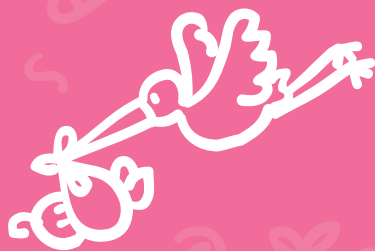
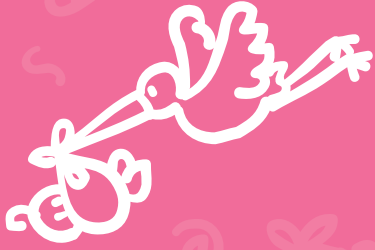


Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů



Komplexní program péče o dítě závislých matek o. s. SANANIM







Tato publikace vznikla za podpory Nadace Sirius



Autor a odborný garant textu: PhDr. Ilona Preslová
Spoluautoři textu: Bc. Kateřina Černožorská, Bc. Veronika Konečná, Bc. Hana Skořepová, Mgr. Michaela Tomanová,
Mgr. Jana Putnová, Mgr. Klára Perglerová, PhDr. Veronika Pětrošová (kap. 7.2), PhDr. Lucie Plešková (kap. 7.4),
PhDr. Jana Nováčková (kap. 7.4), Dana Pěčová (kap. 7.5)

© SANANIM 2011

Obálka © Jan Tippman

Ilustrace na obálce © Kemie Guaida Ortega

Vydalo občanské sdružení SANANIM, Ovčí hájek 2549/64A

158 00 Praha 13

www.sananim.cz

ISBN 978-80-904536-1-6

Obsah

1. Úvod do problematiky, teoretický rámec	5
2. Popis projektu	6
2.1 Účel projektu	6
2.2 Cíl	6
2.3 Metody	6
2.4 Průběžné změny	7
3. Cílová skupina	8
3.1 Primární	8
3.2 Sekundární	8
3.3 Specifika	8
4. Charakteristika zařízení, kde projekt probíhal	9
4.1 Nízkoprahové služby	9
4.2 Ambulantní a stacionární služby	10
4.3 Terapeutická komunita Karlov, program pro rodiče s dětmi (dále TKK)	13
4.4 Doléčovací centrum s chráněným bydlením (dále DC)	15
5. Spolupracující organizace	17
6. Tým – výběr, profil pracovníků (pozice, kompetence)	21
6.1 Výběr týmu	21
6.2 Profil zúčastněných pracovníků	21
6.3 Odborné a osobnostní kompetence pracovníků	22
7. Metody práce a psychodiagnostické nástroje	23
7.1 Charakter a principy práce	23
7.2 Sociálně-právní rámec práce s těhotnými ženami a matkami-uživatelkami drog z pohledu sociálních pracovníků v adiktologických službách	23
7.3 Psychoterapeutické a adiktologické postupy	30
7.4 Psychologické metody v práci s dětmi	31
7.5 Rehabilitační metody	36
8. Statistická data hodnocení	39
8.1 Statistická data	39
8.2 Hodnocení	40
8.3 „Zachráněné děti“, tj. děti mimo ústavní péči	42
8.4 Přehled hlavních rizik	42
9. Příklady dobré praxe a osvědčené postupy	44
9.1 Klient v nízkoprahových službách	44
9.2 Klient v ambulantních službách	47
9.3 Klient v terapeutické komunitě	49
9.4 Klient v doléčovacím programu	51
10. Závěr	59
11. Doporučená a použitá literatura	60
12. Přílohy (formuláře, leták)	62

1. Úvod do problematiky, teoretický rámec

Jedním z důsledků užívání a zneužívání návykových látek ve společnosti je, že někteří uživatelé v určité fázi své drogové kariéry přivádějí na svět děti, což přináší mnohé, často zásadní otázky jejich dalšího osudu. Tuto skutečnost musí společnost s ohledem na bezpečí a práva dětí řešit na několika úrovních. Většinou jde o původně neplánovaná, případně nechtěná těhotenství, nezřídka pozdě zjištěná, během nichž některé matky dále drogy užívají a žijí ve špatných sociálně-ekonomických podmínkách. Novorozenci mohou trpět po porodu abstinenčními potížemi, které řeší odborná zdravotnická zařízení. Matky obvykle nemají kvalitní sociální zázemí, kam by se mohly s dítětem po porodu vrátit, a zároveň nemají vyřešen postoj k dalšímu užívání drog, což komplikuje možnost jejich kvalitní péče o dítě. To nezřídka vede k intervenci ze strany orgánů sociálně-právní ochrany dětí (riziko ohrožení nebo narušení příznivého vývoje dítěte). Část těchto dětí musí být v důsledku výše uvedených faktorů umístěna do náhradní péče. Pomoc a léčbu spojenou s užíváním návykových látek rodičů těchto dětí poskytují specializovaná odborná státní i nestátní adiktologická zařízení.

Důsledky užívání drog v těhotenství závisí především na tom, zda se jedná o experiment, nepravidelné užívání, nebo o závislost. Občasné uživatelky, které si uvědomují škodlivé důsledky užívání drog, obvykle v těhotenství abstinují. [Vavřínková, Binder, 2007]. Problémové uživatelky drog a drogově závislé nejsou schopny svůj abúzus ukončit, i když by si to někdy velmi přály, těhotné ženy často odkládají či zanedbávají prenatální péči.

Potvrzuje se, že odolnost, respektive tolerance k droze je u těhotné ženy i plodu velmi individuální. Klinické projevy u novorozenců a malých kojenců, včetně následného psychomotorického vývoje, nemusejí odpovídat délce doby, po kterou matka drogy užívala. Děti drogově závislých rodičů vykazují významně lepší dlouhodobou prognózu než děti rodičů alkoholiků, přestože nelze zpochybnit, že drogy představují zdravotní a sociální riziko. Nejčastější příčinou kongenitální mentální retardace bývá právě alkohol a i malé dávky jsou spojeny se zvýšeným rizikem vrozených anomálií a sníženého intelektu. [Čihař, 2009]

Studie o výskytu **novorozeneckého abstinčního syndromu (NAS)** a dalších potíží u novorozenců potvrzují počátek a intenzitu příznaků v závislosti na druhu drogy, dávce a době posledního užití. Novorozenecký abstinční syndrom (NAS) se vyskytuje u novorozenců matek užívajících opiáty, stimulantia, kanabinoidy nebo jiné návykové látky a projevuje se řadou příznaků vycházejících z reakce centrálního nervového systému, gastrointestinálního traktu, respiračních i vegetativních poruch. Poměrně rychlé odeznění abstinčních příznaků se objevuje především u dětí matek užívajících heroin, u substitučních léků se projevuje později a trvá delší dobu. NAS se vyskytuje u 50–90 % dětí matek užívajících v těhotenství opiáty (nelegální drogy i substituční léky). [Stará a kol., 2009]

Špatná prognóza je zvláště 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 (obdobně s problematikou alkoholismu), včetně jejich mentálního potenciálu. [Lukešová, 2009]

2. Popis projektu

2.1 Účel projektu

S ohledem na komplexnost problému, jeho specifčnost a nezbytnou spolupráci poskytovaných služeb bylo velice vhodné a výhodné provádět projekt v organizaci působící v oblasti závislostí, kde je možné se souběžně s léčbou závislosti rodičů-uživatelů soustředit na podporu jejich rodičovských kompetencí a revitalizaci rodinného prostředí. V projektu bylo využito především dlouholetých zkušeností s touto klientelou, ke kterým přispělo otevření terapeutické komunity o. s. SANANIM v Karlově v r. 2001, která umožnila společnou léčbu závislé matky, případně otce s dítětem (do konce r. 2010 bylo v tomto zařízení léčeno 115 matek, 1 otec a 117 dětí). Další z programů o. s. SANANIM, Denní stacionář, se postupem času stal zařízením, které vybírá a připravuje klientky z celé ČR do TK Karlov. Je však také dalším léčebným centrem, které matkám s dětmi nabízí ucelený léčebný a poradenský program, včetně možnosti absolvovat tříměsíční intenzivní terapeutický program, a rovněž mimo poradenským, koordinačním a vzdělávacím pro spolupracující organizace a kolegy.

2.2 Cíl

Projekt vycházel z faktu, že rodiče užívající drogy jsou jako rodina společensky silně **stigmatizováni** a opatření realizovaná příslušnými státními institucemi mají spíše restriktivní charakter. V důsledku toho lze tuto populaci charakterizovat jako skrytou. Zejména vlivem drogové závislosti vykazuje i zřetelné prvky **sociální exkluze** a s ohledem na komplikovanou sociální a životní situaci má časté tendence k chronickému sociálně či společensky patologickému jednání.

Cílem projektu bylo **snížit počet dětí**, které by byly jinak umístěny v ústavní péči, případně jim umožnit návrat do fungující biologické rodiny. Programů, které se soustředí na pomoc dětem závislých rodičů, je v ČR stále velice málo, a proto jedním z dalších cílů bylo vypracování manuálu a metodických postupů v práci s touto klientelou. Dalším cílem bylo pilotní zmapování vlivu užívání drog matkou na celkový stav dítěte.

2.3 Metody

Práce probíhala metodou **case managementu**, tj. šlo o konkrétní případovou práci s matkou a dítětem od prvních kontaktů až do fáze rehabilitace a doprovázení v každodenním životě. Tato metoda zajistila kontinuitu a komplexnost poskytované péče.

Case manager koordinoval průběh případové práce v celém spektru služeb a zařízení, tj. od nízkoprahových center až do fáze doléčování, sociální adaptace, podpory v mateřských dovednostech apod.

Průběh projektu byl hodnocen pravidelně na základě výše uvedených základních indikátorů s přihlédnutím ke kazuistikám a statistikám na měsíčních týmových poradách, případových konferencích a čtvrtletních supervizních setkáních.

Všechna zařízení zúčastněná v projektu vedla o všech svých aktivitách podrobnou a jmenovou dokumentaci. Základem byla dokumentace matky, resp. rodiče, kde byla zaznamenávána průběžná práce s rodinou, k níž patřilo i získávání výchovných dovedností a rehabilitace dětí, k čemuž je podmínkou hodnocení stavu dítěte. Pro dítě byla vytvořena **speciální dokumentace** (viz příloha číslo 2) obsahující anamnestická data, absolvovaná vyšetření, jejich závěry, průběh práce s dítětem aj. Tato dokumentace byla průběžně vyhodnocována a supervidována.

2.4 Průběžné změny

V projektu se od počátku počítalo s tím, že děti závislých rodičů budou potřebovat péči dětských psychologů, pediatrů, logopedů a speciálních pedagogů. Po zahájení projektu jsme však zjistili, že u některých odborníků je nutné, aby byli informováni o drogové minulosti matky a s tím spojenými případnými komplikacemi dítěte (rané trauma, hospitalizace, změna pečujících dospělých aj.), a že je zároveň nutné, aby tyto odborníci v matce nevyvolávali pocit viny, odsouzení, odmítnutí apod., s čímž jsme se bohužel opakovaně setkali. Například došlo k vyloučení dítěte z mateřské školy pro drogovou minulost matky nebo matka byla v ordinaci plně jiných rodičů na ni dotazována a kárána. Ukázalo se, že ani odborná veřejnost se nevyhne předsudkům a odsuzování. Z tohoto důvodu byli do projektu dodatečně zařazeni vybraní a ověření odborníci, kteří zabezpečili ochranu získaných informací a pocit bezpečí pro dítě i rodiče.

Výběr odborníků vyšel z opakované, cílené diskuse s pracovníky jednotlivých zařízení (TK Karlov, Doléčovací centrum, Denní stacionář) a z aktuálních potřeb jednotlivých klientů. Pro konkrétní zařízení byli vybíráni pracovníci odlišných specializací, což souviselo s tím, v jaké fázi procesu se konkrétní matky s dětmi nacházely, co pro ně bylo v dané situaci aktuální a co bylo třeba řešit.

Děti klientek v Terapeutické komunitě Karlov mají k dispozici dvě vychovatelky, které jsou součástí týmu a pomáhají klientkám při řešení výchovných otázek, jako jsou náhlé výbuchy vzteku, vzdor, neposlušnosti, agresivita apod. Komunita je však poměrně vzdálená od většího města a v některých fázích není klientům dovoleno ji opouštět, a proto je velice potřebné, aby odborník mohl do komunity dojíždět a průběžně s dětmi a matkami pracovat. Pro děti narozené během léčby matky byla zařazena do projektu i laktanční poradkyně.

Děti klientek v Denním stacionáři jsou už v ambulantním kontaktu a mohou např. za logopedem docházet. Matky však potřebují jinou péči, a to nejčastěji pomoc při výchově a při pochopení toho, proč jejich dítě ne vždy zcela zdárně prosperuje. Základem je psychologické vyšetření dětským psychologem, který následně matce vysvětlí, čím její dítě trpí a jak a jakými zásahy a pedagogickými přístupy může tuto situaci ovlivnit. Typickou situací v Denním stacionáři je, že dítě do té doby umístěné v ústavním zařízení začne po návratu k matce reagovat na tuto změnu či se začne vypořádávat s raným traumatem např. tím, že si zlobením ověřuje, zda matka opravdu neodejde. Klientky v Doléčovacím centru, případně v chráněném bydlení, už mají děti více či méně ve své péči, ale často si právě s výchovou nevědí rady. Např. hyperaktivní dítě bývá rodinou zaměřováno za dítě zlobivé, a v naprosté většině nemají v přirozeném okolí nikoho, kdo by jim ve výchově pomohl. Z tohoto důvodu potřebují radu dětského psychologa a speciálního pedagoga.

