

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Bedřich Doležal

Vybrané kapitoly z dorostové adiktologie v kontextu ústavní výchovy

Selected chapters of adolescent addictology in context of institutional care

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha

2021

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Bc. Bedřich Doležal

V Praze dne 15. 7. 2021

Identifikační záznam:

DOLEŽAL, Bedřich. *Vybrané kapitoly dorostové adiktologie v kontextu ústavní výchovy*. [*Selected chapters of adolescent addictology in context of institutional care*]. Praha, 2021. s. 81, 6 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování:

Tímto bych chtěl poděkovat doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za vedení této práce, trpělivost a ochotu, kterou prokázal během psaní diplomové práce.

Toto poděkování také patří PhDr. Janu Tomanovi, za jeho dlouholeté odborné vedení a přínos v oblasti speciální pedagogiky, bez něho by tato práce nevznikla.

Abstrakt

Zneužívání návykových látek nezletilými je negativní společenský fenomén, tato práce se zaměřuje na vybrané aspekty práce s dospívajícími uživateli psychoaktivních látek v České republice. Cílem je popsat specifika adiktologicky zaměřených programů pro dospívající, přiblížit zapojení úřadů státní správy do problematiky a poskytnout přehledový seznam zařízení poskytujících péči. Vedle odborné literatury čerpá práce především z autorovi vlastní zkušenosti z oboru, kdy se jako přímý účastník dění věnoval problematice dorostové adiktologie. Součástí práce je institucionální kasuistika školského zařízení, kde je provozován adiktologicky specifický program pro klienty v rámci ústavní výchovy. Model využívající principy terapeutické komunity se prokazuje jako vhodný i pro použití v rámci specifické skupiny nezletilých uživatelů návykových látek. Vzhledem ke komplexnosti problematiky je rovněž vhodné využít principů case managementu.

Klíčová slova: Dospívající, zneužívání návykových látek, školská zařízení, ústavní výchova, adiktologicky specifické programy.

Abstract

Adolescent drug abuse is a negative phenomenon, thesis aims for selected aspects of work with adolescent psychoactive substances users in Czech republic. Objective is to describe specifics of addictology programmes for adolescents and participation of state administration offices, also provide the list of facilities providing this type of care. Besides the literature, this thesis draws from personal experience of the author, who has been working with adolescent drug users. Institutional case study of addictology programme in context of institutional care is also part of the thesis. In conclusion is model of principles of the therapeutic community suitable for use in terms of institutional care. Case management principles are useful due to the problem complexity.

Key words: Adolescents, drug abuse, educational facilities, institutional care, addictology specific programmes.

Seznam zkratk použitých v diplomové práci

Apod. – A podobně

AT – Alkoholové a toxikologické

Atd. – A tak dále

CAN – Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

ČR - Česká republika

DaDDC – Dětské a dorostová detoxikační centrum

DD – Dětský domov

DDŠ – Dětský domov se školou

DDÚ – Dětský diagnostický ústav

DÚ – Diagnostický ústav

DC – Dětské centrum

LF – Lékařská fakulta

MŠMT – Ministerstvo školství a tělovýchovy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MV – Ministerstvo vnitra

MHD – Městská hromadná doprava Praha.

NMSKB – Nemocnice Milosrdných sester Svatého Karla Boromejského

MKN 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

NL – Návykové látky

Např. – Například

OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dětí

PČR – Policie České republiky

PMS – Probační a mediační služba

PL – Psychiatrická léčebna

PN – Psychiatrická nemocnice

Popř.- Popřípadě

SŠ – Střední škola

SVP – Středisko výchovné péče

ŠJ – Školní jídelna

TN – Thomayerova nemocnice

UK – Univerzita Karlova

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

VÚ – Výchovný ústav

ZŠ – Základní škola

Obsah

1. Úvod	11
2. Adolescence a závislosti	13
2.1. Oblasti života	13
2.2.1. Oblast biologická	13
2.2.2. Oblast psychického rozvoje	14
2.2.3. Oblast sociální	14
2.2. Specifika práce s dospívajícími uživateli návykových látek	15
2.3. Zkušenosti z praxe s dospívajícími uživateli návykových látek	17
2.4. Doporučené postupy pro práci s dospívajícími uživateli psychoaktivních látek	18
3. Instituce státní správy a vybrané pobytové programy pro dospívající	19
3.1. Orgán sociálně právní ochrany dětí	20
3.2. Probační a mediační služba ČR	21
3.3. Další instituce pro ochranu dětí a dospívajících	22
3.4. Pobytové adiktologicky specifické programy pro adolescenty	23
3.4.1. Vymezení základních pojmů – operacionalizace	23
3.4.2. Zdravotnická detoxikační zařízení	26
3.4.2.1. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze	26
3.4.2.2. Další detoxikační oddělení pro mládež v ČR	30
3.4.3. Školská zařízení s adiktologickým programem pro nezletilé	31
3.4.3.1. Detašované oddělení DÚ a SVP Praha 4 - Cesta Řevnice	31
3.4.3.2. Detašované oddělení DÚ a SVP Praha 4 - Sulická	32
3.4.3.3. Detašované pracoviště VÚ a SVP Klíčov - oddělení Křešín	32
3.4.3.4. Detašované pracoviště VÚ. DDŠ, ZŠ SŠ a ŠJ Hostouň - Medvědí Kámen	33
3.4.3.5. Detašované oddělení VÚ Dvora Králové nad Labem - Poklad	34
3.4.3. Privátní a neziskové adiktologicky specifické programy pro dospívající	34
3.4.4.1. Terapeutické komunity	34
3.4.4.2. Psychiatrická léčebna Pateb Jemnice	35
4. Kazuistika oddělení s adiktologickou podporou Sulická	36
4.1. Cíl výběru	36
4.2. Výběr případu	36
4.2.1. Popis souboru	36
4.2.2. Popis prostředí	37

4.2.3. Základní prvky programu	38
4.2.4. Etická klausule	39
4.3. Použité metody	39
4.4. Podrobná charakteristika subjektu kazuistiky	39
4.4.1. Charakteristika oddělení Sulická a složky programu	40
4.5. Situace výchozího bodu	44
4.5.1. Pedagogický tým oddělení	45
4.5.2. Charakteristika cílové skupiny	45
4.6. Další vývoj	46
4.6.1. Vývoj fází pobytu	46
4.6.2. Vývoj pedagogického týmu	47
4.6.3. Supervize, intervize, porady, komunity, workshopy	47
4.6.4. Kapacita oddělení	48
4.7. Opatření v rámci epidemie nemoci Covid - 19	48
4.8. Etika	49
4.9. Závěry a statistika	51
5. Diskuze	53
6. Závěr	54
Seznam použité literatury	56
Seznam tabulek	59
Přílohy	60

1. Úvod

Tato práce se věnuje vybraným kapitolám dorostové adiktologie a předkládá seznam zařízení, kde jsou poskytovány pobytové adiktologicky specifické programy. Ve druhé kapitole je předložen základní teoretický rámec problematiky a specifika práce s adolescentní klientelou, včetně praxí získaných zkušeností a postojů autora práce.

Třetí kapitola má za cíl přiblížit čtenáři zapojení orgánů státní správy do problematiky dětské a dorostové adiktologie. Dělí je dle typu poskytované péče a zřizovatele na zdravotnické, školské a privátní/neziskové. Následně mapuje zařízení, které pobytové programy pro nezletilé nabízejí.

Čtvrtou kapitolou je institucionální kazuistika detašovaného oddělení diagnostického ústavu, poskytující adiktologicky zaměřený rezidenční a navazující ambulantní program. Je popsán stav před vznikem oddělení, proces jeho založení a formování pedagogického týmu a profilu oddělení, rovněž jeho následný vývoj od roku 2018 do současnosti.

Autor při psaní této práce do značné míry čerpal ze svých osobních zkušeností, kdy pracuje s dospívajícími uživateli návykových látek v zařízeních pro výkon ústavní výchovy nepřetržitě od roku 2005. Podílel se na tvorbě a realizaci více adiktologicky zaměřených programů a v této práci měl snahu své zkušenosti nabídnout. Cílem práce není analyzovat příčiny vzniku závislostí u dospívajících jedinců, ani hodnotit závislostí potenciál nezletilých, existence adiktologických obtíží a souvisejících diagnóz (dle MKN-10) u dospívajících jsou považovány za skutečnost a základní premisu této práce.

Základním tématem při práci s nezletilým uživatelem psychoaktivních látek jsou otázky, kdo je takzvaným „nositel problému“ a rozličné motivace klienta. V ideálním případě je to klient samotný, ten si ovšem nemusí rozvíjející se závislostní problém dostatečně uvědomovat, nebo ho vědomě ignorovat a často bývají na počátku terapeutického procesu rodiče, či jiné pečující osoby. Z druhé strany je odborná veřejnost zastoupena adiktology, psychology, kurátory pro mládež, psychiatry a zástupci dalších profesí.

Zneužívání psychoaktivních látek dětmi a adolescenty je velmi negativní společenský fenomén, souvisí totiž s celým spektrem příbuzných společensko-patologických jevů, jako je snížená schopnost studia a kvalifikace, primární i sekundární drogová kriminalita, prostituce, dlouhodobě neřešené zdravotní obtíže, problematika infekčních nemocí apod. Již samotný pohyb v drogových teritoriích je pro děti a dospívající nebezpečný, kvůli rizikům, jež tyto referenční skupiny přináší.

Podstatnou částí této práce jsou i přílohy, obsahují rozhovory se zástupci profesí věnujících se dorostové adiktologické tematice a umožňují čtenáři náhled do praxe zařízení poskytující adiktologicky specifické programy pro adolescenty. V přílohách nalezneme i část metodiky a dokumentace školského oddělení s adiktologickou podporou, které je předmětem kazuistiky ve čtvrté kapitole.

Jaké jsou vhodné a použitelné přístupy a principy pro práci s nezletilými uživateli návykových látek? Jaká je role obligatorní výchovy v tomto kontextu? Které typy rezidenčních programů existují a jaké z nich jsou pro dospívající ohrožené drogovou závislostí vhodné? Ambicí práce je zodpovědět tyto otázky.

2. Adolescence a závislosti

Dospívání je v životě jedince velmi důležitá etapa vývoje, kdy se potvrzují nebo přetvářejí vzorce chování, které jedinec nabyt v předchozích vývojových etapách. Končí bezstarostné období dětství a hraní a přichází čas postupného získávání kompetencí a autonomie. Věkově je počátek dospívání vymezen mezi 11 a 12 rokem života jedince a dovršení na horní hranici 20-22 let (Hort a kol., 2000) a dělí se na dvě etapy – pubescenci (11-15 let) a adolescenci (15-22 let). V období pubescence jsou dominantní biologické změny (výrazný fyzický růst a sexuální funkce) a z psychologického hlediska je nejdůležitější vztah mezi těmito změnami a tím, jak je konkrétní jedinec prožívá (Hort a kol.,2000). Oproti tomu v období adolescence somatické změny již nejsou tak významné (a rovněž nové, jedinec již je zná) a těžiště změny spočívá v akceptaci psychosexuální role jedince a schopnost sexuálního vztahu (Hort a kol.,2000). Dle Steinberga (2005) je dospívání často obdobím obzvláště zvýšené zranitelnosti v důsledku potenciálních disjunkce mezi vyvíjejícími se mozgovými, behaviorálními a kognitivními systémy, které dozrávají podle různých časových rozvrhů a pod kontrolou společných, ale i nezávislých biologických procesů (Steinberg, 2005).

2.1. Oblasti života

2.1.1. Oblast biologická

Z hlediska biologického vývoje jedince je období dospívání započato prvními známkami pohlavní zralosti a dokončeno plnou pohlavní zralostí (Langmeier, Krejčířová 1998). Tyto biologické znaky jsou výsostně individuální, obecně zde však hovoříme o věku mezi zhruba dvanáctým a devatenáctým rokem života. U dívek jde o vývoj od prvního menzesu k plnému a pravidelnému ovulačnímu cyklu, a tedy schopnosti reprodukce. Chlapci musí projít obdobím od první noční poluce až po plnou pohlavní vyžralost. Pro obě pohlaví je pak charakteristický vývoj sekundárních pohlavních znaků, jako například rozvoj svalové tkáně, nárůst ochlupení, změny v rozložení podkožního tuku a změny barvy hlasu. To jsou všechno poměrně zásadní fyzické změny, které provázejí přerod dítěte do dospělého člověka (Říčan, Krejčířová a kol.,2006). Dle Korandy (in Kalina, 2015) jde spíše o dozrávání, než o revoluční změny.

2.1.2. Oblast psychického rozvoje

V oblasti psychického vývoje je podstatná přítomnost nových, dosud nepoznaných pudových tendencí a hledání způsobů jejich uspokojování a kontroly (Langmeier, Krejčířová 1998). Dalším charakteristickým rysem dospívání je emoční instabilita, projevuje se nápadnými změnami nálad nebo zhoršenou předvídatelností reakcí a postojů dospívajícího. Rozvoj vyspělejšího abstraktního myšlení a kritičnosti nemusí vždy dobře korelovat se somatickým vývojem jedince. Sanders (2013) tvrdí, že cílem dospívání je získání nezávislosti a vytvoření bezpečné identity, kognitivní vývoj adolescentů může vyústit v abstraktní myšlení, které je může předurčovat k riskantnímu chování a pocitu neporazitelnosti.

Dle Eriksona (1999) je v dospívání dominantním intrapsychickým konfliktem „identita versus zmatení rolí“. Tvary osobní identity vytvářené v předchozích etapách jsou nyní vystaveny jisté kreativní dezintegraci, na výsledku zápasu o identitu pak záleží spolehlivost či nespolehlivost základů dospělosti (Erikson, 1999). Erikson dále doplňuje, že „adolescence je období sexuálního a kognitivního zrání s dosud schvalovaným odkladem definitivních závazků. Zajišťuje relativně volný prostor pro experimentování s rolemi, včetně sexuálních rolí“ (Erikson, 1999). Průkopník české dorostové adiktologie prof. MUDr. Jan Mečíř, DrSc. zmiňuje, že dospívající se již nepovažují za děti a mohutně toto prokazují (Mečíř, 1989) a rovněž hovoří o hlavní potřebě nezletilých v období dospívání – mít dobré postavení mezi kamarády, tedy být kladně přijímám svou vlastní vrstevnickou skupinou (Mečíř, 1989).

2.1.3. Oblast sociální

Pokud do výše nastíněného kontextu přidáme přítomnost návykových látek, mohou plnit dospívajícím různé funkce. Stejně jako u sexuality, je přítomnost drog, nebo lépe řečeno otevření světa drog jakýmsi potvrzením, že jedinec již není dítě. Není sice ještě ani dospělý, nicméně skrze sexualitu či návykové látky do dospělého světa významně nahlíží. Erikson (2014) pojednává o klíčovém pojmu identita a potřebě dospívajících zkoušet si různé role a na základě zkušenosti s nimi jejich následné potvrzování či odmítání. Psychoaktivní látky pak mohou plnit rozličné úlohy v hledání identity dospívajícího, potvrzující dosavadní scénáře vnímání reality i odmítavé a přeměňující. Významnou funkcí (především v jedincově osobním prožívání sama sebe) návykových látek je jejich schopnost úniku od reality, rozpuštění negativních prožitků a emocí, se kterými by se jinak musel jedinec vypořádávat méně snadnou cestou. Významnou překážkou separace mohou být často rodiče. Dle Hajného (Hajný in Kalina, 2015) se jedinec dostává do vnitřního konfliktu, pokud nejsou splněny předpoklady pro přirozenou separaci. Pokud je rodičovský vliv příliš svazující. Pítí a jiné návykové psychoaktivní látky pak mohou nabízet kompromisní řešení intrapsychického konfliktu, protože ulevují od pocitů bezmocné zlosti a marnosti a dávají pocit odpoutání a osvobození, který jinak dospívající jedinec přirozeně nemůže zažít (Hajný in Kalina, 2015). Je potřeba ale

brát zřetel na opačný protipól, kterým je příliš liberální výchovný přístup. Jednoduše dle Hajného „extrémny často vedou k narušení stability rodiny“ (Hajný, 2001).

2.2. Specifika práce s dospívajícími uživateli návykových látek

Tato část se věnuje potřebám a nárokům, které práce s cílovou skupinou dospívajících (od patnácti do devatenácti let věku) uživatelů návykových látek přináší.

Odborná veřejnost v současnosti přijímá premisu, že k úspěchu při práci s dospívajícími je dnes potřeba integrativního multidisciplinárního přístupu na úrovni organizace, řízení a týmů, autor práce doplňuje přesvědčení o nutnosti přítomnosti tohoto přístupu i o úroveň níže – jednotlivce, pomáhající odborník by měl být schopen citlivě přizpůsobovat své reakce na okamžité emoce a chování dítěte, které to v tu chvíli potřebuje. Tím není řečeno, že by měl rezignovat na autenticitu svého projevu, jen musí být schopen zvládnout své emoce a reagovat přiměřeně.

Broža (2008) popisuje dětství a dospívání jako velice pracovitým, dramatickým a nesmírně důležitým obdobím života, v němž se vytváří většina modelů chování, které pak jedinec používá v různých obměnách po celý další život (Broža in Kalina et kol., 2008). Dětství a dospívání má rovněž zásadní vliv na vnímání sama sebe a svého místa ve společnosti, je to doba, kdy se v jednotlivých fázích formují základní vnitřní struktury člověka, na základě kterých, se potom jedinec po celý zbytek života vztahuje k okolí, neexistuje jiné životní období, které by mělo tak zásadní vliv na základní nastavení (autonomii, integritu, kvalitu vztahů, vymezení a jiné) jednotlivce (Broža in Kalina et kol., 2008). To je důvodem, proč bychom měli mít na vědomí, že jsme jako pomáhající osoby mladistvým v každém okamžiku i vzorem chování, který může napodobovat, nebo se vůči němu naopak vymezovat. Počátek dospívání Broža vidí kolem desátého až jedenáctého roku věku, s nástupem puberty, kdy fyzické, sociální i psychické změny bývají viditelné a výrazné a nespokojenost je jedním z výrazných znaků pubescenta (Broža in Kalina et kol., 2008). Základní témata dospívajících dle Broži jsou: (1) nechce být dítětem a neumí být dospělým, (2) potřebuje nahradit dětský svět, jehož byl středem, novými sociálními vazbami, (3) stojí před mnohými rozhodnutími, které jej nutí k osobní zodpovědnosti, (4) zjišťuje, že existuje mnoho způsobů, jak prožít život, (5) hledá smysl světa, života a sebe (Broža in Kalina et kol., 2008).

U nastavení terapeutického přístupu k dospívajícímu jedinci či skupině adolescentů je potřeba anticipovat jejich požadavek na autenticitu dospělé postavy. Broža dále uvádí: „úkolem není stát se dospívajícímu dobrým kamarádem, se kterým bude mít blízký vztah, ale stát se dobrým dospělým, ke kterému bude mít dospívající důvěru, který mu umožní reparovat některé chybné

standartní vzorcem se kterým může dokonce bezpečně vstoupit do konfrontace, aniž by se vztah dlouhodobě narušil, který je schopný mu zajistit stabilitu a bezpečí (Broža in Kalina et kol., 2008).

V přístupu k adolescentům bývá často chybně zaměřovat primárně pozornost na závislostní problém a nevěnovat se rodinnému kontextu. Etiologie adiktologických problémů dítěte téměř jistě leží v patologických rodinných vzorcích. Broža k tomuto dodává „U dětí (jejich rodin) a dospívajících je prioritním a mnohdy nejobtížnějším úkolem vypátrat pravé příčiny jejich situace a motivovat je k aktivnímu přístupu, který by umožnil změnu“ (Broža in Kalina et kol., 2008).

V tomto kontextu je potřeba brát zřetel na rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti u nezletilých. Kuklová (2016) hovoří o závislosti dítěte jako možném žádoucím prvku, který udržuje rovnováhu v rodině. Dále uvádí přítomnost více závislých členů rodiny jako rizikový faktor rozvoje závislosti u dětí (Kuklová, 2016). Sociálně-patologické jevy v rodině mohou nabývat různých podob, vedle látkových závislostí i behaviorální poruchy, jejichž krajní polohou jsou násilné projevy. Dle Špatenkové (2004) syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN) v sobě zahrnuje: „(1) Fyzické násilí (tělesné týrání), (2) Sexuální násilí (pohlavní zneužívání), (3) Psychické násilí (citové, emocionální týrání), (4) zanedbávání, (5) systémové týrání – dlouhodobé ponižování“ (Špatenková a kol., 2004). Specifickou subkategorií je sexuální násilí, Vaníčková (2005) předkládá, že „Dětská prostituce je jednou z forem sociálně-patologického chování dětí a mladistvých, která vzniká působením sociálních toxinů a často tvoří spojené nádoby s drogovou scénou. Společným jmenovatelem je emocionální traumatizace dětí a následná deprivace“ (Vaníčková, 2005).

Škodlivé dopady užívání návykových látek na jedincovy kognitivní schopnosti jsou neoddiskutovatelné. Dle Miovského a Šťastné (2006) je „dlouhodobé užívání návykových látek spojeno prokazatelně negativní vlivem na kognitivní funkce. Mezi jednotlivými typy návykových látek však z hlediska tohoto vlivu existují velmi zásadní rozdíly v potenciálu rizikivosti“ (Miovský, Šťastná in Preis, Kučerová a kol., 2006).

