

Ženy

& *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 15.–16. dubna 2009





Ženy & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 15.–16. dubna 2009



Za podporu děkujeme České spořitelně a Magistrátu hlavního města Prahy

Editorky:

PhDr. Ilona Preslová
PhDr. Veronika Maxová

Autorský kolektiv:

Marie Čermáková
Martin Čihař
Věra Fírtová
Pavel Hanzal
Radka Kobližková
Veronika Kotková
Petra Kutálková
Klára Laurenčíková
Marcela Litovová
Jaroslava Lukešová
Zdenka Mandáková
Veronika Motyčková Pětrošová
Ilona Preslová
Jana Putnová
Simona Sedláčková
Tamara Schmidová
Eva Soukupová
Jitka Zítová
Jana Ženišková

© Ilona Preslová, Veronika Maxová a kol., 2009

© SANANIM, 2009

Obálka © Jan Tippman, 2009

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

www.sananim.cz

ISBN 978-80-254-5133-5

Obsah

Úvod	6
1. oddíl Adiktologický pohled	9
Drogy, ženy a my	11
Ženy v nízkoprahovém zařízení	15
Problematika uživatelů drog ve výkonu trestu odnětí svobody	19
Po porodu neberu	23
Obchodování s lidmi a drogy	31
Prevence specifických vývojových poruch u dětí, jejichž matky užívaly v těhotenství návykové látky	39
2. oddíl Medicínský pohled	43
Drogově závislé matky, jejich charakteristika a jejich děti	45
Novorozenec drogově závislé matky	51
Ženy na detoxu	55
Virové hepatitidy	61
Infekční komplikace u drogově závislých	71
Zkušenosti s pobytem drogově závislých matek v Dětském centru	75
3. oddíl Sociálně-právní pohled	83
Sociální práce v porodnici s matkou s abúzem drog	85
Sociálně-právní aspekty práce s uživatelkami drog-matkami	89
Materská škola speciální a závislé matky s dětmi	95
Návrh opatření k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti – základní principy	99

Úvod

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

Jsou témata, o kterých se ve „slušné“ společnosti prý nemluví. Mezi ně patří i oblasti jako „ženy a závislosti“, případně rovnou „ženy a drogy“. Jenže prvním předpokladem pro účinnou léčbu závislosti je, aby si závislá osoba přiznala, že je závislá, že má problém. Stejně tak naše společnost si musí přiznat, že rostoucí počet žen závislých na drogách je reálný problém, který je potřeba řešit.

Podporu léčby drogově závislých žen a matek vnímáme v České spořitelně velmi silně, a to nejen proto, že genderová otázka je součástí naší firemní kultury. Již od roku 2001 se společně s Nadací České spořitelny věnujeme sponzorským a charitativním projektům ve spolupráci s občanským sdružením SANANIM. Dobře víme, že cokoli v oblasti drogové prevence a léčby dělá, má smysl. Rádi jsme proto přijali nabídku podílet na organizaci konference na téma „Ženy a drogy“ i na tvorbě tohoto sborníku. Chtělo by se říci: „Přeji vám krásné čtení,“ ale to se v tomto kontextu moc nehodí. Tak tedy alespoň: „Přeji vám, ať ze sborníku načerpáte hodně inspirace pro svou práci.“

Martina Richterová Těmínová, předsedkyně správní rady o. s. SANANIM

Téma Ženy a drogy, které jsme si pro konferenci zvolili, by mohlo vyvolat dojem, že hlavním důvodem je jeho modernost a že věnovat se mu „vyžaduje doba“. Není to tak. Důvodem, proč o. s. SANANIM spolu s Českou spořitelnou a Magistrátem hlavního města Prahy právě tuto konferenci uspořádal, je naše vnitřní potřeba hovořit o něm otevřeně, s pokorou a úctou a na základě společně pojmenovaných zkušeností vytvořit prostor pro účinnou spolupráci.

Během konference se nám podařilo podívat se na problém žen, matek, dětí a drog z mnoha úhlů, konfrontovat se s našimi předsudky, mýty, obavami, úzkostmi. Podařilo se nám navzájem trochu poodhalit své odborné vnímání daného tématu.

Velmi děkuji všem přednášejícím, ale i všem ostatním účastníkům konference za ochotu diskutovat, postavit se kontroverzním tématům, schopnost slyšet i jiný úhel pohledu jiné profese.

Výsledkem konference není tedy jen sborník, který máte v ruce, ale především posílení vzájemné důvěry mezi zainteresovanými odborníky a během kuloárních jednání konkrétně dojednané „malé“ spolupráce.

Sborník nabízí všechny přednášky, které na konferenci zazněly. Díky finančnímu příspěvku České spořitelny a Magistrátu hlavního města Prahy vychází velmi kvalitní a ucelený přehled současné dobré praxe, pokud jde o práci se závislými ženami, který se může stát také užitečným učebním materiálem.

1. oddíl Adiktologický pohled

Drogy, ženy a my

Ilona Preslová

Když jsme před mnoha lety začínali přemýšlet o odlišných přístupech k ženské a mužské klientele, málokdo z nás si dokázal představit, že se jednou budou na odborných akcích setkávat odborníci z medicíny, psychologie, pedagogiky, sociálních věd a mnoha dalších oborů a předávat si zaběhané zkušenosti a nabízet nové přístupy.

Dovolte mi krátkou rekapitulaci z pohledu adiktologického i z pohledu mého subjektivního jako člověka, který se s touto klientelou setkává v každodenní praxi už řadu let.

Se specifikem ženské klientely jsme se blíže seznámili v devadesátých letech v souvislosti s realitou častějšího výskytu dětí narozených závislým matkám, a tedy v souvislosti s **mateřskou rolí našich klientek**, což o mnohém vypovídá i v širším společenském a sociologickém kontextu. První závislé matky a jejich první narozené děti v nás vyvolaly mnoho obav a otázek, jaké následky z toho poplynou a máme-li dostatečné odborné kompetence s nimi pracovat a pomáhat jim. Velký přínos a úleva pro nás bylo otevření Terapeutické komunity Karlov pro společnou léčbu matky s dítětem a následné rozšíření nabídky léčebných možností o ambulantní, respektive stacionární programy. V současné době máme, především v Praze a ve větších regionech, vytvořen systém pomoci a léčby pro matky-uživatelky od nízkoprahových služeb přes léčebné a doléčovací programy až po chráněná bydlení. Na několika místech v ČR se dnes tato nabídka rozšiřuje, což svědčí o podpoře těchto služeb, ale i o jejich potřebnosti.

V průběhu let jsme se postupně učili nebát se toho, že naši mnohdy problémoví klienti přivádějí na svět děti, což bylo někdy mnohem obtížnější než smířit se s tím, že kradou, prodávají drogy apod. **Fenomén matky** je v každém z nás zabudován hluboko a niterně. Očekávání, osobní prožitky, postoje a zkušenosti s tím spojené nás na vědomé i neuvědomované úrovni ovlivňují i tam, kde na to nejsme vnitřně připraveni.

Naučili jsme se klientky neodsuzovat za užívání drog v těhotenství a za nezáměr o dítě, stejně jako neodsuzujeme ostatní klienty za to, že jsou závislí a berou drogy. Má to jeden prostý důvod: nikomu tím nepomůžeme. Naučili jsme se přijímat tyto neradostné skutečnosti jako jeden z projevů zneužívání návykových látek. Zatěžující však pro mnohé z nás bylo unést a odborně i lidsky zpracovat důsledky nemotivovanosti závislých matek, např. jejich rozhodnutí podstoupit interrupci, dítě opustit apod. Naopak schopnost jasně odlišovat ženy

k léčbě motivované a nemotivované nám velmi pomohla. Klientka, která chtěla dál brát a o dítě neměla zájem, tak nenastoupila do léčby jen pod tlakem toho, že „se to má“, a zbytečně neprodložovala dobu, po kterou na ni bude dítě čekat v kojeneckém ústavu či jiném zařízení. Jasně a přesně určení indikací matky do společné léčby s dítětem pomohlo nejen léčebným zařízením, klientkám a jejich dětem, ale odrazilo se i v kvalitě spolupráce všech institucí a státních i nestátních orgánů. Bez jejich součinnosti mnohdy k vyřešení vzniklé situace nemůže dojít.

Domnívám se, že právě spolupráce adiktologických zařízení a státních institucí prodělala v posledních několika letech největší vývoj. Na mnoha úrovních jsme si uvědomili, že bez vzájemné ochoty spolu mluvit, respektovat se a hledat řešení, nemůžeme zároveň vyléčit matku, pomoci dítěti, sanovat rodinu a vyřešit sociálně-právní problematiku. Je zřejmé, že hledání společné cesty bude ještě velmi dlouhé a obtížné. Zásadní však je, zda na obou stranách bude dostatek ochoty věnovat tomu úsilí, čas a energii. Praxe i teorie dokazují, že za určitých podmínek se i závislí mohou stát dobrými rodiči. Děti drogově závislých rodičů se dostávají do centra pozornosti úřadů na ochranu dětí poměrně brzy, často rychleji než děti alkoholiků (u nich bývá obtížnější problém určit a odhalit), a dostávají tak možnost k záchraně. Vždy se však budeme setkávat s případy, kdy rodiče veškerou pomoc odmítají a jedinou pomocí dítěti bude odebrání z rodinného prostředí.

Specifika žen v klientele uživatelů návykových látek však nespočívají pouze v jejich mateřské roli a ve všem, co s tím souvisí. Výzkumy ukazují, že **vznik závislosti a průběh užívání** je u žen výrazně jiný než u mužů. Závislost u nich vzniká rychleji, po nižších dávkách, mají méně problémů se zákonem, ale zároveň jsou méně často přijímány do terapeutických programů, z kterých častěji předčasně odcházejí. Podle mnoha zahraničních studií jsou léčebné programy více orientovány na muže. Nevím, nakolik jsou jejich závěry platné i u nás, ale ze zkušeností z práce v Denním stacionáři vím, že pokud nabízíme speciální program pro matky, vzroste i celkový počet žen-nematek.

U klientek se ve srovnání s ostatní populací setkáváme ve zvýšené míře se **zneužíváním** a prostitucí, a to v přímém i přeneseném slova smyslu. Sexuální zneužívání je uváděno v anamnéze závislých žen poměrně často, ale mnohem častěji se objeví jako téma teprve v průběhu delší psychoterapeutické léčby nebo až ve fázi doléčování, kdy klientka najde odvahu k „přiznání“ tabuizovaných témat či si vlastně díky terapeutickému procesu uvědomí, že určité chování bylo vůči ní násilné a nepřijatelné. Tato jakási neschopnost určení hranic a cítění osobního teritoria je pro tyto ženy charakteristická. Klientka přináší téma zneužívání jako otázku, zda to vůbec bylo tak špatné, nebo jako dosud utajené téma, které v sobě nosí celá léta a které začne řešit s těhotenstvím a porodem, kdy jako každá žena začíná více uvažovat o věcech spojených s výchovou dítěte a jeho psychikou. Ke zneužívání však nedochází pouze v klientčině dětství a dospívání, ale velmi často se s ním setkává i na drogové scéně.

Sám fakt, že si dívky vydělávají na drogy mimo jiné i **prostitucí**, přináší mnoho problémů, které při pozdější léčbě musejí řešit. Potvrzuje se, že klientky s často velmi bohatou sexuální zkušeností spojenou s drogami se při terapii o sexu stydí mluvit, mají problematický či negativní vztah ke svému tělu, malé ženské sebevědomí, nejasněnou ženskou roli, nejsou schopny navazovat normální vztahy, najít hranice ve vztahu k druhému pohlaví apod. Denně nás překvapuje, jak téměř středověké informace mají tyto dívky o tak běžných věcech, jako je antikoncepce, možnosti otěhotnění, rizika pohlavně přenosných chorob apod.

Zajímavým fenoménem v našich terapeutických skupinách je střetávání profesionálních prostitutek, které začaly brát, aby mohly dál vykonávat prostituci, a dostaly se do závislosti, s naopak tzv. primárně závislými dívkami, které si prostituci obstarávaly drogy. Obě skupiny se od sebe distancují a vnímají se jako zcela odlišné.

Setkáváme se často s tím, že klientky od prvopočátku žijí s někým jen proto, že se jich ujal, a později už od něj nedokážou odejít. I když na počátku brání drog jsou ženy dokonale emancipované, v jeho průběhu se dostávají do světa, kde **nad nimi muži mají moc a ovládají je**.

Velká psychická či existenciální závislost na partnerovi, často jediné blízké osobě, se objevuje mimo jiné i na všech úrovních práce se závislými matkami, při níž muži užívající drogy významně zasahují do léčby svých partnerek. Těhotenství závislých matek bývají neplánovaná a většinou nechtěná, část těchto žen však v určité fázi nachází k dítěti vztah a jsou ochotné se kvůli němu léčit a tomuto dlouhodobému procesu se podrobit. Jejich partneři však tuto motivaci mají jen zřídka a mnohdy je rozhodnutí partnerky pro ně naopak ohrožující. Vědí, že úspěšná léčba znamená mimo jiné opuštění drogové společnosti, a tedy i opuštění partnera užívajícího drogy. Dokážou velice zdatně vyvinout manipulativní tlak a zpracovat ženu tak, že dítě opustí a volí opět život s drogou. S tímto faktem se setkáváme v posledních letech mnohem častěji než dřív mimo jiné také kvůli rostoucímu počtu otců (uváděných či neuváděných v rodných listech dětí), kteří užívají návykové látky, zatímco dříve byli více zastoupeni otcové-neuživatelé. U dívek, které byly v dětství nějakým způsobem manipulovány, zneužívány či ponižovány dominantním mužem v rodině a okolí, se jim to daří velmi úspěšně. Žena se ocitá v uzavřeném kruhu minulosti a současnosti, což vede k tomu, že se opakuje stejný model jako v její původní rodině.

Pokud hovoříme o ženách ve spojitosti s drogami, měli bychom zmínit skupinu žen, o které se téměř nemluví a která do dění významně vstupuje. Jde o matky našich klientů, tedy o ty, které bez ohledu na kvalitu své výchovné péče zažívají při zjištění drogové závislosti dítěte velké trauma, pocity prohry, vzteku a zoufalství. Právě ony jsou nejvíc zastoupeny mezi návštěvníky rodičovských skupin. Jestliže jejich závislá dcera či syn opouští své malé dítě, právě ony se navzdory střednímu a staršímu věku odhodlají a výchovu a péči o vnuky přebírají. Tato nenápadná, ale početná skupina především žen (ale nutno přiznat i několika málo mužů) začíná s vnukem či vnučkou od počátku. Je otázka, zda tento krok je správný, zda nezopakují některé své výchovné omyly. Je otázka, nakolik se dokáží ze svých případných chyb poučit. Na druhou stranu je třeba jim přiznat obrovskou odvalu, že přeberou odpovědnost za péči o malé dítě se všemi souvisejícími faktory, jako je pocit určitého selhání ve výchově vlastních dětí, strach o dospělé dítě, strach o vnučka, obavy o vlastní síly, o partnera, z postoje společnosti, přátel a rodiny. Je zřejmé, že jejich rozhodnutí není snadné a zásadně ovlivní jejich další život.

Před námi je ještě mnoho práce. Musíme najít cestu, jak efektivněji pracovat s ženami v nízkoprahových službách, jak snížit počet těhotných žen užívajících drogy, jak včas vyhledávat rizikové rodiny uživatelů a bez stigmatizace jim nabízet adekvátní a komplexní pomoc. Tak jako uvažujeme o specifikách ženské klientely, neměli bychom zapomínat na muže a jejich postavení v současném drogovém světě. Naším cílem je různorodost postojů a pohledů na ženy a muže na drogové scéně v celém jejím kontextu. Největší úkol, který vnímáme poslední dobou jako velmi aktuální, je průběžná práce s dětmi uživatelů drog včetně sledování jejich psychického, somatického i sociálního vývoje. Péče o děti našich klientů snad přispěje k tomu, že v budoucnu nebudou potřebovat naše služby.

PhDr. Ilona Preslová

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

Denní stacionář SANANIM

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

Ženy v nízkoprahovém zařízení

Radka Kobličková

Ještě před rokem jsme při setkáních pracovníků drogových služeb o ženách a drogách, zejména o užívání drog v těhotenství, velmi často hovořili. Řešili jsme, jak zvýšit počet klientek v nízkoprahových a léčebných zařízeních, jaké jim nabídnout služby apod. Mít v Káčku program pro ženy bylo hodnoceno kladně.

Nevím, jestli je tato problematika tak komplikovaná a náročná a my jsme unavení sháněním financí na zabezpečení základního provozu zařízení i neustálým obhajováním své existence, že na inovace programu nám už nezbyvá síla. Anebo platí, že není důvod, aby programy pro ženy byly akcentovány, když muži své speciální aktivity také nemají?

O problematice užívání drog ženskou částí klientely, o rozdílném vzorci užívání drog u mužů a žen, o dvojí deviaci, vlivu drog na plod, zvýšené preskribci sedativ pro ženy atd. existuje řada odborných článků. Ten, kdo chce, se může teoreticky dobře připravit. Ale je při naší práci vůbec prostor k úvahám o nastudovaném materiálu? Jak se promítá do rutinního výměnného programu fakt, že před námi nestojí klient, ale klientka? Jak máme ke klientům přistupovat individuálně, když jich do kontaktního centra přijde denně 50 až 60?

Poradna Evita vznikla při Kontaktním centru v Ústí nad Labem r. 2003 mimo jiné také proto, že jsme chtěli zvýšit počet kontaktů se ženami a vytvořit přímo pro ně nabídku specifických služeb. Soustředila se na dospělé uživatelky, gravidní ženy a matky s dětmi. V současné době existuje z finančních důvodů jen v minimálním rozsahu. Kdybychom však tvořili program dnes, museli bychom ho rozšířit o aktivity pro mladé klientky do 18 let, které nás v posledních měsících velmi zaměstnávají. Při tvorbě programu je nutné si uvědomit, koho chceme oslovit a s jakým cílem, protože ženská část klientely je nesmírně pestrá – patří k ní mladé dívky, dospělé i stárnoucí ženy, matky s dětmi, studentky. Společně mají jenom jedno: potřebu cítit se dobře, mít radost, že hezky vypadají a že jim to sluší.

Dovolte mi malý exkurs.

Klientky, které jsou zpočátku upravené, čisté, oblékají se jako ženy, mají ženské vystupování, obvykle podlehnou tlaku ze strany klientů-mužů a dbát o sebe brzy přestanou. Po

určitém čase získají „mužské rysy“, ať už jde o zevnějšek nebo chování. Určitě je to způsob, který jim v početné skupině uživatelů drog pomáhá přežít. Udržet si vyšší standard jako bezdomovkyně či obyvatelka vybydleného domu je velmi obtížné. Jako by jim to, že se chováním přibližují mužům, dávalo větší šanci.

Dotázala jsem se klientů-mužů, jak se na ženy-uživatelky dívají. Téměř všichni se shodli na tom, že to nejsou ženy, ale „chlapi“. Z tónu hlasu bylo slyšet pohrdání. Ještě většího odsouzení se dostává uživatelkám drog-matkám, které nemají stálého partnera.

Nemohu říci, že by se za dobu fungování programu Evita počet žen dramaticky zvýšil. Výrazně se ale změnila atmosféra kontaktu s nimi. Myslíme na ně a na poradách nebo při supervizích o nich často hovoříme.

Pro představu, jak pestrá je skupina klientek užívajících drogy, rozdělila jsem prakticky a zcela nevědecky naše současné klientky do několika skupin.

1. DOSPĚLÉ UŽIVATELKY DROG (NAD 25 LET)

- průměrný věk 38 let, svobodná, bezdomovkyně, bez kontaktů s původní rodinou, několikrát gravidní, děti jsou v náhradní rodinné péči
- užívá nitrožilně pervitin, konzumuje alkohol
- pohybuje se ve skupině dospělých mužů rovněž s dlouholetou drogovou kariérou
- je komunikativní, ráda si povídá, ráda vzpomíná na staré časy
- s abstinencí nepočítá
- v Kontaktním centru využívá výměnný program, potravinový a hygienický servis, opakovaně byla testována na graviditu

Pro pracovní tým nepředstavuje tento typ klientek žádný problém. Rozhodnutí týmu klientky akceptují. To, že mají děti v náhradní rodinné péči, považujeme za jejich správné rozhodnutí.

2. DOSPĚLÉ UŽIVATELKY DROG S DÍTĚTEM

- průměrný věk 28 let, svobodná, matka dvou dětí (šestiletý syn a dvouletá dcera), obě děti byly neplánované, každé má jiného otce-uživatele drog
- o syna často pečují její rodiče, kteří sami mají problémy s alkoholem
- s bratrem, letitým uživatelem pervitinu, bydlí v bytě po babičce
- je velmi manipulativní; pokud s ní souhlasíte, je moc přátelská a milá
- v současné době probíhá soud o svěřeni dcery do péče babičky (otcovy matky)
- klientkou Kontaktního centra je od r. 2002
- nikdy se ze závislosti neléčila, v těhotenství neslibovala, že přestane drogy užívat
- využívá výměnný program, potravinový servis a chodí pro pleny pro dceru

Emočně je tento typ klientky pro personál Kontaktního centra nejobtížnější, a to jak pro kolegyně, tak i pro kolegy.

3. MATKY NAŠICH KLIENTŮ-UŽIVATELŮ DROG

Co o nich říci? Mají mnoho společného, často se rozhodují v naději, že činí správně, že se konečně dočkají klidu a pohody. Jsou mezi námi kolegové, které rodiče „nudí“ – dokážou totiž předvídat obsah rozhovoru a předpokládají, že matky pupeční šňůru s dospělým dítětem stejně nepřestřihnou. Tyto matky známe každý, a tak jen několik vět z rozhovorů s nimi.

- „Jeli jsme s manželem z výletu na ploskovický zámek kolem komunity, a tak jsme zastavili a domluvili synovi léčbu. Měli jsme štěstí, bylo místo. Teď ještě ten detox.“
Zdálo by se, že jde o nezkušené rodiče, ale syn užívá drogy již deset let a do léčebny ho doprovázeli nejméně sedmkrát.
- Do Kontaktního centra přišla romská matka, abychom zavolali do léčebny a zeptali se na termín nástupu pro syna. Kolegyně sahá po sluchátku a paní N. křičí: „Ne, vy ne, ať zavolá tamta, ta má hezčí hlas“.
- „Neměla byste boty pro kluka? Nastupuje do léčebny a ještě nedostal podporu.“
Podívala jsem se na kolegu, jeho boty by možná chlapci byly....
- Zoufalá romská matka v Kontaktním centru: „I herci a zpěváci to dělaj (tj. fetují). Proč by to nedělal náš Roman?“
- Vzdělání, velmi slušní rodiče. Jejich dceru vyšetřovala policie pro krádeže na střední škole. „Tak jsme jí zvýšili kapesné, asi měla málo peněz.“ *Co víc dodat, dcera užívala už několik měsíců heroin...*

Zdá se, že neexistuje nic zábavnějšího než práce s matkami klientů. Víme, že to tak není, bývá to naopak velmi obtížné.

4. MANŽELKY UŽIVATELŮ DROG, KTERÉ SAMY DROGY NEUŽÍVAJÍ

- většinou jde o romské manželky či družky
- chodí do Kontaktního centra s igelitovou taškou a v ní mají použité manželovy jehly
- dobře vědí, jaké inzulky vybrat, že mají dostat dezinfekci, vatu a vodu
- prezervativy nechtějí, prý na co
- jejich manželé-uživatelé drog pracují často ve stavebnictví mimo město a do Kontaktního centra by to nestihli
- mají děti, které někdy vezmou s sebou (nejméně dvě, nejvíc pět), děti se chovají perfektně
- říkají, že manžel peníze pro rodinu na drogy vzít nesmí, tolerují mu tedy trestnou činnost, kterou řeší finance na heroin či pervitin

K těmto ženám má personál ambivalentní vztah. Na jedné straně obdivujeme, kam až sahá jejich láska, ale na druhé se ptáme: Je na místě, aby akceptovaly, že otec jejich dětí užívá drogy? Nechovají se tak trochu jako jejich matky?

5. KLIENTKY-SUBSTITUENTKY

- v programu jsou průměrně pět let
- pracují
- je jim asi 28 let
- mají partnery, kteří jsou také v substituci, ale nejsou tak úspěšní
- bydlí samostatně, ale s původní rodinou jsou v kontaktu
- rády si povídají, subutex vůbec neřeší
- častým tématem rozhovoru je vztah a zaměstnání
- o dětech neuvažují

Jsou oblíbené, protože se velmi blíží „normě“. Chválíme je a ony nás mají rády.

6. KLIENTKY DO 18 LET

- v posledním roce jsou na poradách týmu častým tématem
- jejich naivita je omračující (Já a závislá? To je směšné.)
- přicházejí s kamarádkou, která si pervitin už píchá
- někdy je dovedou rodiče, protože chodí za školu a kouří marihuanu (na pervitin se přijde během rozhovoru s klientkou o samotě)
- rodičům slibují, že přestanou samy, jen ať je nedávají do léčebny
- drogy začaly užívat v 9. třídě ZŠ
- není výjimkou, že otec je kuřák marihuany
- některé tvrdí, že berou podle toho, koho právě potkají a co jim nabídne
- domluvené podmínky terapeutického kontraktu se jim nedaří plnit
- rodiče čekají, „až z toho vyrostou“

Gravidní a matky s malými dětmi představují jeden z extrémů a tyto mladé uživatelky drog jsou extrémem dalším. Bojíme se o ně, často nám jich je líto a víme, že práce s nimi je běh na dlouhou trať.

Mužská část klientely není o nic méně zajímavá. Cituji jednoho klienta: „Já nejsem závislý, já jsem obět chuti“. Přeji nám i vám hodně úspěchů při práci s oběťmi chuti ženského i mužského pohlaví.

Mgr. Radka Kobližková

Vystudovala etopedii a psychopedii na Pedagogické fakultě UK v Praze a absolvovala sebezkušenostní výcvik v PCA psychoterapii aj. V drogových službách pracuje od r. 1995. V současné době je ředitelkou Kontaktního centra pro drogově závislé v Ústí nad Labem.

Kontaktní centrum pro drogově závislé

Velká hradební 13/47
400 01 Ústí nad Labem
tel.: 475 210 626
e-mail: drugout@inbox.vol.cz
www.drugout.cz

Problematika uživatelék drog ve výkonu trestu odnětí svobody

Jana Ženíšková, Eva Soukupová

Občanské sdružení Laxus v Hradci Králové poskytuje v rámci jednoho ze svých programů služby také uvězněným uživatelům drog. Pracujeme s klienty v několika věznicích všech typů, jak s muži, tak s ženami, a všímáme si mnohých rozdílů mezi jednotlivými skupinami klientů.

Nejvýznamnější odlišnosti vnímáme právě mezi ženami a muži, proto se v tomto příspěvku budeme zabývat specifiky práce s uživatelkami drog ve výkonu trestu odnětí svobody.

AKTUÁLNÍ SITUACE

V současné době se v českých věznicích nachází 1150 žen (stav k 8. 4. 2009). Jsou umístěny ve vazebních věznicích a věznicích Světlá nad Sázavou, Opava a Praha Pankrác-Řepy. Pokud budeme vycházet z předpokladu, že zhruba polovina vězňů má v anamnéze užívání drog, je ve věznicích asi 600 žen, které měly ve svém životě problém s drogou.

V našich věznicích existují oddělení, která se zaměřují na práci s uživateli drog; jde o specializovaná oddělení pro výkon nařízené protitoxikomanické léčby, oddělení se specializovaným programem pro uživatele drog a bezdrogové zóny. Specializované oddělení pro výkon nařízené léčby s kapacitou 26 míst je zřízeno ve Věznici v Opavě, bezdrogová zóna s kapacitou 15 míst je ve Věznici ve Světlé nad Sázavou.

V rámci našeho programu pracujeme s klientkami ve Věznici Světlá nad Sázavou. V loňském roce využilo našich služeb 86 žen, přičemž poptávka po nich v této věznici výrazně převyšuje naše možnosti. Z toho lze usuzovat, že jen malému počtu žen, které by potřebovaly nějakým způsobem řešit svůj drogový problém, se potřebné služby dostanou.

CHARAKTERISTIKA KLIENTEK VĚZEŇSKÝCH PROGRAMŮ

Při práci s uživatelkami drog ve výkonu trestu lze vysledovat určité společné charakteristiky. Věk našich klientek se pohybuje od 23 do 30 let, průměrný věk je 28 let. Nejčastěji jsou odsouzeny za majetkovou trestnou činnost spojenou s užíváním drog, následuje trestná činnost drogová, kdy jsou obvykle odsouzeny společně se svými partnery, kteří jsou výrobci nebo distributory drog. Velmi často jsou trestané opakovaně, v minulosti jim byly uloženy tresty obecně prospěšných prací nebo jsou v podmínce. Podmíněný trest jim je většinou proměněn na nepodmíněný trest odnětí svobody, čímž se prodlužuje doba jejich pobytu ve vězení, která se nejčastěji pohybuje kolem jednoho roku, bývá však i od několika měsíců až po více než pět let.