3. Cílová skupina

3.1 Primární

Cílovou skupinou byly **děti** matek (otců) závislých na nealkoholových drogách, a to v různých fázích léčby drogové závislosti v programech o. s. SANANIM. Pokud je dítě v péči další osoby (otec, prarodič), byla mu samozřejmě poskytnuta stejná péče jako matkám; v praxi však šlo převážně o matky dětí (otcové bývají často neuvedeni či neznámí, případně z dlouhodobé spolupráce vypadávají). Naší snahou bylo a je zapojit do celého projektu oba rodiče, ovšem za podmínky souběžného řešení jejich drogové závislosti. Do projektu bylo zařazeno **123 dětí**.

3.2 Sekundární

Počet nepřímých beneficentů, tj. **rodičů, sourozenců, širší rodiny** a jejího okolí, je dvakrát až třikrát větší (250–400 osob), avšak u drogových klientů se předem odhaduje obtížně. Nejčastěji se do spolupráce zapojovala babička ze strany matky či otce, a to bez ohledu na to, zda otec projevoval zájem a spolupracoval.

Je zřejmé, že pokud mluvíme o rodičích-uživatelích, jedná se téměř výlučně o matky. Otcové bývají v rodném listě dítěte poměrně často neuvedeni, o dítě zájem neprojevují či jsou matce neznámí. V průběhu projektu jsme pracovali intenzivně s několika otci, ale šlo spíše o výjimky. Budoucí otcové však mohou hrát důležitou roli v motivaci klientky a v péči o dítě. Partneri našich klientek často bývají také sami uživateli návykových látek. V rámci mapování celkové situace klientky mapujeme i partnerský vztah, zejména jakou roli hraje partner v klientčině motivaci ke změně, zda je jí v tomto směru oporou (podniká konkrétní kroky k zajištění sociálního zázemí), nebo překážkou (klientka se snaží abstinovat, partner si před ní aplikuje atd.). Pracovník se tak může ocitnout před rozhodnutím, zda vztah partnerů podporovat, nebo poukazovat na rizikovost jejich vztahu. Vzhledem k lepšímu párování potřeb je vhodným modelem práce s budoucím otcem přidělit mu jiného pracovníka než toho, který pracuje s klientkou. Kontakt na obou stranách je otevřenější a produktivnější a klienti se mohou pomalu sžívat se svou budoucí rolí, ujasnit si budoucnost vztahu a představu o dalším životě. Pokud je to účelné, můžeme se s klienty domluvit na občasných společných konzultacích.

3.3 Specifika

Děti drogově závislých rodičů vykazují významně lepší dlouhodobou prognózu než děti rodičů alkoholiků, přestože nelze zpochybnit, že drogy představují zdravotní a sociální riziko. Dosavadní studie i praktické zkušenosti potvrzují, že užívání drog rodiči má vliv na další vývoj dítěte, avšak významným a často **rozhodujícím faktorem je prostředí**, ve kterém dítě v prvních letech života vyrůstá, se všemi zdravotními a psychosociálními důsledky. Specifikou celého projektu a práce s touto cílovou skupinou vůbec je fakt, že odbornou pomocí a péčí potřebují **nejen děti, ale i jejich rodiče**, a dále fakt, že relaps či recidiva rodičů mohou celý proces sanace rodiny zkomplikovat. Tato odborná pomoc vyžaduje intenzivní a aktivní spolupráci řady odborníků z různých oborů, bez čehož nelze dojít k úspěšnému cíli.

4. Charakteristika zařízení, kde projekt probíhal

V praxi se se závislími rodiči a jejich dětmi nejčastěji setkávají pracovníci kontaktních center a dále pak pracovníci ambulantních, substitučních a doléčovacích center, s těhotnými uživateli se navíc ještě dostávají do kontaktu terénní pracovníci. Projekt se zabýval především intenzivní prací s dětmi a jejich rodiči v léčebných zařízeních o. s. SANANIM, ale vzhledem k principu práce case managementu bylo vhodné spolupracovat i s nízkoprahovými službami, které tyto rizikové klienty potkávají často jako první a vytvářejí nezbytnou složku v systému práce s rodinou.

4.1 Nízkoprahové služby

Terénní programy (dále TP)

Obecné cíle:

- ✓ vyhledávat populaci uživatelů drog
- ✓ motivovat je ke změně životního stylu směrem k větší odpovědnosti za své chování – k minimalizaci zdravotních a sociálních poškození spojených s užíváním drog a k abstinenci od drog jako další variantě budoucího života

Cílové skupiny:

- uživatelé návykových látek, především injekční a problémoví uživatelé pohybující se na otevřené drogové scéně
- rodiče a partneři uživatelů drog

Klienti v TP jsou evidováni pod kódy, pracovníci tedy neznají jejich plná jména.

Nabízené služby:

- výměna injekčního materiálu
- distribuce kondomů a zdravotnického materiálu
- první pomoc a minimální zdravotní ošetření
- poradenské služby a krizová intervence
- motivační trénink
- informační materiály, včetně časopisu *Dekontaminace*
- zprostředkování služeb jiných zařízení
- sociální poradenství

Pracovníci se v terénu setkávají se situacemi, kdy si těhotné ženy aplikují drogy, ženy s miminkem v kočárku si z toaletní taštičky vytahují jehly k výměně, tatínkové na vycházce s tříletým dítětem nakupují drogy a mění injekční jehly. Terénní pracovníci musejí řešit, co mají v takové situaci dělat, jak účinně intervenovat, respektovat zákonná omezení a zároveň si zachovat důvěru klientů – viz dále příklady dobré praxe.

Kontaktní centrum (dále KC)

Obecné cíle:

- ✓ navázání kontaktu se skrytou populací uživatelů drog a vytvoření vzájemné důvěry mezi ní a pracovníky Kontaktního centra
- ✓ prohloubení navázaného kontaktu zaměřujícího se především na změnu rizikových vzorců chování klientů
- ✓ pomoc klientům získat, udržet, a pokud možno posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě
- ✓ zajištění podmínek potřebných k „přežití“ (zabezpečení základního zdravotního, hygienického a vitaminového servisu, pracovní programy apod.)
- ✓ sociální stabilizace klientů, pomoc v krizi, poradenství rodinám či jiným blízkým osobám uživatelů, zvýšení informovanosti klientů a odborné i laické veřejnosti

Speciální adiktologické služby:

- programy snižování zdravotních a sociálních rizik (výměnný program injekčních stříkaček, informace o bezpečném brání a bezpečném sexu)
- motivační trénink a předléčebné poradenství
- diagnosticko-diferenciální filtr a zprostředkování všech typů ambulantní i rezidenční léčby (včetně detoxifikace)

S těhotnými ženami a rodiči dětí se pracovníci setkávají nejčastěji, když klientka KC otěhotní, přijde do KC s podezřením na těhotenství nebo s už potvrzeným těhotenstvím (často ji nasměrují kamarádky nebo známé, které jsou klientkami KC, ale také terénní programy, PMS, sociální pracovníci z jiné služby).

4.2 *Ambulantní a stacionární služby*

Denní stacionář (dále DST) – je ambulantní, převážně psychoterapeuticky orientované pracoviště.

Obecné cíle:

- ✓ zajistit v ambulantních podmínkách včasnou, komplexní a dostatečně intenzivní léčbu vedoucí k trvalé změně životního stylu klienta (abstinence a sociální integrace).

- ✓ zajistit léčbu kontinuální, tj. navazující na terénní programy a kontaktní centra, kombinující se v nezbytných případech s ústavní či rezidenční léčbou a pokračující v doléčovacím programu
- ✓ konečným cílem je životní stabilizace a lepší kvalita života klienta s důrazem na abstinenci od návykových látek, která je potřebnou, ne však jedinou podmínkou.

DST je určen zejména klientům motivovaným pro vstup do léčby, jejímž konečným cílem má být změna životního stylu, včetně úplné abstinence od původní drogy a spouštěcích návykových látek.

Specifickou cílovou skupinou jsou **těhotné ženy a matky** (s dítětem v péči vlastní nebo jiné osoby či instituce) se zájmem o celkové řešení situace své i dítěte, se zájmem o léčbu, případně o nástup do Terapeutické komunity Karlov.

V DST mohou klientky-matky navštěvovat:

- individuální poradenství a psychoterapii (1–2× týdně)
- speciální program týkající se výchovy a péče o dítě a nácvik výchovných dovedností
- tříměsíční stacionární intenzivní léčbu
- rodinná a párová sezení a psychoterapii
- motivační skupinu (2× týdně)

Těhotným ženám a matkám s dětmi dále DST nabízí kromě standardních služeb v rámci specializovaného programu:

- řešení drogové problematiky: poradenství, motivační práce, psychoterapie, prevence relapsu
- ambulantní a stacionární léčbu závislosti
- zprostředkování nástupu do rezidenční léčby pro matky s dětmi v Terapeutické komunitě Karlov
- zprostředkování substituční léčby
- informace o vlivu užívání drog v těhotenství
- zprostředkování komplexní zdravotní péče pro těhotnou ženu, matku i dítě
- bezplatné testování těhotenství
- emoční podporu a provázení
- řešení specifických ženských otázek a poradenství v oblasti intimních vztahů
- podporu rodičovství, péče o děti a rozvíjení rodičovských kompetencí
- psychologickou a pedagogickou pomoc pro děti, případně její zprostředkování
- provázení při snaze získat odebrané dítě zpět do vlastní péče
- sociální a právní servis
- poradenství v oblasti sociálně-právní ochrany dětí

- poradenství v oblasti finančních otázek rodiny
- pomoc a asistenci při jednání s institucemi a úřady (soudy, OSPOD, porodnice, kojenecké ústavy)
- napojování na zdroje dalších služeb (např. pracovní agenturu) a na nedrogovou síť (např. mateřská centra)
- základní materiální pomoc

Zprostředkování nástupu do léčby v Terapeutické komunitě Karlov

DST zprostředkovává a koordinuje nástup do komunity, vede pořadník a poskytuje přednástupní péči. Vzhledem k tomu, že se jedná o pobytovou odvykací léčbu drogové závislosti společně s dětmi, je přednástupní péče komplikovanější a je třeba klientce s nástupem do komunity aktivně pomáhat a zároveň spolupracovat v některých případech s orgány sociálně-právní ochrany dětí a s dalšími institucemi. Klientky z Prahy či blízkého okolí kontaktují DST osobně, proberou, zda je tato volba vhodná, a postupně zde vyřizují veškeré potřebné kroky. U klientek z větší vzdálenosti je třeba, aby nástup zařizovalo protidrogové zařízení (např. kontaktní centrum, psychiatrická léčebna) v místě pobytu klientky, které se s DST spojí, bude mít možnost odborných konzultací a vedení při dalším postupu.

Specializované ambulantní služby (dále CADAS) – do projektu zařazeny jako model ambulance poskytující zdravotnické služby; některé klientky zde využívaly služeb psychiatrických či substitučních.

Obecné cíle

- ✓ pomoci klientům-uživatelům drog zvládnout psychické problémy
- ✓ pomoci jim vysadit drogu a detoxifikovat
- ✓ pomoci substituční látkou těm, kteří chtějí plně abstinovat od nelegálních drog, ale nedokážou nebo nemohou abstinovat
- ✓ klientkám-matkám a těhotným klientkám pomoci ve spolupráci s dalšími zařízeními lépe fungovat tak, aby se mohly o své dítě, respektive budoucí dítě, přiměřeně starat
- ✓ u klientů, kteří mají sociální problémy či problémy se zaměstnáním, nastartovat proces, který bude vést ke změně tohoto stavu

Nabízené služby:

- program ambulantní psychiatrické péče (psychiatrické vyšetření, psychoterapie, farmakoterapie, sociální poradenství)
- program ambulantní detoxifikace (psychiatrické vyšetření, farmakoterapie, podpůrná psychoterapie, sociální poradenství)
- program dlouhodobé substituce (psychiatrické vyšetření, farmakoterapie – podávání substituční látky, podpůrná psychoterapie individuální a skupinová, sociální poradenství)
- podpůrná psychiatrická péče pro rodinné příslušníky závislých

4.3 *Terapeutická komunita Karlov, program pro rodiče s dětmi (dále TKK)*

Základním cílem léčebného programu v terapeutické komunitě je integrace a plnohodnotné zapojení klientky-matky do běžného života, kde základním prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence.

Obecné cíle:

- ✓ zvýšení odpovědnosti klientů za své jednání, zvýšení odolnosti proti selhání
- ✓ získání základních sociálních dovedností, komunikačních dovedností
- ✓ osvojení si pracovních a hygienických návyků
- ✓ přijetí a poznání sebe sama, získání náhledu na své dosavadní chování, na své možnosti a limity
- ✓ emoční stabilizace klienta; zlepšení zdravotního stavu, zvýšení fyzické a psychické kondice
- ✓ stabilizace sociální situace klienta

Specifické cíle u skupiny matek:

- ✓ vytvoření pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem
- ✓ přijetí role matky; výchova k rodičovství a partnerství
- ✓ osvojení si základních dovedností v péči o dítě
- ✓ nalezení a upevnění místa matky v primární rodině či ve zdravém a funkčním partnerském vztahu
- ✓ získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby

Specifické cíle u skupiny dětí:

- ✓ zajištění láskyplné péče matky v období jejího léčení
- ✓ diagnostika zdravotního stavu dítěte a v případě potřeby zajištění jeho adekvátního léčení
- ✓ zajištění odpovídající výchovy, a tím vývoje dítěte
- ✓ zajištění speciální péče o dítě v případě jeho speciálních potřeb (zdravotní či jiná omezení)

Cílová skupina:

- těhotné ženy závislé na drogách, věk nehraje roli
- drogově závislé matky s dětmi (závislá je matka, ne dítě); věk matky ani věk dítěte nehraje roli, matka může mít v léčbě jedno či dvě děti

- matky se soudně nařízenou léčbou
- matky, jimž bylo dítě na základě předběžného opatření či soudního rozhodnutí odebráno z péče; v těchto případech je nutný souhlas OSPOD (odboru sociálně-právní ochrany dětí) či jiného zákonného zástupce dítěte s pobytem dítěte v zařízení

Hlavním prostředkem léčby je samotný život v terapeutické komunitě, který nabízí otevřenou komunikaci mezi klienty a personálem, spoluúčast klientů na rozhodovacích procesech v komunitě a společenství, které přirozeně vede ke změně škodlivých vzorců chování.