2.3. Zkušenosti z praxe s dospívajícími uživateli návykových látek

Pro dospívající je zásadní pocit autentického vztahu, role přijímaného a poté je schopen sám druhého akceptovat (i když je to dospělý v kontextu autoritativního postavení vůči adolescentovi). Dle Pötheho je „Vztah mezi dítětem a terapeutem základním nositelem psychické změny“ (Pöthe, 2013), dále dodává že nástrojem změny je „přenos“ a „V přenosovém vztahu může dítě zažít skutečnosti, které je ovlivnily, a také zkušenosti, které mu ve vývoji chyběly podobně jako kostem vitamíny a minerály“ (Pöthe, 2013). Pojem terapeutického vztahu rozšiřuje pro potřeby adiktologie Kalina (2013), když upozorňuje na potřebu věnovat pozornost třem složkám: (1) přenosům a protipřenosům, (2) skutečnému vztahu dvou lidí a (3) pracovním spojenectvím – aliancím pro práci s klientovými problémy (Kalina, 2013).

Z profesních zkušeností autora této práce vyplývají následující poznatky: (1) hlavním problematickým tématem u dospívajících zneužívajících psychoaktivní látky (nehledě na fázi rozvoje závislosti, doprovází průřezově jak experimentování, problematické užívání i fázi syndromu závislosti) je jejich motivace k abstinenci. Ta bývá nízká, a především nestála a kolísavá. (2) Relativně krátká doba užívání psychoaktivních látek (oproti dospělé populaci) je zároveň výhodou i nevýhodou vzhledem k potenciálu údravy. Výhodné je, že dospívající nejsou objektivně užíváním návykových látek toliko poškozeni, jak somaticky, tak psychicky a jejich životní ztráty nebývají tak rozsáhlé, alespoň rozhodně nebývají tak zásadně subjektivně vnímané adolescenty samotnými. Fakt, že často u dospívajících zafunguje záchranná síť rodiny, byť s podporou vnější odborné pomoci, je dalším výhodným aspektem. Na druhou stranu nevýhodou je, že z užívání drog vnímají dospívající často především zisky – návykové látky jim poskytují prostředek k individualizaci a separaci od rodiny, sociální identitě a postavení ve společnosti a samozřejmě v neposlední řadě nevšední zážitky a prožitky, které jsou jimi vnímány jako zásadní referenční body mladistvého životního stylu. Zisky jsou takové, že je užívání drog prostě a jednoduše baví, poskytuje jim vnímání smysluplnosti života, dívky na pervitinu hubnou, chlapci se cítí neporazitelní, dospělejší a silní. Když se z takového sociálně-referenčního prostředí party pak ocitnou v prostředí (například ambulantní) adiktologické intervence, je vliv domnělých autorit (rodičů, odborníků) velmi slabý. Výhodou i zároveň nevýhodou mladého věku při závislostní rekonvalescenci je rychlá regenerace organismu, pokud dospívající přestane užívat, vidíte somatickou údravu většinou během několika dní prakticky před očima, to opět může vést k subjektivnímu podceňování rizik, které užívání návykových látek přináší, což je samozřejmě nevýhodou a může mít neblahé důsledky.

2.4. Doporučené postupy pro práci s dospívajícími uživateli psychoaktivních látek

Část spektra psychoterapeutických přístupů k léčbě závislostí tenduje k odmítání obecných postupů a klade důraz na individuální příběh klienta, na který je potřeba navázat na míru šitým léčebným plánem. To by v dorostové adiktologii mohlo platit dvojnásob, protože dospívající přichází ve věku šestnácti let s relativně kratším životním příběhem, než dospělý a je proto na místě jeho příběh respektovat. Podstatným příspěvkem do tématu je český překlad doporučených postupů při práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek, realizovaný klinikou adiktologie. Nyní je již na samotných profesionálech, adiktologicky pracujících s dospívající klientelou, aby tuto významnou pomocnou ruku v podobě doporučených postupů na svých pracovištích implementovali a vzdělávali v nich i své kolegy. Autor této práce se o to na svém pracovišti aktivně snaží.

Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek od profesora Gillvarryho v českém překladu profesora Miovského (2016) hovoří o programech s integrovanou péčí, postihujících celé spektrum potřeb – biologické, osobní, sociální, ekonomické situace, vzdělávací potřeby, duševní zdraví, kulturní zázemí a další okolnosti (Gilvarry et. kol, 2016).

Školská zařízení se zdají ideální pro uplatňování multidisciplinárního přístupu k mladistvým, nicméně není v jejich možnostech poskytovat specializovanou adiktologickou péči. Alternativu autor spatřuje například v terapeutických komunitách, nicméně považuje to za variantu druhé volby, kvůli riziku negativní ovlivnitelnosti adolescenta zkušenými a staršími členy komunity. Expozice dospívajícího jedince dospělým dlouhodobým uživatelům návykových látek přináší negativní potencialitu přijetí tohoto světa adolescentem jako normativního vzorce. Klíčovými faktory pro volbu adekvátního terapeutického přístupu (popř. zařízení) je celková zralost, zkušenosti a motivace mladého jedince, přílnavost k léčbě může být kolísavá a je potřeba uplatňovat kreativní case management.

Dle Kaliny (2008) je „hlavním úkolem léčby usnadnit normální vývoj – normalizovat vývojovou trajektorii“ (Kalina,2008). Léčba se pak musí zaměřit na to, aby mladý člověk dosáhl dostatečné úrovně zralosti a získal jistý stupeň imunity proti tomu, aby znovu upadl do vážného užívání drog a antisociálního chování“ (Kalina, 2008). S tím nelze než hluboce souhlasit a podotknout, že právě v onom společném hledání „normality“ v životě prostřednictvím vztahu a dialogu s dospívajícím jedince leží těžiště práce.

3. Instituce státní správy a vybrané rezidenční adiktologické programy pro dospívající

První část této kapitoly se věnuje institucím, jejichž prostřednictvím stát přímo vstupuje do dění okolo adolescentních uživatelů návykových látek. Následuje stručný přehled dalších institucí státní správy, které se na dění podílejí. Druhá část kapitoly poté přibližuje specifika adiktologicky specifických rezidenčních programů pro dospívající. Je snahou o detailnější náhled do vybraných zařízení, které nabízejí pobytové adiktologicky zaměřené programy pro dospívající – jsou děleny dle typu na zdravotnická, školská a privátní. Školským a detoxikačním zařízením se práce věnuje podrobněji, další typům pouze přehledově. Data, zkušenosti a podklady pro tuto kapitolu byla získána převážně v letech 2005 - 2018. K následující kapitole se váže příloha č. 1. – pohledy z praxe.

Protože se jedná o komplexní problematiku, aktivně se do jejího řešení zapojuje minimálně pět resortů – jedná se o ministerstva zdravotnictví, školství a tělovýchovy, práce a sociálních věcí, vnitra a spravedlnosti. Moc justiční zastupují soudy nižších instancí (okresní, krajské), které vydávají rozhodnutí a rozsudky o předběžném opatření, umístění do péče, nebo nařízené ústavní výchově nezletilé osoby. Tak jako vždy, je i v těchto případech rozhodnutí soudu svrchované a suverénní a ostatní účastníci řízení, ať to je dotyčná rodina, nebo jiné instituce jsou povinni se rozhodnutím soudu řídit a konat s ním v souladu. Soudy tedy mají v pravomoci události a životní situace dospívajících posuzovat a rozhodovat o nich, na základě spolupráce s rodinou a institucemi, ale jinak s dospívajícími samozřejmě intenzivněji nepracují. To je úlohou především Orgánů sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) a Probační a mediační služby České republiky.

Orgány sociálně-právní ochrany dětí (MPSV) se ochranou dětí a dospívajících do 18 let věku zabývá primárně, je to jeho hlavní účel, zatímco Probační a mediační služba (MS) se primárně stará o lidi, kteří se stanou oběťmi či pachateli trestných činů, bez ohledu na jejich věk. Třetím zaměřením Probační a mediační služby je ochrana obecné společnosti. Následující odstavce přiblíží činnost těchto institucí podrobněji.

3.1. Orgán sociálně-právní ochrany dětí

Orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) je zřizován a spravován místní samosprávou, tedy Obecními úřady, Obecními úřady s rozšířenou působností a Krajskými úřady. V prostorách úřadů místní samosprávy rovněž OSPODY i sídlí. Klíčovou roli ve vztahu k dětem a jejich rodičům pak zastávají kurátoři pro mládež. Zákonem je „dítě“ definováno jako každá „osoba nezletilá“, tedy lidský jedinec před dovršením osmnáctého roku věku. Z pohledu zákona lze nabýt předčasnou před 18.tým rokem pouze uzavřením manželství, to je možné od 16.roku věku, nicméně tento proces je podrobně posuzován, zdali je v daném konkrétním případě vhodným postupem. Z pohledu OSPODů není při zajišťování péče rozdíl mezi sedmi a sedmnáctiletým dítětem, ačkoliv konkrétní postupy je vždy potřeba zaměřovat individuálně dle potřeb konkrétního dítěte (OSPOD, 2021).

Důležitou prvoinstanční roli při pomoci ohroženým dětem plní *Obecní úřady*, kde OSPODY zastávají následující funkce: (1) vyhledávají v terénu ohrožené děti, na které pak svou činnost zaměřují, jedná se tedy o terénní práci pracovníků Obecního úřadu. (2) OSPOD si zve rodiče a projednává s nimi úpravy směřující k odstranění nedostatků ve výchově dětí, zve si i samotné děti, se kterými rovněž nedostatky řeší. (3) Sleduje, zda je dětem zamezováno v přístupu do prostředí, které je ohrožující pro jejich vývoj a výchovu a poskytuje rodičům poradenství ohledně dávek sociální péče a dávek státní sociální podpory (OSPOD, 2021).

Kompetence *Obecních úřadů s rozšířenou působností* jsou oproti Obecním úřadům širší, mohou navíc: (1) poskytovat poradenství osobám, jevícím se jako vhodné pro to, aby byli osvojiteli, nebo pěstouny, (2) ukládat rodičům (nebo jiným osobám zodpovědným za výchovu dítěte) povinnost využít pomoci odborného zařízení, (3) mají větší prostor k pořádání vzdělávacích a osvětových akcí, směřujícím k edukaci k lepší výchově dětí, (4) jsou povinni poskytnout rodičům pomoc, při procesu umístění dítěte do zařízení pro výkon ústavní výchovy (diagnostické a výchovné ústavy), nebo do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Obecní úřady s rozšířenou působností jsou tedy klíčové úřady, které pomáhají rodinám řešit situace ohrožující zdravý vývoj a výchovu dětí, jsou nápomocné rodinám v uspořádávání rodinných poměrů tak, aby byl případný návrat dítěte do rodiny bezpečný. Obecní úřady s rozšířenou působností vykonávají funkci opatrovníka a poručníka dětí a podávají návrhy soudům, jejímž předmětem mohou být návrhy na předběžné opatření, nařízení (prodloužení či zrušení) ústavní výchovy – to ve vztahu k dětem. Ve vztahu k dospělým pak podávají návrhy soudům ohledně pěstounské péče, osvojení a omezení či zbavení rodičovské zodpovědnosti (OSPOD, 2021).

Doménou *Krajských úřadů* je pak pracovat s dospělými adepty na to stát se pěstouny či osvojiteli dětí, poskytují jim odbornou poradenskou činnost a zajišťují každoroční konzultace o výkonu pěstounské péče s jejich účastníky.

3.2. Probační a mediační služba ČR

Probační a mediační služba České republiky (dále PMS) je institucí zřízenou a dohlíženou ministerstvem spravedlnosti. Ministrovi spravedlnosti slouží k účelu dohledu nad PMS poradní orgán Rada pro probaci a mediaci. Úkolem PMS je provádět úkony probace a mediace ve věcech projednávaných v trestním řízení, hledat a pomoci realizovat účinné a společensky prospěšné řešení konfliktů spojených s trestnou činností. Dalším úkolem PMS je organizovat a zajišťovat výkon alternativních trestů, ochranu komunity nebo prevenci kriminality. Probační a mediační služba funguje v České republice od ledna 2001. Probací se míní organizace a výkon dohledu nad případným pachatelem trestného činu, ve všech fázích jeho obvinění, tedy dokud je obviněný, obžalovaný, nebo případně následně i odsouzený. Rovněž kontrola výkonu alternativních trestů je probací, stejně jako individuální pomoc klientovi, který byl propuštěn z výkonu trestu odnětí svobody v jeho úspěšném zapojení do života na svobodě. Mediací je poté myšleno zprostředkovávání řešení sporu mezi poškozenými a obviněnými. Činnost PMS je bezplatná (PMS, 2021).

Aktivity PMS ve vztahu k dospívajícím

Na každém pracovišti Probační a mediační služby České republiky by měl být alespoň jeden specialista na práci s mládeží. Hlavní činností PMS ve vztahu k mládeži je dle zákona č.218/2003 Sb. výkon uložených trestních opatření, jimiž nejčastěji bývá: probační program, často ukládaná výchovná povinnost vykonat společensky prospěšnou činnost a dohled probačního úředníka nad dospívajícím jedincem. Mediační funkce pak orgán uplatňuje v rámci přípravného řízení, kdy účastníkům sporu nabízí řešení mimosoudní formou, vhodné příslušné programy a výchovná opatření (ty lze se souhlasem mladistvého uložit i v rámci přípravného řízení) (PMS, 2021).

Přílohou této práce č. 1. je „pohled z praxe“ č. 1. – rozhovor autora práce s doktorkou Evou Veselou o činnosti PMS ve vztahu k dospívajícím.

3.3. Další instituce pro ochranu dětí a dospívajících

Dalšími orgány, které smějí vstupovat do dění na ochranu dětí jsou (1) *Ministerstvo práce a sociálních věcí* – do jehož působnosti patří péče o rodinu a ohrožené děti obecně. Nezastupitelnou úlohou ministerstva je však vydávání právních předpisů a směrnic týkajících se sociálně-právní ochranou dětí. (2) *Úřad pro mezinárodní ochranu dětí* sídlící v Brně spadá pod MPSV a je zřízen jako orgán sociálně-právní ochrany dětí. Jedná se o úřad s celostátní působností a má na starost především řešení ochrany dětí ve vztahu k cizině, zejména se jedná o vymáhání výživného ze zahraničí, řešení případů mezinárodních únosů dětí a zajištění práva styku. (3) *Úřad Veřejného ochránce práv (ombudsman)*, v jehož kompetenci je vykonávat kontrolu výkonu sociálně-právní ochrany. Samozřejmě nelze vynechat (4) *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*, které může působit ve smyslu ochrany dětí buď přímo, tvorbou legislativy, nebo také prostřednictvím široké sítě ministerstvem zřízených školských a výchovných institucí. Do problematiky se ovšem mohou vedle zmíněných státních úřadů mohou zapojovat i (5) *nestátní subjekty*, jako jsou nadace, církve, občanská sdružení či jiné právnické a fyzické osoby. Potřebují k tomu ale pověření Krajského úřadu, nebo Magistrátu hlavního města Prahy, které je opravňuje k určitým úkolům sociálně-právní ochrany dětí, jež jsou v zákoně přímo vymezena.

3.4. Pobytové adiktologicky specifické programy pro adolescenty

Následující část se zabývá samotnými zařízeními, které poskytují pobytové, adiktologicky specifické programy pro dospívající ve věku mezi patnácti a osmnácti lety. To však neznamená, že některé tyto zařízení nepracují souběžně i s klientelou mladší patnácti let (oddělení dětské psychiatrie, dětské a dorostové detoxikační centrum), nebo se starší osmnácti let (terapeutické komunity, psychiatrické léčebny).

3.4.1. Vymezení základních pojmů – operacionalizace

Tato část se zabývá adiktologicky specifickými programy pro mladistvé ve věku patnáct až devatenáct let.

„Pobytové“ – tím je myšleno, že se zaměřujeme programy, kde je k dispozici lůžko, nejsou tedy ambulantní formou služby (především dobře se rozvíjející adiktologické ambulance), kam dospívající přijde sám, nebo v doprovodu někoho z rodiny a využívá nabízených konzultačních, poradenských, či jiných, adiktologicky zaměřených intervencí. V rámci ambulantních programů adiktologické ambulance nabízejí široké spektrum služeb. Pro tuto práci jsou ovšem důležité ty programy, kde mají lůžko a dospívající tam tráví několik týdnů až měsíců. Dalo by se tedy konstatovat, že tyto programy jsou určeny dospívajícím klientům, jejichž adiktologický problém dosáhl takového stupně rozvoje, že ambulantní forma pomoci již nedostačuje a je potřeba dospívajícímu nabídnout intenzivnější, rezidenční formu terapie. Z rezidenční formy programu vychází kromě nároku na lůžka, respektive ubytovacího prostoru s postelí a úložným prostorem pro osobní věci klienta, ještě další, logické nároky na zařízení. Jsou jimi například zajištění nočního provozu služeb, sociální zařízení a koupelny, zajištění stravování pro klienty (to není tak jednoduché, protože dospívající jedinci potřebují zdravou a nutričně vyváženou stravu). Vedle těchto zřejmých nároků na zařízení poskytující pobytové adiktologicky specifické programy, ovšem existují i další nároky a požadavky, které musí tyto programy svým klientům zajišťovat. Zmíňme především nutnost posouzení potřeby a zprostředkovávání zdravotnické péče, různého typu, například stomatologickou, preventivní či gynekologickou specializovanou zdravotnickou péči. Jednoduše pokud je u dospívajícího potřeba akutní zdravotnické pomoci, či má plánovanou návštěvu lékaře, pracovníci pobytového programu by mu to měli pomoci zajistit (to může znamenat po konzultaci s dospívajícím, rodiči a kolegy rozhodnout, naplánovat, domluvit, zajistit dopravu a doprovod, pokud je potřeba tak zajistit následný klidový režim, dietní režim a podobně). Celodenní péče o dospívající přináší na zařízení, respektive tým odborníků ale i další nároky.

„Adiktologicky specifické programy“ – tímto spojením je myšleno, že dominantní cílovou skupinou těchto programů jsou dospívající uživatelé návykových látek, a to od dokončeného patnáctého roku života, po dosaženou zletilost (v případě prodloužené ústavní výchovy až do 19 let). Zásadně důležité je ovšem prvotní posouzení míry rozvinutosti jejich závislostního problému (jestli jsou zatím ve fázi problematického užívání návykových látek, nebo by se již dalo mluvit o rozvíjejícím se či rozvinutém syndromu závislosti). Do pobytových adiktologicky specifických programů by měli vstupovat klienti především v rozvinutější, pokročilejší fázi závislostního problému. Především intervence ve smyslu prevence rizikového užívání návykových látek adolescenty a časné intervence, by měla zajišťovat především rodina, školské instituce a samozřejmě nezastupitelné adiktologické ambulance (pobočka pro mládež by měla být nejen v každém kraji, ale ideálně na úrovni i menších, okresních regionů).

Vraťme se ale zpět k pobytovým programům. Co je na nich tedy adiktologicky specifického, vedle toho, že jejich dominantní klientelou jsou dospívající s rozvinutým adiktologickým problémem? Především jde o nabízený program, jehož obsahem by měly být komponenty odpovídající potřebám dospívajících uživatelů návykových látek. Zde se jistě zařízení musí dělit dle jejich zřizovatele a primárního účelu poskytovaných služeb. Program poskytovaný zdravotnickým (např. detoxikačním oddělením) se bude jistě lišit od školského zařízení, či soukromého subjektu komunitního typu. Přestože je diverzifikace dostupných služeb dle primárního účelu žádoucí a prospěšná, zařízení nesmí zapomínat na základní postuláty platné při práci s adolescentní adiktologickou klientelou obecně, například na potřebu multidisciplinárního týmu, takže i ve zdravotnickém zařízení jsou potřeba kromě psychologů, psychiatrů a sester i etopedi, sociální pracovníci či samozřejmě adiktologové (jejichž profese integrativní rámec péče zahrnuje automaticky). Nezastupitelnou složkou péče je i oblast vzdělávání. Souběžně ve školském zařízení je žádoucí mít v případě potřeby k dispozici psychiatra či praktického lékaře/zdravotní sestru. Pokud to podmínky zařízení neumožňují, je stále nutné tuto péči zajistit z vnějšku organizace.

„Pro dospívající ve věku 15-19 let“ – proč ne mladší nebo starší klientelu? U té nad 18 let je to jednoduché, těm, kteří dosáhnou zletilosti jsou již určeny běžné adiktologické služby v plné šíři jejich nabídek. Nyní k tématu možných pobytových adiktologických programů pro děti do 15 let věku. Autor zde vychází ze zkušeností své praxe, kdy pracoval dlouhodobě s dospívajícími uživateli návykových látek. Domnívá se, že je správné, že takové programy pro děti věku základní školní docházky u nás neexistují a není vhodné je zavádět. Základním argumentem pro toto tvrzení je fakt, že adiktologické problémy v tak nízkém věku naznačují především spíše problémy v jiných oblastech života, které je potřeba identifikovat a řešit.