V anamnéze našich klientek se velmi často objevuje ústavní výchova: pro problémové chování byly umístěny do diagnostických a výchovných ústavů. Často mají vlastní děti, které jsou v péči prarodičů nebo v ústavní výchově. Při pobytu ve vězení jsou děti pro klientky obvykle velkou motivací ke změně životního stylu, velmi se na ně upínají a chtějí jim podřídit vše, co bude následovat po propuštění z vězení. Tato motivace se velmi záhy po výstupu z vězení vytrácí a dítě obvykle není to, co klientku udrží v abstinenci. Klientky také často uvádějí, že mají zkušenosti s násilím na své vlastní osobě, ať už jde o některou formu zneužívání v dětském věku ze strany blízkých, nebo později násilí v partnerském vztahu. Nebývá ani výjimkou zkušenost s prostitutí, kterou si opatřují finanční prostředky na drogy. Významným faktorem jsou vztahy s uživateli drog: pro klientky bývá velmi těžké tyto partnery opustit, což při návratu do civilního života představuje velké riziko.

SPECIFIKA ŽENSKÉ KLIENTELY VE VĚZNICÍCH

Na úvod je důležité zmínit, že významné odlišnosti lze spatřit již v samotném prostředí věznic. V ženské věznici panuje naprosto odlišná atmosféra i přístup personálu k osazenstvu věznice je jiný. Ve Věznici ve Světlé nad Sázavou se mnohem častěji setkáváme se snahou pomoci a s pozitivnější atmosférou. Co se týká samotných klientek, u nich pozorujeme oproti mužům především následující specifika. Zatímco muži jsou ve vězeňském prostředí silně orientováni sami na sebe, jsou uzavřenější a nenavazují žádné bližší vztahy mezi sebou navzájem ani s personálem, pro ženy to neplatí. Nejčastěji navazují vztahy kamarádské, kdy se navzájem psychicky podporují a pomáhají si. Objevují se také vztahy sexuální a „paramaterské“, kdy starší žena zastupuje u mladší odsouzené roli matky. Ženy jsou v porovnání s muži také přístupnější spolupráci se zaměstnanci věznice, mají větší potřebu sdílet, svěřovat se, řešit svoje problémy. To vše napomáhá i snadnější adaptaci na pobyt ve vězení a usnadňuje průběh pobytu ve výkonu trestu.

Pokud jde o spolupráci s drogovými službami, sledujeme velký zájem klientek o kontakt s námi. Většina žen s drogovou anamnézou svůj problém přiznává a chce ho řešit už ve výkonu trestu. V kontaktu s pracovníky jsou klientky otevřené, otevírají na začátku spolupráce osobní témata, snadněji se buduje důvěra ve vztahu než s klienty-muži, kde navázání důvěrného vztahu trvá spíše několik měsíců. Dále je také důležité zmínit, že v ženské věznici se mnohem méně setkáváme s užíváním drog než v některých mužských věznicích, kde se drogy užívají masivně.

TYPLOGIE KLIENTEK V NAŠICH SLUŽBÁCH

V rámci našeho čtyřletého působení v ženské věznici jsme postupně vysledovali tři typy klientek, které s námi v průběhu pobytu ve vězení navazují spolupráci. První typ představují klientky, jejichž věk se pohybuje mezi 20 až 23 lety, jsou ve vězení poprvé a mají většinou trest v délce kolem šesti měsíců. Jsou v kontaktu se svojí rodinou, který většinou obnovily až v době uvěznění. Rodina je významně podporuje, často se po propuštění vracejí domů. Tento typ klientek většinou nemá náhled na svůj drogový problém, rychle nabývají dojmu, že abstinence ve vězení jim zajistí abstinenci i po propuštění. Nejsou přístupné léčebné péči po výstupu, maximálně reagují na ambulantní formu léčby, ale její význam spíše podceňují. Velmi často se s nimi setkáváme ve vězení znovu, a to po několika měsících. Přiznávají, že drogy začaly užívat během několika hodin až dnů po propuštění.

Druhým typem jsou klientky, které jsou ve vězení opakovaně, jejich věk se pohybuje od 25 let výše. Mají za sebou již předchozí selhání, kdy jim plánovaná abstinence po propuštění nevyšla. Často také dochází k odstřížení od rodiny, v průběhu pobytu ve vězení znovu navazují kontakt, ale podpora ze strany rodiny již není tak velká, jsou odkázány samy na sebe. Mají větší obavy ze života venku, obávají se především recidivy užívání, nevěří si. Jsou více přístupné léčbě po propuštění, samy ji vyhledávají a bývají v ní úspěšnější.

Třetím typem klientely jsou ženy, které s námi navazují kontakt, aby získaly nějakou výhodu, potvrzení apod. Nejčastěji jde o romské klientky, které poměrně záhy z programu vypadávají, neboť nechtějí plnit požadavky na ně kladené.

SPEKTRUM POSKYTOVANÝCH SLUŽEB

Poskytované služby se významně neliší od služeb poskytovaných klientům v mužských věznicích. S muži častěji řešíme otázky adaptace a zvládnání pobytu ve vězení, neboť jak bylo uvedeno výše, ženy jsou v hledání pomoci aktivnější. U žen vstupuje do spolupráce jako významná složka péče o děti, a proto často klientkám pomáháme obnovit kontakt s rodinou, která má jejich dítě v péči, případně navazujeme spolupráci s příslušným zařízením ústavní výchovy.

Stěžejní oblastí spolupráce je příprava na propuštění, která zahrnuje motivování a přípravu na vstup do navazujících služeb, prevenci relapsu, plány aktivit po propuštění, havarijní plány apod. Klientkám zprostředkujeme i následnou péči léčebnou, poskytujeme asistenci při propuštění nebo při nástupu do pobytové léčby a jiných zařízení. Klientky mají největší zájem o ambulantní formy léčby, neboť nechtějí dále zůstat v ústavních podmínkách. Zde však narážíme na nedostatky sítě ambulantních služeb a mnohdy je musíme odkazovat na pracoviště vzdálená několik desítek kilometrů od místa, kde bydlí.

RIZIKA RELAPSU PO PROPUŠTĚNÍ

V průběhu realizace programu jsme vysledovali určité faktory, které často vedou k relapsu a následnému návratu k pravidelnému užívání drog a s tím souvisejícím znovuvězněním.

Do nejrizikovějších situací se dostávají klientky, které nemají žádné sociální zázemí a jsou odkázány pouze na sociální služby. V případě, že nechtějí podstoupit pobytovou léčbu, záhy po propuštění se vrací do původního prostředí, které znamená i návrat k užívání drog. Dále se často setkáváme s tím, že po výstupu obnovují soužití s původní rodinou. V těchto případech dochází poměrně rychle k vystrážlivění, představy rodičů i klientek, že budou bez problémů i po dlouhé době odloučení společně fungovat, se brzy rozplynou a dochází ke konfliktům, které mají za následek odchod z domova a návrat do drogového prostředí.

Klientky se také potýkají s neznalostmi a nedostatkem zkušeností ze samostatného fungování, na což ale nemívají reálný náhled. Chtějí brzy po propuštění vést život tzv. normální, což pro ně znamená chodit do práce a mít vlastní bydlení. Většinou však mají zkušenost pouze z pobytu v ústavním zařízení nebo na ulici a chybí jim dovednosti, které jsou k běžnému způsobu života nezbytné. Dalším faktorem, který nejčastěji vede k relapsu, jsou partneři-uživatelé drog. Přestože klientky během pobytu ve vězení získají náhled a nechtějí ve vztahu s těmito muži pokračovat, po propuštění se k nim často vrací, a tím se vrací i k užívání drog. V některých případech sehraje roli shoda drobných náhod, kdy se v propracovaném plánu na dobu po výstupu objeví nějaká neplánovaná událost a ovlivní běh dalších věcí negativním směrem.

Pokud bychom měli shrnout problematiku práce s uživatelkami drog ve věznicích, musíme vyzdvihnout především skutečnost, že ženy jsou v porovnání s muži více ochotné otevřeně řešit svůj drogový problém v průběhu pobytu ve vězení. Spolupráce s nimi je tedy i pro pracovníky povzbuzující. Nicméně je důležité počítat s tím, že u žen více než u mužů hrají významnou úlohu vnější faktory, které mají obvykle velký vliv na jejich úspěšnost po propuštění z výkonu trestu.

Mgr. Jana Ženíšková

Vystudovala sociální práci na Univerzitě Hradec Králové a má za sebou dvacetiletou praxi v sociálních službách. Od r. 1999 pracuje v o. s. Laxus, nyní jako odborná ředitelka pro poradenské programy.

Mgr. Eva Soukupová

Vystudovala obor sociální práce na Vyšší odborné škole a jednooborovou psychologii na FF UP v Olomouci a absolvovala psychoterapeutický výcvik v rogersovské psychoterapii. Má za sebou sedmiletou praxi v sociálních službách. V současné době je vedoucí programu Drogové služby ve vězení o. s. Laxus.

Občanské sdružení Laxus

(sociální a zdravotní služby pro uživatele drog v Královéhradeckém a Pardubickém kraji)

Nerudova 1361

500 02 Hradec Králové

tel.: 495 515 907

e-mail: dsv@laxus.cz

www.laxus.cz

Po porodu neberu

Pavel Hanzal

Pro drogově závislou klientku bylo v minulosti překážkou v nástupu do léčby, když měla dítě nebo čekala jeho narození a neměla nikoho, kdo by jí ho po tu dobu pohlídal, nebo ho nechtěla opustit. Těmto klientkám bylo třeba vytvořit podmínky, ideálně jim umožnit souběžně pečovat o dítě i podstoupit léčbu. Proto vznikl v roce 2001 v Terapeutické komunitě Karlov SANANIM program pro léčbu závislých matek, který nutně zahrnuje také podporu jejich rodičovských dovedností. Zájem klientky je tudíž stejně prioritní jako zájem dítěte a přítomnost dítěte léčebný proces specificky proměňuje.

Pro práci v terapeutické komunitě je užitečné mít zprávy a informace o bývalých klientech a vycházet z nich při hledání a srovnávání účinných a neúčinných faktorů léčby. Proto jsem se rozhodl porovnat zkušenosti klientek-matek po absolvování léčby v Terapeutické komunitě Karlov. Pracoval jsem metodou dotazníku (viz str. 29) a zjišťoval, jaké byly stimuly jejich motivace při vstupu do komunity a jaké komplikace u nich nastaly během abstinence po odchodu z komunity. Zajímalo mě, jakou specifickou roli v abstinenci po odchodu z komunity představuje samotný fakt, že klientka je v kontaktu se svým dítětem. Bylo mi jasné, že pro co nejobektivnější obraz musím kontaktovat i rodiče těch klientek, které na mou žádost o vyplnění dotazníku nereagovaly. Převážně se nezdržují na adrese, kterou udaly při odchodu z komunity, a podle zprostředkovaných informací opět užívají drogy. Podařilo se mi nakonec zkontaktovat přibližně třetinu všech našich klientek (tj. 29 ze 100).

Především u otázek 3 a 4 týkajících se úlohy dítěte při relapsu si jsem vědom možné odchylky způsobené nepravdivě vyplněnou kategorií z důvodu obavy před možným postihem, popřípadě jen ztrátou důvěry a „přízně“ komunity nebo terapeuta. Je nutné zmínit, že dotazovány byly všechny matky bez ohledu na to, jak dlouhou dobu strávily v komunitě.

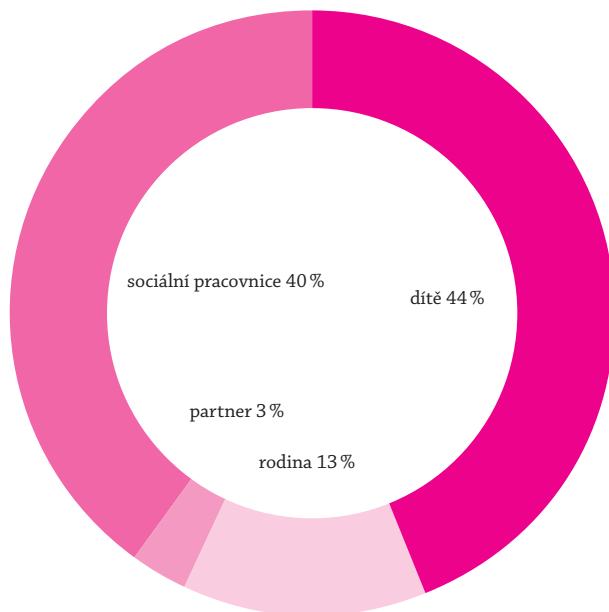
ZDROJE MOTIVACE PRO LÉČBU ZÁVISLÝCH MATEK S DĚTMI

Odpovědi na první otázku ukázaly, že motivace léčících se matek je většinou „pasivní“ (toto označení je bez jakéhokoliv pejorativního zabarvení). Je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek („musím“, „sem donucena“, „rodiče si myslí“, ...), a vnitřní odhodlání skončit se závislostí na drogách tak chybí. Matka zpočátku často touží například

jen dostat dítě zpět do vlastní péče, uniknout výkonu trestu apod., ale primární problém – tedy přestat brát drogy – řešit nechce. Nechává si staré návyky, partnera, známé, vztahy k rodině apod.

Stává se, že v léčbě pak vystupuje jako člověk, který už s drogami nemá vážnější problém z toho prostého důvodu, že má dítě („...kterému by, to‘ /začít brát drogy/ neudělala“). Dítě je chápáno jako samospasitelné.

GRAF Č.1



Jako motivaci pro vstup do rezidenční léčby matky nejčastěji uváděly spojení dvou variant: možnosti za a/ + d/ (nechtěla jsem přijít o dítě + různé doporučení léčby od sociálních pracovníků).

Hrozba odebrání dítěte z péče či naděje na získání dítěte zpět do péče se ukázaly jako velmi účinný motivační prostředek. Důležitým stimulem bývá také podpora či tlak rodiny. Mezi další motivy patří hrozící nástup do výkonu trestu, potřeba sociálně právní ochrany a podpory nebo prosté zajištění bydlení, stravy, prostředí vhodného pro péči o dítě a dále také selhání v ambulantním léčebném programu. Vliv partnera na nástup do léčby se ukázal jako minimální, dokresluje to jak odpovědi z dotazníku, tak statistika z komunity, kdy ze 100 klientek, které léčbou v komunitě dosud prošly, jsme dlouhodobě terapeuticky spolupracovali jen se šesti jejich partnery (kontakt proběhl samozřejmě u mnohem většího počtu). Důvodem je podmínka, že partner musí mít zájem spolupracovat a nesmí užívat návykové látky. Poslední, avšak nikoli nevýznamnou složkou motivace u matek je touha změnit životní realitu a začít pečovat o dítě.

Pro zajímavost a porovnání jsem vybral z literatury (Rotgers, 1999) staré definice motivace k léčbě. Uvádím následující tři:

Klient se aktivně zapojí do léčby, je odhodlán se kromě abstinence změnit i v dalších směrech a připraven přinést oběti ve prospěch terapie (podle Mindlina z r. 1959).

Pacient si uvědomí své obtíže, potřebu terapie, pochopí, že pomoc by mohla zlepšit jeho stav (podle Stunkarda z r. 1961).

Pokud měla léčba špatné výsledky, nebylo to vinou léčby nebo terapeuta, ale nemotivovaného klienta (podle Pittmana z r. 1965).

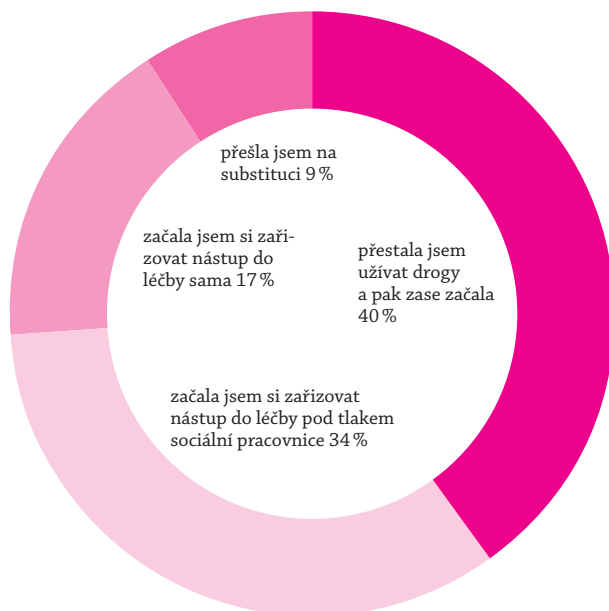
Naštěstí pro závislé klienty je tento tradiční pohled již překonán a nahrazen převážně kognitivně-behaviorálním modelem. Zjistilo se, že uživatelé drog jsou při nástupu do léčby často v počátečním stádiu motivace, kdy nebývají ochotni se užívání úplně vzdát, ale zároveň jim současný stav věcí zcela nevyhovuje. Kdybychom se řídili starými definicemi doslova, jen těžko bychom hledali klienty, kteří by takováto kritéria motivace splňovali.

V současné době se v první fázi léčby závislých matek v komunitě hledají a objevují pozitivní zdroje. Mezi ty, které posilují přesvědčení matek, že je abstinence výhodná, patří především pouhý fakt možného soužití s dítětem. Podporuje se navázání úzkého vztahu s dítětem, kdy matka dokáže výchovně stimulovat jeho chování a může sledovat pokroky v jeho vývoji. Dítě postupně získává elementární jistoty, lépe reaguje na matku, na prostředí komunity a matka může srovnávat pozitiva a negativa života na drogách a bez drog. Připojí-li se k tomu podpora rodiny, popřípadě partnera, motivace matky se zvnitřňuje, a má tak předpoklady projít léčbou úspěšně.

Pro terapii samotnou to v praktické rovině znamená především prodloužit léčbu v počáteční fázi. Dále terapeuti musejí být připraveni na případná selhání matky umocněná nízkou vnitřní motivací. Selháním mám na mysli především porušování pravidel v komunitě, nedůvěru v léčebný proces, porušení slibů, nespolehlivost, racionalizaci a popírání problémů.

Ve výchově se zdůrazňují pozitivní události a pokroky v rodičovství a mateřství klientky.

GRAF Č. 2

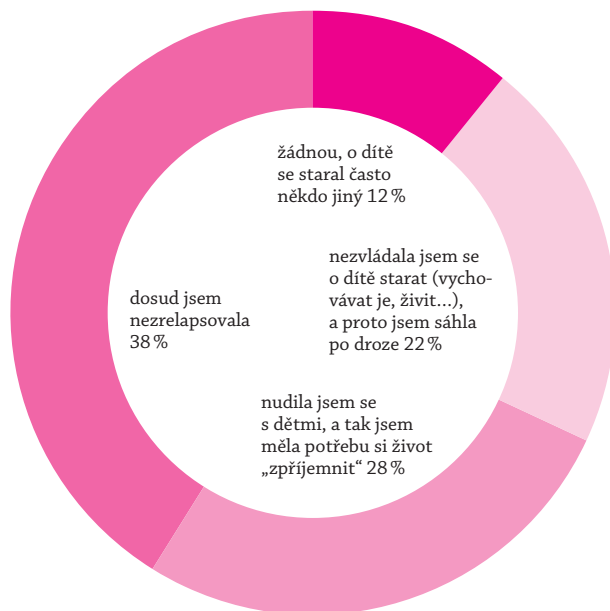


Z druhého grafu je patrné, že nadpoloviční většina našich bývalých klientek, tj. nástup do komunity pod tlakem sociální pracovnice (34 %) + samostatný nástup (17 %), odpověděla, že narození dítěte bylo právě tím momentem, který je nasměroval k léčbě.

Stále však zůstává velké procento matek, tj. těch, které přestaly užívat návykové látky jen dočasně (40 %) nebo které po porodu přešly na substituci (9 %), pro něž narození dítěte znamenalo jen dočasnou abstinenci. Druhý graf tak jasně vyvrací mýtus, že narození dítěte je mezníkem, který závislou matku automaticky motivuje pro změnu k abstinenci. Skutečnost, že všechny dotazované matky nakonec do léčby nastoupily, poukazuje na poměrně kvalitní spolupráci mezi porodníky, kojeneckým ústavem, sociálními pracovnicemi a pracovníky v adiktologii.

C. RELAPS MATKY JE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI STEJNĚ PŘIROZENÝ JAKO RELAPS BEZDĚTNÉHO KLIENTA

GRAF Č. 3



Graf překvapivě ukazuje že relaps po léčbě poznala nadpoloviční většina matek (62 %). Je nutné si však znovu uvědomit, že dotazované matky mají za sebou různou délku léčby v komunitě. Jsou mezi nimi i ty, které v ní strávily například pouhé dva měsíce. V současnosti je přijímán názor, že relaps není něčím zkázočným; je to chyba a jako s chybou je s ním třeba nakládat. Analyzují se příčiny a pracuje se na jejich odstranění. Pro některé klientky je teprve až relaps tím posledním stimulem pro budoucí abstinenci.

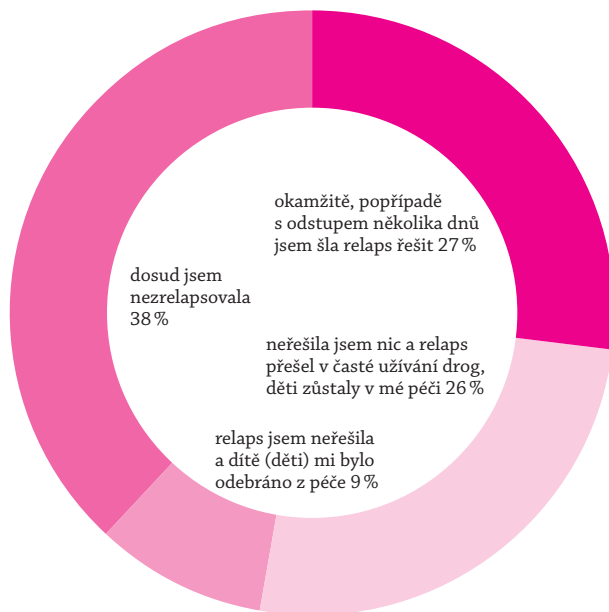
Mezi nejčastější příčiny relapsu patří:

- Dítě nevrací matce jen pocity libosti, vyžaduje pozornost, je neklidné, někdy i agresivní, často nemocné. Matka pak podlehne nakonec pocitu, že ho nedokáže vychovávat a tíživou situaci řeší drogami.
- Matka propadne dojmu, že není schopna dítě plně finančně zabezpečit a vyhledává maligní způsob řešení (vrací se k partnerovi-uživateli, začne opět být závislá na okolí, například na primární rodině).
- Nuda – matka se nezapojuje do společnosti vrstevníků, nehledá si nové zájmy a vrací se k bývalému životnímu stylu, zábavu dokáže přijímat jen pasivním způsobem.
- Matka se během doby, kdy byla v komunitě, nenaučila dostatečně odmítat rizikovou společnost a vyhýbat se možným spouštěčům relapsu, a chránit tak sebe a své dítě před případnými riziky vůbec.

- Matka se po léčbě vrátí ke starému modelu vztahu s rodiči. Ti přebírají její kompetence a zodpovědnost. Ztrácí možnost zvyšovat si sebevědomí a zažívat pocit kompetence a dostává se do častějších hádek s rodinou. Pomoc okolí tak přestává být pomocí a stává se silným stimulem pro relaps.

D. ZRELAPSOVAT JE LEPŠÍ NEŽ ZRECIDIVOVAT

GRAF Č.4



Pro práci s relapsem je nutné, aby odborná i laická veřejnost s touto možností počítala, a byl tak vytvořen prostor pro jeho nápravu. Klientka-matka musí mít jistotu, že o případném relapsu může mluvit, nemusí ho zatajovat a následně se trápit pocitem viny, které vedou jen k další sebestrukci. Musí vědět, že takové jednání jistě není správné, ale je možné a pochopitelné.

Neefektivní utajování relapsu je navíc živeno přirozenou reakcí. Když děláme něco, o čem víme, že je to špatné nebo že nás to ničí, nechceme vidět možné následky. Jakákoliv úvaha o případných škodách je pro přítomný okamžik příliš nežádoucí a rušivá. Je také psychicky příliš znepokojivá a skličující, máme tedy přirozenou tendenci tyto pocity potlačit. Proto se často stává, že klientka není sama schopná situaci řešit.

Často se ve své praxi setkávám s názorem, že toužit po drogách a zároveň mít dítě je společensky nepřijatelné. Rodiče klientky nebo sociální pracovníce často nechápou, jak se závislé maminky s dětmi mohou ještě vracet k minulosti a „mít chutě na drogy“. Přitom tyto jevy – evokování minulosti, toužení po účinku drogy jako náhradním „řešením“ problému, droga

jako únik z náročné, popřípadě nudné reality – jsou přirozené a patří do léčby a doléčování podobně jako u bezdětných klientů.

Klientky jsou v léčbě vedeny k tomu, aby dělaly takové změny svého životního stylu, své zaběhnuté každodenní praxe či vztahu s rodinou a přáteli, které pomohou zvýšit jejich schopnost vyrovnat se s problémy bez pomoci drog. Často však všechny situace zvládat nedokážou, ale musejí mít vybudovanou podpůrnou sociální síť, aby v případě strachu ze selhání či selhání samotného měly kolem sebe lidi, kteří budou mít pro ně pochopení i v těchto vypjatých situacích a pomohou jim je řešit.

DOTAZNÍK

Motivací k léčbě v komunitě pro tebe bylo

- dítě
- rodina
- partner
- sociální pracovnice
- jiný důvod

Jak se ti změnil život po narození dítěte

- přestala jsem užívat drogy a pak zase začala
- začala jsem si zařizovat nástup do léčby pod tlakem sociální pracovnice
- začala jsem si zařizovat nástup do léčby sama
- přešla jsem na substituci
- jiná možnost

Jakou hrálo mé dítě (děti) úlohu při relapsu (jednorázové užití drogy)

- žádnou, o dítě se staral často někdo jiný
- nevládala jsem se o dítě starat (vychovávat je, živit...), a proto jsem sáhla po droze
- nudila jsem se s dětmi, a tak jsem měla potřebu si život „zpříjemnit“
- dosud jsem nezrelapsovala
- jiný příběh

Jakou hrálo mé dítě úlohu po relapsu

- okamžitě, popřípadě s odstupem několika dnů jsem šla relaps řešit
- neřešila jsem nic a relaps přešel v časté užívání drog, děti zůstaly v mé péči
- relaps jsem neřešila a dítě (děti) mi bylo odebráno z péče
- dosud jsem nezrelapsovala
- jiný příběh

Literatura:

- ROTGERS, Frederick a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. 275 s. ISBN 0-08-025793-3.
- YALOM, Irvin D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace. 1999. 704 s. ISBN 80-86088-05-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia. 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- FROMM, Erich. *Anatomie lidské destruktivity: můžeme ovlivnit její podstatu a následky?* Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 1997. 520 s. ISBN 80-7106-232-4.
- NEVŠÍMAL Petr (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o. p. s. 2007. 320 stran. ISBN 978-80-7106-937-9

Mgr. Pavel Hanzal

Absolvoval psychosociální vědy a religionistiku na Husitské teologické fakultě UK v Praze. V současné době pracuje jako psychoterapeut v Terapeutické komunitě Karlov SANANIM, a to od jejího vzniku v r. 1999. Dříve působil jako učitel, vychovatel a v kladenském Středisku pomoci ohroženým dětem Rosa jako terapeut.

Terapeutická komunita Karlov SANANIM

Karlovy Vary 3

Smetanova Lhota

398 04 pošta Čimelice

tel: 382 229 655, 382 229 692

e-mail: karlov@sananim.cz

www.sananim.cz

Obchodování s lidmi a drogy

Petra Kutálková

Oblast prevence a boje proti obchodování s lidmi je v posledních letech tématem mnoha odborných diskusí. Okruh aktérů, kteří se na řešení této problematiky podílejí, se pozvolna rozšiřuje. K Ministerstvu vnitra a dalším resortům, orgánům činným v trestním řízení a specializovaným nevládním organizacím se postupně přidávají i další subjekty, které mohou k řešení přispět, a diskuse nás obohacují o odlišné pohledy na situaci. Drogová problematika a možnosti poskytování sociálních služeb obchodovaným osobám, které drogy užívají, však zatím nebyla významněji tematizována. Až konference Ženy a drogy pořádaná o. s. SANANIM v Praze nabídla prostor pro otevření diskuse.