Základní prostředky léčby:

- skupinová terapie – léčba je založena především na skupinové psychoterapii; klient týdně absolvuje 22 hodin skupinové terapie
- režim a pravidla – celý program je pevně strukturován, je vytvořena podrobná vnitřní legislativa a definováno pět kardinálních pravidel, při jejichž porušení je klient z komunity vyloučen
- pracovní terapie – je zaměřena především na zabezpečení vlastního chodu domu (vaření, hospodářství, zvířata, zahrada, úklid, praní, svépomocné opravy domu a zařízení, údržba) a pracovní činnost v rámci brigád a pracovních poměrů mimo komunitu; jejich cílem je získání pracovních návyků a dovedností
- výchova a vzdělávání – v oblasti výchovy jde především o trénink odpovědnosti, dále o získání hygienických, pracovních a společenských návyků; příprava plánů týdenních, měsíčních, finančních
- volnočasové aktivity – víkendové a týdenní zátěžové a zážitkové akce, sportovní aktivity
- sociální služby – hlavním cílem sociální práce v rámci léčby v TKK je odstranění negativních sociálních důsledků drogové kariéry, které ovlivňují současný život klienta; více viz kapitola 7.2
- individuální psychoterapie – využívá se k doplnění skupinové práce a ve výjimečných případech a situacích
- rodinné poradenství a terapie – jednak formou rodičovských skupin, které mají především charakter skupinového poradenství (konají se jednou měsíčně v Praze), a jednak formou rodinného poradenství v rámci návštěv rodiny v komunitě
- zdravotní péče – jsou zajištěny služby psychiatra v rámci TKK, mimo komunitu pak služby praktického lékaře, pediatra, gynekologa, hepatologa a stomatologa, kteří poskytují kontinuální péči během pobytu klientů a dětí v komunitě
- psychiatrická péče – komunita externě spolupracuje s psychiatrem, který zajišťuje vstupní psychiatrická vyšetření a v případě potřeby poskytuje péči a medikaci klientům s psychiatrickým onemocněním

4.4 Doléčovací centrum s chráněným bydlením (dále DC)

Doléčovací centrum nabízí možnost účastnit se doléčovacího programu v ambulantní nebo pobytové formě, případně programu podporovaného zaměstnání. Základním prvkem je prostřednictvím podpůrných, poradenských, terapeutických a svépomocných aktivit snižovat riziko relapsu drogové závislosti a podpořit udržení a další rozvíjení pozitivních změn, k nimž u klienta došlo před vstupem do doléčovacího programu. Matkám-bývalým uživatelkám návykových látek, včetně kombinace se závislostí na alkoholu a gamblingu, je umožněno absolvovat program chráněného bydlení společně s dítětem (dětmi), musejí však splňovat podmínku ukončené střednědobé nebo dlouhodobé léčby v délce minimálně 3 měsíců.

Obecné cíle:

- ✓ pomoci klientce obstát v podmínkách běžného života
- ✓ orientovat proces doléčování na hledání a řešení nového vlastního místa ve společnosti – např. bydlení, práce/studium, volný čas, přátelé, odpočinek, partnerské vztahy a sociální kontakty
- ✓ podpořit samostatnost a sebedůvěru klientky
- ✓ podpořit osobnostní růst a dokončení celého léčebného procesu
- ✓ pomoci při zapojení do pracovního procesu
- ✓ pomoci při řešení sociálních a právních problémů
- ✓ podpořit dosažení osobní spokojenosti a přijetí sebe samé (naučit se přijímat osobní výhry i prohry, dokázat myslet na budoucnost, plánovat a hodnotit)
- ✓ pomoc v krizových situacích
- ✓ pomoc rodinám a blízkým našich klientek
- ✓ pomoc zajistit a zdokonalit se v péči o dítě

Specifické cíle:

- ✓ umožnit klientce odpoutat se od léčebného zařízení a rodiny a učit ji žít samostatně
- ✓ podpořit rozvoj praktických dovedností souvisejících se samostatným životem
- ✓ nabídnout přechodné ubytování v chráněných podmínkách usnadňující přechod z léčebného zařízení do běžného života

Cílovou skupinu tvoří klientky s diagnózou závislosti na nealkoholových drogách, případně s kombinovanou závislostí na alkoholu a nealkoholových drogách, a to konkrétně:

- klientky starší 15 let
- klientky motivované k dalšímu životu bez návykových látek
- klientky, které absolvovaly ambulantní nebo pobytovou léčbu a řádně ji ukončily

- klientky, které ambulantní nebo pobytovou léčbu nedokončily a splňují podmínku abstinence od nelegálních drog a alkoholu souvisle po dobu minimálně 3 měsíců
- klientky bez předchozí léčby za předpokladu, že souvisle abstinují od nelegálních drog a alkoholu po dobu nejméně 3 měsíců (těm, které abstinují kratší dobu, je nabízena specifická individuální ambulantní péče; po stabilizaci a dosažení délky abstinence je možné zařadit je do strukturovaného doléčovacího programu)
- rodiče, rodinní příslušníci a partneři klientů DC
- děti klientek v ambulantním programu nebo v programu chráněného bydlení pro matky s dětmi

Základní metody:

- skupinová podpůrná psychoterapie a poradenství
- rodinné a párové poradenství/terapie
- individuální poradenství
- krizová intervence
- prevence relapsu
- chráněné bydlení
- socioterapie
- sociální práce a asistence
- klubové a volnočasové aktivity
- podporované zaměstnání

5. Spolupracující organizace

Rodinnou situaci s rodičem-uživatelem návykových látek a malými dětmi je nutno řešit s ohledem na komplexnost problematiky ve spolupráci řady odborníků a institucí. Uvádíme jen ve zkrácené formě, které státní orgány se na řešení podílejí.

V současné době vykonává největší podíl činností spadajících do problematiky péče o ohrožené děti **Ministerstvo práce a sociálních věcí**. Tyto činnosti jsou realizovány v rámci sociálně-právní ochrany dětí (jedná se zejména o právní, metodickou a kontrolní činnost v oblasti sociálně-právní ochrany dětí). Sociálně-právní ochrana náleží podle zákona 359/1999 Sb. § 2 všem dětem, které se nacházejí na území ČR bez ohledu na státní občanství.

V systému péče o ohrožené děti je dále zapojeno **Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy**, kde se jedná zejména o činnosti související s agendou dětských domovů, dětských domovů se školou, diagnostických ústavů a výchovných ústavů. MŠMT v souvislosti s Národním akčním plánem k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011 (NAP) zpracovalo Rámcovou koncepci v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních, kde je jako jeden z cílů uvedeno snížení počtu dětí dlouhodobě umístěných ve všech typech ústavní péče, a to za předpokladu posílení preventivní složky práce s ohroženými dětmi a jejich rodinami, podpory rozvoje a dostupnosti souvisejících služeb, včetně vytvoření sítě specializovaných ambulantních služeb, s těžištěm v profesionální péči orientované na potřeby dítěte a práci s celým rodinným systémem.

Ministerstvo zdravotnictví se mimo jiné věnuje restrukturalizaci kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let s ohledem na optimalizaci potřeb konkrétního dítěte, podpoře preventivních programů pro děti a mládež, prevenci, včasné diagnostice a léčbě při zanedbávání, zneužívání, týrání, komerčním a sexuálním zneužívání dětí a mladistvých.

Ministerstvo vnitra se v rámci své působnosti zaměřuje na problematiku odhalování, vyšetřování a objasňování trestné činnosti dětí a páchané na dětech.

Vláda ČR se od roku 1999 opakovaně zabývala problematikou ohrožených dětí. První vládní materiály byly zaměřeny na děti delikventní a predelikventní, od roku 2004 byla pozornost rozšířena na děti ohrožené, a to bez ohledu na typ ohrožení. V roce 2009 byl uveden do praxe **Systém včasné intervence MV** (SVI), kterým nejenom policisté, ale i další subjekty (školy, zdravotnická zařízení aj.) předávají informace o dítěti orgánům sociálně-právní ochrany dětí obcí s rozšířenou působností [dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/hodnoceni-systemu-pece-o-ohrozene-deti-narodni-projekt-systemu-vcasne-intervence.aspx>].

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (dále jen Národní strategie 2010–2018), kterou vláda České republiky schválila svým usnesením č. 340 ze dne 10. května 2010, se otázkou dětí uživatelů přímo nezabývá a ani ji neuvádí mezi aktivitami v uvedeném období sledovanými a podporovanými. Žádný z dokumentů však existenci specifické a vysoce ohrožené skupiny dětí definovaných užíváním návykových látek jejich rodiči nepředpokládá, a tudíž z nich ani nevyplývají strategie či koncepční aktivity zaměřené na tyto rodiny.

Nejčastější okolnost evidence dětí uživatelů drog bývá v souvislosti s narozením dítěte drogově závislé matce. O porodu rodičky užívající návykové látky informuje personál nemocnice příslušné oddělení sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). To kontaktuje matku, případně členy širší rodiny, zjistí okolnosti a podmínky, do kterých by se matka s dítětem případně vracela. Po dobu hospitalizace matky a dítěte v porodnici probíhá **spolupráce** příslušného oddělení s lékaři a dalšími odborníky adiktologických služeb, což slouží k výměně a ověření informací a zjištění možných řešení. S matkou, případně s otcem (velmi často nejsou otcové uvedeni), jednájí tito pracovníci jak v nemocnici, tak v terénu.

Pokud je příznivý vývoj dítěte či jeho život vážně ohrožen nebo narušen, je na návrh OSPOD vydáno podle ustanovení § 76a občanského soudního řádu předběžné opatření. Soud je povinen o návrhu rozhodnout bezodkladně nejpozději do 24 hodin od podání návrhu. V případě, že matka nejeví po porodu o své dítě zájem či není ochotna svou závislost či zneužívání návykových látek, které byly po porodu u dítěte prokázány, řešit, může být dítě po propuštění ze zdravotnického zařízení **předběžným opatřením** svěřeno do zařízení pro výkon ústavní výchovy, do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo do péče fyzické osoby. V současné době má asi 50 % dětí (ústní sdělení prim. Lukešová) umístěných v Dětském centru při FTN v Praze potvrzenou pozitivní anamnézu užívání drog u rodičů.

Předběžné opatření tak poskytuje matce dobu (nejčastěji tři měsíce), ve které má možnost svou situaci řešit, a to především ve spolupráci s léčebnými a odbornými zařízeními. V případě, kdy matka, resp. rodiče nejsou vzhledem k užívání drog schopni zajistit péči a výchovu o dítě, nařizuje soud na základě zákona 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí § 6a, na návrh orgánů sociálně-právní ochrany dětí ústavní výchovu či svěřuje dítě do péče blízké osoby. V současné době není v příslušných zákonných a legislativních nařízeních či pokynech bližší specifikace týkající se zneužívání drog rodiči, což umožňuje podle našeho názoru značný prostor pro subjektivní vnímání situace ohrožení. Dítě drogově závislé matky je z pohledu zákona vnímáno jako dítě týrané, zanedbávané či zneužívané.

Dochází k obtížně řešitelným situacím, kdy **není jednotný názor** na to, zda rodiče jsou, či nejsou s ohledem na své užívání drog péči o dítě schopni vykonávat. Není jasně specifikovaná míra a rozsah užívání návykových látek ohrožující péči o dítě, což vede k nejednotnosti v rozhodování ohledně poskytnutí sociálně-právní ochrany dětem rodičů, u kterých bylo užívání drog potvrzeno. Tento fakt konstatuje i Národní akční plán MPSV k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009–2011, kde se uvádí, že v systému práce s ohroženými dětmi a rodinami v České republice zcela chybí komplexní a validní informace (kvantitativní i kvalitativní) popisující strukturu klientů, personální, finanční zajištění a řízení systému. Dále se uvádí, že zejména specializované odborné služby (např. dětská psychiatrie), ale i běžné terénní služby (např. poradenství, doprovázení) jsou v některých regionech nedostupné.

V průběhu projektu se osvědčilo vytvořit seznam konkrétních spolupracujících pracovišť a odborníků, protože je zřejmé, že řešení dané problematiky vyžaduje ochotu a osobní nasazení všech zúčastněných. Seznam přikládáme spíš jako ukázkou toho, nakolik je tato spolupráce multidisciplinární. V seznamu neuvádíme konkrétní pracoviště, protože jsou dána bydlištěm klienta.

Spolupracující organizace a instituce

- *Sociální odbory úřadů městských částí Prahy a pověřených obcí*

Primárně hájí zájmy dítěte, koordinace společného postupu v systému klientka – dítě.

- *Prenatální poradny a porodnická oddělení nemocnic*

Na základě vzájemné dohody jsou těhotné klientky posílány do péče specializovaného pracoviště (v Praze nejčastěji DST). Během poporodní hospitalizace matky-uživatelky drog kontaktují osobní návštěvou našeho pracovníka a kontakt s klientkou je navázán už v porodnici, nebo je klientka do DST porodnicí odeslána.

- *Dětské centrum*

Vzájemná spolupráce u klientek, kterým zde byly umístěny děti – dětské centrum posílá matky s drogovou anamnézou do DST; přijímá abstinující klientky na pobyt či zácvk k dítěti; koordinace společného postupu v systému klientka – dítě (DST, DC, TK Karlov).

- *Dětské domovy, Fond ohrožených dětí (Klokánky)*

Koordinace společného postupu v systému klientka – dítě, je-li dítě klientky umístěno v ústavní péči v tomto zařízení.