Nalezení a vyřešení takového problému například v oblasti vztahové, výchovné, studijní či jiné může mít zároveň i pozitivní dopad na snížení rizikového chování ve formě užívání návykových látek u dítěte. Rezidenční adiktologicky zaměřený program by snadno mohl být příliš razantním a vyhraněným řešením, intervencí na pravděpodobně ne toliko (adiktologicky) specifický problém a adiktologická péče by mohla zbytečně fixovat pozornost dítěte na pravděpodobně ještě nerozvinutou závislost. Další argumenty nám poskytuje vývojová psychologie – dítě do patnáctého roku věku ještě není ve svém psychosociálním vývoji tak daleko, aby pro něj specializované čistě adiktologické intervence byly vhodné. Psychosociální nezralost by mohla být kupříkladu kontraindikací ke skupinovým terapiím apod. Tento názor autor zastává nejen díky své zkušenosti s uživateli návykových látek mezi 15 a 19 rokem věku, ale je slyšet i od kolegů z oboru speciální pedagogiky, nehledě na jejich profesní odbornost. I zahraniční zkušenosti a praxe nám ukazuje stejný směr – pro děti do 15 let věku je vhodnější ambulantní formy pomoci, při kterých je klíčové zapojit do způsobu řešení klientovu rodinu.

Instituce jsou rozděleny podle jejich typu zaměření a částečně i dle zřizovatele do tří základních kategorií, na zařízení zdravotnická, školská a soukromá. Autor si je vědom toho, že to rozdělení není dokonalé, jelikož některé subjekty patří do více kategorií, respektive některá zdravotnická zařízení jsou zároveň i v soukromém vlastnictví. Po úvodním vymezení těchto tří kategorií se práce věnuje podrobněji jednotlivým vybraným zařízením, které poskytují adiktologicky specifické programy. Pro příklad: představme si sedmnáctiletou dívku, u které se (nehledě na důvody) rozvinul závislostní problém (například s pervitinem) a předpokládejme, že se po nějakém excesu, kdy už to její okolí nevydrží, ocitne na *Dětském a dorostovém detoxikačním centru*. Protože kromě výchovných problémů z rodiny přicházejí znepokojivé zprávy i ze školy, kurátor pro mládež podá návrh na předběžné opatření a soud rozhodne o dívčíném umístění do *Diagnostického ústavu*. Tam dívka absolvuje nejprve základní, následně *adiktologicky specifický program* a poté se pokouší o návrat domů, dlouhodobá propustka však brzy ukáže, že závislostní problém stále přetrvává a dívka opakovaně selhává. tak, že ohrožuje sebe i své okolí. Navrátí se tedy do diagnostického ústavu a podaří se ji motivovat k léčbě v *terapeutické komunitě*, kde přijímají i nezletilé klienty. Náš příklad končí dobře, protože dívka v komunitě nejen že vydrží, ale během půlročního pobytu na sobě zapracuje natolik, že je následně schopna abstinovat a úspěšně se vrátit do původního rodinného prostředí i do školy. Tento příběh je sice fiktivní, nicméně typický pro uživatele návykových látek v adolescenci.

3.4.2. Zdravotnická detoxikační zařízení

3.4.2.1. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze

Dětské a dorostové centrum (DaDDC) v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (NMSKB) bylo tradičním dětským a dorostovým detoxikačním zařízením v České republice. Cílovou populací jsou děti a adolescenti do 18 let věku, uživatelé a/nebo experimentátoři s alkoholickými i nealkoholickými drogami, část této skupiny uživatelů již jasně spadá, v souladu s MKN 10, do kategorie pacientů se závislostí na psychotropních látkách, DaDDC nabízí komplexní program péče, systematické propojení s rodinou, školou a zajištění následní léčby po ukončení terapie ve státních i nestátních zařízeních (Koranda, 2016). Dětské a dorostové detoxikační centrum vzniklo v září roku 2003, do té doby u nás neexistovalo zdravotnické zařízení, které by se cíleně zabývalo pomocí pacientům do 18. roku věku (Koranda, 2016). Řád Kongregace Milosrdných sester Svatého Karla Boromejského provozuje tuto nemocnici již od poloviny 19. století, výjimkou bylo období komunistického režimu druhé poloviny 20. století, kdy byla nemocnice zestátněna a stala se pobočkou Státní fakultní nemocnice v Praze 2, v té době byl i přilehlý kostel odsvěcen a sloužil jako depozitář pro administrativu nemocnice. Po „sametové“ revoluci byl objekt v roce 1992 vrácen řádu Boromejek, i kostel se znovu vysvětil a celý komplex mohl opět plnit původní význam, který kombinuje zdravotnickou péči s duchovním rozměrem (Duková, 2010). Spolupráce civilních (zdravotních) a řeholních sester je dokladem tolerance respektovat svobodnou vůli náboženského vyznání a tento respekt je citlivě přenášen i na pacienty (Duková, 2010). Řeholní sestry samozřejmě působí i na DaDDC a pracují s nezletilými uživateli návykových látek. Nejprve byl zahájen zkušební provoz a od dubna 2004 se pokračovalo v řádném provozu. V září 2003 rovněž zahájila provoz dětská psychiatrická ambulance a od listopadu 2005 funguje centrum jako samostatné oddělení s kapacitou 14 lůžek (Duková, 2010). První primářkou byla MUDr. Darina Stančíková, kterou po několika letech vystřídal na primářském postu vedení centra MUDr. Marian Koranda.

Přestože se jedná o nemocniční oddělení a hlavním posláním centra je péče o somatický stav nezletilých, jejich úspěšná detoxikace a případně adekvátní medikace psychofarmaky, i zde platí zásada multioborového integrativního přístupu a spolupracuje se s rodinou pacienta, OSPODem, následnými léčebnými nebo školskými zařízeními apod. V rámci detoxikace jsou v souladu se standardy odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky zařazovány do denního programu při pobytu na oddělení strukturované aktivity jako edukační terapie, psychoterapie, ergoterapie, motivační trénink, další vhodné formy terapie, resocializační pomoc, volnočasové aktivity apod. Na detoxikaci navazuje bezprostřední

psychiatrická, intenzivní psychoterapeutická a sociální péče překračující péči zdravotní (Koranda, 2016).

Základní komponenty centra

- (1) Základní 12-ti denní pobytový terapeutický program
- (2) Ambulantní adiktologická ordinace
- (3) Testování na přítomnost psychotropních látek v moči

Cíle programu, prostředky k jejich naplnění a odborné personální obsazení

Jako základní cíle programu tehdejší primář Koranda definoval: (1) poskytování komplexní péče o děti a mládež zneužívající drogy, (2) zajištění adekvátní terapie i pro ty pacienty, kteří s drogami pouze experimentují, (3) navázání kontaktu s rodinou, školou, kurátorem, (4) poradenství rodičům, školám, kurátorům, pediatrům, (5) při narušení vztahů hledání možnosti pomoci pro zlepšení spolupráce s rodinou, (6) při selhání rodiny pomoci při budování sociálního zázemí, (7) úprava sebepojetí a zlepšení mezilidských vztahů, (8) návrat do práce či studia, (9) základní soulad s kulturními, právními a morálními standardy dané společnosti (Koranda, 2016). Tyto cíle jsou naplňovány následujícími prostředky: (1) psychiatrická, psychologická a pediatrický diagnostika, (2) farmakoterapie, (3) pravidelná vyšetření moči na přítomnost psychotropních látek, (4) individuální a skupinová psychoterapie, individuální poradenství, rodinné poradenství (Koranda, 2016). Personál centra je tvořen multidisciplinárním týmem odborníků, vedoucí lékař je psychiatr, jeho zástupce pediatr a v centru dále působí: psychiatr – intenzivista, psychoterapeuti, sociální pracovníci, speciální pedagog, zdravotní sestry a administrativní pracovník (Koranda, 2016).

Průběh programu

Při vstupu do programu mohou nezletilému pomáhat různé fyzické či právnické osoby, práh centra je v tomto smyslu nastaven nízko a „hrdlo“ široce. Může se jednat o rodinu nezletilého, školské (diagnostické či výchovné) ústavy, adolescenti přicházejí i z doporučení psychologů, adiktologických ambulancí, jiných zdravotnických zařízení, terapeutických

komunit apod. (Koranda, 2016). Akutní příjmy (např. od policie, záchranné služby, ale i ostatních) jsou realizovány kdykoliv, plánované dle termínu objednání a detenční hospitalizace podléhají zákonným předpisům (Koranda, 2016). Nízký práh příjmu ovšem neznamená, že je rezignováno na indikační kritéria a je do programu přijímán kdokoliv, komu není ještě 18 a je intoxikován. V tomto smyslu autor této práce vzpomíná na své telefonické rozhovory s panem primářem Korandou (asi v roce 2010, kdy působil jako vychovatel na prodlouženém pobytu v Cestě Řevnice, který byl zahrnoval externí školní či jiný program a dospívající se často vraceli různě akutně intoxikovaní), s panem primářem jsme konzultovali individuální situace klientů a usuzovali, zdali se jedná právě o vhodnou indikaci k pobytu na DaDDC. Zjednodušeně se dá konstatovat, že je potřeba posuzovat přínosy případného detoxikačního pobytu v NMSKB v celém kontextu vývoje nezletilého, jeho aktuálního nastavení a prognózy do budoucnosti. Problematika motivace je u této cílové skupiny podstatná, značně nemotivovaní klienti, kteří chtějí dál aktivně užívat psychotropní látky, mohou brát DaDDC jen jako nutné zlo, přechodnou střechu nad hlavou, kde se vyspí, najedí a celkově zregenerují k dalšímu následnému užívání návykových látek.

Po příchodu do centra následují vstupní procedury – odebrání podrobné anamnézy (psychiatrické vyšetření), motivační rozhovor, toxikologické vyšetření moči, zmapování rizikového chování v souvislosti s užíváním drog a sexuálním chováním. Poté je rozhodnuto o hospitalizaci, pokud je realizována, následuje ještě pediatrické vyšetření, vyšetření na infekční onemocnění, popřípadě vyšetření na další onemocnění (Koranda, 2016).

Po přijetí je s každým pacientem zpracován rámcový plán individuální péče, ve kterém jsou definovány hlavní oblasti, na kterých je potřeba pracovat (Koranda, 2016). Poté se vypracuje a případně i podepíše individuální léčebný kontrakt, který reflektuje cíle individuálního léčebného cíle. Na oddělení jsou tři režimové stavy (A,B,C), přičemž režim „A“ je vyhrazen pro pacienty neprodleně po příjmu intoxikovaného pacienta, jehož odvykací stavy a příznaky vylučují z účasti na terapeutickém programu centra a cílem je postupně (se snižujícími somatickými projevy) pacienta přeřadit do režimů „B“ nebo „C“, které jsou volnější terapeuticko-léčebné stavy (Koranda, 2016). Nezletilý pacient nebo pacientka se poté normálně účastní všech programů s přítomností všech výše zmíněných léčebných komponent. Pro děti, které jsou povinné školní docházkou je v centru zajišťována výuka.

Ukončení programu probíhá v buď plánovaně – řádné dokončení léčby a pomoc DaDDC při zprostředkování následné péče, nebo jako reakce na terapeutický proces. Předčasné ukončení pobytu může nastat v těchto případech: (1) s ohledem na potřeby pacienta je ten předán do jiného typu léčby (ústavní léčba, terapeutická komunita, psychiatrická léčba apod.), (2) ukončení na žádost pacienta, respektive jeho zákonného zástupce – negativní revers, (3) ukončení pobytu z důvodu porušení pravidel zařízení a režimu (Koranda, 2016). Každému

ukončení léčby ovšem předchází pohovor s pacientem, zprostředkování vhodné následné péče a zpracování příslušné dokumentace včetně propouštěcí zprávy.

Statistika

Roční počet nezletilých pacientů je 350-400 a jejich průměrný věk je šestnáct a půl let. Dle Korandy (2016) byly genderové poměry uživatelů amfetaminových drog k roku 2016 tyto – dívky tvořily 75% a chlapci 25% hospitalizovaných k pobytovému programu z důvodu užívání amfetaminu a u kanabinoidů je tomu naopak – chlapci 76% a dívky 24% (Koranda, 2016). Celková distribuce dle typu zneužívaných psychoaktivních látek je následující – 63% stimulancia, 26% kanabinoidy, 9% alkohol, ostatní typy psychoaktivních látek jsou zastoupeny jen velmi marginálně, tato situace se opakovala několik let po sobě (Koranda, 2016). Lze tedy hovořit o trendu. Jedná se ovšem pouze o dominantně užívanou, tzv. primární drogu, pacienti téměř vždy uváděli užívání několika typů drog najednou, přičemž je důležité poznamenat, že přestože 98% pacientů uvádělo, že pravidelně kouří marihuanu a 99% tabákové výrobky, tak tyto látky (marihuana, tabák) dospívající v drtivé většině ani nepovažuje za drogy (Koranda, 2016). Kolem 60% pacientů pak má již diagnostikovanou některou formu poruch chování, ADHD, smíšené poruchy chování a emocí, neurotické poruchy a poruchy osobnosti, afektivní a psychotické poruchy (Koranda, 2016).

Přílohou této práce č.1. je pohled z praxe č.2. – lékařky DaDDC NMSKB MUDr. Michaely Chrdlové (2018).

Poznámka autora – v roce 2021 byla detoxifikační jednotka zařazena pod metodické vedení Kliniky adiktologie I. LF UK a přemístěna na Psychiatrickou kliniku VFN v Praze.

3.4.2.2. Další detoxikační oddělení pro mládež v ČR

Přestože bylo Dětské a dorostové detoxikační centrum Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (nyní VFN v Praze) jediným detoxikačním zařízením specializovaným pro nezletilé uživatele návykových látek, je možné dospívající umístit i na detoxikační oddělení některých psychiatrických nemocnic. Alternativou je umístění nezletilých klientů z Prahy a okolí (DaDDC má tradičně například o letních prázdninách přerušovaný provoz), do PN Bohnice, kde si personál již sám posoudí, jestli je pacient vhodný pro pobyt na dětském oddělení (číslo 28), nebo ženské AT (oddělení 7, 8) či mužské (oddělení 18). Součástí oddělení 8 je i detoxikační jednotka.

Seznam dalších psychiatrických léčeben, které přijímají k detoxikaci i nezletilé pacienty:

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha – nabízí detoxifikační i následný léčebný pobyt

Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské, Bílá Voda – přijímá klienty výchovného ústavu od 15 let, pouze však ze spádového okresu Jeseník. Nabízí jim detoxikaci a základní psychiatrickou péči, následní komunitní či další program již nikoliv.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr – na 3D detox přijímají pacienty od 16. let věku se souhlasem zákonného zástupce, délka pobytu na detoxikačním zařízení je odvislá od objektivního stavu pacienta, je snaha pracovat motivací směrem k co nejrychlejšímu přestupu na normální oddělení, kde probíhá individuální a skupinová psychoterapie, case management apod.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy – Pouze k detoxikačnímu pobytu (pomohou s organizací následné léčby jinde) přijímají klienty od 15 let věku, se souhlasem zákonného zástupce. Délka detoxikačního pobytu je individuální, dle potřeby. Celková kapacita (i dospělí pacienti) je 9 lůžek, z toho 6 mužských a 3 ženské.

Ostatní psychiatrické nemocnice a léčebny nezletilé pacienty k detoxikačnímu pobytu nepřijímají a přijímají je pouze k běžnému léčebnému pobytu, pokud mají dětské psychiatrické oddělení.

3.4.3. Školská zařízení s adiktologicky specifickým programem pro nezletilé

Vstup adolescentů užívajících návykové látky do školských, adiktologicky zaměřených programů již není pro širokou veřejnost tak snadné, jako tomu bylo v prvních letech nového tisíciletí, kdy Oddělení Cesta v Řevnicích přijímalo ke dvouměsíčním koedukovaným léčebně-výchovným pobytům i dobrovolné klienty přímo z rodin. Změny v právní školské legislativě v posledních letech způsobily, že adiktologicky specializovaná odloučená pracoviště výchovných či diagnostických ústavů již nemohou do programů přijmout nezletilého bez nařízeného obligatorního opatření, tedy předběžného opatření nebo ústavní výchovy. Koedukovaný program již neexistuje žádný. Pokud by tedy chtěli rodiče umístit svou dceru nebo chlapce, který zneužívá psychotropní látky, do některého z dostupných programů, jež popíšu v dalších částech této kapitoly, je potřeba se obrátit vždy na Orgán sociálně-právní ochrany dětí, respektive místně příslušného kurátora pro mládež. I když se tak rodiče rozhodnou učinit, cesta ke specializovanému programu není hladká, protože školské zařízení, provozující adiktologicky specifický program, rozhodne o vhodnosti nástupu pro konkrétního nezletilého, kterého nejdříve pravděpodobně přijme k základnímu pobytu.

Celkově v současné době fungují čtyři školská zařízení, kde poskytují pobytový, adiktologicky specifický program. Jedno pro dívky v rámci (1) DÚ a SVP Praha 4. A tři zařízení pro chlapce VÚ Hostouň – výchovně léčebná jednotka (2) Medvědí kámen, VÚ Klíčov – oddělení (3) Křešín a detašované oddělení VÚ Dvora Králové nad Labem – (4) Poklad.

Zařízení pro dívky:

3.4.3.1. Detašované oddělení DÚ a SVP Praha 4 – Cesta Řevnice

Oddělení s výchovně terapeutickým režimem Cesta prošlo v posledních letech několika okolnostmi vynucenými změnami. Budova prošla vynucenou stavební rekonstrukcí, i program doznal postupných změn při adaptaci na měnící se podmínky nejen epidemiologické situace, ale i často významnějším podílu psychiatrické zátěže klientek. V současné době probíhá provoz, kdy je nabízen pobytový výchovně-terapeuticky specifický program s kapacitou 12 dívek a navazující ambulantní péče. V roce 2014 Cesta změnila svého zřizovatele z DDÚ, DD se školou a SVP Dobříchovice na DÚ a SVP Praha 4, Hodkovičky. Tým je stabilní, ačkoliv odešli rodičové zakladatelé MUDr. Ivan Platz a PhDr. Milada Votavová a většina ostatních vychovatelů/terapeutů si musela snížit úvazek. Současná vedoucí oddělení MUDr. Michaela Chrdlová je dcerou doktorky Votavové a provádí oddělení složitým obdobím při snaze zachovat

program v co největším rozsahu. V osobním rozhovoru vedoucí oddělení Michaela Chrdlová popsala podobu nového programu. Chrdlová (Osobní rozhovor, 2018) *Tento rozhovor je přílohou práce č. 1. „pohledy z praxe – pohled z praxe č.3.*

3.4.3.2. Detašované oddělení DÚ a SVP Praha 4 – Sulická

Tomuto oddělení se podrobně věnuje 4. kapitola této práce – institucionální kasuistika pracoviště s rozšířenou adiktologickou podporou Sulická. Pracoviště nabízí pobytový program a následně poskytuje ambulantní péči.

Zařízení pro chlapce:

3.4.3.3. Detašované pracoviště VÚ a SVP Klíčov – oddělení Křešín

Výchovný ústav a Středisko výchovné péče Klíčov přijímá chlapce do od 15 let věku s nařízenou ústavní výchovou. Zařízení tvoří několik oddělení s prostupnou strukturou. Jedním z oddělení je i specializované oddělení pro chlapce s problémovým užíváním omamných a psychotropních látek Křešín.

Na odloučeném pracovišti Střediska výchovné péče v Praze 9, a pro potřeby Střediska výchovné péče a výchovného ústavu v Praze na Klíčově je v Křešíně realizován výchovný program vhodný pro potřeby upevnění režimových prvků chování a pro rozvoj pracovních a sebeobslužných činností dětí (VÚ a SVP Klíčov, 2021). Kapacita zařízení je 8 lůžek.

Oddělení uvádí, že se chlapcům snaží zprostředkovat následující zkušenosti:

1. přijetí hranic ve svém chování a přijetí odpovědnosti za to, proč se se dostal do péče VÚ, oddělení Křešín, získání náhledu na to, proč se tak stalo
2. zkušenost abstinence (od návykových látek a činností všeho druhu)
3. zkušenost činností (umím nebo neumím pracovat, co dokážu?)
4. zkušenost spolupráce s ostatními (práce ve skupině, vztahy s druhými)
5. zkušenost úspěchu, přijetí a zážitků (VÚ a SVP Klíčov, 2021)

Základní délka krátkodobých výchovných programů je 10, 20 a 40 splněných dní s ohledem na výsledky plnění programu dětmi. Rovněž je možné realizovat smluvní dlouhodobé pobyty a program má režimový a řízený charakter po celý týden (VÚ a SVP Klíčov, 2021). Hlavním obsahem programu jsou pracovní a sebeobslužné činnosti, což se více blíží životu v terapeutických komunitách, než například oddělení Cesta Řevnice, protože tam je významnější část programu buď terapeuticky (skupinově i individuálně) nebo zážitkově zaměřená a pracovní a sebeobslužné činnosti nejsou natolik významné. Chlapci v Křešíně si sami vaří, starají se o chod domu, teplo apod. Během víkendů je prostor pro zážitkovou pedagogiku, konají se výlety a sportovní aktivity, chlapcům je umožňováno i pracovat brigádnicky v lese pro místní podnikatele a zemědělce (VÚ a SVP Klíčov, 2021).