Následující text se věnuje problematice užívání drog mezi klientelou organizace La Strada Česká republika, o. p. s. Příspěvek, který shrnuje zkušenosti sociálních pracovníků, je krátkou reflexí tématu užívání drog a obchodování s lidmi. Reflektuje možnosti a limity systému sociálních služeb pro obchodované osoby, v jejichž životě hraje roli zkušenost s drogou.

OBCHODOVÁNÍ S LIDMI V ČESKÉ REPUBLICĚ

Obchodování s lidmi je možné zjednodušeně chápat jako přemísťování lidí pomocí nátlaku za účelem vykořisťování. K vykořisťování, které je důsledkem obchodování s lidmi, může docházet v podstatě při jakémkoli druhu práce. V České republice jsou známé případy obchodování jak v oblasti sexbyznysu (zejména nucená prostituce), tak například ve stavebnictví, v lesnictví, sektoru služeb, potravinářském průmyslu či drobné výrobě. Přesnou definici obchodování s lidmi platnou pro Českou republiku nalezneme v trestním zákoně v oddílu trestné činy proti svobodě v ustanovení § 232a. Pokud je tato poměrně latentní kriminalita stíhána a potrestána, může být ve statistikách skryta pod dalšími trestnými činy.

S ohledem na geografickou polohu a ekonomické postavení v Evropě je Česká republika jak zemí původu obchodovaných osob, tak zemí tranzitní i cílovou. K obchodování s lidmi a vykořisťování dochází také uvnitř státních hranic.

Obchodování s lidmi je často zmiňováno spolu s koncepty genderově podmíněného násilí, feminizace chudoby a migrace nebo strukturálního násilí na ženách. Přestože se počet

identifikovaných obchodovaných osob v České republice zvyšuje, ženy stále tvoří významně větší skupinu známých obětí této trestné činnosti. Nejčastěji jsou identifikovány jako obchodované osoby ženy, které byly nuceny k prostituci.

Organizace La Strada Česká republika v posledních několika letech poskytovala sociální služby zejména ženám a mužům, kteří pocházeli z Ukrajiny, Bulharska, Kyrgyzstánu, Ruska, Mongolska, Slovenska, Rumunska, Makedonie, Vietnamu, Litvy, Brazílie a dalších zemí. Mezi klientkami organizace La Strada jsou v posledních letech po delší časové odmlce také české ženy, které byly nuceny do prostituce v zahraničí a/nebo v České republice.

LA STRADA ČESKÁ REPUBLIKA, O. P. S.

La Strada Česká republika, o. p. s., byla založena jako samostatná organizace v roce 1998 a navázala na stejnojmenný projekt, který v České republice působil od roku 1995.

La Strada Česká republika je zakládající organizací Mezinárodního sdružení La Strada s členskými organizacemi v dalších osmi evropských zemích (Bělorusko, Bosna a Hercegovina, Bulharsko, Nizozemsko, Moldávie, Polsko, Ukrajina, Makedonie) a mezinárodním sekretariátem v Nizozemsku.

Cílem organizace La Strada Česká republika je přispívat k odstranění obchodování s lidmi a vykořisťování a poskytovat podporu a ochranu vykořisťovaným, obchodovaným a vykořisťováním a obchodováním ohroženým osobám. O dosažení tohoto cíle usiluje prací ve třech oblastech, jejichž vzájemné propojení umožňuje zohledňovat potřeby a problémy cílové skupiny ve všech činnostech. La Strada Česká republika poskytuje cílové skupině sociální služby, věnuje se prevenci a vzdělávání a advokačními aktivitami usiluje o systémové či legislativní změny s cílem předcházet obchodování s lidmi a vykořisťování a chránit práva a zájmy cílové skupiny.

Hlavními principy, kterými se organizace řídí, jsou rovnost a nediskriminace, lidskoprávní přístup k problematice a tzv. empowerment – tedy důraz na eliminaci zranitelnosti a závislosti a na posilování vlastních zdrojů a kompetencí cílové skupiny.

Podle zákona o sociálních službách poskytuje organizace La Strada Česká republika tři registrované sociální služby: krizovou pomoc v pobytové a ambulantní formě, odborné sociální poradenství a bydlení v azylových domech.

Pobytové služby zahrnují v praxi komplex dílčích služeb od ubytování v bytě s utajenou adresou, zajištění základního ošacení a stravy, bezpečnostní plánování a případnou asistenci při kontaktu s orgány činnými v trestním řízení, zajištění zastupování advokátkou/advokátem, zprostředkování lékařské péče a psychoterapie, tlumočení, pracovní poradenství, asistenci při jednání s orgány státní správy či samosprávy a případně zprostředkování dobrovolného návratu do země původu.

Služby jsou určeny převážně obchodovaným a vykořisťovaným Češkám, Čechům, cizincům a cizinkám bez ohledu na jejich pobytový status. Zájemci a zájemkyně o službu se na organizaci mohou obrátit i anonymně prostřednictvím INFO a SOS linky 222 71 71 71 či e-mailem pomoc@strada.cz. Adresa poradny je neveřejná. Poradenství nabízí organizace také

osobám, které cestují za prací či z jiného důvodu do zahraničí, a dalším skupinám, které mohou být ohroženy obchodem s lidmi.

KLIENTELA ORGANIZACE LA STRADA ČESKÁ REPUBLIKA A UŽÍVÁNÍ DROG

Konference Ženy a drogy byla pro organizaci La Strada Česká republika motivem k systematictějšímu pohledu na problematiku užívání drog mezi klientelou, které poskytuje sociální služby. Informace, které posloužily jako základ příspěvku, byly získány skupinovou diskusí v týmu čtyř sociálních pracovníc, kterou vedla autorka příspěvku.

Sociální pracovníce byly před diskusí požádány, aby nahlédly do spisů klientek a klientů, se kterými pracovaly v letech 2007 až 2008, a shrnuly poznatky týkající se spolupráce s těmi klienty a klientkami, kteří hovořili o zkušenostech s drogou či jejich drogová kariéra proces sociální práce ovlivnila.

Ze zkušeností organizace La Strada Česká republika vyplývá, že problematika užívání drog vstupuje významněji do procesu sociální práce s klientelou zhruba poslední tři roky. Stále obvyklejší masivnější zkušenosti s drogou či drogová závislost byla pozorována ve skupině klientely, která využívala pobytových služeb, na něž většinou po jejich ukončení navazuje poradenský kontrakt (dále „komplex služeb“).

Užívání drog či zkušenosti s drogou mezi klienty a klientkami služby odborné sociální poradenství naopak nebyly vyhodnoceny jako téma zásadní a proces sociální práce ovlivňující problém. V této službě převažují jednorázové a krátkodobé kontrakty s cizojazyčnou klientelou vykořisťovanou v sektorech jiných, než je oblast sexbyznysu.

Je však nutné poznamenat, že vnímání významu problematiky užívání drog na proces sociální práce může být ovlivněno tím, že při poskytování komplexu služeb dochází k intenzivnímu a mnohdy dlouhodobému kontaktu sociální pracovníce a klientky/klienta, kteří tyto služby čerpají. Pracovnice a pracovníci organizace také mohou při tomto typu spolupráce nahlédnout hlouběji do života klientky či klienta. Při poskytování jednorázového či krátkodobého odborného sociálního poradenství není téma drog s klientelou tematizováno.

Údaje, které jsou zde prezentovány, se vztahují na klientky a klienty, kteří čerpali v letech 2007–2008 v organizaci La Strada Česká republika „komplex služeb“.

Státní příslušnost	Ženy	Muži	Celkem osob	Zkušenost s drogou*	%
Česká	19	0	19	7 (nucená prostituce)	37 %
Cizinka/cizinec	18	3	21	1	4 %
Celkem	37	3	40	8	20 %

*zdroj: odhad sociálních pracovníc

Převážnou většinu klientely v tomto období tvořily ženy, které byly obchodovány do prostředí sexbyznysu či nuceny k prostituci. Šlo jak o klientky z České republiky, tak cizinky

a cizince převážně z evropských zemí. Na základě zkušeností ze spolupráce s klientelou v tomto období sociální pracovnice identifikovaly celkem osm osob, v jejichž životním příběhu se objevila zkušenost s nelegální drogou (minulá či aktuální), která měla vliv na proces sociální práce. Z celkového počtu tedy šlo o jednu pětinu všech klientek a klientů tohoto typu služby. Tato pětina byla složena až na jedinou výjimku z žen z ČR, které byly nuceny poskytovat sexuální služby na území republiky a/nebo v zahraničí.

V dalším textu se budu věnovat již pouze klientkám-ženám.

Diskusi se sociálními pracovnicemi a následným studiem vybraných spisů jsem zjistila, že mezi touto klientelou docházelo k užívání pervitinu, heroinu, kokainu a marihuany, v některých případech i intravenózně. Z dostupných informací je těžké zobecňovat charakter, frekvenci či dobu, po kterou tyto ženy užívaly drogy. Délka užívání i intenzita variovaly od krátkodobého epizodického užívání až po několikaleté závislosti, kdy byla droga užívána s vysokou pravidelností.

Zkušenosti s užíváním drog měly tyto ženy převážně předtím, než došlo k jejich obchodování či vykořisťování, užívání pokračovalo i během procesu vykořisťování. V některých případech šlo o provázané jevy.

Zajímavé bylo, že drogy nebyly, jak je to popisováno v zahraniční studii o zdravotním stavu obchodovaných žen, používány jako primární nástroj manipulace, donucení či jako podpůrný prostředek pro „lepší pracovní výkon“ u cizinek obchodovaných do ČR ze zahraničí. Stimulace drogou k „lepšímu pracovnímu výkonu“ se objevovala spíše výjimečně i u českých žen, a to v případech, kdy pasák či pasačka byli zároveň dealery či drogy užívali zákazníci sexuální služby.

V souvislosti s diskusemi o užívání nelegálních drog se také objevilo téma nadužívání alkoholu mezi klientelou organizace. Problémy, které způsobuje zneužívání alkoholu, se týkají nejen český klientek, ale objevují se masivněji také v příbězích žen-cizinek. Dle sociálních pracovnic hovořily české i zahraniční klientky o alkoholu a jeho užívání ve vyšším množství zejména během práce v klubech. Alkohol jim pomáhal překonat nucené či vykořisťující poskytování sexuální služby; sahaly po něm jak samy, tak na podnět osob/y, která je vykořisťovala.

Mnohé z nich sáhly po alkoholu v množství způsobujícím opilost i během poskytování sociální služby. Šlo zejména o začátky spolupráce nebo o situace, které byly klientkami vnímány jako velmi náročné (například blížící se soudní řízení s pachatelem či pachatelkou). Zkušenosti s nadužíváním alkoholu jsou u české i zahraniční klientely poměrně časté a provázejí proces sociální práce minimálně posledních osm let.

Při diskusi ohledně závislosti sociální pracovnice také poukázaly na to, že většina klientek organizace kouří.

SLUŽBY POSKYTOVANÉ UŽIVATELKÁM DROG ZE STRANY ORGANIZACE LA STRADA ČESKÁ REPUBLIKA

Jak již bylo výše zmíněno, organizace La Strada Česká republika poskytuje jak pobytové, tak ambulantní sociální služby.

Poskytnutí pobytové služby předchází poměrně komplexní rozhovor se zájemkyní o službu, jehož cílem je kromě zmapování situace zájemkyně a jejích potřeb také hledání nejvhodnější varianty poskytování služby. Při rozhovoru je se zájemkyní diskutován její zdravotní stav, kdy je rovněž standardně kladena otázka na užívání drog. Organizace nepožaduje test na přítomnost drogy v organismu. Každá klientka či klient jsou však podrobně seznámeni s tím, že užívání drog během poskytování pobytové služby je jedním z důvodů, pro který může být s klientem či klientkou rozvázána smlouva o poskytování pobytové služby. Podle sdělení sociálních pracovníc však většina klientek ihned při prvním rozhovoru svoji drogovou „kariéru“ zmínila.

Zkušenosti sociálních pracovníc ukazují, že pokud klientka hovoří o dlouhodobém užívání drogy či sama upozorní např. na hrozící abstinenční příznaky, je jí častěji nabízena jiná alternativa než ubytování v utajeném bytě organizace. Ubytování v utajeném bytě může být také podmíněno spoluprací se specializovanou institucí/organizací. Charakter klientely a zejména poskytování pobytových služeb v jednom z utajených azylových bytů, kde není celodenní služba a je obýván vždy několika klientkami (či klienty), totiž neumožňuje z mnoha důvodů ubytování aktivní uživatelky nelegální drogy.

Podle zkušeností organizace klientka nejčastěji využije nabídku hrazení komerční ubytovny a dalších služeb, na kterých se dohodne se sociální pracovnící. Druhou využívanou variantou je zprostředkování služeb subjektu specializovaného na problematiku závislostí a spolupráce a podpora sociální pracovníce v oblasti zakázek, které se týkají řešení následků vykořisťování či obchodování. Zejména spolupráci s detoxem se však ženy s odkazem na své předchozí špatné zkušenosti brání.

SPOLUPRÁCE SE SPECIALIZOVANÝMI SUBJEKTY POSKYTUJÍCÍMI SLUŽBY V OBLASTI DROGOVÉ PROBLEMATIKY

Klíčovým faktorem pro poskytování sociálních služeb obchodovaným a vykořisťovaným osobám je z mnoha ohledů spolupráce. To platí i tehdy, kdy je klientkou organizace osoba, která užívala/užívá drogy. Specializovanými subjekty jsou v tomto textu převážně myšleny organizace a instituce, které poskytují zdravotní či sociální služby osobám, které jsou závislé.

Z pohledu sociálních pracovníc je při spolupráci s klientkou, která má potíže s drogu, důležitá (sebe)motivace k řešení obtížné situace s důrazem na užívání drogy. Aktuální drogová závislost totiž mnohdy komplikuje či znemožňuje řešení dalších problémů. Spolupráce s klientelou, která aktivně užívá či v nedávné minulosti užívala drogy, zahrnuje proto většínou kromě běžných zakázek také zprostředkování specializované služby.

Svoji profesionální roli v těchto případech sociální pracovnice viděly kromě přímé práce s klientkou také v předávání informací o specifikách obchodování s lidmi případným spolupracujícím organizacím/institucím s důrazem na prevenci sekundární viktimizace a na bezpečnost.

Klientky organizace La Strada Česká republika využily z nabídky specializovaných organizací zejména detoxifikační jednotku Bohnice, terapeutické komunity, poradnu Drop In, Denní stacionář SANANIM a hepatologickou poradnu.

Za příklady dobré praxe, kdy se spolupráce mezi klientkou, organizací La Strada a dalším subjektem rozvíjela užitečným směrem, byla označena velká ochota ze strany pracovníků a pracovnic některých specializovaných organizací vzít v úvahu specifika, která se vážou k problémům obchodovaných a vykořisťovaných osob. Jako důležité bylo vnímáno také dobré vyjednání rolí mezi sociální pracovníci organizace La Strada Česká republika a personálem specializovaného subjektu s ohledem na přání a potřeby klientky, a to zejména v oblasti předávání informací, možnosti komunikovat s klientkou v době jejího umístění v pobytovém zařízení a poskytování specializovaných služeb. Sociální pracovnice oceňovaly zejména neviktimizující přístup specializovaných subjektů a ochotu zohlednit bezpečnostní rizika klientky. Jako přínosné hodnotily také vzájemné vzdělávání personálu obou spolupracujících organizací.

Sociální pracovnice také v diskusi identifikovaly problémy, se kterými se v praxi poskytování sociální služby musely vyrovnat.

Jednalo se jak o konkrétní případy nefungující komunikace či nepochopení ze strany spolupracujících subjektů, tak o problémy, které mohou vznikat s ohledem na specifikum problematiky obchodování s lidmi a vykořisťování. Sociální pracovnice zmiňovaly např. možná bezpečnostní rizika skupinové psychoterapie, velmi obtížnou situaci klientek, kterou způsobovala kombinace problémů způsobených obchodováním s lidmi (traumata, ekonomická situace, bezpečnostní ohrožení, zdravotní problémy) a problémů, které přináší užívání drogy. Za faktor, který znesnadňoval motivaci některých klientek využít specializované služby, označovaly sociální pracovnice zpravidla špatné zkušenosti klientek s obdobným subjektem (zejména s detoxem) v minulosti. Sociální pracovnice také reflektovaly vlastní předsudky a stereotypy či mýty, které se pojí s užíváním drog a které nepříznivě vstupovaly do procesu poskytování služby ze strany organizace La Strada Česká republika.

BUDEME STAČIT?

Rozvoj sociálních služeb, efektivní prevence a intervence by měly stát vždy na dobré znalosti situace v terénu a potřeb osob, ke kterým mají programy směřovat. Informace, výzkumy či odborné stati týkající se problematiky obchodování s lidmi a užívání drog v České republice, ale i v zahraničí chybí. Podle signálů, které je možné zachytit mezi skupinami, kde je vysoká zranitelnost s ohledem na obchod s lidmi a vykořisťování, a podle zkušeností pomáhajících organizací lze předpokládat, že toto téma bude nabývat na významu.

Například z informací od organizací, které poskytují služby osobám nabízejícím placený sex, či z informací od policie vyplývá, že v některých regionech je mezi ženami vysoké procento

těch, které užívají drogy. U pouliční prostituce se odhady pohybují v některých případech až okolo 90 %. I když rozhodně nelze položit rovnítko mezi práci v sexbyznysu a obchodování s lidmi, je oblast sexbyznysu stále prostředím, v němž se nacházejí osoby, které tyto služby poskytují nedobrovolně či jsou zde obchodovány. Závislost na drogách může být také jedním z faktorů, který jim znesnadňuje vykořisťující prostředí opustit.

Obchodem s lidmi jsou ohroženy také osoby, které migrují do ČR či do zahraničí za práci. Organizace, které poskytují služby migrantům a migrantkám, hovoří také o tom, že problematika užívání drog vstupuje do jejich praxe stále častěji. Je tedy možné, že mezi lidmi, kteří jsou v České republice obchodováni či vykořisťováni, se budou objevovat ti, kteří čelí problémům závislosti.

Je proto nutné položit si otázku, jaká je budoucnost poskytování sociálních služeb osobám, které prožily obchod s lidmi či vykořisťování a jsou závislé. Jsou služby, které jim nabízí organizace La Strada Česká republika pro ně vhodné, odpovídají jejich potřebám? Mají organizace, které pracují s uživatelkami a uživateli drog, dostatek kapacit poskytnout služby cizinci nebo cizince, kteří byli do České republiky obchodováni a nehovoří česky? Mohou terénní sociální služby pro lidi, kteří užívají drogy, identifikovat obchodované osoby? Jak by měla vypadat prevence? Je dostatečně rozvinutá a navázaná spolupráce mezi specializovanými pracovišti? Díky organizátorkám konference Ženy a drogy bylo možné otevřít toto téma k diskusi. V budoucnu však bude nutné na tyto a mnoho dalších otázek hledat odpovědi.

Mgr. Petra Kutálková

V organizaci La Strada Česká republika, o. p. s., pracuje od roku 2002; v současné době jako zástupkyně ředitelky. Od dob studia oboru Sociální práce na FF UK v Praze i po jeho absolvování se věnuje teorii i praxi sociální práce s marginalizovanými skupinami. Dlouhodobě se zabývá také možnostmi a limity veřejné politiky s ohledem na předcházení sociálnímu vyloučení u ohrožených skupin osob a genderovou problematikou.

La Strada Česká republika, o. p. s.

P. O. Box 305

111 21 Praha 1

tel: 222 721 810 (kancelář), info/SOS: 222 71 71 71

e-mail: lastrada@strada.cz

www.strada.cz

Prevence specifických vývojových poruch u dětí, jejichž matky užívaly v těhotenství návykové látky

Simona Sedláčková

Tento projekt vychází z činnosti Centra pro rodinu nazvané *Integrace rodiny* (dříve *Resocializace matek užívající psychotropní látky*). Centrum pro rodinu je jeden z programů Střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o. p. s., k dalším patří Nízkoprahové středisko, Streetwork, Centrum metadonové substituce a Centrum následné péče.

Projekt *Integrace rodiny* pracuje s rodiči užívajícími návykové látky, a to zejména se ženami, které je užívaly v těhotenství. Funguje od r. 2000 a eviduje 334 klientů. Úspěšnost projektu dosahuje 60 procent. Za měřítko úspěšnosti se považuje fungování rodiny, abstinence rodičů a péče o dítě, a tedy možnost ponechat dítě v péči rodičů, zejména matek. Ze statistiky vyplývá, že v letech 2000-2008 bylo celkem 70 dětí ponecháno ve vlastní péči rodičů, které se podařilo integrovat.

Program nabízí poradenské služby a dále strukturovaný program, kterým od r. 2000 prošlo 178 matek, z nichž 128 matek se podařilo stabilizovat. Ostatní přešly do Terapeutické komunity Karlov SANANIM nebo do jiných zařízení; 12 žen zrelapsovalo a svou situaci nemá vyřešenou.

SLUNEČNICOVÁ ZAHRA DA

Jde o nový projekt Centra pro rodinu, jehož pilotní fáze byla zahájena v r. 2007/2008 ve spolupráci s Nadací O₂ a Nadací Terezy Maxové; garantem programu je PhDr. Ivan Douda.

V týmu pracují speciální pedagog, zdravotní sestra s vysokoškolským vzděláním, speciální pedagog – psycholog a externí odborníci. Kromě vzdělání v psychoterapii požadujeme znalost bodytherapie a speciálních masáží; tyto metody byly zvoleny s ohledem na jejich účinnost vzhledem k tomu, že některé terapeutické postupy při práci s tělem mohou být efektivnější než mluvené slovo.

Základním cílem projektu je jednak zjistit účinek návykových látek užívaných v těhotenství na vývoj dítěte, jednak co nejvíce snížit důsledky užívání drog v těhotenství či jim předjít. Při práci s konkrétní skupinou dětí, o kterých víme, že jejich matky mají v anamnéze

užívání návykových látek v těhotenství, používáme různé metody (monitoring, analýza, rozhovor a metody terapeutické).

Pro realizaci projektu bylo výhodné navázat na již vytvořené kontakty s rodiči z programu *Integrace rodiny*. Ve spolupráci s pediatry byly vyhodnoceny zprávy a nálezy z doby po narození dítěte. Důraz byl kladen na analýzu neurologických vyšetření, přičemž v 90 % byla u dětí zjištěna hypertonie (zvýšené napětí svalového tonu). Další součástí byl monitoring těchto kontrolních vyšetření:

- audiologické vyšetření
- oftalmologické vyšetření
- interní vyšetření (komplexní dětská prohlídka)
- spolupráce s odborníky na výživu
- prevence obezity

Cílem práce je sběr dat zejména ze zdravotnické dokumentace dětí, jejichž matky užívaly návykové látky v těhotenství, posléze realizovat navržené terapeutické metody, které jsou s ohledem na věk zaměřeny převážně na práci s tělem (rehabilitační metody).

Pokud jde o metody působící na neuromotorickou složku, jsou neefektivnější u dětí od šesti týdnů do tří let věku. V současné době pracujeme se 70 dětmi, mezi nimiž jsou však i děti starší tří let, a to z důvodů zmapování cílové skupiny. Činnost centra spočívá v dobré komunikaci s matkami, kterou usnadňuje to, že matka i dítě terapeutický tým dobře znají. Pracovníci projektu jim pomáhají při jednotlivých cvičeních a také kontrolují soustavnost matčiny péče. Program je realizován v příjemném prostředí Centra pro rodinu.

Výhodou projektu je to, že má komplexní informace z období po narození dítěte. Matky-uživatelky, respektive bývalé uživatelky, často pediatrům o své drogové anamnéze v těhotenství nesdělují úplné informace, zejména pokud jde o pediatra, kterého mohou změnit. V rámci spolupráce s rodiči, především s matkami, je možné jim podrobně vysvětlit, v čem bude program pro dítě prospěšný. Jedná se o dobrovolnou spolupráci, a proto je nezbytné zajistit od matky nebo zákonného zástupce souhlas se založením a vedením dokumentace dítěte.

Na základě osobních kontaktů je zajištěn etický přístup specialistů a rehabilitačních pracovníků (nementorují a nepřipomínají, co vše matka udělala nebo neudělala, apod.), a proto se práce v konstruktivní a vstřícné atmosféře dobře daří. Spolupráce matek je ve většině případů dobrá. V souvislosti s předchozími zkušenostmi s drogami a s ohledem na nutnost upevnění řady postojů mohou mít matky sklony k laxnosti, a je tedy nutné jejich spolupráci (např. cvičení s dítětem) monitorovat a případně jim poradit. Klientky dostávají informace o programu již v rámci terapeutické skupiny, kde se dozví, v čem spočívá výhoda cvičení s dětmi a co obnáší další spolupráce s lékaři.

PŘEDPOKLÁDANÁ EFEKTIVITA

- zapojení jednotlivých svalových skupin
- ovlivnění a aktivizace neuromotorického systému
- ovlivnění činnosti mozkových hemisfér
- možnost snížení výskytu poruch učení a chování apod.

U dětí starších tří let je doporučeno komplexní vyšetření pediatrem, neurologem a dalšími specialisty a dle doporučení jim jsou navržena pohybová cvičení (držení těla, ortopedické vady atd.). Po uplynutí tří let věku dítěte jsou výše uvedené terapeutické rehabilitační metody bohužel méně efektivní. Rovněž je důležité se zaměřit u sledované cílové skupiny na prevenci obezity.

Průběžně bude dále dle reálných možností sledován motorický a psychický vývoj dětí. Je známo, že zhruba 99 % matek zařazených do projektu užívalo v těhotenství návykové látky. Z pohledu psychoterapie lze využít i těchto faktů při práci s nimi na jejich pocitech viny. Většina našich klientek trpí pocity viny za svou drogovou minulost. Zde se mohou těžce reálně podílet na optimálním vývoji svých dětí. V současné době nelze vyhodnotit poškození způsobené drogami. Srovnávací studie nebyla zatím provedena v širší míře, některé děti jsou sledovány na Klinice dětského a dorostového lékařství VFN v Praze. Vzhledem k tomu, že zatím není provázána spolupráce s pracovišti drogových služeb, evidují zde pouze děti, které se k nim dostanou na základě primárního onemocnění.

Jde však především o věkovou skupinu 0–8 let, kde zejména novorozenci a batolata nedokážou vyjádřit, co je tíží, popsat napětí, úzkosti a diskomfort. Z tohoto důvodu jsou často zjištěny např. poruchy sluchu či jemné motoriky až ve školním věku, což je doba, kdy už zmíněné metody nemusí být dostatečně efektivní. Do 3 let věku je nejlépejší příležitost práce s neuromotorickou svalovou skupinou. Ideální doba pro aplikaci Vojtovy metody je do 3 měsíců věku dítěte, ale využití indikace této metody lze do 9 měsíců, eventuálně do 3 let věku dítěte. Později v období školního věku se dá využít forem EEG Biofeedback. V projektu jsou využívány další běžné metody jako:

- odborné sociální poradenství
- poradenství pro rodiče
- spolupráce s projektem *Integrace rodiny*
- práce s rodiči
- psychologické poradenství a terapie
- rodinná terapie

Výstupy o účincích návykových látek v těhotenství budou získávány díky realizaci tohoto projektu, ale pro důkladnou evaluaci je nezbytné rozšířit spolupráci dalších zařízení, které pracují s cílovou skupinou matek užívajících návykové látky. Tým Centra pro rodinu shledává jako nejužitečnější své působení zejména také v přímé práci s klientkami. Je kladen důraz na důslednost spolupráce matek s lékaři. V této fázi jsme rodičům nápomocni podpořit jejich péči, která povede alespoň ke snížení rozsahu vývojových poruch, nebo dokonce k jejich odstranění.

Bc. Simona Sedláčková

Absolvovala bakalářské studium speciální pedagogiky a psychologie na Univerzitě J. A. Komenského a v současnosti pokračuje v magisterském studiu. Od r. 1998 pracuje v Drop In, o. p. s., od r. 2000 zde vede program Centra pro rodinu, jehož práce se zaměřuje na matky-uživatelky drog. Před tím pracovala jako sestra-specialistka v rehabilitačních programech. Má výcvik v psychoanalýze, bodyterapii, neverbálních technikách, relaxační a reflexní masáži, v systematické psychoterapii aj.