- *Organizace poskytující podporu a praktickou pomoc rodičům (Střep, o. s., HOSt, o. s., aj.)*

V indikovaných případech se využívá jejich podpůrných služeb poskytovaných klientkám přímo v jejich bydlišti.

- *Speciální mateřská škola (např. Praha 8)*

V případě akutních situací přijímají děti klientek na denní pobyty.

- *Dětský lékař*

Koordinace společného postupu v systému klientka – dítě, komunikace o specifické problematice.

- *Centrum pro léčbu virových hepatitid*

Infekční vyšetření a léčba klientek, např. FN Motol aj.

- *Psychiatrická léčebna – pavilon pro ženy léčící se ze závislosti (v případě, kdy stav matky vyžaduje hospitalizaci či zaléčení somatických potíží)*

- *Úřady práce*

- *Občanská poradna*

- *Probační a mediační služba*

- *Azylové domy*

- *Psychiatr*
- *Dětský psycholog*
- *Terapeutická komunita (TK Karlov – společná léčba matek s dětmi, jinde – léčba bez dětí)*
- *Centrum substituce a detoxifikace (např. SANANIM, Drop In)*
- *Organizace poskytující služby drogově závislým osobám (adresář např. na www.drogy.net a www.drogy-info.cz)*
- *Lékaři (praktický, infekční, gynekolog, zubař atd.)*
- *Rodina klientky*

6. Tým – výběr, profil pracovníků (pozice, kompetence)

6.1 Výběr týmu

Do projektu byli vybíráni pracovníci jednak s ohledem na zkušenosti s drogově závislými klienty a jednak s určitou erudicí, ale i ochotou a zájmem o problematiku dětí z těchto rodin. Podmínkou zapojení do projektu byla dobrovolnost a také reference pracovního okolí. Pracovníci byli zároveň součástí pracovních týmů v konkrétním zařízení a zbytkem úvazku se podíleli na běžném provozu. Byli tak v každodenním kontaktu s dalšími kolegy a podíleli se i na nastavení celého pracoviště k dané cílové skupině.

Pro nízkoprahové služby se osvědčilo zapojení zdravotní sestry a adiktologa, pro léčebné a terapeutické služby spolupráce sociální pracovníce, psychologa a psychoterapeuta s adiktologickou erudicí.

Spolupracující odborníci, do projektu dodatečně zařazení, byli vybíráni především z osob, s kterými byla už v minulosti navázána spolupráce a ve které se osvědčili.

6.2 Profil zúčastněných pracovníků

Tabulka 1 – Pracovníci zařazení do projektu

Pozice	Rozsah činnosti (typ úvazku, počet hodin měsíčně apod.)	Kvalifikace
case manager	1,0	VŠ, PhDr., obor psychologie a adiktologie, s dlouholetou zkušeností v oboru, psychoterapeutický a supervizní výcvik
pracovník Terénních programů	0,25	Bc., obor speciální pedagogika a vychovatelství, dětská zdravotní sestra, se zkušeností v terénní práci s uživateli drog, výcvik v krizové intervenci

pracovník Kontaktního centra	0,25	Bc., obor adiktologie, se zkušeností v nízkoprahových službách a v kontaktních centrech s uživateli drog na ulici
pracovník TK Karlov	0,25	VŠ, Mgr., obor sociální práce, s dlouhodobou zkušeností v oboru, výcvik ve videotréninku
pracovník Doléčovacího centra	0,25	VŠ, Mgr., obor sociální práce, s dlouholetou zkušeností v oboru, psychoterapeutický výcvik a výcvik v krizové intervenci
pracovník Denního stacionáře	0,25	VŠ, Mgr., obor sociální práce, psychoterapeutický výcvik
dětský psycholog (1 pro děti v chráněném bydlení, 2 pro děti ambulantní)	DPP, OSVČ	VŠ, PhDr., obor psychologie, specializace klinická a dětská psychologie, výcvik, zkušenosti s dětmi s poruchami chování, s diagnostikou, specializace na vývojovou psychologii
fyzioterapeut	OSVČ	SZŠ a nástavbové studium IPVZ Brno, výcvik v European School for Biodynamic Psychology, lektorský výcvikový kurz masáží dětí a kojenců I. a II.
laktační poradkyně	bezplatně	SZŠ, zdravotní sestra, kurz pro laktační poradce
koordinátor projektu	0,25	SŠ, koordinátor s praxí s administrací projektů

6.3 Odborné a osobnostní kompetence pracovníků

Potvrdilo se, že nezbytným předpokladem je jednak odborná erudice se schopností překročit svou úzkou specializaci, jednak schopnost kombinace odlišných přístupů podle individuálních potřeb klientů. Vedle dalších předpokladů, jako je **empatie, emoční stabilita, vyřešený vztah k návykovým látkám a schopnost týmové spolupráce**, je výhodou i určitá **osobnostní zralost, životní zkušenost a schopnost nadhledu**. Při výběru pracovníků se vycházelo z našich zkušeností, že ne každý může pracovat s touto cílovou skupinou, ať už proto, že mu chybí už zmíněný určitý odstup, nebo se ho situace dětí, často velmi malých, osobně dotýká.

Všichni zapojení pracovníci měli s cílovou skupinou uživatelů i dětí zkušenosti a byli si vědomi i případných rizik, která může intenzivnější práce přinést. Tato profesní zkušenost byla značným přínosem v tom, že se značnou částí klientů už byl předtím navázán kontakt, případně vytvořena důvěra. Výběru pracovníků pomohlo i to, že v adiktologických službách v nestátních organizacích je zcela běžné, že probíhá pravidelná vnější supervize.

U spolupracujících externích odborníků se ukázalo jako důležité, aby měli k uživatelům návykových látek vyřešený a profesionální vztah bez předsudků, obav a odsuzování.

7. Metody práce a psychodiagnostické nástroje

7.1 *Charakter a principy práce*

Charakter práce vyplývá především z fáze, ve které se rodič nachází, a koresponduje s typem služby. V nízkoprahových službách jde především o **vyhledávání** rizikové populace, tj. uživatelů s dětmi nebo těhotných žen, motivování ke změně jejich současného způsobu života a poskytnutí základního poradenství a zprostředkování služeb jiných zařízení, včetně dopravení do těchto institucí.

V ambulantních a rezidenčních službách jde kromě komplexní léčby rodiče-uživatele také o získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a o upevnění vzájemného vztahu. V doléčovacích programech je cílem osamostatnění v praktickém životě a zdokonalení se v péči o dítě. Pokud jde o práci s širším okolím, je jedním z nejdůležitějších principů pomáhajících institucí pokus o **sanaci rodiny**. Potvrzuje se, že úspěch sanace bývá jednak podmíněn zajištěním primárního kontaktu matky a dítěte po porodu a jednak případnou podporou širšího rodinného zázemí a následnou koexistencí metod a nástrojů.

7.2 *Sociálně-právní rámec práce s těhotnými ženami a matkami-uživatelkami drog z pohledu sociálních pracovníků v adiktologických službách*

Cílem práce s klientkami-matkami je **paralelní řešení** drogové závislosti a sociálně-právní problematiky související s dítětem.

V sociální oblasti se zejména řeší:

1. **Otázky sociálně-právní ochrany dětí** – spolupráce především s příslušnými státními institucemi (oddělení sociálně-právní ochrany dětí na obecních úřadech/úřadech městských částí pověřených výkonem státní správy). Motivací a podnětem k léčbě bývá u těchto klientek často obava z restriktivních opatření orgánu sociálně-právní ochrany dětí či už jejich realizace. Klientky bývají ve většině případů evidovány sociálními odbory těchto obcí, nad

výchovou jejich dětí bývá stanoven soudní dohled, nezřídká je dítě odebráno z jejich péče do péče jiné osoby či péče ústavní. Mnohé klientky se na drogové zařízení obrátí právě na popud sociálního odboru či kojeneckého ústavu, často bývá těmito institucemi kontakt klientky s adiktologickým zařízením stanoven jako požadavek.

2. Řešení komplikované sociální situace klientky a jejího dítěte – otázky rodinného zázemí, finanční, bytové, trestněprávní atd.

Klientky se na DST obrazejí buď těhotné, nebo už s dětmi, nezřídká přeposlány jiným protidrogovým zařízením (např. terénními programy, kontaktními centry).

Typické případy

Těhotná klientka

V 10 tt, 27 let, abúzus pervitinu, i. v., otec dítěte neznámý.

Nemá stálé bydliště, přebývá v různých bytech či na ulici; je trvale hlášena na úřední adrese obce.

Nemá legální příjem, nikdy nepracovala.

Trest 250 hodin obecně prospěšných prací (za krádeže), uloženo před 6 měsíci.

Dluhy zdravotní pojišťovně 80 000 Kč; dopravní podnik 6 pokut, nezná aktuální stav; tzv. rychlá půjčka 50 000 Kč (na sebe pro partnera); nezaplacený paušál na mobil, který jí byl ukraden.

Varianty řešení

A. Klientka si chce dítě nechat

Možnosti postupu:

- ambulantní kontakt v DST
- léčba v DST
- přednástupní péče v DST za účelem nástupu do léčby v Terapeutické komunitě Karlov

Indikaci léčby doporučuje odborný pracovník v oblasti závislosti s ohledem na motivaci klientky.

1. Snažíme se zkoordinovat s klientkou a lékařským zařízením řádnou *prenatální péči*, nejlépe se spolupracujícím a problematiky znalým zařízením, v Praze např. FN Motol.

Dbáme také na celkovou péči o její zdravotní stav – tj. návštěva praktického lékaře, zubaře, vyšetření na infekční nemoci.

2. Vedeme klientku k řešení a stabilizaci sociální situace – zajištění alespoň minimálních bytových a hygienických životních podmínek, pravidelného finančního příjmu (většinou ze sociálních dávek).

O míře řešení níže uvedených otázek sociálního zabezpečení rozhoduje plán dalšího postupu. Pokud se klientka chystá nastoupit léčbu v TKK, zajišťujeme sociální situaci jen v nezbytném rozsahu (vyřízení dokladů, podání žádosti o dávky), aby nedošlo k oddalování nástupu léčby, zbylé záležitosti jsou posléze vyřizovány z komunity.

Sociální zabezpečení klientky:

- ✓ Platné doklady – OP, kartička pojišťovny, rodný list
- ✓ Bydlení – azylové bydlení, podnájem, pobyt u rodičů či rodiny
- ✓ Zaměstnání nebo evidence na úřadu práce
- ✓ Sociální dávky – tzv. pomoc v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, případně mimořádná okamžitá pomoc). Pokud klientka nikdy nepracovala, nemá před porodem (8–6 týdnů) nárok na dávku peněžité pomoci v mateřství. Zůstává dále příjemcem dávek hmotné nouze.
- ✓ Trestní záležitosti – zmapování trestněprávní situace a řešení výkonu OPP – spolupráce s PMS (motivace k odpracování či dohoda o odložení výkonu)
- ✓ Dluhy – zmapování kontaktem s dotčenými institucemi, výše dluhů a jejich stav, pokud už nařízeny exekuce, komunikace s exekutory, vyřízení splátkových kalendářů spolu s doklady o nynějším stavu hmotné nouze
- ✓ SPOD – v III. trimestru posléze možná komunikace s příslušným oddělením sociálně-právní ochrany dětí, vytvoření společného plánu postupu po narození dítěte

3. Zprostředkováváme *detoxifikaci a nástup do léčby* v DST nebo TK Karlov.

B. Klientka se rozhoduje pro ukončení těhotenství

Provázení klientky situací a dodání potřebných informací. Je třeba požádat písemně u obvodního gynekologa nebo na specializovaném pracovišti (souhlas rodičů nutný jen do 16 let, do 18 let zdravotnické zařízení posléze zákonného zástupce informuje). Možno do 12. tt (později jen z psychiatrické či zdravotní indikace). Jedná se o placený výkon (vyjma psychiatrické indikace), kolem 2000–4000 Kč.

C. Klientka se rozhoduje pro adopci

Provázení klientky situací a dodání potřebných informací. Je vhodné domluvit adopci ještě před porodem na příslušném OSPOD a upozornit ženu, že souhlas se poskytuje na příslušném OSPOD 2× (!!!) – ihned po porodu a po uplynutí šestinedělí; adopci dítěte pak schválí soud.

Klientka s dítětem

27 let, abúzus pervitinu, i. v.

Má dceru 3 roky, která byla před dvěma lety svěřena do péče babičky (klientčiny matky); klientka je s dcerou a svou matkou v kontaktu, dochází na příležitostné návštěvy. Před 10 dny se jí narodilo druhé dítě, novorozený syn byl z porodnice rovnou umístěn předběžným opatřením do dětského centra (kojeneckého ústavu).

Otcové obou dětí jsou různí, oba dlouhodobí aktivní uživatelé drog, nezaměstnaní.

Klientka nemá stálé bydliště, přebývá v různých bytech či na ulici; je trvale hlášena na úřední adrese obce. Nemá legální příjem, nikdy nepracovala.

Trest 250 hodin obecně prospěšných prací (za krádeže), uloženo před 6 měsíci.

Dluhy u zdravotní pojišťovny 80 000 Kč; dopravní podnik 6 pokut, nezná aktuální stav; tzv. rychlá půjčka 50 000 Kč (na sebe pro partnera); nezaplacený paušál na mobil, který jí byl ukraden.

Možnosti postupu:

- ambulantní kontakt/léčba v DST + vlastní denní péče o dítě
- ambulantní kontakt/léčba v DST + příležitostný kontakt s dítětem (pečuje o něj jiná osoba nebo zařízení)
- přednástupní péče v DST za účelem nástupu do léčby v TKK

Pokud je možno zajistit hlídání dětí, jejich umístění do jeslí, školky nebo dítě není v osobní péči klientky, mohou klientky nastoupit do DST. Další variantou je také umístění dítěte v kojeneckém ústavu (dětském centru) a přijetí matky na pobyt k němu.