3.4.3.4. Detašované pracoviště VÚ, DDŠ, ZŠ, SŠ a ŠJ Hostouň – Medvědí Kámen

Výchovně léčebná jednotka Medvědí Kámen se nachází v Plzeňském kraji necelých 30 km od Domažlic. Kapacita zařízení je 16 lůžek, které jsou výhradně pro chlapce. Pobyt je strukturovaný do tří fází, třetí fáze pro chlapce, kteří se chystají k odchodu buď zpět do rodiny, nebo do svého mateřského zařízení, má oddělené prostory ve dvojdomek. Areál je rozlehlý a nacházejí se v něm i hospodářská zvířata, o které se klienti v průběhu pobytu rovněž starají. Cílovou skupinu jsou chlapci z výchovných ústavů celé ČR, ve věku 16-19 let, kteří mají nařízenou ústavní výchovu a jsou závislími nebo problémovými uživateli nealkoholových drog, vedle toho mají poruchy v chování jako záškoláctví, útěky, trestná činnost apod. Pro příjem je nutné mít dokončenou povinnou základní školní docházku, písemné doporučení diagnostického ústavu, zprávu z mateřského zařízení a souhlas s pobytem od zástupců OSPODu a zákonných zástupců nezletilého. Dále je k příjmu potřebná detoxifikace klienta, resp. nejméně týdenní abstinence od návykových látek a nesmí u klienta být diagnostikováno akutní psychické či psychiatrické onemocnění. Ještě před samotným přijetím se zasílá doprovodná dokumentace na oddělení a po vyhodnocení vhodnosti klienta do programu ten vstupuje do nulté zkušební fáze, která trvá asi pět dní. Pokud se v tomto období vyhodnotí klient jako nevhodný do programu, vrací se do mateřského zařízení. Pobyt je dobrovolný a klient s ním musí souhlasit. Délka následného výchovně-léčebného pobytu je poté zhruba šest měsíců, nicméně u každého dospívajícího je individuální, dle jeho potřeb (Medvědí Kámen, 2021). Oddělení nabízí sociálně terapeutické činnosti, které vedou k: podpoře v abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji a udržení osobních sociálních schopností a dovedností a obnovení/upevnění kontaktu se svými blízkými (Medvědí kámen, 2021). Vedle skupinových terapií a individuálních garantských konzultací je realizována i ergoterapie, volnočasové a sportovní aktivity a domovní, tématické a sociodovednostní skupiny (Medvědí kámen, 2021).

3.4.3.4. Detašované oddělení VÚ Dvora Králové nad Labem – Poklad

Nedaleko obce Bílá Třemešná u Dvora Králové nad Labem (okr. Trutnov) se nachází výchovně léčebné oddělení Poklad pro dospívající hochy (15-19 let) ohrožené závislostmi. Kromě látkových závislostí přijímají i chlapce kteří holdují patologickému hráčství. Pro přijetí platí stejné podmínky jako v jiných školských zařízeních s adiktologicky specifickým programem, je tedy potřeba nařízené ústavní výchovy, nebo alespoň předběžného opatření, spolupráce s OSPODem (kurátorem pro mládež) a rodinou dospívajícího. Klíčové slovo v rozhodování o umístění jedince do resocializačního programu „Poklad“ má Diagnostický ústav pro mládež, Lublaňská 33, Praha. Samotný program je členěn do tří fází, v první adaptační fázi jde o přijetí pravidel zařízení dospívajícím chlapcem, včetně norem chování jak mezi chlapci, tak ve vztahu k personálu, délka adaptační fáze je různá, dle individuálních potřeb. Druhá fáze pobytu má stabilizační charakter, dospívající již ví, jak to na Pokladu chodí, jaké jsou podmínky úspěšného splnění celého programu a záleží jen na něm, kdy bude schopný přestoupit do závěrečné třetí fáze. Smyslem programu je vrátit dospívajícího chlapce do jeho vlastního prostředí rodiny, dětského domova či náhradní péče, tedy tam, kde původně selhalo (Husův domov, 2016). K tomu slouží i třetí fáze programu, jenž je realizována na dovolence ze zařízení, právě v původním prostředí dítěte, kde je jak pravidelně, tak namátkově testováno na přítomnost návykových látek v organismu. Pokud dojde k selhání, chlapec začíná resocializační program „Poklad“ znovu od začátku (Husův domov, 2016). Cílem zařízení pak je ukázat chlapcům cestu života bez drog, alkoholu a výherních automatů, pomocí zážitkové pedagogiky, sportovních aktivit, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, pracovní výchovy a dalších speciálně-pedagogických metod a postupů (Husův domov, 2016). V zařízení preferují ústní hodnocení dětí, které dovoluje více vyzdvihnout či odmítnout chování dítěte, jde o aktuální hodnocení, probíhající dvakrát denně veřejně před celou komunitou (Husův domov, 2016). V rámci zážitkové pedagogiky se pořádají výlety na kolech, sjíždění vody na raftech a kánoích, lyžařské výcviky sjezdového i běžeckého lyžování (Husův domov, 2016).

3.4.4. Privátní a neziskové adiktologicky specifické programy pro dospívající

3.4.4.1. Terapeutické komunity

Vedle zdravotnických a školských zařízení poskytují pobytové, adiktologicky specifické programy nezletilým uživatelům návykových látek ještě privátní a neziskové subjekty, například formou účasti v terapeutických komunitách. Tam dospívajícím klientům nabízejí více či méně věkově specializované programy v rámci velké, převážně dospělé komunity. Autor práce má pozitivní zkušenosti ve zprostředkovávání léčby klientkám DÚ a SVP Praha v komunitách *Sananim - Karlov* a *White light – Mukařov*.

3.4.4.2. Psychiatrická léčebna Pateb Jemnice

Psychiatrická léčebna funguje v Jemnici od roku 1975, kdy byla detašovaným pracovištěm Třebíčské nemocnice, v roce 2004 byla zprivatizována a v současnosti poskytuje asi 60 lůžek pro klienty s psychiatrickou a závislostní problematikou. Léčebna v Jemnici je zařízením otevřeného typu, dá se z ní tedy bez omezení kdykoliv odejít a pacienti v ní jsou dobrovolně z vlastní vůle. V objektu se nacházejí ženské a mužské oddělení v jednotlivých budovách, vzdálených od sebe asi sto metrů, celé zařízení je pak situováno do příjemného prostředí arboreta. V areálu je i psychiatrická ambulance, kde pracují zaměstnanci léčebny. Jemnice je jediným typem zdravotnického zařízení, kam přijímají klienty nad 15 let dosaženého věku do svého běžného koedukovaného střednědobého terapeutického programu, který je adiktologicky zaměřený. Program má délku šesti nebo dvanácti týdnů a probíhá formou komunitní režimové terapie. Léčba je hrazena některými zdravotními pojišťovnami, včetně VZP (Pateb Jemnice, 2021). Od roku 2016 autor práce zprostředkoval léčbu v Jemnici několika klientkám DÚ a SVP Praha 4, které měly absolvované předchozí kratší léčby v různých zařízeních a zároveň u nich přetrvávaly rizikové kompulsivní projevy chování ve smyslu vyhledávání a rizikového užívání psychoaktivních látek (nejčastěji pervitinu). Pokud jsou dívky dostatečně zralé a motivované k účasti na léčebném pobytu a ustojí strasti jeho průběhu, má léčba velmi dobré výsledky a po návratu do DÚ je vidět pozitivní posun ve struktuře osobnosti i chování. Je možné poté dívkám umožnit program mimo zařízení, které dříve nezvládaly apod. Již máme nasbírané zkušenosti i s opakovaným stabilizačním pobytům, který po několika měsících navazoval na předchozí úspěšně dokončený základní pobyt v Jemnici, poté co dívka v domácím prostředí a pod tlakem okolností opět sáhla po drogách.

Statistika

Díky ochotě zaměstnanců Patebu lze předložit i statistiku týkající se pobytů dospívajících pacientů v Jemnici od roku 2016 do ½ roku 2018, tedy období 30 měsíců. V roce 2016 nastoupilo do programu celkem 28 nezletilých pacientů, z toho 23 dívek a 5 chlapců. Jejich průměrný věk byl 17,0 let a průměrná délka léčby 32,5 dne. Léčbu úplně dokončily nicméně jen čtyři dívky a žádný chlapec. V roce 2017 nastoupilo 18 dospívajících, z nichž bylo jen pět chlapců, průměrný věk vzrostl na 17,2 roků a průměrná délka léčby na 34 a půl dne. Program dokončili tři dívky a tři chlapci, z chlapců následně dva nastoupili i na opakovanou léčbu. Za prvních šest měsíců letošního roku do Jemnice nastoupilo 10 nezletilých klientů, tři chlapci a sedm dívek, jejich průměrná věk tentokrát klesl na 16,6 a průměrná délka léčby naopak opět vzrostla na 40,3 dní. Léčbu úplně dokončili dva, jedna dívka a jeden chlapec. Ze statistik vyplývá nízké zastoupení dokončených pobytů, nicméně daří se meziročně navyšovat počet dnů, které dospívající klient v léčbě průměrně stráví (zdroj-interní statistika Pateb, 2018).

V příloze č. 1 této práce je detailnější popis zařízení – „pohledy z praxe“ č. 4. Osobní rozhovor autorovi práce ochotně poskytla psycholožka zařízení Mgr. Michaela Nekulová.

4. Kasuistika oddělení s adiktologickou podporou Sulická

4.1. Cíl výběru

Autor předkládá kasuistiku zařízení, ve které sám pracuje od jejího vzniku v roce 2018 až po současnou dobu. Jedná se o detašované oddělení Diagnostického ústavu a Střediska výchovné péče v Praze 4, s rozšířenou adiktologickou podporou – oddělení Sulická (zkráceně „oddělení S“ nebo pouze „S“). Cílem je předložit popis vzniku a vývoje tohoto oddělení od roku 2018 do současnosti, popsat stav výchozího bodu a události, které vzniku oddělení předcházely a vedly k němu. Dále pak demonstrovat specifika oddělení, jeho vývoj, postupy a limity práce, otázky etiky nebo aktuální změny související s epidemiologickou situací.

4.2. Výběr případu

Výběr případu kazuistiky byl pro autora této práce jednoznačnou volbou – byl u zrodu oddělení jako jeho vedoucí a na této pozici setrval do současnosti. Skutečně nebyla jiná alternativa, autor působil v rámci své profese v rezidenčních adiktologických programech nepřetržitě od roku 2005 a byl u přípravy a spuštění nového oddělení jako jeden z hlavních protagonistů dění. Zachytit jeho vývoj a podobu po první tři roky provozu do této práce mu přišlo naprosto přirozené.

4.2.1. Popis souboru

Jak již bylo výše uvedeno, jedná se o detašované oddělení s adiktologickou podporou DÚ a SVP Praha 4, nabízející rezidenční adiktologicky specifický program. Pracoviště se nachází v pronajatém objektu „Naďa“ v Dětském centru Fakultní Thomayerovi nemocnice. Krátké představení hostitele oddělení DÚ: plným názvem se jedná o Dětské centrum Thomayerovi nemocnice s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií. Ředitelkou Dětského centra je paní primářka MUDr. Jaroslava Lukešová, zařízení pak poskytuje komplexní interdisciplinární péči, jakkoliv ohroženým ve svém vývoji, včetně pomoci jejich rodinám (ftn.cz 2021). Interdisciplinarita týmu je zajištěna přítomností zdravotníků (pediatři

lékaři a zdravotní sestry) a zástupců dalších profesí jako jsou: sociální pracovníce, psycholog, fyzioterapeut či speciální pedagogové. Principy práce jsou založeny na včasné detekci a diagnostice pediatrických obtíží a včasném vzetí rodiny do aktivní péče (tou je myšleno kromě odborné medicínské péče rovněž poradenství a doprovázení klientů – pacientů DC) (ftn.cz 2021). Dětské centrum TN spolupracuje s nestátními neziskovými organizacemi, významnou je trvalá spolupráce s hegemonem české adiktologické scény, společností Sananim.

4.2.2. Popis prostředí

Dětské centrum TN se nachází v Praze – Krči na adrese Sulická 120 a je vzdáleno zhruba 3 kilometry od své mateřské Thomayerovi nemocnice, stejně tak zhruba 3 kilometry od Diagnostického ústavu v Praze 4 – Hodkovičkách. Dětské centrum je samostatný objekt, kam je zakázán vstup nepovolaným osobám, je ohrazen plotem a u vstupní brány se nachází vrátnice, kde zaměstnanci Dětského centra kontrolují vstup do objektu. Zařízení je tedy nepřetržitě hlídáno a pohyb uvnitř je monitorován. Samotné exteriérové prostředí centra je velmi příjemné – jedná se o lesopark s poměrně velkou rozlohou, u vstupní brány se nachází centrální budova DC, na ploše lesoparku jsou pak rozmístěna jednotlivá oddělení DC a v objektu „Naďa“ je oddělení Sulická, které je předmětem této kazuistiky. Objekt Naďa má vlastní zahradu a oplocení, je tedy zajištěno dostatečné soukromí a pocit prostornosti. Samotné oddělení tak nepřichází s ostatními subjekty Dětského centra do kontaktu, což je i záměrem, aby se klientky DÚ nepotkávaly a neinteragovaly s ostatními pracovníky a pacienty či klienty Dětského centra. Dopravní dostupnost zařízení je velmi dobrá, vstupní brána je situována zhruba dvě stě metrů od autobusové zastávky městské hromadné dopravy „Višňová“, odkud jezdí autobus MHD osm minut na dopravní spoj metra „Budějovická“. Autem je centrum dostupné zhruba kilometr od městského okruhu. Zařízení je tak velmi snadno dopravně dostupné jak MHD, tak osobní dopravou. Objekt sousedí ze dvou stran se zalesněným prostorem, v samotném lesoparku je pak kromě stromů a louky umístěno i malé jezírko či ohniště. Je to tedy velmi příjemný prostor, vhodný k procházkám a dalším venkovním aktivitám, k odpočinku lze využít dvou venkovních dřevěných altánků. Přírodní přidanou hodnotou je, že obyvateli Dětského centra jsou kromě lidí i ptáci z čeledě bažantovitých.

4.2.3. Základní prvky programu

Jde o skupinu nejčastěji čtyř až šesti dívek, věku patnáct až osmnáct let, s nařízenou obligatorní výchovou. Je tudíž nezbytné pracovat se skupinou a skupinovou dynamikou. K tomu slouží především (mimo jiné společné aktivity), takzvané „skupiny“. Nejčastější je večerní reflexe dne, kdy se po večeři sejde celá skupina a přítomný pedagog/pedagogové a všichni postupně reflektují, jaká měli den. Mluví o svých zážitcích a prožívání v průběhu dne, co podstatného se událo a jaký z toho mají pocit. Zbytek skupiny jim pak reflektuje své vidění dané věci. Pravidelná večerní reflexe se koná každý den v roce bez výjimky a doba trvání je minimálně třicet minut, nejčastěji zhruba hodina, ale může trvat i déle, dle počtu klientek a událostí, které den přinesl. Z reflexe je možné volně přejít do tematické skupiny, pokud je to žádoucí a prakticky možné. Další pravidelnou skupinou jsou plánovací skupiny programu, na začátku dne, či po příchodu klientek na oddělení z externího programu (studium/brigáda). Pevným bodem programu je od spuštění provozu oddělení také čtvrtěční skupina za přítomnosti psycholožky DÚ a vedoucího oddělení Sulická. Další skupiny jsou tematické a plánují se v závislosti na programu dne či týdne. Skupinovým setkáním s největším počtem účastníků jsou pak komunity, což jsou setkání celého oddělení, s četností minimálně dvakrát měsíčně. Je snaha o využití korektivní zkušenosti a skupinové dynamiky a ve vztahově podpurném prostředí.

Vedle skupin jsou podstatné individuální pohovory a vedení klientek. Pohovory je žádoucí s klientkami plánovat a rovněž se konají neplánovaně, dle aktuální potřeby. Mají rozličné podoby – motivační rozhovory, reflexivní, obsahující výchovné prvky a opatření, nebo i čistě informativní.

Další složkou je podpora studia klientek, viz. níže. Kontakt a zkušenost úspěchu v sociálně rozličných kontextech je klíčovým prvkem programu Sulická.

Po úspěšném dokončení pobytového programu přechází klientky do systému ambulantní péče.

Oddělení se řídí pokyny *Standardů kvality péče o dítě ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče* (Pacnerová a kol., 2015). Hlavními oblastmi zaměření jsou: „(1) Vztah dítěte k sobě samému, své rodině a blízkým lidem, dětem a pracovníkům zařízení, (2) Dítě v kontextu své situace, místa, rodiny, vývojových potřeb, (3) Dítě jako aktivní tvůrce a účastník procesů, (4) Dítě jako součást komunity, obce, nikoliv pouze zařízení, (5) Dítě a jeho jedinečnost, (6) Dítě na cestě k dospělosti, (7) Dítě v bezpečí“ (Pacnerová a kol., 2015).

4.2.4. Etická klauzule

Autor práce zachovává anonymitu všech účastníků a především klientek, a řídí se principy GDPR, nicméně je z jeho pohledu potřebné jmenovat klíčové postavy ve vedoucích pozicích.

4.3. Použité metody

Jak již bylo zmíněno, autor této práce je vedoucím oddělení Sulická a měl proto nejlepší možný přístup k získávání dat. Jako přímý účastník dění získával informace bezprostřední formou rozhovorů, pozorování a reflektování dění. Jednalo se o způsob vedení a organizačního řízení oddělení a jeho nově sestaveného pedagogického týmu, zadávání a reflexe úkolů a pověření, vypracovávání metodik a pravidel oddělení, organizaci týmových porad, supervizi, ale i výjimečných příležitostí (jako byly například slavnostní otevření oddělení na podzim roku 2018 s hojnou účastí odborných hostů a metodický seminář v roce 2019, mimo jiných i s účastí docenta Kamila Kaliny a profesora Michala Miovskeho). Autor byl rovněž zodpovědný za provázanost péče se základním pobytem DÚ, případně jeho dalšími detašovanými pracovišti a dvakrát týdně konzultoval v kolokviu multidisciplinárního týmu DÚ na pravidelných pedagogických poradách. Směrem vně organizaci DÚ pak autor práce v rámci svých pracovních povinností komunikoval s odborníky z celé řady profesí, kteří se v konkrétní době, jakkoliv podíleli na dění okolo klientů, jsou to především: pedagogové, psychologové, psychiatři, adiktologové a psychoterapeuti, sociální pracovníci a kurátoři pro mládež, praktičtí lékaři, příslušníci Policie ČR či zástupci justice. Další zodpovědností vedoucího oddělení pak byla starost o technické zázemí pracoviště, organizace údržby objektu a technického vybavení. Data a podklady pro tuto kapitolu byly získávány průběžně a nepřetržitě od roku 2018. Nutno podotknout, že během samotného dění rozhodně nebylo primárním účelem získávání kasuistických údajů pro tuto diplomovou práci, použitelnost kazuistiky pro tento účel vznikla jako sekundární produkt vedení oddělení, primárně šlo vždy o zajištění služby a pomoci dospívajícím uživatelům návykových látek.

4.4. Podrobná charakteristika subjektu kazuistiky

Oddělení s adiktologickou podporou Sulická, detašované pracoviště DÚ. Nejprve je však potřeba krátce charakterizovat mateřskou instituci – DÚ a SVP Praha 4. Jedná se o zařízení, které se zaměřuje na psychosociální problémy a poruchy v chování zejména u dívek ve věku 15-18 let (duasvp.cz, 2021). Základní diagnosticko-terapeutický program v pobytové formě a navazující ambulantní formě je realizován v sídle organizace na adrese Na Dlouhé mezi

19, Praha 4 – Hodkovičky. Jednotlivé specializované programy jsou na detašovaných pracovištích. Kromě oddělení Sulická mezi odloučené pracoviště patří oddělení Cesta Řevnice a oddělení M pro matky s dětmi. Součástí organizace je i středisko výchovné péče s ambulantními pracovišti v Praze – Modřanech a Příbrami a školní jídelna. Celá organizace je zřizována jako příspěvková organizace Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (duasvp.cz, 2021).

4.4.1. Charakteristika oddělení Sulická a složky programu

Jedná se o kombinaci režimových prvků ve vztahovém prostředí s využíváním skupinové dynamiky, individualizace v komplexním prostředí, tedy práce s rodinou a školou, volnočasovými aktivitami a vedle skupinových prvků byl kladen i důraz na individuální vztah dospívajícího a dospělého, tzv. koncept klíčového pracovníka, viz. následující odstavec. Klientky si na oddělení nezřídka poprvé zažily určitou důvěru v dospělého v kontextu selhání, které se dá (právě díky terapeutickému provázení) proměnit v cennou životní zkušenost. Součástí důvěry byl i předpoklad, že se klientce nemusí vše úplně dařit, koncept „selháváme lépe a lépe“ a triáda „bezpečí – důvěra – pravidla“ byly a jsou základní principy oddělení Sulická. Provoz oddělení byl spuštěn v říjnu 2018 s kapacitou 6 lůžek. Klienty byly výhradně dívky ve věku 15-18 let. Byl spuštěn pobytový (rezidenční) program, na který navazoval individuální ambulantní program pro klientky, které z oddělení odcházely na dlouhodobé propustky do rodin. Poradenské ambulantní služby klientky využívaly i po zletilosti. Délka pobytu byla u každé klientky individuální v závislosti na úspěšnosti plnění programu, průměrné rozpětí však bylo 3-6 měsíců, v individuálních případech, kde to bylo indikováno jako vhodné, se dala délka pobytu prodloužit, včetně žádostí klientek od dobrovolný pobyt po zletilosti z důvodu dokončení studia. Pokud bychom připodobnili program oddělení Sulická k zavedeným adiktologickým programům, nejvíce se podobá systému doléčování – nejedná se o klasický léčebný program, kdy se klientky primárně soustředí na léčbu své závislosti. Systému doléčování odpovídalo i nastavení programu oddělení Sulická, dívky musely plnit externí plnohodnotný program, nejčastěji šlo o prezenční studium středních škol v Praze. Pokud klientka nemohla z různých důvodů studovat, bylo potřeba v rámci programu docházet na brigádu.

