

## PROGRAM CESTA ŘEVNICE – práce s mladistvými uživateli drog v podmínkách diagnostického ústavu.

Toto sdělení představuje zpětný pohled a jistý průřez klientelou oddělení CESTA za uplynulého půldruhého roku, kdy se stalo detašovaným pracovištěm DÚ v Dobřichovicích. Jen pro informaci, do 30.6.04 bylo pracoviště součástí SM Klíčov se statutem SVP, změna důsledkem nabytí účinnosti zák. č. 109/2002 Sb. Styl práce se podstatně nezměnil. Došlo jen k jedné změně a tou je rozšíření služeb o chráněné bydlení pro klienty, kteří absolvovali celý pobyt a v dosahu oddělení docházejí do školy nebo do práce, je-li to v souvislosti s přípravou na jejich budoucí povolání. Pokud bychom měli naši činnost charakterizovat, lze ji ve stručnosti popsat následovně:

Program řevnického oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí, pracovně nazývaný CESTA se začal realizovat od zahájení provozu v květnu 1997. Nevznikl náhodně, ale na základě devítiletých zkušeností z provozu oddělení Alternativa SMK, které v roce 1988 zakládali spolu s již zesnulou PhDr.

Martou Danešovou dva současní pracovníci oddělení, MUDr. Ivan Platz, vedoucí a PhDr. Milada Votavová, odborná asistentka katedry pedagogiky FF UK v Praze, která pracuje v Řevnicích jako psychologka a psychoterapeutka. Teoretickým základem programu je skutečnost, že práci s uživateli drog, hlavně s těmi mladšími, ve věku do 18 let s ještě nepříliš dlouhou „drogovou kariérou“ je možné realizovat v zásadě dvěma způsoby. Jsou jimi:

- 1) Terapie konfrontační, kterou využívá většina terapeutických systémů, založená na tom, že klient si to, co získá během léčebného procesu konfrontuje po určité době, ale stále ještě v rámci léčby, s reálným prostředím se všemi jeho riziky a úskalími (vycházky, dovolenky, volný pohyb např. do školy nebo učiliště...). Je to styl práce, který vyžaduje dlouhodobější pobytovou spolupráci s klientem a klade vysoké nároky na odbornou úroveň terapeutického týmu. Je nezbytné umět pracovat se selháním, relapsem, a to nemusí být jednoduché. Je to náročné i pro klienta samotného, který často nerozumí, co se to vlastně stalo, kde se stala chyba, objevuje se zmatek, nejistota, nezřídka posilované ne vždycky citlivě používanými restrikcemi a tresty ze strany terapeutů. Zvláště u klientů té nejmladší věkové kategorie je těžké očekávat realistický náhled na situaci. Právě u nich je možné, byť se to zdá možná paradoxní, s úspěchem využít druhého stylu práce, který se dá označit jako
- 2) Terapie spojená s dočasným omezením svobody rozhodování. Zde po dobu léčby klient možnost konfrontace s okolním rizikovým prostředím nemá, program probíhá v bezpečném, po celou dobu více méně uzavřeném prostředí (mimo společných akcí mimo oddělení nebo návštěv rodičů), má jasnější strukturu a pravidla. Tento způsob terapie nemůže trvat nadměrně dlouho, zkušenosti z diagnostických ústavů ukazují, že v chráněném, ale dost uzavřeném prostředí je možné být maximálně dva měsíce, pak vznikají na jedné straně tendence k útekům, na druhé straně něco jako „návyk na ústav“, jakoby člověk mohl bezpečně existovat jenom po tu dobu, kdy je hlídán a neustále kontrolovaný. Přesto je tento styl práce u mladistvých uživatelů efektivní a jimi samotnými dobře akceptovatelný. Právě tato úvaha, dnes již ověřená pětiletou praxí, se stala základním motivem činnosti řevnického oddělení.

Rozšíření nabídky služeb o chráněné bydlení umožňuje realizovat oba způsoby práce, ten první – konfrontační –, ovšem pouze s klienty, kteří absolvovali v Řevnicích celý pobyt a pobyt v chráněném bydlení jim umožní lepší adaptaci na podmínky života v prostředí, kam se dříve nebo později musí vrátit.

Vydeme-li z definice minimálních standardů léčebné péče o uživatele drog, jedná se u oddělení CESTA o krátkodobou až střednědobou ústavní péči (ta je definovaná trváním 5 - 14 týdnů). Pobyt zde trvá 8 týdnů, přesně 59 dnů, a probíhá formou uzavřené skupiny. Rozumí se tím, že všichni klienti společně nastupují a také společně ve stejném termínu odcházejí, ta výše zmiňovaná konfrontační fáze nastává až po odchodu z oddělení, ale je spojena s nabídkou intenzivní ambulantní spolupráce, která je většinou klientů skutečně využívána.