V případě, že tato možnost není nebo klientka není schopna fungovat v zařízení stacionárního typu nebo do něj není indikována, spolupracujeme úzce s TK Karlov, kde může klientka nastoupit do léčby v komunitě spolu s dítětem. DST poskytuje pražským matkám přednástupní péči pro nástup do TK Karlov, pro matky mimopražské tuto přípravu koordinuje ve spolupráci s protidrogovým zařízením v bydlišti klientky.

1. Řešíme témata sociálně-právní ochrany dětí a navazujeme **spolupráci s OSPOD**. Klíčovým krokem, který je třeba uskutečnit, je se souhlasem klientky navázat fungující spoluprací se zainteresovanými institucemi – především je to příslušný OSPOD a dále 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, případně získat souhlas s jejím nástupem do léčby společně s dětmi.

Možná právní opatření:

Dítě může být soudem bez souhlasu rodičů umístěno do péče jiné fyzické osoby nebo do zařízení tzv. *předběžným opatřením*, návrh na něj podává OSPOD obvykle po informaci porodnice (pediatra, školského zařízení). Rozhodnuto je obvykle do 24 hodin (ve zpomalené verzi do 7 dnů), bez ohledu na denní dobu, v nepřítomnosti rodiče dítěte a bez jeho souhlasu. Platnost předběžného opatření je 1 měsíc, může být prodloužováno na dobu max. 6 měsíců, mění se soudním rozhodnutím v řádném řízení – prodloužení/zrušení/nařízení ústavní výchovy/svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby.

Ústavní výchova – dítě umístěno do kojeneckého ústavu, dětského domova, zařízení pro výkon SPO (např. FOD). Je časově neomezená (do ukončení zletilosti dítěte), změna je možná pouze soudním rozhodnutím. 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 děti ve vlastní péči nemá. OSPOD může ve spolupráci se zařízením, kde je dítě umístěno, *vydávat propustky*. Matka si tedy může dítě umístěné do péče kojeneckého ústavu vzít na základě opakovaně prodloužované propustky na léčbu do TK Karlov. O změnu rozhodnutí o svěření dítěte žádají klientky většinou až po ukončení rezidenční léčby a po úspěšném absolvování prvních měsíců v doléčovacím programu. Také fyzické osoby, nejčastěji prarodiče dítěte, musí dát souhlas s návštěvami, s možností klientky o dítě pečovat a s formou péče, jakož i s pobytem dítěte v TTK spolu s matkou.

„Dítě právně volné“ – termín označuje situaci, kdy rodiče neprojevují o dítě umístěné v ústavní péči a) tzv. *žádný zájem* dva měsíce od jeho narození, nebo b) tzv. *opravdový zájem* šest měsíců kdykoli během života dítěte, nebo c) rodiče dali souhlas s osvojením. Ve všech případech je pak dítě volné pro řízení o osvojení.

V případech, že dítě zůstane formálně i nadále v ústavní péči (předběžné opatření bude posléze změněno na výkon ústavní výchovy) a jeho pobyt v TK Karlov umožní Dětské centrum, jež mu ve spolupráci s OSPOD vydá propustku, kterou bude opakovaně prodloužovat.

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

2. Vedeme klientku k **řešení a stabilizaci sociální situace** – zajištění alespoň minimálních bytových a hygienických životních podmínek, pravidelného finančního příjmu (většinou ze sociálních dávek).

O míře řešení sociálního zabezpečení rozhoduje plán dalšího postupu – pokud se klientka chystá nastoupit léčbu v TTK, zajišťujeme sociální situaci jen v nezbytném rozsahu (vyřízení dokladů, podání žádostí o dávky), aby nedošlo k oddalování nástupu léčby, a další je posléze vyřizováno z komunity.

Sociální zabezpečení klientky:

- ✓ platné doklady – OP, kartička pojišťovny vlastní i dítěte, rodný list vlastní i dítěte
- ✓ bydlení – azylové bydlení, chráněné bydlení, komunita, podnájem, pobyt u rodičů či rodiny

- ✓ sociální dávky
 - *má dítě v péči* – pokud klientka nikdy nepracovala, nemá nárok na dávku peněžité pomoci v mateřství, ale rovnou na státní sociální podporu (přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, případně sociální příplatek) a podle výše SSP možno žádat i pomoc v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, případně mimořádná okamžitá pomoc)
 - *dítě odebráno* – chápána jako „ne-matka“, postup je stejný jako u ženy bez dítěte či těhotné; nutná evidence na úřadu práce a možnost nárokovat dávky pomoci v hmotné nouzi
 - *dítě odebráno, ale klientka o něj fakticky pečuje* – musí být v evidenci úřadu práce, ale má nárok na rodičovský příspěvek a přeposílání přídavku na dítě od ústavní instituce dítěti, dále možnost nárokovat dávky pomoci v hmotné nouzi
- ✓ trestní záležitosti – zmapování trestněprávní situace a řešení výkonu OPP, spolupráce s PMS (motivace k odpracování výkonu či dohoda o jeho odložení); v případě trestu odnětí svobody možnost odkladu do věku 1 roku dítěte.
- ✓ dluhy – zmapování kontaktem s dotčenými institucemi, výše + stav, pokud už nařízeny exekuce, komunikace s exekutory, vyřízení splátkových kalendářů spolu s doklady o současném stavu hmotné nouze

3. Způsob práce s klientkou v DST – vzhledem k 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 nejdřív 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.

7.2.1 Práce s informacemi

A. Princip mlčenlivosti

Každý zaměstnanec podepisuje v rámci pracovní smlouvy souhlas s tím, že bude zachovávat mlčenlivost o všech informacích o klientech, které se dozví během své práce. Dále je tato mlčenlivost stanovena ve vnitřních předpisech o. s. SANANIM, v etických kodexech jednotlivých odborných profesí a v příslušných zákonech.

Listina základních práv a svobod v článku 10, odstavci 2, uvádí, že každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života.

Zdravotnictví:

Úmluva o lidských právech a biomedicíně v článku 10, odstavci 1, stanovuje, že každý má právo na respektování soukromého života v souvislosti s informacemi o jeho zdraví.

Zákon o péči o zdraví lidu, pod písmenem d, odstavce 2, § 55, ukládá zdravotnickým pracovníkům povinnost zejména zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděli v souvislosti s výkonem svého povolání s výjimkou případů, kdy skutečnosti sdělují se souhlasem ošetřované osoby, nebo kdy jsou této povinnosti zproštěni nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu.

Předmětem povinné mlčenlivosti jsou všechny skutečnosti, o kterých se zdravotnický pracovník dověděl. To se tedy vztahuje nejen na zdravotní stav pacienta, ale i na provedené nebo plánované diagnostické a léčebné výkony, na sociální věci, rodinné, pracovní a společenské záležitosti, které se pacienta týkají.

Sociální služby:

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 100, váže poskytovatele služby mlčenlivostí o všech získaných skutečnostech, a to i po ukončení pracovního procesu.

B. Zákonné prolomení

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník – podrobně viz příloha

§ 367 Nepřekážení trestného činu – povinnost překazit mimo jiné trestný čin týrání svěřené osoby a pohlavního zneužívání, dozv-li se o jeho přípravě či páchání hodnověrným způsobem

§ 368 Neoznámení trestného činu – povinnost oznámit spáchání mimo jiné trestného činu týrání svěřené osoby

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. ukládá povinnost sdělit na vyzvu OSPOD údaje potřebné pro poskytnutí sociálně-právní ochrany („součinnost“) a vyjímá z mlčenlivosti údaje o podezření z týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte.

C. Postup

Z výše uvedeného plyne, že personál je vázán mlčenlivostí, která může být prolomena pouze písemným, termínovaným a pro konkrétní osobu/instituci definovaným souhlasem klienta, zákonem definovanou výjimkou nebo z rozhodnutí soudce.

Poskytovatel může tedy údaje sdělit jiným subjektům jen s písemným souhlasem osoby, které jsou poskytovány služby. Je povinen si vyžádat souhlas klienta i pro navázání kontaktu s jinou institucí a sdělení informací týkajících se klienta.

Zařízení má tedy přesně definováno, jakou formou a jaké informace mohou být sdělovány vně, uvádíme příklad práce v DST:

- a. Každý klient je dotazován, **zda souhlasí** s tím, aby byl někdo z rodiny nebo blízkého okolí informován o jeho docházce, případně absenci v DST. Tento souhlas, případně nesouhlas stvrzuje **podpisem**. Stejný postup je zachováván u klientek-matek, které jsou dotazovány na souhlas poskytovat informace příslušným sociálním pracovníkům.

- b. Státní orgány (policie, soudy), které mají ze zákona právo se dotazovat na klienta ve zcela **výjimečných a právně odůvodněných případech** (např. podezření ze zneužívání dětí), musí tak učinit písemně se všemi náležitostmi. Písemnou formou je jim též odpovídáno, kopie je zakládána do chorobopisu klienta.
- c. Sdělované informace **se týkají výlučně docházky**, nikdy ne obsahu terapeutických sezení, porušování abstinence apod.

V praxi se osvědčuje nejen *dohoda s klientkou* ohledně postupu (**písemný souhlas** s typem poskytovaných informací, komu přesně, časový rámec), ale také odesílané písemnosti předem sdílet, přítomnost klientky u hovorů s dalšími zainteresovanými institucemi atd.

Bezpodmínečné je pak následné dodržování této úmluvy a striktní platnost **principu mlčenlivosti**.

V praxi narážíme na občasné nepochopení ze strany institucí hájících zájmy dítěte (především OSPOD), které nezřídka vyvíjejí tlak na neformální překročení pravidla mlčenlivosti ve všeobecném principu „zájmu dítěte“.

Klienti mohou vystupovat i *anonymně*, bez udání osobních údajů.

U **nezletilých osob** vstupuje do jejich práv zákonný zástupce, ale přihlíží se k jejich „rozmové vyspělosti“.

7.3 Psychoterapeutické a adiktologické postupy

V práci se závislou těhotnou ženou či matkou je třeba si uvědomit, že se dostala do velmi komplikované situace, kterou v naprosté většině případů nechtěla, neplánovala a kterou není schopna sama zvládnout, ale zároveň od ní i její blízké okolí očekává zralé a zodpovědné chování. Partner, často také uživatel, buď o dítě nejeví zájem, nebo ho sice chce, ale bez jakékoliv ochoty sám se měnit či partnerce pomáhat. Je důležité nezapomínat, že klientka je v mnoha ohledech běžná uživatelka drog, která obtížně hledá cestu k léčbě a abstinenci a zároveň je v zátěžové situaci se všemi sociálními problémy, nejistotou, pocity viny a navíc v konfrontaci s mateřskou rolí, se kterou není vyrovnána. Navíc zátěž a zodpovědnost je něco, co závislí klienti nezvládají a co bývá důvodem jejich relapsu. Pokud klientka má snahu řešit svou situaci, zastáváme postoj „snazšího nástupu na léčbu“, což je mimochodem trend vyspělých evropských zemí.

Dalším významným rizikem psychoterapeutického procesu je, že se pokoušíme klientku rychle „vyléčit“ a vrátit ji do mateřské role. Často se pak setkáváme s tím, že klientku kvůli dítěti vlastně přesvědčíme k léčbě dřív, než by k tomu sama dozrála a vnitřně se rozhodla, což přináší řadu rizik do budoucnosti.

Pro terapeuta bývá často těžké a velmi osobní mluvit s těhotnou klientkou nebo s matkou o tom, že lze dítě v nějaké formě i nechtít, odmítat a opustit, mluvit s ní např. o adopci, případně potratu, a přitom být pouze průvodcem a nekládat svá řešení a přesvědčení.

V procesu motivace klientů k léčbě je třeba:

- ✓ dodržovat vhodnost indikace léčby závislosti na návykových látkách (nezaměňovat za sociální pobyty), respektovat celkový psychický stav
- ✓ přihlížet k vlastní motivaci klientky
- ✓ přihlížet k zájmu dítěte

Základ práce tvoří osobní kontakt s klientkou (u mimopražských klientek telefonický či elektronický kontakt s místním zařízením, jež je s klientkou v osobním kontaktu).

Víc na [http://sananim.cz/denni-stacionar-\(dst\)/informace-pro-matky.html](http://sananim.cz/denni-stacionar-(dst)/informace-pro-matky.html).

7.4 Psychologické metody v práci s dětmi

Dětský psycholog pracuje jednak s dětmi matek ve fázi léčby (většinou ambulantní či stacionární), kdy se jedná především o psychologickou diagnostiku a z toho vyplývající pedagogicko-psychologickou péči o děti a nácvik výchovných dovedností rodičů, a dále pak ve fázi doléčování, kdy jsou matkám nabízeny konzultace s psychologem týkající se výchovy a péče. Domníváme se, že psychologická práce s dětmi se do značné míry v těchto fázích lišila, uvádíme proto zkušenosti psychologů odděleně v závislosti na tom, kdy s dětmi pracovaly – viz níže.

