdílný obsah sdělení, co nám dívka svým chováním říká. Z toho ale také vyplývají zcela odlišné intervence, které můžeme podniknout.

UŽÍVÁNÍ DROG MŮŽE U MLADISTVÉHO SOUVISET S NÁSLEDUJÍCÍMI SCÉNÁŘI:

1. Užívá drogy v souvislosti s plněním svých vývojových úkolů (forma odporu, vyjádření nového názoru, „lépe se mi navazují vztahy s opačným pohlavím“, „cítím se být dospělým“, droga jako značka dospělosti).
2. Užívání drog jako samoléčba, „droga mi prostě pomáhá“ – buď na prožité trauma, nebo na rozvíjející se duševní onemocnění.
3. Užívání trávy je společenským rituálem našeho společenství – díky tomu drogu užíváme, ale nezneužíváme, její užívání má jasná pravidla – místo, dobu, čas, četnost, osoby.

CO S TÍM MŮŽEME DĚLAT?

V prvním případě má užívání formu zlobení. Nejčastější naší reakcí je trest, který se v tomto období často májí účinkem, naopak situace se pravděpodobně zhorší, zlobení se zintenzivní. Nese totiž v sobě informaci, že se naše postavení jako dospělého mění, že se musíme naučit s mladistvým vyjednat, vytyčovat si společně hranice, trénovat odpovědnost.

V případě druhém, kdy užívání drog má funkci samoléčby v rámci rozvoje duální diagnózy, bychom měli tomuto klientovi pomoci nalézt dobrou psychiatrickou péči, a to poměrně rychle. Měli bychom propojit psychiatra s adiktologem, vychovatelem, psychologem, a zvolit neadekvátnější formu pomoci, založené na spolupráci, kdy však hlavní odpovědnost převezme jeden z odborníků a bude konzultovat s ostatními.

Pokud mladistvý používá drogu jako samoléčbu z důvodu vážných traumat, je zde zase namísto úzká spolupráce adiktologa s psychoterapeutem, nejlépe, pokud jsou obě tyto dovednosti sklobeny v jedné osobě.

JAKÁ PÉČE JE INDIKOVANÁ?

Často zažíváme silný tlak od rodičů, kolegů, sociálních pracovníků k hospitalizaci klienta. Často se hospitalizace jeví jako nejlepší řešení pro všechny. Je pravda, že si rodinný systém od sebe odpočine, dítě je bezpečně uklizeno a je mu zamezeno další užívání. Pokud se v této fázi podaří klienta motivovat k tomu, že takovýto pobyt pro něj může být smysluplný (a to nejenom z důvodu užívání drog), může mít hospitalizace smysl. Pokud však vršíme jenom jednu hospitalizaci za druhou, kde klient nevnímá žádný význam a užitek léčby, situaci neprospíváme a demotivujeme ho, vytváříme pocit neléčitelnosti, nemožnosti změny, neschopnosti.

Člověk by měl být hospitalizován, pokud je tak vážně nemocný, že není možno léčbu zajistit doma.

ZÁVISLOST

Kdy jsou mladiství závislími? Hned jak vezmou drogu? Mladistvý je závislý, když naplňuje diagnostická kritéria závislosti, a ta jsou následující:

- a) silná touha užívat látku
- b) potíže v kontrole užívání látky
- c) potřeba užívat návykovou látku jako prostředek k odstranění tělesných odvykacích příznaků
- d) průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu)
- e) zanedbávání jiných zájmů a potěšení, než je užívání drogy
- f) pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.)

Z toho je evidentní, že **NE** každý mladistvý, na kterého rodiče křičí „ty závisláku“, si opravdu toto označení zaslouží. Spíše je jich méně než více.

Na druhou stranu, pokud zlobení projevující se užíváním překračuje míru „velmi zřídka občasnosti“, je zapotřebí s adolescentem něco dělat. Minimálně ho doprovázet jeho dospíváním a minimalizovat jeho zranění. V každém případě je nezbytné, aby se na rozhodování a pomoci podíleli rodiče, ať se nám odborníkům rodič líbí nebo nelíbí. Na rozhodování a řešení se však musí podílet i dotyčný mladistvý. Kompetence rodičů se musí posilovat, protože mladistvý svoji separaci nemůže realizovat, když rodiče nejsou přítomni. Pokud dlouhodobě hospitalizujeme mladistvého, kdy je užívání drog doprovodným znakem dospívání, pravděpodobně zbrzdíme jeho vývoj, klient nemá možnost se vymezovat vůči rodičům.

Separovat se od něčeho, co není přítomné, je pro mladistvého obtížné. Zde můžeme mladistvého poškodit.

Hospitalizací se dá pomoci klientům, kteří drogu používají jako samoléčbu, a je jedno z jakého důvodu, nebo v případě, kdy jsou další problémy tak výrazné a silné, že by se klient výrazně poškodil.

Myslím si, že variantou první volby by měla být vždy ambulantní péče, a to spíše ve výchovném zařízení (pokud není rozvinuta závislost) než ve zdravotnickém. Mít nálepku „feťáka“ může být pro některé mladistvé velkým lákadlem. Hledání vlastní identity je poměrně namáhavé a někdy je lepší jistota – vím, kdo jsem, než nejistota, co jsem zač.

Při hledání vhodné pomoci vždy stojíme před velkým dilematem, co je lepší, ochránit mladistvého před větším průšvihem, nebo mu zablockovat jeho přirozený vývoj.

ZÁVĚR

Na závěr se pojďme vrátit k našemu hrdinovi Frodovi. Jak se popral se svým dospíváním? Zdá se, že se se svými vývojovými úkoly popral a naplnil je. Cestou však mnohokrát zaváhal, dostal se do velmi nebezpečných situací, střídavě nad mocí prstenu vítězil a podléhal jí. Kdybychom tento příběh slyšeli dnes v našich poradnách, byl by Frodo hrdina, nebo bychom počítali jeho relapsy, kdy nad sebou nechal zvítězit prsten. Byl by pro nás Glum zavrženíhodný jedinec? Kde by oba byli? V Hobitíně? V léčebně? V pastáku?

Literatura

- Erik H. Erikson: *Životní cyklus rozšířený a dokončený*, NLN, 1999
- Vagnerová, M.: *Vývojová psychologie*, Portál, Praha 2000
- Macek, P.: *Adolescence*, Portál, Praha 2003
- *Mezinárodní klasifikace nemocí, Ministerstvo zdravotnictví ČR 2008*

PaedDr. Martina Richterová Těmínová

Psychoterapeutka, absolventka speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě UK. V roce 1990 spoluzaložila občanské sdružení SANANIM, je jeho odborná ředitelka. Hájí zájmy drogově závislých a jejich rodin. Dále např. vyučuje na 1. lékařské fakultě UK a je lektorkou výcviků v psychoterapii.

SANANIM, o. s.

Ovčí hájek 2549/64A
158 00 Praha 13
tel.: 284 822 872
e-mail: office@sananim.cz
www.sananim.cz

Dětské a dorostové detoxikační centrum

Marian Koranda, Martin Marušák

Projekt Dětského a dorostového detoxikačního centra (DaDDC) je realizován od r. 2004, jeho cílem je komplexní péče „nejen a pouze“ o drogově závislé, ale také o problémové uživatele či tzv. experimentátory s alkoholovými a nealkoholovými drogami do dokončeného 18. roku života. Pacientům poskytuje významnou intervenci, která následně s potřebnou resocializací umožňuje změnit chování a postoje, a tak zabránit případnému vzniku závislosti i mnohem těžším zdravotním postižením (infekční hepatitidy, sexuální přenosné nemoci, HIV a další onemocnění spjatá s abúzem drog).

Pro DaDDC je typické propojení zdravotnické péče (vlastní detoxifikace a léčba přidružených nemocí), terapeutických postupů (motivační terapie formou skupinových a individuálních terapií, arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, velmi významné pro tuto specifickou klientelu jsou volnočasové aktivity) a úvodní resocializace.

Poskytujeme celodenní terapeuticky vedenou péči pro děti. Tyto děti mají téměř vždy současně i výrazné poruchy chování, hyperaktivní syndromy, jsou zvyklé na volnost, velmi obtížně se podřizují autoritě dospělých a do léčby přicházejí až na výjimky nedobrovolně!

DaDDC je schopno vyjít ročně vstříc cca 1500 klientům (cca 850 pacientům a 650 zákonným zástupcům), z toho cca 270–300 pacientů ošetřit při hospitalizaci (komplexní detoxifikace). Na oddělení jsou přijímáni pacienti v akutních stavech (včetně záchranné služby a policie) i plánované příjmy.

Velká část pacientů zůstává v ambulantním doléčování ve dvou psychiatrických ordinacích DaDDC, které tak slouží jako klasická AT ordinace pro děti i dospělé pacienty.

METODY PRÁCE

První kontakt s pacientem (resp. jeho rodiči, zákonnými zástupci, sociálními kurátory apod.) je obvykle telefonický (objednání se), fyzicky pacient doráží v dohodnutou dobu na vstupní vyšetření, které se skládá z následujících položek:

- odebrání anamnézy – psychiatrické vyšetření
- motivační pohovor
- toxikologické vyšetření moče (semikvantitativně v laboratoři Oddělení klinické biochemie)
- zmapování rizikového chování v souvislosti s užíváním drog a sexuálním chováním
- v případě hospitalizace pediatrické vyšetření
- pokud nejsou k dispozici výsledky vyšetření na infekční hepatitidy a antiHIV z poslední doby (tj. cca 1–2 měsíce), vyšetření na IH A, B, C a antiHIV 1,2. (Pokud je z vyšetření patrné, že má pacient protilátky typické pro některou z výše uvedených infekcí, nebo pokud výsledky laboratorního vyšetření ukazují na jinou patologii, pacientovi je adekvátní formou upravena léčba, případně je dle indikace odeslán do specializovaného zařízení.)
- případná vyšetření na další onemocnění (např. TBC, syfilis, gynekologická onemocnění...)

První kontakt slouží k základnímu zhodnocení stavu a diferenciální diagnostice pacienta spojené se zvažováním, zda mu v DaDDC můžeme nabídnout vhodnou péči.

Při přijetí pacienta informujeme o skutečnostech, které mohou být pro něj významné nebo které mohou mít vliv na průběh léčebné péče.

S každým pacientem je při přijetí zpracován rámcový plán individuální péče. Ten definuje hlavní oblasti, na kterých je třeba pracovat. Na zpracování plánu se podílí vždy lékaři pacienta, případně další pracovníci. Lékaři zpracovávají společně s pacientem vždy části, které se týkají péče o zdraví a farmakoterapie. Ve spolupráci se sociální pracovníci vytváří předpoklady pro řešení sociálně právní problematiky pacienta.

Po zhodnocení celkového stavu a míry motivovanosti je pacientovi navržen a projednán vhodný program a forma léčby. Zde platí zásada informovaného souhlasu a léčebného kontraktu.

Je zahájena detoxikační terapie, event. i farmakologicky podmíněná. V průběhu cca 7–21denní léčby je dětský pacient v celodenním kontaktu s terapeutem a psychoterapeutem a pod dohledem psychiatrů, pediatrů a zdravotních sester.

Pro pacienty s neukončenou základní školní docházkou je přímo v DaDDC zajištěna školní výuka, kterou vede speciální pedagog.

Sociální pracovníci v koordinaci s rodiči (či zákonnými zástupci, event. kurátory) pomáhají zajistit v indikovaných případech následnou (středně- a dlouhodobou) péči, poté jsou v koordinaci s rodinou (zákonnými zástupci) kontaktována vhodná zařízení následné péče, soc. kurátor, výchovný či diagnostický ústav a eventuelně i škola.

Velmi důležitá je týmová spolupráce – při tvorbě databáze, při hledání vhodné následné léčby společně s psychiatry, psychoterapeuty a pediatry, dále ve spolupráci se zařízeními následné péče i naopak s ambulantními (i nízkoprahovými) a dalšími zařízeními. Předáním komplexní zprávy se zdravotní i vyčerpávající sociální anamnézou je zajištěna kontinuita terapie i sociální péče, a to jak ve státních, tak v nestátních zařízeních a organizacích. To napomáhá zajistit kontinuitu péče o pacienta v oblasti zdravotní i sociální.

Je zahájen pravidelný kontakt s rodiči či zákonnými zástupci, poradenská činnost, sledování pacienta a statistické vyhodnocení úspěšnosti léčby, popř. zajištění další léčby. Průběžně jsou vyhodnocovány metody práce a navrhovány případné korekce, 1× ročně je uveřejněna Výroční zpráva.

PRACOVNÍ TÝM

Pracovní tým DaDDC je sestaven z pohledu komplexní péče o tuto cílovou skupinu pacientů. Jedná se o lékaře psychiatry, dále pak pediatry a zdravotní sestry. Nezdravotnickou část týmu tvoří psychoterapeuti, sociální pracovníci a speciální pedagog.

DaDDC funguje v celoročním, 24hodinovém provozu (včetně lékařů).

HODNOCENÍ EFEKTIVITY

Hodnocení práce je nezbytné pro zjištění efektivity práce centra. Je zdrojem informací pro modifikaci poskytované péče dle potřeb terénu a ostatních zařízení. Je zdrojem satisfakce pro jednotlivé členy týmu, a tedy důležitým motivačním faktorem pro jejich další práci.

HODNOCENÍ PROBÍHÁ NA NĚKOLIKA ÚROVNÍCH:

- prostřednictvím pravidelných pracovních porad týmu
- prostřednictvím supervizních setkání
- prostřednictvím pravidelně zpracovávaných statistických údajů
- prostřednictvím závěrečné zprávy, která obsahuje zejména údaje o rozsahu a struktuře poskytnuté péče, analýzu čerpání finančních prostředků a provozní plán na příští rok, včetně návrhů změn a ozřejnění problematických okruhů

Hlavními kritérii hodnocení efektivity práce detoxifikačního oddělení je dokončení plánované léčby a zajištění další (následné) péče ve všech jejích formách – ambulantní, krátkodobé či střednědobé, a komunitní.

STRUČNÁ STATISTIKA

Za první pololetí roku 2009 bylo v DaDDC vyšetřeno 306 dětí do 18 let věku, kde byl předpoklad užívání drog. Hospitalizováno z nich bylo 138 pacientů. U 26 z nich byly drogy jako primární příčina zdravotních potíží vyloučeny, dominovaly jiné problémy, především poruchy chování a afektivní poruchy.

Jako již opakovaně několik let po sobě jsou nejzávažnějším problémem v populaci do 18 let, jež byla v kontaktu s DaDDC, z hlediska základní drogy: **stimulancia** (60 %, v r. 2008 59 %) a produkty **cannabis** (21 %, v r. 2008 24 %), následuje se vzrůstajícím trendem **alkohol** (13 %, v r. 2008 7 %) a **opiáty** (5 %, v r. 2008 3 %), dále sniffing (čichání) prchavých látek (1%). Relativně velmi časté byly **kombinace drog** (především pervitin s produkty cannabisu; cannabis s alkoholem nebo benzodiazepiny), kdy nejsme schopni

rozhodnout (lékař ani pacient), která z drog je preferovaná, základní. Za první pololetí roku 2009 se jednalo o 2 % dětské klientely! Vysoký je také počet pacientů se zkušeností s buprenorfinem (**Subutexem**[®]).

Uvedená čísla se týkají výhradně základních drog, přestože je téměř pravidlem, že adolescentní pacienti drogy kombinují. Např. pravidelné kouření marihuany uvádělo 95 % pacientů. Tato věková skupina marihuanu za drogu vůbec nepovažuje. Dále např. kouření cigaret či tabáku, jakožto vedlejší drogu, uvedli v 1. pololetí roku 2009 pacienti ve 100 % případů!

Přetrvává trend, kdy mezi hospitalizovanými převládají pacienti s diagnózou závislosti na amfetaminech. Zvyšuje se i podíl pacientů s problematickým pitím alkoholu, kde sledujeme zvýšení o 7%. Ubylo prokázaných závislostí na opiátech (či opioidech), ale za nebezpečné považujeme skutečnost, že narůstá počet dětí, které s opioidy experimentují (a není důležité, že v adekvátním věku preferují stimulancia). Stabilní trend nacházíme u diagnózy škodlivého užívání, resp. závislosti na prchavých rozpouštědlech (letos 2 pacienti, vloni 1 pacient, předloni 5, v r. 2006 celkem 9, v r. 2005 dokonce 14 pacientů). Problematicky podchytilný se jeví nárůst pacientů se zkušenostmi se sniffingem plynů.

Jako relativně nejméně zastoupenou drogou jakožto základní zneužívanou látkou zůstaly halucinogeny – zkušenost s nimi sice mělo přes 90 % pacientů, nikdo je však nepreferoval ve smyslu základní zneužívané drogy.

Poměrně velkou skupinu tvoří duální diagnózy, na našem oddělení téměř všichni pacienti mají diagnostikovanou některou formu poruch chování, ADHD, smíšené poruchy chování a emocí, dále neurotické poruchy a poruchy osobnosti, první záchyty pacientů s afektivními (především depresivními) a psychotickými poruchami.

Průměrný věk pacienta DaDDC byl v 1. pololetí loňského roku 15,8 let. Zarážející a smutnou skutečností je to, že s pravidelným užíváním drog mají potíže i jedinci do 15 let, kterých bylo 52 (hospitalizovaných), tedy 37 %.

V prvním pololetí roku 2009 jsme zachytili 7 případů infekční hepatitidy typu C u hospitalizovaných, u všech se jednalo o prvozáchyt na našem oddělení. Dále byla u 3 pacientů zjištěna akutní hepatitida A. Nezachytili jsme žádnou akutní hepatitidu typu B.

Psychiatrickými ambulancemi DaDDC prošlo za první pololetí roku 2009 celkem 496 pacientů s drogovou anamnézou, z čehož bylo 306 pacientů do ukončeného 18. roku života.

KOMUNIKACE A SPOLUPRÁCE

Za důležité považujeme získání kvalitního kontaktu s rodiči, sociálními kurátory, s praktickými lékaři a často i informovanými pedagogy.

Jako oboustranně velmi kvalitní hodnotíme spolupráci se zařízením Cesta Řevnice. Neexistuje žádné zdravotnické zařízení, které by se specificky věnovalo protidrogové následné péči pro pacienty do 18 let, psychiatrické léčebny (snad s výjimkou PL Jemnice a v poslední době občas i PL Bohnice) se staví k příjmu abuzérů drog velmi rezervovaně,

případně jsou tito pacienti zařazováni do skupin pacientů (starších) dospělých – zvláště alkoholiků, což velmi často končí předčasným ukončením léčby. Významně se zhoršila spolupráce se školským zařízením Klíč Alternativa, které změnilo kritéria pro příjem pacientů a indikace „školák do 16 let, bez ústavní výchovy, s poruchou chování a občasným kouřením marihuany“ je pro naše oddělení, kde maximum pacientů má závažné problémy s tvrdými drogami (pervitin, kombinace drog, heroin, alkohol) a těžké poruchy chování, zcela nevyhovující.

Jsme si vědomi, že pouze (max.) třítydenní pobyt nemůže problematiku užívání drog u mladistvých pacientů vyřešit, naší snahou je však nejen prostá detoxifikace, ale především dostatečná motivace pro abstinenci, pro následnou léčbu jak ambulantní, tak rezidenční – a to se daří!

LOKALIZACE DADDC

DaDDC se nachází v přízemí a prvním podlaží dětského pavilonu Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Oddělení spolupracuje se zdravotnickým zařízením nemocnice – ARO, interna, chirurgie, stomatologie, RTG, laboratoř, sociální pracovnice, pediatrii.

DaDDC je tvořeno ambulantní a lůžkovou částí. Ambulantní část – psychiatrická a příjmová ambulance, včetně vstupního hygienického filtru, je situována do přízemí a je propojena s vlastním centrem. Součástí oddělení je i pediatriká ambulance, kterou vede lékařka-pediatrička s nadstavbovou atestací z hepatologie.

Detoxikační centrum je lůžkové oddělení umístěné v 1. podlaží se 14 lůžky v 5 pokojích. Na oddělení jsou dvě místnosti pro psychoterapii (edukační místnost) a volnočasové aktivity (dílna). V přízemí budovy je též keramická dílna s vypalovací pecí a košíkářská a drátenická dílna. K terapeutickým účelům je využívána i rozlehlá terasa. Přímo na oddělení se nachází škola, která je součástí Speciálních škol Karla Hereforta v Praze 1.

MUDr. Marian Koranda

Vystudoval 3. LF UK, specializuje se na problematiku dětských závislostí, v současné době působí jako lékař DaDDC.

Martin Marušák

Studuje třetím rokem Bc. obor ošetrovatelství na VŠ zdravotnictví a soc. práce Sv. Alžbety, specializuje se na problematiku dětských závislostí, v současné době působí jako staniční bratr DaDDC.

Dětské a dorostové detoxikační centrum

Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského

Vlašská 36

110 00 Praha 1

tel.: 257 197 124-5

Nedospělý klient v ambulantní léčbě

Ilona Preslová

V adiktologické léčbě se setkáváme s nedospělým klientem poměrně často. Souvisí to s věkovou hranicí, kdy děti a mladí lidé začínají experimentovat s návykovými látkami, a následně s obdobím, kdy se rodiče o tomto problému dozvídají a hledají řešení.

Nejčastější první drogou, se kterou přicházejí děti a dospívající do kontaktu a kterou ovšem drogou nenazývají, je **alkohol**. Děti s určitou dispozicí a s touhou překračovat zákazy, případně s potřebou unikat z domova, se k alkoholu uchylují pravidelně, zpočátku ve velmi malých dávkách, a až mnohem později část z nich přechází k nealkoholovým drogám. V našem zařízení, tj. v Denním stacionáři, se běžně setkáváme s tím, že drogově závislí klienti mají ve své anamnéze období, kdy v poměrně raném věku téměř výlučně užívají alkohol, a to ve značné míře i frekvenci. Rodiče toto pití podceňují, nevěnují mu pozornost a často o něm ani nevědí, anebo vědět nechtějí. Většinou to bývá ve velmi mladém věku, ještě na základní škole, kdy rodiče po prvních experimentech dítěte např. s THC zasáhnou a udělají veškerá opatření, aby dítě drogy nebralo, a zcela opomíjejí alkohol. Jedním z faktorů, které se na tomto jevu podílejí, je značná tolerance naší společnosti k pití alkoholu, a to nejen v dětském věku. V rodinách mladých klientů nacházíme výrazně častěji než v běžné populaci výskyt problémového pití a alkoholismu rodičů a dalších příbuzných. V neposlední řadě na to má vliv současné nastavení společnosti včetně médií, která vidí nebezpečí především v nealkoholových drogách.

V ambulantní léčbě se nejčastěji setkáváme s věkovou kategorií 14–17 let, kdy experimenty či zneužívání látek dosahují takové míry, že i rodiče velmi tolerantní či benevolentní si tyto jevy musejí přiznat, a kdy, vzhledem k věku, zároveň už nelze dítě zcela direktivně doma či jinde zavřít či použít jinou restriktivní výchovnou metodu. Poměrně často to bývají klientky, které už několik let měly doma značnou svobodu a volnost, přičemž rodiče očekávali, že dcera tento fakt ocení. Bývají to poměrně inteligentní dívky s opakovanými pokusy o studium na střední škole, kterou však z důvodu absencí opouštějí.

Přestože víme a rodičům našich klientů to říkáme, že problém drog se může objevit v každé rodině, přece jen se zde vyskytují určité nápadné znaky těchto rodin. Ze zkušenosti víme, že jedním z rizikových faktorů je extrémně volná liberální výchova, která neurčuje hranice a mantinely a která může být dítětem vnímána sice jako příjemná, ale zároveň jako nejasná a vyvolávající pocit nejistoty a nezájmu o dítě. Je zajímavé, že počátkem 90. let odborníci

mnohem častěji popisovali výchovu a rodinné zázemí tehdejších klientů jako výrazně pro-
tektivní, ochranné a typické maminky jako nadměrně pečující. Mluví se s nadsázkou
o matkách, které jsou ochotné přijít na léčbu místo svého dítěte.

V současné době se u nás i v dalších zemích hovoří o necitlivé matce či rodině. Typičtí
rodiče jsou spíše ti, kteří přivádějí dítě do léčby s tím, abychom ho „spravili“ a oni si ho pak
zase vyzvednou. Tato změna v přístupu a chování rodičů našich klientů je dána, mimo jiné,
změnou společenského i rodinného klimatu, pracovním vyčerpáním rodičů, kritickým náhledem
na výchovné a pedagogické postoje dřívější doby i určitou snahou současných rodičů
vychovávat jinak, než jak byli vychováváni oni. Rodiče se přizpůsobují duchu doby – žijeme
rychle a je důležité mít se dobře. Při prvních střetech v době dospívání a při nutných výchov-
ných intervencích je poté pro rodiče těžké tento přístup změnit a pro dítě mnohem těžší to
přijmout.

Zároveň se ukazuje, že každý z rodičů má pro řešení problémového chování dítěte odlišné
představy o tom, co je správné, a co ne, kde ještě dítě omlouvat a chránit, a tak se často
s řešením drogového problému dítěte odkrývá rozpor mezi rodiči, a nezdá se, že vzniká part-
nerská krize. Najít kompromis mezi direktivní a dítě nerespекtující přístupem a vše a vždy
dovolující výchovou bývá pro mnohé rodiče velmi obtížné.

Výzkumy mozku potvrzují dřívější psychologické studie a ukazují, že biologické zrání
tohoto orgánu je u člověka ukončeno až okolo 25. roku (u dívek asi o 2 roky dříve). Studie
poukazují na nerovnoměrný vývoj mozku, kdy v protikladu k takovým schopnostem, jako je
rychlé reagování, postřeh, pružné myšlení apod., stojí, mimo jiné, nedostatečná schopnost
zhodnotit a vyhodnotit rizikovost situace a chování a následků z toho plynoucích. Odborníci
mluví o **útlumu rizikového chování**. Navíc se ukázalo, že rizikovost chování prudce
narůstá za přítomnosti vrstevníků. Pravděpodobnost nehody vzroste, jsou-li přítomni další
kamarádi. Srovnání s rizikovým chováním při konzumaci alkoholu a drog je zřejmé.

Dalším faktorem, se kterým se u dospívajících klientů setkáváme, je úzká provázanost pro-
blémového chování a konzumace drog se syndromem poruch pozornosti, chování a hyper-
aktivitu (ADHD, ADD, ODD). V této souvislosti mluvíme o zranitelných či znevýhodněných
dětech. Ukazuje se však, že tato propojenost mezi poruchami a užíváním návykových látek je
dána především nezvládnutou ranou výchovou a péčí o tyto děti. Tyto poznatky jsou pro nás
významné nejen proto, že např. syndrom ADHD je něčím, s čím se všichni pedagogičtí pra-
covníci setkávají v každodenní praxi, ale i z důvodu, že děti našich závislých matek vykazují
právě v těchto ukazatelích vysokou míru. Je otázkou, zda v péči s rodinami našich klientů
věnujeme této problematice dostatečnou pozornost. Je zřejmé, že podpora a pomoc rodičům
těchto dětí se současným zapojením a navázáním těchto dětí v dětském věku na pozitivní
skupiny vrstevníků má výrazný podíl na výskytu či absenci drogového problému.

TYPICKÝ PŘÍPAD

Mladistvý klient přichází do naší péče na přání rodičů, oni chtějí, ať někam chodí, a tak
tu je. V zásadě nevidí vůbec žádný důvod ke změně svého života, ale rodiče nějak potřebuje,
a tak jim vyhoví. Není, alespoň na první pohled, nijak motivován pro další práci, což sice
vnímáme, ale zároveň si uvědomujeme, že odbornou pomoc a intervenci potřebuje, a tak ho

neposíláme domů s tím, ať přijde, až bude opravdu něco chtít, jako bychom to udělali s dospě-
lým klientem. Mluvíme s ním a hledáme, kde a jak najít jeho motivaci s námi spolupracovat.
Jsme v situaci, kdy zkusíme, pátráme a doufáme, že motivaci k pozitivní změně najdeme.
Navíc si uvědomujeme, že rodiče těchto velmi mladých klientů mnohé zásadní momenty
ve výchově zanedbali a podcenili a mnohdy potřebují minimálně stejnou péči a vedení jako
jejich děti.

