



# SOCIÁLNÍ PRÁCE A DROGOVÁ PROBLEMATIKA DĚTÍ A MLADISTVÝCH



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



## Informace o projektu

Tento Sešit je vydán a financován prostřednictvím projektu „*Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce II*“; reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_017/0003751. Projekt je součástí Operačního programu Zaměstnanost Evropského sociálního fondu a plynule navazuje na svého předchůdce stejného názvu.

V rámci projektu jsou realizovány níže uvedené klíčové aktivity:

### Posílení kompetencí sociálních pracovníků

- Aktivita je zaměřena primárně na vytvoření prostoru pro odborné diskuse a zvyšování odborných kompetencí sociálních pracovníků. Jedná se hlavně o řešení odborných otázek a etických dilemat vyplývajících z každodenní praxe sociálních pracovníků a témata související s aktuálním rozvojem a inovacemi v sociální práci.
- Konference pořádané u příležitosti Světového dne sociální práce, odborné semináře, workshopy, Jarní/Podzimní škola sociální práce, vzdělávací program zaměřený na mediální dovednosti, zahraniční studijní cesty (Slovensko – Košice, Bratislava a Nitra).
- Odborná knihovna a studovna s možností zapůjčení mnoha tuzemských i zahraničních titulů.

*Hlavní cíle:  
podpora profesionalizace  
výkonu sociální práce v ČR  
a pozitivní propagace*

### Pilotní nastavení a ověření v oblasti profesního růstu sociálních pracovníků, v oblasti kvality a efektivity výkonu sociální práce a vytvoření databáze sociálních pracovníků

- V rámci této aktivity budou navrženy podmínky pro získání profesních stupňů specialista a všeobecně uznávaný odborník a to na úrovni klientské a neklientské.
- Bude vytvořen pilotní model Databáze sociálních pracovníků, který umožní registraci sociálních pracovníků, v rámci které současně dojde k ověření odborné způsobilosti sociálního pracovníka.
- Aktivita se věnuje také kvalitě v sociální práci a efektivitě výkonu sociální práce.

*Cílová skupina:  
sociální pracovníci,  
nepřímo široká  
veřejnost*

### Osvěta/Mediální obraz sociální práce

- Cílem aktivity je pozitivní propagace a osvěta sociální práce za účelem rozšíření povědomí o jejích možnostech, tj. o podpoře a pomoci, kterou sociální pracovník může a umí nabídnout klientovi (i potenciálnímu).
- V pravidelných intervalech jsou vydávány odborné články a publikace, které odrážejí činnosti projektu a zaměřují se na aktuální témata v oblasti výkonu sociální práce.
- Články:
  - na [www.socialninovinky.cz](http://www.socialninovinky.cz)
  - v elektronickém časopise Sociální práce/Sociálna práca
  - v Listech sociální práce
- Sešity sociální práce
- Publikace ze zahraničních studijních cest
- Sborníky z konferencí
- Plakáty věnované historii sociální práce a osobnostem sociální práce z praxe
- Televizní a radiové spoty
- Videospoty

### Evaluace projektu

- V rámci projektu bude vyhotovena evaluační studie s cílem zhodnotit dosažené výsledky a krátkodobé dopady. Evaluační aktivity a zpracování studie probíhají v průběhu celé realizace projektu.



Věříme, že pro Vás byl Sešit sociální práce užitečný a pokud o něj máte zájem i v tištěné podobě, můžete si pro něj zajít do naší **Odborné knihovny projektu**, kde je možnost zapůjčení odborných publikací. Knihovna nově sídlí na adrese Kartouzská 4, Praha 5 – Smíchov, 1. patro, kancelář č. 3 – na recepci Vás nasměrují. V knihovně naleznete spoustu zajímavých, jinak těžko dostupných titulů, týkajících se sociální práce. V minulém roce byla knihovna rozšířena o 42 odborných titulů! Seznam všech knih naleznete na webové stránce <http://www.budmeprofi.cz/knihovna/>. Prosíme Vás – čtenáře, abyste se před návštěvou ohlásili a oznámili přibližný čas, kdy Vás můžeme očekávat. Součástí odborné knihovny je nově také studovna, kterou můžete využít k prostudování publikací, zejména těch, které jsou určeny pouze k prezenčnímu zapůjčení.



### Kontakt:

Mgr. Lucie Mičínová  
([lucie.micinova@mpsv.cz](mailto:lucie.micinova@mpsv.cz), 770 147 943)

*Děkujeme  
Váš tým Profíků II*

## OBSAH

Informace o projektu	1	Průběh léčby v Dětském detoxu	44
Úvodní slovo	6	Klienti Dětského detoxu dle okolností příjmu	46
Představení garanta	8	Dvě kazuistiky klientů a mýtus o sociální předurčenosti uživatelů drog	48
Úvod	9	Alkohol – nebezpečná droga	49
<b>KAPITOLA 1 / AKTUÁLNÍ TRENDY V PRIMÁRNÍ PREVENCI – PROTIDROGOVÁ PREVENCE V ŠIRŠÍCH SOUVISLOSTECH</b>	<b>13</b>	Akutně intoxikovaný klient	50
Mgr. Kristina Pernicová	14	Užívající klient	51
Úvod	15	<b>KAPITOLA 5 / PROBAČNÍ PROGRAM PRO MLADISTVÉ PACHATELE</b>	<b>53</b>
Aktuální trendy	15	Radek Skřivan, DiS.	54
Budování sebehodnoty v preventivním programu	17	Probační program Proxima Sociale	55
...a jak to souvisí s drogami	18	Kazuistika	59
<b>KAPITOLA 2 / UŽÍVÁNÍ DROG DĚTMI A MLADISTVÝMI V KONTEXTU PRÁCE OSV A OSPOD</b>	<b>23</b>	Dobrá praxe a inspirace pro práci s klienty	61
Lukáš Mejsnar, DiS.	24	<b>ZÁVĚR – Mgr. Martin Titman</b>	<b>63</b>
Úvod do výkonu sociálně-právní ochrany dětí	25	Použitá literatura	66
Individuální plán ochrany dítěte	26		
Závěr	28		
<b>KAPITOLA 3 / LÉČBA ZÁVISLOSTÍ U DĚTÍ V DĚTSKÉM DETOXIKAČNÍM CENTRU</b>	<b>31</b>		
MUDr. Světlana Kroftová	32		
Jak funguje Dětské a dorostové detoxikační centrum	33		
S jakou problematikou se nejčastěji setkáváme	33		
Co obnáší práce s klienty Dětského a dorostového detoxikačního centra	35		
Další souvislosti pro práci Dětského a dorostového detoxikačního centra	36		
Závěr	38		
<b>KAPITOLA 4 / AKUTNĚ INTOXIKOVANÝ, EXPERIMENTUJÍCÍ A PROBLÉMOVĚ UŽÍVAJÍCÍ DĚTSKÝ A ADOLESCENTNÍ KLIENT</b>	<b>41</b>		
Radek Talpa	42		
Úvod	43		
Dětské a dorostové detoxikační centrum (Dětský detox)	43		

## Úvodní slovo



Vážení čtenáři,  
s potěšením Vám představuji další, v pořadí již osmé vydání Sešitu sociální práce (dále jen „SSP“), které je jedním z výstupů projektu „Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce II“. Předkládaný Sešit se zaměřuje na problematiku drogové závislosti dětí a mladistvých. Představujeme ji z pohledu pěti odborníků, kteří s těmito dětmi a mladistvými pracují a pomáhají jim nalézt cestu ven z rizikového užívání.

V Sešitě tak můžete nalézt příspěvek Kristiny Pernicové, odbornice na primární prevenci ve školách; Lukáše Mejsnara, pracovníka odboru sociálních věcí městské části; Radka Skřivana, koordinátora probačního programu; Světlany Kroftové, lékařky Dětského a dorostového detoxikačního centra a Radka Talpy, ošetřovatele a vychovatele v tomto zařízení.

„Lidé se vždycky snažili uniknout problémům, dosáhnout pocitů štěstí, pohody, síly a mimořádných schopností, fantastických zážitků a inspirace. Bylo pro ně lákavé získat žádoucí pocity ihned a bez vynaložení námahy. Tuto možnost, event. alespoň její iluzi, jim poskytovaly psychoaktivní látky. Mohly je na určitou dobu zbavit nejistoty, starostí a strachů, zlepšit jejich sebehodnocení. Vedly k rychlému a snadnému uspokojení, ale zároveň přinášely další, obvykle ještě větší problémy. I když je obecně známo, že užívání psychoaktivních látek má nepříznivé důsledky, lidé se jich nikdy nedokázali zcela zříci.“ (Vágnerová 2014). V letech 2010–2018 fungovala v České republice Národní strategie protidrogové politiky. Některých cílů bylo dosaženo, jiné zůstávají a budou naplňovány v nové Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. Mezi dětmi a mládeží došlo podle výsledků školních studií ke snížení kouření tabáku, užívání alkoholu i nelegálních drog, čímž se tak dostávají na průměr evropských zemí.

MPSV odpovídá za řešení sociálních problémů souvisejících se závislostí a za realizaci a financování sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Rovněž odpovídá za právní předpisy týkající se budování, financování a zajištění dostupnosti a kvality systému sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, a to v rozsahu kompetence MPSV. Je zapojeno do koordinace protidrogové politiky na národní úrovni a částečně i na úrovni mezinárodní. V roce 2019 MPSV podpořilo 26 sociálních služeb s celostátní nebo

nadregionální působností příspěvkem ve výši téměř 60 mil. korun (nárůst oproti roku 2018 o 8 mil.), jednalo se o služby následné péče, terapeutické komunity a odborné sociální poradenství. Z uvedeného vyplývá, že MPSV se nejen aktivně podílí na řešení oblasti závislostního chování, ale také vynakládá na tuto oblast každým rokem více finančních prostředků. MPSV se aktivně podílelo na Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 a její aplikaci prostřednictvím Akčního plánu realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021. Jejich hlavním cílem je zabezpečit řešení sociálních problémů souvisejících se závislostí a realizaci a financování sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách.

Předkládané příspěvky představují spektrum činností odborníků specializovaných na drogovou problematiku dětí a mladistvých, kteří se na pomoci dítěti a jeho rodině musejí podílet. Sociální pracovník má mezi těmito odborníky své nezastupitelné místo. Prostřednictvím příkladů z praxe přibližuje Sešit sociální práce činnost jednotlivých profesionálů – odborníků, kteří se mohou do péče o dítě zapojit a jejich přínos.

Pevně věřím, že předkládaný text bude inspirativní pro každodenní praxi nejen sociálních pracovníků, kteří přímo pracují v této oblasti, ale i pro jejich kolegy, s nimiž se setkávají v multidisciplinárních týmech nebo na případových konferencích. Zároveň bych rád vyjádřil uznání a velkou podporu sociálním pracovníkům, kteří vykonávají tak potřebnou a pro společnost nepostradatelnou činnost a přeji jim mnoho úspěchů v jejich práci.

**Mgr. Bc. David Pospíšil, DiS.**

ředitel Odboru sociálních služeb a sociální práce  
Ministerstvo práce a sociálních věcí

## PŘEDSTAVENÍ GARANTA



### Mgr. Martin Titman

Vystudoval teologii na Katolické teologické fakultě Univerzity Karlovy. Dlouhodobě působí jako terapeut a vedoucí Nízkoprahového střediska ve Středisku prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o. p. s., a vyučuje poradenství a základy adiktologie na Vyšší odborné škole sociálně právní. Jako supervizor se uplatňoval v různých zařízeních nejen adiktologického zaměření a aktuálně pracuje pro terapeutický tým v Psychiatrické nemocnici v Jihlavě. Jako spoluautor několika odborných článků, občasný přednášející na adiktologických konferencích

a lektor vzdělávání pro odborníky i laickou veřejnost se zabývá především tématem komunikace a problematikou závislostního chování.

## Úvod

Drogy a jejich užívání jsou neodmyslitelně spjaty s člověkem, jeho biologickým, psychologickým i společenským kontextem. Nejedná se v přírodě o nic výjimečného, neboť i u zvířat se setkáváme s využíváním účinků psychotropních látek – k utlumení a odpočinku organismu, obraně, komunikaci, rozmnožování... Lze tedy v souvislosti s drogami mluvit o čemsi normálním, co ze života prostě nelze vymýtit. Z tohoto pohledu se pak veškeré aktivity směřující k „světu bez drog“ jeví nejen jako naivní, ale i nepřírozené, a tím předem určené k neúspěchu. S čím se ovšem lze potýkat, snad i do jisté míry úspěšně, je zneužívání drog, tedy užívání mimo rámec smysluplnosti a prospěchu. Přičemž ono zneužívání nemusíme hned chápat ve smyslu rizikového požívání látek, které nakonec více uškodí, než pomůžou; drogy jsou zneužívány jako fenomén i na systémové úrovni – ke kontrole a ovládnutí lidí, k nárůstu moci (nejeden politik si rozjel kariéru „bojem proti drogám“), k ekonomickému obohacování... Je třeba zmínit, že téma, kterým se zabýváme, má k systémovému zneužívání tématu drog blízko. Například emotivním výrokem „Chcete snad, aby naše děti braly drogy?!“ se běžně, a u nás často s úspěchem, argumentuje proti ověřeným a fungujícím postupům racionální drogové politiky, jako je dekriminizace, různé služby snižování rizik apod. Pokud se ovšem soustředíme na zneužívání drog ve smyslu tzv. abúzu, tedy nadužívání, jedná se o fenomén, který pravděpodobně v přírodě nemá obdoby a vymykáme se jím (samozřejmě mimo jiné) ze svého původního vývojového prostředí. Zároveň je třeba zmínit, že i abúzus má v lidské společnosti také přinejmenším komunikační funkci. Vyjdu-li ze své praxe, nejednou jsem se třeba u adolescentního uživatele marihuany setkal s tvrzením, že mu užívání sice nic moc nedává, ale je pro něj důležité, že to „fotra sere“. Podobně se i u dospělých abúzérů setkáváme s drogovou kariérou (tedy nejen užíváním samotným, ale i souvisejícím chováním a společenskými postoji) ve smyslu vztyčeného prostředníčku vůči konzumní společnosti nebo vůči autoritám.

V souvislosti s dětmi a dospívajícími téma drog a jejich užívání často zaujímá emoční a komunikační roli s mnoha vrstvami zájmů a sdělení a tato role mívá tendenci výrazně překrývat a eliminovat racionalitu. Vůbec spojení slov „děti“ a „drogy“ má obvykle emoční konotace, podobně jako třeba spojení slov „děti“ a „sex“. Je to něco, co k sobě nepatří, co evokuje nějaký strašný problém, co je třeba ovládnout a zabránit „tomu“. Ono „to“ pak často má nějaký vágní obsah, který se v případě nutnosti projevuje vytvářením iracionálních spojení „drogy = smrt“ a podobně. Pokud se tento myšlenkový, nebo spíše emoční rámec přetváří do podoby preventivních aktivit, vznikají pak projekty, programy, aktivity, které se po osekání všeho balastu výmyslů, polopravd a manipulací dají shrnout do stručného tvrzení pana Mackeye, školního poradce ze seriálu South Park: „Drogy jsou špatné a neměli byste je brát, áno.“

Děti a dospívající ovšem skutečně jsou ohroženi drogami, jejich účinky, lákavostí zkratky ke „šťěstí“ či „řešení problému“, možností na nich demonstrovat svou nezávislost, své rebelství, schopností naplnit čas atd. Jak je tedy účinně chránit, nejen před drogami samotnými (droga jako látka je substance bez vůle a jakéhokoli hodnotového či etického rozměru), ale hlavně před nimi samotnými, jejich rozhodnutími bez kontextu budoucnosti, bez uvědomění závažnosti jednotlivých voleb, které v kontextu svých životů činí? Prostě jak děti při troše zjednodušení chránit před zneužíváním drog? Pět autorů nám v tomto Sešitě sociální práce předkládá své pohledy a zkušenosti s problematikou, ke které se vztahujeme. Autoři jsou odborníci a praktici z různých oblastí práce s dětmi a dospívajícími v kontextu drog a jejich užívání. Primární prevence pracuje obvykle s dětmi, které ještě příliš nepociťují dopady svého rizikového chování, případně s dětmi ještě nezasazenými problémy s drogami či dokonce někdy nedotčenými celou drogovou problematikou. Odbor sociálních věcí obecního úřadu (součástí je oddělení sociálně-právní ochrany OSPOD) chrání děti ocitající se v situacích, které přímo mohou vést k rizikovým rozhodnutím, potažmo k „autoterapeutickému“ (tedy sebe léčícímu například z různých traumat) a následně problémovému užívání, případně se snaží systémově zamezovat rozvoji problémového chování. Probační program zachycuje mladistvé pachatele trestných činů často souvisejících s problémovým užíváním drog. Poskytuje jim možnost nápravy dopadů svého jednání a životní stabilizaci. Zdravotnické zařízení v podobě „dětského detoxu“ je pak jakýmsi záchytným místem, kde se setkávají děti a mladiství v různých fázích drogové kariéry, v různých stupních svého iracionálního rozhodování, v různých stupních poškození a spojuje je akutní krize, obvykle somatická; toto zařízení zahrnuje zdravotnickou i sociální složku tak, aby bylo možno aktuálního stavu pacienta využít k nastartování procesu, který by mohl vést k pozitivním změnám.