Přípotoční 3

101 00 Praha 10

tel.: 271 721 040, 603 291 593

e-mail: cpr@dropin.cz

www.dropin.cz

2. oddíl Medicínský pohled

Drogově závislé matky, jejich charakteristika a jejich děti

Jaroslava Lukešová

Dětské centrum poskytuje komplexní odbornou, zdravotní, výchovnou a psychologickou péči, sociální poradenství a krizovou intervenci dětem ohroženým prostředím (drogy /NAS/, fetální alkoholový syndrom /FAS/, fetální alkoholový efekt /FAE/, syndrom týraného dítěte aj.), dětem s různým typem postižení a také matkám kojícím, těhotným nebo nezletilým, které se akutně nacházejí v těžké situaci, nebo matkám, které jsou závislé na návykových látkách a jsou motivovány k léčbě.

Dětské centrum má k dispozici dvanáct rodinných buněk, jednu garsoniéru, dva zácvikové byty, dvě standardní oddělení, 25 lůžek okamžité pomoci a malou mateřskou školkou pro deset dětí. Celková kapacita centra je 140 lůžek.

Indikace k přijetí do Dětského centra jsou zdravotní, sociální a zdravotně sociální. Pobyt může být buď na základě soudního rozhodnutí, nebo dobrovolný.

Dětem poskytujeme péči podle individuálních programů, s úspěchem využíváme doplňkové programy, jako je muzikoterapie, hipoterapie, terapie loutkou, canisterapie a plavání.

Rodinám a dětem, gravidním ženám, kojícím matkám, které se ocitly akutně v tíživé situaci, umožňujeme krátkodobý azyl a podpůrnou péči. Azylový pobyt před porodem nabízíme matkám, které chtějí své těhotenství utajit a uvažují o souhlasu s adopcí dítěte. Matkám nezkoušeným, simplexním nebo handicapovaným můžeme pomoci zacvičit se v péči o dítě. Tento zácvik nabízíme též adoptivním rodičům či pěstounům. Během pobytu pracujeme s klienty formou individuální nebo skupinové terapie.

Specifickou skupinou v Dětském centru jsou těhotné drogově závislé ženy a matky. První dítě, u kterého byla jasně potvrzena droga, jsme přijali v roce 1995. V současné době má v rodinné a osobní anamnéze drogy 30 až 50 % přijímaných dětí. U 15 až 20 % se projeví neonatálním abstinčním syndromem (NAS, poprvé popsán v roce 1959). Podle naší zkušenosti se drogy týkají všech sociálních vrstev; řada matek by zvládla vystudovat střední školu, některé i vysokou.

Proč tyto matky selhaly?

- selhání biologické matčiny rodiny (nezájem rodičů, rodiny, patologický vzorec biologické rodiny)
- odchod jednoho z rodičů, především ve věku dítěte 10–14 let (rozchod, rozvod, úmrtí)
- hyperprotektivní výchova rodičů
- nevládnutí rodičovství

Hlavním cílem naším i všech spolupracujících institucí je pokus o sanaci. Úspěch lze předpokládat v situaci, je-li zaručen primární kontakt matky a dítěte, dítě je u matky na prvním místě, teprve poté následuje partner (otec dítěte). Je vždy dobře, má-li klientka širší rodinné zázemí a členové rodiny jsou připraveni do sanace vstoupit. Nemělo by jít o živelné rozhodnutí. Úspěch lze očekávat u matek, které jsou schopné komunikace, spolupracují, dokážou plnit výchovná doporučení a jsou schopné sebereflexe.

Pokud matka v primárním kontaktu upřednostňuje partnera před dítětem, jeví se sanace nejistá. Výsledek je nejistý také tehdy, jestliže matka nemá podporu rodiny, není schopna otevřené komunikace a sebereflexe, nerespektuje jakákoli pravidla a doporučení, odmítá spolupráci a nemá zajištěné materiální zázemí.

Problém dětí drogově závislých rodičů může být krátkodobý (průběh poporodní adaptace může být bez obtíží až po těžký NAS, včetně křečí). Hovoří se však také o vlivu dlouhodobém, který se může projevovat jako hyperaktivita, nesoustředěnost, dráždivost, poruchy řeči, pomalejší tempo, ADHD. V rámci našeho pilotního programu sledujeme aktuální psychomotorický vývoj, maturaci CNS a zdravotní rizika. U dětí s odstupem času hodnotíme zdravotní stav, psychomotorický vývoj, zařazení do školního procesu, zachycujeme a analyzujeme další poruchy, které se postupně objeví. Výše popsaná rizika jsme zatím v našem souboru významněji nezaznamenali.

Ze čtrnáctileté zkušenosti Dětského centra vyplývá, že odolnost, respektive tolerance k droze je u těhotné ženy i plodu individuální. Klinické projevy u novorozenců a malých kojenců, včetně následného psychomotorického vývoje, nemusejí odpovídat délce doby, kdy matka drogy užívala. Na rozdíl od uživatelů drog u nich nepozorujeme lineární závislost. Děti drogově závislých rodičů vykazují významně lepší dlouhodobou prognózu než děti rodičů alkoholiků. Stejně zkušenosti popisují ve svých studiích Německo a Kanada. Nelze však zpochybnit, že drogy představují zdravotní a sociální riziko. Špatná prognóza je u dětí žijících v negativním rodinném prostředí se všemi následky zdravotními, sociálními a psychosomatickými. Další faktor, který ovlivňuje vývoj dítěte, je také genetická výbava rodičů (shodné s problematikou alkoholismu), včetně jejich mentálního potenciálu.

Ve snaze pomoci uživatelkám drog a jejich dětem s návratem do normálního života spolupracujeme dlouhodobě s institucemi, včetně nestátních, které se této problematice věnují.

Projekt je určen především motivovaným gravidním ženám, matkám a jejich dětem, které jsou ohrožené závislostí. Základní myšlenkou projektu je poskytnout jim akutní následnou péči. Zajistit dítěti a matce klidné prožití prenatálního a postnatálního období a období šestinedělí, včetně adekvátní péče o dítě i matku z pohledu komplexní péče. Cílem je především sanace prostředí, v němž matka žije, její integrace společně s dítětem do společnosti s podmínkou trvalé abstinence. Chceme, aby matka během pobytu získala dovednosti v péči o dítě a naučila se nést za sebe i za něj odpovědnost. Klademe důraz na podpůrné vedení a práci s rodiči tak, aby dosáhli zvýšení svých rodičovských kompetencí.

Program zahrnuje diagnostický, zúčvkový a terapeutický program (individuální nebo skupinový) pro závislé matky, zdravotní péči pro matky a jejich děti. Dále zajišťujeme prevenci, kurativu a poradenství pro závislé matky (v ústavním programu) a jejich děti, sociální poradenství, krizovou intervenci, bezplatnou nonstop linku, služby dobrovolníků.

Matky přicházejí do dětského centra ze tří důvodů:

1. Matka je evidovaná v kontaktním centru ještě před graviditou nebo porodem.
2. Evidence neexistuje, problém drog je zjištěn až na gynekologicko-porodnickém oddělení (pozitivní OA matky, průběh porodu, NAS aj.).
3. Důvodem přijetí není droga, ale jiná diagnóza (dítě ohrožené prostředím, opakované hospitalizace dítěte, nezáměr o dítě v nemocnici, alkohol v rodině, dlouhodobé zanedbávání, úraz či opakované úrazy dítěte, trestná činnost rodičů aj.).

Podmínky spolupráce Dětského centra s matkou (rodiči) mají pevný řád a jsou závislé na způsobu léčby a komunikaci, motivaci a vůli rodičů; zde především v první řadě na spolupráci s matkou. Matka souhlasí s přijetím do Dětského centra společně s dítětem a jsou doporučeni k přijetí. Část těchto dětí je zde umístěna na základě soudního rozhodnutí. Domníváme se společně s odborníky (např. z o. s. SANANIM), že pro matku je soudní rozhodnutí velmi významným motivačním a výchovným prvkem. Dobrovolný pobyt je také možný, ale musí zde být již velmi zodpovědný, kvalitní přístup matky k rodičovství. Pokud matka nesouhlasí se svým pobytem nebo není doporučena AT zařízením, je téměř vždy dítě umístěno v Dětském centru na základě soudního rozhodnutí. Dětské centrum umožňuje matce být s dítětem v pravidelném kontaktu, přičemž přihlíží k časové náročnosti její terapie, kterou určuje protidrogové centrum (ambulantní léčba, stacionární léčba).

Pokud matka nespolupracuje ani tímto způsobem a je pro ni větší motivací partner než dítě, ztrácí o dítě zájem a zapomíná na něj, dítě většinou odchází do náhradní rodinné péče.

Podmínky přijetí matky s dítětem do Dětského centra jsou přesně definovány a participuje na nich OSPOD, kontaktní osoba protidrogového centra, Dětské centrum a dále dle potřeby gynekologicko-porodnické oddělení, pediatr, praktický lékař aj.

Pokud matka chce být přijata spolu s dítětem, musí splnit následující podmínky: abstinovat, projít detoxifikací, nastoupit do některé formy terapie drogově závislých, získat doporučení kontaktní osoby, gynekologicko-porodnického oddělení, OSPODu. Je žádoucí, aby všichni společně ve snaze klientce pomoci vytvořili pro ni a její dítě individuální program sanace, který ji vyvede z bludného kruhu závislosti.

U matek provádíme během pobytu náhodné odběry, hlavně po opakovaných propustkách mimo zařízení (bez dítěte). Jeden pozitivní nález oddaluje termín propuštění a případný následný přechod do terapeutické komunity. Opakovaný pozitivní nález vylučuje klientku z programu. Tato situace se řeší okamžitě a všichni, kdo na případu spolupracují, jsou o ni informováni. Matku propouštíme, dítě zůstává. Jeho další osud je matčiných v rukou a závisí na její vůli začít znovu.

Pobyt v Dětském centru je bezplatný, včetně stravy. Matka si hradí pouze hygienické potřeby pro sebe a dítě. Pokud splnila všechny podmínky pobytu, odchází většinou do terapeutické komunity s dítětem, ve výjimečných případech do domácí péče.

Pokud je dítě v Dětském centru umístěno bez soudního rozhodnutí, je do terapeutické komunity s matkou propuštěno. Jestliže je zde umístěno na základě soudního rozhodnutí, odchází do terapeutické komunity na propustku s naším souhlasem a se souhlasem OSPODu. Propustka musí být časově omezená a pravidelně jednou za 14 dní prodlužována. Dětské centrum musí mít od praktického lékaře pro děti a dorost pravidelnou informaci o zdravotním stavu dítěte a musí znát prostředí terapeutické komunity.

V současné době má 50% dětí umístěných v Dětském centru potvrzenou pozitivní anamnézu návykových látek u rodičů. Klinické příznaky jsou u dětí poměrně nespecifické, část jich prožívá neonatální abstinenci syndrom na novorozeneckém oddělení. Děti s tímto syndromem přicházejí do centra až za 2 až 3 týdny po narození. K nejčastějším projevům u dětí v Dětském centru po přijetí z novorozeneckého oddělení patří: dráždivost, třes (hrubý, jemný), hypertonie, neklid přetrvávající až 3 až 6 měsíců, vysoce laděný pláč, problémy s tolerancí stravy, méně často tachypnoe, náhlé poruchy dýchání. Terapie neonatálního abstinenci syndromu je u všech návykových látek podobná. Hovoříme o tzv. „komfortu novorozence, kojence“: ticho, klid, pološero, pevné balení, poloha v závěsu, dudlík a v krajním případě monitoring vitálních funkcí a parametrů vnitřního prostředí. Ošetřující osoba musí dítěti věnovat zvýšenou péči. Farmakoterapie je indikována na novorozeneckém oddělení a má standardní pravidla. Růstová retardace, kterou jsou děti ohroženy v důsledku kontinuální hypoxie v průběhu gravidity, je většinou kompenzována koncem prvního roku věku dítěte.

Drogově závislé rodiče ohrožuje mimo jiné řada infekčních chorob, které představují i riziko pro jejich nenarozené děti. Jsou to především virové hepatitidy, lues, HIV. Největší problém z pohledu Dětského centra jsou matčiny infekce, které je možné přenést na plod nebo na již narozené dítě. Hrají také zásadní roli při rozhodování náhradních rodičů, zda dítě s těmito riziky přijmou. Vlastní rodina, až na výjimky, přijímá dítě bez výhrad.

V praxi se setkáváme s řadou zdravotně-etických problémů, především v souvislosti s hepatitidou C, a to nejenom u laické, ale i odborné veřejnosti. Nejčastější otázky a obavy veřejnosti týkající se této hepatitidy u našich malých kojenců jsou: *vznik cirhózy jater nebo hepatomu za dvacet let, je-li hepatitida typu C potvrzena; kontroly do tří let věku u dětí, které mají pozitivitu protilátek proti HCV; možnosti přenosu, hlavně mikrotraumaty, slinami; chování v širší rodině; malá zkušenost s dětskou klientelou; obavy a mýty o nutnosti izolace dítěte; rukavicový režim atd.* Podobné otázky se objevují i tehdy, má-li matka některou pohlavní chorobu nebo HIV. Je nutné problematiku podrobně rozebrat, poukázat na rizika, ale i na zavádějící interpretaci. Je také potřeba vyloučit hysterii, a pokud to je alespoň částečně možné, nejistotu budoucích rodičů.

prim. MUDr. Jaroslava Lukešová

Absolvovala Fakultu dětského lékařství UK v Praze a má atestaci I. a II. stupně v oboru pediatrie. V r. 1983 nastoupila do Dětského centra, od r. 1991 pracuje jako primárka a ředitelka centra. Externě spolupracuje s 1., 2. a 3. LF UK v Praze, je lektorkou přípravných kurzů pro osvojitele a pěstouny. V postgraduálním vzdělávání se podílí na školení zdravotníků, sociálních pracovníků a jiných profesí, které pracují s ohroženým dítětem.

**Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií
při Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze**

Sulická 120

140 00 Praha 4-Krč

tel.: 241 715 252

e-mail: kojenecky.ustav@ftn.cz

www.ftn.cz

Novorozenec drogově závislé matky

Martin Čihař

DEFINICE

Dítě matky užívající návykové látky, které mohou potenciálně vyvolat abstinenční syndrom u novorozence

IDAM – infant of drug-abusing mother

NAS – neonatal narcotic abstinence syndrome

LÁTKY NEJČASTĚJI ZPŮSOBUJÍCÍ NAS

Skupina psychotropních látek, kam patří opiáty (heroin, morfin, kodein), opioidy (metadon, dolsin, fentanyl, pentazocin), alkohol, toluen a nikotin způsobují po porodu u novorozence vznik novorozeneckého abstinenčního syndromu (NAS). Část psychotropních látek působí na plod a novorozence jako strukturální a behaviorální teratogeny (kokain, alkohol, toluen, benzodiazepiny), amfetaminy (pervitin), metamfetaminy (extáze).

- **Incidence** neznámá, v USA 5–10 % (mimo alkohol)
- **Patofyziologie** – nízkomolekulární ve vodě rozpustné lipofilní látky. Jejich vlastnosti umožňují transport přes placentu a akumulaci v plodu a amniální tekutině. Tyto látky se většinou váží na buněčné membrány a receptory CNS. Mohou přímo ovlivňovat činnost buněk, případně jejich vývoj.

RIZIKOVÉ FAKTORY

- sociální a ekonomické podmínky
- vzdělání
- prenatální péče
- teenage

KOMPLIKACE

- infekční choroby (hepatitidy, pohlavní choroby, HIV)
- špatná výživa
- anémie
- možnost zneužívání více drog

PORODNICKÉ KOMPLIKACE

- předčasný porod
- IUGR
- chorioamnionitis
- porodní asfyxie
- kokain – přímý vasokonstrikční efekt (hypertenze, abrupce placenty, arytmie, srdeční selhání)

JEDNÁNÍ S RODIČKOU

- nekriminalizovat
- maximální vstřícnost a komunikace
- umožnit konzumaci drogy (toto je sporné, jde o právní problém)
- sociální pomoc

VYŠETŘENÍ

MOČ U MATKY ČI DÍTĚTE

Kvalita vyšetření kolísá dle laboratoře – screeningový panel (immunoassay). Panel obsahuje opiáty a jejich deriváty (heroin, kodein, morfin, metadon), metabolity kokainu, kanabinoidy, benzodiazepiny a barbituráty.

Vyšetření je jednoduché, neinvazivní. Má své limity (*falešně negativní* – u většiny drog reflektuje jen podání v posledních 5 dnech; *falešně pozitivní* – mák; kodein (jako součást analgetik, v 10 % metabolizuje na morfin); léky jako např. Raniditin (reagují jako amfetaminy); vysoké koncentrace nikotinu (mohou reagovat jako morfin).

PRŮKAZ DLOUHODOBÉHO ČI DŘÍVĚJŠÍHO UŽÍVÁNÍ DROG

- mekonium (reflektuje II. a III. trimestr); vyšetření je drahé, ale podstatně spolehlivější

PŘÍZNAKY U NOVOROZENCE

Projevy NAS (v 60–90 %):

- centrální nervový systém (zvýšená dráždivost, nespavost, pláč, nadměrné sání, kýčání, zívání, třesy končetin, hypertonus, křeče)
- gastrointestinální poruchy (špatné pití, nekoordinace sání a polykání, zvracení, vodnaté stolice, dehydratace)
- poruchy autonomního systému (nadměrné pocení, teplotní nestabilita, horečka, plný nos, tachypnoe)

Počátek a intenzita příznaků závisí na druhu drogy, dávce a době od posledního podání. Zatímco u heroínu nastupuje NAS během 48 hod. po porodu a relativně rychle odezní, u substitučních léků (vzhledem k jejich dlouhému poločasu rozpadu) se projeví později, trvá déle a bývá více vyždřen; u metadonu cca za 48–72 hod., u subutexu do 7 dnů, někdy i déle (2 i více týdnů)

Intenzitu abstinenciho syndromu a nutnost léčby měříme pomocí skórovacího systému dle Finneganové každé 3 hodiny. Jestliže je celkový součet bodů vyšší než 7, je doporučeno zahájit léčbu.

LÉČBA NOVOROZENCE

TINCTURA OPII (NEBO TINCTURA PAREGORIC)

10 mg/ml se užívá v 25násobném ředění (0,4 mg/ml), počáteční dávka 0,1 ml nebo 2 kapky/kg každé 4 hodiny (zvyšovat po 2 kapkách na dávku do účinku). Ponechat 3–5 dnů a postupně snižovat dávku bez změny frekvence

FENOBARBITAL

15–20 mg/kg jednorázově sytící dávka, po 24 hodinách pokračovat v dávce 4–6 mg/kg a den ve dvou dávkách

KOMBINOVANÁ TERAPIE

Opiová tinktura v kombinaci s fenobarbitalem (Coyle et al 2002) redukuje délku hospitalizace o 48 %

REŽIM NOVOROZENCE

Klidné prostředí, šero, balit, hýčkat, chovat, uspávat, krmit ad libidum

KOJENÍ

Opatrnost; u většiny drog je popsána možnost intoxikace plodu mateřským mlékem. U nízkých dávek metadonu kojení možné, při přerušení kojení je možný vznik abstinčních příznaků.

POZNÁMKA:

ALKOHOL

Jde o nejčastější drogu u těhotných. Etanol přechází přes placentu a při tom poškozují její funkci. Riziko pro plod závisí na dávce, je vysoce individuální a není definována bezpečná dávka. U alkoholických je riziko FAS (fetální alkoholový syndrom) v 35–40 %. Mimo FAS jsou i malé dávky alkoholu spojeny se zvýšeným rizikem vrozených anomálií a sníženého intelektu.

Alkohol je dnes nejčastější příčinou kongenitální mentální retardace.

prim. MUDr. Martin Čihař

Vystudoval Fakultu dětského lékařství UK v Praze, má atestaci z neonatologie a atestaci z pediatrie I. stupně. Od r. 2006 je primářem Neonatologického oddělení Fakultní nemocnice Na Bulovce v Praze. Předtím působil mimo jiné na novorozeneckých odděleních FN Motol a VFN Praha 2, absolvoval odborné stáže a pobyty v USA aj. Kromě toho je místopředsedou České neonatologické společnosti ČLS JEP, šéfredaktorem Neonatologických listů, stojí v čele Koordinačního centra pro imunoprophylaxi RSV a je členem České lékařské komory.

Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice Na Bulovce

Budínova 2
180 81 Praha 8
tel.: 266 083 241
e-mail: martin.cihar@fnb.cz
www.fnb.cz

Ženy na detoxu

Veronika Kotková

V užívání návykových látek a ve způsobu chování a řešení situací s drogou existují mezi ženami a muži rozdíly. Genderová problematika se objevuje také při detoxifikaci.

PŘÍJEM NA DETOX

K detoxifikaci přichází mnohem méně žen než mužů. Podle různých studií nastupují do léčby muži a ženy v poměru 4:1, přestože podle odhadů je v Evropě poměr problémových uživatelů drog 2:1. V ČR je situace lepší a poměr mužů a žen žádajících o léčbu je 2,5:1. Žadatelky o léčbu však přicházejí jen zřídka na doporučení kontaktních center či ambulantních specialistů.

Ženy závislost skrývají a často je do péče odborníka přivádějí jiné, zástupné problémy, o kterých hovoří otevřeně. Stěžují si například na psychické potíže, jako jsou deprese, úzkosti, nespavost, nebo je trápí různé tělesné příznaky. K detoxifikaci bývají překládány z jiných psychiatrických oddělení či z nemocnic, kde byl problém s užíváním návykové látky rozpoznán.

Společnost závislou ženu odsuzuje víc než muže – a to v souvislosti s její ženskou rolí ve společnosti. Žena-uživatelka návykových látek má problém s užíváním drog a zároveň zklamala ve své roli matky a ženy. Závislost se ženy často bojí přiznat, protože by jim mohly být odebrány z péče děti.

VZHLED

Uživatelka návykové látky přichází často vyhublá, je neudržovaná a zanedbaná. Záleží na délce užívání či recidivy. Na první pohled bývá viditelně unavená, má povadlou pleť. Devastace vzhledu je rychlejší u drog, u alkoholu se rozvíjí pomaleji a plíživě. Během detoxifikace si často ženy stěžují na oteklost, která je viditelná i objektivně. S průběhem detoxifikace se zevnějšek žen mění. Do léčby již často odcházejí upravené a nalíčené.

ANAMNÉZA

Podobnost v anamnézách lze sledovat u většiny závislých žen. Opakují se u nich podobné vzorce chování, které zažívaly ve své rodině. Často jako děti návykovou látku odsuzovaly, a přesto v pozdějším věku droze podléhají. Svůj podíl na závislosti má i dědičnost. Závislé ženy jsou často oběťmi psychického i fyzického násilí. Traumata z fyzického násilí, sexuálního a emočního zneužívání řeší užíváním návykové látky. Mají pocit nedostatku lásky v rodině, od partnerů či dětí. Chybí jim semknutost rodiny, pocit bezpečí.

Ženy-uživatelky bývají submisivní, bojí se říct svůj názor, chybí jim sebevědomí. Ženy závislé na alkoholu jsou na začátku užívání velmi obětavé, ale i využívané svým okolím. Uvědomují si pravděpodobně svoji méněcennost a bojí se reakcí okolí. Proto unikají k užívání drog, které je zřejmě od pocitů nesvobody částečně oprostují.

Uživatelky zaměňují lásku k partnerovi, dětem či rodičům za závislost na nich. Nejsou schopné žít samostatně, potřebují mít nad sebou autoritu a mít se o koho opřít. Ze změny mají strach.

U starších žen velmi často v anamnéze objevíme, že se nevyrovnaly s odchodem ze zaměstnání či s odchodem dospělých dětí z rodiny. U nich hovoříme o „syndromu opuštěného hnízda“.

Pocity bezvýchodnosti pak ženy častěji než muže vedou k autoagresivnímu chování. Uživatelky se pokoušejí o sebevraždu nebo se v rámci poruchy osobnosti sebepoškozují.

KRIMINÁLNÍ ANAMNÉZA

Pachatelkami trestných činů jsou ženy méně často než muži. Trestné činy souvisejí zejména s drogovou kariérou a ženy je páchají proto, že v důsledku užívání drog ztrácejí zábrany a soudnost, nebo proto, že potřebují peníze na uspokojení svého návyku. Domnívám se, že stejně jako u mužů se kriminalita u žen objevuje spíše v období dospívání a postupně tohoto chování zanechají. Ani během školní docházky se moc často nesetkáváme u žen se záškoláctvím a poruchami chování, pro které by byly kázeňsky trestány. Nebývají také drogovými dealery. Drogou si však častěji než muži opatřují prostitutky.

PRŮBĚH DETOXIFIKACE

Během detoxu jsou stejně jako u mužů přítomny u žen fyzické i psychické odvykácí příznaky. Odvykání doprovázejí často výčitky. Ženy si začínají přiznávat pravdu o své závislosti. Zároveň přichází rozčarování. Jejich situace se mění s odebráním návykové látky, díky které mohly unikat z reality. Objevuje se smutek, úzkost, strach, poruchy spánku. Často chtějí utéct za drogou – od reality a výčitek svědomí. Jejich chování pak je plně odporu, podepisují reverzy. Navíc mají ve svém okolí zrcadlo – vidí závislosti a odvykácí stavy jiných žen, vidí jejich chování a vlastně se dívají samy na sebe.

CHOVÁNÍ NA DETOXU

Oproti mužům jsou ženy zdrženlivější, úzkostnější i bázlivější. Muži se ke strachu a úzkosti neradi přiznávají a na detoxu jsou dominantnější a sebevědomí. Ženy se obtížně staví na vlastní nohy. Je pro ně typická starostlivost a pocit odpovědnosti za druhé. Mnohem méně než muži kritizují nedostatky v léčbě nebo neplnění režimu. Muži častěji řeší spravedlnost, pokud se cítí neprávem obviněni z porušení řádu.

Při odvykání je pro ženy důležitý i vzhled. Na pokoji se potkáme s neupravenou, úzkostnou a málo sebevědomou ženou, která se však při společných aktivitách s muži často objeví upravená a chová se společensky. Ženy chtějí víc navazovat kontakty a jsou vnímavější k potřebám ostatních.

KOMORBIDITA

U žen je vyšší výskyt deprese než u mužů, a to dvakrát, a víc si na depresivní prožitky stěžují. U mužů se spíš projeví impulzivní rysy osobnosti. I když je obecně u žen čtyřikrát častěji zmiňována histriónská porucha osobnosti, setkáváme se spíš s emočně nestabilními projevy osobnosti, s tendencemi k sebepoškozování. Většinou však nejde o klasické uživatelky drog, ale spíše o ženy užívající léky, případně s drogami experimentující.

Úzkostná porucha se somatickými příznaky a poruchy spánku s tendencí nadužívat anxiolytika či hypnotika je další velmi častou diagnózou. V souvislosti s typickou anamnézou ženy-uživatelky, která je fyzicky i psychicky týrána, diagnostikujeme také posttraumatickou stresovou poruchu.

Dalším závažným problémem jsou poruchy příjmu potravy. Souvisí se sebehodnocením v závislosti na vzhledu. Ženy pijí alkohol či berou drogy, aby byly hubené. Často se setkáváme s užíváním drog pro anorektický efekt. Uživatelky návykových látek bývají často také bulimičky. Jsou závislé na cyklu přejídání se a vyprazdňování. Rozvoj abúzu návykové látky může často nahradit bulimickou symptomatiku, která se objeví znovu v období abstinence. To pak může vést opět k recidivě abúzu.

Na detoxu u žen častěji zjišťujeme bolesti hlavy, migrény, ale i jiné psychosomatické příznaky. Častěji zneužívají analgetika.

Užívání návykových látek je spojeno také s poruchami menstruačního cyklu – může jít o nepravidelnost či amenorheu. Závislé ženy často neřeší ani své těhotenství. Sdělují, že jim problémy s menstruací nevadí. Nemají adekvátní informace o možných důsledcích.

ALKOHOL

V anamnéze je častější závislostí mužů, snad jako by mělo jít o stereotyp mužství – „kouřit a pít je mužské chování“. Velká část žen užívá alkohol společně s léky. Mezi mladistvými muži se přibližně pětkrát častěji projevují problémy s alkoholem než u mladistvých žen. Delirium

tremens jsem ve své praxi zaznamenala u žen jen ojediněle. Muži mají až třikrát větší sklon stát se těžkými alkoholiky než ženy. Na veřejnosti pijí víc než ženy. Tajné pití je typické pro ženy, které pijí o samotě. Ženy-manželky jsou k pití svých mužů tolerantnější, naopak to neplatí. Literatura udává, že přibližně 90 % manželek zůstává s manžely-alkoholiky, zatímco s manželkami-alkoholičkami jen 10 % manželů. U žen dochází k většímu tělesnému poškození než u mužů. Jsou náchylnější k poškození jater a dalším tělesným potížím, jako jsou hormonální deficity, riziko potratů, kardiomyopatie, poškození mozku, riziko rakoviny prsu, porušení metabolismu vápníku a vitamínu D. U žen se také dříve rozvíjejí alkoholové demence a psychózy. V souvislosti s alkoholem u nás zemře až 4 000 osob ročně, z toho na čtyři muže připadá jedna žena.