Pedagogicko-psychologická péče ve fázi léčby matky

Tato aktivita projektu spočívala v zajištění komplexní psychologické (resp. pedagogicko-psychologické) péče o děti drogově závislých matek. Psychologická péče byla zajišťována několika způsoby, z nichž byly vždy vybírány ty, které byly pro daného klienta vhodné a potřebné (viz dále cílová skupina + indikace). Jednalo se zejména o následující:

1. **Psychodiagnostika dítěte** – zaměřená jednak na zhodnocení jeho psychomotorického (dále PM) vývoje, jednak na screening poruch vývoje (výrazněji opožděný nebo nerovnoměrný vývoj v některé ze složek PM vývoje – zejména pak v oblasti řeči, komunikační obtíže, poruchy pozornosti a aktivity apod.).
2. **Rozhovor s matkou**, popř. jinou pečující osobou – zaměřený na získání anamnestických údajů, identifikaci případných patologických faktorů ovlivňujících vývoj dítěte, zjištění způsobu výchovy dítěte a volbu výchovných opatření i na současné obtíže a problémy dítěte.
3. **Pozorování dítěte** – v interakci s matkou, při volné hře, při strukturovaných úkolech, případně v prostředí dětského centra (v případě, že dítě bylo umístěno tam).
4. **Doporučení výchovných a vzdělávacích opatření** – zpracovaných na základě rozhovoru s matkou (či jinou pečující osobou), výstupů a výsledků psychologické diagnostiky a pozorování dítěte. Závěry a z nich vyplývající doporučení byly shrnuty ve zprávě z psychologického vyšetření. Pro matky pak byl v ideálním případě zpracován

tzv. individuální plán zaměřený na rozvoj dovedností dítěte v jednotlivých oblastech PM vývoje, včetně orientačního vymezení hlavních vývojových milníků, námětů konkrétních činností, her a hraček.

5. **Následné konzultace a individuální práce s matkou**, popř. jinou pečující osobou – spočívající v předání a vysvětlení doporučení (individuálního plánu), v podpoře rozvoje interakce s dítětem a nácviku potřebných dovedností, v ukázce vhodných her, hraček a pomůček, v doporučení vhodné literatury či další odborné péče.

Aktivita probíhala převážně v Dětském centru při Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze, které s o. s. SANANIM při péči o děti drogově závislých matek dlouhodobě spolupracuje, a dále pak v případě potřeby v prostorách DST.

Součástí aktivity pak bylo i zpracování výstupů pro tým o. s. SANANIM – formou zprávy z psychologického vyšetření, obsahující i zhodnocení jednotlivých faktorů sledovaných u dětí závislých rodičů nebo rodičů s problematickým užíváním návykových látek (nemocnost, včetně častějších úrazů, poruchy řeči, včetně zpožděného psychomotorického vývoje, poruchy komunikace, hyperaktivita, včetně poruch chování a pozornosti).

Informace pak byly předávány podle potřeby písemně, prostřednictvím e-mailu či ústně při individuálních konzultacích.

Cílovou skupinou této aktivity byly děti závislých rodičů nebo rodičů s problematickým užíváním návykových látek a současně i tito rodiče (převážně matky), popřípadě i jiné pečující osoby.

Nejčastěji to byly:

- ✓ matky, klientky o. s. SANANIM, jejichž děti byly na základě předběžného opatření (případně na základě nařízené ústavní výchovy) umístěny v Dětském centru při FTN (dále DC) a které byly v DC společně se svými dětmi ať už na zácikovém pobytu před nástupem do terapeutické komunity, nebo docházely ambulantně do DST
- ✓ děti, které byly umístěny v Dětském centru bez matek, ale jejichž rodiče byli nějakým způsobem s o. s. SANANIM v kontaktu
- ✓ matky-klientky o. s. SANANIM a jejich děti, abstinující matky, které zůstaly v kontaktu s o. s. SANANIM, a jejich děti
- ✓ další osoby pečující o děti drogově závislých rodičů

Klienti byli vybíráni týmem o. s. SANANIM, psychologická péče jim byla doporučena a mohli ji využít jediné **dobrovolně** na základě své vlastní žádosti (tj. nebyla pro ně žádným způsobem povinná či závazná). Péče byla maximálně uzpůsobená jejich aktuální situaci a potřebám, klienti sami se podíleli na její výsledné skladbě a podobě. Do péče nebyli přijímáni klienti neabstinující a nespolupracující; jiné kontraindikace nebyly po celou dobu poskytování této péče nalezeny.

Vzhledem k podmínce dobrovolnosti přijímaly matky (záměrně uvádíme matky, jelikož tvořily většinu cílové skupiny) tuto aktivitu veskrze pozitivně, byly samy aktivní, zajímaly se

o to, co mohou dělat jinak či lépe. Rozdíly proti běžné populaci byly dány především jejich společnou zkušeností s abúzem návykových látek, která se na péči výrazně odrazila (řešili jsme, jaký má vliv užívání návykových látek v graviditě na dítě, jaké jsou další negativní vlivy tohoto užívání na vzájemný vztah matky a dítěte, jaké mohou být následky do budoucna apod.). Často se jednalo o klientky, které měly negativní zkušenosti ze své vlastní (případně náhradní) rodiny, chyběl jim tedy vzor správné péče o dítě i současné sociální zázemí – potřebovaly pomoc s běžnými úkony péče o děti, bylo třeba jim vysvětlit, co je ve vývoji a výchově dítěte důležité, často potřebovaly ukázat, jak si s dětmi vlastně hrát, povídat apod. Klientky samy se mezi sebou výrazně lišily – stejně jako v běžné populaci – věkem, inteligencí, zkušeností s péčí o děti apod., což se vše promítalo do následné práce s nimi. Ve většině případů se nejvíc osvědčil jednoduchý, zcela konkrétní, názorný a naprosto praktický přístup.

Metody práce

Psychologická péče stavěla jednak na klinických metodách (rozhovor, pozorování, anamnéza) a jednak na metodách testových.

Klinické metody

Pozorování – spočívalo především v pozorování dítěte a zároveň v pozorování interakce matka – dítě. Pozorování dítěte je důležitou součástí samotného vyšetření, jeho pozorování při spontánní hře a aktivitě vypovídá leccos o jeho chování, způsobu komunikace, ale také o jeho zkušenostech a způsobech chápání. Pozorování interakce s matkou pak bylo zaměřováno především na identifikaci nevhodných vzorů chování a jejich případnou korekci (vždy je třeba provádět citlivým způsobem, především posilováním pozitivního chování).

Rozhovor – s matkou, případně i s dítětem, pokud je už starší, je samozřejmě nezbytný. Od matky je nutné získat informace, jak k dítěti přistupuje, jak o něj pečuje, jak ho vychovává. Co jí třeba trápí, s čím si neví rady, s čím je naopak spokojená. Při práci s klientkami se osvědčilo shrnout vždy nejdůležitější věci na papír, aby se k nim později mohly vrátit – ústní sdělení často nemělo očekávaný efekt, možná nebylo vždy správně pochopeno či interpretováno.

Anamnéza – anamnestické údaje byly získávány od matek, často bylo ale nutné je doplnit ještě z dalších zdrojů, nejvýznamnějšími byly lékařské zprávy (zpráva o novorozenci, neurologické zprávy, případně další). Matky si často podrobnější údaje nepamatovaly přesně nebo je nevěděly.

Testové metody

Vhodné testové metody byly voleny s ohledem na věk dítěte, případně pak s ohledem na účel vyšetření, respektive problém, se kterým klientka přicházela. Nejčastěji byly vyšetřovány děti do 3 let věku, případně děti předškolní. Proto byly využívány především následující testy:

Gesellovy vývojové škály – škála určená pro vyšetření dětí od 4 týdnů do 36 měsíců věku. Položky jsou rozděleny do pěti oblastí: adaptivní chování, hrubá motorika, jemná motorika, sociální chování. Vývojová úroveň dítěte v jednotlivých oblastech je stanovena na základě rozložení splněných a nesplněných položek.

BSID-II (Bayley Scales of Infant Development) – nejrozšířenější globální vývojová škála určená pro vyšetření dětí od 1 měsíce až do věku 3;6 let. Škála je rozdělena do tří částí, které se navzájem doplňují: mentální, motorická a záznam o chování. Souhrnné skóry (indexy) v jednotlivých oblastech jsou určeny daleko jednoznačněji než u Gesella.

Při vyšetřování dětí do 3 let se osvědčila kombinace obou výše uvedených metod.

Stanford-Binetův inteligenční test (III., příp. IV. revize) – určený pro děti od 2 let věku, škála je založena na vývojovém principu, užívá věkové standardy výkonů. Při práci s testem je třeba počítat s jeho nevýhodami, zejména s tím, že v současné době už výrazně nadceňuje. Součástí testové baterie pak byla i kresba (užitá pro účely diagnostické či jako technika projektivní), jako velmi užitečný se pak ukázal např. scénotest.

Výstupy, závěry

Positivní ohlasy byly ze strany klientek-matek, které poradenství v péči o dítě a jeho výchově uvítaly. Oceňovaly také to, že byly respektovány jako matky a že záleželo zcela na nich, zda chtějí svou drogovou minulost zmiňovat či ne.

Několik doporučení

- ✓ Klientky vždy objednat na další setkání (jakmile mají daný nějaký termín, pak většinou přijdou, ale domluva, že se ozvou např. za 3 měsíce, zpravidla nefungovala).
- ✓ Vždy je třeba se ujistit, že matky znají základní potřeby dítěte a nejdůležitější výchovné zásady, často jim z jejich původní rodiny chybí nejzákladnější informace i pozitivní vzory chování.
- ✓ Závěry a doporučení vždy sepsat.
- ✓ Tam, kde je to možné, vše co nejnázorněji předvést, mít pro ukázkou vhodné hračky, případně knížky apod.
- ✓ V některých případech by mohl být vhodnou metodou práce videotrénink zaměřený na podporu vztahu matka – dítě.

Ukázalo se, že by taková péče o děti drogově závislých rodičů byla vhodná zejména **v dlouhodobějším hledisku** (průběžně v předškolním i školním věku). Nutný je též dlouhodobý výzkum vlivu abúzu návykových látek matek v graviditě na vývoj jejich dětí.

Pedagogicko-psychologická péče ve fázi doléčování matky

V Doléčovacím centru byla matkám nabídnuta možnost konzultací s dětským psychologem. Konzultace probíhaly pravidelně a matkám při nich byl poskytnut prostor pro řešení aktuálních problémů v péči a výchově dětí. Účast matek byla **dobrovolná** s tím, že se na konzultace objednávaly vždy předem, a to na základě svého rozhodnutí, nebo jim byly konzultace s dětským psychologem doporučeny garantem.

První konzultace byla věnována získání anamnézy dítěte, zmapování aktuální situace a řešení konkrétních problémů na základě zakázky ze strany matek. Další konzultace byly věnovány aktuálním potřebám klientů, tedy matek a dětí.

Častá témata konzultací

- ✓ posouzení vývoje, schopností a chování dítěte – pochybnosti matek, zda jeho vývoj odpovídá věku, zda nemá poruchy chování, zejména aktivity a pozornosti
- ✓ role matky – přizpůsobení se nové situaci (péče o dítě), uspokojení potřeb dítěte i matky, zvládání emocí (pozitivních i negativních)
- ✓ vytváření a upevňování vztahu mezi matkou a dítětem
- ✓ poradenství a výchova k rodičovství, stanovení výchovných pravidel a jejich uplatňování, změny denního režimu, řešení adaptačních problémů (návštěvy u příbuzných apod.)
- ✓ podpora a ocenění při uplatňování dohodnutých výchovných postupů a pravidel
- ✓ společné soužití matek a jejich dětí v Doléčovacím centru
- ✓ příprava na společné soužití matky a dítěte mimo chráněné bydlení
- ✓ problematika svěřeni dítěte do péče matky (ve spolupráci se sociální pracovníci)
- ✓ doporučování vhodných aktivit, pomůcek a hraček k rozvoji schopností dítěte, doporučení další odborné péče
- ✓ terapeutické vedení starších dětí – adaptace v MŠ i DC, vztahy se sourozenci, vrstevníky, školní úspěšnost, problémy v chování, respektování autority matky, dodržování pravidel

V průběhu konzultací se postupně dařilo navazovat terapeutické vztahy s matkami i jejich dětmi. Velmi důležitá byla podpora a ocenění matek při realizaci dílčích navrhovaných opatření.

Diagnostické metody – anamnéza, rozhovor, pozorování

Další diagnostické metody byly používány v průběhu konzultací na základě aktuální potřeby a věku dítěte. Pozornost byla zaměřena zejména na psychomotorický a osobnostní vývoj dítěte, verbální schopnosti a adaptační mechanismy.

- ✓ posouzení psychomotorického vývoje – vývojové škály
- ✓ posouzení dílčích schopností – hrubá a jemná motorika
- ✓ grafomotorika – kresba, test obkreslování
- ✓ percepční zkoušky – test vizuální diferenciacce, test sluchové percepce
- ✓ lateralita – test lateralit, prostorová orientace, orientace na ploše, pravolevá orientace
- ✓ řeč – výslovnost, artikulační obratnost, slovní zásoba
- ✓ zkoušky základních znalostí – barvy, tvary, předpočetní představy, zobecňování

- ✓ test školní zralosti
- ✓ specifické zkoušky čtení a psaní
- ✓ posouzení emoční a sociální zralosti – adaptace a projevy chování, pozornost, reakce dítěte na změny, vztahy s vrstevníky, zájmy, oblíbené hry

Na základě vyšetření byla matkám navrhována např.:

- ✓ úprava výchovného stylu (vždy po jednotlivých krocích, včetně systému odměn a trestů)
- ✓ individuální doporučení k rozvoji jednotlivých schopností dítěte, jako např. rozvoj smyslů, hry
- ✓ rozvoj pohybových dovedností
- ✓ rozvoj řeči
- ✓ rozvoj sociálních dovedností

Případně byla doporučena další odborná péče – logopedie, neurologie, pedagogicko-psychologická poradna (specifické vzdělávací potřeby, nutnost úpravy vzdělávání dítěte formou individuálního vzdělávacího plánu).

Závěr

V průběhu konzultací se postupně dařilo navazovat terapeutické vztahy s matkami i jejich dětmi. Velmi důležitá byla podpora a ocenění matek při realizaci navrhovaných dílčích opatření. Opakovaně řešeným problémem byly pochybnosti a pocity viny matek, které do značné míry ovlivňují způsob výchovy dětí. Tato problematika byla průběžně řešena i při konzultacích matek s guaranty v Doléčovacím centru.