Je třeba ovšem k tématu zmínit ještě jeden problém. Adiktologické služby u nás patří mezi jedny z mála sociálních či sociálně laděných služeb, které nemají při vytváření koncepcí partnera na straně klientů či potenciálních klientů. Nejen, že v České republice neexistuje v žádné podobě funkční sdružení uživatelů drog, tak jak je to v mnoha zemích běžné například v podobě institutu Users' Fora (UFo), ale obvykle nemáme ani tendenci se realisticky ptát na názor příjemců služeb na koncepční věci. A přibrat k úvahám o službách mladistvé nebo děti už je prakticky za horizontem naší představivosti. Proto se zde pokusíme tento lapsus alespoň mírně napravit a na názor se zeptáme představitelů věkové skupiny, již se sborník zabývá. Jeho pohled je samozřejmě subjektivní (koneckonců stejně jako náš) a samozřejmě omezený vlastními zkušenostmi a vzděláním (stejně jako náš). Ptal jsem se žáka osmé třídy základní školy, říkejme mu třeba Honza. Honza má běžné zázemí, drogy nebere, ve škole funguje prostě jako ostatní děti.

Já: Honzo, co si tak obecně myslíš o drogách?

H: No, drogy se dají využít i zneužít. Lidi je chtějí zkusit, dává jim to něco dobrého a zároveň něco špatného. Je to dost individuální.

Já: Určitě ses aspoň ve škole setkal s primární prevencí. Co si o tom myslíš?

H: Většinou nám jenom ukážou tu nejhorší stránku, to negativní. A říkají nám, že nemáme brát. Ale vůbec nám neukazují úspěšný lidi na drogách, ani nám neříkají, že takový lidi existují. A my víme, že existují.

Já: Znáš nějaký úspěšný lidi na drogách?

H: Jasně. Teda osobně ne, ale třeba rappery, který berou, mají úspěchy, mají peníze, popularitu. Nebo některý manažeři třeba.

Já: Proč lidi v tvém věku berou drogy?

H: No obvykle to asi mají od starších sourozenců, a když si toho dají moc, mají problém. Znáš kluka, kterej začal pít, protože pilí ostatní v partě kolem něj, kamarádi. Lidi se chtějí zařadit. Nebo taky přes drogy od něčeho utíkají. Docela často se setkávám s lidma, který mají hnusný rodiče, který na ně furt řvou a oni začnou kouřit. Dělá jim to dobře, relax po tom hrocení.

Já: Umíš si představit, když už někdo v tvém věku bere, co ho může motivovat, aby s tím něco dělal? Jakože aby třeba přestal brát?

H: Člověk, na kterým mu záleží, kterej je z toho nešťastnej. Takže asi pocit viny. Nebo taky třeba průšvihy ve škole, špatný známky a tak; teda to u lidí, který mají nějakou představu, že by chtěli něčeho dosáhnout a tu školu k tomu potřebují. Jakože kdyby se mu ty plány kvůli braní začaly komplikovat... Hlavní motivace je, když máš problém. Když je všechno ok, všechno v pohodě, není důvod něco měnit. Problém můžou bejt taky třeba policajti. Nebo když ho rodiče vyhodí z domova. To za to většinou nestojí.

Já: K drogovým službám. Napadá mě, že pro lidi tvého věku existuje ta primární prevence, existuje léčba, ale vlastně neexistuje terciární prevence, jakože snižování rizik, výměny stříkaček a tak, pro beroucí. Co si o tom myslíš?

H: Fakt to není? Jakože když někdo jako já bere injekčně, tak si nemůže vyměnit použitou za čistou? To je divný, ne? Mělo by to být. Jako u dospělejch. Možná jenom s víc informováním o rizicích a tak. My se k drogám dostaneme úplně jednoduše, ale k pořádným informacím moc ne.

Já: Napadá tě z hlediska systému, drogové politiky, služeb, něco, co kdyby tak bylo, tak by lidi v tvém věku míň padali do problémového užívání? Něco ideálního, třeba aktuálně nespílitelného.

H: Vůbec nevím. Každý to má úplně jinak.

Já: Říkám si, jak třeba vnímáš to, že některý drogy jsou legální a některý nelegální? Má to na tvoji věkovou kategorii nějaký vliv? Jakože třeba „zakázaný ovoce víc chutná“?

H: No... Alkohol škodí úplně nejvíc a přitom se dá sehnat úplně jednoduše. To je divný, ne? Ale jinak s tím zakázaným ovocem... Ono je vlastně úplně jedno, jestli je něco legální nebo nelegální. Já myslím, že na to vůbec nehraju. Zakázaný věci jsou prakticky všude. Všechno seženeš bez problémů, ty nejobtížnějc sehnatelný věci třeba do týdne. Zakázanost vůbec nic neovlivňuje.

Já: Tak dík.

H: Jo, taky.



## **KAPITOLA 1**

**AKTUÁLNÍ TRENDY V PRIMÁRNÍ PREVENCI  
– PROTIDROGOVÁ PREVENCE V ŠIRŠÍCH  
SOUVISLOSTECH**



## AKTUÁLNÍ TRENDY V PRIMÁRNÍ PREVENCI – PROTIDROGOVÁ PREVENCE V ŠIRŠÍCH SOUVISLOSTECH



### Mgr. Kristina Pernicová

Mgr. Kristina Pernicová vystudovala na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy jednooborovou psychologii. V minulosti působila jako psycholožka v diagnostickém ústavu pro mládež, v současné době se věnuje metodické a profesní podpoře začínajících učitelů, terapii v dětských růstových skupinách a rodičovských skupinách. Lektoruje intervenční programy a všeobecnou primární prevenci na základních školách. V příspěvku jako odbornice na primární prevenci předkládá souhrn informací především o indikované prevenci, tedy prevenci pro děti, které „jsou již působení rizikových faktorů vystavené nebo se rizikového chování dopouštějí“. V rámci aktivit ve školách zdůrazňuje nutnost

sociometrie, která umožňuje analyzovat klima ve třídě a objevit tak nejrůznější rizikové faktory, které vedou nebo mohou vést k objevení nebo potvrzení patologických jevů.

## Úvod

Na našich školách mají preventivní aktivity již několik desítek let pevné postavení a generace žáků by měly mít každoroční zkušenost s všeobecnou primární prevencí ve formě zážitkových programů, besed nebo výjezdů. Tento stupeň prevence je zaměřen na třídy, u nichž není pozorováno žádné rizikové chování a cílem je podpora zdravého životního stylu. Tam, kde jsou již ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj sociálně patologického jevu, je realizována selektivní primární prevence (Černý In Miovský 2010). Jedná se tak například o třídy, ve kterých spolu děti nevycházejí, obtížně přijímají autoritu nebo mají sklon k rizikovému chování.

Následující text však bude zaměřen převážně na prevenci indikovanou – tedy na takovou formu prevence, která pracuje s dětmi, které jsou již působení rizikových faktorů vystavené nebo se rizikového chování dopouštějí (Černý In Miovský 2010). První část se zaměřuje na aktuální trendy ve službách a další je věnována hlubším souvislostem preventivních aktivit, které jsou prezentovány na příkladu.

### Aktuální trendy

Ve třídách je indikovaná prevence realizována ve formě tzv. intervenčních programů. Metodický pokyn ministerstva školství (2016) tento pojem zmiňuje v souvislosti s externí pomocí při šikaně 3. a vyššího stupně<sup>1</sup> a vychází z toho, že škola by měla být schopna zvládnout šikanu 1. a 2. stupně sama. Organizace, které se prevencí zabývají, však tento pojem používají v širším významu a intervenční programy nabízejí pro třídy, ve kterých panují obecně špatné vztahy, dochází zde k šikaně (i 1. a 2. stupně), experimentování s návykovými látkami, případně jinému rizikovému chování.

Práce s těmito třídami je přizpůsobena tomu, že je třeba napravovat narušené vzorce chování a komunikace, poškozené vztahy mezi dětmi i mezi dětmi a učiteli a v některých případech také vztah k sobě samému. Jedná se tedy o intenzivní a z hlediska

1. 1. stadium: Zrod ostrakismu. Jde o mírné, převážně psychické formy násilí, kdy se okrajový člen skupiny necítí dobře. Je neoblíben a není uznáván. Ostatní ho více či méně odmítají, nebaví se s ním, pomlouvají ho, dělají na jeho účet „drobné“ legrácky apod.
2. stadium: Fyzická agrese a přitvrzování manipulace. V zátěžových situacích (což může být i školou vytvářené konkurenční prostředí), kdy ve skupině stoupá napětí, začnou ostrakizovaní žáci sloužit jako hromosvod. Spolužáci si na nich odreagovávají nepříjemné pocity například z očekávané těžké písemné práce, z konfliktu s učitelem nebo prostě jen z toho, že chození do školy je obtěžuje. Manipulace se přitvrzuje a objevuje se zprvu ponejvíce subtilní fyzická agrese. Stupňování agrese může být dáno také neřešením předchozí situace.
3. stadium (klíčový moment): Vytvoření jádra agresorů.
4. stadium: Většina přijímá normy agresorů.
5. stadium: Násilí jako normu přijímají všichni členové třídy (Kolář, 2011).

odbornosti náročnější sérii setkání se třídou, kterou by měli realizovat psychologové, speciální pedagogové, případně další pracovníci z pomáhajících profesí s psychotherapeutickým výcvikem.

Intervenční program probíhá v rozmezí několika málo měsíců a jeho běžnou součástí je sociometrické šetření<sup>2</sup>, které usnadňuje diagnostiku třídního kolektivu. Program se tak v závislosti na organizaci, která ho realizuje, může odehrát například během šesti setkání se třídou v rozpětí dvou měsíců.

Přestože jednou z hlavních forem práce zůstává využívání interaktivních technik, hloubka reflektování dění ve třídě je značně odlišná od tradičních programů všeobecné primární prevence. Důležitým momentem, který rozhoduje o úspěšnosti takového programu je kromě odborného vedení lektorem, který dokáže se třídou vhodně pracovat a děti a studenty motivovat ke spolupráci, také spolupráce pedagogů, zejména třídního učitele, a rodičů. Čím více jsou tyto pilíře stabilní, tím větší bude mít program dopad a nově nastavené vzorce fungování budou platné i po jeho skončení a odchodu lektorů ze školy.

V současné době poptávka po intervenčních programech ze strany škol jednoznačně převyšuje kapacitu státních i nestátních organizací. Přesto je nezpochybnitelně dobrou zprávou pro české školství fakt, že zájem o tyto programy vzrůstá.

Slabým místem jakékoliv práce se třídou je skutečnost, že mnohé z nevhodných projevů dětí i dospívajících vycházejí z osobnosti konkrétního žáka či studenta, jeho individuálních – někdy traumatických – zkušeností a jeho mimoškolního (rodinného či vrstevnického) zázemí. Do efektivity intervenčního programu vstupují tedy i proměnné, které přesahují možnosti této formy práce, ale které ji zároveň zásadním způsobem ovlivňují.

Není v silách lektorů všechny tyto aspekty v rámci práce se třídou zaznamenat, ověřit a zpracovat. Kromě časového omezení do věci vstupuje i etický aspekt – bezpečí každého dítěte a dospívajícího a důvěra vůči okolí, která je často narušená a buduje se jen velmi obtížně. Je povinností každého z nás, kdo se třídami pracujeme, hlídat pokud možno psychické bezpečí těch, kteří si ho sami ohlídat neumí a vést rozhovor s žákem jen té hloubky a důvěrnosti, se kterými máme následně čas a schopnosti si poradit. Zároveň musíme respektovat i rozhodnutí dítěte s námi v podmínkách školy nehovořit, případně se programu vůbec neúčastnit.

Proto je v některých případech nutné a dobré využít možností, které spadají do mimoškolní indikované prevence. Jedná se například o dětské růstové skupiny a skupiny

2. Soubor metod realizovaných za účelem diagnostiky třídních vztahů a případně také za účelem stanovení stupně šikany. Cílem je mapování třídní hierarchie, vlivu jednotlivých žáků a vzájemných sympatií a nesympatií.

pro dospívající. Dosud tato skupinová setkání realizovala především střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra, která nestačila pojmout množství dětí, které jsou pro tuto službu indikovány. Nyní se však jejich nabídka rozšiřuje i do neziskových organizací, což lze považovat za velký krok vpřed. S tím, jak roste počet míst, která tuto službu nabízejí a počet klientů, kteří jí využívají, se zmenšuje i stigma, které mohou v souvislosti s využíváním psychologických služeb děti nebo jejich rodiče pociťovat.

Důvodů, proč děti a dospívající do skupin dochází, je celá řada – může jít o problémy navázané na školu a třídu, na jiné vrstevníky, na rodinu, i o potíže, které lze spojovat s osobnostním nastavením dítěte – zvýšená úzkostnost, staženost nebo naopak impulzivní, zkratkovité chování atd.

Hlavní výhodou, kterou mají taková skupinová terapeutická setkání, je možnost jít v konkrétních obtížích více do hloubky. Důvodem je jednak výrazně menší počet dětí než v běžné školní třídě a většinou také větší míra vnímaného bezpečí. Dítě může sdílet své problémy s vrstevníky, se kterými se stýká na základě svého rozhodnutí a není svázáno pocitem, že se s nimi bude nuceně potkávat dalších několik let. Zároveň má možnost své vazby k vrstevníkům budovat znovu, začít jinak a třeba lépe, v případě, že ve školní třídě se mu vztahy nezdaří být uspokojivé. V pozdějších fázích skupin mají děti možnost v kontrolovaném a důvěrném prostředí zkoušet formy chování a komunikace, které mohou následně aplikovat v náročnějším prostředí školní třídy a svěřit se svými obavami a problémy beze strachu z posměchu a odsouzení. Klíčová je přitom možnost zažít přijetí skupinou vrstevníků a s tím související uznání a úspěšnost ve sdílených aktivitách, což může podnítit pozitivní změnu v jeho vztazích i v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Nadstavbou, kterou obvykle preventivní programy realizované ve školách mít nemohou, je i užší spolupráce s rodiči, která, pokud je zdařilá, efektivitu násobí. Proto některé organizace, které tyto skupiny realizují, mají navíc skupinová setkání pro rodiče. Ta nejsou tak častá jako setkání pro děti, ale i řidší frekvence zajišťuje to, že se rodiče cítí být více vtaženi do řešení celého problému. Nevnímají ho odosobněně tedy tak, že jich se vlastně netýká, a zároveň jim tato setkání dávají prostor pro sdílení výchovných, někdy i osobních témat a mnohdy i jejich řešení. Často takové organizace nabízejí navíc možnost individuálních setkání pro rodiče nebo děti, někdy také setkání rodinná, pokud je to potřeba. V takovém případě může být problém řešen více komplexně, což je ideální vzhledem ke skutečnosti, že mnoho dětských potíží v různé míře s rodinným prostředím souvisí.

### **Budování sebehodnoty v preventivním programu**

Programy se třídami nebo skupinová setkání se většinou zaměřují na dosažení určitého preventivního cíle a za tím účelem jsou voleny vhodné techniky. Celým procesem však postupují i další témata, která nejsou většinou explicitně vyjádřena, jsou ale pro

vývoj dítěte zásadní. Tato kapitola se krátce zaměří na jedno z těchto témat – sebezpojetí dítěte.

Období, do kterého spadá většina preventivních programů – tedy 4. třída až konec střední školy, se střetává s obdobím adolescence. To začíná zhruba v 11 letech a končí až po dosažení plnoletosti a je osobnostně velmi náročné. Je plné hormonálních výkyvů, hledání vlastní identity, při kterém vliv a důležitost vrstevníků nabývá na síle. Charakteristická je zvýšená kritičnost vůči sobě i okolí, emoční labilita, nejistota, přítomné jsou také výkyvy v sebezpojetí (Obereignerů a kol., 2017).

Sebezpojetí je jakousi výslednicí interakce člověka s jeho významným okolím. V ranějších obdobích lidského života jsou stěžejními osobami, které poskytují jedinci zpětnou vazbu o tom, jaký je, rodiče či jiné pečující osoby. V období adolescence narůstá při formování sebezpojetí význam vrstevnické skupiny, která dospívajícího hodnotí a reaguje na něho. V konečné fázi adolescence je pak sebezpojetí relativně stabilně formováno a působí selektivně na příchozí informace – některé z nich člověk přijímá, jiné odmítá, do vědomí se dostanou jen ty, které jsou v souladu s jeho pohledem na sebe sama, ostatní nejsou asimilovány a podléhají vytěsnění. To směřuje k sebezpotvrzení (Poledňáková, 2009, s. 70).