Je otázkou, jak s dospívajícím mluvit, jak k němu přistupovat, zda můžeme použít osvěd-
čené metody. Zcela jistě nefungují osvědčené přístupy, které používáme u dospělých klientů,
kteří přicházejí v určité debaklové situaci, a i když se jim nechce přestat brát, uvědomují si,
že je třeba potíže řešit. Je zajímavé, že v některých zemích EU jsou ambulance určené pouze
pro cílovou skupinu dospívajících a mladých uživatelů drog. Nejde jen o to, že nelze přenést
metodu práce s dospělým na práci s dospívajícím, ale také o to, že určitá míra přijatelného
množství alkoholu či tolerované experimentování lehkých drog, které je akceptovatelné
u dospělého člověka, neplatí u dítěte či mladistvého, a to nejen z důvodu zdravotních, ale
i právních, výchovných apod. Svobodu rozhodnutí, tj. rozhodnutí, zda brát, zda se jít léčit
apod., se kterou pracujeme u dospělých klientů, z mnoha důvodů nelze u mladistvých použít.

Mladý klient si na počátku svého brání a v době svého dospívání užívá, a to za jakoukoliv
cenu, protože tuto daň ještě nemusí platit. Užívá si svobodu dělat věci zakázané, nebezpečné
a lákavé. Nezažívá většinou ztrátu zásadních hodnot, protože jich zatím nedosáhl. Nebojí
se ztráty školy ani práce, protože ani jedno buď nemá, nebo jejich hodnotu nedoceňuje, a pří-
padné následky této ztráty si spíš užívá, než aby se jich děsil. Bez povinnosti je život pro něj
momentálně prostě jednodušší. Obava o zdraví a strach ze smrti v podobě, jakou ji znají
dospělí, se, pokud se do té doby osobně s úmrtím nesetkal, objevuje až počátkem dospělého
věku (kolem 20. roku), a tak nelze argumentovat ani tímto směrem.

Dospělí kolem něj, a to včetně nás, od něj chtějí, aby byl rozumný a tzv. dospělý. Být
dospělý znamená především zodpovědnost, a to je jedna z mála hodnot, kterou náš klient
zcela jasně nechce. Nechce být zodpovědný za sebe, za svou budoucnost, za své zdraví ani
za společnost. Jediné, co chce, je mít klid. A tak, pokud nechce takového klienta ztratit,
přistupujeme na účelovou motivaci ke spolupráci ve smyslu „on to dělá kvůli rodičům“, a my
mu v tom vyhovíme a doufáme, že se někde něco vynoří a povede k osobnějším důvodům
k léčbě. Zkušenosti ukazují, že tyto terapeutické kompromisy snadněji zvládají zkušenější
pracovníci, kteří jsou schopni určitého náhledu či odstupu, pochopení a nemoralizování. Je
zajímavé, že snaha terapeutů být s klientem na jakoby kamarádské úrovni, mluvit jeho jazy-
kem či se mu jinak přibližovat, nemá často výrazný efekt. Dospívající klient je mimořádně
citlivý na hry dospělých, na faleš a přetvářku, a pokud už do centra chodí, nehledá kama-
ráda. Pokud někoho hledá, tak člověka, kterému může říct to, co nelze říct rodičům, člověka,
kterému může věřit, který ho nezradí, je podporující, ale také srozumitelný a kompetentní.
U těchto klientů je třeba věnovat pečlivou pozornost tomu, aby předem jasně věděli, co z roz-
hovoru terapeut rodičům následně sdělí, co jim sdělit musí a co ne, jaká pravidla bude mít
např. rodinné sezení apod.

Jedním z rizik v práci s dospívajícími je fakt, že tzv. typické pubertální chování s odmíta-
vým a vzdorovitým projevem může překrýt závažnější stavy a psychická onemocnění. Tento
klient tím, jak vše odmítá a zlehčuje, nevybízí odborníka ptát se na pocity, úzkosti, deprese či
sebevražedné myšlenky, a zároveň se za tyto své případné stavy stydí. Je nutné nezapomínat
na to, že užívání drog bývá, zvláště pokud se počátky brání vztahují k věku pod 15 let, velmi

často spojeno s traumatickými zážitky, zneužíváním, zanedbáváním, šikanou, potížemi se sebezříjetím, sebepoškozováním a dalšími.

Jedním z citlivých témat, o kterých je však třeba také mluvit, je oblast sexu a případného těhotenství. A to přesto, že ta část klientek, které začínají brát drogy ještě před 15. rokem věku a pravděpodobně také poměrně velmi brzo začínají sexuální žít, většinou zcela bez jakékoliv ochrany před početím, se ve vzorku závislých těhotných a závislých matek objevuje ve velmi malém procentu. Pokud k těhotenství přece jen dojde, volí dívky buď přerušení těhotenství, nebo dávají dítě k adopci. Ta část klientek, u kterých do průběhu těhotenství vstoupí rodiče a přesvědčí je, aby si dítě nechaly („to by byla ostuda, to bys přece tomu dítěti neudělala“ apod.), patří bohužel k těm, které v léčbě či péči o dítě často selhávají. Nebývají zralé ani jako matky, ale ani nejsou ještě připravené a rozhodnuté s užíváním drog přestat.

SPOLEČNÉ ZNAKY MLADISTVÉHO UŽIVATELE:

- nemotivovanost k léčbě
- účelová motivace (kvůli rodičům)
- podceňování rizik konzumace alkoholu a THC
- neochota k ústavní či rezidenční léčbě
- absence ustálených osobních hodnot
- neschopnost trávit atraktivně a bezpečně volný čas
- závislost na rodině (finance, právní odpovědnost, bydlení)
- popírání psychických traumat a potíží
- nezralost

Posledním znakem, který se zdá nejméně závažný, avšak v úspěšnosti léčby hraje významnou roli, je fakt, zda je klient schopen najít jakýkoliv bezpečný zájem či koníček, který mu pomůže při návratu do tzv. běžného života, resp. zda se má k čemu vrátit z dětství. Ukazuje se, že atraktivní trávení volného času společně s vazbou na pozitivně orientovanou komunitu vrstevníků je stále ta nejlepší prevence.

Je zřejmé, že i ve věku dospívání platí to stejné, co pro práci s dětmi do 15 let, a to, že největší naději na úspěšné vyřešení problémového chování včetně zneužívání drog mají přístupy, které zahrnují práci s rodinou a širším sociálním okolím.

Literatura

— Höschl, C.: *Zodpovědnost, mozek a zákony. Lidové noviny. 4. 2. 2005.*

PhDr. Ilona Preslová

Vystudovala psychologii na Filozofické fakultě UK v Praze, absolvovala psychoterapeutické výcviky SUR, Bálint aj. Od r. 1998 pracuje v Denním stacionáři SANANIM, od r. 2001 jako jeho vedoucí. Spolupracuje s Centrem adiktologie 1. LF UK v Praze a Magistrátem hl. m. Prahy, kde je lektorkou přípravných kurzů pro osvojitele a pěstouny. Působí jako supervizorka ČIS a podílí se také na vzdělávání pomáhajících profesí, které pracují se závislými rodiči a ohroženými dětmi.

Denní stacionář SANANIM

Janovského 26
170 00 Praha 7
tel.: 220 803 130, 605 212 175
e-mail: stacionar@sananim.cz
www.sananim.cz

Léčba mladistvých klientů v Terapeutické komunitě Karlov SANANIM – skupina adolescentních klientů v rámci terapeutické komunity

Petr Vácha

V tomto příspěvku bych se chtěl věnovat specifickým faktorům ovlivňujícím terapeuticko-etopedický proces léčby jedinců v adolescentním věku (konkrétně v TK Karlov hovoříme o věku cca 16–20 let), kteří vstupují do léčebného procesu jako vysoce riziková uživatelé psychoaktivních látek, s jednoznačně pozorovatelnými prvky a rysy závislostního chování a s již zásadními následky jejich negativních aktivit, včetně důsledků psychických, somatických i sociálních.

Záměrem tohoto příspěvku je popis a zamyšlení se nad možnostmi včasné intervence, úspěšné sociální rehabilitace a opětovné integrace, zejména pak do primární rodiny (pokud je alespoň částečně funkční) a do skupiny vrstevníků, resp. do studijního procesu.

Příspěvek se nevěnuje popisu a charakteristice adolescentního období z pohledu vývojové psychologie. Je však třeba zmínit, že intervence a pomoc poskytovaná této cílové skupině klientů má svá jednoznačná specifika, která vycházejí z charakteristik dospívání doprovázeného negativními projevy chování těchto jedinců, které mohou akcelarovat jejich psychickou, či fyzickou závislost na psychoaktivních látkách.

Úvod

Terapeutická komunita Karlov nabízí své služby této cílové skupině klientů od konce devadesátých let a od roku 2001 pak také klientele závislých matek s dětmi.

V současné době přijímáme klienty od 16 let, chlapce i dívky. Standardně a podle původního záměru nabízíme střednědobou léčbu v rozpětí 6–8 měsíců. Tak, jak se během 11 let vyvíjela a měnila tato cílová skupina klientů, měnila se i naše koncepce, a v reakci na tyto změny nabízíme v současnosti také léčbu krátkodobou, v trvání cca 4–5 měsíců. Nic se nezměnilo na tom, že základním léčebným prostředkem je terapeutická komunita jako taková a život v ní, který se snaží maximálně přiblížit běžnému životu v rodině se svým

programem, režimem, pravidly, utvářením hodnotového systému a získáváním základních sociálních a pracovních dovedností.

Jako základní metody jsou využívány skupinová terapie, individuální plánování, pracovní terapie, sociální práce, práce s rodinou, výchova, sport, zátěžové aktivity a prožitková terapie.

Cílem naší léčebné snahy je klienty nejen směřovat k abstinenci od psychoaktivních látek a odklonit od rizikového chování, ale také je připravit na samostatný život, tzn. učit je plánovat a vytvářet si alespoň krátkodobé a střednědobé cíle, chovat se zodpovědně, vytvářet si dospělé vzorce chování a navazovat bezpečné vztahy, trávit volný čas a umět se studijně, popř. profesně směřovat a rozhodovat.

Počet klientů ve skupině vychází z rodinné povahy práce s adolescenty s ohledem na vysoké nároky na práci terapeutického týmu. Maximální počet členů této skupiny je 12 klientů. Skupina je otevřená, tzn. průběžně doplňovaná. Jedním z rizikových faktorů je zastoupení určitého počtu klientů s nařízenou ústavní výchovou, resp. se zkušeností s pobytem ve výchovných ústavech, odkud nastupují do léčby. Ze zkušenosti pozorujeme, že rizikem vysokého procentuálního zastoupení těchto klientů ve skupině je vytváření nezdravé vrstevnicko-klientské hierarchie a stínových pravidel ve skupině. To může skupinu narušit do té míry, že se stane spíše destruktivní než léčebnou. Z těchto důvodů se snažíme držet procentuelní zastoupení těchto klientů ve skupině max. do 25 %.

CHARAKTERISTIKA SKUPINY MLADISTVÝCH KLIENTŮ A JEJÍ SPECIFICKÉ KOMPLIKACE

Charakteristickým rysem skupiny mladistvých klientů je velký počet předčasných ukončení léčby. Nižší věk je jednoznačně identifikován jako rizikový faktor pro předčasná ukončení léčby, spolu s např. nízkou motivací a velmi často prvním léčebným pokusem. Skupina mladistvých má neustálý problém s naplněním stavu a s velkým „obratem“ klientů, a tím i s malým zastoupením klientů v nejvyšší fázi léčby. Z tohoto důvodu vznikají komplikace, protože ve skupině často chybí pozitivní klientské a vrstevnické vzory.

Dalším častým a pozorovatelným prvkem jsou impulzivita a unáhlená rozhodnutí jednotlivých klientů. Velmi častou reakcí na zvýšenou zátěž psychickou i fyzickou je používání metod vydírání a vyhrožování odchodem z léčby, s následným očekáváním zmírnění zátěže a získáním pozitivní pozornosti. Během skupinových terapií se často objevuje soudržnost jednotlivých členů skupiny ve smyslu vyhýbání se konfrontacím, negativním zpětným vazbám, zamlčování porušování pravidel ve snaze ulehčit si léčbu a připravit si půdu, aby se mohl porušovat také. Většina důležitých a zásadních věcí se tak často odehrává mimo skupiny, což činí tuto skupinu náchylnou k vytváření dvojího života. Života na skupinách, kde se snaží stylizovat do rolí, které splňují jejich představu o tom, jak by je asi chtěli vidět členové týmu, resp. jejich rodiče, a života mimo skupiny, kde se chovají přirozeně a autenticky. Rizikem tohoto chování je nefunkčnost léčby, pokud tyto dvojí aktivity alespoň částečně nepropojíme.

Ve skupině mladistvých se složitě naplňuje jeden ze základních principů terapeutické komunity, což je společné rozhodování. Mladiství klienti inklinují k přenesení odpovědnosti

na terapeutický tým a pokusy o společné rozhodování nezřídka selhávají. Je pro ně snazší nechat o sobě rozhodovat, než se aktivně, ale z jejich pohledu komplikovaně a rizikově (s ohledem na narušení jejich bezpečných vztahů ve skupině) rozhodovat.

Vývojová potřeba zkoušet si sexuální a partnerský život, včetně lačnosti po intimním-milostném vztahu, činí tuto skupinu velmi náchylnou k navazování sexuálních vztahů. Se vztahy v naší komunitě pracujeme velmi výjimečně, protože se na základě zkušeností domníváme, že léčba zamilovaných dospívajících klientů s problematickou motivací a spoluprací není možná.

Motivace k léčbě je u těchto klientů velmi slabá, většinou vnější, klienti vstupují do léčby pod tlakem rodiny či instituce. Nezřídka pracujeme na zvnitřnění vnější motivace klienta celou první třetinu léčby, a přes naši snahu a vynaloženou energii klient léčbu nakonec stejně opustí. Nicméně se v poslední době stále častěji setkáváme s jevem, kdy po poměrně krátkém pobytu venku usilují tito klienti o možnost vrátit se do léčby a komunitu opětovně velmi aktivně kontaktují.

Specifickým pozorovaným fenoménem u mladistvých je sankční vyloučení klienta těsně před úspěšným ukončením léčby. Z nám neznámých důvodů začne klient zcela nečekaně „zlobit“ až do té míry, že musí být vyloučen. Zdá se, že toto chování může souviset s tím, že při práci s adolescenty se mezi klientem a TK vytvářejí vztahy podobné vztahům v rodině. Pro adolescentního klienta je těžké opustit svou komunitu stejně, jako je pro něj těžké opustit rodinu. Je pro něj snazší a méně bolestné se nechat vyhodit, a tím vazby zpřetrhat, než se dospěle a bezpečně separovat od prostředí, kde je mi dobře a kde mě mají rádi.

Předčasnými odchody je zatěžována nejen klientská skupina, ale i jednotliví členové terapeutického týmu, kteří si pak nezbytně kladou otázku „co dělám špatně?“.

PROČ JE NUTNÁ VČASNÁ LÉČEBNÁ INTERVENCE U ADOLESCENTNÍCH KLIENTŮ?

Prvořadým cílem včasné intervence je zastavit stále se stupňující zaostávání v psychosociálním vývoji (sebekontroly, sociálních dovedností, citového vyžívání, schopnosti vytváření bezpečných vztahů, hledání smyslu vzdělávání a vzdělání) a dále narůstající problémy v různých oblastech života (vztahy v rodině, ve škole, narůstající trestná činnost).

Vstupem do léčby předcházíme také problémům somatickým, protože u adolescentních uživatelů hrozí vyšší riziko těžkých intoxikací (nižší tolerance, menší zkušenost, sklon riskovat a testovat hranice), také ve spojení s nebezpečným experimentováním a kombinováním různých psychoaktivních látek (v závislosti na dostupnosti).

Včasnou intervencí v abstinenci léčbě můžeme také zabránit pokračování velmi rizikového a nebezpečného chování v intoxikaci (psychózy, delikvence, agrese, šikana, gambling, prostituce, poruchy příjmu potravy, sebevražedné pokusy).

OBCENÁ CHARAKTERISTIKA SOUČASNÉHO ADOLESCENTNÍHO KLIENTA, VSTUPUJÍCÍHO DO LÉČEBNÉHO PROGRAMU TK KARLOV

- Věk 16–20 let
- Nadužívání všech dostupných psychoaktivních látek, nejčastější kombinací je alkohol, THC, pervitin i.v. cca 1–4 roky. Pervitin je ve většině případů uváděn jako primární droga. První užití psychoaktivní látky nejčastěji okolo 12 let.
- Dokončené pouze základní vzdělání (90 % klientů) a o další vzdělávání jeví zájem pouze zřídka. U mnohých se projevují poruchy učení a ADHD. Motivace k jakémukoliv nadstavbovému studiu a vzdělání je součástí terapeuticko-etopedického procesu léčby. Běžně se tyto klienti mohou hlásit k dalšímu studiu z léčby.
- Objektivně pozorované zdravotní a psychosociální důsledky užívání psychoaktivních látek a s tím související nebezpečné chování (nejčastěji se projevují komplikovanými a výrazně narušenými vztahy v rodině a ve skupině bezpečných vrstevníků, často řešené umístěním do diagnostických ústavů a nařízením náhradní výchovy ve výchovném ústavu).
- Zdravotní komplikace se projevují přetrvávajícími psychózami vyvolanými užíváním pervitinu, dále diagnostikovanou hepatitidou typu C, kožními chorobami; velmi častá je zanedbaná stomatologická péče a u dívek významně narůstá počet klientek s poruchami příjmu potravy, zejména pak s bulimií.
- U dívek se v anamnézách poměrně často setkáváme se zneužíváním, popř. se znásilněním, prostitucí, velmi časté je soužití s dealerem ze zjištěných důvodů a s následky z tohoto soužití vyplývajícími.
- Typickým a zásadním jevem provázejícím tuto klientelu je nárůst nezbytné sociální práce a poradenství. Pouhé zmapování této oblasti je proces komplikovaný, dlouhodobý a bez pomoci zkušeného poradce pro ně neřešitelný. Během celého léčebného procesu řeší zejména zjištění stavu dluhů a možnosti jejich splácení, časté jsou policejní výslechy s následnými návštěvami policejních vyšetřovatelů v komunitě a následná soudní jednání. V této oblasti se snažíme úzce a pravidelně spolupracovat s kurátory a sociálními pracovníky.
- Více klientů vstupuje do léčby s duální diagnózou, s nutnou psychiatrickou medikací a z toho vyplývajícími omezeními v režimové léčbě.

SPECIFICKÉ PROJEVY KLIENTŮ PŘÍCHÁZEJÍCÍCH DO LÉČBY Z VÝCHOVNÝCH ÚSTAVŮ

Typickým prvkem v léčbě je nezáměr primární rodiny, pokud je alespoň částečně funkční (rodinní příslušníci klienta nekontaktují, nezajímají se o průběh léčby, nejezdí na návštěvy). V chování těchto klientů bývá zřetelný konfliktní postoj k dospělým autoritám a negativní hodnocení ostatních spoluklientů v kombinaci s předsudky, většinou rasového charakteru. Tito klienti někdy konstruktivně reagují pouze na výrazně dynamické a jednoduché podněty. Je pro ně typická snaha přiblížit se k ostatním někdy bájnými historkami ze svého života, na negativní zpětné vazby reagují velmi impulzivně a neradi je poskytují ostatním členům skupiny. Pozitivní zpětnou vazbu získávají často dobře odvedenou fyzickou prací. Jsou velmi aktivní a ochotní, usilují o navázání vztahu zejména se staršími spoluklienty a s jednotlivými členy týmu. Tato jejich aktivita se projevuje zejména mimo terapie a skupiny, ve volném čase a při volnočasových aktivitách. Pobyt v terapeutické komunitě je do určité doby pro tyto klienty přijatelný a přínosný. I chroničtí utěkáři dokáží v komunitním prostředí setrvat čtyři

měsíce. Jejich selhání provázejí ve většině případů zvýšené nároky na samostatné rozhodování. Typická pro tyto klienty je neschopnost samostatně komunikovat, zejména s institucemi, úřady, lékaři, jednotlivými úředníky apod. Pod tlakem skupiny na přijetí osobní odpovědnosti v řešení následků svého chování selhávají a většinou pak volí návrat do původního prostředí, pro ně v té chvíli bezpečnějšího a známějšího.

RODINA ADOLESCENTNÍHO KLIENTA

Při práci s adolescenty je jednou z klíčových oblastí práce s primární i širší rodinou. Rodina do značné a zásadní míry určuje, jak bude léčebný program vypadat, zejména ve vztahu k tomu, zda se do ní klient po ukončení léčby bude vracet. Pokud se klient do rodiny vrací, je nutné iniciovat změnu současně u dítěte i v rodině, aby byly změny dosažené během léčby udržitelné. Nejčastější modely práce s rodinou jsou víkendové návštěvy s terapeutickým sezením, skupiny pro rodiče nebo rodičovské víkendy. Cílem je vždy co nejintenzivnější spolupráce s rodinou.

Z tohoto procesu je samozřejmě nutné vyloučit dysfunkční rodiny vytvářející destruktivní prostředí (např. rodina, kde docházelo k sexuálnímu zneužívání, týrání, rodiny závislé apod.).

V současné době se u mladistvých klientů nejčastěji setkáváme s těmito rodinnými modely:

- rodina neúplná, kde je matka velmi úzkostná, či z jiných důvodů značně kontrolující a pečující
- rodina neúplná, kde má matka k dítěti citelně chladný, nevšímavý a racionální přístup
- rodina úplná, s nadměrně ochraňující a pečující matkou a chladným, slabým, upozaděným či často nepřítomným otcem
- rodina úplná, ve které je dcera zneužívána (otčímem, nevlastním bratrem apod.)
- dysfunkční rodina, zejména u klientů přicházejících z výchovných ústavů

VÝHODY A ÚSKALÍ SPOLEČNÉ TERAPIE DVOU CÍLOVÝCH SKUPIN KLIENTŮ – SKUPINY KLIENTŮ MLADISTVÝCH A SKUPINY MATEK S DĚTMI

Terapeutická komunita Karlov nabízí léčbu dvěma cílovým skupinám uživatelů, klientům mladistvým a matkám s dětmi. Z tohoto společného soužití vyplývají dnes již jasně definovatelná zvyhodnění, ale také úskalí. Zvyhodnění pro skupinu klientů mladistvých spočívají zejména v obohacování jejich léčby o zpětné vazby matek při společných skupinových aktivitách, o přiblížení problémů mateřství a o témata soužití s rizikovým partnerem. Mohou také získávat zkušenosti při odpovědnosti v péči o děti a nahlédnout rodičovské kompetence. Nevýhodou a možným rizikem je fakt, že mnoho matek inklinuje k navazování vztahů naprosto stejně jako klienti mladiství, a tím se jejich léčba také stejně komplikuje.

ÚČINNÉ DOPLŇUJÍCÍ AKTIVITY A FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PRŮBĚH LÉČBY ADOLESCENTŮ

- Mezi důležité aktivity patří zážitková terapie, zátěžové programy v přírodě mimo komunitu.
- Plánování průběhu terapie v posloupnosti krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých cílů
- Pochopení – srozumitelnost a jednoduchost všech pravidel, opakované vysvětlování, proč jsou pravidla taková, jaká jsou, a jak vznikla
- Snaha o přehledný, strukturovaný program s menším počtem různých pravidel
- Přizpůsobení jazyka a mluvy tak, aby nám rozuměli
- Méně obecného mluvení a více bezprostředních prožitků – divadlo, arte, sport
- Pochvala je nutnou a nedílnou součástí bezpečného vztahu s adolescentem.
- Vytykat a negativně reflektovat pouze zásadní a důležité chyby
- Vybavení zařízení a nejbližšího okolí – nabídka volnočasových aktivit – posilovna, hřiště, stolní tenis, hudební nástroje, hry, prostor pro společné setkávání v době volna

Častá diskuze o průběhu psychoterapeutického procesu v terapeutické komunitě spočívá v tom, jaký proces je primární a účinnější, zda psychoterapeutický, či etopedický. V poslední době se mezi odbornou veřejností objevuje názor, že v terapeutické komunitě pro adolescenty je jediným účinným procesem etopedický. Osobně se domnívám, že psychoterapeutické techniky mají své nezastupitelné a opodstatněné místo v tomto procesu a jejich vhodné zařazení má na léčbu adolescentních klientů pozitivní vliv.

CO BY NÁS PŘI PRÁCI S TOUTO SKUPINOU KLIENTŮ NEMĚLO PŘEKVAPIT? CO MŮŽEME S LEHKOU NADSÁZKOU PORADIT?

- Čekáním na příchod motivovaného šestnáctiletého klienta do léčby můžeme zjistit, že náš terapeutický život uplynul.
- Učiníme šokující zkušenost – cestou na toaletu jsme udělali s klientem více práce než za měsíc na skupinách.
- Pokud za sebou zavřeme dveře kanceláře, dáváme tím klientům impuls k nabytí pocitu osamění a k nekontrolovatelnému a prudkému útoku na tyto dveře – máme-li potřebu minimálního soukromí, změňme zaměstnání.
- Zůstaňme chápající a vstřícní i k rodičům, kteří si odmítají vyzvednout svého adolescenta z léčby.
- Končíme-li službu, opouštějme komunitu pouze tajným vchodem, pokud tak neučiníme, protáhne se naše služba i o několik hodin.
- Pokud jsme přesvědčeni, že v dané skupině mladistvých nemáme intimní vztahy, je utajení téměř dokonalé. Nepátřejme, protože ze zkušenosti o těchto vztazích pouze nevíme, a v tom případě můžeme zůstat nadále i několik dní klidní.
- Zjistíte, že v některých rodinách se nedá nefetovat...

PhDr. Petr Vácha

Vystudoval Pedagogickou fakultu UJEP v Ústí nad Labem, magisterský obor etopedie, doktorát získal z filozofie. Absolvoval psychoterapeutický výcvik SUR pod Evropskou psychoterapeutickou asociací. V roce 2009 získal odborný zdravotnický titul adiktolog.

V letech 1988–1998 pracoval v učňovském školství, od r. 1999 v o. s. SANANIM. V současné době pracuje dvanáctým rokem jako vedoucí Terapeutické komunity Karlov. Specializuje se na témata závislosti na nealkoholových drogách u klientů mladistvých, popř. mladých dospělých a matek s dětmi, jimž také TK Karlov poskytuje residenční léčbu.

Terapeutická komunita Karlov SANANIM

Karlov 3, Smetanova Lhota
398 04 pošta Čimelice
tel.: 382 229 655 /692
e-mail: karlov@sananim.cz

Role, místo a úloha drogy v rodině

Michael Chytrý

Již řadu let pracuji jako terapeut s rodinami (nejen v oblasti drogové problematiky), a tak se setkávám s tím, že rodina přichází ve chvíli, kdy do jejího systému pronikne něco, co tam nechtějí, co si neobjednali (nebo objednali, ale nevědí o tom). Zkrátka rodina je najednou infikována dalším členem, který nepatří mezi zvané a chtěné.

Nicméně vše, co se dostává do rodinného systému, tam přichází v nějakém kontextu, významu a s určitými rovinami, jak zisků, tak ztrát. Asi neexistuje element, který zasáhne do dění a do struktury rodiny a který je jednoznačně jen pozitivní, nebo jen negativní.

Potkávám se s celou řadou rodin, které přicházejí, protože neunášejí to, co měly jako nejvysněnější a nejžádanější, což může být například další dítě. Konečně se to podařilo, nicméně v kontextu rodiny to na první pohled přináší více rozpaků a nečekaných novot než rozměrů štěstí a euforie.

Nejinak je tomu u příchodu drogy do rodiny.