Oddělení bylo koncipováno jako menší, intimnější pracoviště rodinného typu. Tomu přispíval i systém klíčových pracovníků (garantů), kdy každý z vychovatelů měl ve své osobní péči jednu, nebo více klientek. Povinnosti klíčového pracovníka zahrnovaly: být v průběžném kontaktu se všemi dospělými osobami, které byly pro klientku důležité – rodiče, prarodiče,

kurátor pro děti a mládež z místně příslušného OSPODu, třídní učitelka, ve vybraných případech bylo nutné komunikovat i se zástupci dalších profesí, pro příklad: ředitel školy, výchovný poradce, psycholog či psychiatr, praktický lékař pro děti a mládež, lékař specialista, příslušník Policie ČR, jež měl na starosti vyšetřování týkající se dané klientky, pracovník probační a mediační služby apod. Úkolem klíčového pracovníka bylo mít povědomí o všem podstatném a organizovat dění týkající se jeho klientky. Další povinností bylo věnovat klientce více prostoru (minimálně 1 hodinu týdně) pro individuální povídání, reflektivní a motivační pohovory, formulovat společně s klientkou plán pobytu, ten bylo nutné konzultovat s rodinou a OSPODem, poskytovat jí podporu při studiu (často bylo potřeba se i společně učit), starat se o zdravotní záležitosti apod. Systém osobních garantů se osvědčoval již od počátku spuštění programu a vylepšoval v jeho průběhu dodnes. Cílem programu bylo, aby si klientky zažily úspěch a přijetí v běžném (nikoliv patologickém) sociálním kontextu.

Práce s představiteli rodinného systému klientky je nezastupitelnou a důležitou složkou programu, klíčový pracovník představuje spojkou mezi pedagogickým týmem (šířeji DÚ jako institucí) a rodinou klientky, do dění se zapojuje také vedoucí oddělení. Pokud je to možné a žádoucí tak se ve spolupráci s rodinou definují individuální cíle pobytu klientky, ten hlavní cíl často bývá návrat do rodiny. K jeho dosažení poté vedou odstupňované kroky a realizované propustky do rodiny, jejichž doba trvání se postupně prodlužuje. Pro každou propustku se tvoří individuální kontrakt, kde jsou sepsány podmínky pobytu v rodině. Kontrakt je poté podepsán všemi stranami, které se na jeho obsahu podíleli a stvrzují tak svůj souhlas a závazek se kontraktem řídit – jde o klientku, pracovníka DÚ a rodinného zástupce. Během propustky či po návratu z ní pak probíhá reflexe úspěšnosti plnění kontraktu a rodičům je poskytnut i dotazník zpětné vazby. *Anonymizovaný kontrakt klientky je přílohou práce č. 5.*

Autor této práce v pozici vedoucího oddělení vždy zakládal systém práce na principech terapeutického vztahu. Jedná se o základní princip, ve kterém je spatřován dlouhodobý léčebný potenciál a bylo snahou ho vždy upřednostňovat před prvky bodovacího systému, ke kterým prostředí obligatorní výchovy může snadno inklinovat. Jedním z bazálních přístupů je snaha o nastavení důvěryhodné komunikace. Abychom si rozuměli a mohli navzájem důvěřovat. O to více je důležité pracovat nejen individuálně, ale právě se skupinovou dynamikou, je však přitom nutné předvídat a zohledňovat specifika dospívající klientely – jistou potřebu individualizace, prudkost a razanci, hledání bazálního pocitu bezpečí apod.

Základní principy oddělení byly proto vystaveny na benefitech použití systému pravidel terapeutické komunity, v tabulce jsou uvedeny ve srovnání s bodovacím systémem práce (Kalina, 2013). *Tabulka č. 1. srovnání systémů (Kalina, 2013)*

Bodovací systém	Systém pravidel terapeutické komunity
Princip učení podmiňováním	Systém sociálního/interpersonálního učení
Může uzavřít prostor složitějším a efektivnějším formám učení	Podporuje složitější a efektivnější formy učení jako podstatu systému
Může motivovat k vnějškové adaptaci	Snáze motivuje k internalizaci norem a hodnot
Reflektuje umělé režimové prvky	Reflektuje přirozené potřeby bezpečí a udržitelnosti komunity
Obsahuje riziko vzniku a personálního mechanismu	Je zosobněn vedoucím, týmem a pokročilejšími klienty
Může se stát ztělesněním obran a generalizovaných protipřenosů personálu	Vede personál k otevřenosti a odpovědnosti
Obsahuje riziko zneužití moci personálem	Zneužití moci personálem je kontrolováno komunitním dialogem, dialogem v týmu a supervizí
Příliš upoutává pozornost, bodování může nahrazovat terapeutickou komunikaci	Komunikace o problémech a událostech stojí na prvním místě
Přináší riziko retraumatizace v léčbě	Nižší riziko retraumatizace v léčbě vzhledem ke komunitnímu dialogu
Možnost ukončení léčby z disciplinárních důvodů při určitém počtu nezávažných přestupků	Riziko ukončení léčby z disciplinárních důvodů pouze při přestoupení kardinálních pravidel
Velký počet režimových pravidel s nejasným vztahem k cílům léčby	TK má málo základních pravidel, ale tato pravidla jsou jasná a jednoznačná
Často protičeří základním principům terapeutické komunity	Je konsistentní se základními principy terapeutické komunity

Smyslem programu je především pomáhat klientkám zvládat abstinenci od návykových látek a integrovat do jejich životního stylu nové, zdravější vzorce chování. Dále pak internalizovat změny a posilovat obecnou resilienci klientek, právě do té míry, aby byly schopné vracet se zpět buď do rodinného prostředí, pokud to nebylo z objektivních důvodů možné, pak přejít do jiného otevřenějšího programu (např. internátní zařízení při střední škole, studijní oddělení DÚ, startovací byt DÚ).

Podstatnou komponentou programu Sulická byl od počátku důraz na studijní složku ústavní výchovy. Podpora studia v sobě prakticky zahrnuje: starost o školní povinnosti a harmonogram školního roku, komunikaci s učiteli, řediteli, vedoucími praktických částí výuky, výchovnými poradci a dalšími. Často je potřeba s dětmi přímo učit a také učit je samostatnému studiu, jindy postačí být jen vzdálenější kontrolou, záleží na studijních schopnostech jednotlivé klientky. Dívky studují veškeré spektrum středních škol, od praktických studijních oborů až po víceletá gymnázia.

Podpora, aktivní plánování a realizace volnočasových, nejčastěji pohybových aktivit je dalším principem způsobu práce na oddělení. Typ aktivity se mění s ročním obdobím, společné skupinové procházky jsou možné kdykoliv. V roce 2020 docházely dívky několik měsíců do tělocvičny, kde se učily sebeobraným praktikám a fyzickému rozvoji obecně. V létě je oblíbenou aktivitou plavání či jízda na bruslích, daří se dívkám motivovat i k vyzkoušení míčových sportů. Vedle pohybu je snaha o nezanedbávání kulturní složky – knihy, divadlo či film bývají náplní programu během dní prostých od studijních povinností.

Na oddělení je po celou dobu existence i snaha o arteterapeutické a muzikoterapeutické působení na skupinu. V letech 2019 a 2020 docházela dvakrát měsíčně externí psychologka s absolvovaným muzikoterapeutickým výcvikem a vedla muzikoterapeutické skupiny. Ty byly klientkami velmi oblíbené, kromě sdílení vlastní hudby a kulturních vlivů mohly zažít i hlubší prožitky při poslechu a vlastní tvorbě hudby. Další aktivitou pro všeobecný rozvoj byla skupina anglické konverzace, která probíhala rovněž dvakrát měsíčně (střídal se s muzikoterapií) a dívkami byla rovněž velmi oblíbená. Nutno podotknout, že tyto aktivity byly v roce 2020 nuceně přerušeny, kvůli hygienickým a epidemiologickým opatřením vlády ČR a počítá se s jejich obnovou.

Cíle pobytu byla snaha definovat již před nástupem na oddělení a bylo vhodné mít na nich shodu s rodinou klientky a kurátorem pro mládež. Při nástupu bylo potřeba vědět, kam by klientka mohla po úspěšném dokončení programu odcházet a jaké úkoly je k tomu potřeba splnit, nezdědka si klientky formulovaly i dílčí osobní cíle pro pobyt. To vše bylo potřeba kontraktovat písemně.

Součástí programu mohla být i motivace do specializované adiktologické léčby, pokud se to projevilo jako indikované, což praxi znamená, že abúzus NL byl dominantní složkou, na úkor všeho ostatního. Součástí bezpečí celé skupiny a pravidel byla i dohoda o pobytu na Dětském a dorostovém detoxikačním centru nemocnice milosrdných sester svatého Karla Boromejského (od roku 2021 VFN v Praze). Léčbou je myšlen plnohodnotný adiktologický program, který byl klientkám zprostředkován, dlouhodobě spolupracujeme například s TK Karlov, TK White Light, PL Pateb Jemnice, PL Červený Dvůr, Oddělení 8 AT ženy při PN Bohnice a dalšími. Pokud klientka projevila ve svém chování závislostní problém dominantně a zároveň nebylo možné ji motivovat do léčby, byl ve spolupráci s OSPODem a rodinou klientky podán návrh na přemístění do jiného zařízení určeného pro výkon ústavní výchovy. Principem tohoto jednání je myšlenka, že pokud se klientce v programu nedaří i přes opakovanou snahu, je možné ji na základě výchovného zařízení poskytnout více ochrany.

4.5. Situace výchozího bodu

Původní nápad a myšlenku na zřízení nového oddělení s adiktologickým profilem měl ředitel DÚ a SVP, PhDr. Jan Toman. Do svých úvah přizval autora této práce a pověřil ho vedením nově vzniklého oddělení, společně pak konzultovali otázky nového pracoviště s příslušnými odborníky. Idea potřeby oddělení vycházela z reflexe stavu v letech 2016-2018, kdy se v rámci celé organizace DÚ objevoval významný podíl klientek s adiktologickou problematikou. Kapacita výchovně-terapeutického programu na oddělení Cesta Řevnice již v té době nedostačovala potřebám organizace DÚ a rovněž i indikace do programu byla mírně odlišná. Hledali jsme také řešení ovlivnitelnosti adiktologickou problematikou ostatních (bez adiktologické anamnézy) klientek DÚ a SVP. Klientky s adiktologickou anamnézou často potencovaly ostatní klientky DÚ ke zneužívání návykových látek. Protože se často jednalo o nestabilní a nezralé osobnosti, navíc v situaci, kdy dramaticky nezvládaly řešení svých konfliktů, toužily po snadném a rychlém zbavení se obtížně snesitelné tenze v oblasti prožívání a neměly současně dosavadní zkušenosti s psychoaktivními látkami.

4.5.1. Pedagogický tým oddělení

Úvahy a plánování nového oddělení probíhaly od počátku roku 2018, následně byl domluven pronájem, do té doby nevyužitého objektu „Nadřa“ v areálu Dětského centra TN. Během jarních a letních měsíců pak pověřený vedoucí oddělení sestavoval pedagogický tým a formuloval profil oddělení a jeho stěžejní charakteristiky. Nový tým byl složen především ze studentů a také absolventů bakalářského a magisterského oboru adiktologie na 1. Lékařské fakultě UK. Současní a budoucí adiktologové, kteří byli spolužáci vedoucího oddělení, byli doplněni studenty a absolventy pedagogických, psychologických a dalších humanitních oborů. Dále tým doplnily i vychovatelky ze základního programu DÚ, které měly vztah k oboru adiktologie (jedna byla rovněž absolventka adiktologie). Vzhledem k povaze zaměstnavatele (Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče) byli zpočátku členové týmu zařazeni na pracovní pozici asistentů pedagoga, v průběhu času se vyskytovalo i pracovní zařazení odborný denní vychovatel. Pracovníci pedagogického týmu byli zaměstnáni většinou na částečné pracovní úvazky, což bylo ovšem určeno jejich preferencemi, aby jim zaměstnání časově umožnilo nadále studovat, popřípadě se věnovat i jiným projektům. Tři pracovní úvazky připadly na denní vychovatele a dva na pozice nočních vychovatelů, dohromady čítal počáteční stav osm fyzických osob, včetně vedoucího oddělení. Členové nově sestaveného týmu během září 2018 docházeli do služeb základního programu DÚ, aby poznali prostředí a specifika ústavní výchovy a také se seznámili s kolegy z DÚ, to následně usnadnilo jejich budoucí komunikaci a spolupráci v rámci výkonu zaměstnání. Od října 2018 pak působili již výhradně na oddělení Sulická.

4.5.2. Charakteristika cílové skupiny

Jedná se výhradně o dívky ve věku patnáct až osmnáct let, s nařízenou obligatorní výchovou. Nejčastěji formou nařízené ústavní výchovy, o které rozhodl soud po vyčerpání veškerých dostupných možností ambulantních intervencí (jako např. pedagogicko-psychologické poradny, adiktologické ambulance apod.). Společné rysy cílové skupiny jsou především disharmonický vývoj osobnosti, s výraznými prvky sebestřednosti, nezdrženlivosti a impulzivitu. Dívky měly užívání návykových látek hluboce integrované do životního stylu, charakteristickou většině klientek byla snížená schopnost odkládání potřeb na později a vyhledávání rychlého uspokojení, což jde velmi snadno skrze požití drogy. Motivace byly hédonistické a krátkodobé – často operovaly ve velmi krátkých časových perspektivách a středně či dlouhodobé časové období pomíjely, nevnímaly jako důležité. Dalšími společnými charakteristickými prvky klientely jsou velmi nízká frustrační tolerance, emoční nestabilita a

omezená schopnost dlouhodobých vztahů. V sociálním kontextu byly časté zkušenosti neúspěchu, a to jak ve školním kolektivu, zájmových a volnočasových činnostech, partnerských vztahů či kontaktů se společenskými institucemi. Pocit úspěchu a přijetí si dívky často mohly prožít pouze skrze konformitu v okrajových společenských skupinách – právě uživatelů návykových látek, recidivistů apod. Etiologicky byl u klientek podstatný vliv primární rodiny ve smyslu vysoké instability vztahů a rodinného prostředí, sub-deprivační až deprivační prožívání základních potřeb raného dětství. Současně je v tomto kontextu potřeba dodat, že se již významně často jednalo o potomky dlouhodobých uživatelů NL. Tento poslední bod – druhé (či dokonce třetí) generace uživatelů návykových látek je trendem, který autor práce pozoruje od roku 2005, kdy začal pracovat s dospívajícími uživateli NL, a přestože to nemá podložené statistickými daty, zastává názor, že podíl takových klientů v čase postupně narůstá.

4.6. Další vývoj

4.6.1. Vývoj fází pobytu

V průběhu úvodních týdnů a měsíců od podzimu 2018 do jara 2019 se pravidla a metody práce oddělení vyvíjeli. Nejzásadnější bylo zavedení systému pobytových fází, které byly tři - A, B, C. Fáze „A“ byla definována jako adaptační a jejími hlavními úkoly bylo spárování klientky s klíčovým pracovníkem, vytvoření plánu pobytu a dílčích cílů, seznámení klientky s pravidly a denním řádem oddělení a její celková adaptace, fáze trvá týden až dva. Na konci adaptační fáze by měla klientka absolvovat úspěšnou samostatnou vycházku a (pokud je to možné) i propustku z oddělení. Následuje fáze „B“, která trvá měsíc až dva a je hlavním prostorem pro plnění programu, realizaci samostatných vycházek a propustek z oddělení, kdy má klientka prokázat schopnost plnění programu, jak na oddělení, tak externě-studijního, rovněž svoji odolnost vůči rizikovým situacím. Fáze „C“ je poslední a slouží k přípravě odchodu klientky z oddělení, klientka má v této fázi umožněny vycházky a propustky ze zařízení neomezeně dle domluvy (a především nastaveného plánu pobytu). V této fázi je kladen důraz na autonomii a zodpovědnost klientky. Fáze pobytu jsou přístupné oběma směry a pokud chtějí přestoupit do vyšší fáze, musí čas přestupu určit jejich klíčový pracovník a samotný přestup je pak realizován na velké komunitě, kde se sejde celé oddělení, dospělí i děti a všichni mají možnost přestup komentovat. V průběhu roku 2020 se opakovala situace, kdy bylo na oddělení více klientek, kterým se v programu Sulická dařilo a byly dlouhodobě ve fázi „C“, ty měly vlastní nápady na zavedení nové fáze „D“, kde by získaly ještě větší volnost a autonomii – nicméně jim nebylo vyhověno, především z důvodu určitých mantinelů ústavní výchovy, kdy klientky (bez propustky) například nemohou trávit noční hodiny mimo oddělení.

Během času se z iniciativy klientek na oddělení vyvinula celá řada samosprávných funkcí, které měly komunitní charakter – vznikla například funkce „paní či šéfové domu“, která byla v daném týdně zodpovědná za úklid a stav oddělení.

4.6.2. Vývoj pedagogického týmu

Vývojem procházel i tým oddělení, někteří kolegové tým opustili z rozličných důvodů a nové posily je nahradily. V průběhu let 2019, 2020 a 2021 je postupně snížil počet adiktologů v týmu a nahradili je speciální pedagogové. Pozitivní přidanou hodnotu a návaznost péče přineslo, když tým doplnila na částečný úvazek vychovatelka z DÚ, která působila současně na adaptačním oddělení A, odkud často klientky přicházely. Pedagogický tým je v současné době dlouhodobě stabilizovaný a rozšířil se v roce 2021 v reakci na zvýšení lůžkové kapacity programu ze šesti na devět klientek.

4.6.3. Supervize, intervize, porady, komunity a workshopy

Během úvodního půlroku provozu oddělení byl zaveden (plánovaně) institut týmové supervize, kterou ve čtvrtletních časových intervalech realizoval externí supervizor a psychiatr MUDr. Pavel Bém. Supervize probíhá na oddělení dodnes čtyřikrát ročně a je jí věnováno celé dopoledne, resp. minimálně tříhodinová časová dotace. Pedagogický tým tento prostor během prvních téměř tří let existence oddělení využíval většinou k institucionální supervizi, reflexi pravidel a metodologie, adiktologickým a jiným odborným tématům, ovšem nezářídka se týmová zakázka věnuje přímo dětem a je realizována klientská supervize. Mít institut supervize je velmi důležité pro péči o pedagogický tým a posiluje obecně kohezi oddělení.

Nezanedbatelnou roli má i intervize, která byl zavedena v roce 2019 a slouží k individuálním pohovorům pedagogů s vedoucím oddělení. Je to prostor, který není tematicky omezen, nejčastěji je využíván ke konzultaci osobního vedení klientek, adiktologických témat, ale i provozních nebo personálních otázek.

Pedagogické porady se v průběhu celé existence zařízení konají ve středu jednou za dva týdny (nebo výjimečně dle potřeby) a trvají zhruba tři hodiny. První polovina je věnována

organizačním a personálním tématům a druhá poté výhradně dětem. Klíčový pracovníci referují zbytku týmu o „svých“ svěřených a vše podstatné se diskutuje.

Po týmových poradách bezprostředně následují komunity, což jsou skupiny všech zaměstnanců a klientek oddělení, trvají hodinu až dvě a věnují se reflexi uplynulých čtrnácti dnů a plánování budoucího období.

V roce 2020 se z odborných částí pedagogických porad odstředila další forma komunitního setkávání oddělení – tematické workshopy. Zaměřené na metodologické otázky, adiktologické témata, zvyšování právního vědomí, témata zdravého životního stylu apod. Mohou mít podobu čistě odborného školení pro pedagogický tým, nebo vzdělávacího prostoru pro tým i klientky dohromady.

4.6.4. Kapacita oddělení

V zimě 2020/2021 došlo ke stavebním úpravám interiéru oddělení tak, že byl vytvořen nový třílůžkový pokoj a kapacita oddělení se tak navýšila na 9 klientek.

Není se na tomto místě potřeba podrobněji věnovat pravidlům a metodám práce na oddělení – drtivá většina podstatného je obsažena v přílohách této práce. Přílohy patří do interní dokumentace DÚ a SVP Praha 4 a je nutné s nimi proto zacházet diskrétně.

Přílohou č. 2. je vnitřní řád oddělení, příloha č. 3. jsou epidemiologická opatření a příloha č. 4. je harmonogram nouzového stavu.

4.7. Opatření v rámci epidemie nemoci Covid-19

Když na jaře 2020 celý svět ovládla pandemie onemocnění Covid-19, znamenalo to i pro oddělení s adiktologickou podporou Sulická velké změny. Tou nejzásadnější bylo uzavření škol a nutnost realizovat distanční výuku na oddělení. To nebylo snadné, protože klientky chodily každá do jiné školy, měly jiné studijní povinnosti, tempo a přístup k distanční výuce. Zpočátku to nebylo jednoduché zajistit technicky ani odborně, nicméně tím si zřejmě prošel celý segment vzdělávání a školství v České republice.

Kromě nových nároků vyplývajících z distančního studia byly největším zásahem do života oddělení různá omezení pohybu osob, překračování hranic okresů apod. V období nejtvrdších karanténních opatření na jaře a podzimu 2020 bylo jen velmi obtížné až nemožné realizovat

řadu plánovaných krátkodobých propustek ze zařízení. Zásadně se změnil denní harmonogram, i s přihlédnutím na prevenci tzv. „ponorkové nemoci“, po dopoledním studiu a obědě se chodilo na pravidelné procházky a outdoorové aktivity v přilehlém lesoparku.