ŽENY NA DROGÁCH

Ženy, se kterými jsem se setkala ve své praxi, více zneužívají budivé aminy, zatímco opiáty jsou častěji užívány muži. Nejméně výrazný rozdíl mezi pohlavím je u užívání THC.

Ženě drogu nabídne spíš partner – přítel, nevlastní rodič, sourozenec nebo kamarád, kamarádka. Žena obvykle nemá ve zvyku zkoumat a zkoušet něco nového. Drogy užívají ženy také často jako „samoléčbu“, protože jsou psychicky labilnější.

Podle studie opouští závislého partnera jen jedna žena z deseti, zatímco devět mužů z deseti opustí drogově závislou partnerku.

ŽENY NA LÉCÍCH

Uživatelky léků mají v anamnéze obvykle týraní, zneužívání nebo udávají depresivní symptomatologii. Lékaři jim častěji než mužům předepisují léky, které jim způsobují iatrogenní závislost. Kombinací předepsovaného návykového léku na úzkost a nepriznaným užíváním alkoholu vzniká zkrřížená závislost.

ŽENY-MATKY, PARTNERKY

Závislé ženy mívají se svými dětmi jen minimální kontakt. Snad je to dáno jejich brzkým odloučením od dítěte. Podíl může mít i negativní zkušenost s vlastní matkou, negativní postoj okolí k drogově závislé matce či nedostačující zajištění sociálních potřeb. O to více ženy-uživatelky vyžadují kontakt se svým partnerem, který je často sám závislý nebo dealer drog.

Žena v léčbě závislosti se pohybuje mezi svými individuálními dispozicemi a tradičními vzory chování. Její dispozicí je nejen inteligence, ale i vrozené a získané vlastnosti, sociální dovednosti získané od rodičů, partnerů a příbuzných i vlastní pílí.

Zkoumáním genderové problematiky a kvalitnější nabídkou léčby pro ženy nabízíme závislé ženě více možností, jakou životní cestu si zvolí.

prim. MUDr. Veronika Kotková

Vystudovala 1. LF UK v Praze, má atestaci I. a II. stupně z psychiatrie a atestaci v oboru návykových nemocí. Pracovala jako lékařka na psychiatrickém oddělení Krajské nemocnice Liberec, později jako vedoucí lékařka Detoxu Liberec. Od r. 2008 působí v Psychiatrické léčebně Kosmonosy a je primářkou Detoxu K20 a Resocializačního a psychotherapeutického oddělení K20.

Resocializační a psychotherapeutické oddělení K20 a Detox K20

Psychiatrická léčebna Kosmonosy

Lípy 15

293 06 Kosmonosy

tel.: 326 715 718

www.plkosmonosy.cz

Virové hepatitidy

Zdenka Mandřáková

VIROVÁ HEPATITIDA A

- původce onemocnění: RNA virus – Picornaviridae
- nákaza fekálně-orální cestou
 - virus vylučován stolicí zejména v prodromální fázi onemocnění
 - parenterální přenos vzácný
- zdroj nákazy
 - kontakt s infikovanými osobami
 - pití kontaminované vody
 - požívání syrových či nedostatečně tepelně upravených plodů moře

VÝSKYT VHA VE SVĚTĚ

- Afrika, Indie, jihovýchodní Asie – 100procentní promořenost dětí do 5 let věku
- v rozvinutých zemích často onemocnění cestovatelů
- souvislost onemocnění s hygienickými podmínkami

KLINICKÝ PRŮBĚH VHA

- inkubační doba onemocnění 14–50 dnů
- v dětském věku často asymptomatický, anikterický průběh
- komplikace u starších osob
- v 5–20 % případů protrahovaný průběh s relapsy
- nepřechází do chronicity

DIAGNOSTIKA VIROVÉ HEPATITIDY A

- antiHAV IgM pozitivní
 - = průkaz akutní infekce
- antiHAV total poz.

- anamnestické protilátky
- při antiHAV IgM neg. známka prodělané infekce v minulosti
- protilátky jsou protektivní

TERAPIE AKUTNÍ VHA

- symptomatická
 - klidový režim
 - racionální strava
 - zákaz požívání alkoholu
 - hepatoprotektiva

PREVENCE ONEMOCNĚNÍ VHA

- očkování

VIROVÁ HEPATITIDA B

- původce onemocnění: DNA Hepadnavirus
- inkubační doba: 30–180 dnů
- přenos nákazy:
 - parenterálně krví – drogy, piercing, tetováž, akupunktura
 - tělesnými sekrety a tekutinami
 - sexuálním stykem
 - vertikálně z matky na dítě

VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ VHB VE SVĚTĚ

- 2 miliardy infikovaných osob
- 350 milionů chronických nosičů
- jihovýchodní Asie, centrální a jižní Afrika – 20 % obyvatel nosiči VHB
- severní Afrika, Blízký východ, Indie, Jižní Amerika, východní Evropa – 5 % chronických nosičů VHB
- původní obyvatelé Austrálie – 85 % chronických nosičů VHB

KLINICKÝ OBRAZ VIROVÉ HEPATITIDY B

- průběh **akutního** onemocnění: asymptomatický, anikterický, ikterický, fulminantní
- **komplikace** onemocnění: relaps, protražovaný průběh
- **následky** onemocnění: přechod do chronicity, cirhóza, karcinom jater

CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA

(zánětlivé onemocnění jater trvající déle než 6 měsíců)

- klasifikace chronické VH
 - etiologie
 - klinická a laboratorní aktivita onemocnění
 - histologie (HAI – Knodellovo skóre):
 - grading: intenzita zánětlivých nekrotických změn
 - staging: rozsah fibrózy a přestavby v játrech, dlouhodobá prognóza nemoci
- Riziko přechodu do chronicity
 - novorozenci 10%–90 %
 - dospělí 10 %

DIAGNOSTIKA VHB

- sérologie:
 - HBsAg, antiHBc total – stačí pro první screening u pacienta s podezřením na onemocnění virovou hepatitidou B
 - HBeAg
 - antiHBs, antiHBe, antiHBc IgM
- PCR HBV = přímý průkaz nukleové kyseliny viru v séru

HODNOCENÍ PANELU SEROLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ VHB

POZITIVNÍ:

- **HBsAg** = akutní nebo chronická VHB
- **anti-HBc IgG (total)**
HBsAg neg. = stav po infekci VHB v minulosti
nebo
+ HBsAg poz. = akutní nebo chronická VHB
- **anti-HBc IgM** – akutní VHB
nebo
– relaps chronické VHB
- **anti-HBs** = imunita k hepatitidě B (nad 10 IU/ml)
+ anti-HBc total poz. = po prodělaném onemocnění
nebo
+ anti-HBc total neg. = po očkování
- **HBeAg** = replikace viru
- **anti-HBe** – rekonvalescence
nebo
– chronická infekce v případě precore mutanty VHB, nutné vyšetřit PCR HBV k potvrzení chronické infekce

SUBTYPY HBsAg

- antigenní determinanty a, d, w, r, adw, adr, ayw, ayr
- epidemiologický význam

MUTANTY VHB

- precore mutanta – mutace guanosinu na adenin v precore oblasti zabraňuje sekreci HBeAg
- aktivní onemocnění u HBeAg neg. pacienta, PCR HBV poz. potvrzuje chronickou VHB
- mutace v povrchové oblasti – substituce glycinu argininem v pozici 145 determinanty „a“, ke které jsou tvořeny protilátky po vakcinaci,
- neúspěšně očkované děti narozené HBsAg pozitivním matkám
- YMDD mutanty genu pro polymerázu, známka rezistence na lamivudin

TERAPIE AKUTNÍ VHB

- symptomatická:
 - klidový režim
 - dieta bez alkoholu, přepalovaných tuků, strava častěji, menší porce potravin dle tolerance pacienta
 - hepatoprotektiva – neprokázané léčebné účinky, intermitentní podávání

TERAPIE CHRONICKÉ VHB

INTERFERON ALFA

- rekombinantní:
 - 5–10 mil.j. s.c. **3× týdně**
 - 4–6 měsíců u HBeAg poz.
 - až 12 měsíců u precore mutanty HBeAg neg.
 - úspěšnost léčby 30–50 %
- pegylovaný interferon: v ČR používán od r. 2005, výhoda – aplikace **1× týdně s.c.**

VIROSTATIKA K LÉČBĚ VHB:

LAMIVUDIN (ZEFFIX) – 100 MG 1× DENNĚ P.O.

- HBeAg poz.:
 - po 6 měsících terapie:
 - 16–18% sérokonverzí HBeAg
 - 1% sérokonverze HBsAg
- HBeAg neg.:
 - opakované relapsy, doživotní terapie
- těhotné: snížení virémie od 34. týdne těhotenství; zatím jen klinické studie

- akutní VHB s jaterním selháním; klinické studie, doporučen lamivudin 100 mg/den

ADEFOVIR DIPIVOXIL (HEPSERA) 10 MG 1× DENNĚ

- léčba pacientů s YMDD mutantou (rezistence na lamivudin)
- nefrotoxický při podání 10násobku terapeutické dávky
- EASL 2007 – doporučení zahajovat terapii **kombinací lamivudinu a adefovir dipivoxilu** k oddálení vzniku mutant VHB
- kombinovaná terapie
 - interferon + lamivudin
 - eventuálně + famciclovir (Čína)

NOVÁ VIROSTATIKA PROTI VHB

- emtricitabin – analog cytosinu
 - účinný proti HBV, HIV
 - nízký výskyt mutant
 - vhodný i pro HBeAg neg. pacienty
- clevudin – analog pyrimidinu
 - účinný u lamivudin rezistentních mutant
 - dávkování: zkouší se 10, 50, 100 mg/den
 - SVR po 28denním podávání 6 měsíců
- beta-L-nukleosidy: telbinavudin, valtorcitabin
 - účinné proti hepadnavirům
 - není jasný účinek proti lamivudin rezistentním mutantám; nejsou mutagení?

NOVOROZENCI HBsAg POZ. MATEK

- porod možný v kterékoliv porodnici
- pasivní + aktivní imunizace proti VHB do 24 hodin po porodu (hyperimunní globulin + vakcína proti VHB)
- neočkovat proti TBC – pravidelné očkování dle metodického návodu pro děti HBsAg pozitivních matek
- kojení u HBV imunizovaných dětí není považováno za kontraindikované – mateřské mléko moduluje imunitní odpověď na očkování proti VHB

PREVENCE ONEMOCNĚNÍ VHB

- očkování

VIROVÁ HEPATITIDA C

- objevena v r. 1988; u nás vyšetřována od r. 1993
- 175 milionů chronických nosičů HCV ve světě, v západní Evropě 5 milionů
 - průběh onemocnění v akutní i chronické fázi většinou asymptomatický

- u 70–90 % infikovaných osob rozvoj chronické hepatitidy
- riziko jaterní cirhózy u 20 % nemocných
- riziko hepatocelulárního karcinomu u 4 % nemocných

VIRUS HEPATITIDY C

Původce onemocnění:

- RNA virus podobný flaviviru, zařazen mezi Togaviridae

virový genom obsahuje:

- strukturální geny – kódují jádro HCV a glykoproteinový obal
- nestrukturální geny – kódují enzymy podílející se na replikaci viru
- netranslační terminální úseky (sekvence RNA, které nejsou „překládány“ do struktury bílkovin)

HETEROGENITA VIRU HEPATITIDY C

- 6 genotypů (Okamotova klasifikace)
- subtypy „a“ až „g“ – izoláty HCV uvnitř genotypů
- quasispecies – varianty virového genomu

V ČR nejčastěji genotyp 1b – 7% nemocných s genotypem 1b je primárně rezistentních k interferonu alfa (EASL 2007)

PŘENOS INFEKCE VHC

- parenterální:
 - i. v. drogy
 - hemodialýza
 - transplantace orgánů
 - krevní transfuze
- nonparenterální přenos:
 - perinatální (vertikální) – riziko 3–5 %
 - sexuální a horizontální v rodině
 - riziko v Evropě 6–14 %
 - 2008 – Egypt: průkaz VHC ve všech vývojových stádiích motolice *Schistosoma mansoni*, možný podíl na vysokém výskytu VHC v Egyptě?

MARKERY INFEKCE VHC

- **ALT, AST**
- anti-HCV protilátky: pozitivní za 7–8 týdnů od primární infekce, nespecifická pozitivita možná: ELISA – nízká citlivost u imunosuprimovaných

- konfirmační test – RIBA (rekombinantní imunoblot)
 - **HCV RNA** – přímý průkaz viru, kvantitativní, pozitivní za 1 týden od primární infekce

KLINICKÝ PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ VHC

- akutní virová hepatitida
- transientní virémie
- chronická virová hepatitida:
 - relabující
 - s trvale zvýšenými transaminázami
 - s trvale normálními hodnotami transamináz, ale histologické vyšetření jater může prokázat aktivní infekci

VERTIKÁLNÍ PŘENOS VHC

- většinou perinatálně
- výjimečně intrauterinně
- způsob porodu (spontánní, sekci) – neovlivňuje četnost infekcí u dětí
- **kojení – doporučeno**, omezeno jen u žen s poraněním či krvácením z bradavky (přestup monocytů matky obsahujících VHC do kolostra – nízká virová nálož, virus inaktivován v trávicím ústrojí dítěte, monocyty v mateřském mléce vzácně)

NOVOROZENCI INFIKOVANÍ VHC

- vzestup transamináz mezi 6.–12. měsícem věku
- průběh onemocnění většinou asymptomatický
- část dětí vyloučí virus do 2–3 let věku
- u 50–80% dětí rozvoj chronické infekce
- vývoj dětí probíhá normálně, přechod do cirhózy je v dětském věku raritní
- očkování – v některých případech individuální plán

PRŮKAZ INFEKCE VHC U DĚTÍ

- 2× HCV RNA pozitivita od 2. měsíce života
- anti-HCV pozitivita u dětí starších 2 let (protilátky od matky u dětí vyšetřených na Infekční klinice FNB pozitivní do 9–10 měsíců, dle literatury mohou být pozitivní až do 18 měsíců věku)
- sledování dětí:
 - ve 3., 6., 9. a 12. měsíci věku (vyšetření: JT, anti-HCV, PCR HCV)
 - ve 24. a 36. měsíci věku, pokud zůstávají u biologické matky

LÉČBA CHRONICKÉ VHC

PEGYLOVANÝ INTERFERON + RIBAVIRIN

- délka léčby u genotypu 1b: 48 týdnů
- genotypu 2,3: 24 týdnů

V současnosti možnost vyšetřování virové nálože: **délka léčby individuální** dle rychlosti odpovědi nemocného na léčbu – rychlí responderi (PCR HCV neg. ve 4. týdnu léčby) 24 týdnů, pomalí responderi až 72 týdnů

VÝVOJ VIROSTATIK

- inhibitory proteáz (Telaprevir, Boceprevir)
- inhibitory polymeráz (Valopicitabin)

TERAPEUTICKÉ VAKCÍNY

(PODÁVANÉ SOUČASNĚ S INTERFERONEM A RIBAVIRINEM)

- klinické zkoušky částečně úspěšné u non-responderů a relabujících pacientů

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PODÁNÍ INTERFERONU

- flu-like syndrom
- leukopenie, trombocytopenie (+ ribavirin: anémie)
- IFN indukovaná hypothyreóza
- psychické změny – deprese
- alopecie
- indukce autoimunity
- postižení kardiovaskulárního systému

RIBAVIRIN

- nepřímo potlačuje syntézu virové nukleové kyseliny, nemá virucidní aktivitu
- imunomodulační účinek
- nežádoucí účinek: hemolytická anémie

ÚSPĚŠNOST LÉČBY CHRONICKÉ VHC

- pacient je považován za vyléčeného, pokud má normální jaterní testy + PCR HCV neg. půl roku od ukončení terapie
- 60 procentní úspěšnost u genotypu 1b
- děti 3–12 let – 79procentní úspěšnost

- 13–16 let – 49procentní úspěšnost
- = děti léčit co nejdříve**

Prevence onemocnění VHC – vakcína není vzhledem k heterogenitě viru zatím k dispozici

VIROVÁ HEPATITIDA D

- Původce onemocnění: RNA delta virus – nekompletní virus, ke své replikaci potřebuje VHB
- přenos nákazy: parenterální jako u VHB
- koinfekce nebo superinfekce VHB
- prevence: očkování proti VHB zabrání onemocnění virem hepatitidy D

VIROVÁ HEPATITIDA E

Původce onemocnění: RNA Calicivirus

- cesta přenosu:
 - fekálně-orální
 - parenterální a vertikální přenos možný; virémie 39–112 dnů
- zdroj nákazy:
 - voda kontaminovaná fekáliemi nemocných
 - přenos kontaktem méně významný než u VHA
 - zoonotický rezervoár infekce: prasata, krysy, kuřata (v Číně až ve 100 % prasečích jater přítomnost viru hepatitidy E; doporučena změna přípravy pokrmů, aby byly dostatečně tepelně upravené)

VÝSKYT VHE VE SVĚTĚ

- epidemie
 - severní a západní Afrika
 - Střední východ
 - jižní a střední Asie
 - Střední Amerika
- v Evropě u cestovatelů

KLINICKÝ PRŮBĚH VHE

- inkubační doba: 15–60 dnů
- průběh onemocnění podobný VHA
- nepřechází do chronicity
- vysoká úmrtnost těhotných v endemických zemích, zřejmě souvislost s mutací receptoru progesteronu

PREVENCE VHE

- hygiena
- preklinické studie s rekombinantní subjednotkovou vakcínou

MUDr. Zdenka Mandáková

Vystudovala Fakultu dětského lékařství UK v Praze, má atestaci 1. stupně v oboru pediatrie a nástavbovou atestaci v oboru přenosných nemocí. Od r. 2005 je sekundářem Infekční kliniky Fakultní nemocnice Na Bulovce v Praze. Předtím působila mimo jiné v IZPV Praha nebo na 3. LF UK v Praze.

Specializuje se na cestovní medicínu a hematologii. Pracuje rovněž v odborných společnostech ČLS JEP (Společnost infekčního lékařství a Hepatologická společnost).

Infekční klinika Fakultní nemocnice Na Bulovce

Budínova 2
180 81 Praha 8
tel.: 266 083 241
www.fnb.cz

Infekční komplikace u drogově závislých

Jitka Zítová

Vzhledem ke způsobu života a hlavně rizikové aplikaci drog jsou lidé závislí na návykových látkách nuceni vyhledat lékařskou pomoc častěji než jejich vrstevníci. S touto skupinou pacientů se setkáváme ve všech lékařských oborech, ale infekční nemoci patří k jejich největším zdravotním problémům.

Naše infekční oddělení pracuje zároveň jako Infekční centrum pro drogově závislé s kapacitou celkem 25 lůžek a s ambulantní částí, kde vyšetřujeme pacienty i v rámci screeningu před nástupem do substitučních programů, stacionářů či lůžkových zařízení. Jsme schopni nabídnout i pomoc v rámci prevence, tj. očkování proti virovým hepatitidám A a B.

Úvodem představím kazuistiku pacientky, rok narození 1981, která anamnesticky uvádí 6 let užívání heroinu; v posledních měsících je v péči AT ambulance a užívá subutex. Ten však bohužel podle našich zkušeností neslouží k substituci opiátové závislosti, ale často se zneužívá k intravenózní aplikaci, což riziko přenosu infekce nesnižuje. Při první hospitalizaci na našem oddělení v listopadu 2007 je tři měsíce po porodu, stav po virové hepatitidě B i C. Přichází pro těžkou bakteriální infekci, je nutná dlouhodobá léčba kombinací antibiotik, podávání krevních převodů a stabilizace základních životních funkcí. Pacientka po necelém měsíci pobytu u nás podepisuje negativní reverz a odchází do domácí péče nedoléčená. V současnosti je na našem oddělení hospitalizována potřetí a chystá se na druhou operaci srdeční chlopně pro recidivu infekční endokarditidy.

Této skupiny pacientů se týká samozřejmě celé spektrum infekčních nemocí – virových, bakteriálních, parazitárních i mykotických, ale častěji řešíme infekce související s intravenózní aplikací návykových látek, nízkým hygienickým standardem či promiskuitním sexuální životem. Intravenózní aplikaci návykových látek přiznává podle různých zdrojů 70 až 80 % uživatelů drog. Při nitrožilní aplikaci hrozí kromě rizikového použití společných potřeb k aplikaci ještě riziko opakovaných nesterilních vstupů s opakovaným zanesením bakterie do krevního řečiště, což vede ke zvýšené pravděpodobnosti, že se uchytí na výstelce cév nebo se vytvoří infekční ložisko (nejčastěji v ledvinách, plicích, srdci).

V oblasti virových infekcí jde o problematiku virových hepatitid, ale nelze podceňovat ani infekci virem HIV.

V oblasti bakteriálních infekcí jsou běžné infekce kůže a podkoží, které patří k nejčastějším důvodům ošetření pacienta jak ambulantně, tak s nutností hospitalizace. Tyto infekce jsou dále také možným zdrojem invazivních infekcí. Zdravý endotel cév a dutin je k cirkulujícím bakteriím rezistentní, ale opakovaná expozice cirkulujících bakterií může trvale poškodit povrch, který je potom náchylnější k usazení bakterie. Záleží také na množství bakterií a celkové době trvání cirkulace, přičemž některé vykazují větší přilnavost k povrchu změněnému opakovaným poškozováním.

Infekce kůže a měkkých tkání poznáme pohledem – místo vstupu infekce je zarudlé, pohmatem cítíme napětí kůže a bolestivost. Celkově můžeme pozorovat zimnici, třesavku, zvýšenou tělesnou teplotu, někdy až celkovou schvácenost. Komplikací může být šíření infekce do dalších vrstev kůže s tvorbou abscesů a nebezpečné může být šíření bakterií krevním řečištěm do celého těla.

Flegmona je akutně probíhající infekce kůže, která rychle proniká do podkoží, dochází k rychlému šíření zánětu podkožím, zarudnutí není přesně ohraničené, kůže je teplá, zduřelá, bolestivá. Často jsou přítomny celkové příznaky zánětu.

Erysipel (růže) je akutně probíhající infekce kůže s celkovými příznaky, šíření zánětu kůže je jazykovité s přesným ohraničením. Onemocnění často recidivuje ve stejném místě – nezanechává imunitu. Začátek je náhlý, celkové příznaky (horečka, bolesti hlavy, pocit na zvracení, celková schvácenost) mohou i o několik hodin předcházet rozvoj zánětu kůže (lokálně pálení, pruritus, bolest).

Pyodermie

- folikulitida, furunkl, karbunkl
- impetigo – povrchová pyodermie, mohou se vyskytnout i celkové komplikace
- lokálně vesikula-pustula – eroze pokryté žlutohnědou krustou
- raná infekce – erytém se serózní exsudací až flegmóna s hnisáním a dehiscencí rány, inkubační doba až dva dny

Jako komplikace kožních bakteriálních infekcí či jako komplikace intravenózního užívání návykových látek však vznikají i těžké bakteriální infekce probíhající až pod obrazem sepsy, které mohou během krátké doby ohrozit pacienta na životě. Sepsa je celková infekce s těžkými příznaky choroby vznikající v důsledku generalizované zánětlivé odpovědi na přítomnost mikroorganismu v krevním oběhu.

Tyto infekce vyžadují komplexní vyšetřovací a léčebný přístup – vyšetření mikrobiologické k určení původce a lokalizace infekce. Problémem je zde spolupráce drogově závislých pacientů, kteří i v těžkém stavu často lékařskou péči odmítají. Základními příznaky jsou teplota (nad 38 °C nebo pod 36 °C), srdeční frekvence (nad 90/min), dechová frekvence (nad 20/min), počet leukocytů (nad 12 × 10⁹/l nebo pod 4 × 10⁹/l). Někdy mohou být mylně prezentovány jako abstinenční potíže.

MUDr. Jitka Zítová

Po promoci na 2. lékařské fakultě UK v Praze v roce 1995 pracovala jako sekundární lékař na II. interním oddělení FN Na Bulovce, od roku 1999 dosud je sekundárním lékařem na Infekčním oddělení FN Motol. Má atestaci I. stupně z vnitřního lékařství a atestaci v oboru infekčních nemocí.

Infekční centrum pro drogově závislé

Fakultní nemocnice v Motole

V úvalu 84

150 06 Praha 5

tel.: 224 431 111

e-mail: jitka.zitova@seznam.cz

www.fnmotol.cz

Zkušenosti s pobytem drogově závislých matek v Dětském centru

Marcela Litovová, Marie Čermáková

„I ta nejdelší cesta začíná prvním krokem.“ – tisíciletá východní moudrost

Lidský život považujeme za nepřetržitou, neoddělitelnou kontinuitu. Každá vývojová životní fáze je stejně důležitá. Všechny fáze vývoje jsou na sobě vzájemně závislé.

Děti, které do Dětského centra přijímáme, jsou, stejně jako mnohdy jejich matky, případně rodiče, v těžké, komplikované životní situaci. Děti doprovázíme – jedním z významů slova terapie je totiž také *doprovázení* – **na počátku životní cesty**, v jejich nejcitlivějším období. Je to doba adaptace, kdy kromě osvojování si dovedností mají získat primární důvěru a navázat jistou vazbu k matce, případně k tomu, kdo o ně pečuje. S rodiči našich dětí se setkáváme **na počátku nové etapy** jejich života. Mají šanci stát se dobrými rodiči, naučit se přijmout odpovědnost nejen za sebe, ale také za své dítě. Ne každý rodič je ovšem na tuto etapu připraven. I když své dítě miluje, nemusí mít kapacitu své rodičovství zvládnout a potřebuje po určitou dobu doprovázet.

V Dětském centru poskytujeme komplexní interdisciplinární podpůrnou péči dětem převážně raného věku, které jsou ve svém vývoji nějak ohrožené, především těm, o které se jejich rodiče nechtějí, nemohou nebo neumějí starat. Péči poskytujeme i biologickým či náhradním rodinám těchto dětí a také gravidním ženám, které se dostaly do nevýhodné zdravotně sociální situace. Ročně přijímáme kolem 50 matek k zácviku v péči o dítě, mnohdy jsme různými zdravotními i nezdravotními institucemi žádání o diagnostický pobyt k rozvaze dalšího sociálního či zdravotního postupu.

V posledních několika letech poskytujeme tuto péči také stále většímu počtu drogově závislých matek. Program péče o tyto matky a jejich děti v Dětském centru zahrnuje komplex diagnostických sociálních, rehabilitačních a podpůrných metod, jež vycházejí z individuálních potřeb konkrétních klientů.

Péče je týmová, podílí se na ní interní a externí odborníci Dětského centra. Mezi interní patří pediatři, zdravotní sestry, psychologové, fyzioterapeuti a sociální pracovníci. Vzhledem k vyšší četnosti chronických nemocí matek i dětí nabývá stále více na důležitosti spolupráce

s externími odborníky – psychiatry, neurology, hematology, hepatology, internisty, endokrinology apod. Velkou výhodou, a v poslední době dokonce nezbytností je, jsou-li také oni obeznámeni s problematikou drogově závislých. Již několik let spolupracujeme také s externími terapeuty různých podpůrných metod, jako je např. muzikoterapie, arteterapie, canisterapie a hipoterapie. Jejich péče je věnována převážně dětem. Zcela bazální je spolupráce s OPD a protidrogovými centry.

Program pobytu drogově závislých matek je realizován na oddělení nejmenších dětí a matek, kde jsou k dispozici:

- pokoj pro novorozence a rizikové děti
- 3 dvoulůžkové pokoje pro matku a dítě
- místnost pro kojící matku
- společenská místnost s kuchyňkou a žehlicím koutkem
- cvičný byt
- cvičná garsonka (mimo oddělení)

První setkání s drogově závislými matkami a jejich dětmi v Dětském centru jsme zaznamenali před čtrnácti lety, v době, kdy jsme neměli s problematikou drog zkušenosti ani jsme neměli kontakty na protidrogová centra. Za tu více než desítku let se mnohé zlepšilo. Stále však jsme – i přes mnohé překážky a nedostatky – na cestě za naplněním vize péče o tyto matky a jejich děti. S každou klientkou získáváme nové zkušenosti.