Rodina je neustále vyvíjející se a měnící se organismus. Členové rodiny často mění v rámci rodinného systému svá místa, a tím vznikají nové prostory. Drogu si v rodině málokdo přeje, ale asi mnoho rodičů nepřemýšlí v kontextu, co nám přítomnost drogy v rodině může dát pozitivního.

Přítomnost drogy v rodině přirozeně generuje rozhodující množství negativních vlivů, ale zároveň by bylo možná chybou nehledat a nenacházet i pozitivní rozměry přítomnosti drogy.

Rodina přichází a já ji nechám vymodelovat, namalovat či jinak ztvárnit (nejčastěji na podkladě metafory Ostrova rodiny dr. Vyhánkové a dr. Riegra nebo pomocí Testu rodinných struktur) stav, jak jej vnímali před příchodem drogy a jak jej vnímají nyní za přítomnosti drogy v rodině.

V JAKÝCH ROLÍCH VIDITELNĚ DROGA DO RODINY PŘÍCHÁZÍ?

- ničitel systému
- bourač důvěry
- tvůrce konfliktů
- výrobce nejistoty
- podporovatel vzájemného obviňování
- autor nebo spoluautor chviliek „S tebou se nedá mluvit, my už si nemáme co říct...“

JAKÉ ROLE MŮŽE NA SEBE DROGA V RÁMCI RODINNÉHO SYSTÉMU BRÁT?

- podporovatel někoho, kdo potřebuje podpořit
- mstitel za něco, co se někomu děje
- posilovač někoho

DO JAKÝCH ROLÍ BYCHOM DROGU MOHLI ZKUSIT PŘEVLEKAT?

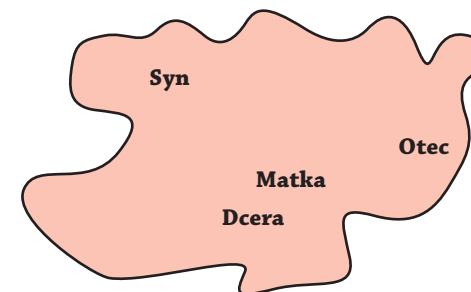
- seismograf na zaznamenávání individuálních otřesů
- teploměr na měření teploty vztahů
- zákazník požadující vyprojektování hranic
- směrovka ukazující na vzdálenosti mezi členy rodiny
- radar na měření rychlosti našeho míjení se
- kalkulačka na spočítání počtu našich kontaktů
- předkladatel návrhu na vytvoření nových zákonů a vyhlášek

Jinými slovy jde o to, co nám droga může nasvítit, na co nás (samozřejmě za velmi vysokou cenu) může přivést, co nám může pomoci přenastavit nebo nově nastavit:

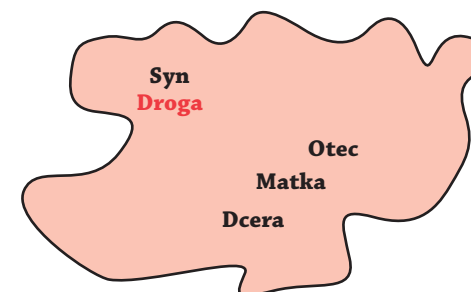
- Droga se vždycky v rodině posadí na nějaké místo.
- To místo je k někomu blízko a k někomu daleko.
- Někoho od někoho droga oddělí a někoho k někomu přiblíží.
- Někomu vytvoří novou zónu (svobodnější, ochrannou, posilující, vymaňující...).

MÍSTO DROGY V RODINĚ

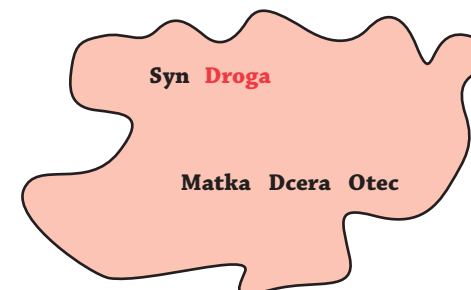
PŘÍKLAD SITUACE PŘED PŘÍCHODEM



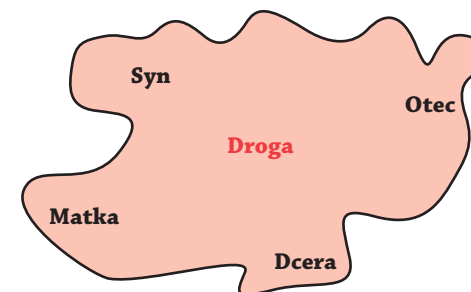
CO MŮŽE PO PŘÍCHODU NÁSLEDOVAT



DALŠÍ VARIANTA ZMĚN



DALŠÍ VARIANTA ZMĚN



Zkusme si na závěr nabídnout několik otázek po změnách způsobovaných drogou:

- Co nám droga umožňuje zhlédnout
- Co můžeme začít zkoušet dělat jinak
- K jakým novým podnětům nás droga vede
- K jakým novým krokům nás droga nutí
- Co si uvědomuji
- Co se ukázalo v našem systému jako nefunkční, nedostatečné
- Koho mi to přiblížilo, přibližuje
- Čeho se začínám učit vzdávat
- Koho chci víc a jinak kontaktovat
- O co jsem se začal víc zajímat
- Čemu se asi nevyhnu
- Kam se mohu posunout a s kým a v čem ...

PaedDr. Michael Chytrý

Vystudoval Pedagogickou fakultu UK, obor Speciální pedagogika. Absolvoval kurzy v rodinné psychoterapii, v dynamické a hlubinně orientované psychoterapii SUR aj. V současné době má privátní praxi v oblasti rodinné a párové terapie, působí také jako supervizor.

Problematika závislosti v ambulanci dětského psychiatra

Jan Lorenc

Vycházím-li ze zkušenosti dětského psychiatra, pak se s problémem závislosti setkávám především u dospívajících nad 15 let, vzácněji v mladším věku. Většinou nejde o rozvinuté formy závislosti, ale o stadia předcházející závislosti nebo o stavy spojené s přidruženými psychickými komplikacemi.

Diagnosticky jde především o komplikace spojené s poruchami chování, dále o osobnostní vývojové odchylky s potencialitou rozvoje poruch osobnosti v dospělosti a dále s psychotickými reakcemi a poruchami jako závažnějšími komplikacemi užívání návykových látek.

Mezi oběma skupinami pacientů existují plynulé přechody, může jít o přechodové jevy v rámci dospívání, ale často se u pacientů, jejichž rodiče vyhledají psychiatrickou péči, tyto fenomény objevují jako prodromy trvalejšího vykojení osobnostního vývoje.

Důležitým problémem je právě rozlišení, zda jsou tyto reakce pouze přechodovými jevy v rámci dospívání anebo signalizují závažnější psychopatologickou vývojovou problematiku. Otázku po tomto rozlišení si každý psychiatr klade a též snaží zodpovědět; avšak v jistém ohledu může být právě hledání této odpovědi zavádějícím schématem, a to ve smyslu, že předčasné závěr totiž může podstatným způsobem spoluformovat další vývoj. Jinými slovy např. míra antisociálního chování nevyjadřuje plně závažnost problému, ale další vývoj podstatně souvisí s vnitřním adaptačním potenciálem dospívajícího, ale i jeho rodinného systému. Vhodné, komplexní a diferencované intervence, které vždy zahrnují, resp. by měly zahrnovat práci s rodinným systémem, mohou další vývoj ovlivnit příznivějším směrem.

Nejzávažnější kapitolou je podle mé zkušenosti pestrá skupina poruch s psychotickými příznaky. Jde o heterogenní skupinu poruch.

Na jedné straně zahrnuje toxické stavy v důsledku aktuálního účinku návykových látek, které jsou však spíše vzácně podnětem k návštěvě v psychiatrické ambulanci.

Dále může jít o psychotické reminiscence bez aktuálního působení drogy (tzv. flashbacky). V psychiatrické péči jsou tyto stavy většinou náhodným nálezem u komorbidních poruch, přičemž užití návykové látky však může odhalit či vyvolat i jiné poruchy, ať už organického nebo psychogenního původu. Může jít např. o vznik epileptického záchvatu po alkoholickém

excesu, nebo depersonalizačních a derealizačních syndromů, či panických stavů po požití halucinogenů.

Nejčastějšími a také nejzávažnějšími se jeví psychotické poruchy s příznaky onemocnění schizofrenního okruhu vzniklé v souvislosti s požitím návykové látky.

Komplikace užívání návykových látek s psychotickými příznaky se vyznačují dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10 „halucinacemi (typicky sluchovými, ale často je zasaženo více smyslů), narušením vnímání, bludy (často paranoidními nebo perzekučními), psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo stupor) a abnormálními emocemi (od strachu až po extázi)“. Jde tedy o závažné narušení psychických funkcí, u kterého se rozpadá hranice mezi já a světem a které vzniká v časové souvislosti až několika týdnů po požití návykové látky a přetrvává minimálně 48 hodin a maximálně 6 měsíců, kdy je nutné psychotickou poruchu překlasifikovat.

Pomalou se stává pravidlem, že přetrvávající psychotické poruchy se objevují v ambulanci zvláště často při užívání kanabinoidů. Lze jen spekulovat o výkladu tohoto fenoménu. Jisté se na ní podílí nejen epidemiologické trendy – snižování věku při inicializaci drogou, narůstající incidence užívání drogy, nejvyšší celoživotní prevalence užívání kanabinoidů v ČR v porovnání s ostatními evropskými státy (dle EMCDDA) – ale i narůstající rizika při zvyšování obsahu kanabinoidů v základní droze.

V konkrétních případech jde o vysoce rizikové chování ve spojení s individuálními dispozicemi, které vedou k rozvoji psychotických poruch, v nejzávažnějších případech k rozvoji poruch schizofrenního spektra. Tyto poruchy vyžadují pravidelnou psychiatrickou léčbu. V mnoha případech komplikují životní cestu dospívajícího, případně ji fatálně determinují. Při chronickém abúsu kanabinoidů pak může další průběh dospět k vývoji duální diagnózy (komorbidita psychotické poruchy a závislosti), které jsou z hlediska léčby obtížně ovlivnitelné.

Oproti alkoholu, který je v našem společenském a historickém kontextu „blízkou“ drogou, tzn. existuje mnoho tradovaných pravidel a způsobů zacházení, které dospívající přirozeně vstřebávají v rodinách a širších společenstvích, je obraz „záračné marihuany“ derivátem mnoha cizích kulturních vlivů. V době dospívání se tento obraz stává přitažlivým pro rebelující dospívající. Absence tradovaných pravidel zacházení s touto látkou zvyšuje rizika jejího užívání.

MUDr. Jan Lorenc

Psychiatr, dětský psychiatr a psychoterapeut. Vystudoval 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy, po promoci pracoval na psychosomatické klinice v Německu, na Dětské psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici v Motole, v Krizovém centru Riaps a v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Nad Ondřejovem. Nyní pracuje v soukromé psychiatrické praxi pro děti a dospělé.

Dejvické psychoterapeutické centrum

Evropská 86
160 00 Praha 6
tel.: 777 112 248
www.dpc.cz

Možnosti terapeutické práce s dospívajícími problémovými uživateli drog (model pracoviště CESTA Řevnice)

Ivan Platz

PŘEDSTAVENÍ CESTY ŘEVNICE

Oddělení CESTA Řevnice vzniklo a svůj provoz zahájilo v roce 1997 na základě projektu, který vypracovali společně PhDr. M. Votavová a MUDr. I. Platz. Od roku 2003 bylo, v souvislosti s nabytím účinnosti zák. 109/2002 Sb., začleněno pod Diagnostický ústav Dobřichovice jako jeho detašované pracoviště. V současné době jde o jediné specializované pracoviště v ČR, které poskytuje střednědobou pobytovou terapeutickou péči dospívajícím problémovým uživatelům drog ve věkové kategorii 15–18 let. Jsme státní příspěvkovou organizací, rodiče přispívají částkou 85 Kč/den (zák. 109/2002 Sb.).

Pobyt trvá 8 týdnů a probíhá formou uzavřené skupiny, to znamená, že všichni klienti společně nastupují a také společně ve stejném termínu odcházejí. V indikovaných případech je možné na žádost klienta pobyt prodloužit formou chráněného bydlení. Toto prodloužení musí být spojeno s nějakou formou přípravy na budoucí povolání (škola, učiliště, rekvalifikace apod.). Kapacita pracoviště je 18 klientů, 12 v základním a 6 v prodlouženém programu. Skupina je koedukovaná. Je možné realizovat pobyty dobrovolné, kdy je nutný souhlas rodičů, i pobyty pro klienty se soudem nařízeným výchovným opatřením (předběžné opatření, ústavní výchova). Terapeutický program je pro všechny stejný. Bez ohledu na to, o jaký typ pobytu jde, je třeba jasně vymezit, že indikovaným klientem oddělení je PROBLÉMOVÝ UŽIVATEL DROG, který svou situaci nahlíží a SÁM STOJÍ O ZMĚNU.

PODMÍNKY PŘIJETÍ K POBYTU

1. Absolvování detoxifikačního pobytu, nejlépe na specializovaném pracovišti
2. Negativní vyšetření na hepatitidy A, B a C
3. Somatické vyšetření, které vyloučí organické onemocnění, tělesné a smyslové vady, které by klientovi znemožnily absolvovat pobyt v celém rozsahu, případně psychiatrické vyšetření, které vyloučí další psychiatrickou diagnózu
4. Před nástupem požadujeme jedno ambulantní setkání s klientem a jeho rodiči přímo na pracovišti.

TERAPEUTICKÝ PROGRAM

V tomto sdělení bych chtěl na podkladě určitých teoretických východisek prezentovat model terapeutického programu, který na našem pracovišti realizujeme bez větších změn prakticky od zahájení provozu.

V samotném názvu považují za klíčové dva výrazy:

1. možnost
2. problémový uživatel drog

Možnost proto, že existuje samozřejmě víc přístupů k této problematice, a nejde tedy o program univerzální nebo samospasitelný. Nicméně jde o program, který se na našem pracovišti realizuje už třináct let, je pro určitou část klientů efektivní a přináší povzbudivé výsledky. Naskytá se otázka, jakým klientům je tedy tento program určen. Vzhledem ke statutu a rezortní příslušnosti (MŠMT) je pro nás závazná horní věková hranice 18 let. Pokud jde o hranici dolní, ta není jednoznačně určena, ale obvykle požadujeme ukončení základní školní docházky. Je důležité, aby si klient svůj problém uvědomoval, měl na něj určitý náhled a sám stál o změnu. Bez zajímavosti není statistický přehled naší klientely od 1. 1. 2006 k 11. 8. 2010 (Tabulka 1). Z něj je jasně patrné, že naprostou většinu tvoří problémoví uživatelé pervitinu. Uživatelé ostatních návykových látek jsou prakticky jednotlivci.

CESTA ŘEVNICE – ROZDĚLENÍ KLIENTELY PODLE PREFEROVANÉ DROGY

OBDOBÍ 1. 1. 2006 – 11. 8. 2010

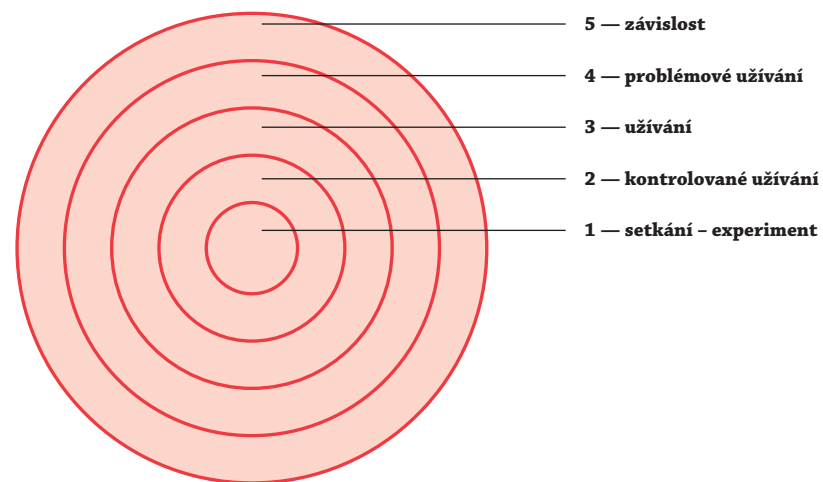
DROGA	2006		2007		2008		2009		2010		CELKEM	%
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky		
pervitin	8	24	15	31	16	28	7	27	8	19	183	81
THC	4	2	1	–	4	–	4	8	–	–	23	10,2
heroin	2	2	2	2	–	1	–	2	–	1	12	5,3
alkohol	1	1	–	–	–	–	1	–	–	2	5	2,2
subutex	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	2	0,9
těkavé látky	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	0,4
CELKEM	16	30	18	33	20	29	12	38	8	22	226	100
%	34,8	65,2	35,3	64,7	40,8	59,2	24,0	76,0	26,7	73,3		

Tabulka 1

Z celkového počtu 226 klientů bylo 74 chlapců (32,7%) a 152 dívek (67,3%). Pokud jde o drogy, které se mohou užívat intravenózně (pervitin, heroin), z celkového počtu 195 klientů přiznává nitrožilní aplikaci 128, tedy 65,6%.

Považují za správné označovat naše klienty za **problémové uživatele drog** spíše než za osoby drogově závislé. Závislost je konečná stanice na cestě, která začíná setkáním s drogou, na cestě, která má několik významných stádií, kterými musí jedinec projít, i když

rychlost celé cesty a délka jednotlivých etap se liší podle individuálních dispozic každého jednotlivce a přirozeně podle druhu užívané drogy. Tuto cestu je možné vyjádřit schématem (Obrázek 1).



Obrázek 1

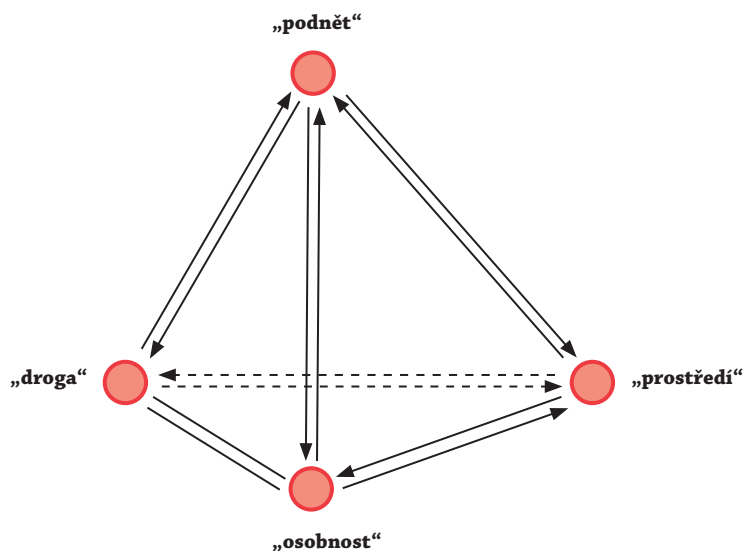
Je výhodné použít toto schéma při první setkání a rozhovoru s klientem, on přesně ví, kde je, a sám se tam zařadí. Chci zdůraznit, že pro terapii nejsou vůbec připraveni klienti ve stádiích 1 a 2 a jejich zařazení do léčby je chybou!

Efektivní spolupráci, ze které může klient hodně vytežit, je možné navázat nejdříve na konci onoho stádia „okouzlení vlastní mocí nad drogou, kdy převládá pocit, že má vše pevně ve svých rukách“ a zejména pak ve stádiu „dvojího programu“, kdy jedinec už jasně vidí, že ztráty převažují nad zisky, chtěl by změnu, ale problémů se už nahromadilo tolik, že je obvykle sám řešit nedokáže. Ideálním cílem, kterého lze dosáhnout, je **změna postoje k životnímu stylu**, který provázely určitou dobu drogy, a jeho výměna za životní styl bez drogy. Není to jednoduché. Existuje naprosto přirozená snaha „naučit se správně brát...“, jen tak trochu, aby nebyly problémy, jako dřív. Trvá určitou dobu, než přes občasná opakovaná selhání klient pochopí, že to skutečně nejde. Je dobré, můžeme-li ho tímto obdobím provázet. To realizujeme formou různě organizované ambulantní spolupráce, počínaje telefonickou intervencí, přes běžnou ambulantní docházku až po víkendové nebo i dlouhodobější pobyty na oddělení chráněného bydlení, které je součástí pracoviště. Podmínkou této dlouhodobější spolupráce je ovšem navázání určitých vzájemných vazeb. Dá se to označit jako **změna postoje k léčbě jako takové**.

Terapeutický program, který oddělení CESTA nabízí, se řídí určitými zásadami, které se dají shrnout do 6 bodů:

1. potřeba pozitivního hodnocení ze strany klienta („přilákat klienta a udržet si ho“)
2. neodsuzující terapie (neposuzovat kvalitu člověka jen na základě toho, že bere drogy)
3. společně s klientem stanovit REÁLNÉ CÍLE, kterých lze dosáhnout ve vymezené době
4. pochopení spouštěcích mechanismů – rizikové situace
5. ukončit pobyt ve správném okamžiku (v našem případě to platí pro pobyt v domě na půli cesty)
6. sledování výsledků terapie (ambulantní spolupráce, hodnocení kvality života)

Program obsahuje několik klíčových témat, která je možné zasadit do schématu „interakčního čtyřstěnu“ (Obrázek 2). Aby se scénář „fetáka“ naplno rozjel, musí se vrcholy čtyřstěnu propojit. V terapii je nutné se těmito tématy zabývat a pracovat s nimi.



Obrázek 2

1. Téma drogy

- Přesto, že jde o téma pro klienty protivné, ke kterému se často nechtějí vyjadřovat a vracet (častý postoj „Co mi to vykládáte, já bral, a tak to znám...“), hovoříme o účincích drog na organismus z biomedicínského hlediska. Informace bývají pro klienty často překvapující, protože obvykle kromě vlastních „praktických“ zkušeností jiné znalosti nemají.

2. Téma osobnost

- Toto téma je zásadní. V úvodu pobytu provádíme podrobnou diagnostiku formou podrobného psychologického vyšetření a na základě vyhodnocení baterie testů vytváří psycholog osobnostní mapu, kterou pak s klientem probírá individuálně. Osobnostní mapa je vodítkem pro další práci s klientem v průběhu pobytu.

3. Téma prostředí

- Zahrnuje v sobě práci s celým širším sociálním systémem klienta. Jde o práci s rodinným kontextem, což je pro mnoho dospívajících zásadním tématem. Členy rodiny se snažíme vtáhnout do spolupráce, mohou se účastnit rodičovských skupin a organizujeme pro ně rodinná setkání poradenského charakteru za účasti psychologa a osobního terapeuta klienta. Ze spolupráce nevylučujeme v indikovaných případech ani eventuelní partnery, nejde-li přirozeně o jedince rizikové. V tématu prostředí hraje zásadní význam i škola, učení, cesta k možné budoucí profesi. Většina dospívajících, kteří berou drogy, má ve škole problémy, které v nejlepším případě končí opakováním ročníku, většinou však změnou školy nebo vyloučením. Společně s klientem hledáme cesty, jak tyto zprerhané vazby opět navázat, a jako velmi významné se ukazuje provádění profesní diagnostiky, kterou se nachází okruhy činností, pro které má klient dispozice, a kde by tak mohl být úspěšný, což je důležité. Klient, který se pohybuje v bludném kruhu bezvýchodnosti a prázdnoty, zde získává určitou konkrétní perspektivu, cíl, o který může usilovat.

4. Téma podněty

- Představuje rozbor konkrétních rizikových situací. Je to téma, které prochází celým pobytem, se kterým se pracuje psychoterapeuticky některými konkrétními technikami a kde se velmi účinně mohou využívat techniky arteterapeutické, dramatizace, terénní programy.

Všechna zmíněná témata do sebe zapadají tak, aby volně spojovala život klienta od útlého dětství, kde je možné hledat jistá „poselství“ od rodičů, přes současnost (hledání identity – KDO JSEM?) až k budoucnosti (k čemu mám předpoklady, čeho konkrétně mohu dosáhnout a kdy...).

Mohu-li si dovolit závěrem vyjádřit, která specifika pro terapeutickou práci s dospívajícími problémovými uživateli drog považuji za nejvýznamnější, pak jsou to:

- podrobná psychodiagnostika
- profesní diagnostika
- práce s rodinou
- a to všechno použít jako rámec pro zaplňování existencionální prázdnoty a naplňování smysluplnosti života

Stanovení efektivity programu není jednoduché, při vyhodnocování je nutné brát v úvahu více faktorů.

Z dlouhodobější zkušenosti však můžeme konstatovat, že rok od ukončení pobytu, což je doba, kterou jsme schopni obsáhnout a průběžně monitorovat, žije životem výrazně se nelišícím od života vrstevníků 60 % klientů. Domníváme se, že v porovnání s dospělou klientelou je prognóza u dospívajících v krátkodobém časovém horizontu nejistější (častější relapsy, nutnost práce se selháním). V dlouhodobé perspektivě ji však považujeme za nadějnější.

Vystudoval Přírodovědeckou fakultu UK a Fakultu všeobecného lékařství UK.

Od roku 1997 působí jako zástupce ředitele DÚ Dobřichovice pověřený vedením detašovaného pracoviště CESTA Řevnice, kde se zaměřuje na skupinovou psychoterapii a individuální práci s klienty. Působí také jako lektor v kurzech zaměřených na problematiku drog, které pořádá ILF pro zdravotnické pracovníky, a v kurzech pro maséry a rehabilitační pracovníky.

CESTA Řevnice – oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí (detašované pracoviště Diagnostického ústavu Dobřichovice)

Sádecká 169

252 30 Řevnice

tel./fax: 257 721 231 / 795

mobil: 777 738 795 – základní program

725 688 265 – prodloužený pobyt (vedoucí PhDr. Mira Beranová)

723 928 955 – vedoucí oddělení MUDr. Ivan Platz

e-mail: sm-cesta@cbbox.cz

Dva jazyky – jedno téma: mladiství v Animě

Jana Švecová, Aleš Kabilka

Občanské sdružení Anima vzniklo v roce 1994 jako dobrovolné nezávislé a nepolitické sdružení, které sdružuje odborníky v oblasti péče o rodiny ohrožené závislostí na návykových látkách. Za tímto účelem sdružení Anima vytváří a realizuje následující programy:

- **programy primární prevence** – programy prevence vzniku závislosti, tzn. jsou určeny pro ty, co s drogou problémy nemají (realizace krátko- i střednědobých programů PP převážně pro základní a střední školy)
- **programy sekundární prevence** – léčebně terapeutické programy pro ty, co již drogy užívají či zneužívají, a jejich blízké

PROGRAM SEKUNDÁRNÍ PREVENCE O. S. ANIMA V SOUČASNÉ DOBĚ ZAHHRUJE TYTO AKTIVITY:

- individuální psychoterapii dětí a dospělých
- rodinnou a párovou psychoterapii
- psychoterapeutickou skupinu pro mládež
- skupinová socio/psychoterapeutická setkávání a pobyty pro děti z rodin závislých (a též jejich rodiče) – skupina pro děti od 7 do 14 let, „D-KLAN“ (Dětský Klub Anima), a skupina pro dospívající a mladé dospělé od 15 do 21 let, „K2“

Obě skupiny zastřešuje projekt „Závislí na závislých“. Těmto dvěma skupinám je věnován následující příspěvek.

KOMU PROJEKT „ZÁVISLÍ NA ZÁVISLÝCH“ POMÁHÁ?

Projekt je určen dětem ve věku od 7 do 14 let žijícím v rodinách závislých osob především na alkoholu, případně na jiných návykových látkách, ale i dětem vyrůstajícím v jinak nepříznivém rodinném prostředí. Projekt sestává z pravidelných socio/psychoterapeutických setkání polouzavřené skupiny D-KLAN jednou týdně a pravidelných pobytových akcí. Nový projekt Klubu starších K2 pro dospívající a mladé dospělé ve věku od 15 do cca 21 let

začal fungovat v roce 2008. Setkání skupiny K2 probíhají jednou za 2 týdny, pobytové akce prozatím jednou za půl roku.