Byla zavedena celá řada preventivních hygienických opatření – zvýšený důraz na osobní hygienu, mytí rukou, měření tělesných teplot všem na oddělení ráno a večer, častější vytírání podlah a veškerých povrchů antibakteriálními přípravky apod. Byl zřízen karanténní pokoj s vlastním sociálním vybavením, který sloužil pro klientky vracející se z propustek na minimálně dva dny po návratu. Oddělení bylo vybaveno antigenními testy a bylo zavedeno testování při návratu z propustek, zaměstnanci se testovali jednou týdně (viz přílohy).

Na jaře 2021 již byly opatření a omezení poměrně dobře internalizovány zaměstnanci a průběh karanténních opatření byl o něco jednodušší, než v roce 2020, oddělení již mělo naučen systém utážení a uvolnění pravidel a harmonogramu dne v závislosti na aktuální epidemiologickou situaci a platná opatření v Hlavním městě Praha.

I díky semknutí celého oddělení a dodržování sociálního distancování s osobami vně oddělení a samozřejmě nespornému štěstí se prozatím podařilo vyhnout se přítomnosti onemocnění Covid-19 na oddělení Sulická.

4.8. Etika

V průběhu existence oddělení Sulická bylo potřeba vypořádat se s celou řadou otázek dotýkajících se etiky. Jedno ze zásadních téma bylo tzv. „právo na selhání“ – což je koncept, který je legitimní a zavedený v kontextu dospělých klientů, kdy reprezentanti pomáhajících profesí částečně počítají s tím, že se klientovi/pacientovi nebude tak úplně dobře dařit. Někdy to až očekávají a přístup své terapie tomu uzpůsobují. V kontextu obligatorní výchovy a nezletilých uživatelů návykových látek je toto však možné jen velmi omezeně a není možné právo na selhání klientům automaticky přiznávat. Na oddělení se například řešilo, zda je intoxikace alkoholem nebo marihuanou (bez dalších somatických či jiných projevů a důsledků) srovnatelná s intoxikací stimulancií, nejčastěji pervitinem či jinými amfetaminy. Samy klientky v tom viděly zásadní rozdíl, často říkaly: „jsme/jsem zde umístěna (mám nařízenou ústavní výchovu) právě z důvodu užívání pervitinu, tak proč řešíte, že jsem měla dvě piva, popřípadě pár potahů z marihuanové cigarety?“ – Ano, jistě, není to to samé, nicméně kardinální pravidlo oddělení předpokládá zákaz přítomnosti psychoaktivních látek, nebo osob jimi intoxikovaných na oddělení, musíme se s tím proto nějak vypořádat, nelze to jen tak přejít. Dále ne každá intoxikace psychoaktivní látkou je indikací pro detoxikační dětské a dorostové oddělení, pokud

jde o tzv. „měkké“ drogy, jsou takové případy často lékaři sloužícími na detoxikační jednotce odmítány a pedagogové jsou školeni personálem o tom, jak je s tím potřeba nakládat, apod. Odhaluje to různé mezery v drogové legislativě, kdy litera zákonů není slučitelná s běžným životem a takřka až předpokládá, že nezletilí lidé prostě návykové látky neužívají.

Další etickou otázkou bylo a stále je zacházení s citlivými a důvěrnými informacemi. Jedná se o věčný střet dvou základních principů, kdy na jedné straně je žádoucí nepouštět důvěrné informace mezi ostatní, nebo dokonce vně oddělení a na druhé straně je zde například zákonná oznamovací povinnost, což je sice extrémní případ, ale v běžném provozu jde často o informace, které by například rodina klientky či její kurátor měli vědět. Pokud jde o nezákonné jednání, je nutné se řídit právě onou oznamovací povinností, když se jedná o (z legislativního pohledu) méně závažné jednání, je možné s kauzou pracovat kreativněji a například učinit s klientkou dohodu, že budou ostatní informováni řízeně (konkrétně: co je možné nechat na důvěrné úrovni a co je zapotřebí sdělit dalším osobám, důležitá je pak forma a načasování sdělení. Obecně se jedná o nesnadný výchovný prvek na komunikaci, nicméně s výrazným osobnostně-růstovým potenciálem, pokud je dobře realizován. Příbuzné téma je pak otázka lži, manipulací s fakty apod. – i zde je možné výchovně působit na klientelu velmi široce. Zde se často uplatňují principy práce modelu terapeutické komunity – práce se vztahem, reflektování přenosů a protipřenosů apod.

Řada dalších etických otázek pak vyplývá ze vztahu vychovatel – dospívající. Systém osobního provázení a garance je na terapeutickém vztahu do značné míry postaven a vztah skutečně bývá oním pověstným nositelem změny. Například otázka vzájemného tykání či vykání, dodržování dohod a pravidel, nebo i bazálního pojmového rámce řeči, abychom pojům rozuměli navzájem co nejvíce podobně. Samotná role pedagoga je v tomto nesnadná, kdy musí v průběhu dne postupně přecházet mezi rolami vychovatele, který vyžaduje dodržování pravidel a programu a následně přechází do role více terapeutické, kdy musí naopak dokázat klientku uklidnit, naslouchat a umět utěšit. Pokud mezi klientkou a pedagogem vznikne významný osobní vztah, zdá se, že je to žádoucí a vedení klientky má větší efektivitu, nicméně otevírá to na druhé straně otázky ochrany soukromí pedagoga (je vhodné klientkám poskytovat osobní telefonní číslo? E-mail? Přijmout její žádost o kontakt na sociálních sítích?). Každý má své osobní hranice nastaveny trochu jinde, a to klienti i pedagogové a je potřeba s tím počítat. Řešili se případy, kdy klientka svévolně opustila program (tzv. „útěk“), byla nahlášena do pátrání Policie ČR, ale následně se svému klíčovému pracovníkovi nebo vedoucímu oddělení ozvala právě skrze sociální síť a uváděla ho tak do obtížné pozice, zda s ní má komunikovat, nebo nikoliv a nahlásit ten kontakt na Policii ČR.

Obecné vnímání instrumentu ústavní výchovy je bazálním tématem, na kterým by měl mít vychovatel/terapeut s adolescentem shodu. Pokud klient vnímá opatření ve výchově jako nespravedlivý postih své osoby a jeho protagonisty jako negativní osoby, je potřeba nejdříve pracovat na tomto pojetí. Při jeho rozebírání s dospívajícími nezdědka narazíte na vztah k něčemu, co často nazývají „systém“ a myslí za tím svět dospělých, zákony a pravidla společnosti. Přestože je v období adolescence přirozené být proti „systému“ odmítavý až bojovný, je naší pedagogickou úlohou snažit se najít společnou řeč a smysl ve společenském zřízení a pospolitosti.

4.9. Závěry a statistika

Za prvních 32 měsíců provozu oddělení se dle autorova názoru podařilo mnohokrát dostatečně prokázat, že zvolené způsoby a principy práce oddělení byly nastaveny adekvátně. Přístup zakládající na principech terapeutické komunity umožňuje lépe pracovat se skupinovou dynamikou a obecně (prospěšněji pro klienty) nakládat s procesy ve skupině, než bodovací systémy. Variace modelu terapeutické komunity je věrnější simulací „normálního“ života a umožňuje klientkám zažít zkušenosti přijetí a úspěchu. Dalším významným závěrem je, že lze tento model v prostředí obligatorní výchovy vůbec úspěšně aplikovat. V neposlední řadě autor této práce zjistil, že to je velmi model značně náročný na pedagogický či terapeutický tým—zvláště pak na jeho profesionalitu a zkušenost. Jako klíčově důležité se ukázaly instituty supervize a intervize a péče o pedagogický tým obecně.

Další závěrem kazuistiky detašovaného oddělení s adiktologickou podporou je zjištění, že klientky často využívají možnosti setrvat na oddělení v rámci dobrovolného pobytu po své zletilosti a skončení obligatorní výchovy. To je efekt, který autor této práce v roce 2018 nepředpokládal.

Protože jsou dospívající s nařízenou obligatorní výchovou často zatíženi nezvládnutými (dlouhodobě nezvládanými) intrapsychickými konflikty, které mohou souviset s výchovnými problémy, sociálně patologickým chováním, nebo zneužíváním návykových látek. Je proto bazálně důležité, aby své umístění do zařízení určeného pro výkon ústavní výchovy byli schopni vnímat pozitivně, nebo alespoň neutrálně a aby existovala naděje pozitivního trendu tohoto

vnímání vlastní situace a dalo se na tom v čase pracovat. Praxe na pracovišti Sulická od roku 2018 prokázala, že je možné tyto vzorce přetvářet a postupně rozpouštět negativní vnímání dospělých, jako představitelů represivního „systému“ a nacházet společnou řeč při vyprávění životních příběhů.

Statistika

DÚ a SVP Praha 4	Detašované oddělení s adiktologickou podporou Sulická
Datum spuštění provozu	21.10.2018
Celkový počet dní provozu	881
Celkový počet klientek	48
Počet klientek studujících střední školu	39
Počet klientek docházejících na brigády	22
Průměrný počet klientek na oddělení	4
Celkový počet opuštění programu	23
Celkový počet realizovaných propustek do rodin	230
Průměrná délka propustek do rodin	4 dny

Tabulka č. 2. Statistika oddělení Sulická (Doležal, 2021)

5. Diskuze

Přestože zaměření této práce je na pobytové adiktologické programy pro dospívající a záměrně se nevěnuje preventivním či ambulantním programům pro mládež, z hlediska celistvosti a komplexního pohledu na dorostovou adiktologii mohou v práci chybět. Ambice nicméně skutečně nebyla postihnout vše, co se v dorostové adiktologii děje, ale přiblížit detailněji programy rezidenční péče, a to především školské v kontextu ústavní výchovy, kde se mohl autor opírat o zkušenosti ze své praxe.

V tomto založení diplomové práce na autorových zkušenostech z praxe spočívá její další problém – přináší jistou inkoherenci a absenci klasického výzkumného šetření. Například komponenta práce s názvem „pohledy z praxe“ byla z důvodu nedostatečné metodologické podpory raději přesunuta do příloh. Netradiční skladba práce, kdy druhá, teoretická kapitola je zároveň teoretickou částí ke čtvrté kazuistické kapitole a třetí kapitola, věnující se institucím, je jaksí navíc, to jsou další problémy této práce. Autor si jich je vědom, nicméně považoval za důležité třetí kapitole ponechat, protože zachycuje pohled na historické reálie (DaDDC při NMSKB) dorostové adiktologie a tento přínos převažuje nevýhody. Snahou bylo přiblížit autentický pohled do praxe, nicméně hlubší teoretické ukotvení výzkumných částí práce by jistě bylo prospěšné.

Nevýhodou práce je její částečná neaktuálnost ve třetí kapitole, sběr dat probíhal především v roce 2018 a DaDDC změnilo od roku 2021 platformu svého působení (z NMSKB na VFN a Klinikum Adiktologie), nicméně i tak bylo v diplomové práci ponecháno, protože dle o významnou, byť dnes již historickou složku české dorostové adiktologie.

6. Závěr

V úvodu této práce byla nastolena otázka, která zařízení jsou pro dospívající uživatele návykových látek ideální. *Zdravotnická zařízení* (detoxikační centra a psychiatrické nemocnice) jsou nezastupitelné v účelu detoxifikace a péče o somatický stav nezletilého nejen během akutní intoxikace. Jde zároveň i o přípravu a stabilizaci klienta pro další navazující programy. Nezdavotnická zařízení nemají takové podmínky k péči o tělesný stav, nebo úpravu farmakoterapie. Nicméně se lze domnívat, že k dlouhodobé péči o dospívajícího, kdy je jako pacient stabilizovaný a nastává potřeba integrované multidisciplinární péče se zapojením rodiny, vzdělávání a dalších, nemají zdravotnická zařízení zdaleka ideální podmínky a ani by to nemělo být jejich rolí. Programy etablovaných *terapeutických komunit* pro dospělé mohou být v ojedinělých indikovaných případech, kdy je jasné, že například vzdělávání jedince je již ukončené, blíží se věku zletilosti a jeho závislostní problém je v rozvinutější fázi, velmi dobrou volbou. Nicméně pro většinu dospívající populace je jejich program příliš dlouhý, resocializace moc hrubá a koexistence s dlouhodobými uživateli návykových látek (ačkoliv může přinášet i pozitivní efekty) dospívajícím neprospívá.

Docházíme tedy postupně k názoru, že *školské instituce*, respektive školské adiktologicky specifické programy jsou pro dospívající nejpřirozenějším a nejzdravějším prostředím. Jsou skutečně předurčeny k tomu, aby nejen zajišťovaly vzdělávací složku vývoje dítěte, ale nejnázve spolupracovali s rodinným systémem dospívajícího, orgánem sociálně právní ochrany a dalšími postavami zainteresovanými na vývoji jedince. Rizikové chování a užívání psychoaktivních látek v dospívání je často (pouze) projevem, reakcí na závažnější problémy v rodinném systému a školské instituce mají nejlepší předpoklady k tomu nejen výchovné funkce rodiny podporovat a reparovat ale i nahrazovat.

Institut obligatorní výchovy je poté nutným předpokladem a základní platformou pro potencialitu úzdravy dospívajících, zvláště v případech, kdy byly vyčerpány předešlé pokusy o intervence a jedinec stále žije rizikovým způsobem. Jde o bazální ochranu fyzického i duševního zdraví dospívajícího a jeho okolí.

Principy case managementu jsou vzhledem ke komplexnosti adiktologické tematiky nezastupitelné, specifický typ case managementu je u dětí a dospívajících klíčovou komponentou úzdravy.

Potenciál údravy nelze rozvinout, dokud jedinec nemá dostatečný náhled na své obtíže a jeho přílnavost k programu není na dostatečné úrovni. Na začátku proto vždy stojí téma motivace klienta a schopnost pomoci mu ve vyhodnocování jeho životní situace a strategií do budoucnosti. Dospívající často nemají zájem na svém rizikovém chování cokoli měnit z vlastního přesvědčení a je potřeba je motivovat nejen vnějšími (například výchovnými) opatřeními, ale především terapeutickým působením a autentickým vztahem.

Proces údravy dospívajícího jedince je pak mnohdy dynamičtější a rychlejší, než je tomu u dospělých, vzorce chování se mění s větší lehkostí, ale i tak je potřeba počítat s případným selháním. Zde je klíčovým bodem dlouhodobě nestigmatizovat jedince jako selhávajícího (touto rolí) a v případě opakovaného neúspěchu je výhodné změnit prostředí, případně i typ péče o nezletilého.

Z praxe se ukazuje, že i v prostředí obligatorní výchovy je možné vytvářet a provozovat pracoviště, která jsou vystavěna na principech práce se vztahem a skupinovou dynamikou. Umožňují dospívajícím prožít reparační zkušenosti a pro duševní vývoj nezastupitelné pocity přijetí a úspěchu v přirozeném vrstevnickém prostředí.

Možnosti využití skupinové dynamiky a korektivní zkušenosti na platformě vztahově neutrálního prostředí jsou pro dospívající klíčové, musí se však opírat o pocit bezpečí ve skupině a silnou, terapeuticky podpůrnou vazbu na straně dospělých.

Posledním důležitým tématem je celkové zastřešení problematiky dětské a dorostové adiktologie státem a státní správou. Je potřeba dopracovat a aktualizovat příslušnou legislativu a rovněž více provázat jednotlivé segmenty státní správy a dalších pomáhajících profesí tak, aby následně zvolené intervence byly adekvátní, dávaly smysl v kontextu vývoje jedince a byly mu celkově ku prospěchu.

Seznam použité literatury

Erikson, E.H. (1999) *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Erikson, E.H. (2014) *Životní cyklus rozšířený a dokončený, Devět věků člověka*. Praha: Portál.

Gilvarry E., McArdle P., O'Herlihy A., Mirza K., Bevington D., Malcolm N. (2016). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy související s užíváním návykových látek*. Překlad: Miklíková S., Editace: Miovský M.

Hajný, M. (2001) *O rodičích a dětech*. Praha: Grada.

Hort, Vl., Hrdlička M., Kocourková, E., Malá, E. et kolektiv (2000) *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

Kalina, K. (2015) *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2013) *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2008) *Terapeutická komunita*. Praha: Grada.

Kalina, K., et kolektiv (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Koranda M., (2016, Prosinec). *Dětské a dorostové detoxikační centrum*. Adiktologie, 4/2016, 342–351.

Kuklová, M. (2016) *Kognitivně – behaviorální terapie v léčbě závislosti*. Praha: Portál.

Langmeier, J., a Krejčířová D. (1998) *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.

Mečíř, J. (1989). *Starosti s dospíváním*. České Budějovice, Mona.

Pacnerová., H. et kolektiv (2015) *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.

Pöthe, P. (2013) *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. Praha: Grada.

Preiss, M., Kučerová, H. (2006) *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada.

Říčan, P. a Krejčířová D. et kolektiv (2006) *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada.

Špatenková, N. et kolektiv (2004) *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada.

Vaníčková, E. (2005) *Dětská prostituce*. Praha: Grada.

Dětské a dorostové detoxikační centrum (2021), Dostupné z: www.nmskb.cz/pro-pacienty/oddeleni/detoxikacni-centrum

Dětské centrum Thomayerovi nemocnice (2021): <https://www.ftn.cz/detske-centrum-s-komplexni-peci-a-podpurnou-rodinnou-terapii-42/>

Doležal, B. (2013). Ústavní léčba nezletilých problémových uživatelů drog v Oddělení Cesta Řevnice. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd. Vedoucí práce Prof.PhDr. Josef Kandert, CSc. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/105553/>

Duková, I. (2010). Dětské a dorostové detoxikační centrum v Praze, jeho úloha a význam v síti protidrogových služeb. (Diplomová práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/fbjzah/DP_Ivana_Dukov_DaDDC_2010_STAG.pdf

DÚ a SVP Praha (2021). Dostupné z: <http://duasvp.cz/>

Mapa pomoci (2021), Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí, (2021). Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, (2021). Dostupné z: <http://www.msmt.cz/>

Orgán sociálně-právní ochrany dětí, (2021). Dostupné z: <http://www.ospod.cz/>

Probační a mediační služba České Republiky (2021). Dostupné z: <https://www.pmscr.cz/>

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (2021), Dostupné z: <https://cervenydvur.cz/>

Psychiatrická léčebna Pateb Jemnice (2021), Dostupné z: <https://pateb.cz/>

Psychiatrická léčebna Kosmonosy (2021), Dostupné z: <http://www.plkosmonosy.cz/>

Psychiatrická nemocnice Bohnice (2021), Dostupné z: <https://bohnice.cz/>

Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské, Bílá Voda (2021), Dostupné z: <https://www.pnmo.cz/>

Oddělení Cesta Řevnice (2021). Dostupné z: <http://www.cestarevnice.cz/>

Oddělení Medvědí Kámen (2021). Dostupné z: http://www.vudds-hostoun.cz/medvedi_kamen.html

Oddělení pro děti experimentující s návykovými látkami a drogově závislé Poklad (2021). Dostupné z: <http://www.husuvdomov.cz/poklad.html>

Sananim, Terapeutická komunita Karlov (2021). Dostupné z: [http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\).html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk).html)

Sanders, R. A., 2013. Adolescent Psychosocial, Social, and Cognitive Development. *Pediatrics in Review* [online]. 34(8), 354-359 [cit. 2021-7-14]. Dostupné z: doi:10.1542/pir.34-8-354

Steinberg, L., (2005) *Cognitive and affective development in adolescence. Trends in Cognitive Sciences* [online]. Dostupné z: [https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/fulltext/S1364-6613\(04\)00317-1?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1364661304003171%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/fulltext/S1364-6613(04)00317-1?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1364661304003171%3Fshowall%3Dtrue)

Terapeutická komunita White Light – Mukařov (2021) Dostupní z: <https://wl1.cz/terapeuticka-komunita/>

Úřad pro mezinárodní ochranu dětí, (2021). Dostupné z: <https://www.umpod.cz/>

Výchovně léčebná jednotka Medvědí kámen (2021). Dostupné z: http://www.vudds-hostoun.cz/medvedi_kamen.html

VÚ, DDŠ, ZŠ, SŠ a ŠJ Hostouň (2021). Dostupné z: <http://www.vudds-hostoun.cz/>

VÚ a ŠJ Husův Domov, Dvůr Králové nad Labem. (2021) Dostupné z: http://www.husuvdomov.cz/index_info.html

VÚ a SVP Klíčov (2021), Oddělené pracoviště Křešín. Dostupné z: <http://www.klicov.cz/vitejte-na-klicove/komunitni-oddeleni-kresin/>

WHO. (2021). *MKN-11: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*-10. revize. Světová zdravotnická organizace. In ČR ÚZIS. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008312/mkn-10-tabelarni-cast-20200515.pdf>

Seznam tabulek

Tab. č. 1. Srovnání terapeutických a bodovacích systémů (Kalina, 2013)	42
Tab. č. 2. Statistika oddělení Sulická (Doležal, 2021)	52

Přílohy

Příloha č. 1.

Pohledy z praxe

Tato část je přílohou třetí kapitoly diplomové práce a věnuje se rozhovorům s protagonisty institucí, nabízejících pomoc adolescentům se závislostní problematikou.