V ČTRNÁCTILETÉM ČASOVÉM ODSUTPU MŮŽEME ZMAPOVAT NĚKOLIK CHYB V PĚCI O DROGOVĚ ZÁVISLOU MATKU A JEJÍ DÍTĚ:

- z naší strany preference problematiky dítěte na úkor drogově závislé matky (mnohdy postoj „Jsem lepší matka“ místo postoje „Mám více zkušeností“)
- překročení principu doprovázení (kompetentní terapie) při nadměrné touze klientce nebo dítěti pomoci
- málo zkušeností s účinky drog u dítěte i u matky
- málo zkušeností s projevy abstinčního syndromu u matky
- málo zkušeností s projevy abstinčního syndromu u dětí
- horší odhad reakcí drogově závislé matky i jejího dítěte v běžných a hlavně v zátěžových či krizových situacích
- málo zkušeností se specifikou chování drogově závislých matek (neodhadli jsme změnu chování, včas jsme neindikovali např. psychiatrické vyšetření, nevyužívali jsme v dostatečné míře spolupráce s protidrogovými centry)
- strach z psychiatrické dekompenzace drogově závislé matky
- nedostatek víry v efekt odvykací léčby
- nedůvěra vůči drogově závislým matkám
- pozdní detekce zneužití analgetik drogově závislou matkou – např. matka se pro bolest zubů (Je skutečná? Je simulovaná?) dlouhodobě vehementně dožaduje analgetik, která jí byla přechodně indikována např. po extrakci zubu nebo po ošetření kariézního chrupu; velmi časté jsou též stížnosti matek na úporné (?) bolesti hlavy; CAVE na simulaci bolesti a zneužití léků!
- pozdní nebo nedostatečný detox vzhledem k specifickému stavu matky

- nedostatečný detox u matek v šestinedělí
- chybějící jednorázové testy na detekci drog
- strach personálu z nákazy přenosných onemocnění (hepatitidy, HIV apod.)
- chybějící kontakty na externí odborníky (psychiatry, internisty apod.), kteří jsou obeznámeni s problematikou drogově závislých
- strach z našeho profesionálního i lidského selhání

Méně pochopení z naší strany mohlo a může stále být zdrojem konfliktů s drogově závislými matkami.

POBYT DROGOVĚ ZÁVISLÉ MATKY V DĚTSKÉM CENTRU

Naším cílem je vytvořit podmínky pro vznik co možná nejjistější vazby mezi matkou a jejím dítětem v co možná nejranějším období. Nezbytně nutný je individuální přístup – empatická důslednost s vědomím toho, že matky, které zahajují odvykací léčbu nebo jsou v jejím průběhu, jsou ve složitém životním období. Často jsou bez rodinného zázemí, „bez kořenů“, a procházejí náhlou změnou života z „volnosti“ do určitého pravidelného režimu, a navíc bez své dosavadní berličky – drogy. Mnohdy u matky (i po detoxu) a jejího dítěte teprve doznívá abstinenční syndrom. Zvláštní kapitolu v tomto směru tvoří drogově závislé matky v šestinedělí, kdy je podle našich zkušeností běžný detox, zřejmě i vzhledem k hormonální disbalanci, ne zcela dostačující.

Snahou je matku i dítě doprovázet a podpořit je. Důležitý je profesní i lidský přístup. Nenahrazujeme rodinu. Spíše jsme někdy v roli „náhradní babičky“ nebo „tety“ – mnohdy s námi matky potřebují hodně komunikovat, např. o potřebách dítěte nebo o tom, čím právě procházejí, jaké mají rodinné zázemí, a často se svěřují i s intimnějšími tématy. Potřebují zpracovat výčitky a pocity viny, např. že užíváním drog během těhotenství svému dítěti ublížily (účinky drogy, hepatitis C, zvláštní pocit nečistoty apod.).

Během pobytu či individuálních návštěv zacvičujeme matky v péči o dítě (nikoliv ve drilu). Učíme je též základům verbální i mimoverbální komunikace s dítětem. Podporujeme probouzení mateřského citu, preferujeme vazbu matka – dítě. Matka se učí přijímat své dítě jako dítě, naplňovat jeho potřeby a zároveň se učí odpovědnosti dospělé ženy, své odpovědnosti matky. Drogově závislé matky potřebují podporu v naději, že své rodičovství mohou zvládnout.

ČEHO SI U MATKY TAKÉ VŠÍMÁME

(ABYCHOM MOHLI LÉPE ODHADNOUT KVALITU VAZBY MATKA – DÍTĚ):

- jakým způsobem matka dítě chová
- jak často má dítě v náručí
- s jakým pocitem od dítěte odchází, když dítě pláče
- jak často a z jakých důvodů odchází na propustky
- zda dítě nechává často v pokoji samotné
- jak matka reaguje na pláč dítěte, zda dokáže odhadnout, co v daném momentě dítě vyjadřuje, co potřebuje
- jak je matka ochotná podřídít své momentální potřeby (např. kouření) potřebám dítěte

- jak zvládá postupně se zvyšující zátěž
- jak zvládá reagovat na dítě v krizových situacích (např. operace dítěte, opuštění partnerem, abstinenční příznaky dítěte, chuť na drogu)

Naší snahou ve spolupráci s OPD a protidrogovými centry je, aby měla matka co nejdříve vytvořený plán odvykácí léčby, aby pobyt v Dětském centru byl co možná nejkratší a aby matka, je-li dostatečně motivovaná k léčbě, odcházela z Dětského centra společně s dítětem.

NEJČASTĚJŠÍ VARIANTY POBYTU MOTIVOVANÉ DROGOVĚ ZÁVISLÉ MATKY V DĚTSKÉM CENTRU V SOUČASNÉ DOBĚ JSOU:

- Dítě je v Dětském centru bez matky – matka ho dochází denně kojit nebo (po splnění některých bazálních podmínek, tj. kontakt s OPD, s protidrogovým centrem) ho pravidelně navštěvuje; po úspěšné sanaci propouštíme dítě domů nebo do Terapeutické komunity Karlov.
- Dítě i matka přicházejí do Dětského centra z porodnice. U matky v anamnéze droga, toxikologie u matky i dítěte na porodnici negativní, matka zahajuje léčbu v drogovém centru, po úspěšné sanaci matku i dítě se souhlasem OPD propouštíme domů, do SANANIMu dochází matka ambulantně.
- Dítě přichází do Dětského centra samo – matka je přijata až po detoxu na zácvik v péči před umístěním do komunity. Po skončení této léčby jde s dítětem do doléčovacího centra, následně domů. Do té doby je dítě z Dětského centra na dlouhodobé propustce.

NOVÉ VARIANTY POBYTU

- Dítě přichází do Dětského centra samo – matka je přijata až po detoxu na zácvik a dlouhodobě (3 měsíce) dochází z Dětského centra do Denního stacionáře SANANIM. O dítě pečuje v její nepřítomnosti Dětské centrum. Po skončení této léčby odchází i s dítětem buď do doléčovacího centra, nebo domů.
- Dítě i matka přicházejí do Dětského centra z porodnice – u matky abúzus drog, detox neindikován, po skončení šestinedělí dlouhodobě (3 měsíce) dochází z Dětského centra do stacionáře. O dítě pečuje v její nepřítomnosti Dětské centrum. Po skončení této léčby odchází i s dítětem buď do doléčovacího centra, nebo domů, léčba v doléčovacím centru probíhá ambulantně.

KAZUISTIKA Č. 1

LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÉ MATKY VE SPOLUPRÁCI S TERAPEUTICKOU KOMUNITOU KARLOV SANANIM

Matka má v anamnéze dlouhodobě pervitin, který užívala i během těhotenství. Po porodu detox, dále ambulantní péče v Denním stacionáři SANANIM.

Dítě do Dětského centra přijato 2 týdny po narození na základě předběžného opatření (posléze ústavní výchovy). Lehce nedonošené, hypotrofické, po krátké epizodě abstinenčních příznaků. Do 3 měsíců v Dětském centru bez matky, ta docházela na pravidelné návštěvy, pak se souhlasem OSPODu a SANANIMu přijata k dítěti do centra na zácvik v péči, který trval 3 týdny. Po zvládnutí základní péče matka i dítě odcházejí společně do Terapeutické komunity

Karlov. Dítě překladem (z Dětského centra dlouhodobá propustka), matka z Dětského centra propuštěna. Pobyt na Karlově 10 měsíců, následně matka s dítětem zpočátku trvale, pak ambulantně vedena téměř rok v doléčovacím centru v jiném obvodu Prahy. Do rozhodnutí soudu o zrušení ústavní výchovy, dítě z Dětského centra na dlouhodobé propustce, kontroly při pobytu na Karlově v místním dětském středisku, během pobytu v Praze kontroly pediatrem v Dětském centru. Po více než dvou letech léčby matka abstinuje, pracuje, o dítě pečuje velice dobře, vazba matka – dítě byla zachována v raném věku, je do značné míry jistá.

V čem vnímáme pozitiva této formy pobytu:

- Vazba matka – dítě navázána v raném věku, dítě v péči matky prospívá, je jisté.
- Matka po dlouhodobé léčbě abstinuje.

V čem vnímáme negativa této formy pobytu:

- Po návratu z Karlova se neohlásila zpět do Dětského centra, přechodně nebyla zajištěna péče dítěte pediatrem.
- Při onemocnění dítěte je pro matku komplikované dojíždět do Dětského centra z jiného obvodu Prahy.
- Propustka z Dětského centra je někdy více než dvouletá, při nedostatečné spolupráci matky s Dětským centrem nemusí být pediatrická péče dostatečná, je nutné návštěvy opakovaně urgovat.

KAZUISTIKA Č. 2

LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÉ MATKY VE SPOLUPRÁCI S DENNÍM STACIONÁŘEM SANANIM

Matka s několikaletou anamnézou abúzu drog (pervitin), zdánlivě bez rodinného zázemí, přijata formou dobrovolného pobytu do Dětského centra s dítětem 6 dní po porodu. U matky i dítěte známky neklidu v rámci odeznívajícího abstinenčního syndromu. Matka se učila sobě i svému dítěti v těchto chvílích porozumět.

Zůstávala v stálém pravidelném v kontaktu se SANANIMem a po skončení šestinedělí (základního zácvičku) docházela denně (všední dny od 8.00–16.00) po dobu 3 měsíců do Denního stacionáře. Péči o dítě v nepřítomnosti matky zajišťovalo Dětské centrum. Koncem léčby jsme pouštěli matku s dítětem na víkendové propustky domů. Po úspěšném skončení léčby ve stacionáři dítě se souhlasem OPD propuštěno do péče matky, která odešla bydlet k babičce. Otec dítěte též abúzus drog, léčbu odmítl. Během léčby ve stacionáři se s ním matka rozešla. Léčba dále pokračovala v doléčovacím centru 2 × týdně ambulantně.

V čem vnímáme pozitiva této formy pobytu:

- Matka je v dosahu svých blízkých, postupně se začínají zlepšovat vztahy matky s její rodinou, vazba matka – dítě je brzy navázána.
- Pro matku je podpora rodiny, hlavně její matky a babičky, nesmírně důležitá. Během pobytu na víkendových propustkách se matka učí zajišťovat kompletní péči o dítě i o sebe, učí se zvládat přechod do běžného života.

V čem vnímáme negativa této formy pobytu:

- Po dobu nepřítomnosti matky (resp. matek) se na oddělení zvyšuje počet dětí na jednu sestru. Proto jsme museli postupně hledat náhradní řešení a se souhlasem matky, pod dohledem sestry zapojit do péče o dítě dobrovolníky nebo stážistky (právně ošetřeno).
- Dítě, které si během šestinedělí zvyklo na stálou matčinu přítomnost, se náhle v její nepřítomnosti cítí opuštěné, je výrazně neklidné, vyžaduje intenzivní péči jiné osoby (jiných osob).
- Matka by se ráda účastnila i volnočasových aktivit (např. volejbalu apod.) pořádaných stacionářem mimo základní terapeutický program. Na oddělení z provozního hlediska však nejsme schopni pokaždé nad časový rámec stacionáře zajistit hlídání dítěte.

Některé z možných příčin nezdařené sanace při pobytu v Dětském centru

- matka preferuje i nadále drogy, k opakovanému abúzu drogy dojde během pobytu na oddělení, odmítne další léčbu
- matka preferuje partnera, který užívá drogy, o dítě postupně ztrácí zájem, z Dětského centra buď odchází dobrovolně, nebo uteče
- v průběhu odvykací léčby i po počáteční úspěšné sanaci dojde k dekompenzaci psychiatrického onemocnění, je nutná hospitalizace (rehospitalizace) v psychiatrické léčebně; zde vyvstává značný problém, jakým způsobem matku do psychiatrické léčebny umístit a kam
- nezvládnutí zátěžové situace (odchod partnera, operace dítěte, nemoc dítěte, dluhy, neshody s rodinou apod.)
- některé body z výše uvedených chyb

CO SE ZLEPŠILO

OBECNĚ:

- oceňujeme čím dál užší spolupráci zvláště s o. s. SANANIM a dalšími protidrogovými centry
- výraznou pomocí je, že máme k dispozici orientační testy pro detekci drog

Z NAŠÍ STRANY:

- pochopení matek – více trpělivosti, větší časový prostor pro jejich zácvik a doprovázení, respekt k doznívajícím abstinčním příznakům po detoxu, o něco pružnější spolupráce s odborníky z psychiatrie, neurologie, hematologie a dalších oborů, i když stále narážíme na jejich odmítání drogově závislých matek
- pochopení problematiky dětí s abstinčními příznaky – včasná terapie, relaxační polohy, časté chování, jemné masáže apod.
- jsme schopni lépe než před deseti lety drogově závislé matky doprovázet, i když si uvědomujeme, že jsme stále teprve na cestě za naplněním vize péče o tyto matky a jejich děti

NĚKTERÉ NÁPADY NA ZLEPŠENÍ

- důslednější preference vazby matka – dítě, tak aby dítě bez matky, případně bez rodiny, bylo co možná nejkratší dobu
- důležitým faktorem, který může dle našich zkušeností být velkou podporou úspěšné léčby drogově závislých matek, je dostatečná délka detoxu u matek v šestinedělí (s přihlédnutím k hormonálním a psychickým odlišnostem tohoto období)
- při záchvatu matky v péči o dítě po detoxu – zvýšení frekvence návštěv pracovníků protidrogových center v Dětském centru
- užší spolupráce s odbornými lékaři (hematolog, neurolog, internista apod.), kteří jsou obeznámeni s problematikou drogově závislých matek a kteří tyto matky automaticky neodsuzují
- užší návaznost na psychiatry, kteří mají zkušenosti nejen z oboru psychiatrie, ale i s drogově závislými; pokud se u matky projeví psychiatrické onemocnění, nejsme schopni zajistit vzhledem k personálnímu obsazení ani technickému vybavení oddělení další bezpečnost matky
- umožnit matkám a ve větší míře i jejich dětem podpůrné terapie
- umožnit matkám více kontaktu s psychoterapeutem i v rámci pobytu v Dětském centru
- zajistit „doprovázející sestry“ – bohužel na tyto tři poslední body nejsou zatím finanční prostředky

ZÁVĚR

Zcela přirozeným úkolem období časně dospělosti je naučit se přijmout odpovědnost za sebe a za své dítě. Vytvořením jisté vazby s matkou získává dítě tolik potřebný pocit primární důvěry v lidi, v tento svět. Drogově závislé matky mají nejen vlivem drogy tento úkol daleko obtížnější. Naším cílem by mělo být je v daných podmínkách a za spolupráce se státními i nestátními, zdravotními i sociálními institucemi co možná nejefektivněji doprovázet.

MUDr. Marcela Litová

Vystudovala Fakultu dětského lékařství UK v Praze a absolvovala řadu výcviků osobnostního rozvoje. V Dětském centru s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií pracuje jako pediatr od r. 1982. Od r. 2004 učí externě pediatrii se zaměřením na psychosomatiku na Pedagogické fakultě UK v Praze na Katedře speciální pedagogiky, je lektorem emočně-sociálních kompetencí.

Marie Čermáková

Vystudovala SZŠ a pomaturitní specializační studium, obor výchova. V Dětském centru s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií pracovala v letech 1981-1996 jako zdravotní sestra. Od r. 1996 je staniční sestrou na Oddělení novorozenců, rizikových dětí a matek.

**Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií
při Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze**

Sulická 120

140 00 Praha 4-Krč

tel.: 241 715 252

e-mail: kojenecky.ustav@ftn.cz

www.ftn.cz

3. oddíl Sociálně-právní pohled

Sociální práce v porodnici s matkou s abúzem drog

Tamara Schmidová

Gynekologicko-porodnická klinika FN v Praze-Motole má dvě oddělení šestinedělí se 40 lůžky, dvě novorozenecká oddělení a jednotku intenzivní a specializované péče pro novorozence. V posledních letech zde porodilo za rok průměrně 3000 matek. Rodiček s abúzem drog je v průměru 23 ročně, z tohoto počtu průměrně dvě matky dají své děti k osvojení. Od počátku letošního roku do současnosti (tj. do května 2009) prošlo porodnicí už 10 závislých žen.

Narození dítěte rizikové matky hlásí zdravotničtí pracovníci kliniky sociálnímu oddělení. Někdy nám porod oznámí přímo z porodního sálu, a to v případě, že matka chce hned po porodu odejít. Často se však o těchto ženách dovídáme předem přímo od sociálních pracovníků z terénu, tedy z oddělení sociálně právní ochrany dětí, a někdy na matku upozorní pracovníci SANANIMu nebo Drop Inu.

Pokud porodí matka závislá na drogách nebo matka v substituční léčbě, sociální pracovníce z porodnice s ní co nejdříve naváže kontakt. U závislých matek je běžné, že se chovají rizikově. Nedocházejí na pravidelné lékařské kontroly, neabstingují, nedodržují hygienu ani životosprávu, mají hepatitidu C. Často se setkáváme se ženami, které po zjištění těhotenství sice zahájí substituční léčbu, ale zároveň nadále užívají drogy. Rozhovor s takovou matkou není jednoduchý. Je třeba od ní získat co nejpravdivější informace o tom, zda užívala během těhotenství drogy, jaké, jak často a v jakém množství. Ženy užívání často popírají, zlehčují nebo přiznají pouze příležitostné užití, a to teprve tehdy, když jim lékař sdělí, že dítě má výsledky vyšetření na návykové látky pozitivní. Od matky musíme zjistit, kde a v jakém prostředí bydlí, jestli má pro dítě připravenou základní výbavičku, jestli má dostatečný finanční příjem, jaké je rodinné zázemí, proč nedocházela do prenatální poradny a jestli je ochotná se léčit.

Neméně důležité jsou informace o otci dítěte. Zjišťujeme, jaký je jeho zájem o matku a dítě, zda je určeno otcovství, zda je uživatelem drog, a pokud ano, doporučujeme léčbu i jemu. Dále se dotazujeme, zda pracuje a zda jsou jeho rodiče ochotni pomáhat. Stává se, že partner sám drogy neužívá a není o stavu matky dítěte pravdivě informován. Je přesvědčen, že během těhotenství abstinovala, a to, co se po narození dítěte dozví, ho překvapí.

O narození dítěte závislé matky informuje nemocnice sociální pracovníci příslušného oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). Ta s matkou projedná situaci, navštíví ji

v domácím prostředí, případně kontaktuje příslušníky širší rodiny. Sociální pracovnice nemocnice je s pracovníci OSPODu v kontaktu po celou dobu hospitalizace matky a dítěte. Tato spolupráce je velmi důležitá, neboť jde o vzájemné ověřování a upřesňování získaných informací. S matkou dítěte, případně i s otcem opakovaně jednají jak v terénu, tak v nemocnici. O tom, zda dítě bude propuštěno do péče matky, nebo jiné osoby či zařízení rozhoduje posléze sociální pracovnice OSPODu. Sociální pracovnice nemocnice kontaktuje lékaře gynekologických, psychiatrických či adiktologických ambulancí, případně pracovníky drogových služeb, spolupracuje s dětskými praktickými lékaři, azylovými domy a kojeneckými ústavy (respektive dětskými centry).

Doba hospitalizace dětí závislých matek je delší než u zdravých novorozenců. Matka je propuštěna většinou čtvrtý den po porodu, dítě zůstává v nemocnici na pozorování asi deset dní. Pokud se u něj objeví abstinenční příznaky, je přeloženo z novorozeneckého oddělení na jednotku specializované péče, kde vlastně prodělává odvykací léčbu. Děti s abstinenčním syndromem bývají dráždivé, neklidné, často pláčou, nepřibývají na váze a mohou mít i jiné zdravotní potíže. Záleží na tom, v jakém množství a jaké drogy matka užívala. Každé dítě reaguje na léčbu jinak a pobyt v nemocnici se může prodloužit až na několik týdnů.

Během této doby personál oddělení sleduje, jak často matka za dítětem dochází, zda není pod vlivem návykových látek, jak zvládá péči o dítě, jak se zapojuje i otec dítěte, a o všem informují sociální pracovníci nemocnice. Pokud je to možné, sociální pracovnice a personál oddělení jedná také s širší rodinou matky a otce dítěte, např. s babičkami, sestrami, tetami. Podpora a dohled příbuzných je v této době velmi důležitý. Ženy, které toto zázemí nemají, častěji selhávají, nezvládají plnit dané povinnosti, přestávají za dítětem docházet a nedaří se jim zajistit potřebné podmínky pro péči o něj po propuštění. Po celou dobu hospitalizace dítěte je matka (případně i otec) vedena k tomu, aby pokračovala v substituční léčbě nebo ji ihned započala a docházela na terapii. Sociální pracovnice se pak se souhlasem matky v těchto zařízeních informuje o tom, jak její léčba probíhá, kontroluje, jak dodržuje pravidla a jak spolupracuje s terapeutem.

V případě, že matka nespolečně pracovala nebo neprokázala, že je schopna zajistit vhodné podmínky v domácím prostředí, je dítě na základě předběžného opatření přeloženo z nemocnice do kojeneckého ústavu. Někdy bývá svěřeno do péče otce nebo jiné příbuzné osoby. Pokud matka požadované předpoklady splnila, je před propuštěním do domácího prostředí přijata na tzv. zácvik. Tento pobyt trvá několik dní a matka se pod dohledem personálu učí správně o dítě pečovat.

ZÁVĚREM TŘI PŘÍBĚHY

PŘÍBĚH PRVNÍ

Na sociální oddělení nemocnice bylo nahlášeno narození dítěte ze třetí, lékařem nesledované gravidity matky, která užívala heroin a teprve krátce před porodem přešla na metadon.

V průběhu prvního rozhovoru se sociální pracovníci matka během řeči usínala, komunikace s ní byla velmi obtížná. Přiznala abúzus heroinu od 15 let. Asi měsíc před porodem začala

docházet do Centra metadonové substituce Drop In. Byla nezaměstnaná, měla pouze základní vzdělání. Její manžel údajně nikdy drogy nebral. I přesto, že předchozí dvě děti neměla ve své péči, o toto dítě s manželem zájem měli. Otec plánoval, že zůstane na rodičovské dovolené.

U dítěte se druhý den po porodu projeví abstinenční příznaky. Matka byla čtyři dny po porodu propuštěna. V průběhu léčby dítěte za ním oba rodiče každý den docházeli, velmi pěkně spolupracovali s personálem oddělení. Matka se pravidelně účastnila terapie a užívala metadon. Sociální pracovnice OSPODu, kterou jsme o rodině informovali, prošetřila domácí prostředí a shledala, že je pro dítě vhodné. Ověřila také spolupráci matky s terapeutky Drop Inu. O rodině byla informována praktická dětská lékařka a byly dohodnuty častější kontroly. Matka byla před propuštěním dítěte přijata na několik dní na zácvik, každý den se také dostavil otec dítěte. Vzhledem ke snaze rodičů a vhodným podmínkám rozhodla sociální pracovnice OSPODu o propuštění dítěte do domácího prostředí.

PŘÍBĚH DRUHÝ

Na sociální oddělení byla nahlášena matka s abúzem drog, která několik hodin po narození syna podepsala revers a odešla z nemocnice. U chlapce výsledky vyšetření potvrdily amfetaminy a byl přeložen na jednotku specializované péče k další léčbě.

Týž den se matka i s partnerem dostavila na oddělení. V rozhovoru se sociální pracovníci přiznala abúzus pervitinu u sebe i partnera. Zároveň sdělila, že od zjištění těhotenství oba začali užívat subutex, který si však kupovali na ulici. Matka, vyučená prodavačka, byla nezaměstnaná. Její partner pocházel ze SR, v Čechách žil sedm let, pracoval však pouze brigádně. Neměl zaplacené zdravotní pojištění a pravděpodobně měl i velké dluhy u slovenské pojišťovny. Dále matka přiznala, že nemají vhodné bydlení, stálý příjem ani základní výbavičku pro dítě a v současné době nejsou schopni se o ně řádně postarat. Chtěla začít s léčbou a měla zájem dostat se do Terapeutické komunity Karlov SANANIM. Na pomoc svých adoptivních rodičů nemohla spoléhat, ti o narození dítěte vůbec nevěděli a sami byli exekučně vystěhováni z bytu. Matčin partner reagoval při rozhovoru velmi emotivně, křičel, že dítě patří rodičům, střídal pláč s agresivitou, upozorňoval, že je na partnerce velmi závislý, bál se, že při odloučení od ní opět začne užívat drogy. Matka sama ho několikrát uklidňovala.

O situaci rodičů jsme informovali příslušnou pracovnici OSPODu. Ta s rodiči opakovaně hovořila. Potvrdilo se, že nemají pro dítě vhodné podmínky, otec nemá doklady, a nelze tedy určit otcovství, dále, že má podmínku pro napadení veřejného činitele. Během následných jednání se otec uklidnil a společně s matkou sepsali na OSPOD protokol, že souhlasí s umístěním dítěte v kojeneckém ústavu.

V průběhu léčby dítěte přicházeli oba rodiče pravidelně na oddělení, o dítě a jeho zdravotní stav měli velký zájem. Matka začala docházet do SANANIMu a dvakrát týdně do AT poradny. Otcovu léčbu komplikovalo to, že neplatil zdravotní pojištění a neměl doklady. Snažil se vše aktivně řešit, našel si práci a sháněl vhodný byt. Oba byli nadále v kontaktu s pracovnicí OSPODu.

Dítě bylo po čtyřtýdenní léčbě na základě soudně vydaného předběžného opatření převedeno do kojeneckého ústavu.

PŘÍBĚH TŘETÍ

Matka po narození dcery Lenky přiznala v rozhovoru se sociální pracovnící v nemocnici, že od 16 let užívá heroin a od 22 let pervitin. Před těhotenstvím užívala půl roku subutex, během těhotenství údajně nebrala nic a až při bolestech před porodem pervitin. Dále sdělila, že je nezaměstnaná, žila s partnerem u jeho rodičů, ale otec dítěte jí opustil v šestém měsíci těhotenství, neměl o dítě zájem a v době jeho narození byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Matka udávala, že z nemocnice půjde s dcerou bydlet mimo Prahu do domku vedle domu svých rodičů, který je už pro ni a pro dítě připravený.

Rodiče jí měli pomáhat i finančně. Výbavičku na dítě měla mít přichystanou u svého bratra, který měl malé děti. O dcerku se starat chtěla, údajně už pro ni vybrala praktického dětského lékaře. Uvedla, že navštěvuje pravidelně jednou za 14 dní psychiatrickou ambulanci, a uvažovala o tom, že začne docházet do některého terapeutického centra. Zároveň také upozornila, že chce být z nemocnice příští den propuštěna, protože si musí ještě mnoho věcí zařídit. Druhý den opravdu na revers odešla.

Telefonicky jsme kontaktovali její rodiče. Ti o narození vnučky nevěděli, dceru už několik let neviděli. Nijak jí pomoci nemohli a ani nechtěli, oba byli invalidní důchodci, žili v bytě o dvou místnostech. Domek, o kterém jejich dcera mluvila, byla stará chalupa na spadnutí, pro bydlení naprosto nevhodná.

O narození dítěte byla informována pracovnice OSPODu. Ta následně sdělila, že s matkou byly od dětství výchovné problémy, střední školu nedokončila, pohybovala se po různých místech republiky. S užíváním návykových látek začala během školní docházky. Kvůli obavám z případné exekuce jí rodiče nechali zrušit trvalý pobyt. Přihlášena k němu tedy byla na adrese obecního úřadu. Výbavičku ani jiné potřebné věci neměla připravené. Dále nám sociální pracovnice OSPODu sdělila, že byla opakovaně ve výkonu trestu odnětí svobody za krádeže a výtržnictví a na rok jí byl odložen další trest odnětí svobody z důvodu narození dítěte.

Během hospitalizace dítěte se už neozvala. Nedostavila se ani do místa trvalého pobytu, ani se neohlásila sociální pracovníci OSPODu nebo kurátorovi. Dítě bylo na základě soudem vydaného předběžného opatření převezeno do kojeneckého ústavu.