Program s dětskými klienty probíhá především formou herních aktivit s použitím dětského světa blízkých expresivně terapeutických technik (arteterapie, artefletika, muzikoterapie, dramaterapie, canisterapie, práce s tělem, relaxace a aktivní imaginace atd.), na jejichž pozadí se odvíjí subtilní terapeutická práce vedená terapeutickým párem. Program s dospívajícími je postaven převážně na diskuzích, sdílení a prožitkových, expresivně terapeutických aktivitách.

Během pobytových akcí (víkendy, výlety, střednědobé akce) přijdou ke slovu časově náročnější zážitkové činnosti, jako např. sjezd řeky, výlet do lanového centra či víkend na ranči se zvířaty, stejně jako „obyčejné“ spolubytí např. v roubence v lese s přípravou dřeva, společného jídla, péčí o prostor, jež mají veliký psychosociální potenciál.

PROČ TYTO DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ?

Svět dětí z rodin, kde figuruje závislost, má několik rysů významně ohrožujících zdravý psychosociální vývoj dítěte. Dítě vrůstá do společnosti přirozenou a nevědomou nápodobou nejbližších dospělých, doma však získává se závislým rodičem nezdravý a ambivalentní model. Pro dítě se stane normou utíkat od řešení problémů k alkoholu, komunikovat spolu jazykem domácího násilí či manipulací, nerespektovat hranice a potřeby svých blízkých i sebe sama. Dítě vyrůstající v takovém prostředí dlouhodobě zakouší ztrátu důvěry v sebe sama a v to, že může být přijímáno a milováno, že svět má svůj řád a pravidla a je v zásadě dobrý.

Naším cílem v práci s dětmi je tedy podporovat a rozvíjet jejich schopnost žít svůj vlastní život – nezávisle na závislosti rodičů. Snažíme se zprostředkovat jim zdravé a efektivní modely komunikace, vyjadřování a sdílení svých emocí, řešení problémů a zvládání zátěžových situací, stejně jako možnost navázat normální, funkční vztah jak s vrstevníky, tak i s dospělými, kteří jsou dítěti laskavou, ale pevnou oporou, rádcem i autoritou. Skupinu tvoří převážně děti s podobným rodinným zázemím, a tak je pro mnohé z nich důležitá možnost sdílení zkušeností a pocitů s ostatními v bezpečném prostředí klubu.

STRUKTUROVANÁ PRÁCE S RODIČI

V projektu je jí věnováno maximum prostoru, vnímáme ji jako pilotní podmínku pro úspěch péče; slibujeme si zvýšení efektivity naší intervence u dětí, neboť rodina funguje jako celek a práce postihující celý systém násobí pak svou účinnost na jednotlivci. Změny, které dítě přirozeně zakouší v prostoru skupiny, často vyvolají změny v rodině, např. přivedou celou rodinu do rodinné terapie apod.

Příspěvek v tomto sborníku je koncipován jako komparace obou skupin klientů, jejich podobnosti a rozdílů v cílových skupinách, v metodách poskytované péče i formě a frekvenci. Detailněji přiblížíme specifika terapeutické péče o tuto cílovou skupinu. Ačkoliv jsou „jazyky potřeb“ obou skupin klientů a terapeutická „řeč péče“ jiné, spojuje je jedno zásadní téma – téma závislosti.

SKUPINOVÁ PRÁCE S DĚTMI A MLADISTVÝMI NEJEN Z RODIN ZÁVISLÝCH

SKUPINA D-KLAN

- 7–14 let
- v letech 2006–2009 průměrný počet dětí ve skupině/setkání: 7–8
- vede terapeutický pár
- termín: pondělí 15–17 hod
- pobyty
 - víkend / měsíc
 - víkendy s rodiči / 6 měsíců
 - zimní pobyty (7 dní) v počtu 20 dětí + 5 terapeutů
 - letní pobyt (14 dní) v počtu 20 dětí + 5 terapeutů

SKUPINA K2

- 15 – 21 let
- v letech 2008–2009 průměrný počet dospívajících ve skupině/setkání: 4–5
- vede terapeutický pár
- termín: čtvrtek (sudé týdny) 17–19 hod
- jednou ročně prodloužený víkend

ODBORNÁ PODPORA A PÉČE

Děti z rodin závislých potřebují odbornou podporu a péči zejména **ve vztazích v rodině**, vztazích **s okolím** a ve vztahu sama **k sobě**.

1. RODINA

Znaky rodinného prostředí těchto dětí:

- nejisté prostředí, které má nečitelné hranice (pro závislého rodiče je typické chování a poselství ve smyslu „každý den jinak“)
- nestabilní pravidla či jejich absence
- citové nedosycení (a jiné deprivace)
- přidružená patologie rodinného systému (častěji se vyskytují problémy v zaměstnání, finanční obtíže, rozvod partnerů, domácí násilí, CAN...)
- nezdravé návyky („pít denně několik piv je normální“ apod.)
- vzorce chování ve většinové společnosti neefektivní až patologické (to, co se dítě naučí jako vysoce funkční vzorec „přežít“ v patologickém prostředí, většinová společnost shledává jako problematické, např. lhaní, oportunistus, manipulativní chování apod.)
- záměna rolí rodič – dítě (dítě často „pečuje“ nejen o prvky chodu domácnosti, ale nezřídka i o sourozence či rodiče samotného, bývá zasvěcováno do rodičovského subsystému a jeho intimity – opět konfúze hranic)
- narušená komunikace – tzv. dvojná vazba („Schizophrenogenic family communication“)

2. OKOLÍ

Vrstevníci – typické znaky:

- problém se začleněním do vrstevnické skupiny (dítě bývá izolované či izolující se, nedůvěřivé, agresivní či úzkostné, oběť či naopak aktérem šikany apod.)
- neschopnost řešit konflikty konstruktivně (vrstevníky vyčerpává, protože jednání s tímto dítětem bývá pro vrstevnickou komunitu obtížnější – promítají se nefunkční vzorce a častější citová labilita)
- problém s navazováním vztahů (chybí vzorový zážitek stability vztahu, pravidel a sdílení bezpečí)

Jiné dospělé autority – typické znaky:

- testování hranic (dítě tak chce být vráceno opakovaně „kam patří“, hledá „své místo“, poznává pravidla zkušeností)
- Approach-Avoid přístup klade na dospělé autority vyšší nároky, především opět na stálost, vřelost a čitelnost v kombinaci s pevným držením limitů

3. VZTAH SAMA K SOBĚ

Typické znaky:

- narušené sebevědomí, sebeobraz
- ztráta vlastní hodnoty a víry ve své kompetence (např. externí LoC)
- emoční labilita (uzavřenost, agresivita apod.)
- narušené komunikační vzorce a vnímání hranic, např. pravidel, sociálních subsystémů
- nezřídka narušen bodyimage dítěte
- častá deprivace různého charakteru (od kognitivní pro nedostatek rozvojových stimulů během výchovy, přes emocionální až po sociální deprivace, např. izolace rodiny, absence kontaktu s příbuznými či komunitou obce díky přítomné rodinné patologii apod.)

DŮLEŽITÉ PRVKY PŘI TERAPEUTICKÉ PRÁCI (ZEJMÉNA) U SKUPINY D-KLAN

- Struktura a hranice
 - pravidla a jejich důsledky
- Posilování duševní odolnosti
 - sebevědomí, sebehodnota, nezdolnost (mental resilience), Locus of Control externalizovaný *internalizovat* postupně přes opakované zažívání „já chci, já mohu, já dokážu“, tedy aktivizace vlastních schopností, které vedou k jednání (oproti naučené bezmocnosti) a k dosažení cíle. A tedy získání pocitu, že mám vliv na dění ve svém vlastním životě.

- Osvojování si zdravějších vzorců
 - chování, prožívání vztahu k sobě a společnosti
 - pobývání v přírodě coby ekologicko-etický rozměr působení
 - budování respektu k sobě a světu, který je obklopuje
- Spolupráce s rodiči
 - víkendový pobyt pro rodiče s dětmi (sjezd řeky, lanové centrum, horský víkend apod.), kde mimo jiné probíhá zážitek fungování jiných rodin, vzájemná podpora rodičů, sdílení. Silné prožitky na pozadí jemných intervencí, her apod. (Pro podpoření přirozených hranic dětského a rodičovského subsystému, který se dosud nezdravě a nečitelně prolínal, např. stačilo v polovině sjezdu řeky změnit posádku lodi, a i přes dceřiny hlasité protesty nechat maminku ujet na kanoi s jejím dlouholetým, avšak do rodiny dosud plně nevpuštěným partnerem pár kilometrů napřed. Dcera za podpory vrstevníků a terapeutů odtruchlila během cesty momentálně, ale v jejich očích přesto vzorové oddělení od matky, přes výbuchy zuřivosti, pláč až po smíření a nakonec dětskou radost, že je to tak vlastně fajn. Podařilo se všem třem v rodinném systému prožít na vodě něco, co se jim nedařilo prosadit opakovaně doma.)
 - „rodič měsíce“ – aktivně zveme na konzultace rodiče podle našeho uvážení i bez akutní potřeby rodiny
 - semináře – edukativní, interaktivní setkávání s rodiči nad různými tématy
 - popobytová setkání společná i individuální
 - individuální konzultace a poradenství, krátké intervence, krizové intervence: možnost využít různých forem (telefon, e-mail, sezení)

DŮLEŽITÉ PRVKY PŘI TERAPEUTICKÉ PRÁCI (ZEJMÉNA) U SKUPINY K2

- Tréninkové prostředí
 - modelové situace – psychohry a psychodramata, náměty přinášejí dospívající často sami. Čerpají ze situací, které jsou pro ně díky absenci či nejistotě zdravých vzorců obtížněji řešitelné. (Pro terapeuta např. zakázka typu: „Aleš, zahraj se mnou to, jak jdu v týdnu do tý posilky a potkám zas toho kámoše, kterej mě vždycky přemluví na pivo. Já se nechci nechat přemluvit, chci si to ustát, ale nikdy se mi to zatím nepodařilo. Vždycky místo toho skončím v tý hospodě. Pojď se mnou ozkoušet, jak to můžu odmítnout.“)
 - efektivnější vzorce chování a prožívání – edukace, diskuze a nabízení možností, rozšiřování palety způsobů. Povídání „jak to máme my“.
 - vrstevnické sdílení a podpora
 - Facebook – setkávání, akce inzerujeme tam. Diskuzní prostor.
 - sdílená fotoalba
- Témata
 - závislosti
 - vztahy
 - rodiče
 - škola
 - volný čas

LIMITY, KTERÉ VNÍMÁME PŘI NAŠÍ PRÁCI S KLIENTY

SKUPINA D-KLAN

- Rodinný systém
 - nespoupráce (spolupráce dítěte do vysoké míry závisí na situaci rodiče, stavu rodiny. V období, kdy se např. matka výrazně „rozpije“, dítě je s námi méně v kontaktu, protože matka je nestabilní, povolení a zákazy se denně proměňují.)
 - rodinná terapie – pokud je třeba terapeutické práce s celým rodinným systémem, navrhneme rodině tento typ péče. Často ji nabízíme opakovaně v průběhu spolupráce, a jakmile se „přes dítě“ začne dítě změna v celém systému, dítě přivede rodinu jako celek do terapie. Naším cílem je většinou terapie systému, ne „oprava“ dítěte coby poškozené součástky.
 - individuální psychoterapie – pokud dítě potřebuje více individuálního prostoru či péče nebo není zralé na skupinovou práci, nabízíme místo toho individuální sezení.
 - administrativa – vnímáme veliké zatížení agendou projektů a jiné nutné administrativy. Uvítali bychom na tento aspekt práce samostatného pracovníka.

SKUPINA K2

- Nízkorozpočtový projekt
- Počet členů skupiny a její struktura – vysoká fluktuace, nestabilní docházka ve srovnání se skupinou dětskou i skupinami dospělých klientů
- Nestabilita – jako charakteristický rys této cílové skupiny

SPOLEČNÉ RYSY POSKYTOVANÉ PÉČE

Pestrost je jeden ze společných rysů obou typů péče, a to jak v podobě skupiny, tak v podobě terapeutického týmu.

PODOBA SKUPIN

- Smíšená skupina
 - peer podpora
 - nápodoba starších mladšími
 - předávání hodnot jako v kmeni
 - vzájemné učení se tolerancí a péči – ze strany starších, vs. samostatnosti a nezdolnosti ze strany mladších dětí ve skupině
- Integrace
 - děti z patologického rodinného prostředí + děti ze zdravého rodinného prostředí – vzájemná tolerance a učení se, přičemž patologie se nepředává, naopak i děti ze zdravých rodin se učí akceptovat jinakost, svéráz, handicap. Složení skupiny, resp. její heterogenita reflektuje pestrost společnosti a její nároky na toleranci, spolužití a přizpůsobení se normám.

TERAPEUTICKÝ TÝM

- 2 osoby: mužská a ženská figura a jejich průniky
 - je třeba mít každému co nabídnout, jako v reálu rodiny. Simulace rodičovského páru a jeho zdravé dynamiky. Dítě se může identifikovat a navazovat užší pouto dle svého vývojového období a individuálních potřeb (dosycení, konflikt zdravě zvládnutý, separace apod.) s tím či oním terapeutem – rodičem.

METODICKÉ POZNATKY PRO PRÁCI OBOU SKUPIN

CO VÍME, ŽE FUNGUJE U D-KLANU

- „Tady a teď“ – terapeuti jsou plně se skupinou a řídí se aktuální dynamikou skupiny, jejími potřebami
- Pevnost, důslednost + laskavost terapeutů
- Vedení, osobnost terapeutů
- Transparentní komunikace verbální i neverbální
- Oceňovat častěji to, co se daří – u dětí vyvolává zvyšování pocitu vlastních kompetencí, a tím i sebehodnoty
- Pravidla – tresty přerámovat na důsledky, „vždy máš volbu“
 - důsledky = cenná zkušenost, opět zážitek sebeřízení a sociální akce-reakce za předem daných a známých, stálých podmínek. Učení se životu v legislativním, státním systému.
- Stabilita a rituály
 - daný prostor, čas, kultura, jasné hodnoty
- Poskytnout společné pobývání a zážitky jako kvalitativní nosný prvek vztahu

CO VÍME, ŽE NEFUNGUJE U D-KLANU

- Držet se za každou cenu plánu – ignorace aktuální dynamiky a potřeb signalizovaných dětmi v akci
- Velká volnost a neúměrná demokracie
 - ztráta čitelnosti, chaos
 - zbytečné zatížení nutností volby vytváří potřebu říkat si o pocítění hranice („zlobím“)
- Neláska, absence autentického vztahu – terapeut musí investovat sebe, jít s kůží na trh
 - nedostatečná otevřenost k fyzickému kontaktu (děti se rády perou, mazlí, bojují, válí se, chodí se přimknout, pomazlit... To vše by měl terapeut, samozřejmě s ohledem na své hranice, v určité míře umět poskytnout.)
- Nedodržování rituálů – v případě, že se nedodržují, dítěti to nápadně připomíná původní rodinu. To má za následek ztrátu bezpečí a zmatek.

CO VÍME, ŽE FUNGUJE U K2

- Facilitovat to, co se děje
- Být průvodcem, prostředníkem

- Každé téma má prostor – dobré je nehodnotit to, s čím přicházejí. Důležitější je totiž zážitek dospívajících, že jsou respektováni a spoluvytváří, a tedy nesou zodpovědnost za prostor, který sdílejí.
- Projevit respekt, což je cesta k důvěře
- Jazyk – napojit se na ten jejich a sdílet jej (nebát se použít žargon, např. e-komunikace, zároveň se ale nesnažit být jimi)
- Otevřenost – přinášet vlastní zkušenosti z tohoto věku
- Ptát se na prožívání – vést je k reflexi

CO VÍME, ŽE NEFUNGUJE U K2

- Přílišné řízení
- Umělé dosazování témat
- Lpění na expertní/rodičovské roli
- Psychologizování – je vhodné koncipovat terapeutickou skupinu spíše jako „setkávání“
- Mentorování a rady – spíše nabízení a podpora „věřím ti“
- Očekávání dospělého náhledu

ZDROJE PŘÍSTUPŮ TERAPEUTICKÉHO PÁRU – NAŠE TEORETICKÉ ZÁZEMÍ

PSYCHOTERAPEUTICKÁ OBLAST

- Systemický přístup
 - dynamika skupiny – systému
 - pomoc vs. kontrola
 - koučink a zkompetentňování
 - fantazie a otázky cirkulární, ptaní se po zázraku apod. Hraní si na to, že změna se již stala, že „to jako opravdu umí, dokáží“.
- Gestalt
 - tady a teď s klienty i skupinou jako celkem
 - tematizovat, vnímat vlastní potřeby, emoce, práce s nimi
- Herní, expresivní metody
 - terapeutické prvky, práce s tělem – relaxace, masáže, aktivní imaginace. U dětských klientů časté poruchy pozornosti a kolísání aktivity – pomáhají neverbální techniky.
- Psychosomatický a rodinně terapeutický přístup
 - tělo jako společný jazyk dětí – tematizování fyzických obtíží jako symptomů
 - procesy v rodině, jejichž je dítě neoddelitelnou součástí, jsou jím reflektovány a modifikovány do svérázné podoby symptomu, dítě jako častý volající o pomoc pro celou rodinu

PSYCHOSOCIÁLNÍ OBLAST

- Zážitková pedagogika
 - na všechny změny je nutný ČAS a být spolu, což je principem výjezdů
 - samostatnost – její podpora, případně dovednost říci si o pomoc a naučit se spolupracovat

- „Aha zážitek“ – řešení konfliktů a zátěžových situací jinak, zprostředkovat dítěti/dospívajícímu vzhled pomocí zážitku a tzv. korektivní zkušenosti
- Učení se nápodobou
 - modelové figury dospělé i starší vrstevníci – otec-matka / muž-žena / skupina-rodina
- Volný čas jinak
 - poznání možností, rozvoj talentů, organizace času a zacházení s ním i jinými zdroji ve svůj prospěch

Jana Švecová

Studuje jednooborovou psychologii na FF UK, studovala též sociální a kulturní antropologii na FHS UK, studijní stáž na University of Jyväskylä, Finsko. Absolvovala výcvik Systemického přístupu v aplikované psychologii (terapie, koučování) u PaedDr. Parmy, Práci s tělem v psychoterapii u dr. Vodňanské a řadu jiných odborných kurzů a workshopů. Je frekventantkou Výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch u MUDr. Chvály, PhDr. Trapkové. Zaměřuje se na dětskou a adolescentní psychologii a psychoterapii, psychologii rodiny v systemickém a narativním kontextu, na psychosomatiku. Od roku 2005 pracuje v Animě, občanském sdružení pro péči o rodiny závislých, jako vedoucí terapeutka dětské skupiny a skupiny mladistvých, od 2009 i jako individuální terapeutka.

Mgr. Ing. Aleš Kabilka

Vystudoval systémovou analýzu na VŠE v Praze a psychologii na FF UK. Absolvoval mj. roční Kurz neverbálních technik a Kurz práce s tělem v psychoterapii, je frekventantem ve výcviku Gestalt terapie. V Animě pracuje od roku 2006 jako skupinový a individuální psychoterapeut.

Anima, o. s.

Apolinářská 4a
128 00 Praha 2
tel.: 224 968 239
e-mail: animatym@seznam.cz, jana.svec@hotmail.com
www.anima-os.cz

Transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních pro ohrožené děti a mládež

Pavla Doležalová

VÝCHODISKA

Česká republika patří mezi země s vysokým počtem dětí umístovaných do institucionální péče v Evropě a je dlouhodobě kritizována mezinárodními institucemi, např. Výborem pro práva dítěte OSN (2003). Usnesením vlády ČR ze dne 13. července 2009 č. 883 byl schválen Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011 (NAP). MŠMT následně schválilo Koncepti v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních, která vychází z cílů NAP.

Hlavní nedostatky v systému péče o ohrožené děti:

- roztržitost a nekoordinovanost systému (nejednotné pracovní postupy, řízení, kontrola a financování, odlišné požadavky na personální zajištění a kvalifikaci pracovníků)
- nedostatky v oblasti kvantitativní i kvalitativní, nedostatek služeb, neodpovídající potřebám klientů
- vysoký počet dětí v ústavní péči a jejich nedostatečná podpora při osamostatňování

Zkvalitnění a transformační kroky jsou rámcově vymezeny v Koncepti v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních. Postupný proces transformace celého systému péče o ohrožené děti a rodiny by měl přinést vznik sítě specializovaných zařízení, která jsou využívána v případech, kdy děti nelze ze závažných důvodů umístit do určité formy náhradní rodinné péče, nebo v případech, kdy potřebují komplexní, tj. speciálně pedagogickou, psychologickou, zdravotní a sociální odbornou péči. Na zřeteli musí zůstat nejlepší zájem dítěte a jeho co nejefektivnější resocializace a integrace. Umístění dítěte v institucionální péči musí být pouze na nezbytně dlouhou dobu a musí současně zaručovat realizaci jeho základních práv.

Cíle Koncepce transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči:

- snížení počtu dětí (dítě od 2 do 18 let v kompetenci MŠMT)
(Pozn.: V souladu s Úmluvou o právech dítěte se dítětem rozumí osoba, která nedosáhla 18. roku věku. V trestně právních předpisech se dítětem rozumí osoba, která nedosáhla patnáctého roku věku, a tudíž není trestně odpovědná. Mladistvým pak je osoba, která již dovršila 15. rok věku, avšak nepřekročila 18. rok věku, a je tedy relativně trestně odpovědná.)
- zvýšení kvality služeb – vytvoření standardů kvality péče, které se postupně musí ověřit v jednotlivých typech zařízení a modifikovat
- zvýšení dostupnosti služeb (od nízkoprahových po vysokoprahové služby a programy)
- zvyšování profesionality, celoživotní vzdělávání, psychologické výcviky, specializované kurzy
- zkvalitnění koordinace a spolupráce na horizontální i vertikální úrovni, mezioborově a mezisektorově
- aktualizace terminologie musí být v souladu s dokumenty EU a WHO, postupná změna paradigmatu směřuje k humanizaci, individuálnímu přístupu, k prevenci, včasné léčbě, výchově a posilování kompetencí rizikových rodin, posílení vazeb v rodině
- návrhy nezbytné se týkají změn legislativy a financování, zejména zákona 109/2002 Sb., příslušných vyhlášek a dalších legislativních norem

POČTY DĚTÍ V ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY

Zařízení	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09
Dětské domovy	4 657	4 867	4 869	4 815	4 618	4 739
Výchovné ústavy	1 544	1 479	1 420	1 404	1 430	1 546
Diagnostické ústavy	494	501	537	516	705	793
Dětské domovy se školou	555	743	795	724	674	742
Celkem	7 250	7 590	7 621	7 459	7 427	7 820

Zdroj: ÚIV, 2009

ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ DOMINANTY RIZIKOVÝCH FAKTORŮ U OHROŽENÝCH DĚTÍ A MLÁDEŽE:

- umístění do institucionální péče (ústavní nebo ochranná výchova)
- psychické a tělesné postižení
- traumatizace, dezorganizovaná raná vazba s matkou nebo pečující osobou
- nezaměstnanost rodičů, závažné ekonomické problémy rodiny, neexistence rodičů, pouze jeden rodič, rodiče ve výkonu trestu, násilí v rodině, rodiče uživatelé drog
- rizikové skupiny vrstevníků, život v deprivovaných čtvrtích, děti/mládež – cizinci
- rizikové chování (užívání návykových látek, různé formy šikany, sexuálně rizikové chování, vandalismus, záškoláctví aj.)

DŮSLEDKEM PROHLUBUJÍCÍCH SE PROBLÉMŮ A RIZIK, CHYBĚJÍCÍ VČASNÉ PODPORY A PÉČE MLADÉHO ČLOVĚKA A JEHO RODINY, MŮŽE BÝT:

- stigmatizace v sociálním prostředí
- umístění do výkonu trestu
- sociální exkluze
- obecně nízká kvalita života

VÝSTUP TRANSFORMAČNÍHO PROCESU VE ŠKOLSKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Dětské centrum integrované komunitní pomoci (tradičně „Diagnostický ústav“ – přímo řízená organizace MŠMT) by mělo být ověřovaným modelem moderního zařízení pečující o ohrožené děti a rodiny v krajích.

Diagnostické ústavy v Hradci Králové a Plzni připravily model Dětského centra, který bude reagovat především na současné potřeby krajů a jejich obyvatel. Základní fáze těchto modelů již započala a měla by trvat až 2 roky, rozsah dalších fází se bude odvíjet od finanční podpory a legislativních možností. Následně by mělo být toto pokusné ověřování vyhodnoceno.

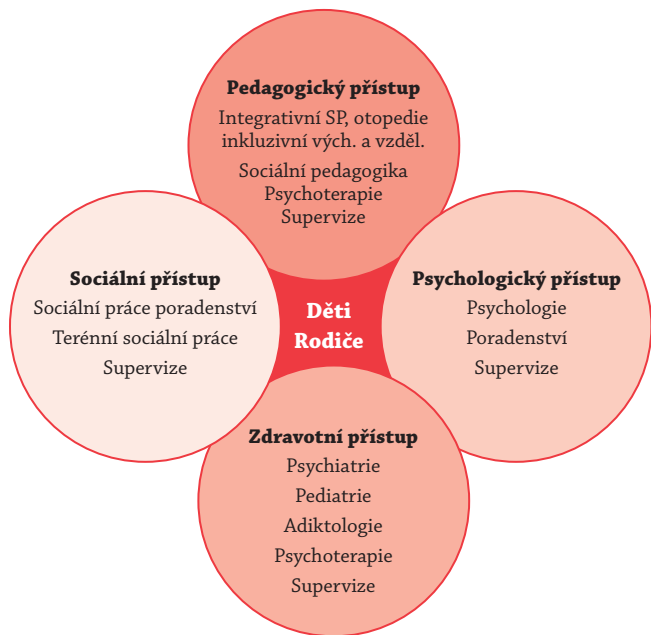
Projektový model nevytváří zcela nové zařízení, ale jedná se na základě kvalifikované analýzy potřeb o změnu struktury služeb směřující k vyšší efektivitě a pomoci ohroženým dětem a rodinám na krajské úrovni. Dětské centrum by mělo poskytovat komplexní systém koordinované profesionální péče pro děti od 2 do 18 let, rodiny, matky s dětmi...

SYSTÉM POSKYTOVANÝCH SLUŽEB:

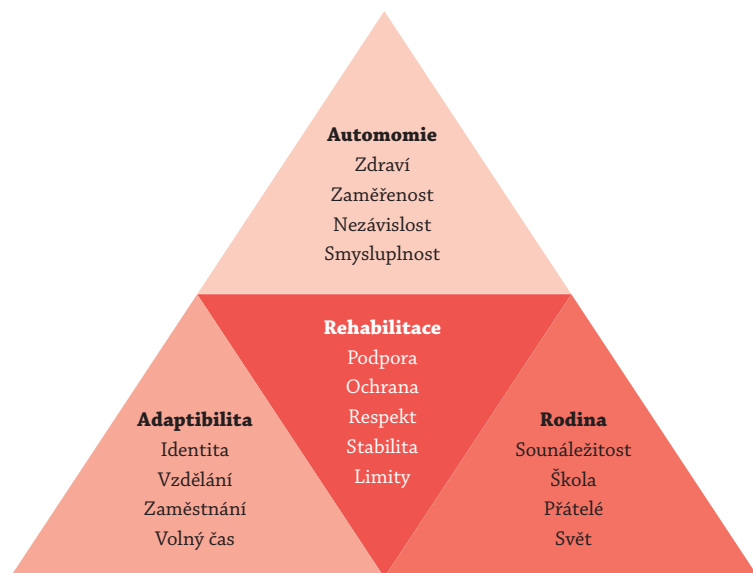
- výchovné a vzdělávací
- rezidenční
- ambulantní
- terénní
- následné

Poskytované služby musí být zaměřené na potřeby klientů a nabízet: poradenství, respitní a sociální služby v rodinách ohrožených dětí, výchovné vzdělávací péči, ambulantní poradenství, diagnostiku a terapeutickou činnost, krizové a intervenční služby, komplexní rezidenční služby pro umístěné děti na základě smlouvy s jejich zákonnými zástupci (dobrovolné pobyty cca až 25 %) nebo na základě nařízení soudu a předběžných opatření soudu.