S jistou mírou zjednodušení tedy můžeme říci, že negativní zkušenosti ve vztazích s vrstevníky mohou mít poškozující, někdy až devastující vliv na sebezpojetí dítěte. Jeho špatné sebezpojetí – nízké sebehodnocení se může dále projevat v mezilidských vztazích, ve kterých pak reaguje neadekvátně. Takové chování – někdy agresivní, někdy vyhybavé – nebývá obvykle přijato kladně a vede k negativnímu sebehodnocení (Poledňáková, 2009). Tím se nepřilíší šťastný kruh uzavírá.

Pokud tedy pracujeme se třídou na zkvalitnění vztahů, na tom, aby se žáci ve třídě cítili bezpečně, aby cítili, že je okolí přijímá a měli mezi sebou přátelské vazby, ovlivňujeme nejen to, jak se žáci aktuálně cítí a to, jak budou vzpomínat na svá školní léta, ale také jim usnadňujeme cestu budoucím životem. Naopak, pokud se vztahy ve třídách nechávají ladem, mohou mít špatné zkušenosti s vrstevníky mnohem dalekosáhlejší negativní vliv, než jen to, že dítě nebude do školy chodit rádo.

### ...a jak to souvisí s drogami

Pokud čtenář marně hledá souvislost s prevencí užívání návykových látek a klade si otázku, proč se většina textu týká vztahů, které s drogami nesouvisí, následující řádky snad poskytnou vysvětlení. Propojení dobrých nebo špatných vztahů v kolektivu a s tím spojeného dobrého nebo méně dobrého sebezpojetí se totiž setkává s tématem návykových látek hned v několika bodech.

Z odborné literatury (Miovský, 2010) víme, že u toho, kdo se chová rizikovým způsobem v jedné oblasti, je zvýšené riziko toho, že se bude chovat rizikově i v jiných oblastech.

Typicky se udává příklad souvislosti užívání návykových látek a gamblingu. Stejným způsobem však funguje syndrom rizikového chování i v souvislostech šikany, kdy děti v roli agresora, obvykle děti s neadekvátním sebehodnocením (nízkým nebo nadsazeným), mají tendenci chovat se i mimo školu rizikovým způsobem. Stejně tak děti, které se cítí být kolektivem nepřijaté, tedy děti se sníženým sebehodnocením, mohou snadněji podléhat vrstevnickým tlakům při experimentování s návykovými látkami, které působí jako sociální facilitátor – tedy něco, co jim usnadňuje interakce s druhými.

Oběti šikany se také mohou dopouštět záškoláctví, které je jednak samo o sobě rizikovým chováním, ale také může vést k nevhodnému způsobu trávení volného času, vznikajícího v době, kdy by měly být ve škole. Víme také, že ti dospívající, kteří mají zkušenost s pitím alkoholu a kouřením, zažívají vyšší míru přijetí a zapojení do vrstevnické skupiny (Miovský, 2010). Můžeme tedy uvažovat o riziku, že děti, které se cítí být z kolektivu vyloučené, se ve snaze zapojit mohou uchýlovat k této zkratce, aby svého cíle dosáhly.

Dalším argumentem pak může být fakt, že úroveň sebezpojetí má vliv na četnost a formu copingových strategií<sup>3</sup>, kterými dospívající disponuje. Právě v obtížných situacích, kdy dítě či dospívající musí vymyslet, jakým způsobem je zvládnout, se projeví, jakou má sebedůvěru a jak odvážné bude při jejich zdolávání. Adolescent s nízkou sebedůvěrou se může v rámci maladaptivní copingové strategie uchýlit k návykovým látkám, aby náročné situaci v rodině, ve škole nebo mimo ni, unikl. Návykové látky mohou být také v nevhodné vrstevnické skupině primární zátěžovou situací, kterou nebude schop zvládnout – tj. drogu odmítnout – a snadněji podlehně. Stejně tak dítě šikanované se může uchýlovat k záškoláctví, které mu umožní uniknout z ohrožující situace. Ačkoliv z dlouhodobého hlediska se nejedná o funkční strategii, krátkodobě si tak dítě zajistí subjektivně větší klid a bezpečí.

Je tedy zřejmé, že je rizikové chování třeba vnímat jako celek, ke kterému je nutné přistupovat komplexně. Tím základním je však práce na kvalitních vztazích v kolektivu. Ve zdravé třídě se totiž žáci mnoha situacím dokážou vyhnout, a pokud ne, pravděpodobně se o problémech dozví škola včas, ještě ve chvíli, kdy budou řešitelné.

Na příkladu z praxe je možné ukázat, jak se jednotlivé druhy rizikového chování propojují. Následující popis se týká druhého ročníku středního odborného učiliště s technickým zaměřením. Třída, do které docházeli pouze chlapci, měla staršího třídního učitele vyučujícího obtížný předmět. Tento vyučující byl odborníkem na svůj obor, v němž odmítal snížit nároky, které kladl na své studenty, s odůvodněním, že nebude poplatný době, kdy studenti musí uspět za každou cenu a z obavy školy z rodičů. V důsledku svého přístupu měl vyučující s třídou problematický vztah. Zároveň i jeho kolegové se

3. Strategie zvládnání stresových situací.

domnívali, že k věcem nepřístupuje adekvátně a složitá byla tedy i jeho situace v pedagogickém týmu. Kriticky byly hodnoceny i jeho výchovné postupy, nedůslednost v dotahování trestů, které třídě uložil, a impulzivita.

V druhé polovině prvního ročníku se ve třídě vyskytlo chování, které škola vyhodnotila jako šikanující vůči jednomu ze studentů. Ve třídě docházelo také k záškoláctví, určitá skupina studentů přijímala autoritu učitelů jen velmi obtížně, celková spolupráce s třídou byla náročná. Škola proto vyšetřila šikanu, viníky pojmenovala a kárně potrestala – jednoho vyloučením (i v souvislosti se záškoláctvím), druhého sníženou známkou z chování, ale dále situaci s třídou neřešila.

V druhém ročníku bylo ve třídě realizováno několik programů selektivní primární prevence, jejichž závěry konstatovaly, že atmosféra ve třídě je i nadále špatná. Původně šikanovaný žák je i nadále na okraji kolektivu, ačkoliv k přímým výpadům nedochází. Část chlapců pravděpodobně experimentuje s návykovými látkami a jejich zájem o obor a studium je nízký. Záškoláctví se ve třídě, podle informací metodika prevence této školy, vyskytovala občasně i nadále. Vztahy s třídním učitelem byly stále napjaté a chlapci hovořili o obavách, které z vyučujícího mají. V pedagogickém sboru zaznívaly názory, že si vyučující za svou situaci může sám, že o třídu nejeví zájem a nezvládá ji.

Pozorování lektorů týkající se třídního učitele se však plně neshodovala s tvrzením ostatních pedagogů – tedy že o třídu nemá zájem a nic o ní neví. Zároveň výroky skoro zletilých chlapců o tom, jak se učitele obávají, se nezdály být vzhledem k jejich celkovému chování věrohodné. Lektoři primární prevence naopak získali dojem, že si třída vybrala učitele jako snadný terč, neboť byla i nadále nastavena na patologické agresivní fungování vztahů. Jako varující vnímali také podezření, že dochází k paralelnímu procesu mezi učitelem a částí jeho kolegů a učitelem a třídou. Stručně řečeno, že někteří pedagogové přistoupili na manipulativní hru třídy. Tuto skutečnost lze vnímat jako velmi rizikovou, a to i v případě, že by výhrady vůči třídnímu vyučujícímu byly opodstatněné.

Škole byl proto doporučen intervenční program zaměřený na vztahy v kolektivu a na nové nastavení zdravějších norem chování a dále práce v rámci pedagogického týmu.

Zásadních momentů, kterých si lze na tomto případě všimnout je několik.

Škola velmi dobře vyšetřila šikanu, určila viníky a razantně přistoupila k jejich potrestání, ale dále se třídou příliš nepracovala. Platí ovšem, že šikanující chování je téměř vždy výsledkem procesu, během kterého se posouvají hranice toho, co je ve třídě považováno za běžné. Do šikany je zapojena celá třída, ačkoliv v tomto případě byla většina v roli přihlížejících. Patologické chování nevymizí vyloučením viníků, ale všichni

dotčení studenti se musí znovu naučit, jak se chovat jinak a méně destruktivně. Pokud k ozdravnému procesu nedojde, hrozí – jako v tomto případě – že se agrese přesune na jinou oběť.

Pokud navíc pedagogický tým ventiluje, byť nepřímo a v náznacích, svůj nesoulad nebo kritický názor na kolegu před třídami, odráží se to negativně do všech vztahů v rámci školy. Třídám je předkládán nevhodný vzor komunikace, vztahy v pedagogickém týmu jsou deformovány prostředím, ve kterém nepanuje dostatečná míra respektu a loajality a stejně tak jsou tím zatíženy vztahy vyučujících a tříd. Optimálním řešením jsou tedy supervizní setkání s pedagogickým týmem, které mohou pomoci komunikaci a vztahy mezi pedagogy upravit.

Je otázkou, zda záškoláctví a experimentování s návykovými látkami, ke kterému docházelo u jiných studentů, než u oběti šikany, bylo příčinou či následkem špatných vztahů v kolektivu. Pravděpodobně je však nelze vnímat jako samostatně se vyskytující rizikové chování.

S jistým zjednodušením lze říci, že od studentů, kteří svůj volný čas tráví z nějakých důvodů experimentováním s návykovými látkami nebo nechťejí či nemohou pravidelně do školy docházet, lze jen stěží očekávat, že budou motivováni mít zde dobré vztahy nebo že budou mít kapacitu je budovat. Pokud by se však podařilo motivovat je k tomu, aby jim na vztazích ve škole záleželo a pokud by zde měli kamarády, mohlo by to zvýšit jejich motivaci ke školní docházce. Zároveň, pokud by bylo naladění na školu dobré, mohl by zde student najít i pomoc například ve formě nasměrování na některou z podpůrných služeb.

Nelze očekávat, že studenti budou s radostí docházet tam, kde panuje nepříjemná atmosféra, což může u těch, pro které není studium samo o sobě hodnotou, podpořit nechuť ke škole a důvod do ní nejit. V takovém případě je pak nutné volný dopolední čas trávit nějakou alternativou ke školnímu vyučování. Experimentování s návykovými látkami může být východiskem k naplnění takové potřeby. Naopak to, že přítomnost přátelských vazeb, respektive bezpečného prostředí, ve kterém se lze bez obav projevovat a komunikovat, může být silným motivátorem, proč do školy chodit, je zřejmé.

Závěrem lze tedy říci, že školu a vše, co se v ní děje, nelze vnímat pouze jako soubor paralelně se odehrávajících událostí, které začínají a končí příchodem a odchodem dětí a studentů z budovy. Naopak je nutné přistupovat k řešení problémů pokud možno komplexně a tam, kde se zdá, že přesahují možnosti učitele, včas povolovat další odborníky. Ti mohou pomoci jak při akutním řešení krizové situace ve třídě, tak při jejím dořešení poté, co škola zasáhne pomocí represivních prostředků. Mohou také pomoci nastavit další vhodný plán práce s třídou a v případě potřeby moderovat diskusi v rámci pedagogického týmu, který je do problému vtažen.



## **KAPITOLA 2**

**UŽÍVÁNÍ DROG DĚTMI A MLADISTVÝMI  
V KONTEXTU PRÁCE OSV A OSPOD**

## UŽÍVÁNÍ DROG DĚTMI A MLADISTVÝMI V KONTEXTU PRÁCE OSV A OSPOD



### Lukáš Mejsnar, DiS.

Vystudoval sociální práci se zaměřením na děti, mládež a rodinu. Oboru se věnuje od roku 2007, kdy byl sociálním pracovníkem a kurátorem pro děti a mládež na oddělení sociálně-právní ochrany dětí na Městském úřadě v Jičíně. Současně zde působil i jako protidrogový koordinátor. Od roku 2012 žije a pracuje v Praze. Do roku 2013 byl ve funkci asistenta Probační a mediační služby ČR na oddělení obecně prospěšných prací. Dále pak působil jako sociální pracovník a kurátor pro děti a mládež na OPD Městského úřadu Prahy 6. Od prosince 2017 je vedoucím Odboru sociálních věcí Úřadu městské část Prahy 12.

V příspěvku mapuje cesty, kterými se drogami ohrožené děti dostávají do kontaktu s OSPODem. Ukazuje kontext práva, zákona a represivních složek v ochraně zdravého vývoje člověka. Je dobré si povšimnout, že i v prostředí výrazně strukturovaném zákonem je dáván důraz na psychosociální důvody dítěte k užívání drog.

## Úvod do výkonu sociálně-právní ochrany dětí

Sociální pracovník v rámci výkonu sociálně-právní ochrany dětí (dále SPOD) se ve své praxi potkává s dětmi a mládeží a jejich rodinami, které se potýkají s užíváním drog a to hned v několika rovinách. Může se jednat o případy klientů, kteří s drogou přišli do kontaktu v rámci experimentování, nebo se jedná o klienty, u kterých lze hovořit o závislosti. V nejčastějších případech se jedná převážně o alkohol, marihuanu, výjimkou nejsou ani případy zneužívání LSD, pervitinu či extáze. Za několik posledních let zaznamenáváme nárůst zneužívání léků z kategorie antidepresiv a jejich kombinace s alkoholem.

Pracovník SPOD obecního úřadu obce s rozšířenou působností se o konkrétních případech dovídá z různých zdrojů, případně v rámci depistáží. Nejčastějším oznamovatelem jsou školská zařízení a rodiče. Oznámení přicházejí také od Policie ČR, která například v rámci kontrol restauračních zařízení identifikuje nezletilé, kteří jsou pod vlivem alkoholu, případně jiných omamných látek. Je třeba si uvědomit, že samotné užívání drog není trestným činem. Tím se stává až nakládání s drogou, její držení, výroba či distribuce. V případě omamných a psychotropních látek je hlediskem množství držené látky, které určuje, zda se jedná o přestupek či trestný čin. V případě nezletilých, kteří konzumují alkoholické nápoje, také nehovoříme o porušování práva. Pokud se jedná o alkohol, Policie ČR zjišťuje, kde nezletilý k alkoholu přišel, kdo mu jej případně prodal, neboť podávání alkoholu osobám mladších 18 let je již protiprávní jednání. Policie ČR situaci v souladu s § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně vyhodnotí s ohledem na sociální ohrožení nezletilého. V těchto případech záznam o zneužívání alkoholu či omamných a psychotropních látek zasílá na orgány sociálně-právní ochrany dětí, známé pod zkratkou OSPOD, které postupují dle zákonů a metodik.

Jedním ze zdrojů informací bývají školy, které často řeší problematiku užívání alkoholu a marihuany u svých žáků a studentů. Školy mají ze zákona o sociálně-právní ochraně dětí povinnost hlásit skutečnosti, které nasvědčují možnému ohrožení dítěte (§ 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, dále jen ZSPOD). Kromě škol je tato povinnost uložena státním orgánům, pověřeným osobám, zdravotnickým zařízením, případně dalším zařízením určených pro děti. Před samotným ohlášením je třeba, aby škola využila svých možností, např. konzultace se školním metodikem prevence a pokud dojde k závěru, že jednání nezletilého/ho je ohrožující, oznámí tuto skutečnost na příslušný obecní úřad s rozšířenou působností, jejichž součástí jsou i orgány sociálně-právní ochrany dětí, známé jako OSPODY, které jsou povinny se oznámením zabývat. V rámci organizačního rozložení obecního úřadu s rozšířenou působností jsou oddělení sociálně-právní ochrany zařazeny pod sociální odbory, kde se můžeme setkat s terénní sociální pracovníci/pracovníkem a s kurátory pro děti a mládež.