Spolupráce s klientem se řídí několika zásadami, které je užitečné připomenout.

- 1) Neodsuzující terapie. Není dobré a vlastně ani spravedlivé posuzovat hodnotu člověka jen na základě toho, že bere drogy.
- 2) Snažit se o pozitivní hodnocení probíhajícího pobytu ze strany klienta. Často jde o tzv. prvoléčby a tedy o první zkušenost s nějakou pomáhající institucí.
- 3) Stanovení reálných cílů, kterých je možné dosáhnout ve vymezené době v našem případě dvou měsíců.
- 4) Sledování výsledků terapie – dlouhodobá ambulantní spolupráce.

Je také potřeba alespoň pokusit se odhadnout motivaci klienta. Je-li on sám „nositelem svého problému“, uvědomuje-li si reálné ztráty, které mu určitý styl života přinesl, pak je na místě všestranná sociální pomoc. U mladší klientely je obvyklejší situace, kdy oním nositelem problému je někdo jiný (rodiče, pedagogové, lékaři, sociální pracovníci etc.) všichni si přejí, aby ten, o koho jde se změnil, žil jinak, ale on sám je v „pohodě“. Tady je potom na místě jen důsledná, pravidelná, ale také oboustranně nepřijemná sociální kontrola.

Nástupu klienta pravidelně předchází alespoň jedna jeho návštěva s jedním nebo oběma rodiči na oddělení, při které se trochu s prostředím seznámí a zároveň se proberou očekávání, s kterými on i rodiče do nabídnuté spolupráce vstupují, pojmenují se nahromaděné problémy i eventuelní východiska a ujasní se pravidla pobytu.

Samotný pobyt musí být naplněn činností, kterou je možné zvládnout, ale také v určitém smyslu uzavřít za 8 týdnů. Snažíme se o co nejrozmanitější program, ve kterém se dá více specifikovat několik klíčových témat:

- 1) Podrobné psychologické vyšetření (včetně testu profesní orientace), na základě kterého je možné volit vhodný přístup ke každému jednotlivci individuálně už od začátku pobytu. Výsledkem provedené diagnostiky je vytvoření „mapy“, kde jsou vyznačeny klientovy osobnostní charakteristiky, vztahové záležitosti (k druhým, rodině, so-

bě samému), jeho představa o naplnění budoucnosti a přirozeně jeho postoj k drogám, především s ohledem na to co právě jemu jeho oblíbená droga nabízí a poskytuje.