Bc. Tamara Schmidová

Vystudovala Střední školu sociálně právní a sociální práci na Technické univerzitě Liberec a absolvovala speciální studium Sociální práce ve zdravotnictví. Od r. 1985 pracuje jako sociální pracovnice ve FN v Motole.

Fakultní nemocnice v Motole

V úvalu 84

150 06 Praha 5

tel.: 224 431 171

e-mail: tamara.schmidova@fnmotol.cz

www.fnmotol.cz

Sociálně-právní aspekty práce s uživatelkami drog-matkami

Veronika Motyčková Pětrošová, Jana Putnová

Příspěvek je zaměřen na postup řešení sociálně-právních aspektů při práci s ženou-uživatelkou drog, která je současně matkou. Pro větší přehlednost byla zvolena jako podklad kazuistika; jde o provázení klientky na cestě z přednástupní léčby v Denním stacionáři SANANIM do léčby v Terapeutické komunitě Karlov SANANIM.

Jitka, 27 let, abúzus 13 let (pervitin, i.v.)	
dcerka	3 roky, před dvěma lety svěřena do péče babičky (klientčiny matky); klientka je s dcerou a svou matkou v kontaktu, dochází na příležitostné návštěvy
syn	novorozenec, z porodnice byl rovnou umístěn předběžným opatřením do Dětského centra (kojeneckého ústavu)
otcové děti	různí, oba dlouhodobí aktivní uživatelé drog, nezaměstnaní
bydliště	nemá stálé bydliště, přebývá v různých bytech či na ulici; trvale hlášena na úřední adrese obce
příjem	nemá, nikdy nepracovala
tresty	250 hodin obecně prospěšných prací (za krádeže), uloženo před 6 měsíci
dluhy	zdravotní pojišťovna 80 000 Kč; dopravní podnik 6 pokut; půjčka 50 000, Kč (na sebe pro partnera); nezaplacený paušál na mobil, který jí byl ukraden

DENNÍ STACIONÁŘ SANANIM

V první fázi kontaktu klientka dochází ambulantně, jednou až dvakrát týdně, do Denního stacionáře.

Do péče ve stacionáři vstoupila po narození druhého dítěte, syna, který byl rovnou z porodnice umístěn předběžným opatřením do ústavní péče Dětského centra. Starší dcera je v péči babičky (matky klientky), klientka ji navštěvuje.

Na první kontakt do stacionáře přišla s tím, že chce pracovat na řešení své situace, léčit se a získat obě děti zpět do vlastní péče. Po společné úvaze, na naše doporučení, se rozhoduje pro léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, kde se léčí matky za přítomnosti dítěte (dětí).

V tomto tzv. přednástupním období se práce s klientkou zaměřuje především na její motivaci, stabilizaci životní situace a přípravu na nástup do léčby.

Klíčovým krokem, který je třeba uskutečnit paralelně, je se souhlasem klientky navázat fungující spolupráci se všemi zainteresovanými institucemi – především je to příslušný **OSPOD a kojenecký ústav (dětské centrum)**. Při včasném kontaktu jednáme také přímo **s porodnicí**, kde je matka s dítětem po porodu hospitalizována. Ideálně se podaří vytvořit také prostor pro komunikaci **s klientčinou rodinou**.

Ve spolupráci všech zainteresovaných je třeba dojednat společný plán práce s klientkou, získat souhlas s jejím nástupem do léčby společně s dětmi a podpořit ji.

K tomu, aby matka mohla být s dětmi v TK Karlov, není třeba, aby je měla svěřené do vlastní péče – většina matek v TK Karlov dokonce děti ve vlastní péči nemá. O změnu rozhodnutí o svěřeni dítěte žádají klientky většinou až po ukončení rezidenční léčby a úspěšném absolvování prvních měsíců v doléčovacím programu.

V Jitčině případě tedy syn zůstane formálně i nadále v ústavní péči (předběžné opatření bude posléze změněno na výkon ústavní výchovy) a jeho pobyt v Terapeutické komunitě Karlov umožní Dětské centrum, jež mu ve spolupráci s OSPODem vydá propustku, kterou bude prodlužovat.

Také dcera je i nadále svěřena do péče babičky, která ji dceři vydá na svou odpovědnost, ideálně po konzultaci s příslušným OSPODem.

V rámci řešení sociálně-právní problematiky se v přednástupní fázi zabýváme pouze tím nejnnutnějším, co je k nástupu do léčby třeba. Klientka musí mít všechny doklady své i dětí (občanský průkaz, rodný list, kartičky zdravotní pojišťovny). Protože nikdy nepracovala, nemá nárok na dávku peněžitě pomoci v mateřství a vzhledem k odebrání obou dětí z péče nemůže být ani příjemcem rodičovského příspěvku. Je tedy třeba, aby se přihlásila do evidence úřadu práce a poté požádala o dávky hmotné nouze. Z dávek státní sociální podpory má nárok pouze na porodné. Příjemcem přídatku na dítě je Dětské centrum, které ho klientce po nástupu do TK Karlov přeposílá.

Podmínku celodenní řádné péče o dítě klientka naplní až s nástupem na zácvek k synovi do Dětského centra a teprve pak může požádat o rodičovský příspěvek. Podle kontextu sociální situace může posléze v TK Karlov, kde bude mít obě děti v celodenní řádné péči, požádat o další sociální dávky (viz níže).

Po potřebné stabilizaci v ambulantní formě péče v Denním stacionáři a vyřízení všech sociálně-právních i dalších náležitostí, musí klientka absolvovat **ústavní detoxifikaci**.

Následně je **přijata do Dětského centra na zácvič** k synovi, kde zůstane až do jejich společného nástupu do komunity – minimálně do doby, než skončí šestinedělí.

Po celou dobu pobytu v Dětském centru zůstává klientka nadále v pravidelné ambulanti péči Denního stacionáře.

V okamžiku nástupu do TK Karlov by klientka měla mít alespoň základní vybavení pro dítě i pro sebe včetně náhradní kojenecké výživy a plen na prvních 14 dní pobytu. Potřebuje také mít k dispozici startovací finanční obnos, dokud neobdrží dávky SSP.

ZPŮSOB PRÁCE S KLIENTKOU V DST

- Vzhledem k osobně náročné životní situaci, ve které se klientka nachází, ji maximálně podporujeme a motivujeme.
- Práce probíhá pod časovým tlakem. Jde nám o to, aby pobyt dítěte v ústavním zařízení byl co nejkratší a jeho kontakt s matkou se co nejdříve obnovil. Vedení klientky je proto direktivnější, s důrazem na rychlé vyřízení všeho potřebného.
- Postup je rozfázován do malých reálných kroků/úkolů a klientka zařizuje vše co nejvíc samostatně. V případě potřeby (po jejím předchozím souhlasu) navážeme kontakt s příslušnou institucí (např. s dávkovým oddělením) a řešení situace předjednáme.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KARLOV SANANIM

Práce s klientkou v terapeutické komunitě navazuje na práci započatou ve stacionáři. Léčba u nás obvykle trvá 6 až 10 měsíců.

Po nástupu klientky se synem zjišťujeme aktuální informace o jejich sociálně-právních problémech a domlouváme s ní první nezbytné kroky. Protože syn není v její péči a je u nás s ní na propustce (stále je veden v Dětském centru/kojeneckém ústavu), kontaktujeme pracovníci OSPODu a domlouváme se na další spolupráci. Velkým přínosem je, když pracovníci OSPODu v průběhu léčby navštíví klientku s dítětem přímo v TK Karlov.

Klientce pomáháme vyjednat převod zaslání rodičovského příspěvku do TK Karlov. Pokud by o něj nepožádala, získá od nás potřebné formuláře a požádá si o něj písemně. Také si požádá o přeposílání dětského přídatku z kojeneckého ústavu do TK Karlov.

Ze svých prostředků si bude muset hradit veškeré potřeby pro dítě (pleny, hygienické potřeby, náhradní kojenecké mléko apod.). V TK Karlov má zajištěnou stravu, ale přispívá na ni a na ubytování 15 % ze všech svých příjmů. 10 % příjmů si ukládá na tzv. zdravotní konto jako rezervu pro různé výdaje na léky a ošetření pro sebe nebo dítě. 25 % příjmů si ukládá na tzv. konto spoření, které během pobytu v komunitě nemůže používat a slouží jí pak při odchodu z Karlova k tomu, aby si z něj pořídila chybějící vybavení pro dítě (dětskou postýlku, vaničku apod., které má u nás k dispozici), mohla zaplatit zálohu na budoucí bydlení apod. Peníze nemá během léčby u sebe, jsou uloženy v kanceláři a klientka musí vypracovat plán, jak s nimi bude hospodařit.

Protože má trvalé bydliště na městském úřadě, kde si poštu nevzvedávala a teď ani vyzvedávat nemůže, je často důležité dojednat dosílku pošty do komunity. Mnohé klientky se obvykle teprve teď, když jim začne chodit pošta, dozvídají, jaké potíže mají s dluhy nebo v trestně-právní oblasti, protože dříve se snažily úřední poště spíš vyhnout a problémy neřešit.

Vzhledem k tomu, že naše klientka má dluhů mnoho, snažíme se ji naučit, jak situaci řešit. Zpočátku je přesvědčena, že dluhy není třeba se zabývat, protože je má už delší dobu a zatím se nic nestalo. Společně tedy probíráme varianty toho, co se stát může, když se jim věnovat nebude, zda není lepší zjistit, kolik dluží, a začít pomalu splácet. Nejprve se domlouváme, jak by se dal zastavit růst dluhů. Klientka je vedena k tomu, aby si například u mobilního operátora pozastavila paušál, postupně si zmapovala aktuální výši dluhů u dopravního podniku, zdravotní pojišťovny i u společnosti, od které má půjčku. S naší pomocí zjišťuje, kde je nutné urgentně splácet, domlouvá si splátky a snaží se vyjednat si jejich realistickou podobu, případně odklad splátek na pozdější dobu (reálná bývá částka 200 až 300 Kč, ale k jejímu prosazení je často nezbytná naše intervence u společnosti, které klientka dluží). Klientka se učí vést si doklady týkající se dluhů, mít pohromadě kontakty na důležité instituce apod. Také se musí naučit základní dovednostem při zacházení s dluhy a s penězi (co dělat, když nemá na splátky apod.)

Protože klientce byl uložen trest obecně prospěšných prací, který nemůže v TK Karlov vykonávat, doporučíme jí, aby si u Probační a mediační služby vyjednala odklad roční lhůty, během níž ho musí vykonat, na dobu po léčbě. Dále se snažíme s klientkou ověřit, zda nemá uložené i jiné tresty nebo neprobíhá trestní stíhání, o kterém nebyla dostatečně informována, abychom jí pomohli podniknout včas takové kroky, které by například zabránily tomu, aby byla odsouzena k trestu nepodmíněnému.

Pokud péče o syna probíhá bez významnějších potíží a kontakt s třetíou dcerou je při návštěvách uspokojivý, je možné uvažovat také o jejím přijetí do TK Karlov. Předpokladem k tomu je dobrá spolupráce mezi OSPODem, klientkou a její matkou, která má vnučku v péči. Ve vyšších fázích léčby klientka odjíždí s dětmi i mimo komunitu na návštěvy (obvykle k rodině); tuto plánovanou návštěvu musí vždy ohlásit OSPODu a počkat, zda jí pro dítě vystaví propustku.

Před ukončením pobytu pomáháme klientce, pokud je to v daném regionu možné, podat žádost o sociální byt nebo hledáme jiné možnosti budoucího bydlení. Domlouváme, jak bude pokračovat se splácením dluhů, jak to bude v budoucnu s dětmi. Lze předpokládat, že pracovnice OSPODu by v případě klientky Jitky pokračovala ve vystavování propustek a domluvila se s ní na podání návrhu o svěřeni dítě zpátky do její péče až po nějaké době od odchodu z TK Karlov, kdy bude jasné, že se dokáže o děti dobře postarat i mimo prostředí komunity.

Ke konci pobytu už klientka využívá podporu v řešení sociálně-právních problémech méně, je schopna se starat o splácení dluhů a udržovat kontakt s pracovníky Probační a mediační služby i OSPODu.

ZPŮSOB PRÁCE S KLIENTKOU V TK

- S klientkou konzultujeme podle aktuální potřeby jednou až dvakrát týdně, ke konci léčby jen v případě, že si neví rady.

- Situaci průběžně mapujeme a tvoříme plán úkolů. Klientka dostává postupně jednotlivé malé úkoly tak, aby je mohla zvládnout a zažívala v této oblasti pocit úspěchu. Klientky nejsou zvyklé řešit své sociálně-právní problémy samy; buď je za ně řešilo jejich velmi aktivní okolí (rodiče, sociální pracovníce apod.), nebo je neřešily vůbec a domnívaly se, že tím problém zanikne.
- Na začátku je způsob práce obvykle spíše direktivní, kompetence předáváme klientce postupně, nutíme ji aktivně spolupracovat. Vždy však řešíme problémy, na kterých se dohodneme.
- Součástí práce je i vysvětlování reálných následků. Některé klientky mají tendenci dělat rychlé a nepodložené závěry, a proto je třeba je uklidnit, jiným naopak zdůraznit, že věc je skutečně důležitá a je nutné ji řešit.
- Řešení sociálně-právních problémů je nezbytnou součástí léčby v TK Karlov.

Všem klientkám rozhodně doporučujeme, aby po absolvování Terapeutické komunity Karlov pokračovaly v doléčování. Velká část matek odchází z Karlova do chráněného bydlení Doléčovacího centra SANANIM, kde se na řešení sociálně-právních aspektů navazuje v obdobném duchu.

PhDr. Veronika Motyčková Pětrošová

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

Denní stacionář SANANIM

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

Mgr. Jana Putnová

Vystudovala sociologii a andragogiku se zaměřením na sociální práci na FF UP v Olomouci. V Terapeutické komunitě Karlov SANANIM pracuje od r. 2001, specializuje se na práci se závislými matkami. Je absolventkou výcviku videotréninku na podporu komunikace mezi matkou a dítětem.

Terapeutická komunita Karlov SANANIM

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

Mateřská škola speciální a závislé matky s dětmi

Věra Fiřtová

Mateřská škola speciální je internátní zařízení s nepřetržitým provozem. Je to specifické školské zařízení, které se zaměřuje na ochranu a pomoc dětem, jejichž výchova a vývoj jsou negativně ovlivněny nebo ohroženy sociálně patologickými vlivy v rodinách.

Mateřská škola speciální je jednou z možností, jak lze pomoci dítěti a jeho rodině, která se nachází v krizi. Všichni víme, že pro každé dítě je rodina základní jednotkou. Předurčuje jeho osobní vývoj, protože je prvním a závazným modelem společnosti, se kterým se setkává. Měla by mu poskytnout podporu, předat sociální dovednosti i určité hodnoty. Pro zdravý duševní a tělesný vývoj dítěte je potřebný láskyplný cit rodičů, chráněné, bezpečné a stabilní prostředí domova a dobré rodinné zázemí. Z běžné praxe víme, a potvrzuje to také psychologická teorie, že dítě školkového věku potřebuje pro zdárný vývoj také přiměřené interakce s dospělými. Pokud tomu tak není, dochází ve většině případů postupem času k narušení sociálních vztahů a k problémovému chování.

VZHLEDEM K PROSTŘEDÍ, Z NĚHOŽ DĚTI PŘÍCHÁZEJÍ, JSOU ZPRAVIDLA:

- opožděné ve vývoji (psychickém i fyzickém)
- s vývojovými nerovnoměrnostmi a psychosociálními poruchami v souvislosti s citovou a sociální deprivací
- hyperaktivní, neurotické, s poruchami chování
- z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, automatech, drogách nebo jiných psychotropních látkách
- z rodin, kde je jeden či oba rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody

Dětem, u kterých je nutné akutní přijetí zpravidla na dobu nepřetržitou, avšak omezenou, poskytuje Mateřská škola speciální tzv. *azylový pobyt*. Důvodem k němu je většinou zdravotní stav rodičů nebo zákonného zástupce dítěte, jejich hospitalizace nebo jiná závažná situace, takže po určitou dobu není nikdo, kdo by pečl o dítě zabezpečil.

Prvotní kontakt s námi byl dříve zprostředkován nejčastěji příslušným sociální pracovníkem, kurátorem, psychologem, odborným lékařem, jiným školským zařízením nebo přímo zákonným zástupcem (posledně jmenovaný však dnes bývá nejméně častý). V současné době

se zvýšil počet dětí přijatých po prvním kontaktu od psychologů a psychiatrů, kteří mají v péči jejich rodiče z důvodu závislosti na drogách.

Nejvíce spolupracujeme s o. s. SANANIM, který se mimo jiné věnuje závislým matkám s dětmi. Na maminkách, které mají děti u nás a současně navštěvují Denní stacionář nebo Doléčovací centrum pro matky s dětmi tohoto občanského sdružení, zřetelně vidíme pozitivní změny v chování i vzhledu. Nesmírně si proto ve školce všichni práce sananimských terapeutů a psychologů s „našimi“ společnými maminkami ceníme.

Péče mateřské školy speciální o děti a jejich závislé matky se zaměřuje především na zlepšení situace v rodině pomocí společných terapií. Pokud se k nám dítě dostane v době, kdy matka navštěvuje Denní stacionář SANANIM nebo je v péči jiného odborníka, pracujeme převážně pouze s dítětem. Matka je totiž v léčebném programu celý den a dítě si vyzvedává až pozdě odpoledne nebo večer. Čas na naši práci nastává, jakmile základní léčbu dokončí. Většina matek přechází do doléčování a v době volna dochází k nám. Ředitelka školy udělí dítěti výjimku z internátního pobytu, aby se podpořil jeho co nejužší kontakt s matkou.

Bohužel se k nám dostávají také děti ohrožené ústavní výchovou nebo předběžným opatřením v souvislosti s matčinou závislostí na drogách. Ta v té době není motivována k léčbě a nemá zájem s kýmkoli spolupracovat. Dítě, které žilo v nedostatečně stimuluujícím prostředí, bývá zanedbáno ve výchově někdy až do té míry, že se jeví jako mentálně retardované. Hovoříme pak o neúmyslném zanedbání, kdy závislost matky je na takovém stupni, že není schopna rozpoznat ohrožení dítěte ve výchově. Proto je velice důležité, aby získala důvěru v tom, že alespoň pro dítě je umístění v zařízení Mateřské školy speciální nejlepším řešením. To pak zůstává v naší péči celý týden. Podporujeme však matku v tom, aby dítě co nejčastěji navštěvovala. Má možnost přijít kdykoliv během dne, snažíme se o to, aby návštěvy byly pravidelné. Pokud se nám to nedaří, alespoň učíme matku, aby přišla v době, na které se dohodneme. Umožňujeme jí, aby si dítě vykoukala, a má-li zájem, může mu přečíst i pohádku na dobrou noc. Podporujeme stále co nejčastější kontakt s dítětem.

Odebrání dítěte by v této době bylo pro matku příliš tvrdou sankcí a mohlo by prodloužit dobu, než nastoupí do léčby, s dalšími možnými negativními následky nejenom pro ni, ale především pro dítě. Nastává doba nekonečných rozhovorů, kdy pedagogové matce zdůrazňují, jak je pro dítě její přítomnost žádoucí, jak ji dítě potřebuje. S dítětem na klíně nebo při nějaké aktivitě se matka cítí v Mateřské škole v bezpečí a klidně si s námi bude povídat o drogách, protože jak to ona sama cítí, žádnou léčbu nepotřebuje. Je velice důležité nepouštět se s ní do takového rozhovoru a pouze ji vyslechnout. Přestože zde pracují speciální pedagogové, odborníky v oboru závislostí nejsou. Dobře míněná rada nebo doporučení, co by měla matka dělat, může naopak nástup do léčby a odborné péče prodloužit a zkomplikovat. Matku vždy směřujeme k návštěvě střediska, která se léčbou závislostí zabývá. Naším partnerem je především, jak již bylo zmíněno, občanské sdružení SANANIM.

Cílem působení Mateřské školy speciální je sekundární prevence, sociální integrace dítěte do společnosti a jeho výchova. Konkrétně jde o přispění k harmonickému rozvoji osobnosti dítěte, vštěpování základních norem a hodnot, pomoc v oblastech, kde matka ani rodina nestačí, dále o spolupráci a pomoc rodině a posilování všech jejich funkcí, především emocionálních vazeb mezi matkou a dítětem. Intenzivně se pracuje s matkou i dítětem odděleně i dohromady tak, jak je v danou chvíli potřeba. Vždy však podle individuálního plánu zpracovaného při přijetí dítěte a doplňovaného při jakékoliv změně.

Základní myšlenkou naší práce je, že jsme zde pro děti a jejich maminky, nikoli opačně. Veškerá terapie zaměřená na pomoc je směřována k návratu dítěte do původní rodiny, s hlavním cílem pomoci především dítěti. S tím souvisí plánování jednotlivých terapeutických činností, jichž se účastní dítě i matka. Aby tato práce byla smysluplná, je třeba, aby se každý pedagog učil brát matku nebo i širší rodinu dítěte jako rovnocenného partnera a spolupracovníka a z toho potom vycházel při jejich dalším vedení. V této době je nutné najít a pochopit příčiny selhání a společně hledat řešení, které by bylo nejvhodnější pro dítě, jeho práva a potřeby.

Při přípravě pravidelných programů pro matky s dětmi zařazujeme především takové činnosti, které vyžadují aktivní spolupráci matky s dítětem a podporují jejich vzájemný kontakt. Používáme různé relaxační techniky, které u závislých matek mírní deprese a stres, zlepšují jejich sebeovládání, sebekontrolu, zvyšují koncentraci pozornosti, zmírňují emoční napětí i afektivní jednání a u dětí zmírňují hyperaktivitu. Matka i dítě se naučí plnohodnotně odpočívat, uvolnit se nejenom v průběhu spánku, ale i během dne.

K pravidelným doplňkům společných programů pro závislé matky a jejich děti jsou **kontaktní masáže**. Masáže jsou sestavou velmi jemného a citlivého masírování (hlazení).

DOTEK MATKY MÁ PRO DÍTĚ ZÁSADNÍ ŽIVOTNÍ VÝZNAM:

- dodává pocit tepla, jistoty a lásky
- pomáhá zlepšit vzájemný narušený vztah mezi dítětem a matkou

NÁKLONNOST A LÁSKA K DÍTĚTI JE V DOBĚ MASÁŽE ZVLÁŠTĚ PROJEVOVÁNA:

- očním kontaktem
- fyzickým kontaktem
- soustředěnou pozorností

Přirozeným uplatněním tohoto kontaktu v masáži docílujeme toho, že dítě je spokojeno samo se sebou a cítí se dobře mezi ostatními dětmi. Maminky vždy říkají, že mají stejné pocity, a nabývají přiměřeného sebevědomí. V době masáže jsou zcela soustředěně, kontaktní masáže společně s dítětem mírní jejich častou úzkost. Cílem masáže je, aby matka pocítila: „Jsem se svým dítětem, mám ho jenom pro sebe, nikdo mi ho nemůže vzít, protože jsem pro něj ten nejdůležitější člověk na světě.“ Masáž prohlubuje vzájemnou důvěru mezi maminkou a dítětem, společně se učí relaxovat a soustředit se, zbavují se napětí a stresu. Tyto masáže také stimulují krevní oběh a mají i vliv na správnou koordinaci pohybu.

Další aktivitou v zařízení je pravidelné cvičení na **balančních míčích**. Pohybová aktivita je bezesporu důležitým faktorem pro dítě i jeho matku a má pro ně svůj význam. Cvičení na balančních míčích společně s dítětem slouží ke vzbuzení zájmu jednoho o druhého. Pro společné cvičení maminky s dítětem volíme nejraději kruh s ostatními maminkami, tak aby na sebe všichni viděli, mohli se pozdravit očima, usmát se na sebe. Je to výborná terapie pro navazování kontaktu mezi matkou, dítětem, pedagogem a ostatními. Cvičení propojujeme s hudbou, která rozvíjí citlivost a tvůrčí schopnosti pro jiné činnosti

Další společné aktivity závislých matek a jejich dětí se odehrávají odpoledne, kdy společně malují, pracují v keramické dílně, ošetřují kytičky, starají se o kočku Micku, kterou mají děti moc rády, účastní se společných vycházek se sportovními aktivitami do okolí zařízení.

K dalším činnostem patří přišívání knoflíků, pečení perníčků, malování vajíček, vyrábění masek s následným karnevalem a další.

Zvláštní význam má snaha sociálního pracovníka a pedagoga pomoci rodiči „připojit se k řádu“. Jde o vedení rodiče v jeho životních i výchovných problémech. Důležitý je nedirektivní přístup k matce, aby sama přišla na to, jak má své problémy řešit. Je to postup účinnější, i když časově náročnější. Maminka se po intenzivní denní docházce do Denního stacionáře nebo po návratu z komunity musí naučit s dítětem žít, musí se naučit čelit každodenním problémům, musí se je naučit zvládat. Jedním z účelů doléčování a přípravy na společný život s dítětem z naší strany je přesvědčit matku, že v životě si lze dobře vést. Dlouhodobě do rodiny v rámci sociální terapie dochází sociální pracovníce, která pomáhá mamince s rozpočtem financí na domácnost. Pokud je potřeba, doprovází jí k lékaři nebo na úřady, aby působila jako „obhájce“ práv matky a dítěte. Sociální pracovníce společně s pedagogy pracuje dlouhodobě s postojem matky k dítěti a okolí.

V naší práci se závislou matkou je důležité vědět, že může dojít k opakovanému relapsu a také k recidivě. Potom je velice nutné, aby všichni zúčastnění pracovníci (MŠS, OSPOD, léčebna, denní stacionář, komunita apod.) byli ochotni spolu mluvit a hledat další možná řešení jak pomoci. Každý z nás by měl pochopit, že pouhou kritikou se z problému těžko kdokoli dostává. Je třeba uvědomit si, že vždycky lze za něco pochválit, třeba i za maličkost.

„Kdo chce, hledá návod, kdo nechce, najde důvod.“

Věra Fírtová

Vystudovala střední obchodní školu a absolvovala studium učitelské způsobilosti, doplňující studium speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě UK v Praze i řadu dalších odborných výcviků. Je metodičkou prevence na školách a vyučuje studenty vyšších sociálně právních škol. Od roku 1996 působí v Mateřské škole speciální v pozici zástupkyně ředitelky; je učitelkou a sociální pracovnící. Zodpovídá též za spolupráci s Vazební věznicí Praha-Ruzyně a oddělením výkonu trestu žen v Praze-Řepích.

Mateřská škola speciální

*Drahaňská 779/7
181 00 Praha 8
tel.: 283 852 504, 739 070 540
e-mail: firtovavera@seznam.cz
www.msdrahanska.cz*

Návrh opatření k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti – základní principy

Klára Laurenčíková

PREAMBULE

Na základě plnění Cíle vlády č. 09.02 a úkolu uloženého usnesením vlády č. 1151 ze dne 15. 10. 2007 k hodnocení systému péče o ohrožené děti byla Ministerstvem práce a sociálních věcí předložena „Analýza současného stavu institucionálního zajištění péče o děti“. Tato analýza byla schválena vládou 26. března 2008. Na jejím základě bylo uloženo místopředsedovi vlády a ministru práce a sociálních věcí **usnesením č. 293 předložit vládě do 31. prosince 2008 návrh opatření k transformaci a sloučení systému péče o ohrožené děti** ve smyslu nedostatků tohoto systému vyplývajících z jeho meziresortní roztržitosti a ustanovit za účelem zpracování návrhu opatření k transformaci a sjednocení¹ systému péče o ohrožené děti meziresortní koordinační skupinu.

Transformace a sjednocení systému péče o ohrožené děti je založena na následujícím východisku:

Dětství pro svou tělesnou a duševní nezralost má nárok na zvláštní péči, pomoc, právní ochranu. Rodina, jako přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí a jako základní jednotka společnosti, musí mít nárok na potřebnou ochranu a pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti. V zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění (z preambule Úmluvy OSN o právech dítěte).

MOTTO 1: OSPOD (ORGÁN SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ) JAKO ČINITEL PREVENCE, PODPORY A POMOCI

V mnoha místech je OSPOD vyřazen z řešení situace v deprivovaných domácnostech, neboť jeho kontakt s nimi je z nedostatku kapacit omezen na kontrolní, represivní řešení krizových situací. OSPOD se musí stát pomocníkem v nouzi, nikoliv obávaným represivním orgánem.

¹ V průběhu tvorby materiálu a jednání meziresortní koordinační skupiny byl pojem „sloučení“ nahrazen pojmem „sjednocení“ s cílem zamezit sporné interpretaci tohoto pojmu. Pojem „sjednocení“ lépe odpovídá záměru uvést do souladu doposud roztržitěné aktivity a legislativní normy jednotlivých resortů.