Doporučení

Pro další spolupráci by bylo vhodné uvažovat o pravidelné účasti dětského psychologa ve skupinách pro matky (asi 1× za 1–2 měsíce). Vzhledem k tomu, že některá témata se často opakují a je možné řešit je v obecné rovině, bylo by vhodné poskytnout informace k těmto tématům klientkám v rámci doléčovacího programu.

7.5 *Rehabilitační metody*

Kurzy masáží dětí a batolat

Masáže byly zařazeny především pro svůj vliv na prohloubení vazby mezi matkami a dětmi a na zklidnění dětí. Masáže obsahují prvky z indických a švédských masáží a jógy. Cyklus masáží se skládal z 5 setkání po 2 hodinách, matky měly k dispozici masážní oleje v biokvalitě, aromaesence určené k masážím malých dětí. Během celého cyklu se matky naučily masáž celého tělíčka dítěte, dozvěděly se o účincích masáží na dítě a kontraindikacích, dále dostaly

přednášku o zdravé životosprávě, o aromaterapii s možností použít esence a oleje a relaxační hudbu určenou k masáži.

Cílovou skupinou byly matky a jejich děti z Doléčovacího centra (jak ambulantní, tak z chráněného bydlení). Věk dětí byl v rozsahu 9 měsíců až 4 roky. Podmínkou pro přijetí do kurzu byla motivace klientky. Masážní kurzy byly rozděleny do několika cyklů podle stáří dětí. V kurzu bylo v průměru 6 matek s 6 dětmi.

Ke kontraindikacím masáží patří nevolnost a zvracení dítěte, průjmová onemocnění, srdeční onemocnění, horečky, zánětlivá onemocnění, otevřené kožní záněty, popáleniny, čerstvé jizvy po operacích a zlomeniny, poranění páteře, kyła.

Přínos pro dítě

- ✓ potěšení a radost, naplňování potřeby dotýkat se a být dotýkán
- ✓ komunikace, něha, blízkost, uvolnění potlačovaných pocitů
- ✓ zlepšení spánkového rytmu, zvyšují odolnost proti nemocem
- ✓ vliv na trávení – posílení peristaltiky střev, podporují krevní a lymfatický oběh
- ✓ pozitivní vliv na svalstvo, jeho zpevnění a uvolnění, kloubní změny – podpora pohybového aparátu
- ✓ rozvoj propojení mezi mozkiem a periferními nervy

Další velký přínos mají masáže v zpracování předporodních, porodních a poporodních traumat (řada dětí se rodila s NAS, byly odebírány po porodu do ústavní péče, kontakt s matkou byl na čas přerušen).

Přínos pro matku

- ✓ rozvíjejí komunikaci s dítětem
- ✓ prohlubují důvěru
- ✓ odstraňují nervozitu a strach
- ✓ prohlubují pocit sounáležitosti s dítětem
- ✓ přinášejí pozitivní zážitky spojené s péčí o dítě
- ✓ sdílení energie mezi matkou a dítětem

Specifika

Jde o průběžnou práci s dítětem, jejíž výsledek se projeví teprve postupem času. Pro děti to většinou byla zábavná aktivita, byly zvědavé, pokud se podařilo udržet jejich pozornost, výrazně se uvolnily.

Závěr

Spolupráce byla výrazně lepší s matkami osobnostně zralejšími. Asi polovina z nich masáže používala i mimo kurz, asi třetina z nich používala nabídnuté aromaesence k prevenci chorob

horních cest dýchacích. U těchto dětí výrazně klesla nemocnost, děti pravidelně ošetřované masážemi byly také postupem času klidnější a matky jistější ve své mateřské roli.

Doporučení

Optimální počet matek v kurzu jsou tři, a to vzhledem k cílové skupině i udržení pozornosti matek. Ukázalo se, že tato nácviková i zážitková metoda je pro vztah matka – dítě velmi přínosná v tom, že dochází k zlepšení neverbální komunikace, matky jsou daleko citlivější k potřebám dítěte, dokážou je mnohem lépe rozpoznat a naplňovat, a tím jsou daleko víc kompetentní v roli mateřské.

8. Statistická data hodnocení

8.1 Statistická data

Základní metodou práce byla metoda case managementu. Tato metoda zajistila kontinuitu a komplexnost poskytované péče. Case manager průběžně koordinoval průběh případové práce v celém spektru služeb a zařízení, tj. od nízkoprahových center až do fáze doléčování, sociální adaptace, podpory v mateřských dovednostech, tedy od prvního kontaktu až do návratu do běžného života.

Je zřejmé, že aktivně se pracovalo jen s částí dětí; v těchto případech šlo o **intenzivní, opakovanou a pravidelnou práci** s dítětem i s celou rodinou, případně matkou, ze které vyplývala doporučení, závěry a postupy následné péče. Ostatní děti (sloupec – *Počet dětí celkem*) do kontaktu přišly, ale nejednalo se o péči systematickou.

Tabulka 2 – Počty dětí v jednotlivých zařízeních – 1. pol. 2009 až 2. pol. 2011

Zařízení	Počet dětí celkem	Počet dětí s aktivní péčí	Průměrný věk	Počet rodičů (matky/otcové)
Terénní programy	92*	36	2r 5m*	97* (65/32)
Kontaktní centrum	34*	18*	–	61*
Centrum ambulantní detoxifikace a substituce	174*	31	3r 9m	178
Celkem	300*	85*	3r 1m*	336*
Denní stacionář	226	92	2r 2m	268
TK Karlov	65	65	1r 10m	58 (57/1)
Doléčovací centrum	106	55	3r 7m	80 (62/18)
Celkem	397**	212**	2r 6m	406**

* kvalifikovaný odhad

** jde o součet dětí, s kterými se pracovalo v rámci projektu v jednotlivých zařízeních o. s. SANANIM s tím, že některé společně s rodiči poté přešly do dalšího zařízení v rámci následné péče, kde byly opět vykazovány. Počet dětí v rámci celého projektu bez ohledu na zařízení ukazuje tabulka č. 3.

Tabulka 3 – Reálný počet dětí s aktivní péčí v zařízeních (bez překrývání ve více zařízeních)

Léčebná zařízení (DST, TK Karlov, DC)	123
Léčebná a nízkoprahová zařízení	85

Výše uvedená tabulka vychází z celkového počtu dětí, který byl spočítán ze jmenovitého seznamu konkrétních dětí, s kterými bylo intenzivně pracováno.

8.2 Hodnocení

Průběh poporodní adaptace dětí drogově závislých rodičů může být krátkodobý (s odlišným průběhem neonatálního abstinčního syndromu). Hovoří se však také o vlivu dlouhodobém, který se může projevovat jako hyperaktivita, nesoustředěnost, dráždivost, poruchy řeči, pomalejší tempo, ADHD. Tolerance k droze je u gravidní ženy i plodu individuální. Klinické projevy u novorozenců a malých kojenců, včetně následného psychomotorického vývoje, nemusejí odpovídat délce doby, po kterou matka drogu užívala.

Přestože hlavní náplní byla konkrétní případová práce s matkou a dítětem od prvních kontaktů až do fáze rehabilitace a doprovázení v každodenním životě, rozhodli jsme se navíc sledovat stav dětí ve 4 kritériích-hypotézách, které vyplývaly jednak ze zkušeností v minulých letech a jednak korespondovaly s popisovanými znaky u dětí závislých rodičů v literatuře.

Hodnocení vycházelo z těchto zdrojů:

1. zpráva zdravotnického zařízení
2. zpráva dětského psychologa či jiného odborníka
3. osobní sdělení matky či jiné pečující osoby (zvláště u faktoru nemocnost)
4. pozorování pedagogických pracovníků a adiktologů v týmech zařízení

U dětí rodičů uživatelů návykových látek byly sledovány tyto faktory:

1. nemocnost, včetně častějších úrazů

(např. častější nachlazení, snížená imunita, častější užívání antibiotik, psychosomatické projevy typu bolení břicha, hlavy, zvracení)

2. poruchy řeči, včetně zpožděného psychomotorického vývoje

(např. opožděný nástup a rozvoj řeči, nedostatečná slovní zásoba vzhledem k věku, patlavost, výrazně pozdní rozvoj sezení, lezení, chůze)

3. poruchy komunikace

(např. nápadné projevy v komunikaci s vrstevníky i s dospělými, obavy z nových lidí, neschopnost navazovat vztahy, nerozlišování cizích a známých osob, dospělých a vrstevníků – nevnímá autoritu, potřeba neustálé pozornosti aj.)

4. hyperaktivita, včetně poruch chování a pozornosti

(např. neklid, nesoustředění, projevy náhlé agrese, včetně verbální)

Pokud se hodnocení jednoho kritéria z více zdrojů lišila, byla dána přednost hodnocení, které se vyskytovalo častěji. V praxi se paradoxně lišil pohled vychovatelů od odborných zpráv v tom, že vychovatelé znali dítě jako klidnější s méně nápadnými projevy a popisovali ho pozitivnějším hodnocením apod.

Výše uvedené sledování mělo být jakousi první **pilotní studií**, která měla přispět k informacím o dětech uživatelů a ukázat možnosti a rizika dlouhodobější a cílené studie o zdravotních a psychických dopadech na dítě v důsledku užívání návykových látek rodičů-uživatelů. Nejedná se tedy o výzkum v pravém slova smyslu. Na níže uvedené počty měl pravděpodobně pozitivní vliv už sám fakt, že dítě bylo dlouhodobě v kontaktu s matkou.

Tabulka 4 – Hodnocení dětí v aktivní péči v sledovaných kritériích od 1. pol. r. 2010 do 2. pol. r. 2011

Zařízení	Věkový průměr	Počty dětí	Porucha řeči		Zvýšená nemocnost		Poruchy komunikace		Poruchy chování, hyperaktivita	
			Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Denní stacionář	2r 2m	60	10	32	10	41	27	29	40	32
TK Karlov	1r 5m	44	4	9	7	28	4	10	5	7
Doléčovací centrum	3r 7m	35	13	12	11	25	5	22	6	7
Celkem	2r 5m	139	27	53	28	94	36	61	51	46
Celkem v %			19,5 %	38 %	20 %	67,5 %	26 %	44 %	37 %	33 %

Součty *Ano / Ne* nedávají vždy počet hodnocených dětí – zbytek tvoří děti, které vzhledem k nízkému věku nelze v daném kritériu hodnotit. Procenta výskytu jednotlivých poruch jsou počítána pouze z počtu dětí, u kterých mohl být daný ukazatel hodnocen.

V naší studii mělo kolem 20 % dětí poruchy řeči, a to především ve smyslu opožděného vývoje, což je patrně dáno nedostatečnou stimulací. Stejný počet dětí prokazoval zvýšenou nemocnost, ale na druhé straně téměř 70 % dětí bylo charakterizováno jako zdravých. Čtvrtina dětí projevovала různé poruchy v oblasti komunikace a 37 % dětí projevovало rysy hyperaktivity a drobné poruchy chování.

8.3 „Zachráněné děti“, tj. děti mimo ústavní péči

Cílem projektu bylo snížit počet dětí, které by musely z řady důvodů být umístěny v zařízení ústavního typu, nebo by v tomto zařízení musely nadále zůstat. Díky způsobu práce formou case managementu, kdy jsme mohli pracovat s klientkami často ještě **během těhotenství** či velice **krátce po porodu**, se podařilo značnou část dětí **vrátit do původní rodiny**, i když v některých případech zůstal nad rodinou či rodiči dohled, nebo bylo dítě propuštěno s nějakým jiným omezením. Tento fakt měl v některých případech i pozitivní význam, byl jakousi přetrvávající kontrolou nad dítětem, ale zároveň neomezoval kontakt mezi matkou a dítětem.

Je nutné uvést, že vedle naší komplexní a průběžné práce k úspěchu výrazně přispěla **spolupráce** s orgány sociálně-právní ochrany, soudy a zdravotnickými zařízeními. Bez této vzájemné ochoty se domluvit a najít kompromis a řešení, bychom se k tomuto číslu nedostali.

Je poctivé si přiznat, že pro některé děti bylo záchranou i to, že byly svěřeny do péče jiných osob než rodičů, ale i to, že na svou novou rodinu zatím čekají. Domníváme se, že pokud se veškeré snahy vrátit dítě do původní rodiny nedaří nebo pokud rodiče nejsou schopni či ochotni své užívání drog řešit nebo o své děti prostě zájem nemají, je poctivé a správné si to přiznat a hledat náhradní řešení.

Tabulka 5 – Počty „zachráněných dětí“ celkem, tj. dětí, které nemusely být umístěny do ústavního zařízení nebo z něj byly vráceny do původní rodiny

Zařízení	Počty dětí
Denní stacionář	69
Terapeutická komunita Karlov	34
Doléčovací centrum	18
Celkem	121
Celkem bez překrývání	107

Jsme přesvědčeni, že alespoň část výše uvedených zachráněných dětí bude vyrůstat v jiných, lepších podmínkách a že nezopakuje způsob života a drogovou kariéru svých rodičů, a nebude tedy v budoucnosti potřebovat naše služby.

8.4 Přehled hlavních rizik

Hlavní rizika v projektu byla dána především **specifikem sekundární cílové skupiny**, tedy osob zneužívajících návykové látky. Jednalo se o rodiče dětí, kteří jsou, respektive byli užívajícími drog, a většina z nich ještě svou závislost anebo její důsledky řeší.