- 2) Skupinová a individuální psychoterapie . Vzhledem k samotnému charakteru uzavřené skupiny většina programu probíhá společně, skupinově. Terapeutické skupiny , vedené vždy stálou dvojicí terapeutů, mají v rozvrhu pravidelné termíny ( 2 x týdně po dvou hodinách ) a mají svůj pevný, v každé následující komunitě se opakující sled témat, která umožní klientovi najít si pro sebe leccos užitečného: najít svůj osobní scénář, lépe pochopit svůj vztah k rodičům (ale i vztah rodičů k sobě), nahlédnout svůj způsob jednání v pro sebe rizikových situacích, setkat se s vlastním nevědomím a jiné. V individuální práci s klientem mají velký význam rodinná setkání, která jsou organizována více méně v režii klienta samotného ve druhé polovině pobytu a účastní se jich jeho rodiče a nejbližší příbuzní. Účelem těchto setkání je objevit a dohodnout se na snesitelných pravidlech vzájemného, předchozími negativními zkušenostmi hodně narušeného soužití.
- 3) Během celého pobytu se průběžně řeší problémy spojené se školou, učilištěm, eventuelně s pracovním zapojením klienta. Značná část, dá se říci většina klientů, pokud už není přímo vyloučena, opakuje nebo má přerušeny ročník, v lepším případě propadá a má spoustu absencí. Hledají se optimální cesty, jak tyto přerušené vazby obnovit nebo začít dělat něco úplně nového. Navazujeme spolupráci se vzdělávacími institucemi a dá se konstatovat, že jejich postoje k řešení konkrétních problémů bývají většinou vstřícné.  
Základním požadavkem je, aby klient během pobytu dořešil maximum těchto záležitostí a přesně věděl, kdy a kde začne něco konkrétního dělat okamžitě po ukončení terapeutického pobytu.
- 4) Tvořivostní aktivity. Pod tento obecný název zařazujeme rozmanité arteterapeutické techniky ( kresba, koláž grafika, keramika, fotografie ). Nejde o samoučelné techniky, ale také o určité tematické celky, směřované k vůdčímu problému. Umění nabízí alternativní řeč - neverbální, symbolickou. Výtvarnou metaforou lze zprostředkovat myšlenky, pocity, zkušenosti atd., které jsou pro normální slovní popis příliš složité, nevhodné nebo jsou neuvědomované. Arteterapie v našem zařízení probíhá formou pravidelné individuální a zároveň skupinové práce. Terapeutka zadává téma, které se symbolicky váže k určitému, pro klienty závažnému problému a každý toto téma zpracovává individuálně. Klient má možnost podívat se na symbolicky zobrazenou skutečnost z jiného úhlu pohledu. Skupina mu nabízí rozmanité asociace a vzniká konkrétní sdělení, o kterém je možné diskutovat. Významné je i to, že zkušenost s vlastní tvorbou se může stát pro klienta inspirací pro vyplnění volného času i po odchodu ze zařízení.
- 5) Zážitek pedagogika má v programu CESTA několik klíčových oblastí, kterými jsou: práce s koňmi, kde je možné se o koně nejen starat, ale učit se i základům jízdy. Máme možnost za přijatelných podmínek využívat nedalekou chovatelskou stanici a její návštěva je pravidelnou součástí programu každý týden. Další aktivitou je výuka AIKIDA, kde se klient učí, jako u jiných příbuzných technik, sebeovládání a osobní kázně. Součástí pobytu jsou i výjezdy do terénu . Podle ročního období jde buď o pěší nebo lyžařskou horskou turistiku, vodní turistiku, cykloturistiku, ale i o základní horolezecký výcvik. Zážitek pedagogiku chápeme především jako přírodně sportovní aktivitu, vytvářející takové podmínky, při kterých si klienti sáhnou až na samé „dno sil“. Zdá se, že tak dochází k mimořádně účelnému propojení a tím i umocnění působení skupiny, které terapeutická komunita jako specifická léčebná metoda nabízí, se situacemi relativně velké fyzické zátěže. Naše zkušenosti z práce s mladistvými uživateli drog ukazují na skutečnost, že nebývali od raného dětství vystavováni většinou žádnou větší fyzickou zátěží, přičemž psychická zátěž ( osamocení, přílišné požadavky ve škole, nedostatek lásky, úspěchanost matek a jejich neurotičnost apod.) byla enormní. Na formování jejich sebepojetí se tedy způsoby vyrovnávání se s fyzickou zátěží téměř nepodílejí. Proto bývají překvapeni, objeví-li právě v této oblasti svoje skutečné hranice, najdou-li odvahu k jejich překročení, mohou-li nabývat tolik potřebnou sebedůvěru ve vlastní schopnosti a sebejistotu. To vše při překonávání obtíží souvisejících, kromě jiného, i s určitým fyzickým strádáním. Cílem není vytvářet rekordy, ale umocnit osobní zážitky jedinců i prožitek skupinové soudržnosti. Všechny akce tohoto typu jsou průběžně i na závěr společně reflektovány
- 6) Pracovní terapie je pravidelnou a důležitou součástí všech léčebných a doléčovacích programů má své pevné místo i v tomto programu. Pracovní činnost klientů musí mít určitou strukturu a konkrétní cíl, jinak je zde riziko, že se stane jen neoblíbenou a podceňovanou „ vycpávkou“ programu, kdy „není co dělat ...“ To se týká jak klientů samotných, tak i pracovníků oddělení. U uživatelů drog a zejména těch mladších, kteří tvoří naši klientelu, je otázka práce (obecně) ještě významnější protože, až na vzácné výjimky, jde o dívky a chlapce, kteří mají právě v této oblasti problémy. Ve škole neprospívají, mají absence, opakují ročníky nebo z nich jsou vylučováni, přestávají do škol a učilišť docházet. Potřeba a nutnost pravidelné a cílevědomé činnosti se vytrácí a návrat k určitým stereotypům tohoto charakteru nebývá vůbec jednoduchý. Máme jednu zkušenost, není nová ani příliš originální, ale platí obecně. Klient, který okamžitě, hned po ukončení terapeutického pobytu ( máme tím na mysli skutečně hned druhý den) nenastoupí do pravidelného školního nebo pracovního zapojení, který si prostě dovolí dát si ještě pauzu na to, aby si po té „ náročné léčbě“ ještě nějaký čas odpočinul a pak si teprve začal svoje věci zařizovat, stejně nezačne většinou dělat nic a logicky se vrátí tam, kde do té doby fungoval docela úspěšně, tedy zpátky k užívání drog. I v této věci vidíme účel a význam pracovní terapie. Práci je v našem programu věnována vždy určitá pravidelná část dne, zpravidla 2 hodiny dopoledne a pak vždy jeden celý den v týdnu. Do společné práce se zapojují i všichni zaměstnanci, kteří jsou právě ve službě.