### Příklad řešení situace

Zaměříme se na příklad žáka základní školy, u kterého rodiče našli „podivnou“ látku, kterou vyhodnotili jako marihuanu. Ten se jim nakonec svěří, že látku dostal ve škole a chtěl to s kamarády vyzkoušet. Pokud se rodiče obrátí na sociální pracovníky OSPOD, ti by měli v rámci sociálního poradenství s rodiči pohovořit, uklidnit je, jelikož v určitém věku je experimentování běžné. Pokud v rámci těchto kroků je zjištěno, že se jednalo o případ, kdy nezletilý drogu doposud nevyzkoušel, ale měl to v plánu (vliv vrstevníků, zvědavost), nemusí se bezprostředně jednat o dítě ohrožené podle § 6 ZSPOD. Ten vymezuje, na které děti se zejména zaměřuje sociálně-právní ochrana. V našem případě by se jednalo přímo o písmeno c) daného zákona – „... *požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí...*“. Ale ani samotné experimentální užití návykové látky neindikuje situaci sociálního ohrožení nezletilého. Ovšem pokud je situace vyhodnocena jako ohrožující, SPOD v rámci poradenské činnosti poučí dítě o nebezpečnosti užívání omamných látek, ale také o trestněprávní rovině v případě, že by se prokázalo, že s drženou drogou jakkoliv nakládalo. Ve vztahu k dítěti je vhodné obrátit se na poradenské zařízení, které má zkušenosti s drogovou prevencí a doporučit navázání spolupráce. Ta může spočívat např. v docházení nezletilého do svépomocných, preventivních skupin, v rámci kterých se s dětmi a mládeží pracuje po výchovné a edukativní stránce, tedy jak reagovat na nabízení drogy, jak odolávat vlivu okolí a vrstevníků. Kurátor pro děti a mládež vyhodnotí dítě ne jako ohrožené dle výše zmíněného ustanovení a není tedy další intervence z jeho strany bezpodmínečně nutná, vše zůstává v kompetenci obou rodičů, kteří mají vůči svému dítěti plnou rodičovskou odpovědnost. V případě, že v budoucnu rodiče zaznamenají podobnou situaci či se věc bude opakovat, mohou se opět na OSPOD obrátit, i v tomto případě platí, že pokud se nebude jednat o situaci sociálně ohrožující, poskytne se rodičům základní poradenství. Doporučuje se také navázat spolupráci s dalším specialistou působícím při obecních úřadech s rozšířenou působností a tím je protidrogový koordinátor. Kromě kontaktů na odborná pracoviště může předat rodičům odborné informace, navázat spolupráci se školou, například se školním metodikem prevence. Zde je ovšem třeba dbát na postavení protidrogového koordinátora, jelikož ten nevykonává činnosti v přenesené působnosti, jako je tomu u orgánu sociálně-právní ochrany dětí, ale pouze samosprávnou činnost. To znamená, že jeho kompetence jsou ve vztahu k dítěti a rodině omezené, neprovádí šetření v místě bydliště, nemá právo nahlížet do spisu apod. Zkušený protidrogový koordinátor své kompetence zná a měl by v tomto směru rodinu poučit.

### Individuální plán ochrany dítěte

Jiným příkladem ale bude případ, kdy se na OSPOD obrátí sama škola, která již opakovaně řešila se svým žákem či studentem užívání omamných látek, proběhla zde jednání s rodiči, škola reagovala na situaci uložením výchovných opatření, jelikož se jednalo o porušování školního řádu a celou věc oznámila na OSPOD. Ten na základě oznámení školy rodinu kontaktuje, provede kroky jako v předchozím případě. Kurátor pro děti

a mládež je totiž dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí povinen podobné situace řádně vyhodnotit, využít všech dostupných metod sociální práce, jako je rozhovor s rodiči, pohovor s dítětem, pokud to situace vyžaduje vyžádat si zprávy školy a lékaře a na základě těchto metod vyhodnotit, zda se jedná, či nejedná o dítě ohrožené. Zpracování podrobného vyhodnocení dítěte a jeho rodiny by neměla trvat déle než 30 dní. Výsledkem tohoto počínání je podrobné vyhodnocení, nejenom tedy popis, ale zhodnocení celé situace komplexně, včetně plánování dalšího postupu a vytvoření individuálního plánu ochrany dítěte, mezi odbornou veřejností známého pod zkratkou IPOD. Individuální plán ochrany dítěte je základní výstup podrobného vyhodnocení situace dítěte. Individuální plán sestavuje klíčový sociální pracovník SPOD a je třeba jej sestavovat s rodinou nezletilého, samotným nezletilým, školou, a dalšími zainteresovanými subjekty. Individuální plán ochrany dítěte spočívá v nastavení kroků a opatření, která pomáhají řešit nepříznivou životní situaci. K sestavení individuálního plánu a nastavení cílů je třeba zapojit nezletilého. Jeho aktivní zapojení do formulace cílů má za cíl i jeho zaznamenání náhledu na celou situaci, uvědomění si vlastního jednání a přístupu k řešení a v neposlední řadě úspěšná realizace stanovených cílů. Je třeba dbát právě na reálné cíle, tedy ty cíle, které bude rodina schopna zvládat a bude je také schopen zvládat klient, kterým je pro OSPOD dítě. Nastavení nereálných cílů vede pouze k selhávání klientů a jejich únikům (nedocházení na konzultace, záškoláctví apod.). Cíle jsou nejenom reálné, ale především jasně definované a v omezeném počtu. K jejich dosažení vedou plánované kroky a opatření, které jsou vztaženy k odpovědným osobám. Odpovědnou osobou může být jak nezletilý klient, tak rodiče, ale může jí být i škola, případně odborné pracoviště. Jednotlivé kroky a opatření však nesmí mít za cíl omezení práv klienta a jeho rodiny. Škola či jiná odborná organizace nenabývá tímto větších práv a povinností. Jak již bylo řečeno, individuální plán ochrany dítěte je kolektivním dílem, proto i zmíněné kroky a opatření vedoucí ke konkrétním cílům by neměly být pouze na straně klienta. Například prostého cíle plnění školních povinností dosáhneme mimo jiné i pravidelnou docházkou dítěte do školy, jeho včasným probuzením rodiči a zpětným oznámením školy rodičům, zda dítě do školy dorazilo, či nikoli. Máme tedy jeden cíl, tři opatření vedoucí k cíli a tři odpovědné subjekty. Koordinaci naplňování individuálního plánu provádí klíčový sociální pracovník OSPOD v rámci průběžného vyhodnocování individuálního plánu ochrany dítěte. Součástí IPOD je totiž také časový rámeček, do kdy by se měly dané cíle splnit. Nedodržení termínu není nijak sankcionováno, slouží pro zmíněné průběžné vyhodnocení a u nezletilých má i preventivní charakter, tedy nastavení jasných pravidel a hranic. Průběžné vyhodnocení slouží ke shrnutí, jeho závěrem může být i vyhodnocení, že se již podařilo situaci posunout k lepšímu, stanovené cíle byly splněny. V opačném se pokračuje ve stávajících cílech, prodlouží se termín jejich splnění nebo mohou být stanoveny cíle nové, které reflektují aktuální situaci. Společně se také hledají jiné možnosti, jak nastaveného cíle dosáhnout. Tak jako není sankce při nedodržení časového termínu, není ani sankce při nesplnění cílů. Přestože není individuální plán ochrany dítěte represivním nástrojem, může nespolečná rodina vést OSPOD k represivním postupům.

## Závěr

Samotné užívání drog bývá u dětí a mládeže reakcí na nepříznivou životní situaci, kterou může být i probíhající rozchod rodičů, případně jejich neschopnost vzájemné komunikace v případech, kdy je manželství rozvedeno (partnerství nefunkční). V těchto případech může do případu vstoupit terénní sociální pracovník OSPOD, který má v kompetenci právě problematiku rozvodové péče. Tito sociální pracovníci se zaměří na vztahy v rodině, v rámci odborného poradenství předají rodičům informace a případně doporučí např. poradnu pro mezilidské vztahy. V rámci komplexní péče o dítě je možné navázat spolupráci se sociální službou spočívající v aktivizačních službách pro rodiny. V případě, že situace v rodině vyžaduje kontinuální práci terénního sociálního pracovníka, ten je do procesu individuálního plánování přizván a stává se součástí nastaveného procesu. Stává se, že charakter případů odpovídá jak práci terénního sociálního pracovníka (např. rozvodová, porozvodová péče), tak spadá do kompetence kurátora pro děti a mládež. Vždy se jedná o pracovníky sociálních odborů, kteří jsou zařazeni do orgánu sociálně-právní ochrany dětí a na případu budou kooperovat, ponevadž je třeba na každého z nich pohlížet jako na specialistu ve svém oboru. Závěrem bych rád uvedl, že jakékoli oznámení rodiči na OSPOD o zneužívání návykových látek dítětem nemusí být natolik závažné, aby jej bylo možné hodnotit jako situaci sociálního ohrožení. Což v praxi znamená, že pokud se rodiče aktivně na pracovníky obrátí, ti jim poskytnou základní poradenství, odkázání na odborná pracoviště, jakými jsou např. adiktologické poradny. Rodiče nezletilých dětí by v každém případě měli být obezřetní a k celé věci přistupovat zodpovědně.





## **KAPITOLA 3**

### **LÉČBA ZÁVISLOSTÍ U DĚTÍ V DĚTSKÉM DETOXIKAČNÍM CENTRU**

## LÉČBA ZÁVISLOSTÍ U DĚTÍ V DĚTSKÉM DETOXIKAČNÍM CENTRU



### MUDr. Světlana Kroftová

MUDr. Světlana Kroftová vystudovala Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Plzni. Získala atestaci ze všeobecné psychiatrie a dětské a dorostové psychiatrie. V minulosti působila v psychiatrických nemocnicích, výchovném ústavu, na dětské psychiatrické ambulanci. V současnosti působí jako primářka v dětském a dorostovém detoxikačním centru Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Je autorkou několika příspěvků z oblasti dětské psychiatrie a závislostí dětí a mladistvých. MUDr. Světlana Kroftová v příspěvku popisuje specifické a v kontextu ČR ojedinělé zařízení zaměřené na akutní péči o děti a mládež zasažené abúzem drog. Nízká motivace a neschopnost sebereflexe

jsou pak odhaleny jako překážka pro další práci a důvod ukončení hospitalizace. Autorka v textu rovněž připouští, že zařízení je často externisty mylně považováno za „záchytku“, což ovšem právní statut nezletilých neumožňuje.

## Jak funguje Dětské a dorostové detoxikační centrum

Naše oddělení se věnuje detoxifikaci a krátkodobé motivační léčbě dětí mladších 15 let a mladistvých ve věku 15–18 let, užívajících návykové látky. Disponuje několika terapeutickými programy.

Provádíme detoxifikaci v profilu 24 hodin u dětí akutně intoxikovaných alkoholem, 3–5 denní léčbu u nemotivovaných klientů, 3–5 denní léčbu u dětí pouze experimentujících s návykovými látkami.

Dále nabízíme 12denní léčbu, zaměřenou na budování motivace k abstinenci. Tu nabízíme dětem se škodlivým užíváním (rizikové užívání, které vede k somatickému nebo psychickému poškození jedince) anebo rozvinutou závislostí (přetrvávající užívání i přes negativní důsledky, užívání je prioritou před všemi ostatními činnostmi v životě). Nabízíme také detoxifikaci před umístěním do dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě.

Ohledně přijetí stráví klient na pokoji intenzivního dohledu 24–48 hodin, podle míry intoxikace. Tuto léčbu indikujeme dle hladiny látky v moči a také dle klinického stavu. Léčba zahrnuje symptomatickou léčbu odvykacích stavů, jako je úzkost, dysforie, deprese, nespavost, případně agresivní chování. Používáme zejména anxiolytika, antidepresiva a antipsychotika, většinou v nízkých dávkách. V některých případech jsme nuceni sáhnout i k injekční aplikaci léků za účelem rychlého zklidnění. Máme možnost i omezit neklidného klienta v lůžku kurty, k čemuž přistupujeme ve výjimečných případech. Detoxikace probíhá na odděleném pokoji s možností sledování klienta ze sesterny. V této době je klient v minimálním styku s ostatními dětmi, které by rušil svými ještě intoxikací ovlivněnými projevy.

## S jakou problematikou se nejčastěji setkáváme

Uvedeme nyní odvykací projevy, které léčíme. Návykové látky jsou vyjmenované za sebou podle četnosti výskytu.

U nikotinu vidáme silnou vnitřní tenzi, iritabilitu a verbální agresi. Téměř všichni naši klienti jsou závislí na nikotinu, začínají kouřit cigarety ve věku 9–12 let. Odvykací léčba zahrnuje zásadní omezení přístupu k cigaretám s možností dalšího snižování. Některé děti u nás nekouří vůbec. Sankce za porušení režimu v podobě zákazu kouření používáme výjimečně, neboť vždy způsobily významnou agresivitu klienta a až ohrožení bezpečí ošetřujícího personálu.

U metamfetaminu se v odvykacím syndromu objevuje nadměrná spavost, malátnost, dysforie a zvýšená chuť k jídlu. Děti popisují sny s ošklivým a děsivým obsahem. Poměrně hojně vidáme psychotické příznaky – paranoidní prožívání až bludy a dále poruchy vnímání v podobě halucinací. Psychotické příznaky většinou s odeznívající intoxikací slábnou, až mizí úplně. Pokud trvají, překládáme klienta na oddělení dětské psychiatrie.

U stimulancií vidáme často bažení čili craving, který přetrvává i 10 až 12 dní. Děti v léčbě o drogách hodně mluví, čímž si bažení sami spouštějí. Bohužel takzvaný „život na drogách“ děti velice favorizují, idealizují si ho, nevnímají jeho „smrtná“ rizika, protože se s nimi ještě většinou v plné míře neseťkaly. Oproti tomu obyčejný život je často nebaví, nemají čeho se chytit, volný čas tráví bezcílně a je pro ně obtížné řídit si aktivitu ve volném čase v rámci režimu oddělení. Nuda bývá největší překážkou v terapii a často je i příčinou začátku užívání návykové látky.

U kanabinoidů přichází v prvních dnech po odnětí marihuany nesoustředěnost, poruchy paměti, amotivační syndrom, depresivní nálada a nespavost. Tyto příznaky často trvají až 7 dní. Zajímavým zjištěním je fakt, že antidepresiva jsou při odvykání od marihuany téměř neúčinná. Kuřáci marihuany mají často nedokončené středoškolské vzdělání, neboť kontinuální kouření marihuany významně poškozuje motivaci, schopnost soustředit se a vyvolává poruchy paměti.

U alkoholu vidáme jako hlavní odvykací projevy dysforii, ospalost, dezorientaci. Klienti bývají často bezradní a depresivní, s přidruženou sociální fobií. V naší léčbě jsme neznamenali třes rukou a víček jako odvykací projev, ani delirium tremens.

U benzodiazepinů vidáme silnou úzkost, zmatenost a poruchy paměti. Děti zneužívají benzodiazepiny buď v malých dávkách kontinuálně, anebo nárazově ve vysokých dávkách. Nejčastěji jde o gymnaziální studenty anebo děti studující maturitní obory.

Zmíním i opioidy, kde vidáme v odvykacím syndromu pocení, bolesti svalů, únavu, nechuť k jídlu. Léčba zde přísluší substituci preparátem Subuxone.

V neposlední řadě pracujeme i se závislostním chováním ve vztahu k využívání počítačů a mobilních telefonů. Během hospitalizace je kontakt s touto technikou zakázán kromě vycházek se zákonnými zástupci, kteří za klienta přebírají odpovědnost během vycházky. I když pro nás je toto téma zatím okrajové, zaslouží si více pozornosti.

Celospolečensky panuje značná obava z nadužívání moderních technologií zejména v dětském věku. Dotýkáme se zde zejména problematiky společenských, rodinných i individuálních norem. Jaká doba a způsob užívání technologií je brána jako normální a jaká už nikoliv? Vzhledem k tomu, že se jedná o dosud málo zmapovanou oblast, pohlížíme na ni ze stejného úhlu pohledu jako na jakékoliv jiné závislostní chování.

Podstatným znakem je selhávání v oblastech běžného života, které je objektivně i subjektivně spojitelné s užíváním počítače, telefonu případně dalších zařízení. Jedná se o omezování dřívějších zájmů, sociálních kontaktů, změny nálad a prožívání v souvislosti s dostupností daného zařízení, resp. používaných aplikací a programů atd. To je ovšem velmi těžko odlišitelné od trávení volného času, v němž hraje pro většinu našich klientů zejména telefon a s ním spojené sociální sítě v podstatě nezastupitelnou roli. Stejně tak je na používání moderních technologií často velmi závislé i přijetí vrstevnickou skupinou. V naší praxi jsme se setkali i s tematikou hraní počítačových her, které v dnešní době může sloužit i jako prostředek obživy s velmi podobnými charakteristikami jako je vrcholový sport. Hráči musejí pravidelně trénovat a věnují tomu i podobné množství času jako je tomu u sportů. Je tedy otázkou, kde je hranice mezi společenským vývojem a závislostí.

## Co obnáší práce s klienty Dětského a dorostového detoxikačního centra

V léčebném režimu klient plní povinnosti. Zde je vedle terapeutických skupin, relaxace a volnočasových a rukodělných aktivit, zahrnutá fyzická práce – úklid pokojů a jídelny a pomoc při roznášení jídla. Do režimu patří také terapeutické vycházky s ošetřujícím personálem. Na našem oddělení je dětem školou povinným zajištěna výuka, jejíž skladba je upravena podle klinického stavu klienta pod vedením speciálního pedagoga.

Specifikem našeho zařízení je i intenzivní zapojení do systému sociální práce s dětmi a mladistvými prostřednictvím sociální pracovnice. V první řadě se spojujeme s kurátory pro děti a mládež na příslušném oddělení OSPOD, kam klienti patří podle bydliště. Je běžné, že k hospitalizaci přicházejí klienti, kteří užívají dlouhodobě a selhávají ve více životních oblastech, rodičovské zásahy jsou také bez efektu a nejsou vedeni v evidenci OSPOD. V takovém případě dáváme příslušnému úřadu podnět a informujeme zákonné zástupce.