Délka pobytu by měla flexibilně reagovat na potřeby klientů, a to formou krátkodobé, střednědobé či dlouhodobé péče. Služby je potřeba specifikovat dle aktuálních potřeb klienta s cílem maximálně zefektivnit poskytovanou péči a pomoci klientům v jejich konkrétní životní situaci.



RÁMEC ROZVOJE OSOBNOSTI DÍTĚTE



JAK TO VIDÍ ŘEDITELÉ BUDOUCÍCH DĚTSKÝCH CENTER INTEGROVANÉ KOMUNITNÍ POMOCI?

Transformace školského zařízení vytvoří široký, koordinovaný a diferencovaný systém preventivních služeb, poskytující zázemí ohroženým dětem a jejich rodinám. Zvýšené náklady spojené s realizací projektu jsou nezbytné pro vytvoření potřebných alternativ stávajícímu málo efektivnímu a ve svém důsledku mnohem nákladnějším systému péče s vysokým počtem dětí zbytečně a dlouhodobě umístovaných mimo rodinu. (Jánský, 2010)

Institucionální péče v podobě, v jaké funguje doposud, je velice nákladná, zároveň však málo efektivní. Záměrem transformace zařízení je vytvořit systém, který bude mít široký záběr i silnou intenzitu v péči o ohrožené děti a jejich rodiny. Je nezbytně nutné zabývat se danou problematikou komplexně, od prevence po následnou péči. Předpokladem je minimalizovat počty dětí v zařízeních umístěných rozhodnutím soudu, což je v celkovém pohledu nejnákladnější a zároveň nejméně účinné i prospěšné pro samotné děti, ale i celou společnost. (Vanžura, 2010)

Literatura

- MŠMT: *Rámcová koncepce MŠMT v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči*, MŠMT, 2009, <http://www.msmt.cz/socialni-programy/transformace-institucionalni-vychovy>
- *Drugs and vulnerable groups of young people*, EMCDDA, 2008, <http://www.emcdda.europa.eu>
- Jánský, P.: *Projekt transformace DÚ, SVP, ZŠ a ŠJ, Hradec Králové*, 2010
- *Směrnice o náhradní péči o děti*, OSN, 2009, <http://www.msmt.cz/socialni-programy/smernice-o-nahradni-peci-o-deti>
- UN Committee on the Rights of the Child (CRC), UN Committee on the Rights of the Child: *Concluding Observations: Czech Republic, 18 March 2003, CRC/C/15/Add.201*, staženo z: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3f25962b4.html>
- Vanžura, V.: *Projekt transformace Dětského diagnostického ústavu, střediska výchovné péče, základní školy a školní jídelny v Plzni* (2010)
- *Usnesení vlády ČR č. 883 ze dne 13. července 2009*

PhDr. Pavla Doležalová

Vystudovala fakultu speciální pedagogiky MU v Brně. Absolvovala zejména výcviky v Integrativní skupinové psychoterapii, PBSP, Imaginativní techniky, arteterapii a nyní je ve výcviku biosyntézy. Specializuje se na arteterapii se závislými, využívá metodu Pessu Boyden psychomotor system aj., lektoruje na VŠ. Působí jako ředitelka odboru prevence, institucionální výchovy a speciálního vzdělávání MŠMT.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Odbor prevence, speciálního vzdělávání a institucionální výchovy
Karmelitská 7
118 12 Praha 1
tel.: +420 224 398 317
www.msmt.cz

Specifika práce kurátora pro mládež

Hana Vitnerová

OBECNÉ INFORMACE

Práce kurátora se týká cílové skupiny mládeže, tj. dětí do patnácti let věku a mladistvých, kteří dovršili patnáctý rok a nepřekročili osmnáctý rok života, s poruchami chování či s trestnou činností. Sociálně právní ochrana se zaměřuje zejména na mládež, která zanedbává školní docházku, požívá alkohol nebo návykové látky, žije se prostitutí. Dále se zaměřuje na ty, kteří spáchali protiprávní čin, opakovaně se dopouští útěku od rodičů nebo fyzických či právnických osob, které jsou odpovědné za jejich výchovu.

Kurátor vede administrativu týkající se mládeže, se kterou pracuje. Na základě požadavků orgánů činných v trestním řízení podává zprávy, provádí šetření v rodině, spolupracuje se školskými a zdravotnickými zařízeními, s různými organizacemi, s probační a mediační službou, s úřady práce, středisky výchovné péče atd. Provádí sociální šetření, zúčastňuje se úkonů v přípravném řízení týkajících se trestné činnosti (např. výsledku na Policii ČR, seznámení s výsledky vyšetřování), u soudu se účastní hlavního líčení či veřejného zasedání v trestních věcech mladistvých. Dochází na přestupkové řízení vedená proti mladistvému v souladu se zákonem o přestupcích, spolupracuje s ústavy pro výkon vazby, pro výkon trestního opatření odnětí svobody. Podává podněty soudu na zahájení řízení o předběžném opatření, podává podněty na výchovná opatření u obtížně vychovatelné mládeže, sleduje jejich účinnost, navštěvuje děti a mladistvé, kteří jsou umístěni v ústavních zařízeních a věznicích. Poskytuje sociálně právní a výchovné poradenství dětem, mladistvým a rodičům při řešení jejich rodinných, osobních a sociálních problémů a akutních krizových situací. Zprostředkovává pomoc odborných poradenských a zdravotnických pracovišť. Spolupůsobí na zlepšení podmínek v rodinách obtížně vychovatelných dětí a mladistvých, u kterých je vykonávána ústavní nebo ochranná výchova, s cílem umožnit jejich návrat do rodiny, dále pomáhá dětem a mladistvým propuštěným z ústavní nebo ochranné výchovy a mladistvým propuštěným z výkonu trestu odnětí svobody, aby se co nejlépe začlenili do společnosti. Analyzuje situaci v oblasti patologických jevů, navrhuje preventivní opatření.

Zákony, se kterými kurátor pro mládež nejčastěji pracuje:

- zákon č. 218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 94/1963 Sb. o rodině, ve znění pozdějších předpisů
- 99/1963 Sb. Občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů

KONKRÉTNÍ PRÁCE

Jak z výše uvedeného vyplývá, problém, který je spojen s užíváním návykových látek, je určitou částí mé pracovní náplně kurátora. O problémovém dítěti či mladistvém se většinou dozvídám z několika zdrojů. Mohu být upozorněna školou na podezření ze zneužívání návykových látek žákem, mohu se informací dozvědět od policie, od lékaře nebo od dalších institucí. Mohou se na nás obracet rodiče. Z vlastní zkušenosti však vím, že nás rodiče nekontaktují vždy, kdy je třeba. Pokud se k tomuto kroku odhodlají, většinou to bývá již pozdě, řešení problému se stane složitějším. Jsou rodiče, kteří se snaží vzniklou situaci vyřešit doma sami, jiní před problémem svých dětí „zavírají oči“ a konat nechtějí nic, někteří ani nepoznají, že jejich dítě již návykovou látku užívá. Někteří o možnosti nás oslovit snad ani neví. Nejčastěji se dítě či mladistvý dostává do kontaktu s marihuanou, řešila jsem však i mladistvé, u kterých se projevila závislost na pervitinu či heroínu. Je evidentní, že se o všech chlapcích a děvčatech jako o uživatelích návykových látek ani nedozvíme. Někteří rodiče pak nevidí problém v tom, že jejich syn či dcera pravidelně užívá marihuanu, jsou v tomto směru velmi tolerantní.

Pokud se dozvím o dítěti či mladistvém, které užívá návykové látky, vždy si ho pozvu na naše oddělení spolu s rodiči (zasílám předvolánku). Je určitě lepší, pokud se podaří navázat spolupráci s matkou i otcem. Pokaždé se snažím se všemi zúčastněnými společně hledat řešení. Vždy rodičům zdůrazňuji, že je velmi důležité, aby byla navázána vzájemná spolupráce mezi kurátorem pro mládež a jimi. S rodiči konzultuji následný postup. Mám tu zkušenost, že většina rodičů, když se již na naše oddělení dostaví a vše se jim pořádně vysvětlí, má zájem vzniklou situaci ohledně svého dítěte řešit. Je nepoměrně menší procento rodičů, kteří spolupráci odmítají, problém svého syna či dcery si nepřipouští.

Velmi důležité je navázání vzájemné důvěry mezi kurátorem a rodičem. Za přítomnosti rodičů (či jednoho z nich) domlouváme pravidla, která je třeba, aby nezletilý respektoval (pravidelná docházka do školy, stanovení přesného času návratu domů v odpoledních či večerních hodinách, nedopouštět se protiprávního jednání, neužívat návykové látky, trávení volného času apod.). Následně s chlapcem či děvčetem kontroluji dodržování daných pravidel. Žádám také rodiče, se kterými jsem v kontaktu, aby mi sdělovali, co se podařilo, a co ne. To samé vyžadují od nezletilého. Jeho i rodiče seznamuji s kroky, které podniknu, pokud by to bylo třeba. Vysvětluji, za jakých podmínek udělím dítěti či mladistvému napomenutí, jaké jsou mé možnosti ohledně případných návrhů na soudní dohled, ústavní výchovu či předběžné opatření.

Vždy si na schůzce domlouváme přesné datum další návštěvy nezletilého. Na té vedu tzv. výchovné pohovory. Hovoříme o tom, co je nového od našeho posledního setkání, co se

podařilo, co více, co méně, co nového ve škole, jak proběhl víkend, jak nezletilý vychází s rodiči apod. Snažím se vést diskuzi o tom, co je „dobře“ a co „špatně“. Chválím, pokud to jen trochu jde (snažím se vždy najít věc, za kterou je možno pochválit). Motivuji chlapce či děvče k následné návštěvě našeho oddělení. Uvědomuji si, že se jedná spíše o jakýsi nátlak pod pohružkou případných sankcí, než o chuť dobrovolně docházet na naše oddělení, spolupracovat. Z pohledu nezletilého je samozřejmě zábavnější trávit volný čas jinde. Je třeba si však uvědomit, že k nám dochází dítě a mladistvý, který se k nám dostal proto, že má nějaký problém.

Pokud se jedinec nedostaví na domluvený termín a neomluví se (žádám, aby mi volali samotní nezletilí a omlouvali se, pokud se nemohou dostavit, nechci, aby tuto povinnost automaticky přebírali jejich rodiče), již toto může být signál, že se něco děje a něco není v pořádku. Ale i o těchto pravidlech s chlapcem či děvčetem dopředu mluvím. Samotný nezletilý velmi často nevidí problém, nemá náhled na své chování, na to, co se děje, není motivován k abstinenci. Vzhledem k věku mu chybí životní zkušenost. Nedostal se ještě na „samé dno“, nedokáže vyhodnotit závažnost situace. Spolupracuji s různými odbornými zařízeními, protože zde jsou pracovníci, kteří umí dítěti po odborné stránce pomoci. Jsem ráda za jejich názory a pohled na věc. Kurátor pro mládež se v tomto okamžiku stává jakýmsi koordinátorem, určitá represivní složka je mu dána zákonem.

V současné době spolupracuji nebo jsem spolupracovala např. s těmito odbornými zařízeními:

- střediska výchovné péče – SVP Klíčov (oddělení Prosek, Praha 9, Čakovická 51; oddělení Malvazinky, Praha 5, Na Pláni 59), SVP Modřany (Praha 12, Rakovského)
- Dětský diagnostický ústav (Praha 4, U Michelského lesa 222)
- Diagnostický ústav pro mládež (zařízení pro děvčata: Praha 4, Na Dlouhé mezi 19; zařízení pro chlapce: Praha 2, Lublaňská 33)
- Probační a mediační služba (Praha 5, Radlická 3)
- Dětské a dorostové detoxikační centrum (Praha 1, Vlašská 36)
- o. s. Prev-Centrum (Praha 6, Meziškolská 1120/2)
- o. s. SANANIM – Denní stacionář (Praha 7, Janovského 26), Terapeutická komunita Karlov a Němčice, Doléčovací centrum (Praha 13, Ovčí hájek 2549)
- CESTA Řevnice (Řevnice, Sádecká 169)
- Terapeutická komunita White Light (Ústěk, Mukařov 53)
- Anima, o. s. (Praha 2, Apolinářská 4a)
- Člověk člověku, o. s., Sdružení pro sociální práci a prevenci patologických jevů ve společnosti (Praha 2, Legerova 20)
- Proxima Sociale, o. s. (Praha 12, Rakovského 3138)
- výchovné ústavy

PŘÍKLAD Z PRAXE

Alena bydlela s rodiči mimo Prahu. Zde byl spis o nezletilé zaveden z důvodu probíhajícího soudního jednání týkajícího se svěření děvčete do péče matky, stanovení výživného otci a dále z důvodu rozvodu manželství rodičů. Aleně v té době bylo jedenáct let. S dívkou byly výchovné problémy od 4. třídy ZŠ, kdy se dopouštěla krádeží peněz. Z těchto důvodů začala docházet do pedagogicko-psychologické poradny. Později byla docházka v tomto zařízení ukončena. Dívka se spolu s matkou přestěhovala do Prahy, o jejím problémovém chování

nebylo odd. péče o rodinu a děti v místě nového bydliště informováno. Alena se krádeží peněz či různých drobných krádeží věcí dopouštěla i nadále. Od svých 11 let kouřila marihuanu, postupem doby denně. Později přiznala narůstající zkušenost s extází, pervitinem, crackem, kokainem, LSD. Když bylo dívce 16 let, objevily se u ní sklony k sebepoškozování, z těchto důvodů byla umístěna do nemocnice na oddělení dětské psychiatrie. To bylo stále v době, kdy se rodiče snažili situaci zvládnout sami, naše oddělení zatím o Aleně nic nevědělo. Po propuštění z nemocnice se nezletilá vrátila k užívání drog. Matka, která již byla bezradná, nechala dívku umístit do psychiatrické léčebny.

Já jsem se s ní a dívkou seznámila v lednu 2009. Na naše oddělení se obě dostavily s tím, že je za námi posílá pracovnice tohoto zařízení. Aleně bylo 16,5 let. V té době již bylo matce i otci jasné, že jejich dcera má problém s užíváním návykových látek. Dívka sama nebyla motivovaná k žádné léčbě, problém neviděla, z léčebny byla propuštěna z důvodu úmyslného porušení léčebného řádu. Matka se zkontaktovala s denním stacionářem zabývajícím se problematikou návykových látek, kam nezletilá začala docházet na motivační skupiny, a během měsíce byla přijata do intenzivní ambulantní léčby. S Alenou byla domluvena pravidelná docházka také na naše oddělení ke kurátorovi pro mládež, a to 1× týdně. Dívka v té době byla studentkou 1. ročníku střední školy, nedocházela však do ní, později byla ze školy vyloučena.

Alena pravidla denního stacionáře dokázala dodržovat pouze necelý týden. Začala se potulovat neznámo kde, domů chodila kdy chtěla – jen se umyla, najedla, převlékla a opět odešla ven. Noci trávila mimo domov. Byl velký předpoklad, že je dívka opět v kontaktu s návykovou látkou. Muselo zasáhnout oddělení péče o rodinu a děti návrhem na předběžné opatření. Život a příznivý vývoj dčevčete byl vážně narušen a ohrožen, nezletilá se ocitla bez jakékoliv péče. Matka i otec se k návrhu připojili.

V únoru 2009 byla Alena zadržena doma při jedné z jejích náhodných návštěv, byla převezena do Dětského a dorostového detoxikačního centra. Zde bylo vyšetřením potvrzeno užívání návykových látek. Alena nebyla motivována k následné léčbě. Pokud však měla mít vůbec šanci na změnu životního stylu, bylo třeba, aby nastoupila do terapeutické komunity. Na detoxikačním oddělení jsem Alenu navštívila. Dívka odmítala komunikovat, byla nepřístupná, zatvřelá, o následné léčbě se nechtěla vůbec bavit. Po nutném pobytu na detoxikačním oddělení, který trval více jak 14 dní, byla Alena převezena do diagnostického ústavu pro mládež. Na pracovnících tohoto zařízení záleželo, aby nezletilá svůj přístup přehodnotila.

Zpráva z diagnostického pobytu Aleny hovoří takto: „Umístění dčevčete do našeho zařízení předcházely dlouhodobé výchovné problémy, které spočívaly především v nerespektování autority rodičů, krádežích peněz, užívání návykových látek. Při vstupním pohovoru byla nezletilá spolupracující, ovšem méně sdílná, vystupovala slušně se zachováním si určitého odstupu. Adaptace na nové, specifické podmínky probíhala pozvolna. Zpočátku byla Alena ostražitá při navazování nových vztahů, vůči okolí nedůvěřivá, první dny pobytu upřednostňovala pro trávení volného času samotu na pokoji. Postupem času již byla iniciativnější při zapojení se do společnosti vrstevnic a života na oddělení. Ve skupinové dynamice má sklon k dominantním projevům, je patrná zvýšená touha po uznání a obdivu okolí, snaha upoutávat na svou osobu pozornost, ve které se spolu s nižší schopností zpracovat kritiku odráží nevyvážené sebehodnocení. Zpočátku byla dívka kolektivem přijímána, byla jím oblíbená, později se však zvýraznily dívčiny sklony vystupovat vůči vrstevnicím s náznaky povýšenosti a nadřazenosti bez dostatečného náhledu na důsledky takového chování, nezletilá nevyvíjela výraznější snahy přizpůsobit se skupině, což vedlo k jejímu postupnému vyčlenění z kolektivu.“

Diagnostickému ústavu pro mládež se postupně, během měsíce, podařilo názor dčevčete přehodnotit. Alena si svoji dlouhodobou drogovou kariéru začala uvědomovat, začala být motivována k následné léčbě. Diagnostický ústav dojednal nástup nezletilé do terapeutické komunity, a to od konce března 2009. Alena se zpočátku snažila zapojit do programu, po určité době však začala mít konflikty s ostatními klienty, byla často kritizována za arogantní a drzé chování. Při individuální i skupinové práci byl patrný její nejasněný názor na návykové látky, i nadále plánovala užívání marihuany a alkoholu. Dívka měla problém s přijetím autority. Začala inhalovat plyn ze zapalovačů. Za dva měsíce od nástupu do komunity se rozhodla léčbu předčasně ukončit, vrátila se do diagnostického ústavu. Pracovníci zařízení se podařilo dívce sehnat odbornou následnou péči, Alena začala opět docházet na motivační skupinu do denního stacionáře, a to 2× týdně. Připravovala se na nástup do intenzivního programu, kam nastoupila po 3 týdnech, tedy po prvním týdnu v červenci. Od začátku se zařízením aktivně spolupracovala, po režimové stránce fungovala bez problémů. Důležitým momentem byl relaps alkoholem a THC, ke kterému došlo v srpnu. Alena na jedné z víkendových propustek nedodržela abstinenci v braní návykových látek. Po týdenním návratu do denního programu s relapsem aktivně pracovala v rámci skupinové psychoterapie a vytěžila z něj maximum v podobě náhledu na své jednání v rizikových situacích. Poté prospívala bez dalších obtíží.

V průběhu léčby proběhlo také několik rodinných sezení s rodiči. Souhlas s víkendovými propustkami do péče matky začal být postupně prodloužován. V půli října Alena program úspěšně ukončila. V mezidobí byla přijata do 1. ročníku střední školy, kam fakticky nastoupila po absolvování denního stacionáře, tedy v druhé polovině října 2009. Po celou dobu intenzivně spolupracovala s kurátorem pro mládež, dle domluvených pravidel si dojednala a posléze nastoupila do doléčovacího centra, které zajišťuje následnou resocializační péči o klienty po léčbě závislosti na návykových látkách. Program zde je zpravidla plánován na období 6 měsíců s možností prodloužení. Od doby nástupu dčevčete do školy byl dán také souhlas našeho oddělení se čtrnáctidenními propustkami do rodiny, postupně opakovanými.

V listopadu 2009 probíhalo soudní jednání týkající se nařízení ústavní výchovy, řízení bylo přerušeno na období 3 měsíců. Bylo třeba vyčkat, zda pozitivní postoj Aleny, snaha neuzívat návykové látky, bude mít trvalý ráz. Z průběžných zpráv ze školy vyplývalo, že Alena projevuje zájem o obor, aktivně se zapojuje do procesu výuky. Škola žádný problém s dívkou neviděla. Během měsíce prosince však došlo k dalšímu relapsu ze strany Aleny, při náhodném odběru byla dívka pozitivní na THC. S nezletilou byl doléčovací program v lednu 2010 předčasně ukončen, a to pro nedodržení podmínek. Pro porušení abstinence od návykových látek, také však pro špatnou docházku na skupinový program, pravidelná docházka na individuální konzultace s garantem programu byla dodržována. Ze zprávy z doléčovacího centra vyplývá, že Alena byla zpočátku odhodlána svůj život změnit, snažila se vyhledávat bezpečné prostředí pro trávení volného času, snažila se pracovat na zvyšování motivace k léčbě. Přijmout zodpovědnost do budoucna však nedokázala. Alena si uvědomila, že udělala chybu. Podařilo se jí najít další doléčovací centrum, kam byla v únoru 2010 přijata. Úspěšně ukončila první pololetí školního roku. Během března se u Aleny objevily opět snahy o sebepoškození, z těchto důvodů byla umístěna na lůžkové oddělení dětské psychiatrie. Toxikologické vyšetření bylo negativní. Dle vyjádření ošetřujícího lékaře nejde do budoucna říci, jak je vysoké riziko dalšího pokusu o sebepoškození. V současné době je dívka stabilizovaná, vrátila se do školy, která je pro ni velkou motivací, pokračuje v abstinenci od návykových látek a dochází do doléčovacího centra. Návrh na nařízení ústavní výchovy byl ze strany oddělení

péče o rodinu a děti v dubnu 2010 vzat zpět. Za pár měsíců nabude dívka zletilosti a bude již pouze na ní, jak se svou dospělostí naloží.

Z popsaneho příběhu vyplývá, jak složitá a nejistá je práce s osobou mladší osmnácti let, kolik různých organizací a odborníků je zapojeno do snahy o její abstinenci. Já sama jsem byla v kontaktu s Alenou od ledna 2009. Zpočátku jsem trvala na tom, aby za mnou docházela 1x týdně. Ze začátku se vzájemná spolupráce podařila navázat jen na velmi krátkou dobu, a to v době, kdy nezletilá dokázala abstinovat. V době, kdy se potulovala neznámo kde, také nedocházela ani na naše oddělení. Když byla umístěna v různých zařízeních, nepřerušila jsem s ní pravidelný kontakt, jezdila jsem za ní na návštěvy. Vyslechla jsem si její názor, jak ona vše vnímá, co prožívá, jak cítí situaci, do které se dostala, snažila jsem se jí říci, vysvětlit můj názor, postoj, mé stanovisko. Ne vždy se to podařilo. Zpočátku byla dívka velmi negativní vůči všem změnám, nechtěla na sobě pracovat, nebyla motivovaná, nechtěla měnit svůj životní styl. Až později jsem nabyla dojmu, že Alena začala být vůči mně otevřenější, přestala předvádět jakousi svoji pózu, bylo znát, že se začíná dařit vzájemný vztah navazovat. Byla jsem v kontaktu s každým zařízením, kterým dívka prošla (diagnostický ústav pro mládež, terapeutická komunita, denní stacionář, doléčovací centrum, škola, nové doléčovací centrum). Také s rodiči jsem byla po celou dobu v kontaktu. Alena má s matkou složitý vztah, proto zpočátku chtěla být, pokud by byla propuštěna z ústavu, v péči otce. Bylo období, kdy se otec Aleny snažil být také v častém kontaktu i s naším oddělením. Později nastala situace, kdy začal mít své osobní problémy, uzavřel se do sebe, přestal komunikovat, a to nejen se mnou, ale bohužel i se svou dcerou. Dívka byla zpočátku na otce rozzlobena. Tato situace ji však více přiblížila k matce. Ta o dívku vždy zájem projevovala. Se mnou matka spolupracovala, snažila se respektovat různá má doporučení. Rodičům jsem vysvětlovala, jak důležité jsou také rodinné konzultace, měla jsem je k tomu, aby na ně docházeli. Bylo evidentní, že na vývoji děvčete měla nefungující rodina výrazný vliv. Škola je pro Alenu velkou motivací k abstinenci. Obor, který si vybrala a studuje, ji baví. Uvědomuje si, že by o školu přišla, pokud by se musela vrátit do ústavního zařízení. V posledním období Alena za mnou dochází 1x za 14 dní a bude, dle vzájemné dohody, docházet do svých 18. narozenin.

Možnosti kurátora jsou limitované. Já mohu Aleně a rodině ukázat cestu, směr, stávám se určitým dohlížitelem, koordinátorem, největší díl úspěchu však zůstává na nezletilé a její rodině.

Hana Vitnerová

V současnosti studuje na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové obor Sociální patologie a prevence. Absolvovala mnoho odborných kurzů a školení v oblasti prevence kriminality a sociálního začlenění mládeže. Specializuje se na práci s dětmi a mládeží do 18 let věku, zaměřenou na trestnou činnost, výchovné problémy, drogovou problematiku.

Pracovala jako učitelka v MŠ, vychovatelka na ZŠ a 6 let jako sociální pracovníce. Od roku 2001 působí jako kurátorka pro děti a mládež ÚMČ Praha 1.

oddělení kurátora ÚMČ Praha 1

Vodičkova 18
115 68 Praha 1
tel.: 221 097 353

Specifika sociální práce s mladistvými

Veronika Pětrošová, Jana Putnová

Příspěvek je zaměřen na sociální práci s mladistvými klienty v ambulancním programu Denního stacionáře (dále DST) a v rezidenční léčbě Terapeutické komunity (dále TK) Karlov.

TK Karlov poskytuje pomoc a léčbu mladistvým klientům od r. 1998. DST funguje od téhož roku a zpočátku přijímal klienty od 17 let, po zkušenostech snížil spodní věkovou hranici na 16 let, ikdyž tito velmi mladí lidé stále tvoří menšinu všech klientů.

DST PŘIJÍMÁ MLADISTVÉ KLIENTY:

- od 16 let
- dg. škodlivé užívání nebo závislost
- ústavní výchova nebo ochranná léčba nejsou překážkou přijetí

TK PŘIJÍMÁ MLADISTVÉ KLIENTY:

- od 16 let
- dg. závislost na drogách (nikoliv experimentující)
- ústavní výchova nebo ochranná léčba nejsou překážkou přijetí

TYPY MLADISTVÉ KLIENTELY:

- s ústavní výchovou a bez funkční rodiny (nebo dětského domova)
- s ústavní výchovou a rodinou, se kterou je možné spolupracovat
- klienti přicházející přímo z rodiny

Mladiství přicházejí do léčby obvykle s problematickou **motivací** – převážně bývají motivováni externí restrikcí typu „léčba nebo ústav“, kdy jim ústavní výchova byla již nařízena a oni mohou absolvovat léčbu díky tzv. propustkám, nebo jim pobyt v ústavu naopak hrozí jako důsledek neadekvátního životního stylu.

U klientů s ústavní výchovou a bez funkční rodiny sledujeme nejslabší motivace, chybí jim podpora a ocenění blízkého. V TK Karlov bývá motivací často fakt, že jsou raději v komunitě než ve výchovném ústavu. Pro klienty s ústavní výchovou a rodinou, se kterou je možné spolupracovat, bývá motivací to, že se již nechtějí vrátit do výchovného ústavu a doufají, že po ukončení léčby se budou moci vrátit do rodiny a ústavní výchova jim bude zrušena.

Klienti přicházející z rodiny jsou v komunitě často proto, že je rodina doma již nechtěla; mohou se obávat, že k ústavní výchově v budoucnu dojde a chtějí tomu předejít.