MOTTO 2: OSPOD A DALŠÍ SUBJEKTY SYSTÉMU PÉČE O OHROŽENÉ DĚTI PRACUJÍ V TERÉNU

V současné době není podíl terénní práce s rodinou při výkonu sociálně-právní ochrany dětí optimální, pracovníci mají někdy málo informací a poznatků o reáliích života svých klientů a rodin. Tento stav nastává i v důsledku nedostatečné kapacity pracovníků pro práci s klientem kvůli velkému množství klientů na jednoho pracovníka. Často absentuje multidisciplinární spolupráce na úrovni terénu, dělení klíčových kompetencí a sdílení informací mezi jednotlivými odborníky participujícími na systému péče o ohrožené děti. Je potřeba zvýšit kapacity OSPODů a vytvořit systém multidisciplinární spolupráce.

MOTTO 3: EFEKTIVITA JE V PREVENCI A SPOLUPRÁCI

Náklady na péči o ohrožené dítě jsou vysoké, neboť je upozaděn význam preventivních opatření, spolupráce se školami, zdravotnickými zařízeními, NNO (nestátními neziskovými organizacemi) a dalšími subjekty. Náklady na pozdní zásah v komplikované situaci jsou násobně vyšší než včasná prevence. Jedna koruna vynaložená na prevenci má hodnotu sta korun vynaložených na nápravu, rehabilitaci, terapii, výstavbu a udržování ústavních zařízení.

MOTTO 4: VŠESTRANNÁ PODPORA LIDSKÝCH ZDROJŮ ZARUČÍ DOBROU PRÁCI VE PROSPĚCH OHROŽENÝCH DĚTÍ

Vzdělaní a dobře zaplacení pracovníci v oblasti péče o ohrožené děti, kteří mají k dispozici supervizi a metodické postupy, odvedou lepší práci než vyhořelí pracovníci bez adekvátních nástrojů, zpětné vazby, hodnocení práce a odměňování na základě výkonu.

MOTTO 5: DÍTĚ MÁ VYRŮSTAT V BIOLOGICKÉ RODINĚ, POKUD TO NENÍ V ROZPORU S JEHO ZÁJMEM

Všechny formy ústavní péče by měly být pro ohrožené děti nejzazším alternativním a dočasným řešením. Klíčovým nástrojem je prevence a účinná sanace rodiny, dále také podpora pěstounské péče.

MOTTO 6: DÍTĚ MÁ PRÁVO NA PARTICIPACI A VYJÁDRĚNÍ SVÉHO NÁZORU

Podcenění systematické a citlivé diagnostické práce psychologů, sociálních pracovníků a dalších odborníků, kteří mohou zjistit skutečné motivace chování dítěte i důležité aspekty fungování rodiny, vede k rozhodnutím, která nejsou v souladu s osobností dítěte a jeho preferencemi. Vynucená opatření nikdy dítě nezvnitřní pro svůj život.

SOUČASNÝ STAV

1. ŘÍZENÍ

1.1 HORIZONTÁLNÍ ROZTRŽIŠTĚNOST

Systém péče o ohrožené děti v České republice **postrádá jednotné principy a cíle, kterými by se řídil každý resort**, jenž má ve své gesci péči o ohrožené děti. Jedná se zejména o resort Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva školství, tělovýchovy a mládeže, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva vnitra a Ministerstva spravedlnosti. Doposud tyto resorty pracují dle platných zákonů a na základě svých dílčích principů². Jejich metodické postupy se však liší ve své vnitřní filozofii, a **péče o ohrožené dítě je tak v některých případech nehomogenní, neefektivní a diskontinuitní**. Dítě často putuje jednotlivými resorty, místo aby tyto resorty doprovázely dítě a jeho rodinu na cestě k úpravě rodinných nebo sociálních podmínek. Neexistuje jediný společný řídicí orgán a společná právní úprava, která by harmonizovala postup resortů a garantovala zapracování Úmluvy OSN o právech dítěte a relevantních doporučení Rady Evropy do všech legislativních norem. Chybí jednoznačný systém kontroly a vymahatelnosti sociálně-právní ochrany dětí a ne vždy se vymáhá právo a povinnost rodičů. Taktéž **terminologie není sjednocená** a pojmu „ohrožené dítě“³ a „zájem a blaho dítěte“⁴ rozumí každý jinak.

1.2 VERTIKÁLNÍ NEDOSTATKY ŘÍZENÍ

Oddělením státní správy a samosprávy a rozdělením kompetencí se ztratila jednota postupů. Každá samospráva pojmá péči o ohrožené děti jinak. Samospráva není finančně motivována k preventivní péči a problémy se tak často řeší drahou ústavní výchovou. Orgán sociálně-právní ochrany dětí nemá možnost ovlivnit komunální politiku v oblasti sociálního bydlení a vzdělávání. Chybí komunitní plánování pro oblast sociálně-právní ochrany dětí na úrovni obcí.

Návaznost na služby NNO je často nulová a kvalita služeb poskytovaných NNO je kolísavá. Systém má mezery, kterými dítě propadá do ústavní výchovy, nebo zůstává bez pomoci v rodině, která bez adekvátní intervence a podpory často není schopna zabezpečit jeho potřeby. Obce nevyužívají metodu komunitního plánování pro oblast sociálně-právní ochrany dětí, a chybí tak provázanost na sociální a další služby poskytované NNO.

2 V posledních letech vzniklo a vzniká několik dokumentů zabývajících se problematikou péče o ohrožené děti: „Hodnocení systému péče o ohrožené děti 2007“ (Ministerstvo vnitra), Národní strategie prevence násilí na dětech ČR na období 2008-2018 (Ministryně vlády pro lidská práva a národnostní menšiny), Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007-2017, Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 268/2007 Sb, kde je nově řešena institucionální péče o děti (Ministerstvo zdravotnictví).

3 **Definice pojmu „ohrožené dítě“**: Dítě, které nemá uspokojeny nebo s předpokladem nenaplnění základních potřeb biologických, psychických, emocionálních, sociálních a duchovních (potřeba stimulace, řádu, lásky, bezpečí, sociálně společenského uznání, otevřeně, sdílení budoucnosti). Sy CAN a SCEC jsou součástí nové sociální morbidity – child maltreatment/špatné zacházení s dítětem. Další úlohu hrají sociální determinanty zdraví a práv dítěte. Lze říci, že každé dítě je potenciálně ohrožené více či méně. Hranici nelze striktně stanovit, faktorů ohrožení je mnoho, zrovna tak jejich intenzitu a rozvinutí. Pozornost je potřeba zaměřit právě na potenciální rizika.

4 **Zájem a blaho dítěte** jasně definuje Úmluva o právech dítěte, kterou Česká a Slovenská federativní republika ratifikovala v roce 1991. Tato Úmluva je u nás často porušována.

2. CHARAKTER PĚČE Z HLEDISKA NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB DÍTĚTE

2.1 PRIORITY SOUČASNÉHO SYSTÉMU

Těžiště péče o ohrožené dítě **spočívá** v současné době často **v oblasti řešení následků** krizových stavů rodiny a dítěte. Důsledkem nedostatečné spolupráce stávajících institucí v oblasti práce s ohroženým dítětem a jeho rodinou je často dlouhodobé umístění dítěte do zařízení pro výkon ústavní výchovy, což ve svých důsledcích může znamenat emoční násilí (jak je mimo jiné pobyt dítěte v ústavní výchově vnímán ze strany OSN a WHO). V ústavu také existuje riziko ohrožení dítěte stejnými formami násilí jako ve škole (Národní strategie prevence násilí). Dítě je považováno za objekt péče odborníků, bez akcentu na multidisciplinární pomoc rodině. Mnoho dětí se tak dostává mimo rodinu do náhradní péče, nejčastěji ústavní, která je pak velkou zátěží jak pro dítě, tak pro společnost. Také nerovnoměrnost zastoupení služeb a nástrojů v regionech může zapříčinit umístění dítěte mimo rodinu. V dostatečné míře se někdy nepodporují služby OSPODu, NNO a škol, které by měly aktivně spolupracovat při práci s rodinou. Dochází k situacím, kdy je dítě umístěno mimo rodinu z důvodů dlouhodobé absence podpory rodině sociálně oslabené, což je v rozporu s Úmluvou o právech dítěte. **Chybí důkladná depistáž, preventivní a sanační programy** pro rodiny, na školách pak systém na úrovni primární prevence v ohrožení rodiny a v sociálně patologických jevech u dětí. Absentuje provádění kvalitní diagnostiky funkčnosti rodin, která je nezbytná pro kvalifikovanou prognózu možnosti návratu dítěte do rodiny. V některých regionech nedostačuje nebo zcela chybí terénní sociální práce s rodinou a sítí služeb pro rodinu od prevence až po návrat z ústavní výchovy. Nebo terénní sociální práce s rodinou není optimálně využita k preventivní práci s klientem a rodinou, přestože je v místě poskytována prostřednictvím NNO. Systematickou práci s rodinou tedy někdy znemožňuje nedostatek služeb v místě, někdy neschopnost odborných pracovníků služby všech subjektů v místě propojit a pracovat na bázi společných postupů.

Obecně však nedostačuje terénní sociální práce s rodinou a sítí služeb je velmi řídká. Mizivě se využívá možnost umístění dítěte na přechodnou dobu do ústavní výchovy mimosoudní cestou na žádost rodičů. Tato možnost by měla být provázána s metodikou, jak v těchto situacích multidisciplinárně pracovat na efektivním využití času dítěte a rodiny v době přechodného umístění dítěte v ústavu. Chybí systémová spolupráce zúčastněných resortů na vytváření podmínek pro maximální zkrácení nutné doby pobytu dítěte v ústavní výchově.

2.2 ZÁJEM DÍTĚTE

Při řešení krizového stavu rodiny a dítěte často chybí respekt k názoru dítěte a **nebere se dostatečný ohled na hlas jeho rodiny. Osud dítěte je přizpůsoben zaběhnutým stereotypům.** Mezi tyto stereotypy patří řešení krizové situace na úřadě a „od stolu“, nesdílení informací nebo jejich neúplnost, formální výkon pravidelného hodnocení (přehodnocení) všech aspektů umístění dítěte mimo rodinu a vnímání stavu, kdy je **dítě umístěno mimo rodinu, jako konečného řešení situace.** Není-li to v rozporu se zájmem dítěte, není někdy dostatečně zajištěno právo dítěte na kontakt s rodinou (s rodiči, sourozenci, prarodiči) a právo na soukromí.

2.3 NEDOSTATEK SLUŽEB

Absence služeb se projevuje v oblasti prevence i v oblasti institucionální péče, kde je vnímán **nedostatek nízkokapacitních a specializovaných zařízení** (např. pro drogově závislé děti plnící povinnou školní docházku, děti závislé na alkoholu apod.), **nedostatek krizových pracovišť** (např. specializovaná zdravotnická zařízení) a ambulantních služeb (např. pro děti s poruchami chování), některé kraje nemají dostatek respitních a ambulantních zařízení pro děti s kombinovaným postižením. Systém ústavní výchovy se nevhodně dělí podle věku (0–3 roky – Ministerstvo zdravotnictví, 3–18 let – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo práce a sociálních věcí), a dochází tak často k přetrhání sourozeneckých vazeb, které mohou být pro některé děti jedinými funkčními příbuzenskými vazbami. Stávající ústavy strukturou, organizačně a režimově tedy nedostatečně zohledňují i jiná kritéria kromě věku přijímaných dětí.

3. FINANCOVÁNÍ

Celý systém a problematika ohrožených dětí je provázána **nedostatkem finančního zabezpečení nebo naopak nedostatečným využitím finančních prostředků**. V orgánech sociálně-právní ochrany dětí na úrovni obecních a krajských úřadů, jejichž pracovníci jsou zaměstnanci obcí a krajů a v nichž o stanovení počtu pracovníků rozhoduje samospráva v samostatné působnosti, se projevuje dlouhodobě nedostatečné personální zabezpečení agendy sociálně-právní ochrany dětí. Negativním důsledkem tohoto stavu je zúžení na minimum, nedostatečně intenzivní kontakt s klientem a rodinou (kontakt je zejména administrativního charakteru) a neplní svůj účel. V neposlední řadě také **zadluženost domácností, nezaměstnanost a absence sociálního bydlení je jedním z faktorů, které ohrožují rodiny s dětmi**, popř. brání jejich sanaci. Finančně nejnáročnější je přitom ústavní výchova, zatímco v mnohých případech vhodnější alternativa náhradní péče – náhradní rodinná péče je podhodnocena. **Chybí dlouhodobě udržitelný systém financování, který by zaručil kontinuitu a dostatečnou úroveň služeb a péče především v oblasti prevence.**

4. LIDSKÉ ZDROJE

V praxi jsou velké **rozdíly na požadavky personálního zabezpečení jak kvalitativní, tak kvantitativní**. Ve většině resortů neexistuje následné vzdělávání a povinná supervize, profesní standardy a manuály, které by napříč resorty zajišťovaly homogenost a potřebný standard systému.

Chybí měření kvality služeb:

- nejsou formulovány společné požadované výsledky práce subjektů realizujících péči o ohrožené děti, které by sloužily jako standardy pro následné hodnocení úspěšnosti
 - chybí kvalitní metodiky spolupráce zainteresovaných subjektů a systém akreditací
- Neexistence společných metodik, absence evaluace kvality práce a kompetentnosti jednotlivých pracovníků, nedostatečné vzdělávání a absence supervize může vést k neefektivním až nežádoucím výsledkům práce.

ČÍLOVÝ STAV PO TRANSFORMACI

Navržená rámcová opatření v oblasti charakteru péče, legislativy, financování a v oblasti lidských zdrojů, která budou specifikována v Národním akčním plánu k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti, by měla zajistit, aby co nejvíce dětí vyrůstalo ve vlastní rodině, co nejvíce ohrožených dětí bylo zachyceno ve stadiu prevence, co nejméně dětí žilo v ústavní výchově, a pokud je dítě umístěno v ústavní výchově, aby se zkrátila doba jeho pobytu zde na minimum a dítě se vrátilo do vlastní nebo bylo umístěno do náhradní rodiny s kontinuitou podporovaného kontaktu s rodinou.

1. CHARAKTER PÉČE

1.1 ORGANIZACE A ŘÍZENÍ

Otevřený, dostupný a prostupný systém, který pružně reaguje na aktuální potřeby rodiny a dítěte, standardizovaná práce s informacemi, jasný **management multidisciplinární spolupráce dle potřeb dítěte, jasné rozdělení kompetencí, povinná a vymahatelná součinnost resortů a subjektů systému** (státní správa, samospráva a nestátní organizace) by měla zajistit pro dítě optimální postup⁵. Naprosto nezbytná je dostupnost informací pro rodinu a dostupnost vhodné péče (sítí garantovaná státem) ve všech fázích procesu práce s ohroženým dítětem. Každá rodina (popř. matka či otec a dítě) má mít svůj individuální plán a každé rodině má být k dispozici efektivní poradenství. **V praxi to znamená revizi současné právní úpravy a její postupné sladění ve smyslu zakotvení meziresortní spolupráce a multidisciplinární spolupráce** na úrovni terénu provázanou jednotným přístupem k ohroženému dítěti. Vzájemnou meziresortní spolupráci je třeba ukotvit do jednoznačně dané formy, včetně zakotvení komunikačního systému.⁶

Klíčovým úkolem je tedy zpracovat metodiku návaznosti jednotlivých složek péče o dítě nastavující model multidisciplinární spolupráce, kdy zodpovědný pracovník OSPODu vede klienta a jeho rodinu a koordinuje spolupracující tým na platformě tzv. klíčového pracovníka. Tento pracovník navrhuje další postupy práce s klientem a rodinou, přibírá ke spolupráci další participanty ze subjektů, jež mají vliv na život ohroženého dítěte. Koordinuje práci multidisciplinárního týmu, vede dokumentaci o rodině, sestavuje individuální plány pro rodinu (nebo matku či otce či jiného zákonného zástupce dítěte), navrhuje podporná opatření, pokud klient/rodina nespolupracují.

Metodika návaznosti je z velké části obsažena a v praxi ověřena u dlouhodobého projektu „Systém včasné intervence“, a to v podobě „Týmu pro mládež“. OSPOD je klíčovým partnerem a „lídrem Týmu“, který dále sdružuje zástupce Probační a mediační služby ČR, soudu, státního zastupitelství, Policie ČR, obecní policie, škol a školských zařízení, neziskových organizací a lékařů.

5 Každý článek systému péče o ohrožené děti by měl své postupy konzultovat s odborníky z jiných resortů, přičemž pracovník OSPODu by měl být správcem všech informací o dítěti a manažerem postupů v procesu. Viz dále koncept „klíčového pracovníka“ a Systém včasné intervence.

6 Vhodným komunikačním nástrojem je v současnosti zaváděný Systém včasné intervence a Tým pro mládež, který podporuje jednotné informační prostředí umožňující sběr dat a efektivní komunikaci mezi zainteresovanými resorty.

Na úrovni obcí je třeba zajistit systém spolupráce na principech komunitního plánování, které zajistí propojení služeb a jejich dlouhodobou udržitelnost jak z hlediska finančního, tak z hlediska politických změn na této úrovni a zohlednění jejich provázanosti se SPOD (sociálně-právní ochranou dítěte).

1.2 PREVENCE A NÁHRADNÍ ÚSTAVNÍ VÝCHOVA

Zdravá, státem dostatečně podporovaná rodina je nejlepším prostředím pro život a rozvoj každého dítěte. Důraz na prevenci selhávání rodiny a předcházení rizik zajistí dítěti možnost vyrůstat v nejlepším možném prostředí. Preventivní opatření⁷ by měla být využita v plné šíři svých možností, tedy napříč všemi zainteresovanými resorty, a měla by mít náležitou finanční podporu. **Znamená to „přepólování“ finančních prostředků a lidských zdrojů, vytvoření systému efektivní prevence s cílem snížení počtů dětí v ústavní výchově a snížení celkového rozsahu institucionalizované péče, s průběžným posilováním alternativních modelů péče, včetně důrazu na odborné a profesionální zajištění a podporu.**

1.3 PRIMÁRNÍ PRÁCE S RODINOU

Dojde-li ke krizové situaci a zásah zvenčí do rodiny se jeví jako nezbytný, je třeba problém primárně řešit s dítětem a s jeho širší rodinou a teprve tehdy, jsou-li vyčerpány všechny možnosti pro stabilizaci rodinného prostředí a ty nevedou k nápravě, lze přistoupit k jiným opatřením. **Znamená to opět společnou filozofii práce s ohroženým dítětem pro všechny dotčené resorty uvedenou do praxe legislativně i metodicky.**

1.4 SJEDNOCENÍ RODINY – PRÁVO DÍTĚTE NA KONTAKT S RODIČI

Přestože je dítě umístěno mimo svou rodinu, je potřeba tento stav vnímat jako přechodný a všechna opatření zaměřit na návrat dítěte do (sanované) rodiny. (Bezpodmínečně nutný je respekt ke speciálním právům dětí umístěných v zařízeních ústavní výchovy, která doporučila Rada Evropy – Rec(2005)5.) Pokud není možný stabilní a bezpečný život dítěte v rodině, je nutné garantovat jeho právo na kontakt s rodiči, který bude pro dítě bezpečný a povede ke zdravému vývoji jeho osobnosti. Zároveň je nezbytné nutně sledovat, zda kontakt s původní rodinou není pro dítě ohrožující. **Znamená to vypracovat metodiku závaznou pro všechny resorty na bázi Úmluvy o právech dítěte.**

2. LEGISLATIVA

Promítnutí společných principů do resortních právních norem by mělo zavazovat všechny resorty ke stejným prioritám v péči o ohrožené dítě a předepisovat jasně společný postup a opatření tak, aby byla naplňována Úmluva o právech dítěte a doporučení Rady Evropy.

⁷ Na poli prevence práce s rodinou se jako nutná ukazuje včasná a citlivá detekce ohrožené rodiny, její podpora, posilování kompetencí rodičů v rodičovství a sociální aktivizace. Nezbytná je diagnostika funkčnosti rodiny – tj. kvalifikovaná prognóza. Tandem škola – OSPOD – pediatr v prevenci by měli umět rozlišit, kdy dochází k selhání rodiny. V průběhu práce s rodinou je třeba v každém stadiu neustále analyzovat aktuální situaci a pružně na ni reagovat, aby dítě zbytečně nezůstávalo např. v ústavní péči. V prevenci by se nemělo zapomenout na ošetření druhé generace ohrožených dětí, aby děti ohrožených dětí nekončily jako ohrožené. Žádoucí je vytvoření programů prevence kriminality, probační programy jako prevence trestné činnosti pro děti do 15 let. Raná a respektivní péče jsou pak důležitou součástí prevence odebrání dítěte z rodiny. Rozšířit by se měla také předškolní preventivní péče a prevence na školách co do témat i intenzity (dosud především témata drogy, šikana a AIDS).

Uvedení priorit do terénní praxe by měly v tomto smyslu také garantovat sladění metodiky pro všechny pomáhající profese průřezově resorty. Novelizace je jedním z pilířů sjednocení systému péče o ohrožené děti. Revize a následné sladění **stávajících zákonů by měly stanovit filozofii přístupu k ohroženému dítěti a způsob multidisciplinární spolupráce.**

3. FINANCOVÁNÍ

Samotný proces transformace bude vyžadovat finanční zajištění⁸. Dále bude třeba finanční zdroje přesměřovat z materiálních investic do investic do lidských zdrojů (i v rámci ústavní péče). **Zajištění finančních prostředků na prevenci a finanční spoluúčast samosprávy přinese dlouhodobě zefektivnění péče o ohrožené děti.** Zainteresanost obcí [metodicky zakotvená ve spolupráci s výkonem přenesené státní správy (OSPOD)] by měla pomoci zkvalitnit práci před případným využitím institucionální péče a zainterесovat obě zúčastněné strany na hledání jiných dostupných řešení situace jednotlivých dětí. Vypracování konceptu sociálního bydlení zajistí dětem ze sociálně ohrožených rodin právo na život v rodině a vlastní rozvoj. Do procesu transformace je nutné zapojit Ministerstvo pro místní rozvoj a zajistit finanční zainterесovanost obcí na osudu ohrožených dětí.

Realizace některých opatření obsažených v Národním akčním plánu si vyžádá rovněž přidělení dodatečných finančních prostředků pro jednotlivé rozpočtové kapitoly v případě, že stávající rozpočtové prostředky nebudou pro splnění stanovených úkolů dostačovat. Jako příklad lze uvést opatření k zajištění odpovídajícího bydlení pro děti opouštějící náhradní péči v souladu s konceptem sociálního bydlení, pro jehož realizaci bude nutné zabývat se posílením rozpočtových prostředků určených na bytovou politiku v kapitole Ministerstva pro místní rozvoj. Konkrétní dopady na veřejné rozpočty však budou podrobně vymezeny teprve v Národním akčním plánu, neboť bez stanovení formy a rozsahu konkrétních transformačních opatření nelze tyto dopady v současné době vyčíslit.

4. LIDSKÉ ZDROJE

V oblasti sociálně-právní ochrany je potřeba **vyjasnit pozici SPOD** a jasně rozdělit kompetence, vypracovat standardy SPOD a koncept OSPODu (klíčový pracovník) a **nově vymezit sociální práci**, např. zařazením pracovníků OSPODu mezi terénní pracovníky (nikoliv mezi úředníky veřejné správy), a „pozvednout“ sociální práci, popř. definovat postavení pracovníka OSPODu jako „koordinátora – (manažera) SPOD“, který ve spolupráci s dalšími subjekty péče o ohrožené děti vede proces stabilizace rodiny a dítěte. **Stanovení normativních koeficientů pro OSPOD a zajištění dostatku erudovaných terénních pracovníků a služeb SVP** (střediska výchovné péče) zajistí větší prostor pro práci v oblasti prevence a předcházení ústavní výchově. Je potřeba zabezpečit dostatečnou síť služeb na úrovni potřeb jednotlivých obcí dle jejich sociální struktury, odborníci v místě bydliště dítěte a optimálně v jeho dojezdu musí umět multidisciplinárně spolupracovat a motivovat rodiče a děti ke změnám.

⁸ Není možné zastavit naráz přívod financí například do ústavů a alokovat je na prevenci. Teprve bude-li dostatečně funkční a finančně saturovaný systém prevence, je možné začít s útlumem financování ústavní výchovy. Po určitou dobu tedy poběží „starý“ i „nový“ model systému péče o ohrožené děti současně.

Kromě zlepšení obrazu OSPODu a veřejného mínění o něm je třeba se také věnovat a předcházet syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích a zajistit **system vzdělávání a supervize v týmech i supervize případové a individuální**. Vzdělávání je potřeba rozdělit pro pracovníky s klienty a pro vedoucí pracovníky – v oblasti vedení, manažerství aj. **Proškolení by měli být i soudci (změna praxe opatrovnických soudů) a další odborníci rozhodující ve věcech ohroženého dítěte**. Vzdělávací systém by měl reflektovat potřeby terénu a sladit s nimi svá kurikula.

Odborná zařízení ÚV by mohla být více využita k prevenci a ambulantní práci. V tomto smyslu by bylo vhodné využívat například odborné zázemí a služby diagnostických ústavů a středisek výchovné péče, poskytujících poradenské, diagnostické a metodické a terapeutické služby, a to mimo jiné také transformací diagnostických ústavů v diagnostická centra a posílením úlohy středisek výchovné péče a speciálních pedagogických center, poskytujících všechny uvedené služby rodičům, školám a školským zařízením, zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc, pěstounům, opatrovníkům a dalším osobám realizujícím náhradní rodinnou péči. Vhodné by bylo doplnit v rámci služeb středisek výchovné péče také dlouhodobé kombinované (ambulantní i pobytové) intenzivní programy pro děti s poruchami chování, založené na principu uložení účasti dítěte v programu, nikoli na dobrovolnosti.

Vznik profesních organizací a standardů zajistí potřebnou kvalitu péče o ohrožené děti. V praxi to znamená vypracovat koncept postupné, jasně ohraničené deinstitucionalizace systému péče o ohrožené děti a s tím související rekvalifikaci odborníků zapojených do systému péče o ohrožené děti a nastavení standardů vzdělávání a standardů péče o ohrožené děti.

ZÁVĚR

K dosažení kýženého stavu je třeba učinit změny zejména v oblasti skladby služeb, financování, řízení a koordinace, legislativy, kontroly a udržování kvality, lidských zdrojů a sběru dat. Celý proces plánování a implementace transformačních opatření by mělo provázet otevřené informování odborné i laické veřejnosti a zapojení samotných dětí.

Mgr. Klára Laurenčíková

Vystudovala speciální pedagogiku a etopedii na Pedagogické fakultě Karlovy univerzity v Praze. Dlouhodobě působila v neziskových organizacích, např. v Jedličkově ústavu a škole a v Charitě Česká republika. V době, kdy přednesla tento příspěvek, pracovala v Odboru rodinné politiky a rovnosti žen a mužů MPSV. Od r. 2008 byla rovněž ředitelkou Odboru rovných příležitostí ve školství MŠMT a od února r. 2009 je náměstkyní Skupiny pro sociální programy ve školství MŠMT.

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Na Poříčnickém právu 1/376
128 01 Praha
tel.: 221 921 111
www.mpsv.cz

Ilona Preslová, Veronika Maxová a kol.

Ženy a drogy

V roce 2009 vydal SANANIM, o. s., Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13

Grafický design a sazba Jan Tippman, www.tippman.cz

Tisk BCS, s. r. o., Chrást č. 59, 289 14 Poříčany

ISBN 978-80-254-5133-5

Investujeme pro budoucnost.



**ČESKÁ
SPORITELNA**
Jsme Vám blíž.

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

„Se specifikou ženské klientely jsme se začali více seznamovat v devadesátých letech v souvislosti s mateřskou rolí našich klientek, což je o mnohém vypovídající i v širším společenském a sociologickém kontextu. První závislé matky a jejich první narozené děti přinesly mnoho obav a otázek z následků, ale i z našich odborných kompetencí s nimi pracovat a pomáhat jim. V průběhu let jsme se postupně učili nebát se toho, že naši mnohdy problémoví klienti přivádějí na svět děti, což bylo někdy mnohem obtížnější než se smířit s tím, že naši klienti kradou, prodávají drogy apod. Fenomén matky je v každém z nás zabudován hluboko a niterně. Očekávání, osobní prožitky, postoje a zkušenosti s tím spojené nás na vědomé i neuvědomované úrovni ovlivňují i tam, kde na to nejsme vnitřně připraveni.“

Ilona Preslová: Ženy, drogy a my

Neprodejné

ISBN 978-80-254-5133-5




SANANIM

**ČESKÁ
SPORITELNA**