Pokud je klient již pod dohledem kurátora, pak s ním komunikujeme další kroky, které budou následovat po hospitalizaci na oddělení a probíhají i návštěvy těchto pracovníků. Sociální pracovnice i ošetřující lékaři se účastní případových konferencí, a pokud je to žádoucí, pak probíhají i v průběhu hospitalizace na oddělení za přítomnosti klienta. Pokud se během hospitalizace klient rozhodne pokračovat v následující léčbě v terapeutické komunitě či jiném zařízení, zjišťujeme volné kapacity a hledáme nejvhodnější zařízení s ohledem na konkrétní dítě v součinnosti s kurátorem. Součástí práce je i pomoc se vstupními dokumenty a komunikace s rodiči. Vzhledem k časté trestné činnosti našich klientů komunikujeme i s Policií České republiky. Trestná činnost je vždy spojená s užíváním návykových látek, ve většině případů se jedná o distribuci návykových látek a krádeže.

Propouštěcí zprávy jsou také často posílány jako doplňující informace v procesu umístění dítěte do nápravného výchovného zařízení, nebo rozhodování o prodloužení nařízení o ústavní výchově. Zprávy vydáváme i na vyzvání soudem v rámci trestních řízení. Pracovníci OSPOD nám také podávají zpětně informace o výsledcích soudních řízení.

Velká část naší klientely jsou děti již umístěné v ústavní výchově, komunikujeme tedy i s pracovníky těchto zařízení. Přijímáme děti z dětských domovů, diagnostických i výchovných ústavů, které mají problémy s užíváním návykových látek. Mnohdy ovšem narážíme na to, že rozhodnutí klientů k hospitalizaci u nás i k další léčbě je motivováno nikoliv uvědoměním si vlastní závislosti a rozhodnutí ke změně, ale právě pohružkou ústavní výchovy či trestním stíháním. V opačném případě klienti spatřují v hospitalizaci na našem oddělení a v další léčbě prostředek k rychlejšímu návratu do původní rodiny.

Základní terapeutickou zakázkou danou hospitalizací jako takovou, je vybudovat motivaci k abstinenci, základním prostředkem je podpůrná a kognitivně behaviorální psychoterapie. V ní se zaměřujeme na hledání silných stránek klienta a jeho podpůrné sociální sítě. Dále používáme vyhledání spouštěčů užívání návykových látek a způsobu tlumení bažení po droze. Nabízíme alternativní možnosti zvládání stresu nácvikem efektivnější strategie, nápodobou chování, vysvětlením a radou. Ne vždy je ovšem toto zakázkou i klienta. Často najdeme dominující problém v uspořádání rodiny a rodinných vztazích, toto zjištění zprostředkujeme rodičům dítěte a doporučíme společnou terapii. V současnosti tuto službu nemůžeme nabídnout, doporučujeme je tedy do jiných zařízení v místě bydliště.

Nabízíme klientům cesty k abstinenci, ale nedokážeme ji nařídít u dětí jen částečně motivovaných, u kterých dominují jiné, spíše výchovné, obtíže. Tyto děti narušují průběh skupinové psychoterapie. Částečně motivované a nemotivované děti často revoltují a sabotují léčbu prostřednictvím závadných forem chování jako je výsměch, nadměrná kritika, arogance, klackovité chování a slovní nářázky. Někdy dokonce poškozují zařízení oddělení. V těchto případech posuzujeme v týmu lékařů a terapeutů motivaci pro chování, míru zralosti a vhodnost další léčby. Pokud je klient schopen reflektovat své chování a je v procesu práce na změně, hospitalizaci neukončujeme. Pokud ovšem odpor i nevhodné chování přetrvává, dojde k ukončení hospitalizace.

## Další souvislosti pro práci Dětského a dorostového deto-rikačního centra

Další palčivý bod je ten, že jsme externími zařízeními mylně považováni za záchytnou stanici, jejíž principy nelze na dětský věk aplikovat. Hlavním důvodem je nutnost přítomnosti zákonného zástupce dítěte u příjmu i propuštění. Další důvod je pak odlišná

zakázka. Nemáme jen „vyčistit“ dítě od drogy, ale musíme částečně řešit i přidružené poruchy chování (změnu v chování a agresivitu, útoky z domova, záškoláctví, lhaní, krádeže, distribuci drog apod.). Jak je popsáno výše, této problematice přizpůsobujeme i práci našeho oddělení, zejména sociální a terapeutickou. V případě akutní intoxikace je vhodnějším zařízením jednotka intenzivní péče v jiném zdravotnickém zařízení a až po odeznění překladu na naše oddělení. Poruchy chování a výchovné problémy jsou často zlehčovány zejména rodiči a jako primární problém označují drogu. V těchto případech je vhodnější středisko výchovné péče, nebo diagnostický ústav. Pokud i tam problematika užívání návykových látek přetrvává, pak nás tato zařízení kontaktují.

Tím se dostáváme k největšímu problému léčby závislostí u dětí: léčbu si většinou přejí rodiče. Nejen pro naše oddělení je otázkou, zda lze uplatnit klasická přísná kritéria a přijímat pouze motivované klienty do léčby. Rozvoj závislosti je u dětí rychlý. Často vidáme přechod na intravenózní aplikaci drogy po 3 měsících užívání a náklazu žloutenkou typu C po půl roce nitrožilní aplikace drogy. Nerozváženost a impulzivita patří k věku naší klientely, takže riziková aplikace je poměrně běžná. Klienti většinou edukováni jsou, ale operují většinou s přesvědčením, že jim se nic takového nemůže stát. Závažnost onemocnění si klienti uvědomí až ve chvíli, kdy je diagnóza potvrzena. Stejně je tomu i s negativními důsledky užívání návykových látek, i když ve svém okolí mají dost negativních příkladů.

Klienti k nám přicházejí z rizikového prostředí. Časté je i závislostní chování v rodinné anamnéze a první kontakt s drogou ve školním prostředí. K tomu se pak přidává trestná činnost a to i u mladších dětí. Starší rizikové osoby využívají toho, že děti do 15 let nemají trestní odpovědnost. Chlapci začínají jako dealeri drog a pokračují i do vyššího věku. Dívky poměrně často prostituují. Zde se nabízí rychlý zásah i přes nemotivovanost dítěte ve spolupráci s dalšími pracovníky, kteří jsou s dítětem v kontaktu. Předáváme zákonným zástupcům konkrétní kontakty na zařízení, kam mají po ukončení hospitalizace docházet, abychom snížili riziko recidivy a byl omezený návrat do původního prostředí. Zároveň odloučení od rizikových osob během hospitalizace poskytuje klientům uvědomění toho, nakolik jimi tyto osoby manipulují, respektive, že nejde o plnohodnotné vztahy (např. zjistí, že se o ně během hospitalizace nikdo z tohoto okruhu nezajímal na sociálních sítích apod.).

Většina klientů má i zkušenost s běžnými brigádami buď neoficiálními, nebo na dohodu o provedení práce (u dětí ve věku 16 až 18 let). Ty ovšem bývají také spojeny s užíváním návykových látek. Klienti si často vybírají práce v rizikovém prostředí (např. obsluha baru, dělníci ve stavebnictví apod.). Společnou charakteristikou všech klientů bez ohledu na typ návykové látky je ztráta zájmů, která je daná nejen užíváním, ale do jisté míry i vývojem. Proto je jednou z hlavních částí terapie posilování zdrojů a uvědomování silných stránek, které je možné využít i při volbě budoucího povolání. Trestná činnost v klientech vzbouzí často mylný dojem, že je to „normální“ práce, která

s relativně malou námahou vynáší velké peníze a běžná zaměstnání jim pak připadají nedostatečná.

Hospitalizace tedy slouží i k vyjasnění hodnotového systému klienta i edukaci v trestním právu. Zejména klienti v inteligenčním pásmu již od mírného podprůměru se často domnívají, že se nejedná o trestnou činnost. Je zde patrný vliv rizikové skupiny, kde je toto chování často normou. Naši klienti jsou také často emočně a sociálně nezralí s disharmonickým vývojem osobnosti, i zde je tedy na místě edukace a práce na rozpoznání patologických vzorců chování.

## Závěr

Spektrum činností, které naše oddělení poskytuje, je zcela unikátní. Stejně jako tento text, který vznikl ve spolupráci prim. MUDr. Světlany Kroftové, sociální pracovnice Nicole Buzičové, DiS. a psycholožky Mgr. Kláry Kováčové, obdobně i naše činnost stojí a padá na týmové a mezioborové práci. Sloužíme jako zařízení, které „zachytává“ děti a mladistvé z různých sociálních poměrů a s různou problematikou. Dokážeme identifikovat psychiatrické obtíže a doporučit další léčbu i medikaci (klienti často užívají návykovou látku ve snaze o sebemedikaci). V případě problémů v rodinné anamnéze poskytujeme ambulantní individuální terapii (s plánem na rozšíření na celý rodinný systém). Během hospitalizace dochází u většiny klientů ke stabilizaci stavu a doporučujeme další opatření. Bohužel zatím kvůli krátké době hospitalizace už nedokážeme ovlivnit, jak jsou tato doporučení naplňována.



## **KAPITOLA 4**

**AKUTNĚ INTOXIKOVANÝ, EXPERIMENTUJÍCÍ  
A PROBLÉMOVĚ UŽÍVAJÍCÍ DĚTSKÝ  
A ADOLESCENTNÍ KLIENT**

## AKUTNĚ INTOXIKOVANÝ, EXPERIMENTUJÍCÍ A PROBLÉMOVĚ UŽÍVAJÍCÍ DĚTSKÝ A ADOLESCENTNÍ KLIENT



### Radek Talpa

Radek Talpa vystudoval gymnázium v Havířově, nyní studuje na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy obor adiktologie. V současné době je zaměstnán v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, kde vykonává pozici ošetřovatele v dětském detoxikačním centru, kde pečuje o akutně intoxikované nezletilé klienty. Protože je Dětské a dorostové detoxikační centrum Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského opravdu jedinečným, unikátním a vyhledávaným zařízením svého druhu v ČR, věnuje se mu i další text, tentokrát z pera Radka Talpy, ošetřovatele a vychovatele v tomto zařízení. Jeho pohled přináší informace „zdola“, z prostředí

personálu v permanentní přímé péči o klienty. Některé informace autora doplňují to, co již přinesl předchozí text, jiné, především úvahy autora o klientech, nastolují nové otázky a přinášejí nové podněty k přemýšlení.

## Úvod

Práce s dětským a dospívajícím (dále jen dětským) uživatelem drog má svá specifika oproti dospělým uživatelům drog. Pubescent a adolescent je už z podstaty věci v období vzdoru vůči všem a všemu. Toto evolučně dané chování jistě všichni známe (Vágnerová, 2005). U někoho „puberta“ probíhá skoro neviditelně, u někoho je naopak skoro nesnesitelná. Toto zdánlivě hrozné období nám však umožňuje oprostít se od chování a vzorů rodičů a vyzkoušet si vlastní, jiné chování a reakce na vnější podněty. Díky tomu máme možnost nalézt i jiné způsoby řešení, než jaké máme naučené od rodičů. A to s sebou nese množství slepých cest, kdy se dospívající jedinec chová zcela nemožně vůči okolí i sobě. Je to období experimentů, ke kterým patří i první setkání s alkoholem, pro někoho i experimenty s jinými látkami. Patří sem také odklon od dospělých autorit a hledání svého místa ve skupině vrstevníků. To vše zní jako přímo předurčující ke spadnutí do světa drog, na druhou stranu velmi záleží na osobnostním a genetickém nastavení jedince. Ne všichni, kdo se v pubertě s drogou setkají, ji ochutnají, a ne všichni, kteří ochutnají, se stanou závislými. Někteří z experimentů prostě vyrostou, ale vždy je zapotřebí dětského uživatele podchytit, protože vznik závislosti se rozvíjí tím rychleji, čím je uživatel mladší (Kalina, 2008). Přímou souvislost s nezralostí CNS (mozku). Na co dospělý potřebuje roky, na to stačí dítěti měsíce.

## Dětské a dorostové detoxikační centrum (Dětský detox)

Níže představím Dětské a dorostové detoxikační centrum Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze více známe pod dřívějším pojmenováním Nemocnice pod Petřínem (dále jen slangově zažité označení „Dětský detox“).

Dětský detox je jediné a **jedinečné zařízení tohoto druhu** na území celé ČR. Jeho mimořádnost netkví pouze v tom, že je jediné a poskytuje detoxifikaci dětským a adolescentním klientům do 18 let, ale i v přidané hodnotě programu přímo zaměřeného na posílení a zvnitřnění (interiorizaci) motivace ke změně. Nabízí také možnosti vyhledání a zajištění další léčby pro konkrétního klienta. Tedy klient odcházející z Dětského detoxu má v případě, byť jen malého zájmu o změnu či řešení stávajícího stavu, již domluvenu následnou ambulantní, komunitní či ústavní léčbu. Typ a místo následné léčby je vybráno po dohodě s klientem a je předmětem diskuse celého personálu Dětského detoxu, přičemž poslední slovo má primář oddělení.

Dítě a dospívající v **akutním stavu intoxikace** drogou obvykle v rámci celé ČR končí v nemocnici na dětské jednotce intenzivní péče. Slovo „končí“ zde má dva významy. Po detoxikaci, tedy odstranění nežádoucích látek z těla a jejich vlivu na organismus, končí i nemocniční péče a dítě se během velmi krátké doby, obvykle za den až dva,

ocitá zpět v koloběhu svého drogového života. V lepším případě s doporučením pro rodiče, aby vyhledali nějakou odbornou pomoc, kterou si ovšem musejí najít sami.

Dalším aspektem je podcenění **odvykacího stavu**, jehož řešení vyžaduje odbornou erudici lékaře specialisty a nelze mít za zlé lékařům z dětských JIP a dětských oddělení nemocnic, že si s ním nevědí rady. Pokud ano, bojí se použít adekvátní medikaci v dostatečné výši a není se co divit, že množství a skladba léků používaných k řešení akutních těžkých odvykacích stavů je pro běžného lékaře děsivá. Neřešení odvykacího stavu „abstáku“, vede k prohloubení nedůvěry dětského klienta v možnost účinné pomoci v řešení jeho užívání drog. Dětský klient opravdu nedocení možné ohrožení jeho zdraví či dokonce života a z pobytu v běžné nemocnici si odnáší jen pachučí prožitého abstinčního stavu. Na druhou stranu je třeba říci, že některé akutní stavy po užití drog jsou opravdu život ohrožující a zachování života a zdraví má jistě přednost před následnou léčbou závislosti.

Bohužel Dětský detox je v republice jediný a detoxikační centra pro dospělé dětské klienty nepřijímají. Výjimečně některá osvětlená centra přijímají akutní klienty od 16 let.

## Průběh léčby v Dětském detoxu

Dětský detox je připraven přijímat akutní klienty nepřetržitě 24 hodin denně. Objednaní klienti přicházejí v dopoledních hodinách. Detox má kapacitu 14 lůžek, z toho jsou 3 vyhrazeny pro akutní péči. Obvyklá délka pobytu je 12 dnů – maximum hrazené zdravotní pojišťovnou. Pro nespolupracující klienty je pobyt kratší dle rozhodnutí lékaře – minimálně pak do úplné detoxikace, tedy klient vždy odchází „čistý“ bez omamných látek v těle. Nemá smysl, aby nemotivovaný, nespolupracující klient, který nejeví sebemenší náznak možnosti změny, setrval na oddělení a demotivoval ostatní klienty, potažmo „zabíral“ místo, na které už čekají další klienti. Stejně tak je pobyt ukončen klientům, kteří se vážně provinili proti pravidlům oddělení daných vnitřním řádem: agresivní jednání vůči pracovníkům oddělení, šikana vůči spoluklientům, odmítání předepsané medikace, bezdůvodné odmítání účasti na společném programu a intimní poměr na oddělení. (Vnitřní řád Dětského detoxikačního centra)

### Příjem klienta

Po příchodu klienta probíhá standardní příjem spočívající v měření, zvážení, zjištění teploty a tlaku atd. Jako ve všech nemocnicích se ale klient musí podrobit osobní prohlídce, musí se vysprchovat a převléct do ústavního oblečení, je povinen vše včetně telefonu odevzdat do úschovy. Dětský detox je uzavřené psychiatrické oddělení a striktně dbá o to, aby se dovnitř nedostaly žádné drogy a alkohol ani ostré předměty (sebeпоškozování a sebevražedné úvahy nejsou výjimečné) či jiné závadné věci. Z toho důvodu jsou nutné osobní prohlídky při příchodu a po každém opuštění oddělení. Klientům, kteří přicházejí z ulice a obvykle nic nemají, jsou poskytnuty hygienické potřeby.