Pohled z praxe č. 1. – Probační a mediační služba

Respondentkou ohledně probační a mediační služby byla paní doktorka PhDr. Eva Veselá, která působí jako vedoucí střediska probační a mediační služby v Berouně. V tomto rozhovoru, zásadní informací bylo, že služba PMS v Berouně obvykle nemá ve své péči mnoho nezletilých pachatelů trestných činů či přestupků. V současné době mají v péči tři jedince (ve věku 15-18 let), což odpovídá dlouhodobému průměru. V rámci realizace programů pro mládež paní doktorka Veselá pozitivně oceňovala spolupráci s Rubikon Centrem, nestátní neziskovou organizací, jejíž hlavní pracovní náplní je prevence recidivy kriminality. Doktorka Veselá zmínila například učební program již realizovaný, organizovaný vně PMS Beroun, právě pracovníky Rubikon Centra, do kterého bylo podmínkou pro zařazení nezletilého byla skutečnost, že není v rozvinuté fázi drogové závislosti, ale spíše experimentátoři a problematičtí uživatelé. Kdo o stupni rozvoje závislosti jako indikace pro přijetí do učebního programu Rubikonu rozhodl, kdo závislostní problém mladistvého posoudil, to se nám bohužel zjistit nepodařilo. Po roce od ukončení programu nastala evaluační fáze, kdy Probační a mediační služba Beroun společně s kolegy z Rubikonu vyhodnocovali dopad realizovaného učebního programu na nezletilé klienty. Druhou podstatnou spoluprací, kterou Veselá zmínila, byla spolupráce s obecně prospěšnou společností Magdaléna, která je adiktologicky zaměřenou organizací, působící především ve Středočeském kraji a hlavním městě Praha. Magdaléna nabízí v těchto regionech již dvacet let své adiktologické služby, jako jsou: programy primární prevence, terénní programy, ambulantní léčba, rezidenční léčba v terapeutické komunitě, ambulantní doléčovací program, rezidenční program pro klienty s duálními diagnózami, chráněné bydlení, nebo poradenské a konzultační služby. Těžištěm spolupráce Magdalény ops. a PMS Beroun jsou především adiktologické ambulantní služby dospělým klientům v probačním režimu. Spolupráce byla vedoucí Probační a mediační služby v Berouně PhDr. Evou Veselou hodnocena jako velice užitečná a přínosná pro klienty v režimu probace, ovšem také vyjádřila přání, aby objem spolupráce mohl narůstat, což by zřejmě vyžadovalo vyšší personální investici ze strany Magdalény ops. (Veselá E., osobní rozhovor, 2.7.2018).

Pohled z praxe č. 2. – Dětské a dorostové detoxikační centrum

Osobní rozhovor mi poskytla dětská psychiatrička působící na DaDDC MUDr. Michaela Chrdlová. Hovořila především o ekonomických tlacích, respektive o náročném hospodaření DaDDC, jehož provoz je ztrátový. Aktuálně se na DaDDC řeší, z ekonomického hlediska by dle Chrdlové (2018) bylo nejlepší poskytovat 3 denní krátké intervenčním pobyty, zaměřené na somatický stav a detoxikaci organismu a terapeutickou komponentu, která hraje významnější roli především v druhé polovině 12ti denního pobytu, omezit. Praktické dopady interních debat NMSKB na chod centra jsou zatím hubbou budoucnosti, ale i tak doktorka Chrdlová nastínila trend snižování nejdelší možné délky pobytu. Rozdělení nabízeného programu na dva rozlišené typy – první krátkodobý, stabilizační, do tří dnů, zaměřený na somatickou detoxikaci (ekonomicky výhodný model, lůžkoden) a druhý typ programu, delší (až 12 dní), zaměřený na motivaci. Aby nemotivované děti, kteří jsou na DaDDC neaktivní mohli po krátké somatické stabilizaci program opustit (Chrdlová, 2018).

Pohled z praxe č. 3. – Oddělení s výchovně-léčebním programem Cesta Řevnice

Osobní rozhovor ochotně poskytla vedoucí oddělení MUDr. Michaela Chrdlová (2018). Jak by měl tedy nový adiktologicky specifický program Cesty Řevnice vypadat? Projděme si jeho strukturu od klientova vstupu do programu až do ukončení doléčování. Doba pobytu zůstává stejná, dvouměsíční. Den příjmu bude vždy úterý a první dva týdny bude možné během úterků realizovat dodatečné příjmy k doplnění skupiny. Poté by se skupina měla dalším nástupům uzavřít a do konce programu zůstat uzavřená. Primární cílovou skupinou zůstávají dívky s nařízenou obligatorní výchovou, tedy předběžným opatřením, nebo ústavní výchovou, nicméně bude snahou Cesty získat výjimku ze zákona a moci realizovat i koedukované skupiny, kromě dívek přijímat i chlapce. Výhody uzavřené a koedukované skupiny by pracovníci Cesty neradi obětovali. Po příjmu budou probíhat úvodní procedury jako: seznámení s řádem zařízení, organizací a harmonogramem dne, pravidel a sankcí za jejich porušení, podpis rodičů informovaných souhlasů, založení dokumentace klienta, testování na přítomnost návykových látek v organismu, posouzení zdravotní způsobilosti, seznámení se s týmem a klienty vzájemně, to vše bude zakončeno vstupním rituálem. Následně se budou pro první dny rozdělovat funkce (uklízecí, starost o kuchyň, tzv. “pravá ruka“ apod.) a stále během prvního týdne pobytu se dospívající seznámí s pravidly skupiny a skupinové práce a bude jim poskytnut prostor k adaptaci na nové prostředí a pravidla. Úvodní období bude trvat až do uzavření skupiny třetí pobytový týden, během té doby bude kladen důraz na vytvoření individuálního plánu každého klienta, dle jeho potřeb. Při tvorbě individuálního plánu, během prvních tří týdnů pobytu se

bude spolupracovat s jeho rodiči, nebo jinými zákonnými zástupci dospívajícího, kurátorem pro mládež – jak s rodiči, tak s kurátorem (dle jeho možností) by v tomto období mělo proběhnout první osobní setkání za přítomnosti osobního terapeuta na oddělení Cesta. Rovněž bude doplňována klientova diagnostická dokumentace, popřípadě upravována medikace psychofarmaky (Chrdlová, 2018).

Čtvrtý týden se skupina uzavře i když nebude kapacita plně obsazená a do 9. týdne program bude již jen pro uzavřenou skupinu. Následně bude kladen důraz na prohlubování dovedností v rámci režimového nastavení, pravidelně nastavené činnosti během dne, práce na sebepoznání s důrazem na rozpoznání rizikových faktorů, které vyvolávají potřebu vracet se k nevhodným stereotypům. Další terapeutické prvky jsou: podpora komunikace s lidmi, kteří mohou klienta pozitivně ovlivnit po návratu do běžného otevřeného prostředí. Postupné posilování nových nebo staronových vazeb. Práce s rodinou klienta je vnímána jako důležitá součást programu – rodiče jsou v průběhu pobytu zváni ke dvěma rodinným setkáním, kde krom jejich dítěte je přítomen jeho osobní terapeut, psycholog, popřípadě i vedoucí oddělení. V neděli před návštěvami se rovněž občas konají rodičovské skupiny s psychologem a vedoucí oddělení, kde dospívající nejsou přítomni. Další úkoly a témata programu jsou: práce s tělem, vnímání únavy, nácvik relaxace, rozpoznávání emocí a práce s nimi. Rovněž se učí překonávat zátěž a nastavovat si nové hranice pro její zvládnutí. Dále: reflektovat okamžité nálady a vztahy ve skupině, jak směřem ke klientům, tak i terapeutickému týmu, učit se nové, únosnější strategie v mezilidské komunikaci, konfrontace s možným neúspěchem (Chrdlová, 2018).

Spíše režimové a sebeobslužné komponenty programu poté budou následující. Společné vaření pokrmů, jak v rámci finanční gramotnosti (vytvořit rozpočet), tak nastavení zdravého životního stylu (nutriční hodnota potravin), skupina se při vaření musí učit konstruktivně spolupracovat. Práce na zahradě – podle sezónních potřeb, vytvoření bylinkové zahrádky a rovněž užitkové zahrady, možnost využití produktů při přípravě pokrmů, estetické cítění a zhodnocení práce a výsledku. Zapojení se do běžné údržby objektu formou pravidelného úklidu jak osobních, tak i společných prostor, společně s vychovateli (Chrdlová, 2018).

Kromě individuální, skupinové a rodinné psychoterapie, režimových a sebeobslužných prvků vždy byla důležitou součástí programu i zážitková pedagogika. Se zachováním stejného podílu zážitkové pedagogiky i do budoucí podoby programu se počítá. Jednou z jejích forem je práce se zvířaty – formou základních dovedností a trénování jízdy na koni, také učení se pracovat s velkým zvířetem, překonání vlastního strachu, naladění se na emoční rovinu zvířete, kdy je potřeba zachovat klid, rozvahu a zároveň pevné až důrazné vedení, jasné instrukce zvířeti o tom, co po něm chci a co nikoliv. Je to přínosné i pro jiné sociální vazby, klient se učí, že musí být čitelný, aby je druhá strana pochopila (Chrdlová, 2018).

Rozvíjení dalších dovedností, jako je hudba, divadlo, práce s fotografií, rukodělné činnosti, hospodaření s časem a plánování, výchova k finanční gramotnosti (vedení si finančního deníku), výchova k ochranně zdraví, diskuze o zdravotních rizicích, otázky z oblasti

sexuální výchovy a reprodukčního zdraví, to vše bude i nadále součástí programu (Chrdlová,2016).

Prevence relapsu je další součástí programu – vyhodnocování rizik a společná reflexe, je možné zařadit různé projekční techniky (arte, fotka, divadlo).

Závěrečné období sedmého až devátého týdne programu se pozornost přesouvá na ukončování pobytu, na návrat do společně připraveného prostředí, pomoc se zajištěním další návazné péče, vytvoření sítě podpory (rodina, příbuzní a důležití lidé, škola nebo brigáda, zájmová činnost, plánování ambulantních setkání). V případech úspěšného dokončení programu Cesty bude klientům nabízena možnost ambulantní péče, s možností krátkého víkendového stabilizačního pobytu po cca 6-8 týdnech po ukončení programu. Na toto setkání je možné pozvat i rodiče (Chrdlová, 2018).

Vedle pobytového programu bude Cesta nabízet i ambulantní služby. Jak svým absolventům, tak potenciálním budoucím klientům bude nabízeno adiktologické poradenství.

Poslední dosud nezmíněnou službou, kterou by Řevnice rády od nového roku poskytovaly, je tzv. „přípravka“ – tedy týdenní setkává ní potenciálních klientů. Jedná se o stacionární formu, každý den bude v Řevnicích na vedlejším objektu probíhat program zaměřený na adiktologické vzdělávání a seznámení se s možností pobytové léčby v Řevnicích.

V letech 2002-2016 Cesta vedle svého základního dvouměsíčního programu nabízela i pobyt *prodloužený, doléčovací* (jen pro úspěšné absolventy základního pobytu), který byl realizován ve vedlejším menším objektu tzv. „Domečku“. Autor této práce měl tu čest na domečku šest let pracovat pod vedením PhDr. Miry Beranové, které vděčím za mnohé profesní zkušenosti a postoje. Kapacita byla šest dětí, obvykle jsme měli kolem 4 a již to byl na jednoho pracovníka v denní služby (sloužilo se v jednom člověku) poměrně nápor. Program nabízel dvou až šesti měsíční, dle individuální potřeby, možnost chráněného bydlení „na půl cesty“ mezi chráněným prostředím základního pobytu a realitou civilního života. Cílem nebyla hrubá resocializace klientů, ale podpora a pomoc jim při návratu do školních či jiných povinností. Důležitou složkou programu byla spolupráce s rodinou a hledání a nastavování podmínek, za kterých se nezletilý mohl k všeobecné spokojenosti do rodiny vrátit. Být schopen stabilně chodit do školy a studovat ji, trávit volný čas s co nejmenšími riziky, plánovat a dodržovat dohody jak s pracovníky, tak s rodiči nebo jinou veřejností, zvládat alkoholové či toxikologické relapsy a udržet si motivaci k abstinenci, to byli hlavní cíle, které jsme na domečku s klienty měli. Oproti službám na základním pobytu, odkud když někdo utekl, šel se nahlásit na PČR a to bylo všechno, měla práce na domečku významnou terénní komponentu. Doprovázeli jsme svěřence do školy, do práce (měli jsme okruh spolupracujících organizací, které našim klientům nabízely brigády – například domov seniorů v sousedních Dobřichovicích, chráněná kavárna

Modrý domeček v Řevnicích, obchodní domy v Řevnicích, obecní úklidové služby v sousední Zadní Třebáni a další podobné), na soudy, nebo jakékoliv další akce a pomáhali jim zvládat nároky života. To, že dospívající museli mít nějakou mimo režimovou aktivitu (právě škola, brigáda, stacionář apod.) aby mohli být na domečku, zajišťovalo terénní komponentu vždy přítomnou. Byla to práce všeobecně náročná, ale zároveň i velmi bohatá na zkušenosti.

Pohled z praxe č. 4. – Privátní zdravotnické zařízení Pateb Jemnice

Telefonický rozhovor mi poskytla psycholožka Pateb Jemnice Mgr. Michaela Nekulová, se kterou se znám i osobně. Byly mi poskytnuty i statistiky za poslední roky, týkající se nezletilých klientů. Nekulová (2018) hovořila o tom, že z hlediska přístupu k léčbě, zařízení nedělá rozdíl mezi nezletilými a dospělými pacienty, jediný rozdíl je, že v rámci pracovní terapie dostávají dospívající za úkol fyzicky snadnější práce, jinak je program pro všechny stejný. Dospívající klienty nejčastěji přijímají na pobyt z diagnostických a výchovných ústavů, minoritní jsou příjmy z rodinného prostředí. Dále mluvila o specifikách přinášející práce s koedukovanou i věkově variabilní skupinou. Častý model navazovaných vztahů, který v Jemnici probíhá je navazování přátelských a intimních vztahů nezletilých dívek s dospělými pacienty. Něco podobného znám i z praxe z DÚ, kde mají často dívky s problémovým užíváním psychoaktivních látek vztah s dospělým i o desítky let starším uživatelem drog. Tento typ vztahu je přirozeně nevyrovnaný, protože dospělý uživatel návykových látek má zkušenostní a manipulační převahu a je ve vztahu většinou v mocensky dominantní pozici. Psycholožka Nekulová mi vyprávěla o projevech závislých struktur osobností těchto dospělých mužů, právě ve vztazích s nezletilými děvčaty. Chování děvčat je často podbízivé až vyzývavé, v sociálních interakcích se projevuje jejich disharmonický vývoj osobnosti, často směřující hraničním směrem. Interakce ještě umocňuje pravidlo o povolené přítomnosti mobilního telefonu na oddělení, takže si pacienti rychle vymění své kontakty na sociálních sítích a okamžitě komunikují. Tato paralelní komunikace často znesnadňuje terapeutický proces. Naopak nezletilí chlapci se do intimních vztahů většinou nedostávají. Dospívající dívky o ně nejeví příliš zájem. Věková diferenciací a koedukovanost skupiny přináší členům i pozitivní efekty, Nekulová mluvila o častém modelu, kdy dospívající přebírají od zkušených uživatelů psychoaktivních látek cenné zkušenosti a dobře myšlené rady. Autenticita se kterými je poskytují je nezastupitelná a od terapeutů či psychologů by stejnou informaci dospívající přijali s výrazně menší vážností a zaujetím (Nekulová, 2018).

Příloha č. 2. Vnitřní řád oddělení:

Vnitřní řád Oddělení Sulická

Část A:

Smysl a úkoly oddělení:

Oddělení s adiktologickou podporou Sulická je detašovaným pracovištěm DÚ a SVP Praha 4. Nabízí pobytový program pro klientky DÚ s nařízenou ústavní výchovou, popřípadě na základě předběžného opatření, které přicházejí s adiktologickou problematikou.

Jedná se o otevřené oddělení doléčovacího typu s kombinací režimových a terapeutických prvků, určené pro klientky DÚ, které mají problémy související s užíváním psychoaktivních látek. Na oddělení Sulická přicházejí klientky po absolvovaném základně – diagnostickém pobytu, popřípadě následném terapeutickém pobytu na oddělení DÚ Cesta Řevnice. Účelem pobytu na oddělení Sulická je pomoci klientkám při návratu do školních programů a domácího prostředí. Pobytový program oddělení Sulická je rozdělen do tří fází A-B-C, které reflektují délku pobytu a úspěšnost v programu. Kapacita oddělení je 6 klientek. Délka pobytu je individuální v rozmezí 3-6 měsíců, poté je v indikovaných případech možné pokračovat v prodlouženém pobytu na oddělení. Jelikož jde o menší a detašované pracoviště, předpokládá se dobrovolná spolupráce klientek na programu a dodržování režimu oddělení. Každá klientka má přiděleného svého klíčového pracovníka. Úkolem oddělení je pomoci klientkám zvládat úspěšně nejen abstinenci od psychoaktivních látek a adiktologickou problematiku obecně, ale i prospívat ve všech ostatních oblastech života.

Indikace pro přijetí:

1) koncept neproblémového uživatele návykových látek, tj. dětí, které občasně užívají psychoaktivní látky a zároveň jim to nebrání prosperovat v ostatních oblastech podle očekávání širší normy (plnit si školní program například). Jejich setrvalá přítomnost v chráněném

prostředí základního pobytu může být pro ostatní klienty ohrožující, právě kvůli tomu, že mohou být negativním vzorem (mohu brát a zároveň chodit do školy). Jejich užívání dlouhodobě nebrání v úspěšném dodržování dohod.

2) Dítě, které je spolupracující, jeho případný adiktologický problém je již definovaný a dítě je otevřené v komunikaci o něm.

3) Dítě má ukončený základní pobyt v DÚ, a proto má navázaný základní terapeutický vztah s námi jako institucí. Rovněž má naplánovaný následný program, nebo je ochotné k jeho plánování.

4) Doléčovací program pro klienty po komunitní léčbě.

PRAVIDLA ODDĚLENÍ:

Fáze pobytu:

Pobyt je rozdělen do tří fází A B C, které se liší v pravidlech především rozdílným (postupně narůstajícím) poměrem volnosti a autonomie klientek. Fáze A je adaptační, ve které sice dívky již chodí do školy, ale jinak je jejich pohyb mimo oddělení (vycházky, pobyty v rodině) minimální. Fáze B je hlavní, „běžná“ a C je pokročilá, kdy se děti připravují na odchod a jsou častěji mimo zařízení. Klientky se dle událostí pohybují fázemi oběma směry (a při vzestupném pohybu nemohou fází B přeskočit).

1) Fáze A – adaptační

po příchodu nové klientky na oddělení, trvá týden až dva, jde o zkušební období, kdy se klientka seznamuje s režimem oddělení, nechodí na samostatné vycházky. V tomto období se zkouší, zda je prospěšné pokračovat v programu a je zakončeno první úspěšně zvládnutou vycházkou/propustkou mimo oddělení.

2) Fáze B – běžná

Jedná se o fázi, ve které by měly být klientky teoreticky nejdéle a měly by během dní prokázat svůj vývoj a předpoklady pro přestup do další fáze, popřípadě opuštění oddělení. Platí pro ně běžná pravidla ohledně propustek (jednou za 14 dní víkend) a vycházek (jedna v týdnu 2 hodiny a jedna o víkendu 4 hodiny). Klientka pro přestup do fáze C vypracuje společně se svým klíčovým pracovníkem individuální plán pro fázi C a odchod z oddělení.

3) Fáze C – pokročilá

V této fázi se klientky připravují na odchod z oddělení a prokazují úspěšné zvládnutí programu Sulická, které se odráží nejen v adiktologické problematice, ale i v jiných oblastech života (spolehlivost, důvěryhodná komunikace apod.). Četnost vycházek a propustek ze zařízení je v této fázi organizována individuálně.

Ambulantní program

Pokud klientka úspěšně dokončí program oddělení a odchází na dlouhodobou propustku do rodiny, zůstává nadále vedena v ambulantním program – zůstává v kontaktu se svým klíčovým pracovníkem, případně vedoucím oddělení, dojíždí na pravidelné a plánované kontroly na oddělení a plní osobní kontrakt, na jehož vytvoření před odchodem na DP sama spolupracovala.

Harmonogram dne na oddělení Sulická

Budíček – individuálně, dle odchodu do školy/brigády, nejpozději však v 8 hodin v týdnu, v 9 hodin o víkendu,

Výdej léků – ranní medikaci podává klientkám noční vychovatelka a kontroluje její užití.

Snídaně – všechny dívky se před odchodem nasnídají a uklidí po sobě kuchyň.

Odchod do externího programu – škola/brigáda/práce.

Návrat – individuálně dle programu, v cca 14-18 hodin.

Pohovor - každá klientka po návratu na oddělení mluví s vychovatelem – krátká individuální reflexe dne, dívky odevzdají po návratu na vychovatelnu cigarety, pokud mají u sebe.

Volný čas – vždy určuje vychovatel, dle plánu dne.

Společný/individuální program- probíhá především o víkendu, v týdnu jsou pevné večerní reflexní skupiny, nebo volnočasové programy

Úklidy – Klientky odpovídají za uklizené jejich pokoje, ale i místnosti určené ke společnému užívání, jako je společenská místnost, chodba, koupelna apod.

Povinnosti – před společnou večeří je prostor pro plnění individuálních studijních či jiných povinností klientek. Vychovatelé jim v případě potřeby s učením pomáhají a učí se s nimi.