Pokud jde o cílovou populaci, pak bez ohledu na to, zda jde o pobyty dobrovolné nebo nařízené soudem, je třeba jasně vymezit, že klientem je problémový uživatel drog ve věku do 18 let, který svou situaci nahlíží a stojí o změnu. Kapacita oddělení, které je koedukované, je 12 klientů pro základní program a 4 pro úsek chráněného bydlení. Ve stávající síti

pomáhajících zařízení nabízejících spolupráci uživatelům drog se jedná o jedno z mála pracovišť, které se zabývá klientelou pouze této věkové kategorie.

Jestliže se, jak již bylo zmíněno, nezměnil podstatně styl práce a spektrum nabízených služeb, výraznější změny jsme zaznamenali pokud jde o samotnou klientelu. Jde o následující:

#### 1) VĚK KLIENTŮ

Jestliže v období do 30.6.03 byl průměrný věk klientů 17 let a 8 měsíců, v období od 1.7.03 poklesl na současných 16 let a 4 měsíce. To je v přímé souvislosti s citovaným zák. č. 109, který nám striktně stanoví horní věkovou hranici na 18 let.

#### 2) PROFIL KLIENTELY

Vzhledem k současnému statutu ( detašované pracoviště DÚ ) je naší povinností realizovat mimo pobytů dobrovolných i pobyty nedobrovolné, nařízené, tedy přijímat do pobytu klienty z výchovných a diagnostických ústavů s nějakou formou soudem nařízeného výchovného opatření.

Tab.1. - Profil klientely

DÍVKY		CHLAPCI		CELKEM
pobyt dobrovolný	pobyt nedobrovolný	pobyt dobrovolný	pobyt nedobrovolný	
10	14	19	9	52
24		28		

Dobrovolné pobyty celkem: 29 klientů ( 55,8 % )

Nařízené výchovné opatření ( PO, ÚV ): 23 klientů ( 44,2 % )

Pro srovnání:

V období 1.1.2001 - 30.6.2003 byl poměr: 73,2 % pobyty dobrovolné

26,8 % nařízené výchovné opatření

#### 3) NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ DROGY

Jednoznačně je na první místě pervitin, ale v této věkové kategorii se do pobytu dostává i dost velký počet chlapců a dívek, u kterých je jejich preferovanou drogou THC. Přitom problémy ( zejména v oblasti školní, pracovní a vztahové ) jsou u nich stejné jako u uživatelů jiných návykových látek.

Tab. 2. - Rozdělení podle užívané drogy

DROGA	POBYT DOBROVOLNÝ	POBYT NEDOBROVOLNÝ	CELKEM
pervitin	17	17	34
opiáty	3	2	5
THC	7	2	9
toluen	1	2	3
alkohol	1	0	1
CELKEM	29	23	52

#### 4) ABSOLVOVÁNÍ POBYTU V CELÉM PLÁNOVANÉM ROZSAHU

Přibývá klientů, kteří pobyt v plánovaném rozsahu nedokončí. To je také možné přičíst snížení věkové hranice a vyššímu počtu klientů s nařízeným pobytem, u kterých je motivace ke změně spíše verbalizovaná, ale v podstatě o léčebný pobyt nestojí. Nestojí ani o další možnosti, které jim můžeme nabídnout, ať už jde např. o vyhledání vhodné školy, rekvalifikace nebo o navázání užšího kontaktu s jejich rodinami. Ke své budoucnosti bývají skeptičtí a pro některé z nich je i program na oddělení náročný. Chceme od nich, aby o sobě přemýšleli, aby na sobě pracovali. V ústavu je to snadnější, tam stačí plnit nějaká pravidla, za to jsou vycházky, dovolenky, to u nás nemají. Neplatí to paušálně, v každém případě ale jde o klientelu složitější.

Tab. 3. - Dokončili / nedokončili pobyt v celém rozsahu

POBYT DOKONČILI		POBYT PŘEDČASNĚ UKONČILI		CELKEM
pobyt dobrovolný	pobyt nedobrovolný	pobyt dobrovolný	pobyt nedobrovolný	
20	13	10	9	52

#### 5) PROGNOZA

Půl roku po ukončení pobytu se snažíme hodnotit, jak se našim bývalým klientům daří resp. nedaří. Není to sice doba dlouhá, ale určité závěry se z toho dají udělat. I tady se dost zřetelně ukazuje, že situace klientů s nařízeným výchovným opatřením je složitější. Podílí se na tom i jejich dost často velmi problematické rodinné zázemí. V poslední tabulce se pokoušíme zobrazit situaci klientů 6 měsíců po ukončení pobytu ( jde o klienty, kteří pobyt v celém rozsahu ukončili )

Tab. 4.

SITUACE	POBYT DOBROVOLNÝ	POBYT NEDOBROVOLNÝ	CELKEM
DOBŘÁ	14	6	20
ŠPATNÁ	4	7	11
DALŠÍ LÉČBA	2	0	2

CELKEM	20	13	33
--------	----	----	----

Řevnice 29.11.04

Ivan Platz MUDr.  
Radek Sobkuliak