Klient je po přijetí na základě rozhodnutí lékaře umístěn na pokoj akutní péče DIP (dětská intenzivní péče), který je přímo propojený se sesternou a klienti jsou zde pod neustálým dohledem. Lékař-psychiatrie je na oddělení přítomen 24 hodin denně a je připraven zasáhnout u všech akutních stavů. Jsou podávány léky ke zvládnutí případného odvykacího stavu („abstáku“) a klient obvykle velkou část pobytu na DIP prospívá. Po odeznění prvního akutního stavu, jehož doba je velmi individuální a závisí na mnoha faktorech – zpravidla jde však o jeden až dva dny – je klient přeložen na standardní pokoj a zapojuje se do denního programu oddělení včetně dodržování denního režimu. Neměnnost a striktnost denního rozvrhu vychází z KBT kognitivně-behaviorální terapie (ovlivňující myšlení a chování), nejčastěji používanější psychoterapeutické metody v léčebnách a komunitách (Kalina, 2013).

### Režim na Dětském detoxu

Tato terapie pomůže jak klientům, kteří po pobytu v Dětském detoxu budou následně pokračovat v léčbě, zvyknout si na pravidla, která je čekají, tak klientům, kteří se vrací zpět do svého prostředí, znovu získat, anebo jen utvrdit denní režim a zvnitřnit konkrétní povinnosti a řád.

Den má pevně stanovené body, program, vizity, jídlo a další prvky, které se neměnně opakují a je třeba je dodržet:

1. Každé dítě se minimálně dvakrát denně setká s lékařem při ranní a večerní vizitě, kdy může probrat vše, co jej trápí ohledně tělesna i duševna. Ranní, velká vizita, probíhá za účasti multioborového týmu a je zde možnost probrat vše na místě napříč profesemi. Večerní vizita je komorní, účastní se jí jen služba konající lékař a umožňuje dítěti probrat i intimní a ožehavá témata. Dítě má však možnost hovořit s lékařem i mimo tyto doby.
2. Ve všední dny dvakrát denně a o víkendech jednou za den probíhá společná skupinová psychoterapie pod vedením zkušeného psychologa nebo arteterapeuta. Terapie jsou zaměřeny na hledání a posílení motivace ke změně v užívání drog a alkoholu, zároveň i na hledání jiných životních a myšlenkových vzorců a pochodů. Každé dítě má možnost požádat i opakovaně o individuální rozhovor s psychologem, přičemž v indikovaných případech dítě absolvuje psychologické vyšetření klinickým psychologem.
3. Děti s nedokončenou povinnou školní docházkou mají ve všední dny místo dopoledního programu školu se speciálním pedagogem, ve které v rámci svých současných možností (odeznívání odvykacího stavu není zrovna příznivé pro rozumové schopnosti) naváží na výuku ze své základní školy. Cílem je nepřerušit či znovuobnovit smysl pro povinnost. Do školy se prostě chodí.

Program na oddělení je tedy rozdělen na dvě části: na akutní na DIP a režimovou na běžném pokoji. Do režimového zařazení dítě přechází pouze, pokud souhlasí, nestačí tedy jen rozhodnutí rodičů nebo zákonného zástupce. Ostatně ani následná léčba a její hledání by nemělo smysl při nechuti a odporu klienta se léčit. Na motivaci se dá pracovat, ale ne skrze akutní odpor dítěte.



Další osud dítěte po opuštění detoxu je věcí celého kolektivu a zejména lékaři a psychologové se snaží nalézt konkrétní, individuální řešení pro každé, byť jen trochu motivované dítě v souladu s jeho přáním a ve spolupráci s rodiči či zákonným zástupcem. Dítě tedy v průběhu pobytu v Dětském detoxu, na rozdíl od prosté detoxikace na „obyčejném“ dětském oddělení, projde komplexní motivační terapií a v rámci možností je mu nalezena ambulantní nebo pobytová léčba.

Velmi účinným je už samotný pobyt na uzavřeném oddělení. Nic se nedostane dovnitř ani ven. Děti nemohou telefonovat či jinak kontaktovat vnější svět, kromě jednoho telefonátu rodičům, pokud jsou přivezeni bez jejich vědomí policií a rodič se sám neozve do tří dnů od nástupu. Rodiče jsou samozřejmě o pobytu dítěte u nás policií informováni. Telefonovat dětem mohou ve stanovený čas pouze rodiče (ošetřeno heslem) a na návštěvu opět přicházejí jen rodiče. Odtržení od drogy fyzické i psychické – nemožnost komunikovat s kamarády – vede postupně k možnosti náhledu na vlastní chování a myšlení pod vlivem drogy. Na to je ovšem třeba čas a izolace, které běžné nemocniční oddělení nemohou nabídnout.

Dítě je vždy při odchodu předáno zákonnému zástupci, tedy rodičům nebo pověřenému zaměstnanci ústavu od diagnostických až po dětské domovy, a to dle soudního rozhodnutí.

V rámci pobytu v Dětském detoxu je lékařem – psychiatrem, dětským lékařem, psychologem a sociálním pracovníkem – vyhodnocen celkový stav dítěte včetně duálních (souběžných) diagnóz. Při příjmu je vždy udělán panel infekčních nemocí včetně hepatitidy a HIV a, bohužel, čas od času se vyskytují pozitivní nálezy zejména na žloutenky. Naštěstí zatím nebyl zaznamenán HIV pozitivní klient. Oproti tomu se často setkáváme s psychiatrickými diagnózami dětských klientů, některé diagnostikujeme až na místě. Klient a hlavně rodiče jsou vždy poučeni o možnostech a nutnosti následné léčby. Někdy je nutný přímý převoz do jiného psychiatrického zařízení.

## Klienti Dětského detoxu dle okolností příjmu

Následující rozdělení okolností příjmu, kdy, jak a s kým dítě přichází, je seřazeno náhodně. Nedá se říci, zda některý způsob převažuje. Okolnosti příjmu jsou rozděleny přibližně rovnoměrně.

### Dítě přichází v doprovodu rodičů

Po předchozím telefonickém objednání přichází dítě, adolescent (naprostá většina klientů je starších 12 let) v doprovodu rodiče/ů. Termín nástupu od objednání je závislý na momentální obsazenosti oddělení. Někdy se podaří téměř okamžitě, někdy je třeba i 14 dnů a déle čekat. Rodiče tuto formu léčby volí obvykle jako první pomoc pro:

- dlouhodobé problémy dítěte s experimenty,
- problémové užívání,
- rozvinutou závislost na omamné látce.

Tyto tři stupně jsou základním rozdělením k určení vztahu uživatele k drogám. Není a nepředpokládá se jejich znalost rodiči, ale pravdou je, že rodiče obvykle napřed nechtějí vidět a poté si připustit užívání návykové látky jejich dítětem. Snad se to dá přirovnat k vážné nemoci a postupným krokům k jejímu přijetí: šok, popření („Ne, tohle se nemohlo mému dítěti stát.“), zlost, hněv („Tak takhle tedy ne, tohle dělat nebudeš.“) a vyřešení situace zákazem, smlouvání („Když přestaneš brát, dostaneš...“), deprese („Co jsem udělal špatně, že se tohle stalo?“), smíření („Tak to tak doopravdy je a je třeba to řešit, jít dál.“) (Kübler-Ross, 1995). Rodiče začínají řešit vztah dítěte k drogám v různých fázích, bohužel ale častěji až po delší době. Připustit si, že TO postihlo i mé dítě je opravdu těžké a bolestné. Někdy to rodiče vnímají i jako vlastní selhání, objevuje se sebeobviňování. Na druhou stranu se čas od času najdou rodiče, kteří situaci řeší razantně už při prvním podezření, že jejich dítě „proběhlo“ kolem marihuany.

Dítě tedy s rodičem přichází po různě dlouhé době užívání v různém stupni závislosti a více méně dobrovolně po zjištění rodičů, že zákazy ani odměny nepomohou. Hlavním rysem je nejen užívání drog, ale i různý stupeň problémového chování od záško-láctví po krádeže. Záleží jen na rodičích, kam až jsou ochotni nechat to dojít.

Pozitivní v tomto případě je, že rodiče v tomto případě jsou plně spolupracující, ochotní naslouchat radám a doporučením a lze dohodnout následné kroky, popřípadě léčbu v souladu s jejich přáním a podporou.

### Dítě přichází v doprovodu pracovníka dětského domova

Situace je stejná jako doprovod rodičů. Dětské domovy opravdu mají zájem o blaho dětí jim svěřených a jejich zaměstnanci mají velmi lidský přístup. Je zde jen jeden podstatný rozdíl, totiž, že tito pracovníci nezatíženi rodičovskou slepotou přicházejí daleko dříve.

### Dítě přichází v doprovodu pracovníka diagnostického nebo výchovného ústavu

Léčba je dopředu objednána, ale v podstatě jde o akutní příjem. Dítě se vrátilo do ústavu z vycházky nebo z útěku pod vlivem drogy nebo alkoholu. Obvykle jde o „zkušené“ uživatele. Pobyt na Dětském detoxu je u těchto klientů často opakovaný.

### Dítě je přivezeno rychlou záchrannou službou (dále jen RZS) za doprovodu Policie ČR

Akutní příjem klienta nalezeného policií na ulici ve stavu těžké intoxikace se všemi průvodními projevy – zmatenost, neorientovanost, spavost nebo naopak nadměrná agitovanost. Toxická psychóza ve všech podobách – halucinace sluchové, vizuální, hmatové, pocit pronásledování. Agrese, či naopak staženost. V případě přímého ohrožení životních funkcí je klient odeslán ke stabilizaci na dětskou JIP a až po vyřešení život ohrožujícího stavu je přeložen na Dětský detox.

V ostatních případech jsou klienti přijati k hospitalizaci až do naplnění volné kapacity lůžek.

## Dvě kazuistiky klientů a mýtus o sociální předurčenosti uživatelů drog

### Klientka XY

Klientku přiváží RZS za doprovodu Policie ČR v brzkých ranních hodinách. Je to její sedmý pobyt na Dětském detoxu. Policie ji našla zmateně pobíhat v jednom malém městě Středočeského kraje. Nebyla schopná souvisle mluvit ani artikulovat, předběžným testem ze slin policie zjistila přítomnost amfetaminu (pervitin). Po vylustrování osoby bylo zjištěno, že je na útěku z výchovného ústavu. Následoval její transport do Prahy na Dětský detox. Při příjmu je klientka časově dezorientovaná, ale ihned si uvědomuje, kde se nachází, jelikož Dětský detox dobře zná. Je slovně agresivní a projevuje známky toxické psychózy. V průběhu krátké doby se její slovní agrese a vulgarita vůči předávajícím policistům rychle stupňuje a začíná být agresivní i vůči přijímajícímu lékaři. Ten rozhoduje o aplikaci tisíci injekce a kupodivu se klientka nechá přemluvit k jejímu dobrovolnému přijetí. Přijme i léky a odchází rovnou spát bez dalších příjmových náležitostí včetně sprchy, které budou vykonány později. Klientka uléhá a do 15 minut usíná.

Následující den je v toxikologickém vyšetření zjištěn nejen metamfetamin, ale i těkavá rozpouštědla. Klientka se probouzí druhý den odpoledne a stále trpí toxickou psychózou. Značnou část odpoledne stráví u okna pozorováním neexistujících osob na lidu-prázdném prostranství. Je pokračováno v antipsychotické a sedativní léčbě. K večeru se klientka stává neklidnou a začíná být opět agresivní. Tento stav se stupňuje, lékařem je zvažována možnost podání injekčního sedativa nedobrovolně. Nakonec se opět podaří klientku přesvědčit k užití léků dobrovolně. Následující dva dny prospí. Odeznění toxické psychózy trvá pět dnů. Poté se klientka vrací zpět k normálu. Po 12 dnech je propuštěna a odjíždí v doprovodu pracovníka výchovného ústavu.

Klientka je za normálních okolností (bez drog) velmi milá, tichá, slušná a pracovitá dívka, jen emočně labilní. I pouhý náznak špatného chování vůči ní nebo blízkým, za které ovšem považuje i čerstvě získané kamarády, někdy vyhodnotí jako útok vůči její osobě a reaguje kaskádou nezastavitelné slovní agrese, kterou již neovládá a je schopna se i fyzicky bránit domnělému útoku.

Dívka vyrůstala v dětském domově, do kterého se dostala za tragických okolností v 8 letech, kdy byla svědkem hrozné události ve vlastní rodině. Matka nežije, otec se starat o dceru nemůže, sourozenci toho nejsou schopni. Od 12 let problémové chování, braní drog, v současné době závislost na pervitinu. Soudně nařízený pobyt ve výchovném ústavu do 18 let.

### Klient XY

Klienta po předchozí telefonické domluvě přiváží otec ve stavu středně těžké opilosti. Dechovou zkouškou zjištěno 1,7 promile alkoholu, toxikologie moči vyloučila jiné látky v těle klienta. Dle slov otce se klient za několik posledních měsíců opakovaně opíjí s partou kamarádů a stupňuje se frekvence pití i opilost, v jaké se vrací domů. Začal být v opilosti slovně agresivní na rodiče i sourozence. Tento týden se opil již podruhé, po návratu domů všem sprostě nadával a otec vyhodnotil situaci jako již dále neúnosnou, zatelefonoval na Dětský detox a syna rovnou přivezl.

Klient je při přijetí ještě značně v ráži, nahlas se pře s otcem, ale po průchodu dveřmi na Dětský detox se jeho chování rázem změní. Rozhlédne se kolem sebe a zjišťuje, kde se ocitnul. Mříže na oknech, strohé prostředí, koule na dveřích. Jeho chování se rázem změní a klient je náhle tichý, hodný a nesměle spolupracující. Evidentně se mu uleví, když otec odejde, ale vzápětí je znát strach. Klient je orientovaný všemi směry, má pomalejší tempo myšlení i vyjadřování adekvátní stupni opilosti. Lehce se motá, ale je schopen chůze bez dopomoci. Ve vyjadřování je těžkopádný a špatně vyslovuje, ale dokončí i složitou větu. Bez problémů se podrobí celé přijímací proceduře, jen se zalekne nutnosti osobní prohlídky, sprchy a převlečení do ústavního pyžama, nakonec ale poslechne. Klient je druhý den odpoledne po vystřízlivění na 0 promile propuštěn a odjíždí v doprovodu otce.

Zde mohl zafungovat (a snad to tak i bylo) princip úleku, kam může vést jeho jednání a že otec myslí vše, co říká, vážně. Tedy „Budeš-li se opíjet, poneseš si následky“.

Na těchto dvou příkladech lze dokumentovat, že neplatí obecně rozšířený mýtus, že drogy berou jen lidé ze špatných sociálních poměrů. Ne, opravdu to neplatí, na Dětském detoxu končí (nebo začínají nový život) děti, které jsou z rodin s různým sociálním statutem, s přítomností závislostních vzorců chování i bez nich. Příčin může být mnoho – od pouhé zvědavosti až po nerozpoznaná psychiatrická onemocnění, která se ne vždy daří zpětně rozklíčovat.

## Alkohol – nebezpečná droga

Alkohol patří mezi nejnebezpečnější drogy obzvláště pro dětského uživatele. Je všude dostupný a není problém si jej opatřit za zlomek peněz v porovnání s jinou látkou. Zároveň platí, že čím mladší dítě, tím rychlejší rozvoj závislosti. Opravdu platí – a u alkoholu dvojnásob – že na co potřebuje dospělý roky, stačí dítěti měsíce. Není žádné věkové rozlišení, žádná hranice. Snad se dá napsat, že pro dítě školou povinné je alkohol velmi toxický. Pro středoškoláka platí, čím později začne, tím lépe, čím méně a méně často, tím lépe. Nežijeme však v ideálním světě a první opilost po 18. roce, kdy je člověk právně dospělý a je hlavně z větší části dokončeno zrání CNS (mozku),

je téměř nesplnitelný sen. Je rozumné pragmaticky předpokládat první ochutnání alkoholu ještě před osmnáctými narozeninami a místo nefunkčních zákazů adolescenty vést k zodpovědnosti za vlastní činy včetně konzumace alkoholu. Tedy je lépe říci čeho se vyvarovat, než striktně zakázat bez bližšího vysvětlení. První ebrietou (opilostí) v 16 letech se ale svět nehroučí. Jen je třeba, aby se z toho nestal pravidelný stav, dítě alkoholem neřešilo problémy a nestal se jeho koníčkem. Základní poučení, které by rodiče měli dětem dát, tedy zní:

- Pijeme na oslavu mimořádných událostí, výjimečně a snažíme se zachovat důstojnost.
- Pijeme v kolektivu dobrých přátel a až po splnění všech povinností.
- Alkohol nám nesmí bránit ani v plnění povinností následujících.
- Nikdy nepijeme na chmury, špatnou náladu, z nudy, k zahnání problémů všeho druhu.
- Nikdy nepijeme o samotě.
- Umíme sobě a ostatním říci NE a odejít už při zahájení pití, anebo v jeho průběhu.
- Jsme pány alkoholu a nesmíme dopustit, aby se alkohol stal naším pánem.