Mladiství klienti jsou tedy sice v léčbě převážně „dobrovolné“, ale ve skutečnosti jim obvykle nic jiného nezbyvá.

Významnou roli v procesu léčby mladistvých logicky hraje jejich **zákonný zástupce**. Podle toho, zda je či není nařízena ústavní výchova, jde buď o rodiče, nebo o představitele ústavu. Ve vztahu k pravidlu mlčenlivosti se jedná o delikátní situaci, kdy je třeba dobře zvážit vyváženost mezi právními nároky zástupce a udržením bezpečného a důvěrného rámce pro našeho klienta.

DST za tímto účelem uzavírá se zákonným zástupcem před nástupem dítěte do léčby specifický kontrakt, kde jsou pravidla poskytování informací versus mlčenlivost definována pro konkrétní body:

- dobrovolnost pobytu
- možnost opuštění zařízení
- docházka a režim informování o ní
- testování na přítomnost drog
- podrobnosti terapeutického procesu

Mladiství přicházející do léčby v obou zařízeních mají veškeré **problémy** typické pro uživatele drog:

1. **Absence dokladů**
2. **Dluhy** – nejčastěji se jedná o různé pokuty za krádeže, černou jízdu v MHD apod. Klientům s rodinným zázemím často dluhy uhradí rodiče, buď ještě před léčbou, nebo během ní; ve vztahu k rozvíjení odpovědnosti klientů je úhrada dluhů rodiči problematickým tématem.
3. **Trestní problematika** – typické jsou trestné činy krádeže, specificky pak krádeže v rodině (rodiče podají na potomka trestní oznámení, ale pokud nastoupí léčbu, tak ho stáhnou) a samozřejmě tzv. drogová trestná činnost (§ Nedovolená výroba a držení OPL). Klienti také bývají svědky při vyšetřování trestných činů, obvykle se značným rizikem, že se ze svědka stanou také obviněnými.
4. **Hospodaření s penězi a „finanční negramotnost“** – mladiství nejsou zvyklí své potřeby odkládat (často je to v rodině nikdo neučil a vše získali hned, nebo si naopak pro chudé výchozí poměry nemohli v dětství nic dopřát). Je lákavé vypůjčit si na věci, o které stojí, nejsou schopni reálně zhodnotit svou finanční situaci, získané obnosy jsou zvyklí rychle utratit.
5. **Vzdělání** – většina klientů přichází do léčby s ukončeným základním vzděláním a obvykle po několika nezdařených pokusech o studium na střední škole nebo odborném učilišti. Na rozdíl od starších klientů mívají ale studium pouze přerušené,

a mohou se tak do školy po léčbě vrátit. Často si v léčbě také vybírají novou školu a podávají přihlášku ke studiu.

Sociálního pracovníka vnímají mladiství přicházející z různých institucionálních zařízení jako někoho dalšího, kdo jim vše potřebné zařídí, jsou na to zvyklí. Proto je často překvapí, že se od nich očekává aktivní spolupráce na řešení jejich sociálně-právních problémů, a snaží se nás často přesvědčit o tom, že úkoly nemohou zvládnout ani s podporou, a proto by bylo lepší, aby je udělal sociální pracovník.

Mladiství z rodin jsou zvyklí, že problémy za ně vyřeší členové rodiny, protože to je rychlejší, efektivnější a minimalizuje se tím riziko „ostudy“. Ve chvíli, kdy mají něco zařizovat a řešit sami, mají tendenci se obracet na své rodiče a nechat je vše potřebné vyjednat. Jelikož řešení sociálně-právních problémů je nedílnou součástí léčby, postupně s podporou sociálního pracovníka potíže řeší a většinou v této oblasti zažívají i velký pocit úspěchu z nabyté samostatnosti.

V situaci řešení sociálně-právních problémů se typicky vyrovnávají s následujícími, často protichůdnými, **tendencemi**:

1. Cítí se dospělí a chtějí řešit své záležitosti po svém.
2. Je pro ně pohodlnější a jednodušší nechat si vše zařídit od svého okolí (rodiny, soc. pracovníka).
3. Sociálním okolím nebývají považováni za kompetentní své záležitosti řešit, mají pochyby, zda to mohou zvládnout, a často si tyto dovednosti ověřují a osvojují teprve v léčbě.

ZPŮSOB PRÁCE S KLIENTEM

PRINCIPY:

- Intenzivnější spolupráce se sociální sítí a institucemi
 - Vyšší míra asistence
 - Větší rozsah kontroly a direktivity
-
- Řešení sociálně-právních problémů je nezbytnou součástí léčby.
 - S klientem konzultujeme 1–2× týdně, vždy podle aktuální potřeby. Ke konci léčby pouze když si klient neví rady.
 - Klient dostává postupně malé jednotlivé úkoly tak, aby je mohl zvládnout a zažíval v této oblasti pocit úspěchu. Na začátku bývají časté i konzultace s rodiči (případně na jejich žádost), kteří byli zvyklí vše za své dítě řešit a jsou novou situací zaskočení. Často se stává, že než klient konečně začne sám svůj problém řešit, je vyřešen rodiči.
 - Způsob práce je obvykle na začátku spíše direktivní, s postupným předáváním kompetencí klientovi, klient je nucen aktivně spolupracovat. Vždy ale řešíme problémy, na kterých se dohodneme.

KAZUISTIKA TYPICKÉHO MLADISTVÉHO KLIENTA V TK KARLOV

Lenka, 17 let, abúzus od 13 let – pervitin, 2 roky i.v.

- Ústavní výchova do 18 let
- Před rozhodnutím o ústavní výchově žila s matkou a mladší sestrou, matka se snažila řešit situaci nejprve sama, pak ve spolupráci se školou, s psychologem a s kurátorem pro mládež. Matka se pro ústavní výchovu rozhodla po stále se opakujících útěcích z domova, absenci ve škole a dalších krádežích.
- Studovala střední školu, nedocházela do ní a následně z ní byla vyloučena.
- Studovala střední odborné učiliště, nebyla tam hodnocena, školu má na rok přerušenu.
- Trestní problematika:
 - přestupkové řízení za krádeže do 5000,- Kč,
 - svědek v případě nedovoleného prodeje a výroby, spolupráce s kurátorem.
- Dluhy – pokuty u MHD, přesně si nepamatuje počet (asi do 10).
- Nemá doklady – ztratila je.

Po nástupu klientky získáváme aktuální informace o sociálně-právních problémech a domlouváme s ní první nezbytné kroky:

- Klientka si vyjednává kapesné s rodiči a sociální pracovník převádí do terapeutické komunity přídavek na dítě, který na ni čerpá výchovný ústav, aby měla finance k zařizování.
- Klientka si požádá o novou kartu pojištěnce na zdravotní pojišťovně a o občanský průkaz na městském úřadě.
- Klientka získá potřebné dokumenty od dluhů, které u sebe mají rodiče, a postupně telefonicky zjistí přesnou výši dluhu u dopravního podniku. Tyto dluhy začíná splácet z peněz, které jí posílají rodiče, protože zatím nemá vlastní příjem.
- Na škole si klientka ověří, dokdy má školu přerušenu, protože ani tím si nebyla jistá. Nakonec se ale rozhoduje, že se na ni již vrátit nechce (ve škole jsou spolužáci, se kterými zneužívala drogy, a bojí se budoucího rizika) a podává si přihlášku na jinou školu.
- Proběhne přestupkové řízení, v jehož důsledku se zvýší její dluhy.
- Klientka se bojí svědčit v případě prodeje a výroby drog, u soudu již jen potvrdí dříve podanou výpověď.
- Ke konci léčby, kdy získá brigádu a vlastní příjem, se rodiče rozhodli klientku podpořit a zbývající pokuty uhradili sami.
- Klientka na konci léčby řeší návrat do rodiny, a to na základě propustky a budoucího zrušení ústavní léčby.

KAZUISTIKA MLADISTVÉ KLIENTKY V DST

Klientka 16 let, abúzus od 14 let – pervitin, i.v., předtím alkohol a THC od 11 let

- Pro opakované záškoláctví, drobné krádeže, pobyty mimo domov a kouření marihuany byla po dosažení 15. roku na žádost rodičů umístěna do střediska výchovné péče (dále SVP).

- Po 2měsíčním pobytu se vrátila domů, kde zvládla fungovat 3 měsíce, pak následoval opakovaný pobyt v SVP, během nějž se, dle jejího vyjádření, od spoluklientky naučila brát pervitin. Během jedné z víkendových propustek domů utekla za svým 21letým přítelem.
- Po několika dnech ji rodiče vypátrali a byla soudně, na základě předběžného opatření, umístěna do výchovného ústavu.
- Vzápětí jí byla nařízena ústavní výchova. Na prázdninové propustce došlo k závažnému prohloubení obtíží, a to k dennímu injekčnímu užívání, prostituci, rozšíření trestné činnosti a životu mimo domov ve společnosti staršího partnera, uživatele drog.
- Rodiče ji posléze v rámci příležitostného kontaktu nechali hospitalizovat v psychiatrické léčebně, kde absolvovala detox a základní 3měsíční léčbu.
- Po dohodě s kurátorkou byla klientce nabídnuta možnost pokračování v léčbě v rámci DST spolu s pobytem doma v rámci dlouhodobé propustky.
- Rodiče po úspěšné léčbě v PL požádali o zrušení ústavní výchovy, nebylo jim však vyhověno. Kurátorka si jako podmínku prodloužení propustky z ústavní výchovy stanovila řádnou docházku do 3měsíční stacionární léčby, poklidný průběh pobytu doma a po ukončení léčby v DST pak pravidelné doléčování a zaměstnání/studium.

Během pobytu klientky jsme formou skupinových terapií i individuální garantské práce intenzivně pracovali na podpoře abstinence a změny životního stylu. Současně jsme také:

- formou rodinné terapie spolupracovali na stabilizaci rodinné situace,
- spolupracovali s kurátorkou,
- řešili následné možnosti klientky – zaměstnání nebo studium,
- podporovali zvýšení finanční gramotnosti a kompetentnosti klientky.

Po úvodních výkyvech klientka léčbu velmi úspěšně absolvovala, nyní navštěvuje doléčovací program a je zaměstnaná. Ústavní výchova jí zatím zrušena nebyla, 1× týdně dochází ke své kurátorce. Žije doma s rodiči. Plánuje vystudovat střední školu.

Naše zkušenosti s prací s mladistvými klienty ukazují, že co neoptimálnější vyřešení a stabilizace sociální situace klienta je základním kamenem jeho dalšího sociálního fungování a udržení dosažené abstinence a změny životního stylu. Jako hlavní cíl pak vnímáme otevření možnosti pro návrat klienta do jeho přirozeného prostředí v rodině.

PhDr. Veronika Pětrošová

Vystudovala sociální politiku a práci na FF UK v Praze. Od r. 2003 pracuje v Denním stacionáři SANANIM. Současně se podílí na rozvoji dobrovolníků pracujících s ohroženými dětmi, působí jako lektorka v rámci vzdělávání dospělých v neziskovém i komerčním sektoru a jako instruktorka outdoorových programů. Je odbornou asistentkou Centra adiktologie 1. LF UK v Praze.

Denní stacionář SANANIM

Janovského 26
170 00 Praha 7
tel.: 220 803 130
e-mail: stacionar@sananim.cz
www.sananim.cz

Mgr. Jana Putnová

Vystudovala sociologii a andragogiku se zaměřením na sociální práci na FF UP v Olomouci. V Terapeutické komunitě Karlov pracuje od r. 2001.

Terapeutická komunita Karlov SANANIM

Karlov 3, Smetanova Lhota
398 04 pošta Čimelice
tel.: 382 229 655 /692
e-mail: karlov@sananim.cz
www.sananim.cz

Mladiství a drogy pohledem terénního sociálního pracovníka pro děti a mládež z pražských sídlišť

Jindřich Exner, Radek Skřivan

Tento příspěvek vychází ze současných zkušeností a aktuální situace na vybraných, převážně pražských sídlišťích, kde Proxima Sociale, o. s., v tuto chvíli působí a kde se její terénní sociální pracovníci setkávají s realitou ulic.

Drogami / návykovými látkami v tomto textu myslíme i tabák a alkohol.

KRÁTKÉ PŘEDSTAVENÍ PROXIMA SOCIALE, O. S.

Posláním občanského sdružení Proxima Sociale je zvyšování kvality života občanů a pomoc překonat jim nepříznivé životní situace.

Historie organizace: vznik 1993, poskytování služeb od roku 1995

Lokality působnosti: Praha 2, 4, 9, 11, 12, 13, 16, Mladá Boleslav

Poskytované služby:

- terénní programy pro děti a mládež
- nízkoprahové kluby pro děti a mládež
- azylový byt pro matky s dětmi
- krizová pomoc
- občanská poradna
- primární prevence na ZŠ
- probační programy

CÍLOVÉ SKUPINY ORGANIZACE

- děti a mládež ve věku 13–19 let v obtížné životní situaci z lokalit působnosti
- občané v nepříznivých životních situacích
- matky s dětmi

- žáci ZŠ
- mladiství pachatelé protiprávních činů

STATISTIKA A PŮSOBNOST TERÉNNÍCH PROGRAMŮ PRO DĚTI A MLÁDEŽ

Lokality: Praha 9, 11, 12, 13

Statistika: počet osob za rok 2009: 971

Počet výkonů za rok 2009: 13 657

JAK VYPADÁ TYPICKÝ MLADISTVÝ UŽIVATEL (KLIENT) NAŠICH TERÉNNÍCH PROGRAMŮ?

- Je z 8. – 9. třídy ZŠ a 1. ročníku středního odborného učiliště či střední školy.
- Je to člen vrstevnické party, která je pro něj zásadní.
- Mívá školní problémy (absence, prospěch, opakování ročníku, konflikty se spolužáky, konflikty s učiteli).
- Přestupuje na jinou školu (i vícekrát).
- Škola pro něj nemá zásadní význam (chápe ji jako nutné zlo).
- Mívá problematické rodinné vztahy (hádky s rodiči a sourozenci, hádky mezi rodiči, ...).
- Samotná jeho rodina mívá problém (rozvod, malý příjem, nezaměstnanost, alkoholismus, dluhy, ...).
- Má už zkušenosti se „sociálkou“ (kurátoři, OSPOD, sociální dávky, ...).
- Jeho volný čas je ve velké míře neorganizovaný.
- Často zneužívá alkohol (i ve všední den, pravidelně o víkendech, na diskotékách a „privátech“ – volný byt bez přítomnosti rodičů, který je k dispozici ke schůzkám s partou).
- Pravidelně kouří cigarety (s kouřením začal velmi brzy sám nebo až s partou).
- Zaměřuje se na rychlé uspokojování svých potřeb („všechno teď hned pro mě“).
- Snaží se být součástí „velkého úspěšného světa“ (tím myslíme jeho představy a snahy o rychle vydělané peníze, ideálně bez práce, a užívání si jich).
- Sleduje moderní trendy (značkové oblečení, mobilní telefon; profil na Facebooku a jiných sociálních sítích, spoustu času tráví na internetu – nevyhledává informace, ale využívá jej pro „komunikaci“).
- Často má nereálné představy o svých schopnostech.
- Má představu, že všechno k němu přijde samo, samo se vyřeší.
- Často bývá komunikačně velmi zdatný.
- Žije rychlým životním tempem, ale dokáže také denně „prozevlovat“ (tzn. prosedět, prokoukat, bezcílně se toulat, bloumat, ...) hodiny.
- Má ambivalentní vztah ke sportovním a uměleckým činnostem.
- Je velice fixován na „svoji lokalitu“ (místo scházení se s partou, hřiště, bydliště, sídliště, ...), a to do takové míry, že často není schopen vyrazit jinam.
- Nemá potřebu hledat obecně jiné alternativy.
- Žítí v jeho „mikrosvětě“ mu vyhovuje.

O CO JAKO TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PROGRAM A TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI USILUJEME S OHLEDEM NA TÉMA MLADISTVÍ A DROGY (VČETNĚ TABÁKU A ALKOHOLU)?

NEUŽÍVAT NÁVYKOVÉ LÁTKY – V IDEÁLNÍM PŘÍPADĚ

PŘI REALISTICKÉM PŘÍSTUPU

- odsunout experimenty na pozdější dobu / naučit klienty zacházet s tím, co užívají / vyvracet mýty (poskytujeme objektivní informace)
- postupně měnit postoje k návykovým látkám, bavit se s nimi bez moralizování, ale zároveň jim klidně v něčem vynadat (např. řízení motorového vozidla pod vlivem), objasňovat právní problematiku
- obecně je naučit užívat bezpečně a nezneužívat, užívat „když chci já“ a ne pod tlakem okolí, posilovat asertivní chování

U ALKOHOLU

- poznat svoji hranici, nekombinovat druhy, zajistit dostatek nealkoholických tekutin, ideálně vůbec nepít tvrdý alkohol
- nepít ve všední den / před školou
- postarat se o kamaráda – nenechat ho v bezvědomí, zavolat rodičům, nebát se zavolat i záchranou službu, zajistit si odvoz

U MARIHUANY

- neužívat před školou (ve škole), před povinnostmi
- nekombinovat s alkoholem, získávat z ověřených zdrojů, nelákat nové (mladé) lidi
- naučit klienty rozlišovat nevýhody / výhody různých druhů marihuany a rovněž jejich množství – skunk × ganja
- vysvětlovat právní problematiku (uživatelé nerozlišují mezi přestupkem držení i malého množství a legálností), naučit je rozlišovat, kde je kouřit vhodné, a kde ne (radši v soukromí než před školou ve 4 odpoledne)

JAK SE MLADISTVÍ DOSTÁVAJÍ K DROZE NEJČASTĚJI?

- **přes vrstevníky** (kamarády, spolužáky, partu)
- **přes rodinu** – krádeže cigaret (ale i poskytnutí samotným rodičem), tolerované pití alkoholu na oslavách s rodinou, efekt „chlapi sobě“ – první pivo syna s otcem
- **krádeží** – marihuanu kradou rodičům („Husákovým dětem“, které mají po roce 1989 velmi často s užíváním zkušenosti nebo jsou aktivní uživatelé) či starším sourozencům

V souvislosti s „kulturou návykových látek v ČR“ vnímáme vysokou toleranci k tabáku, alkoholu (statistické prvenství každý rok ve spotřebě piva) a stoupající toleranci k marihuaně, přičemž pro děti a mládež je to norma – mají pocit, že to není nic „špatného, nenormálního“.

VLIV NA SITUACI V TERÉNU

SLEDUJEME JEV VYPROFILOVÁNÍ UŽIVATELŮ

- alkohol × marihuana

Mnoho z problémových pijáků alkoholu odmítá marihuanu – a to z různých důvodů: zkusili to, ale nebavilo je to; měli špatný zážitek u sebe nebo kamaráda; alkohol je levnější; „nejsme přeci fetišáci“ – zde je velmi vtipné, že kuřáci marihuany jsou „fetišáci“, ale jejich kamarádi kuřáci marihuany „fetišáci“ nejsou.

K ALKOHOLU SE DOSTÁVAJÍ VELMI BRZY

- začínají pít s rodinou
- neznají svoji hranici
- celkově je alkohol stále snadno dostupný, a to i přes trend větších postihů prodeje, podávání a distribuce pod 18 let (větší řetězce obchodů si prodavače navíc hlídají)

NENÍ PROBLÉM SEHNAT JAKOUKOLI DROGU V DOBRÉ KVALITĚ

- zajímavé je, že toto se týká i neuživatelů, kteří ale dokáží vše bez problémů sehnat přes své kamarády

MLADŠÍ DĚTI (11–13 LET)

- začínají experimentovat s alkoholem a tabákem (cigaretami)

STARŠÍ DĚTI (OD 16 LET)

- experimentují s marihuanou, pravidelně užívají alkohol, cca 80% z nich kouří tabák
- Ve věku 13–16 let se setkáváme jak s experimenty s návykovými látkami, tak i s pravidelným užíváním. V tuto chvíli v užívání dominuje tabák a alkohol, setkáváme se ale i s kuřáky marihuany. Ostatní drogy jsou v užívání marginální záležitosti.*

ACHILLOVY PATY SOUČASNÉ DOBY

Z PÉČE VYPADÁVAJÍ MLADISTVÍ, KTEŘÍ EXPERIMENTUJÍ / UŽÍVAJÍ „TVRDÉ DROGY“ (ŠŇUPÁNÍ, KOUŘENÍ PŘES PLECH, ALE I INJEKČNÍ APLIKACE)

- terénní programy pro děti a mládež s těmito uživateli nepracují – snaží se je předat drogovým službám
- z drogových služeb vypadávají, protože nepotřebují měnit materiál
- nejproblematictější jsou mladiství do 15 let – problém s umístěním do vhodného zařízení
- systém neví, co s nimi
- policie není účinná
- o kontakt s terénními pracovníky nestojí nebo jsou intoxikováni

ÚČINNOST CELÉHO SYSTÉMU

- selhávání výchovné funkce rodiny
- děti a mládež si příliš „nedělají“ z poznámek, napomenutí, důtek
- „zahlcenost“ kurátorů pro děti a mládež – není příliš času na individuální práci
- pomalu se vytrácí strach z policie
- děti a mládež lehce poznají, když systém nefunguje, a s radostí to předávají svým kamarádům; naopak když je někdo sankcionován, na čas se hranice pro klienty zviditelní
- chybí důslednost v systému
- chybí jasnější koncepce

NOVÉ TRENDY

OBCHODNÍ CENTRA

- uživatelé se schází v obchodních centrech a tráví v nich bezprizorně svůj volný čas
- je znát velký vliv prostředí – chtějí být součástí toho „bohatého, úspěšného světa“, mít na dosah to, co chtějí, ale nemůžou

SOCIÁLNÍ SÍŤ

- vyvěšují (nejenom své) kompromitující fotky
- „prásknou se“ – sdělují o sobě mnoho důvěrných informací, nerozlišují, co je a není bezpečné, „kamarádi“ se bez rozmyslu na počet („mám už 400 kamarádů, kolik ty?“)
- domlouvají nákupy drog

Mgr. Jindřich Exner

Vystudoval ETF UK – sociální a pastorační práci, a FHS UK – supervizi a řízení sociálních a zdravotních zařízení. V současnosti působí jako vedoucí nízkoprahových programů Proxima Sociale, o. s.

Radek Skřivan, DiS.

Vystudoval Vyšší odbornou školu pedagogickou a sociální v Praze 6. Absolvoval kurz Základy nízkoprahových služeb, Základní krizová intervence, seminář Zjišťování zakázek a potřeb klientů a Individuální plánování. Specializuje se na práci s mládeží, zkoumání subkultur (punk, skinheads, fotbaloví fanoušci), pořádání hudebních akcí. V současnosti působí jako terénní sociální pracovník a regionální koordinátor Proxima Sociale, o. s., v Praze 11.

Proxima Sociale, o. s.

Rakovského 3138
143 00 Praha 12
tel.: 241 770 232
www.proximasociale.cz

Zkušenosti z práce s mladistvými – komunitní a výchovný přístup

Marek Stránský

Následující zpráva vychází z cca 5leté zkušenosti práce s mladistvými na odloučeném pracovišti výchovného ústavu v Praze 9 na Klíčově.

Oddělení vzniklo v roce 2004 jako reakce na závažné zneužívání návykových látek u některých dětí. Tyto děti navíc, pohlcené permanentním zneužíváním návykových látek, především pervitinu, do výchovné činnosti s ostatními dětmi vnášely chaos a vysokou míru zátěže pro ostatní děti i pro pracovníky. Práce na „problému s drogou“ u těchto dětí byla v prostředí Prahy bez výsledku, protože pouze zahájit práci s nimi znamenalo především je nejdříve zastavit ve zneužívání návykových látek.

VÝCHODISKA

Na počátku byla zkušenost, že **i závislé dítě dokáže zcela narušit práci a výsledky celé výchovné skupiny.**

Založili jsme tedy oddělení mimo Prahu (80 km), v rekreačním objektu výchovného ústavu. Změna základního prostředí (město – vesnice) byla posílena i základním vybavením objektu (teplo i příprava jídel je zajištěna přes kamna na tuhá paliva).

Tyto podmínky, tedy umístění mimo Prahu na vesnici, malá skupina klientů (v počtu 5–8 dětí) a nutnost zapojení dětí do chodu domu (nemáme žádný pomocný personál – kuchařky, uklízečky atd.), nás od začátku vedly k úvahám o programu zaměřeném na základní sebeobsluhu, nebo dokonce o výchovném programu s komunitními prvky.

Při zakládání oddělení jsme hledali inspiraci ve výchovných ústavech (VÚ Dvůr Králové, pracoviště CESTA Řevnice), léčebnách (PL Bohnice) i v komunitách (TK Němčice, TK White Light). Od začátku jsme řešili, zda se v práci s dětmi budeme moci přiklonit více ke způsobu práce s klienty obvyklé v terapeutických komunitách, nebo budeme muset dodržovat pravidla a způsoby práce praktikované ve výchovném ústavu.

KDO JE NÁŠ KLIENT?

- chlapci 15 – 18 let
- s nařízenou ústavní výchovou
- děti a mladiství s poruchami chování v kombinaci se zneužíváním návykových látek

Jinými slovy tedy děti nemotivované k pobytu ani k abstinenci, děti, které zlobí. Zároveň nemohou odejít ani být ze skupiny prostě vyloučeny, nebo jen obtížně. Jsou to děti, které nechtějí být doma, ale ani v léčebnách, v nemocnicích, v domech na půli cesty...

JAKÝ JE ROZDÍL V KOMUNITNÍM A VÝCHOVNÉM PŘÍSTUPU?

Termínem komunitní a výchovný přístup myslíme podmínky včetně vedení a hodnocení klientů, tedy základní prvky systému práce s klienty v terapeutické komunitě a u dětí ve výchovném ústavu. Termín **komunitní** by bylo možno zaměnit za pojem **terapeutický**.

NĚKTERÉ ROZDÍLY MEZI KOMUNITOU A VÝCHOVNÝM ÚSTAVEM

komunita	výchovný ústav
skupina se do značné míry řídí sama, včetně dodržování pravidel („šéf domu“)	skupinu řídí (zvnějšku) vychovatelé
postih za přestupek proti pravidlům – obvykle sankce (úkol, práce)	bodová ztráta
vysoké zastoupení terapeutických programů	malé zastoupení terapeutických programů
bodové hodnocení je doplňkové (nízká priorita)	bodové hodnocení je podstatné (vysoká priorita)
pobyt se člení na fáze (dle délky a pokročilosti pobytu)	pobyt se (většinou) nečlení na fáze
skupina je početnější: 12 – 15 osob	skupina je menší: 5 – 8 osob
rozhodovací pravomoci rozloženy i na členy komunity	rozhodování v rukou vychovatelů
péče o chod domu je rozložena na všechny členy	děti se podílejí jen na zlomku péče o chod domu
navazují se silné vztahy	vztahy jsou slabší, povrchnější, dané osobními možnostmi, filtrované přes bodový systém hodnocení i skrze nutnost jasněji udržovat předepsané role (vychovatel × dítě)

NĚKTERÁ ZAJÍMAVÁ SPECIFIKA KOMUNITY

- Výchova k zodpovědnosti skrze možnost podílet se na řízení a rozhodnutí skupiny
- Dělení se o povinnost, práci i o požitky. Základní atribut každého fungujícího společenství. Cenná zkušenost pro vlastní život.

- Kontakt se základními skutečnostmi života. Půda, rostliny, zvířata, starost o teplo, o věci. Dítě (klient) se učí novým dovednostem, získává smysl pro povinnost, pro hodnotu práce druhých, pocit vlastní hodnoty pro skupinu (plynoucí z nezávadové činnosti). Ve výchovném ústavu je veškerá základní péče o dítě zajištěna (ze zákona), bez ohledu na přístup dítěte. Jen obtížně může ocenit investice do jeho osoby, které přicházejí od „neviditelného státu“, zdarma, navíc pro všechny stejně.
- Potenciál pro tvorbu silných vztahů a práci se vztahy. Komunita dokáže zástupně vytvořit „rodinu“. **A to dokonce i pro dospělé, kteří si v ní mohou sytit vztahové potřeby neuspokojené ve vlastní rodině.**
- Sebeřídící schopnost skupiny. **Zajímavé pro dospělé, kteří podobnou skupinu vedou, protože mají méně práce.**

NĚKTERÁ „NEZAJÍMAVÁ“ SPECIFIKA VÝCHOVNÉHO PŘÍSTUPU

Na výchovném přístupu budeme hůře hledat pozitiva, výhody oproti přístupu komunitnímu.