Večeře – 18-18:30 probíhá společná večeře, všechny klientky i vychovatelé se stravují společně v kuchyni, poté po sobě kuchyň uklidí.

Večerní reflexní skupina – 19-20:30, vždy alespoň 30 min reflexe dne, většinou plynule přechází do skupiny na volné téma, končí maximálně 20:30, aby byl čas na přípravu k večeři.

Úkoly do školy apod.- příprava na druhý den, školní/jakákoliv jiná, co je potřeba.

Volný čas – je možné sledovat televizi, odpočívat, trávit čas společnou aktivitou apod.

Ve volném čase před večerkou rovněž dívky vykonávají osobní hygienu.

Výdej léků – probíhá do 21h, léky vydává klientkám noční vychovatelka na služebně a kontroluje jejich užití.

Večerka – 21:00-2130 hodin.

Večerka začíná ve 21 hodin, kdy by klientky měly dokončovat osobní hygienu, čtení, učení se či jiné činnosti a připravovat se ke spánku. Ve 21:30 by měly být již připravené na svých postelích ve svých pokojích a ukládat se ke spánku.

O víkendu (pátek a sobota večer) posunuta na **21:30 – 22:00 h.**

Noční režim – Klientky spí svých postelích, nemají u sebe mobilní telefony/tablety/notebooky, ani jiné komunikační technologie

Skupinové programy na oddělení:

Klientky se účastní společných pravidelných tematických skupin na oddělení.

- 1) Večerní reflexní skupina – probíhá každý den, kromě aktuálních uplynulých událostí se tvoří i individuální a skupinové plány na další dny.

- 2) Týdenní skupina s psycholožkou nebo vedoucím oddělení– probíhá každý čtvrtek od 17h.
- 3) Volnočasová skupina jednou týdně – probíhá buď každé liché pondělí (v současné době je dlouhodobě realizován prožitkový program muzikoterapie), nebo každou sudou středu (v současné době realizujeme program konverzace v anglickém jazyce).
- 4) Komunita – skupina nejen všech dětí, ale i pedagogického personálu oddělení, kdy se celý dům sejde a hovoří o aktuálních tématech. Probíhá každou lichou středu od 17h. Na komunitách se reflektuje mj. prospívání klientek vzhledem k aktuální fázi pobytu a případné návrhy na přestupy, ke kterým se mohou vyjádřit všichni členové komunity.

Na komunitách se realizují přestupy klientek mezi jednotlivými fázemi.

- 5) Realizují se i nepravidelné skupinové setkání, zaměřené na aktuální témata.

Systém klíčových pracovníků:

Každá klientka má svého klíčového pracovníka, který primárně komunikuje její témata s rodinou, příslušným kurátorem pro mládež, kolegy z DÚ a dalších zainteresovaných institucí. Přidělení klíčového pracovníka je obvykle spojené ukončením adaptační fáze pobytu.

Volnočasové aktivity:

Klientky jsou aktivně podporovány a doprovázeny na kulturní akce, či sportovní aktivity, jak individuálně, tak skupinově.

Funkce paní domu:

Jedná se o samosprávný prvek, kdy jedna klientka vykonává po dobu jednoho týdne funkci paní domu a odpovídá za rozložení a realizaci úklidů. Funkce se předává každou středu na večerní reflexní skupině, je žádoucí vyhodnotit předchozí období a předat funkci dál, ke spokojenosti všech členů skupiny.

Část B:

Způsoby a metody práce oddělení:

Kombinace režimových a terapeutických prvků (režim. – plnění každodenních povinností, terapeut. – rovněž účast na každodenních skupinách, individuální podpora např. motivační rozhovory).

Komunitní prvky – skupiny, večerní reflexní skupina, osobní zodpovědnost chod domu (nádoby atd).

Těžištěm je přenášení osobní zodpovědnosti na klientky, práce s individuálními plány.

Práce s volným časem – podpora klientek trávení strukturovaného volného času s ohledem na jejich věk a další specifika, např. podpora při docházení do zájmových kroužků.

Forma stacionáře – ambulantní forma poradenství. Case management – matching - párování klientů s vhodnými službami. Těmi mohou být služby adiktologické – ambulantní/stacionární/pobytové, nebo jiné (terapeutické, rodinné poradenství apod.) – realizujeme především pro zletilé absolventky programu.

Jaké další metody používáme? Kombinujeme jistý podíl režimových prvků ve vztahovém prostředí s využíváním skupinové dynamiky, individualizace v komplexním prostředí – tedy také s rodinou, školou, volnočasovými aktivitami. Vedle skupinových prvků klademe důraz na individuální vztah dítěte a dospělého – máme koncept klíčového pracovníka, který ji má v osobní péči (komunikuje s rodinou, OSPODEM, referuje o nich na poradě a supervizích).

Mnoho klientek si nás poprvé zažije určitou důvěru v dospělého v kontextu selhání, které se dá právě díky terapeutickému provázení – proměnit v cennou zkušenost. Součástí důvěry je i předpoklad, že se jim nemusí úplně dařit – „selháváme lépe a lépe“ – skutečně ten předpoklad, že se jim bude dařit a budou 100% abstinovat je nereálný, ale je reálné s tím pracovat a obecně je posilovat (i v jiných oblastech).

Pedagogický tým prochází vedle porad i pravidelnou supervizí s externím supervizorem. Po poradách máme vždy tzv. komunity – velké skupiny všech dětí a pedagogických pracovníků. To je prostor velmi důležitý, především pro kohezi celého oddělení (tzn. minimalizaci dělení pracoviště na vy-my, děti – dospělí). Vedoucí týmu dvakrát týdně konzultuje v konziliu organizace, kde jsou přítomni psychologové, speciální pedagogové, vedoucí dalších skupin a týmů, sociální pracovníci, případně psychiatr a zástupci dalších specializací.

Otázky a postupy:

Postupy při modelových situacích

Co se děje po návratu klientky na oddělení? - vždy základní individuální rozhovor s pracovníkem, kde se reflektují události dne. Klientky rovněž odevzdávají cigarety, popř. cennosti do trezoru.

Co dělat, pokud jedna nebo více klientek závažně poruší pravidla oddělení?

Záleží na konkrétní situaci, první se musí poradit vychovatelé a v indikovaných případech lze udělat skupinu, kde by se dalo hledat společné řešení s prvkem zapojení klientek na řešení.

Co dělat, pokud se klientka nevrátí? – Snaha o kontakt přes mobilní telefon, zavolat kontaktní osobě tam, kde měla být (škola, brigáda), konzultace s diagnostickým oddělením, vyčkání přiměřené doby vzhledem k situaci a mapování informací sdílených ostatními klientkami, informování rodinných příslušníků a po konzultaci s DÚ nahlášení na PČR. V případě nevrácení se více klientek platí stejný postup.

Co dělat, pokud se vrátí akutně intoxikovaná? - vždy zohlednit aktuální situaci intoxikované i oddělení a učinit přiměřená opatření vzhledem k závažnosti situace.

Pokud se (1) jedná o intoxikaci která se jeví zvládnutelná v rámci oddělení (alkohol, THC) a stav klientky je stabilní bez výhledu na negativní vývoj, ona sama rovněž spolupracuje - pak je vhodné klientku nechat se jít vyspat na její lůžko. Pokud je tento postup vhodný, ale např. vlivem alkoholové intoxikace nesnadný, je vhodné zavolat na pomoc vedoucího oddělení či kolegu, který má zrovna pohotovost.

V případě (2) intoxikace, která se jeví závažněji, či když na celková situace na oddělení tomu nasvědčuje, je potřeba přivolat pohotovost a domluvit transfer klientky na DaDDC NMSKB.

Co dělat, když se na oddělení objeví návykové látky? – především je první zabavit, poté postupovat dle aktuální situace, každopádně platí pravidlo první se poradit (s BD, JT, psychologkami). V některých případech je vhodné postupovat diskrétně – individuálně. V jiných poté svolat skupinu, kde se situace řeší.

Zda a jak kontrolovat přítomnost NL na oddělení a potenciální intoxikaci klientek? – předpokládá se nepřetržitá vizuální kontrola, citlivost vychovatelů a jejich přehled o dění na oddělení. V případě podezření je po konzultaci možné udělat orientační testy. – ideálně a v souladu s duchem oddělení by děti měly mít možnost samy o svém stavu referovat, aniž by jim v tom bránil strach z přemístění atd. Ke zvážení je kontraktování předem, jak a za jakých okolností budeme testovat – zda jen v indikovaných případech, nebo namátkou atd.

Ve všech případech je potřeba dodržovat základní postup:

1) vyloučit život či zdraví ohrožující stav intoxikované klientky – v opačném případě hned přivolat rychlou záchrannou službu.

2) poradit se o dalším postupu – s vedoucím oddělení, psychologkami DÚ, popř. ředitelem.

3) učinit přiměřená opatření na oddělení – upravit program, adekvátně separovat intoxikovanou klientku od ostatních. K těmto případům je určen krajní pokoj, nejdále od kuchyně, kde je zřízeno akutní lůžko.

Další otázky a modelové situace:

Co vedlo ke vzniku (tohoto programu na samostatném detašovaném) oddělení?

Hlavní motivací bylo, že se nám v rámci celé organizace DÚ opakovaně vyskytuje cílová skupina – dlouhodobé uživatelky NL, které mají zneužívání NL již poměrně hluboce integrované do svého životního stylu. A hledali jsme tedy řešení problému vysokého vrstevnického sdílení, že tyto klientky potencovaly ostatní klientky DÚ ke zneužívání návykových látek.

Kdo komunikuje se zainteresovanými osobami u konkrétní klientky?

Výhodný se zdá být systém klíčových pracovníků. Každé dítě bude mít k dispozici svého dospělého, ne však podle vlastního výběru, ale na základě poslušnosti. Pro děti je důležité vědomí, že nejde o konkrétního člověka, že dospělí na oddělení jsou jednotní ve svých postupech a přístupu ke klientům. Zároveň „náhodná“ volba dospělého podporuje děti v pocitu bezpečí – pravidla jsou v režii dospělých.

Klíčový pracovník má poté větší povědomí o konkrétní klientce a měl by primárně vstupovat do kontaktu s rodinou, kolegy v DÚ a všemi dalšími.

Jaká jsou na oddělení pravidla?

Základní idea oddělení je: menší prostředí, které se blíží rodinnému. Předpokládá se osobní angažovanost dospělých, terapeutický rámec a pravidla jsou definována v rámci skupiny tak, aby děti samy měly možnost se na jejich tvorbě podílet, tak aby s nimi byly vnitřně v souladu a samy vyžadovaly jejich následné dodržování. Základním tématem je bezpečné prostředí pro všechny.

Několik základních myšlenek

- 1) Klientka je na oddělení, protože se chce aktivně podílet na svém dalším zdravém vývoji, a proto je spolupracující s vychovateli a podílí se na programu.
- 2) Oddělení je bezpečným místem, bez přítomnosti věcí, které by mohly být ohrožující (NL, zbraně, jiné nelegální předměty).
- 3) Chování se navzájem i sami k sobě je bezpečné - neohrožují nijak druhé ani sama sebe.
- 4) Od všech se předpokládá důvěryhodná komunikace.

Jak se přijímají nové klientky?

Vždy po konzultacích s DÚ, kdy je posuzována vhodnost klientky na oddělení.

Přijímání nové klientky do skupiny by mělo být významnou událostí – rituály, zvyklosti, podpora skupinové koheze. Stejně tak rituály loučení, oslavy apod.

Pro zachování kontinuity a dobrého chodu oddělení se jeví jako vhodný nástroj pravidelná skupina za účasti psychologa DÚ, v časové dotaci jednou týdně.

Jaký je harmonogram dne?

Viz dokument harmonogram.

Jak se klientky stravují?

Stravování je zajištěno z DÚ.

Jak se klientkám zajišťují potřebné věci? (ke studiu, životu)

Jelikož jsou klientky v plném přímém zaopatření, zajišťuje základní potřeby DÚ, nadstandartní potřeby ve spolupráci s rodinou.

GDPR?

Viz. Průvodní dokument DÚ k GDPR.

Kde je uložena dokumentace klientek?

Veškerá dokumentace je uložena v zamykací skříni.

Do jakých dokumentů klientky smějí nahlížet, manipulovat s nimi?

Do vnitřního řádu smějí nahlížet, dále do některých dokumentů, které se jich přímo týkají, např. PROD.

Jak klientky odjíždějí a vracejí se z propustek?

Dívky zpravidla odjíždějí v pátek a vracejí se v neděli. V případě, že rodič žádá o delší dobu propustky, musí uvést významný důvod a domluvit se na propustce s personálem DÚ. Na časech a způsobech přepravy se domlouvají vychovatelé s rodiči.

Klientka participuje na stanovení plánu odjezdu na propustku, s pomocí vychovatele si sama zajistí přepravu na propustku/ z propustky (rodiče, hromadná doprava), předběžné zabalení svých osobních věcí. Přesný čas odjezdu a návratu je určen klientkou v dostatečném předstihu. Před odjezdem na propustku si klientka zajistí své osobní věci, ponechané na oddělení (např. uzamkne do skříňky a klíč ponechá na vychovatelně).

Plán dne?

Každá klientka má individuální harmonogram dne, který je společně s klientkou průběžně sestavován a upravován s ohledem na povinnosti a potřeby klientky. Vše vychází z Programu rozvoje osobnosti dítěte. Zároveň jsou v harmonogramu pevně stanoveny společné programy pro celou skupinu jako např. - skupinové sezení, pracovní terapie, volnočasové aktivity -sport, ruční práce, výlety, vaření, preventivní edukace.

Další osobní volno klientek?

Osobní volno klientka tráví rovněž přípravou do školy /zaměstnání. Pokud se jedná o nestudující/ nepracující klientku - aktivně se podílí na hledání školy / zaměstnání - vyhledávání nabídek online, rozhovory s psychology, vychovateli, etopedy, soc.pracovnicemi DÚ, osobní setkávání s potencionálními zaměstnavateli, tvorba životopisu a motivačních dopisů. Na systematičnost osobního volna dohlíží vychovatel a motivuje klientku k dalším dílčím krokům pro plnění Programu rozvoje osobnosti dítěte.

Je účast na programu povinná?

Programy by měly být nastavovány tak, aby byl rozvíjen klientky osobnostní růst a ona sama chtěla na nich participovat. Pokud vychovatel neurčí jinak tak je účast povinná.

Jak je zajištěna zdravotní péče klientek?

Telefonická konzultace /osobní návštěva (v doprovodu) zdravotního úseku v DÚM - 3x týdně. Akutní případy znamenají přivolání RZS nebo doprovod na lékařskou pohotovostní službu do Thomayerovi nemocnice.

Kde mají uložené osobní věci?

Klientky mají uloženy osobní věci v uzamykatelných skříňkách na pokoji, klíč od skříňek si nechávají u sebe, popřípadě si ho ukládají na vychovatelně. Hodnotné osobní věci - mobilní zařízení, šperky, peníze apod. uloženy na vychovatelně. Nutná edukace klientek o způsobu ukládání věcí a prevenci krádeží.

Příloha č. 3. Epidemiologická opatření:

DUASVP

Oddělení SULICKÁ

**Opatření přijatá v souvislosti s prevencí onemocnění
koronavirem:**

Platná od 23.9.2020, aktualizováno 29.9.2020, poslední aktualizace 12.10.2020

Vracíme se ke zvýšeným hygienickým opatřením v plném rozsahu, jak platily v březnu a dubnu. To jsou především:

- 1) Dbáme maximálně zvýšené hygieny. Po příchodu na oddělení **důsledně přezouvání a mytí si rukou** antibakteriálním mýdlem.
- 2) **Zákaz návštěv** na oddělení – nezbytné návštěvy stejně jako ambulantní kontroly probíhají na **zahradě** objektu, při dodržení **nošení roušek**, sociální distance a desinfekce rukou. Při nezbytných návštěvách a propustkách z oddělení vyžadujeme podepsaný formulář – čestné prohlášení o bezinfekčnosti.
- 3) Omezení pohybu mimo oddělení na nezbytně nutné, platí od 29.9. 2020. Následně po uzavření škol 5.10.2020 návrat k režimu karantény, kdy platí zvláštní denní harmonogram a program.
- 4) Další zvýšená hygienická opatření jsou: v čase přípravy večere každodenní vyvařování látkových roušek za přítomnosti vychovatelky. Úklidy - vytírání podlah obden a utírání povrchů, zvýšená hygiena v kuchyni a koupelnách. Každodenní ošetřování klik dveří a dalších využívaných povrchů desinfekčním

přípravkem Sanitol. Častější (minimálně 2x týdně) praní ručníků u umyvadel. Častější větrání – samozřejmě brát ohled na teplotu vnitřní i vnější, aby nedocházelo ke zbytečně nadměrným únikům tepla.

- 5) Měření teploty všem – klientkám i zaměstnancům vždy: ráno, po příchodu na oddělení a večer. Teploty klientek zapisujeme do formulářů a posíláme SMS řediteli DÚ. O všech teplotách přes 37C současně neprodleně informujeme vedoucího oddělení.
- 6) Dbáme zvýšené bezpečnosti nejen při dodržování hygieny, ale celkového zdravotního stavu. O zhoršeném zdravotním stavu klientů i vychovatelů neprodleně informujeme vedoucího oddělení.
- 7) Bude zřízen samostatný pokoj, který bude připraven jako karanténní v případě potřeby. Již nyní bude pokoj uzavřen a bude do něj zakázáno vstupovat.
- 8) V reakci na poslední vládní vyhlášení ze dne 8.10.2020 – se uzavírají střední školy v plném rozsahu, tedy včetně doposud možných praktických výuk. I naše klientky již budou studovat pouze distanční formou. Všechna dosavadní opatření zůstávají v platnosti a bude kladen důraz na dodržování především hygienických zásad bezpečnosti. Pohyb mimo oddělení omezen na nezbytně nutný.

Příloha č. 4. – harmonogram nouzového stavu:

DUASVP

Oddělení SULICKÁ

Denní režim po dobu nouzového 2020 Oddělení Sulická:

8:00 Budíček.

8:00 - 8:50 Snídaně, osobní hygiena, úklidy.

9:00 Společné zahájení a naplánování dne ve společenské místnosti.

9:30-12:00 Distanční studium střední školy, každá klientka se věnuje domácím úkolům a zadanému učivu ze své školy, vychovatelé dohlížení a pomáhají. (s jednou 10min přestávkou)

12:00-13:00 Oběd a osobní volno.

13:00 – 15:00 Pokračování studia (včetně 10 min přestávky)

15:00 – 16:00 Osobní volno klientek

16:00-18:00 Společný venkovní program, procházka do lesa, cvičení na zahradě, práce na zahradě apod. Pokud není počasí tak společné cvičení doma, vyrábění, pečení, stolní hry.

18:00 Večeře.

19:00 Skupina.

20:00 – 21:00 Osobní volno.

21:30 -22:00 Večerka.

Příloha č.5. kontrakt na propustku:

Podmínky propustky z DÚ od 29.1.2021 do 5.2.2021

Klientka: Xxxxxx Yyyyyyyy

V souladu s § 857 Občanského zákoníku je dítě je povinno dbát svých rodičů, případně jejich zástupců. Dokud se dítě nestane svéprávným, mají rodiče právo usměrňovat své dítě výchovnými opatřeními, jak to odpovídá jeho rozvíjejícím se schopnostem, včetně omezení sledujících ochranu morálky, zdraví a práv dítěte, jakož i práv jiných osob a veřejného pořádku. Dítě je povinno se těmto opatřením podřídit.

- Propustku budu trávit s babičkou v místě bydliště. Babičku a její rozhodnutí budu respektovat. **Propustka je v režii babičky a matky.**
- Podmínkou propustky je **úplná abstinence od návykových látek a to včetně alkoholu a marihuany.**
- **Nebudu vyhledávat kontakty s uživateli návykových látek.**
- Budu se snažit s rodinou nehádat a vycházet jim vstříc. Budu pracovat na dobrých vztazích. Podmínkou je upřímné jednání s rodinou.
- V případě trávení volného času mimo společnost matky a babičky budu respektovat čas návratu, na kterém se domluvíme.
- V případě, že nebudu schopná dodržet čas příchodu, budu o tom matku včas informovat a budu se snažit dostat domů, co nejdříve.
- Budu se podílet na běžném chodu domácnosti a pomáhat s čím bude potřeba.
- **Budu dodržovat nouzový stav a z něho vycházející opatření.**
- Budu plnit podmínky distanční výuky své školy.

-
- Dne **5.02.2021** se do 18:00 vrátím zpět na oddělení Sulická.

Xxxxx, držíme ti palce, aby se ti dařilo vše dodržovat.

V Praze, dne 29.01.2021

.....
.....

Příloha č. 6. poděkování:

Rozšířené poděkování:

Autor této práce by rád poděkoval osobnostem, které ho provázeli jeho profesním životem a čerpal od nich nesmírnou inspiraci a zkušenosti, jsou jimi především: PhDr. Mira Beranová, PhDr. Milada Votavová, MUDr. Ivan Platz, MUDr. Michaela Chrdlová, Mgr. Markéta Vélová, Mgr. Tereza Konrádová, PhDr. Jan Toman a v neposlední řadě maminka, která ho do oboru přivedla Mgr. Eva Doležalová. Toto poděkování patří i mé ženě Anně a dceři Emilii, za projevenou trpělivost a podporu během psaní této práce. V Řevnicích 15.7.2021, BD.