Zvláštní opatrnost a zacházení potřebuje dítě, které má alkoholika v přímé pokrevní linii. Tady stonásobně platí začít co možná nejpозději, nejlépe až po 20. roce života. Když už to musí být dříve, neopíjet se a už vůbec ne pravidelně.

Pozor jen na to, že zákazy na pubertáka neplatí, mnohem lepší je trpělivé a opakované vysvětlování příčin a důsledků a hlavně osobní příklad rodičů či jiných blízkých osob.

## Akutně intoxikovaný klient

Obecně platí, že při setkání s akutně intoxikovaným klientem – je jedno v jakém stupni excitace či útlumu se nachází – se vůbec nesnažíme řešit nic pracovního. Nemá to smysl! Pokud je setkání plánované, dáme klientovi jasně najevo, že v tomto stavu s ním jednat nebudeme a musí příště přijít střízlivý.

Jedinou výjimku tvoří klienti, o kterých bezpečně víme, že jsou na látce fyzicky závislí a stav bez ní by nevydrželi. V případě, že se stav klienta zhoršuje ve smyslu útlumu, spavosti či že začíná upadat do bezvědomí nebo začíná mít nevladatelný třes, neváháme s přivoláním RZS na čísle 155.

Každá látka při předávkování může být nebezpečná, ale i odvykací stav („absták“) po alkoholu a benzodiazepinech může být smrtelný. V případě benzodiazepinů může tento stav nastat i několik dnů až týden relativního klidu po posledním užití. Benzodiazepiny jsou obsaženy v lécích na úzkost a dalších jako Beurol, Xanax, Diazepam atd.

## Užívající klient

Pro sociální pracovníky lze použít stejné doporučení jako pro rodiče. Neexistují žádné oficiální postupy a návody pro práci s užívajícím klientem v dětském a adolescentním věku. Nejhorší možnou variantou, ke které máme všichni sklony, je odsuzování a morali-zování. Ale odsouzení a strašení následky opravdu nefunguje a u pubertáků už vůbec ne.

Lze doporučit použití selského rozumu – v naší společnosti nelze zabránit první opilosti před 18. rokem, ale lze pozorovat následky častějšího pití, jako jsou: neplnění povinností, zaspávání do školy, opuštění koníčků atd. V tomto případě je dobré nastavit dítěti pravidla, ovšem až po domluvě s ním, nelze je pouze nařídít – dítě by je mělo samo zvnitřnit a přijmout za vlastní. Zároveň je dobré se dohodnout, co nastane při opětovném nedodržení oboustranně odsouhlasených pravidel a striktně to dodržet.

A asi stejně lze postupovat, pokud se dítě setká s marihuanou. Můžeme použít stejný postup jako u alkoholu – tj. čím později, čím méně, tím lépe atd. Ani tady však pouhé strašení neuspěje. Marihuana k dnešnímu mládí patří a nic nenaděláme s tím, že se mladiství s marihuanou ve svém okolí dříve či později do kontaktu s největší pravděpodobností dostanou. Je ale nutné upozornit na rozdíly – také nedáme šestnáctiletému do ruky lahev vodky a nezhroutíme se, pokud vypije sklenku vína. Stejně rozdíly jsou i v marihuaně. Tedy rozhodně ne skunk (druh marihuany) a už vůbec ne syntetickou, když už to musí být tak „outdoor“ – vypěstovanou venku, tedy s daleko menším obsahem THC (účinné látky). Marihuana má široké slangové názvosloví, které mimo jiné vyjadřuje i obsah THC. Zjednodušeně se dá říci, že každý z „druhů“ je různě silný. Pozor na věk – marihuana rozhodně nepatří do rukou školáků. A zvláštní upozornění pro děti, v jejichž pokrevní linii se vyskytuje duševní nemoc. Zde platí: nikoli málo, ale vůbec!

Každopádně je vždy dobře odeslat dítě k odborníkovi. Ovšem pozor, nemusí to být nutně lékař, ne vždy je totiž „bílý plášť“ zárukou nejvhodnější pomoci. Musí to být ale odborník na drogovou problematiku a zároveň musí rozumět dětem a pubescentům. Pro dítě by měl být tento člověk přirozenou autoritou. Nejlepší doporučení je odezva samotných dětských klientů, dát na ně. Pak je jedno, zda to bude psychiatr, obvodní lékař, adiktolog, sociální pracovník dobře znalý této problematiky či nakonec ještě někdo jiný.

A nikdy nic nezkazíte odesláním dítěte včas. Raději dříve než pozdě.



## KAPITOLA 5

PROBAČNÍ PROGRAM PRO MLADISTVÉ PACHATELE

## PROBAČNÍ PROGRAM PRO MLADISTVÉ PACHATELE



### Radek Skřivan, DiS.

V roce 2005 absolvoval Vyšší odbornou školu pedagogickou a sociální, kde získal titul diplomovaný specialista v oboru Sociální pedagogika. V současné době působí v Proxima Sociale o. p. s. jako koordinátor a lektor probačního programu, příležitostně lektoruje pro Českou asociaci streetwork, z. s. V minulosti se věnoval intenzivním terénním průzkumům, pracoval jako terénní sociální pracovník s mládeží, koordinátor Nízkoprahového zařízení pro děti a mládež, Terénního programu pro děti a mládež. Radek Skřivan přináší vzhled do problematiky restorativní (tedy zaměřené na obnovu poměrů více než na represii) justice zaměřené na mladistvé pachatele trestných činů, často v souvislosti s drogovým abúzem. Pozoruhodnou částí článku je popis ideálního stavu klienta při výstupu. Dobře stanovený cíl a osobní přístup je základním předpokladem dobře vedené práce s klientem.

## Probační program Proxima Sociale

Probační program Proxima Sociale určený pro mladistvé pachatele protiprávních činů je program postavený na principu restorativní justice a naplňující § 17 odst. 1 zákona č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže, ve znění pozdějších předpisů.<sup>4</sup>

Umožňuje tak mladistvým pachatelům trestné činnosti v přípravném řízení, či poté již z nařízení státního zástupce či soudu za podmínek daných programem absolvovat tento program. Územně je vymezen pro soudní kraj Prahu, soudní okresy Prahu-západ a Prahu-východ.

Program je realizován s historickým vývojem od roku 1997, opakovaně získává od roku 2005 řádnou akreditaci Ministerstva spravedlnosti ČR (dále jen MSp ČR).

Rovněž je doplněn o pilotní návazné rozšíření individuálních konzultací (pracovně pojmenované Probační program Proxima Sociale II. – pilotní projekt individuálních konzultací), určené pro jednotlivé absolventy programu či vyloučené účastníky v jeho průběhu.

V roce 2016 byl náš program zařazen jako mimořádně vhodný do tříletého financování MSp ČR a stal se tak jeho strategickým partnerem, což se opakovalo i začátkem roku 2020.

**Cílovou skupinou** jsou mladiství pachatelé protiprávních činů, muži i ženy ve věku 15–18 let (po individuálním zvážení výjimečně i starší, pokud se provinili před 18. rokem). Program je vhodný především pro mladistvé, kteří souhlasí se zařazením do programu, přijímají vinu a důsledky své trestné činnosti a jsou alespoň částečně motivováni ke změně. Program zároveň umožňuje bez omezení pracovat i s klienty, kteří motivováni nejsou, resp. jejich motivace je účelová pro lepší posuzování jejich přečinu, a to především v přípravném řízení. Klienty doporučuje ze zákona Probační a mediační služba ČR (dále jen PMS ČR).

Z hlediska sociální anamnézy jsou pro zařazení do programu vhodné zejména klienti nerespektující či záměrně porušující společenská pravidla a normy, s probíhajícím či s neukončeným vzděláním nebo selhávající ve vzdělávání (opakování ročníků, přestupy ze škol, reparáty, konflikty, celkový prospěch, docházka...), s častým střídáním brigád či

4. „Probačním programem se rozumí zejména program sociálního výcviku, psychologického poradenství, terapeutický program, program zahrnující obecně prospěšnou činnost, vzdělávací, doškolovací, rekvalifikační nebo jiný vhodný program k rozvíjení sociálních dovedností a osobnosti mladistvého, a to s různým režimem omezení v běžném způsobu života, který směřuje k tomu, aby se mladistvý vyhnul chování, které by bylo v rozporu se zákonem, a k podpoře jeho vhodného sociálního zázemí a k urovnání vztahů mezi ním a poškozeným. Probační program schvaluje ministr spravedlnosti a zapisuje se do seznamu probačních programů vedeného Ministerstvem spravedlnosti.“

zaměstnání např. z důvodu porušování vnitřních pravidel zaměstnavatele, klienti, kteří mají problémy při hospodaření s financemi, s problémy v rodině jako jsou narušené či nefunkční citové vazby např. v souvislosti s rozvody rodičů, nerespektování rodičů nebo naopak hyperprotektivní rodiče, dále klienti s nerozvinutými sociálními a komunikačními dovednostmi, nevládanou verbální případně fyzickou agresí, hlásící se k různým subkulturám, experimentující s drogou, dopouštějící se krádeží či šikany, promiskuity apod.

V ideálním případě se program zaměřuje na prvotrestané, v současné praxi se však jedná i o klienty se souběhem trestních řízení či opakovanými proviněními – nejčastěji to jsou: krádež, loupež, poškozování cizí věci, rvačka, výtržnictví, ublížení na zdraví, sexuální nátlak, pohlavní zneužití, znásilnění, šíření pornografie, nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami (dále jen OPL), přechovávání OPL, hanobení národa, rasy a přesvědčení, podpora propagace hnutí směřujících k potlačení práv a svobod občanů apod., po individuálním zvážení i nedbalostní protiprávní činy.

**Potřebou cílové skupiny** je tedy, především z hlediska trestněprávního, mít možnost absolvovat probační program, a to v náležitě kvalitě garantované akreditací MSp ČR. Z hlediska primární motivace klientů to je zpočátku vstoupení do programu, možnost lepšího posuzování v jejich trestněprávním řízení státním zástupcem a soudem před usnesením či již jako výchovného opatření. V důsledku jejich účasti v programu tak dostanou možnost podmíněného zastavení trestního stíhání, možnost obdržet méně výchovných opatření či se vyhnou výkonu trestu odnětí svobody – pro klienty to znamená vytvořit podmínky ke změně osobních postojů, které jim pomohou přijmout vinu, což je podmínkou i pro úspěšné řešení následků jejich trestného jednání; a dále také řešení vlastní situace, např. mít možnost dostudovat či zůstat v zaměstnání, uzdravovat rodinné vazby apod.

Nemalý dopad má účast v trestněprávním řízení a účast v probačním programu i na vstřícnost kamarádů klientů, neboť vidí, že právní systém dává za splnění určitých podmínek, z nichž probační program je jednou z nich, možnost odklonu od trestního stíhání, tedy i možnost vyhnout se odsouzení soudem. Z pohledu mladistvého pachatele je enormně důležité, aby pocítil v co nejkratší době po spáchání provinění účinný trest, který zasáhne do jeho života a tím může být i probační program, nikoli čekání na odsouzení soudem, které může být zdlouhavé. To rovněž působí preventivně.

Hlavní potřebou klientů z hlediska společnosti je rozvíjení jejich sociálních dovedností, osobnosti mladistvého klienta a celkového řešení jeho životní situace (např. urovnávání nabouraných vztahů v rodině, přijetí zodpovědnosti za spáchané provinění a životního směřování, odčinění újmy...), jakožto prevence delikventního jednání a zároveň žádoucího společenského začleňování v budoucnu.

Musím zmínit i hledisko zákonných zástupců, jejichž zájem je zřejmý a to ve většině výše popsaného, tedy alespoň pokud mají o potomka zájem.

**Cílem projektu je** resocializace mladistvých, prostřednictvím tematických skupinových a individuálních setkání a pracovních zátěžových výjezdů. V projektu jde o rozvoj nekriminálních vzorců chování a posílení odpovědnosti za sebe a své chování (vč. snahy o urovnání vztahů s obětí protiprávního jednání), posílení schopnosti akceptovat společenská pravidla a normy, posílení pozitivních rodinných vazeb, rozšíření zájmů a posílení vazeb na nerizikové sociální prostředí, sebezpoznaní, posílení sociálních a komunikačních dovedností a schopnosti adekvátně reagovat na zátěžové situace, rozvoj a posílení pracovních dovedností a návyků.

**Principy programu** vycházejí z kognitivně behaviorální terapie (dále KBT), zaměřují se na změnu chování prostřednictvím změny rizikových postojů a chování, na práci s režimovými prvky, pracují s udržení struktury, nácvikem modelových situací, korekcí chování a posílením pozitivních vazeb na nekriminální prostředí. Konkrétně se zaměřuje na kontrolu běžných každodenních činností a povinností, tvorbu režimu především formou dodržování struktury při setkáních, výjezdech a pochopení a využívání systematickosti a řádu, trénink sociálních a komunikačních dovedností, trénink sebekontroly, poskytnutí základního poradenského servisu dle potřeb klienta, posílení pozitivních rodinných vazeb (např. navíc nabízené nepovinné poradensko-výchovné konzultace pro rodiče), používání asertivity nejenom ke svému okolí, ale i sám k sobě.

Tento způsob práce se jeví jako funkční, efektivní, navíc pro klienty přijatelný a zajímavý (což je důležité z hlediska motivace klientů pro setrvání v programu). Rovněž využívá technik zážitkové pedagogiky a sebezpoznavacích zátěžových prvků (zejm. na výjezdech).

Důležitým prvkem je u lektorů programu znalost rizikového prostředí klientů („ulice“) z jejich sociální práce s neorganizovanými dětmi a mládeží v rámci nízkoprahových klubů a terénní práce (klienti je tak nemají čím „překvapit“, lektoři rozumějí jejich jazyku, postojům a chování – to však neznamená, že s nimi souhlasí) a schopnost otevřené komunikace o výše uvedeném.

Program stojí na 3 základních povinných intervencích a 2 doplňkových dobrovolných konzultacích:

- povinná skupinová setkání,
- povinná individuální setkání,
- povinné pobytové výjezdy,
- nepovinné rodičovské poradensko-výchovné konzultace,
- nepovinná předběhová individuální setkání.

**V rámci skupinových setkání** se tematicky a společným výběrem se skupinou zaměřujeme např. na:

- přijetí vlastní zodpovědnosti (co jsem provedl, moje minulost a budoucnost, určování priorit, koho jsem přečinem zasáhl, jak můžu napravit, co se mi daří a nedaří...),
- nácvik sebekontroly (co mě naštvě, co zklidní, základy psychohygieny,...),

- konflikty a způsoby jejich řešení (ve škole, na ulici, na diskotéce, s vrstevníky, s partnerem, s rodiči, co je a není např. nutná obrana apod.),
- jak předejít problémům (např. právní důsledky a hranice trestné zodpovědnosti, hierarchie a co si můžu dovolit),
- co je a není trestný čin a přestupek (např. množství držení OPL),
- umění plánovat a směřování k mým cílům (SMART metoda, krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé plány – co pro to musím dělat, stanovení časového harmonogramu dne),
- legální možnosti získání peněz (rizika práce na černo, jak si najít brigádu, práci, trénink psaní životopisu a motivačního dopisu, nácvik pracovního pohovoru) a jak s nimi nakládat (stanovení finančního rozpočtu, znalost životních nákladů apod.).

Individuální setkání slouží především k psychosociálnímu poradenství u jednotlivých klientů.

Výjezdy pomáhají klientům objevovat nové sociální prostředí a činnosti, které často ze svých životů příliš neznají, např. plánování nákupu, společná příprava a konzumace jídla a povídání o svých životech, domácí práce. Nutno podotknout, že výjezdy bývají nejvíce oceňovanou, zároveň ale i nejnáročnější složkou programu.

**Rodičovské poradensko-výchovné konzultace** jsou realizovány na základě zájmu klientů či jejich zákonných zástupců. Slouží především k narovnávání poškozených rodinných vztahů. Mohou probíhat za účasti klienta či bez něj. Obecně se na nich informuje o fungování klienta v programu.

**Předběhová individuální setkání** slouží jako seznamovací a udržovací konzultace pro klienta, které mají udržet jeho motivaci k účasti v programu.

Celkově realizujeme 2 běhy (turnusy) za rok. Každý běh zahrnuje (z pohledu 1 klienta):

- minimálně 26 skupinových setkání (26 x 2 h., část v Praze, větší část na výjezdech),
- minimálně 5 individuálních setkání (5 x 1 h.),
- 2 zátěžově pracovní výjezdy (5 + 3 dny),
- rodičovské poradensko-výchovné konzultace (max. 2 x 1 h.),
- nepovinná předběhová individuální setkání (max. 2 x 1 h.).