Znamená totiž především rutinní a namáhavou práci neustálého potvrzování hranic, vstupování a řešení konfliktů, udržování se v neustálém střehu vůči napadání a manipulaci s pravidly.

Výchovný ústav a způsob péče, který nabízí svým klientům, může ale znamenat jednodušší a bezpečnější prostředí, než je komunita. Jsou děti, pro které je výzva k otevření se v rámci terapeutických programů i výzva k navázání blízkých vztahů prostě příliš, víc než mohou zvládnout. Mohou to být pro ně také podmínky k probouzení bolesti, která se v nich nahromadila po prožitých traumatech.

I proto u dětí umístěných do výchovných zařízení nepovažují za nedostatek menší zastoupení terapeutických programů, zvláště těch časově pevně daných. Postačující je, pokud je této činnosti dán otevřený prostor v případě zájmu dítěte nebo naléhavé potřeby.

Osobně jsem přesvědčen, že těmto dětem lepší prognózu dalšího vývoje umožní pracovní činnost, obzvláště má-li tato činnost nějaký hmatatelný, viditelný, smysluplný výsledek.

KOMUNITNÍ ODDĚLENÍ VŮ KŘEŠÍN

Z podmínek daných především **charakterem** klientů, o něž pečujeme, se nakonec ukázalo jako efektivnější v základu respektovat styl práce obvyklý ve výchovném ústavu a doplnit jej komunitními prvky.

Jsme komunitou natolik, nakolik nám to umožní povaha dětí, které máme svěřené do péče.

V PRAXI TO ZNAMENÁ:

- 1) Děti se významně podílejí na chodu domu, každý den plní přidělené funkce, jsou ale stále vedeny a kontrolovány.
- 2) Řízení je zvnějšku vychovatelem, „šéf domu“ funguje jako doplněk.
- 3) Bodové hodnocení je základ, má vysokou prioritu; sankce jako doplněk a alternativa.
- 4) Terapeutické programy jsou doplňkem, základem je pracovní činnost.
- 5) Pobyt se strukturuje na fáze (1–3), existuje možnost ukončit pobyt „na bodový limit“.
- 6) Skupina je malá (max. 8 dětí).
- 7) Jen vybraná rozhodnutí jsou kolektivní (vždy chráněné právem veta vedoucího oddělení).
- 8) Síla vztahů je závislá na složení skupiny.
- 9) Základní pobyt trvá 3 „splněné“ měsíce, plný pobyt 6 „splněných“ měsíců ukončených možností vrátit se domů (k němu se dítě rozhoduje dobrovolně).

Proč nelze na našem oddělení více rozšířit způsoby komunitní práce? Jaké vlastnosti „našich“ dětí brání využít více komunitní prvky (viz výše)?

- ad 1) Nedostatečné dovednosti, nezodpovědnost, vzdorovitost, narušování činnosti
- ad 2) Nezodpovědnost, manipulace v rámci skupiny, malé sebevědomí, neschopnost jít do konfliktu, nebo naopak výrazná konfliktnost, nedostatečné komunikační dovednosti, zneužívání výsadního postavení
- ad 3) Škála sankcí daná možnostmi zařízení, potřeba jemné škály hodnocení, odpor
- ad 4) Silné psychické obrany, nedůvěra, odpor, ohrožení blízkostí
- ad 5) Odpor, odmítání změnit postoj
- ad 6) Dané zákonným předpisem o počtu dětí ve výchovné skupině a kapacitou zařízení
- ad 7) Viz bod 2
- ad 8) Viz bod 4

NĚKTERÉ RYSY A ROZDÍLY DĚTÍ UMISŤOVANÝCH DO VÝCHOVNÉHO ÚSTAVU

MOTIVACE K LÉČBĚ

Přestože se často v poslední době uvádí rozdíl v motivaci mezi klienty výchovných ústavů a komunit jako diskutabilní, podmínky nástupu do terapeutické komunity (detox, předchozí završená léčba, minimální věk atd.) bezesporu selektují uchazeče a zajišťují „určitou minimální motivaci“.

Jasným rozdílem je skutečnost, že z terapeutické komunity, na rozdíl od výchovného ústavu, klient **může odejít, nebo může být vyloučen.**

ODPOR

Děti nastupují na oddělení často v odporu. Poruchy chování, typická vzdorovitost a agresivita tuto tendenci podporují a prodlužují její trvání. V případě, že jsou rodiče (obvykle jeden z nich) vůči dítěti benevolentní, případně nespolupracují s výchovným ústavem, dítě kryjí,

omlouvají, nevyjadřují jasný nesouhlas s jeho závadovým chováním a naopak zájem o jeho dobré výsledky, je vytvořena situace, která dítěti (i nám) výrazně zmenšuje šanci na změnu.

Práci s touto situací by možná mohlo zlepšit, pokud by spolupráce rodičů byla povinná.

VZTAH K PRÁCI

Vztah k práci je u těchto dětí často tak narušen, že je nutné, aby se věnoval jeden dospělý jednomu, maximálně dvěma dětem, zvláště pokud vykonávají práci, na jejímž výsledku záleží (např. situace, kdy je třeba uvařit požitelné jídlo).

NEZRALOST

Děti přicházející do péče výchovného ústavu nejsou většinou dost zralé na plnění funkcí např. šéfa domu, která předpokládá určité sebevědomí i schopnost jít do konfliktu. Přesto pro ně takový úkol může být dobrou zkušeností.

TENDENCE K VLASTNÍ, ZÁVADOVÉ STRUKTUŘE SKUPINY TYPU „SMEČKA“, MANIPULACE

Mladiství s poruchami chování mají tendenci vytvářet vlastní jednoduchou hierarchii ve skupině. Nejsilnější se ujímá vedení, ostatní se mu podřizují, resp. se k němu přidávají. Tendence, veškeré možnosti, které jsou jim dány (např. možnost podílet se na řízení domu, podílet se na hodnocení atd.), nezodpovědně zneužívají ve svůj prospěch a prospěch vybraných jedinců, a naopak je používají proti jedincům, kteří se jim znelíbili. Všeobecně a masivně manipulují.

SHRNUTÍ

S dětmi s poruchami chování a přidruženými problémy je obtížné vytvářet komunitním způsobem organizované společnosti. Základním problémem je, že „naše“ děti jsou prostě ještě příliš dětmi, nejistými, tápajícími, objevujícími svět bez zájmu napodobovat náš svět dospělých.

Terapeutickou komunitu mohou tvořit lidé s určitým náhledem na svůj problém, s náhledem na službu, kterou jim komunita poskytuje, ochotní proto spolupracovat, dodržovat pravidla, schopní se druhým otevřít a navázat vztahy, a lidé, kteří tu jsou víceméně dobrovolně.

Naše zkušenosti ukazují, že je nutné hlídat a udržovat vedení v rukou dospělých (pokud možno pevně), při vedení dětí vůbec, zvláště pak u těch, které neznají, nebo minimálně špatně rozeznávají hranice a chybí jim základní návyky.

Komunitní způsoby vedení skupiny nemohou být do prostředí péče o děti s poruchami chování kopírovány, je ale rozumné se jimi inspirovat, neboť jsou živou připomínkou základních principů soužití (s lidmi, zvířaty i zemí).

NA ČEM ZÁVISÍ VYUŽITÍ KOMUNITNÍCH PRVKŮ ?

Pokud se nám podařilo implementovat komunitní prvky do našeho systému práce s dětmi, podařilo se to z velké míry díky tomu, co jsme neměli a nemáme, a to školní jídelnu, ústřední topení (či kotel). Pomohl nám fakt, že jsme sami, odloučení od civilizace, a musíme si s problémy poradit. Že maximum činností děláme společně, že do značné míry žijeme na oddělení stejně jako „naše“ děti.

Tato skutečnost pomáhá i jim. Konfrontování s faktem, že něco není, schází, je totiž u dětí „neposlušných“ jedním z mála, či jediným důvodem, proč něco udělat.

Míra využitelnosti komunitních prvků je odvislá i od **složení skupiny**, resp. charakteru jejích členů. **Čím více je, v našem případě, poruch chování, tím hůře lze komunitní prvky využívat.** Problémy přinášejí i paralelně se vyskytující poruchy osobnosti a hluboká traumata, která dítěti znemožňují navázat jakýkoliv hlubší vztah. Dítě tak může být pouhým nárokem na vztah v podstatě neustále ohrožováno, proto se mu vyhýbá, brání se mu, např. agresivním chováním, které má za účel druhou osobu odehnat.

Kvalitní skupina může pomoci i velmi problémovým jedincům (dětem). Opakovaně se potvrzuje **princip integrace** nespolupracujících dětí s těmi spolupracujícími. A velmi záleží na rovnováze sil na obou stranách.

Ve fungující a dobře vybrané skupině se může postupně např. bodový systém stát dokonce něčím málo důležitým, protože chování dětí začne být upravováno navázanými vztahy.

Pokud jde tedy o komunitní prvky, které lze rozhodně využít, pak tedy zapojování dětí do běžných činností spojených s chodem zařízení, instituce, v níž se nacházejí, je bezesporu jedním z nich.

V prostředí výchovného nebo komunitního zařízení koneckonců nezáleží až tolik na tom, jaké jsou samotné výsledky práce. Důležitější je, zda mohou děti výsledky práce **počítit**.

A důležitý je i fakt, že každý všední den je práci vymezen určitý čas a že jsou děti konfrontovány se skutečností, že pracovat je normální.

PROBLÉM S DROGOU

Víme, že děti jsou většinou na začátku cesty „s drogou“, tedy v pozici, která jim zatím nepřináší nevýhody, v takzvaném prekonceptuálním stádiu. V tomto období je droga výborná a skvělá. Přináší nepřekonatelné zážitky. Negativa lze snadno vytěsnit či zracionalizovat.

OTÁZKOU JE, CO ZA DROGU DĚTEM MŮŽEME NABÍDNOUT?

Jednou z věcí, kterou můžeme nabídnout, je stálý a bezpečný vztah. Ten bude mít pro dítě hodnotu vždy, pokud bude schopno jej vnímat. Někdy můžeme dokonce nabídnout náhradní

rodinné zázemí. Pokud ovšem pečujete o děti, které o to stojí. Na oddělení Křešín nabízíme dětem za úspěšný boj s nadužíváním návykových látek možnost vrátit se domů po absolvování půlročního programu.

Jinak si myslím, že nemáme mnoho co nabídnout, čím konkurovat. Zážitky jiného typu, jako např. sportovní (např. rafting, horolezectví, turistika), divadlo, kreslení, mají přímý efekt v případech, kdy se dítě těmto nebo jiným podobným zájmům věnovalo v dětství, a má takřikajíc „základ“. Pokud se nevrací k činnostem nebo stylu života, který už kdysi vedlo a který byl „pouze“ přerušen, mohou být tyto zážitky něčím, čemu se jednou dítě může věnovat, na co si může vzpomenout, ale není jisté, zda se tak stane. Určitě ale stojí za to tato „semínka“ zasévat. Jsou malou, nicméně přece jen nadějí do budoucnosti.

KOMUNIKACE S DÍTĚTEM

Jedním z hlavních problémů v naší práci je, jak proniknout odporem dítěte, které se obává, že mu chceme jeho „drahocennou drogu“ vzít, že bude celkově manipulováno, že ho chceme změnit, a že je tedy ohrožena jeho identita, kterou, jak může pevně věřit, po 16 letech plných dřiny právě našlo.

Domnívám se, že na počátku naší cesty k dítěti je nutné minimalizovat a zjednodušit naše požadavky.

„Nejde o to, abys přestal brát drogy, ale abys ukázal, že se bez nich nějakou dobu dokážeš obejít..., abys dokázal rozlišit, kdy je pro tebe nevhodné užívat drogy...“

Je nezbytné zjednodušit i změnit podobu požadavku, zákazy proměnit ve výzvy a nabídky.

Tento způsob komunikace umožňuje oslabit odpor dítěte a pracovat postupně na problému, alespoň u některých. Výsledkem není trvalá abstinence, ale relativně často se vývoji problému podaří přerušit, nebo jej posunout na méně závažnou úroveň.

PŘEKRÝVÁNÍ PROBLÉMŮ

Překrývání problémů je často uváděný problém, v případě „našich“ dětí by to mohlo vypadat zhruba takto:

1. zlobí
2. zneužívá návykové látky
3. má další, často zásadní problém

Je třeba zdůraznit, že jenom ten, kdo má sílu a trpělivost „se utkat“ se „zlobením“ a zneužíváním návykových látek, může dorazit až k samotným problémům našich klientů.

Zcela souhlasím s potřebou spolehlivých, čitelných, bezpečných osob v blízkosti našich klientů. Mladiství jsou citliví na faleš, přetvářku, rozhodnutí, která jsou měněna, nepoctivé

jednání, zbytečné řeči, i na práci, jejíž výsledky je obtížné vidět, či chápat její smysl, na manipulaci – „politiku“ (použijí-li výraz našich mladistvých).

ZÁVĚR

Na závěr svého příspěvku musím přiznat, že typ dětí, které podnítily vznik našeho oddělení (dětí s výrazně rozvinutým zneužíváním návykových látek, se závažnými poruchami chování, popřípadě osobnosti), jsou mimo možnosti dlouhodobého působení našeho oddělení. Jedná se o děti, se kterými dosud neumíme pracovat tak, abychom dosahovali uspokojivých výsledků. Nabízíme jim pouze velmi krátké pobyty v režimu „host“ (v délce 1 – 4 týdnů), kterými pouze brzdíme nejzávažnější prvky jejich chování. Nabízíme jim pobyty, které pokud možno zásadně nenaruší dynamiku skupiny více spolupracujících dětí, na které se v naší práci zaměřujeme.

Mgr. Marek Stránský

Vystudoval psychologii na FF UK v Praze. V současné době působí jako vedoucí Komunitního oddělení Křešín. Angažuje se také ve vedení Peer programu pedagogicko-psychologické poradny pro Prahu 1, 2 a 4. V práci s mládeží se zaměřuje na zážitkovou pedagogiku a pobyty v přírodě.

Komunitní oddělení Křešín

(odloučené pracoviště Výchovného ústavu a střediska výchovné péče Klíčov)
fara Křešín č.p. 43
394 24 Křešín u Pacova
tel.: 565 381 088
www.klicov.cz

Vstup pod vlivem návykových látek do nízkoprahového klubu a práce s klienty zneužívající ve větší než malé míře návykové látky

Helena Kotová, Martin Holiš

(CO TO PŘINÁŠÍ PRO KLIENTY, PRO PRACOVNÍKY, JAKÁ JSOU POZITIVA A NEGATIVA, DÁ SE VŮBEC TAKOVÁ PRÁCE DĚLAT, METODIKA, PRAKTICKÉ ARGUMENTY A POSTUPY)

Tento text vznikl na základě několikaleté praxe dvou zařízení, jež s klienty pod vlivem návykových látek pracují: Nízkoprahový klub pro děti a mládež (dále NZDM) PVC Blansko (Sdružení Podané ruce, o. s.) a Nízkoprahový klub Likusák (o. s. Ratolest Brno).

CÍLOVÁ SKUPINA: „SÍDLIŠTNÍ“ KLIENT

Oba kluby pracují s městskými dětmi a mládeží od 12 do 20 (resp. 26) let. Text popisuje praxi právě s touto cílovou skupinou a nemusí být platný pro klientelu jinou. Pro orientaci jsme typického klienta nazvali „sídlíštní“ klient a popsali jej takto:

- „Bravo generace“ – generace formovaná pop médií (Bravo, Dívka atd.), webovými servery (Facebook, Libimseti.cz, Lide.cz anebo Youtube), komunikačními technologiemi a nástroji (ICQ, chat, Skype).
- Zpravidla městské dítě či dospívající, vztahující se stylem života a oblékáním k subkulturnímu městskému životnímu stylu (hip hop, techno, disko, punk, SK8 ad.).
- Subkultura hraje roli pouze v povrchním slova smyslu – využívají jen některé atributy, hlubší zájem neexistuje – zejména vzhled, projevy „cool“ chování.
- Nezáleží na tom, v jak velkém sídle žije – i na vesnicích nalezneme děti a mládež s těmito charakteristikami.
- Zpravidla jde o dítě, jež je členem majority – pokud jde o minority, tak spíše o přistěhovalce (např. Vietnamce či potomky přistěhovalců z východního bloku) anebo o Romy, jež se vztahují k majoritě a majoritou jsou přijímáni.
- Co se týče užívání návykových látek, hovoříme převážně o situacích, kdy má klient v sobě „něco“, nicméně se dokáže kontrolovat, komunikuje, a my sami ani často nepoznáme, že něco užil.

REALITA TLAČÍ NA ZMĚNU

Pokud se podíváme do historie, jakým způsobem se nízkoprahové kluby a terénní programy pracující s rizikovou anebo ohroženou mládeží etablovaly v síti služeb, vidíme 2 typy služeb, vůči nimž bylo vymezení zásadní. Zaprvé šlo o vymezení se vůči volnočasovým formám práce s touto klientelou (domovy dětí a mládeže, střediska výchovné péče, otevřené kluby atp.). Zadruhé šlo o vymezení se vůči drogovým (harm reduction) službám.

Šlo o striktní vymezení se směrem k odborné, ale i laické veřejnosti. Směrem k odborné šlo o vzkaz: „*My jsme ti, co nepracují s drogovými klienty*“ a směrem k laické veřejnosti o vzkaz: „*Naše služba je „čistá“*“.

Postupem času se ale situace vyvinula takovým směrem, že se z několika důvodů stala nadále neudržitelná. Šlo zejména o tyto důvody:

1. Časem došlo k **samovlnnému posunu** zařízení tím, že jsme stejně nedokázali odhalit všechny klienty, kteří přicházeli do klubu pod vlivem, někteří pod vlivem byli (1 pivo, 1 joint, dojezd). Tím se přirozeně začalo otevírat téma alkoholu a drog, klienti o něm sami začali mluvit.
2. Došlo k **posunu postojů u pracovníků a ve smyslu vnímání** – fakt, že je někdo v klubu pod vlivem, službu nijak výrazně neohrožuje, ale dá se s tím naopak pracovat.
3. **Pracovníci v terénu si ověřili, že pracovat s lidmi pod vlivem je možné** – i když obtížnější. Pracovníci mohou vstupovat do situací, kdy klienti např. pijí víno v parku, kouří marihuanu, domlouvají se na „kšeftech“ atd. Pokud je vztah mezi streetworkerem a klienty dobrý, pracovník může tuto situaci využít a reflektovat ji. Na druhou stranu, pokud klienti vysloví nesouhlas s přítomností pracovníka, ten musí situaci opustit, a ztrácí tak možnost práce s klienty. Nebo pak do těchto situací nevstupuje vůbec, neboť již dopředu nevidí smysl v komunikaci s lidmi pod vlivem.
4. **Zvyšování sebevědomí služeb** – profilace služby je hotová. Služby se dokážou postavit jako partner a ustojí si kontroverzní situaci: „*Jsem tu i pro tuto velkou rizikovou skupinu, nechceme odmítat potřebné.*“
5. **Přibližování se Evropě** – klienti služeb se mění, „tvrdnou“ (začínají se zneužíváním v čím dál ranějším věku, rizikověji a i s tvrdými drogami).
6. **Nalezení prostoru pro drogové téma v rámci NZDM** – drogy jsou jen jedním z problémů u klienta. Pokud jsou drogy primárním problémem, se kterým klient přichází, nepracujeme s ním, ale odesíláme jej do návazných služeb.
7. **Limity drogových služeb** – pracovníci drogových služeb sami tvrdí, že neví, co jiného než my by klientům NZDM, kteří pouze experimentují, poskytli (kromě výměny materiálu). Pracovníci NZDM mají potenciál pracovat i s těmito klienty. Z našich zkušeností víme, že v podstatě jedině, co klienti po pracovnících chtějí, jsou informace a možnost mít se komu svěřit, vypovídat, reflektovat situaci.

PRAGMATICKÝ POSTOJ NZDM JAKO REAKCE NA ŘADU SELHÁNÍ

K selhání dochází na několika úrovních, přičemž se dá říci, že nízkoprahová instituce je až na pomyslném chvostu – tedy nízkoprahový program jako takový neselhává a situaci řeší tím, že na téma aktivně reaguje.

Selhávají **rodiče** (či jiní zákonní zástupci), selhávají **prodejci** nabízející legální drogy, městská i státní **policie**, která je dostatečně nekontroluje, selhávají také **školy**, kde je téma drog často stále tabu.

Pokud si uvědomíme fakt, že klient, který se objevil přede dveřmi našeho zařízení, je produktem výše uvedené situace, a uvědomíme si, že všechny výše uvedené subjekty nějakým způsobem selhávají, nemáme důvod a nechceme klientelu ze služby vylučovat.

Služba je dle názoru autorů nastavena právě na tuto cílovou skupinu – tedy na skupinu, jež se ocitá v nepříznivé životní situaci a jejíž jednou z nejmarkantnějších charakteristik je zneužívání návykových látek. Proto nám přijde logické, že je v programu máme a pracujeme s nimi. Jsme službou sociální prevence na všech jejích úrovních, a tudíž není podle nás etické klienty odmítat.

V případě, že bychom aplikovali zákaz vstupu, ničeho bychom tím nedocílili. Klienti by zneužívali návykové látky nadále a jejich situace by byla méně nakloněná změně než v případě, že vstoupí do služby.

Dalším argumentem mluvícím pro práci s klienty pod vlivem je ten, že nemáme snadné a schůdné metody jak zjistit, že konkrétní klient opravdu pod vlivem návykových látek je (možné porušení práv klienta, nutný souhlas rodičů s testováním, kdo bude hradit náklady na testování atd.).

1) HISTORICKY ETABLOVANÉ DROGY V KLUBU – ALKOHOL A MARIHUANA

Tedy látky, se kterými se u klientů NZDM setkáváme nejčastěji, přijímáme je jako součást jejich života a nepohoršují nás. Umíme se o nich s klienty bavit, máme o nich mnoho informací, dokážeme s nimi pracovat, např. preventivními programy.

JAK TO MÁME S PRAVIDLY

OBVYKLÁ PRAVIDLA KLUBU V KLUBU PLATÍ STRIKTNÍ ZÁKAZ:	PRAGMATICKÁ PRAVIDLA KLUBU V KLUBU PLATÍ STRIKTNÍ ZÁKAZ:
1. vstupu pod vlivem návykových látek	1. vstupu pod VIDITELNÝM vlivem
2. kouření	2. kouření
3. pití alkoholu	3. pití alkoholu
4. užívání drog	4. užívání drog
5. manipulace s drogou	5. manipulace s drogou
6. prodeje drog	6. prodeje drog
7. přinesení drog do klubu	7. přinesení drog do klubu

ROZDĚLENÍ KLIENTŮ V RŮZNÝCH FÁZÍCH „BYTÍ POD VLIVEM“ A NÁSLEDNĚ JIM POSKYTOVANÉ SLUŽBY

– POSKYTNEME NĚJAKOU SLUŽBU VŠEM KLIENTŮM –

– Vliv není pracovníky viditelný –	– Vliv je pracovníky viditelný –		
Nejsou pod vlivem či vliv nerozpoznáme	„Neohrožující, kontrolovaný“ vliv	„Ohrožující, nekontrolovaný“ vliv	Jsou úplně mimo – „koma“
<ul style="list-style-type: none"> – klientům se dostává kompletní nabídka služby – klienti nepodléhají této metodice přímo, ale nepřímo – příhlížejí jejímu uplatňování u druhých klientů – práce na změně jedince ve společnosti skupiny je také prací se skupinou 	<ul style="list-style-type: none"> – u klientů funguje sebekontrola – neporušují pravidla klubu – v klubu jich může být libovolné množství (limitované kapacitou zařízení) – klient je vnímán se zvýšenou kontrolou – musí dostat informace od pracovníka, že víme anebo máme podezření, že je pod vlivem – není podstatné, zda svůj vliv přizná či ne, nemusíme mu jej dokazovat!, již podezření nás opravňuje k použití této metodiky z bezpečnostních důvodů – dostává informace, že pokud začne „divočít“, můžeme ho přesunout do kontaktní místnosti nebo na jiné klidné místo – pokud je plno, jde domů – pokud klient nechce spolupracovat, nedodrží dohodnutá pravidla, je z klubu vykázán 	<ul style="list-style-type: none"> – v kontaktní místnosti mohou být maximálně 3 klienti – pro klienta platí speciální pravidla: <ol style="list-style-type: none"> 1. zákaz využívání jiných služeb zařízení vyplývajících z prostorového rozdělení a běžné nabídky služeb 2. omezený pohyb po klubu (pouze venek, kontaktní místnost či WC), a to i po vystřízlivění 3. nespí a pracovník jej udržuje komunikací v bdělém stavu – pro pracovníka platí speciální povinnosti: <ol style="list-style-type: none"> 1. informovat klienta o tom, že se na něj vztahují zvláštní pravidla, a vysvětlit mu tento režim 2. nenechávat jej/je o samotě a neustále na něho/ně mluvit 3. mluvit s ním o situaci – jak mu je, kolik čeho vzal atd. 4. v případě, že je podezření na otravu návykovou látkou, volat záchrannou službu nebo rodiče, případně obojí 	<ul style="list-style-type: none"> – není schopen samostatné chůze – prakticky nulová komunikace – kamarádi ho podírají – je třeba zkontrolovat stav, snažit se dostat ho z klubu a případně zavolat sanitku – nesmí být sám

VIDITELNÝ VLIV – CO TO JE, JAK TO VNÍMÁME, JAK TO POZNÁME

Na první pohled je zřejmé, že klient je pod vlivem nějaké látky. Motá se, padá, naráží do věcí, křičí, nekontrolovaně se směje, usíná, zvrací, nedokáže hovořit souvisle, je agresivní, „vytuhlý“, má červené a malé oči, snaží se být „neviditelný“, je to z něj cítit atd.

Je ale velice důležité podotknout, že to, že mají klienti pod vlivem vstup do klubu povolen, neznamená, že toho masivně a hojně zneužívají. Naopak, tyto případy se stávají cca jednou za tři měsíce, zejména v zimním období. Někdy je kumulace větší – letos např. 3× za 3 měsíce.

CO SE S KLIENTY, JEŽ VSTOUPÍ POD VLIVEM, V ZAŘÍZENÍ DĚJE

V případě, že se klient pod vlivem ocitne v zařízení, neocitá se ve vzduchoprázdnu. Níže jsou nastíněny některé z věcí, jež se kolem klienta rozehrávají a jsou mu více či méně aktivně poskytovány.