Celkově se počítá minimálně s 18 klienty/rok. V roce 2019 prošlo programem 20 klientů ve standardním programu a 1 v pilotním rozšíření, úspěšně jej dokončilo 13 klientů.

Klient může být z programu vyloučen za dlouhodobé neplnění svých povinností, neúčast na skupinových, individuálních setkáních a výjezdech a soustavné narušování realizace programu. Hranice pro vyloučení z programu za neúčast je stanovena na čtyři neomluvené absence.

S klienty se provádí **hodnocení** jejich působení na aktuální skupině/individuálním setkání. Klienti slovně hodnotí své zapojení se do programu, i pokroky, kterých ne/dosahují ve svém životě. Každý z klientů si stanovuje na začátku programu své osobní cíle, k jejichž naplnění směřuje v rámci programu, tyto cíle jsou s klienty pravidelně hodnoceny jak ve skupinách, tak na individuálních setkáních, a na konci programu jsou skupinově vyhodnocovány (klient si může zvolit, zda je chce prezentovat před ostatními či nikoliv). Úspěšnost projektu, resp. naplňování cílů programu, je s jednotlivými klienty vyhodnocována i dle míry změn v jejich znalostech, postojích a v chování (např. i pomocí dvou dotazníků vyplňovaných na začátku a konci programu). Klienti dále vyplňují zpětnovažebný dotazník ke spokojenosti s programem na jeho konci.

Výstupem je, v ideálním případě, klient, který:

- absolvoval povinné aktivity programu (v závislosti na tom, zda dokončil či v jaké fázi byl vyloučen),
- obdržel relevantní informace k tématům a zapojoval se do tematických skupin,
- stanovil si a začal naplňovat či již splnil své cíle, jež si stanovil na začátku programu, a které byly adekvátní jeho přečinu, současné životní situaci či výhledům do budoucna jakožto nekriminálních vzorců chování,
- umí lépe komunikovat,
- lépe se orientuje ve společnosti, např. vnímá hierarchii,
- je si lépe vědom silných a slabých stránek ve svém životě,
- je si lépe vědom odpovědnosti k sobě samému, za své chování a za svůj budoucí život,
- dostal náhled na svoji rodinnou situaci a snaží se o stabilnější rodinné vztahy,
- má lepší reakce na zátěžové situace, protože v programu v mnohém překonal sám sebe,
- získal znalosti a vyzkoušel si pracovní činnosti (nejčastěji úklid) jako součást běžného způsobu života,
- díky náročnosti programu se již nechce dopouštět dalších provinění, neboť mu to „za to nestojí“.

## Kazuistika

Do programu se dostávají klienti z různých sociokulturních vrstev společnosti. S ohledem na zaměření článku však mohou konstatovat, že valná většina z nich má zkušenosti s legálními i nelegálními návykovými látkami. Nejčastěji to jsou alkohol, tabák, marihuana. Menší část poté i s extází, amfetaminy a metamfetaminy, LSD, kokainem.

Z 90 procent to jsou příležitostní uživatelé. PMS ČR doporučuje užívající klienty do programu i s ohledem na celkové složení skupiny, zároveň to není významně limitující faktor. Tím by bylo aktivní nitrožilní užívání, neboť ze zkušeností PMS ČR nejsou tito klienti příliš schopni držet pevnou strukturu programu, pravidelného docházení na skupinová a individuální setkání, povinné výjezdy, plnění úkolů, vedení deníku apod.

**Klient K (20 let)**

Klient K. bydlel do nedávna u přítelkyně v menším městě u Prahy. Pochází z ruskojazyčně mluvící rodiny, do ČR se přistěhoval s rodinou, když mu bylo přibližně 7 let. Má české občanství, mluví plynně česky bez přízvuku. Rodinné zázemí měl dle svých slov poměrně dobré. Má dokončené základní vzdělání. V pubertě trávil mnoho času se svými kamarády, především na ulici a diskotékách „privátech“. Následnému studiu se nevěnoval, nezajímalo jej, výrazně i absentoval, proto byl vyloučen a trávil ještě více času s kamarády. Začal kouřit marihuanu, následně i pravidelně, postupem času se dostal k tvrdším drogám. Nakonec měl i pervitinovou drogovou zkušenost všemi způsoby užívání. Vzhledem k výchovným problémům doma i ve škole byl časem umístěn do výchovného ústavu (dále jen VÚ), ve kterém byl cca 1,5 roku a ze kterého několikrát utekl. Dle svých slov tam nabral hodně zkušeností. Během útěků pobýval u kamarádů či krátkodobě na ulici. Přítelkyně si vybíral z okruhu party, ve které se pohyboval. Pervitin užíval celkově cca 1,5 roku. Po propuštění z VÚ si našel práci ve skladu a přítelkyni z jiného okruhu známých, u které i bydlel mimo Prahu. Rozhodl se s užíváním skončit, což se mu dle jeho slov povedlo.

Ke spolupráci s PMS ČR se dostal kvůli svému přečinu, který spáchal během útěků z výchovného ústavu.

Probační program dostal rozhodnutím soudu jako výchovné opatření současně s dohledem probačního úředníka.

Do probačního programu vstoupil a zpočátku jej velmi dobře plnil, nedokázal však udržet motivaci k překonávání překážek, které se mu začaly v jeho životě objevovat. Nejvíce jej zasáhl rozchod s přítelkyní a dále hrozba výpovědi ze zaměstnání, kvůli jeho pozdním příchodům a absencím. V tuto dobu jsme s ním nejvíce pracovali na ujasňování priorit v jeho životě a naučení se proaktivního přístupu k problémům, dále zlepšení komunikace ve vlastní rodině, udržení motivace k abstinenci, práci s časovou strukturou. Klient měl velkou tendenci od problémů utíkat ke svým kamarádům z minulosti.

Pár týdnů jsme společně s klientem balancovali jeho setrvání v programu, dokonce se zúčastnil i pětidenního výjezdu, který pro něj byl dost náročný z důvodu držení časové struktury, počtu tematických skupin a výrazně jiného prostředí, než na které byl zvyklý. Po výjezdu a návratu obdržel informaci o finančních nákladech svého přečinu a dále o finančním podvodu na něj od jeho bývalé přítelkyně, což ho ještě více demotivovalo v učeném procesu proaktivního přístupu k řešení problémů. Následně byl naneštěstí na základě absencí z programu vyloučen.

Ačkoliv se jedná o klienta, který program nedokončil, záměrně jsem jej vybral z důvodu zmínění dílčích úspěchů, které se povedlo s klientem dosáhnout (což se často povede i u vyloučených klientů v programu, tzn. nedokončení programu neznamená, že si z něj

klient něco neodnesl). V tomto případě to bylo především relativní stabilizování vztahu s otcem, díky učené aktivní komunikaci o svých problémech a nutnosti projevit snahu o dobré rodinné vztahy, pochopení postupného znovuzískávání důvěry ze strany rodiny. Dále to byla motivace k abstinování a vyhýbání se pravidelnému nočnímu pobytu v ulicích Prahy s jeho bývalými problémovými kamarády. Celkově potřeboval klient zažít pozitivní motivaci a vidět možnost změny jeho komplikované životní situace.

**Dobrá praxe a inspirace pro práci s klienty**

V Probačním programu Proxima Sociale se lektorům nejvíce osvědčuje jejich zkušenost několika let praxe z terénních programů pro děti a mládež a dále i nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Jejich znalost prostředí ulice, nočního života a především života dospívajících jim dává velkou výhodu v komunikaci s klienty programu. Často se stává, že jsou klienti opravdu překvapeni jejich znalostí lokalit, míst a především procesů a činností, které se na ulicích a v partách mládeže dějí. Proto k nim získávají větší důvěru a jsou schopni mluvit více o sobě a svých potížích. Lektori pro ně nejsou „...jen další úředník za stolem, který neví, o co jde...“.

Dalším zásadním přístupem pro kvalitní práci v programu je partnerský přístup, který nepřebírá zodpovědnost za klientovu docházku na program. Nepřebírání zodpovědnosti funguje tak, že klient je opravdu dopodrobna seznámen s programem a jeho obsahem před uzavřením dohody o jeho vstupu, dostává všechny kopie dokumentů a v podstatě tištěný návod, jak program dokončit. Klient může v jakémkoliv okamžiku od spolupráce odstoupit, zásadní však je to, že ho lektori upozorní na důsledky, které to pro něj může mít, ale nebrání mu, ani jinak nezamezují v jeho ukončení. Neboť klient věděl, do čeho a proč vstupuje.

Osvědčeným přístupem je pojmenovávat věci tak, jak jsou a nevytvářet žádná tabu. Ve skutečnosti to vypadá tak, že se dá s klienty bavit opravdu o čemkoliv bez nějakého odsuzování, ale se snahou pochopit život klienta, jeho chování a motivaci.

V neposlední řadě musím zmínit rovný přístup ke všem klientům bez výjimek a transparentnost, ve smyslu otevřeného procesu pro všechny ve skupině (např. v docházce, dodání lékařských zpráv atd.). Tento přístup klienti zažívají ve svých životech často prvně. Ze zpětných vazeb od klientů i PMS ČR se nejvíce zmiňují výjezdy, a to většinou v dobrém. Klienti díky nim dostávají velkou příležitost na pár dní opustit své přirozené prostředí. Vzhledem k náročnosti aktivit, časové vyplněnosti, tréninku sebeobsluhy v domácnosti, nutnosti neustálé komunikace apod. se klienti dostávají do hlubokých vrstev svého já, které často neměli šanci zatím poznat, nebo o něm ani nevěděli. Tam vidíme významný potenciál v tom, jak může klient nahlédnout svůj dosavadní život více promýšlet své životní cíle a budoucnost.





**ZÁVĚR**

## Závěr

### Mgr. Martin Titman

Osmý Sešit sociální práce předkládá zkušenosti praktiků, odborníků z různých oblastí práce s drogami ohroženými dětmi a mládeží.

Primární prevence, která v posledních letech prošla bouřlivým vývojem od „bokovky“ terapeutů, psychologů, kontaktních a sociálních pracovníků, policistů, pedagogů k systematické práci odborníků, se postupně zbavuje balastu nepříliš funkčních jednorázových přednášek, spíše kázání, plných strašení pomocí dogmaticky formulovaných polopravd, zkreslených informací a případně různých „show“. V rámci aktivit ve školách se zdůrazňuje nutnost sociometrie, která umožňuje analyzovat klima ve třídě a objevit tak nejruznější rizikové faktory, které vedou nebo mohou vést k objevení nebo utvrzení patologických jevů. V rámci samotné práce s dětmi se pak jeví jako nezbytné, aby byl dáván důraz na stabilitu dopadu na děti. Nově nastavené vzorce chování musí přetrvávat i po ukončení preventivních aktivit. Problémem pak je výrazný vliv mimoškolního formačního prostředí, rodiny, vrstevnických či zájmových skupin; tento vliv, pokud má destruktivní charakter, výrazně komplikuje možnosti preventivních programů a pro tyto je prakticky nedosažitelný. Možným řešením se jeví stále častěji se objevující mimoškolní růstové skupiny, které mají moc působit celistvěji na osobnost dítěte.

Důležitý je pak i kontext práva, zákona a represivních složek v ochraně zdravého vývoje jedince. OSPOD se může zabývat prvním či jednorázovým problémem dítěte řešitelným krátkou intervencí, nebo už rozvinutým systémem problémového chování, který vyžaduje přípravu a výkon dlouhodobého plánu nápravy. I zde je třeba mít důrazně na zřeteli psychosociální důvody dítěte k užívání drog, neboť bez tohoto kontextu nelze předpokládat stabilní pozitivní změnu.

Probace mladistvých pachatelů trestných činů, tedy problematika restorativní justice (soustředěné více na obnovu poměrů než na represi), se často zaměřuje na jedince, se kterými „nikdo neví, co si počít“; motivací takových klientů k pozitivní změně, jak v úvodu tohoto sešitu též naznačuje Honza, může být obava z výrazných problémů, např. ve formě stíhání. Jeví se, že v této oblasti je výhodou využívání metod kognitivně behaviorální terapie, která má potenciál změny chování v souladu se změnou náhledu, a též důraz na autentický a akceptující přístup vedoucí k převádění adekvátní odpovědnosti do rukou klienta.

Problematickou oblastí je péče o intoxikované děti a mladistvé. Nezřídka se tyto osoby dostávají na detoxikační oddělení pro dospělé. Známe případy, kdy zážitek sdílení prostoru s dospělými v akutním syndromu z odnětí („abstáku“) byl počátkem motivace k pozitivní změně, ale taková reakce mezi časté nepatří; spíše se u dětí a mladistvých objevuje po první hrůze a odporu posílení vnímání drogové subkultury jako zajímavé,

přitažlivé svou drsností a naturalismem, nehledě na riziko seznámení s budoucími dospělými „partáky“ a dodavateli v kontextu specifické dospělé drogové intimity a přijetí do party. Specializované Dětské a dorostové detoxikační centrum Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského je v České republice bohužel ojedinělým zařízením svého druhu a navíc v právním kontextu péče o nezletilé nemůže fungovat jako klasická „záchytka“; úplná absence motivace a sebereflexe pak znemožňuje jakoukoli péči. Při terapeutické práci se pak potvrzuje, podobně jako v oblasti probace, efektivita práce pomocí technik kognitivně behaviorální terapie.

Spektrum informací, které tento sborník sděluje, rozhodně nevystihuje celou širokou problematiku užívání drog u nezletilých. Nicméně dává základní vědomosti o některých službách, jejich smyslu, způsobu práce, jejich využitelnosti, jakož i náměty k přemýšlení, k vytváření chybějících koncepcí, hledání cest, včetně těch alternativních. Důležitou červenou nití všech textů je nutnost individuálního přístupu, respektu k odlišnosti jednotlivců. U dospělých jedinců můžeme částečně počítat s různými zaběhnutými vzorci chování, motivace, vnitřních procesů – společnost je formuje (ať už v pozitivním či negativním smyslu) mnohem déle než děti, které dokáží vždy překvapit a jejich nasedání na naše vzorce, na naše metodické postupy, bývá obvykle přetvářkou a hrou, jejímž cílem je, abychom jim už dali pokoj. Nezapomínejme na slova Honzy: „Každý to má úplně jinak.“

Jako takovou potitulkovou scénu (což je oblíbený fenomén dětských filmových diváků) si předložíme myšlenku o zjevení uživatele drog v rodině. Může to být dítě, může to být přestárlé „dítě“.



Uživatel drog je v rodině obvykle ten jediný, kdo nemá problém s drogami. Celá rodina ovšem problém s drogami má (tedy samozřejmě s jeho drogami). A všichni ti, kdo problém mají, chtějí po tom, kdo problém nemá, aby ho řešil. Pozoruhodné, ne?

## Použitá literatura:

---

KALINA, K., (2008). *Základy klinické adiktologie*, Praha: Grada ISBN: 978-80-247-1411-0.

KALINA, K., (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*, Praha: Grada ISBN: 978-80-247-4361-5.

KOLÁŘ, M. (2011). *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-871-5.

KUBLER-ROSS, E., (1995). *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*, Praha: Tvorba.

Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikany ve školách a školních zařízeních, 2016, dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/38988/>.

MIOVSKÝ, M. A KOL. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Sdružení SCAN. Praha. ISBN 978-80-87258-47-7.

OBEREIGNERŮ A KOL. (2017). *Sebepojetí dětí a adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80244-5201-2 .

POLEDŇÁKOVÁ, I. (2009). *Sebepojetí dětí a dospívajících v kontextu školy*. Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny FSS MU. Brn. ISBN 978-80-210-5.

VÁGNEROVÁ, M., (2005). *Vývojová psychologie*, Praha: Karolinum ISBN: 80-246-0956-8.

Vnitřní řád dětského a dorostového Detoxikačního centra Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, dostupné z: <https://www.nmskb.cz/files/oddeleni/detoxikacni-centrum/vnitri-rad-2019-12.pdf>.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

**Sešit sociální práce**

8. číslo, 2020

**Sociální práce a drogová problematika dětí a mladistvých**

---

**Odborný garant a editor vydání:**

Mgr. Martin Titman

**Autoři kapitol:**

Mgr. Kristina Pernicová

Lukáš Mejsnar, DiS.

MUDr. Světlana Kroftová

Radek Talpa

Radek Skřivan, DiS.

**Recenzent:**

PhDr. Melanie Zajacová

**Odborný metodik:**

Mgr. Lucie Mičínová, DiS.

**Fotografie:**

Archiv autorů/fotobanka

**Vydává:**

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2

Tel.: +420 221 921 111

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

**Grafické zpracování a tisk:**

GRAFEX-AGENCY s. r. o.

ISBN 978-80-7421-219-2

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



## Systemová podpora profesionálního výkonu sociální práce II

*Sešit sociální práce byl vydán v rámci projektu MPSV – „Systemová podpora profesionálního výkonu sociální práce II“; reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_017/0003751, financováno z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky.*