1. Klient se ocitá v **bezpečném prostředí** (chráněný prostor se striktními pravidly) – zejména oproti ulici, v některých případech i oproti samotnému domovu.
2. Klient je zde **pod dohledem** vyškoleného personálu (sociálních pracovníků).
3. **Pracovníci monitorují a hodnotí**, co se s ním děje.
4. **Pracovníci se baví s klienty** o tom, PROČ a JAK ČASTO látky zneužívají.
5. **Pracovníci se s klienty baví o tom, JAK návykové látky zneužívají** – podávají informace, jak látky zneužívat bezpečně, čeho se vyvarovat, jak se chovat, když se něco děje – tedy ve smyslu harm reduction.
6. **Pracovníci nabízejí informace a odkazy** na instituce, které zneužívání drog řeší anebo řeší problém, který za zneužíváním stojí.
7. Klienti **pod silným vlivem** nejsou vyloučeni ze služby, ale mají **omezenou možnost využití služeb**.
8. V případě, že jsou klienti ochotni na téma komunikovat, **pracovníci vedou motivační rozhovory**.
9. **Pracovníci celkově pracují s důvěrou v instituce**, aby byl klient kdykoliv ochoten sdělit, že něco potřebuje – tzn. jsou schopni podporovat klienta ve změně.
10. **Možné „motivační výhody“ oceňující čistotu**: pití zdarma, kompletní vybavení a služby programu, přednostní přístup na výjezd apod.
11. Pracovníci **oceňují „čistotu“** klienta a reflektují a **nepodporují „bytí pod vlivem“**.
12. **Pracuje se takto se skupinovou normou** (ve smyslu její kultivace).
13. Klienti **se učí kontrolovat své tělo, chování a projevy**.
14. Klienti jsou **učeni k zodpovědnosti** za své předávkované kamarády.
15. **Nesetkávají se** u nás se striktním a tvrdým **odsudkem** či postihem, jak je tomu jinde běžné, **ale s přijetím a s jiným** typem **postoje** k této otázce (výborné pro budování vztahu).
16. Zařízení může **pracovat s reálným stavem problematiky** (podněty úřadům, školám atd.) – jsme v první linii, a to nám dává další možnosti práce.

OHROŽENÍ A NEGATIVA POVOLENÍ VSTUPU POD VLIVEM

Tak jako každá cesta, jež si zařízení vybere, i tato produkuje mimo pozitiv a přínosů také několik možných rizik a komplikací. Zde předkládáme některé z těch, jež je možné v různých

fázích po zavedení tohoto přístupu identifikovat. Některé z nich postupně mizí, jiné se vrací a jiné jsou v různé intenzitě stabilně přítomny. Jde zejména o:

- **nabourávání** „poklidného“ **chodu klubu** – zejména na počátku je to lavinové zavalení, které slábne, až prakticky vymizí
- **promísení** více a méně „problémových“ **klientů**
- riziko **špatné pověsti** v komunitě (např. feťácké doupě)
- **pracný způsob obhájení přístupu** (nejde o podporu ve zneužívání, ale o zvláštní přístup a sociální práci s touto skupinou)
- **pokusy o zneužívání** pragmatických pravidel klienty (pokusy posunovat hranice pravidel)
- **pokusy o získání klubu jako azylu** před policií, rodiči
- do služby může vstoupit pouze **omezený počet klientů pod vlivem**
- **blokování pracovníka** v rámci individuálnější práce s klienty pod vlivem
- **problémy s vytyčením hranice** kolem klubu, kde ještě ano, a kde už nepít, nekouřit marihuanu atp.
- zvýšené **riziko konfliktů a úrazů** v klubu
- zvýšené **nároky na pracovníky**, zejména:
 - schopnost komunikovat s klientem „pod vlivem“
 - schopnost rychle reagovat a dobře odhadovat situaci (např. možnost zkratu)
 - nutnost dobré koordinace pracovníků
 - nutnost větší práce s pravidly, s autoritou
 - větší riziko vyhrocení situace do konfliktu

2. HISTORICKY NOVÉ DROGY – PERVITIN, EXTÁZE, HEROIN ATD.

Podle našich zkušeností se posouvá věková hranice, kdy děti a mládež začínají experimentovat a užívat návykové látky, ať se jedná o alkohol či ostatní drogy. Z drog, které klienti zneužívají, mají zařízení nejčastěji zkušenosti s marihuanou, hašišem, v omezené míře s houbičkami.

U klientů se však objevují nové trendy v užívání drog, přecházejí v poměrně nízkém věku na tzv. tvrdé drogy, z nichž je nejrozšířenější pervitin. Tento posun zrcadlí trendy, které můžeme pozorovat v celé naší společnosti, ale i v jiných zemích.

HLAVNÍ DŮVODY

- Lehká dostupnost – bydlí v lokalitě, kde se „vaří“, drogu je lehké získat (prvních pár dávek zdarma).
- Ekonomičnost drogy – nízká cena, dlouhodobý („výhodný“) efekt působení na psychiku
- Malé město, uzavřená lokalita – všichni se znají, míchají se uživatelé s experimentátory a začínajícími.
- Alkohol a marihuana už jim nedává takové zážitky jako dříve – tito klienti začínali cca ve 12, 13 letech docela velkým stylem (lahve vodky, „podlampovky“) a baží po silnějších zážitcích.
- Rodiče na ně nemají vliv, čas, náladu – klienti přebírají vzory chování party.
- Nuda – životní styl chudý na podněty, vyvolávají si je tedy uměle.

ČTYŘI NEJČASTĚJŠÍ OTÁZKY PŘI VYMEZOVÁNÍ ROLE KLUBU V TÉTO PROBLEMATICE

OTÁZKA Č. 1: JE MLADISTVÝ UŽIVATEL TVRDÉ DROGY JEŠTĚ NÁŠ KLIENT?

Kdo je onen mladistvý uživatel drogy? Jedná se o stávající klienty, se kterými jsme již určitou dobu v kontaktu. Máme s nimi vybudovaný vztah, je navázaná důvěra. Za této situace je jasné, že mají potřebu se nám svěřit i se svými zkušenostmi s drogami.

Mohou se jimi stát ale i noví klienti, jež věkově spadají do naší cílové skupiny a pracovníci je vyhledají, nebo klient vyhledá zařízení anebo je doporučen např. terénním programem pracujícím s uživateli drog. Proč tomu tak je, vyplývá z textu níže.

DĚLENÍ KLIENTELY DLE ZKUŠENOSTÍ S DROGOU

- a) **„Jen na zkoušku“** – nahodilá (jednorázová, opakovaná), ale uzavřená zkušenost
 - Pervitin zkusili, nijak je to neoslovilo, ale i tak jim v mysli zkušenost zůstala. Možná, že to třeba ještě někdy zkusí, možná ne. Nebo naopak – mají výrazně špatnou zkušenost a už v životě by nechtěli.
- b) **„Beru občas“** – experimentátoři, příležitostní uživatelé
 - Užívají drogu nahodile nebo pravidelně, říkají o tom, že je to svinstvo, přesto si někdy vezmou. Ví, že v tom nechtějí pokračovat, ale „občas“ přece není pokračování. Nechápu ty, kteří v tom jedou, a cítí se „nad“ těmi, kteří to nikdy nezkusili.
- c) **„Jedu v tom“** – problémoví uživatelé
 - Jsou ve fázi, kdy se jim brání líbí, uvědomují si, že je to svinstvo, ale brát nepřestanou, stále jim více dává, než bere (např. zhubla jsem, řeším si tím své problémy). Největší riziko je v tom, že postupně začínají přecházet na intravenózní aplikaci, a aniž by si to uvědomovali, stávají se závislými.

Při řešení otázky, zda klient užívající tvrdé drogy může být klientem NZDM, vycházíme z pojetí práce zaměřené na člověka, kdy cílová skupina uživatelů NZDM není definovaná jasným problémem (na rozdíl např. od služeb pro bezdomovce), ale zejména nepříznivou sociální situací a věkem:

- rozpad rodiny, partnerské problémy rodičů
- sexuální debut
- selhávání ve škole či v zaměstnání, problémy s volbou školy a povolání
- rozpad vlastních partnerských vztahů, partnerské problémy
- projevy šikany, drobná kriminalita, vandalismus, násilné projevy
- útěk z domova či z jiného přístřeší, záškoláctví
- generační konflikty, konflikty v místní lokalitě
- **zneužívání návykových látek**, rasismus, trestní stíhání
- pohlavní zneužívání
- domácí násilí

Drogy a závislosti nejsou tedy hlavní problém, ale jen jedna z mnoha charakteristik, kterými se vyznačuje cílová skupina. Troufáme si tvrdit, že **experimenty a zneužívání alkoholu a drog je ve většině případů důsledek toho, že u klientů nějaký čas trvá obtížná situace**. U těch našich můžeme pozorovat, že drogy a alkohol jsou jedním ze způsobů, jak se s touto situací vyrovnat, zmírnit psychické problémy nebo situaci přijmout.

V tomto případě, kdy je droga až sekundární problém, nám nepřijde logické ani správné vylučovat uživatele tvrdých drog ze služby (stejně tak jako nevylučujeme klienty, kteří konzumují alkohol). Jakýmsi pomyslným rozdělovníkem je tedy to, zda na základě své profesionální zodpovědnosti usoudíme, že droga není primárním problémem klienta (pak by klient spadl do péče drogové služby).

Další argument pro práci s uživateli tvrdých drog vychází z vlastních poznatků a sdělení klientů. Jde o to, že 15letý klient (experimentátor) nikdy nepůjde do K-centra, aby si popovídal o drogách. Zaprvé se nechce identifikovat se službou pro cílovou skupinu, ke které on sám ještě nepatří, zadruhé je nedůvěřivý a nepotřebuje někoho jiného na svěřování. S námi si vztah budoval např. rok, nemůžeme tedy předpokládat, že okamžitě půjde a bude se ihned svěřovat někomu dalšímu. Navíc, jak již bylo řečeno, pracovníci drogových služeb sami často nevědí, jak s takovými klienty pracovat, co jim nabídnout. Anebo na ně nemají kapacitu, což je častější situace.

ORIENTACE DLE ZAKÁZKY – „KLUBOVÝ KLIENT“ A „KLIENT KONTAKTNÍHO CENTRA“

Výše uvedené argumenty a souvislosti se týkají převážně stávajících klientů klubu, kteří začali experimentovat s tvrdými drogami. Proč bychom je vylučovali, když doposud např. užívali marihuanu každý den, opijeli se každý víkend a my je nevylučovali (pokud do klubu chodili střízliví)? S klienty je v tomto případě potřeba více mluvit, pracovat, zároveň však ošetřit hranice a podmínky jejich pobytu v zařízení.

Jiná je situace u klienta, který přichází do klubu nově a ptá se po službách, které nabízí kontaktní centrum nebo terénní programy pro uživatele drog. V tomto případě je primární klientova zakázka výměna jehel nebo poradenství v oblasti drog nebo další služby, které my neposkytujeme. V těchto situacích postupujeme dle předpisů a rovnou jej odkazujeme na služby určené pro uživatele drog.

OTÁZKA Č. 2: POKUD JE KLIENT UŽÍVAJÍCÍ TVRDÉ DROGY NAŠÍM KLIENTEM, KDE JE HRANICE, PO NIŽ MU BUDEME POSKYTOVAT SLUŽBU? A JAKOU?

Pokud uznáme, že s klienty užívající návykové látky chceme pracovat, je také důležité stanovit si hranici, kdy s nimi již dále pracovat nelze. Je to jak z důvodu ochrany a bezpečí klubu a ostatních klientů, tak zejména z profesního hlediska, kdy již dále nemůžeme poskytovat služby, které klient nechce akceptovat – např. neustálé porušuje pravidla nebo začne vyžadovat služby, které neposkytujeme – např. výměnu sterilního materiálu. Zároveň se také jedná o ochranu pracovníků před vyhořením.

PODMÍNKY POSKYTNUTÍ SLUŽBY

- Klient dodržuje pravidla klubu plus nadstavbová pravidla pro vstup pod vlivem – nedává najevo, že je pod vlivem (na pervitinu to často nejde poznat, dá se dobře kontrolovat), nemluví s ostatními klienty o drogách, o svých stavech, nedomlouvá obchody. Není agresivní, chová se slušně, mluví s pracovníky o svém brání.
- Klient vypadá „normálně“ – stále kontrolované brání – uvědomuje si, že je potřeba občas vysadit, myje se, dbá o sebe, občas se vyspí, nají, chodí do školy nebo zaměstnání, nebo alespoň projevuje občas snahy zapojit se do života hledáním práce nebo školy nebo brigády.
- S klientem se dá hovořit a pracovat – droga mu ještě natolik nezatemnila mozek, že je stále schopen uvažovat a hovořit normálně, dokáže reflektovat svůj život a stav a chce stále pracovat na změně.

Po čase se může stát, že klient začne zapadat do stereotypů problémových uživatelů drog. Pracovníci NZDM v této fázi již nemají možnost, jak s klientem mluvit a pracovat, klient již neuvažuje o změně (i když o ní neustále mluví). Je to fáze, kdy ukončujeme službu a doporučujeme klientovi nadále docházet jen do služeb pro uživatele drog.

HLAVNÍ AKTIVITY NZDM SMĚREM K PROBLÉMOVÝM UŽIVATELŮM

1. Vyhledávání a kontakt – naše nejsilnější stránka

- jsme s klienty aktivně v kontaktu – máme potenciál téma otevírat
- vyhledávání nových experimentátorů jak v terénu, tak v klubu
- **včasná intervence** – plníme svou funkci, jsme služba sociální prevence, a tím pádem máme velkou šanci počínající drogový problém podchytit a pracovat s ním

2. Informační servis

- v okamžiku, kdy se klient začne o pervitin zajímat, poskytujeme informace
- zároveň sami otevíráme téma: „Hele, nechceš se dozvědět něco o P?“
- navazujeme na předchozí rozhovory: „Zajímá tě ještě něco o P?“, „Jak jsi teďka na tom s P?“

3. Preventivní aktivity

- pokud je uživatelů malý počet, pracujeme jen s nimi, téma do klubu neotevíráme
- když se tématem drog začne zabývat více (většina) klientů, pracujeme se všemi, ale i nadále je nutno rozlišovat skupiny – jiné informace pro různé skupiny klientů
- formy: dotazníky, otevřená konverzace, beseda, diskuze, filmy, letáky ad.

4. Poradenství

- individuální rozebírání klientovy situace
- konkrétní pomoc v konkrétním případě
- vztahy, škola, zdraví, rodina, hrozící ústavní péče, problémy s policií a úřady, specifické problémy dívek – vztahy s vaříči, se závislými, sex atd.

5. Předávání do návazné péče

- návaznost na veškeré další drogové i nedrogové služby – materiál, více informací, zprostředkování léčby, testů, psychologa, poradny, kurátora...
- spolupráce s lokálními službami HR – např. jak si předávat klienty, společné postupy v lokalitě

I když se může zdát, že máme spoustu možností, jak drogovou situaci klientů řešit, není to zdaleka tak účinné a výsledky jsou někdy spíše rozpačité.

Co je nejdůležitější si uvědomit a přijmout, je fakt, že jde o dlouhodobou práci. Pro pracovníky je těžké s klienty téma otevřít a přiblížit se jim – zejména starší klienti nemají chuť o tom hovořit, u mladších je to jednodušší – chtějí se i pochlubit.

HLAVNÍ PROBLÉMY

- částečná ztráta kontaktu
- změna životního stylu
- nemají čas být v klubu, protože shánějí dávku
- nelíbí se jim v klubu, pokud jsou na droze, mají jiné stavy, neovládají být mezi ostatními klienty
- ostatní je vylučují ze své komunity a odsuzují je
- klientovi se jeho nový životní styl líbí, líbí se mu účinky, přijde si lepší než ostatní
- noví kamarádi
- pracovníci sami neumí s tématem pracovat, neví, jak s klientem hovořit, nemají informace, znalosti

Tyto důvody samozřejmě klienta nemusí vylučovat zcela, je jen hůře dosažitelný a zasažitelný působením pracovníků. Pokud je s pracovníky v kontaktu, lze s ním pracovat ve všech bodech. Nejdůležitější ovšem je motivace klienta ke změně. Klient se nachází ve fázi před uvažováním o změně, tzn. že ho nikdy ani nenapadlo, že by s braním pervitinu mohl přestat.

V tuto chvíli se může zdát, že je práce obtížná, není však rozhodně zbytečná. Důležité je vybavit klienta informacemi o rizicích, o možnostech pomoci, o kontaktech na návazné služby i na NZDM („Můžeme ti kdykoliv pomoci“).

Za velmi důležitou považujeme práci v okamžicích, kdy je klient v klubu a není pod vlivem drogy nebo je na „dojezdu“. V těchto chvílích se v klientovi mísí nejrůznější emoce – špatná nálada, smutek, rozčarování, lhostejnost, beznadě, naděje... Je dobré mluvit s ním o tom, jak mu je a jestli si uvědomuje, proč mu tak je. Ukázat mu druhou stránku drog, ne jen tu euforickou.

Výsledky však nejsou okamžité. Někdy to může trvat dva měsíce, půl roku, někdy 2 roky, 5 let. Výhodu vidíme zejména u klientů pod 18 let, u kterých nejsme na problém sami. Velice často zasáhnou rodiče a instituce. Někdy zcela stačí, pokud klient stráví 2 měsíce ve středisku výchovné péče, kde má čas a možnost podívat se sám do sebe, poznat se, uvědomit si svou situaci. Často se po návratu k pravidelnému braní již nevrací (buď přestane užívat úplně, nebo se z něj stane příležitostný uživatel). Jen málo uživatelů zůstane u stávajícího režimu, vždy na nich ústav nebo středisko zanechá stopu.

ZÁKLADNÍ BODY PRÁCE S UŽIVATELI DROG

- Otevřenost a přijetí – „*Jsem pro tebe bezpeční, ale ty musíš být zároveň bezpečný pro nás*“ (pravidla)
- Komunikace – rozebírání situací, života, problémů
- Zrcadlení klientovy situace a pravdivost – „*Budu s tebou mluvit na rovinu*“ (a neodsoudím tě)
- Pomoc a podpora – řešíme aktuální problémy související s užíváním, ale také primární problémy, které k užívání vedly
- Stabilita – „*Dokud chceš, jsme tu pro tebe*“ (dokud se chováš v rámci dohody) – výhoda předchozího kontaktu

OTÁZKA Č. 3: NEOHROŽUJEME TÍM OSTATNÍ KLIENTY?

S touto otázkou se setkáváme od časů, co nízkoprahové kluby fungují. Vždy bylo otázkou, jak to udělat, aby se oddělili ti „hodní“ a ti „zlí“. Aby nedošlo k negativnímu ovlivňování. Za tu dobu, co v praxi pracujeme (cca 10 let), jsme se naučili poměrně dost odpovědí a argumentů, prošli jsme mnohými diskuzemi, hádkami a pochybnostmi. Zde nabízíme podle nás jednu z těch nejlepších.

Nízkoprahové zařízení jako služba sociální prevence nemůže být už ze své podstaty sterilním prostorem, který by garantoval absenci rizika. Jde o sociální službu pro skupinu, jež má široké spektrum problémů anebo se nachází v jeho přímém ohrožení. Do klubu ze své podstaty nepříjde nikdo, kdo by byl čistý jako list lilie. A pokud ano, pracovníci by toto měli okamžitě rozeznat a čistého přicházejícího odkázat do jiné služby.

Klienti jsou zde více či méně hustě nakumulováni, a jsou tak sami sobě přirozeným rizikem. Sociální služba, do níž klient vstupuje, mu nabízí nejen příležitosti, ale i ohrožení. A klient (či jeho zástupce), jenž toto riziko podstupovat nechce, jej podstupovat samozřejmě nemusí. V ostatních případech jsou tam opět pracovníci, kteří se snaží dohlížet na dodržování pravidel, na slušné chování, garantovat bezpečnost prostoru a pomáhat případným poškozeným.

Otázka toho, že samotné prostředí nízkoprahového klubu má obdivuhodnou schopnost zkazit čisté ratolesti nejlepších rodičů, je také zajímavá. Bohužel klub se svou klientelou tuto potenciální sílu má, ale ve srovnání s časem, jež v něm klienti tráví, není rizikem jediným.

Klient se může pohybovat v rizikovém prostředí domova (což je z vyprávění klientů občas opravdu lahůdka), v rizikovém kontaktu s vrstevníky ve škole, sám anebo v partě mimo domov. Klub, či spíše čas strávený v něm, je opravdu jen malou částí jeho času, kde může přijít k úhoně.

Jisté je pouze jedno: takovéto zařízení je snadným cílem či obětím beránkem, který za vše může, ale tato skutečnost by se musela opravdu dokázat, s čímž si už nikdo práci nedá.

OTÁZKA Č. 4: PŘI TÉTO PRÁCI DOCHÁZÍ KE STÍRÁNÍ HRANIC MEZI TYPY SLUŽEB A DOSTÁVÁME SE TAK K PRÁCI S DROGOVÝM OBSAHEM – AČKOLIV SE PROTI NĚMU V NZDM VYMEZUJEME. NEJSME TAK PROTI SOBĚ A NEOHROŽUJEME SLUŽBU?

Striktní rozdělení těchto dvou typů služeb v minulosti postavilo do povědomí pracovníků velkou hráz, která je ale opravdu jen pomyslná. Podle nás s tématem drog pracuje každé NZDM. Jsou jen rozdílné úrovně, na kterých s ním pracují. Někdo dělá jen preventivní besedy, někdo jde dál a o užívání drog (alkoholu, marihuany) se s klienty baví a pracuje, a někdo jde ještě dál a ptá se klientů na zkušenosti s ostatními drogami. A když dostane kladnou odpověď, necouvne před ní, ale pracuje s ní také.

Neznamená to automaticky, že se z klubu stane otevřené místo, kam budou chodit uživatelé drog. Je to o tom, že nyní pracovníci vědí, že někteří uživatelé mají zkušenosti větší než ostatní klienti. A buď před tím zavřou oči, nebo ne. Proč tyto klienty vylučovat, navíc po tom, co se nám na náš dotaz svěřili s pro ně těžkou věcí.

Trváme na tom, že pokud jsme služba sociální prevence, pokud pracujeme s lidmi, kteří tyto problémy mají a jen díky našim zákazům a odsouzení brát nepřestanou, je naší povinností s nimi pracovat.

S tím, jak budeme vypadat navenek, je podle nás lehké se vyrovnat. Pro nás je nejučinější zobrazovat a zrcadlit společenskou situaci, upozorňovat naopak na vzrůstající problém s drogami a alkoholem u stále mladších klientů, a tím pádem máme velkou možnost, jak ovlivňovat i dění v lokalitě. My jsme v první linii, my máme informace a k nám se dostávají „problémové děti“.

Přece jenom, plníme společenskou zakázku – „práce s problémovými dětmi a mládeží“. Tak proč bychom se za to v konečném důsledku měli stydět a těchto klientů se zbavovat. Naopak.

Takže naše odpověď na tuto otázku je jasná. Jde o to, jak se vnímáme my sami. Pokud se budeme bát a neustále se snažit nějak vymezovat, definovat a porovnávat, nebudeme nikdy spokojeni a nebudeme dělat takovou práci, která je potřeba.

Pokud se oprostíme od škatulek a názorů ostatních a zaměříme se na naše poslání, cíle a zejména cílovou skupinu a budeme se orientovat hlavně podle jejich potřeb, naši práci si vždy obhájíme a nemáme strach, že bychom tak šli proti sobě. Sami sebe nebudeme ohrožovat, pokud budeme vždy veřejně deklarovat, co děláme, a pak to také dělat. Pokud budeme pravdiví i v nepříjemných věcech a pokud budeme držet svoji linii a budeme schopni si ji obhájit.

ZÁVĚR

V textu, který jste právě dočetli, jsme se pokusili co nekomplexněji popsat teorii a praxi, jež je dlouhodobě praktikována v našich zařízeních. Rádi bychom poznamenali, že jsme ze začátku neměli absolutně nač navázat, takže praxe vznikala opravdu metodou „průzkum bojem“ – tedy metodou pokus omyl, prací s tématem, které do zařízení přinášeli a přinášejí klienti. Neznamená to, že by se takto mělo zachovat v provozu každé zařízení. Některé věci přejmout lze, některé méně a jiné vůbec. Každopádně se ale žádné zařízení pracující s touto cílovou skupinou nemůže této otázce ve svém provozu vyhnout.

Mgr. Helena Kotová

Vystudovala sociální práci na UJEP v Ústí nad Labem, pak sociální politiku a sociální práci na FSS MU v Brně. Do kontaktu s nízkoprahovými službami se dostala již během studia v Ústí nad Labem, kdy začala na částečný úvazek pracovat v Kontaktním centru pro uživatele drog v Litoměřicích. V roce 2001 začala pracovat v Nízkoprahovém klubu pro děti a mládež PVC v Blansku, kde rozšířila do té doby čistě mužský tým a kde působí dodnes. Dále se také specializuje na práci s divčí klientelou.

V roce 2004 spoluzakládá a do roku 2008 vede pracovní skupinu NZDM krajů Vysočina a Jihomoravského, která spojuje NZDM z těchto krajů a společně pracují na zvyšování kvality poskytovaných služeb.

Od roku 2007 je vedoucí klubu PVC, v současné době působí také jako místopředsedkyně Správní rady České asociace streetwork, podílí se jako lektorka na vzdělávání pracovníků na kurzech i seminářích, poskytuje supervizi a metodické vedení.

Kontakt:

tel.: 777 916 283

e-mail: nzdm.blansko@podaneruce.cz

Bc. Martin Holíš

Vystudoval sociologii v kombinaci se sociální politikou a sociální práci na FSS MU v Brně. Do kontaktu s nízkoprahovými službami se dostal již během studia. V roce 1999 začal spolupracovat s o. s. Ratolest Brno a v roce 2000 začal pracovat jako streetworker v tomtéž sdružení. Zde pracoval na ulici 5 let, a to bez zázemí. V roce 2004 spoluzakládá a dodnes vede Nízkoprahový klub Likusák. Je neustále v přímé práci s klienty jak na ulici, tak v zařízení. Působí také jako metodik, hodnotitel a lektor ČAS.

Kontakt

tel.: 604 194 064

e-mail: likusak@ratolest.cz

Nízkoprahový klub PVC Blansko (Podané ruce, o. s.)

Saďová 2

678 01 Blansko

tel.: 516 410 621

<http://pvcklub.unas.cz>

*Kotlanova 10
628 00 Brno
tel.: 731 237 809
www.ratolest.cz*

POZNÁMKY

Investujeme pro budoucnost.

ČESKÁ
SPORITELNA
Jsme Vám blíž.

Ilona Preslová, Olga Hanková a kol.
Mladiství a drogy
V roce 2010 vydal SANANIM, o. s., Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13
Grafický design Jan Tippman, www.tippman.cz
Sazba SELA DTP Studio, www.sela.cz
Tisk BCS, s. r. o., Chrást č. 59, 289 14 Poříčany

ISBN 978-80-904536-0-9

Jsme všude tam, kde se sny a přání mění v realitu. Jsme silná a konkurenceschopná banka. Jsme také spolehliví, otevřený, vnímavý a vstřícný partner společnosti, ve které působíme. Společenská zodpovědnost se prolíná všemi oblastmi našeho podnikání v obchodních vztazích i ve vztazích k zaměstnancům. Navíc ve spolupráci s řadou neziskových charitativních společností a sdružení máme tu čest již celá léta podporovat projekty, které přinášejí do životů lidí i přírody naději. Podporujeme seniory a jejich aktivní začlenění do společnosti, spolupracujeme s organizacemi, které se věnují drogové problematice. Intenzivně podporujeme vzdělávací projekty a velký důraz klademe na udržitelný rozvoj a ochranu životního prostředí. Investice do těchto oblastí jsou investicí pro budoucnost nás všech.

„Přestože víme a rodičům našich klientů to říkáme, že problém drog se může objevit v každé rodině, přece jen se zde vyskytují určité nápadné znaky těchto rodin. Ze zkušenosti víme, že jedním z rizikových faktorů je extrémně volná liberální výchova, která neurčuje hranice a mantinely a která může být dítětem vnímána sice jako příjemná, ale zároveň jako nejasná a vyvolávající pocit nejistoty a nezájmu o dítě. Je zajímavé, že počátkem 90. let odborníci mnohem častěji popisovali výchovu a rodinné zázemí tehdejších klientů jako výrazně protektivní, ochranné a typické maminky jako nadměrně pečující. Mluvilo se s nadsázkou o matkách, které jsou ochotné přijít na léčbu místo svého dítěte. V současné době se u nás i v dalších zemích hovoří o necitlivé matce či rodině. Typičtí rodiče jsou spíše ti, kteří přivádějí dítě do léčby s tím, abychom ho „spravili“ a oni si ho pak zase vyzvednou.“

Ilona Preslová: Nedospělý klient v ambulantní léčbě

Neprodejné

ISBN 978-80-904536-0-9