Příčiny vzniku drogové závislosti jsou multifaktoriální a rozbor průběhu a rozvoje tohoto onemocnění není předmětem této studie ani projektu. Mimo jiné se u této skupiny setkáváme s tím, že se obtížně vypořádávají se stresem, nároky a neúspěchem, mají nestabilní zázemí a velmi často nemají podporu původní rodiny a ani si nepřinášejí ze své původní rodiny potřebný model pozitivního vztahu dítě – rodič. Matka je navíc vedle své drogové závislosti v těžké životní situaci, a proto je třeba jí věnovat zvýšenou péči. Tuto krizi (např. těhotenství, zodpovědnost za dítě) někdy ani nedokáže vnímat, protože ji nikdy nezažila, neví, co se vlastně od ní očekává, a nedokáže ji zpracovat. Představuje pro ni zátěž, která by ji mohla stále k drogám vracet. Je zřejmé, že přes poměrně vysokou úspěšnost léčby, některé matky abstinenci nezvládnou a dojde k relapsu či recidivě, což může být důvodem odebrání dítěte a v důsledku toho případně k přerušení dlouhodobé práce s rodiči.

Dalším rizikem je fakt, že se zároveň pokoušíme o pomoc několika lidem (minimálně dvěma – rodiči a dítěti) najednou, což může být někdy obtížné. Vystává otázka priorit, **komu vlastně pomáháme a jaký cíl sledujeme**. Terapie drogově závislých matek vyžaduje ujasnění cíle terapie. Co očekáváme od této pomoci? Chceme vyléčit tuto klientku z drogové závislosti, nebo touto terapií zajistit dítěti vhodnou matku, nebo pomáháme matce ujasnit si vztah k dítěti, a tím nalézt motivaci k léčbě? Řešením může být stanovení **hranic pomoci**. Klientem v léčbě drogové závislosti bývá prvotně matka – pokud projevuje zájem o dítě, chce ho mít u sebe a vychovávat ho, nacházíme zde motivaci, pomáháme jí v tom i možnostmi společného pobytu v léčebném zařízení, a tím dochází i k upevnění vztahu k dítěti. Dítě je klientem institucí chránících jeho zájmy (OSPOD aj.) a ty mají za úkol chránit jeho práva a řešit jeho situaci. **Bez ochoty všech těchto institucí a zvláště jednotlivých osob na obou stranách spolupracovat a společně řešit tuto obtížnou situaci nelze dojít k uspokojivému cíli**. Nejhorší případ nastane, když se jednotlivé instituce izolují, dohodnout se nechtějí nebo nacházejí řešení vhodné pouze pro jednu stranu. V situaci, kdy dochází k zanedbávání dítěte, bude postup samozřejmě radikálnější.

Nestabilita cílové skupiny rodičů, a v důsledku toho i počet jejich dětí, byla jedním z rizik projektu, a tak plánovaný počet dětí byl na počátku projektu z tohoto důvodu stanoven jako přibližný. Ukázalo se však, že odhad byl velice reálný.

Výhodou bylo, že celý tým, včetně odborného garanta, měl možnost využít dlouholetých zkušeností svých i kolegů s péčí o závislé osoby i zázemí svých pracovišť. Systém péče a pomoci uživatelům je vypracován, dlouhodobě vyzkoušen a průběžně supervidován. Dalším logickým krokem bylo začlenění do tohoto ověřeného systému práce s dětmi klientů a s celým rodinným systémem. Klienti jsou vnímáni také jako rodiče nezletilých dětí se všemi důsledky z toho plynoucími.

Určitým rizikem je tendence pracovníků vnášet do práce své subjektivní představy o kvalitní či vhodné výchově, o správné péči, roli rodiče, autoritě apod. Je zde riziko odlišných přístupů daných vlivem generačním, společenským, životním stylem a řadou dalších faktorů. Je třeba tuto míru subjektivity přinášet do odborných debat a supervizi a pracovat s ní s cílem podávat rodičům jasnou, srozumitelnou a bezpečnou informaci ohledně péče a přístupu k dětem.

9. Příklady dobré praxe a osvědčené postupy

Níže uvedené příklady a popsané postupy jsou důkazem toho, že bez značného osobního nasazení a velké ochoty a schopnosti se domluvit, a to všech zúčastněných stran, nemůže žádný osud dětí ani jejich rodičů dopadnout úspěšně.

9.1 Klient v nízkoprahových službách

Terénní programy

Pracovníci terénních programů, kteří potkávají na ulici těhotné uživatelky a rodiče s dětmi, jsou nuceni se vypořádat s dilematem, co je tím správným postupem, zda kontaktovat příslušné orgány, či nějak intervenovat. Terénní pracovníci si tyto otázky velmi dobře uvědomují, přemýšlejí o nich a probírají je na poradách a supervizích. Považují za svou povinnost zůstat věrni filozofii nízkoprahovosti. Dlouhodobě klientům-uživatelům drog říkají, že informace o nich dále neposkytují a neshromažďují jejich osobní data, deklarují, že nespolupracují s policií. Proto získávají důvěru klientů, proto i ti „nejdrsnější klienti“ jsou ochotni se nechat otestovat na infekční nemoci, proto mohou vstupovat relativně bezpečně na území uživatelů drog, do míst, kde se často neděje nic hezkého. Závazku citlivého nakládání s osobními údaji se mohou zbavit jen v zákonem definovaných okolnostech, např. při podezření na týrání svěřené osoby. Jejich metodami jsou informování, motivování, rady, ale také často jen samotná výměna stříkaček, vytváření důvěry a čekání na vhodný okamžik, kdy si klientka bude ochotna o svém brání a těhotenství promluvit...

1. Klientka Julie, kontaktovala nás v parku u Hlavního nádraží.

„Poměrně dlouhou dobu jsme se s ní neviděli, vypadala pěkně – nezvykle upravená, přibrála, nebyla intoxikovaná. Z našich dřívějších kontaktů ji známe jako klientku, na které bylo na první pohled vidět, že je na ulici, z doby nedávno minulé si také pamatujeme, že patřila mezi klienty, kteří berou „to, co zrovna je“, střídala heroin s pervitinem, pokud se na černém trhu objevil subutex, nepohrdla ani jím, pokud zrovna nic jiného nebylo, zneužívala benzodiazepiny. Vše užívala intravenózně a kvůli nedůslednému filtrování a nedodržování zásad bezpečného brání jsme s ní také často řešili její zdravotní potíže (opakované abscesy, zahnisaná místa vpichů apod.).

Během rozhovoru s Julií, kdy jsme ji s kolegou chválili, jak pěkně vypadá, jsme se dozvěděli, že dnes je to pár dnů, kdy byla předčasně propuštěna z vazební věznice Pankrác (proto vypadala na první pohled tak pěkně, zakulaceně), k přerušení trestu došlo z důvodů jejího těhotenství, termín porodu je určen na začátek srpna. Během pobytu na Pankráci se Julií podařilo vyabstinentovat z opiátů a v současné době si „jen občas“ injekčně aplikuje pervitin. Rozhovor jsme směřovali jednak k bezpečnému brání s ohledem na její těhotenství a k mapování její současné zdravotní a sociální situace. Z rozhovoru, u kterého se Julie rozplakala, mimo jiné vyplynulo i to, že v současné době nemá gynekologa a na poslední prohlídce u lékaře na Pankráci se dozvěděla, že má „nějaký nález“,

ale že už bude příští den propuštěna, takže situaci má řešit po propuštění. Na Pankráci byla na cele s dívkou, která měla prokázaný syfilis. Protože Julie už jednou syfilis prodělala, měla obavy, že zmíněný „nález“ gynekologa svědčí o tom, že se mohla od dívky na cele nakazit, a prožívala veliký strach o miminko a také obavy z reakce partnera na tuto situaci (partnera známe jako občasného injekčního uživatele pervitinu). Intervenční jsme po této informaci začali směřovat k co nejrychlejší návštěvě dermatovenerologického oddělení. Julie nabídku doprovodu s úlevou přijala. Na oddělení dermatovenerologie jsme (vzhledem k nemožnosti odeslat vzorek na rozbor – byl pátek 15 hodin) byli odmítnuti s tím, že pro klientku nemohou nic udělat, že vyšetření snese odklad do pondělka.

Julii jsme tedy doprovodili zpět na Hlavní nádraží a domluvili se na následujícím

- ✓ v pondělí dopoledne se dostaví do dermatovenerologické ambulance na odběry
- ✓ v pondělí odpoledne nás přijde informovat, jestli se jí podařilo na odběry dojít, případně se domluvíme na doprovodu v úterý dopoledne
- ✓ začne si vyřizovat OP, RL má u sebe, chybí fotografie – dostala kontakty, kde a za kolik jí průkazové fotografie mohou zhotovit
- ✓ sama nebo z našeho terénního mobilního telefonu si domluví návštěvu v Denním stacionáři

V pondělí odpoledne se Julie zastavila a pochlubila se, že náběry zvládla a je domluveno, že se za mnou zastaví ve čtvrtek a budeme se domlouvat na další z naplánovaných věcí... Snad je to na dobré cestě.

2. Porod „na Muzeu“

Dlouhodobá uživatelka subutexu, pervitinu a benzodiazepinů ve vysokém stupni těhotenství (v 9. měsíci) se pohybovala v jádru otevřené drogové scény ve vestibulu metra Muzeum. S oteklýma nohama zde čekala na svého partnera-dealera. Aplikovat injekčně si docházela na veřejné záchodky. I když jsme se s ní o rizicích jejího chování bavili opakovaně, každý další den jsme ji našli, přestože se den jejího porodu blížil, opět „na Muzeu“. Situace došla tak daleko, že se na týmové poradě řešilo, co přesně budeme dělat, jestliže začne ve vestibulu metra skutečně rodit, včetně praktického návčiku. Každý z nás dostal úkol odpovídající jeho schopnostem a psychické připravenosti. Klientka nakonec porodila v nemocnici bez větších komplikací a za čtyři dny po porodu byla opět „na Muzeu“. Chtěla podepsat svolení k adopci narozené holčičky, ale její partner si to nepřál. Miminko tak muselo zůstat v kojeneckém ústavu, než uběhla lhůta nezájmu rodičů a mohlo najít rodiče nové...

Kontaktní centrum

Klientka Věra, 23 let, uživatelka subutexu (nelegálně 8 mg) a pervitinu (0,5 mg i. v.), denně, odeslána z terénu pro podezření, že by mohla být těhotná. S rodinou není v kontaktu už několik let, přespává venku nebo po kamarádech.

Poslední menstruaci měla před 6 měsíci, sama odhaduje, že by mohla být asi v druhém měsíci. Věra chce pomoci se zařízením umělého ukončení těhotenství. Má strach, že nebude dobrá matka, nebude moci dát dítěti vše, co potřebuje. Bavíme se i o možnosti, že na potrat bude pozdě, při této variantě je klientka plačtivá, po cestě k nám potkala otce dítěte, který má už jinou partnerku a o Věru a dítě nemá zájem. V KC dostává informace i o jiných možnostech

– léčba v TKK, utajený porod, adopce. Klientka odmítá. Dále probíráme rizika užívání návykových látek během těhotenství pro ni i dítě, dostává informace osobně i formou letáku, jak tato rizika minimalizovat.

Plán: zajištění gynekologické péče, pokusit se zařídit zdarma ze zdravotních důvodů. Pokud možná nebude, zajištění substituce.

Klientka se dostavila na gynekologii, kde se dozvěděla, že na interrupci je už pozdě, rozhoduje se tedy pro adopci, s naší pomocí si zařídila legální substituci subutexem. Během těhotenství pravidelně navštěvuje gynekologa, dochází do substitučního programu a daří se jí postupně se zbavit i. v. aplikace. Přestože si dítě nechce nechat, chová se co nejzodpovědněji.

Věra kontaktovala babičku a začala u ní bydlet. Do KC docházela pravidelně alespoň jednou týdně pro podporu a popovídat si, co se jí daří a co méně. O svém plánu, dát dítě k adopci, byla stále přesvědčená, začala uvažovat o léčbě po porodu.

Poslední kontakt s ní byl asi čtrnáct dní po porodu. Dítě dala k adopci, je s tím smířená, ale je jí to líto. Dál bydlí u babičky, plánuje přechod na suboxone, chce vysnížovat, hledá si práci. Nezbyvá než doufat, že se Věře tyto plány podařilo zrealizovat.

Intervence:

Při prvním kontaktu krátce zmapujeme situaci, zejména vztah k těhotenství, sociální zázemí, vztah s partnerem a užívání návykových látek. Spolu s klientkou probereme možnosti a vysvětlíme důležitost dodržování zásad harm reduction. Vhodné je předat důležité informace a kontakty formou letáků (pro klientku může být předaných informací mnoho, některé může zapomenout). Následně zajistíme péči gynekologa, od které se pak odvíjejí další možné kroky. Po zjištění délky těhotenství probereme s klientkou další postup. V případě, že klientka těhotenství zásadně odmítá, pomůžeme jí se zajištěním další lékařské péče. Před tímto krokem je nutné podrobně probrat situaci klientky (sociální zázemí, podpůrné vztahy) a její stav (duševní stav, drogová kariéra, kombinace drog, sebevražedné tendence), abychom předešli rozhodnutí v krizi nebo bez dostatku informací o jiných variantách. Důležité je být jí oporou v jejím rozhodnutí a neodsuzovat ji. Často je tato situace pro klientku velmi náročná a krize se může dostavit až po zákroku. Proto s ní zůstáváme v kontaktu i po zdánlivém vyřešení problému. Vlivem užívání drog a životního stylu mohou být zastřeny některé příznaky těhotenství a může být odhaleno později, než je běžné. Je vhodné nabídnout asistenci na první vyšetření ke gynekologovi. Ještě před návštěvou gynekologa je vhodné probrat alternativy pro případ, že by potrat nebyl možný (anonymní porod, adopce, vlastní péče, péče někoho z příbuzných nebo partnera) a znovu připomenout důležitost harm reduction a možnosti léčby. Pokud se klientka rozhodne pro adopci, je vhodné s ní být v kontaktu i po porodu.

Hlavní principy pro práci s těhotnou uživatelkou návykových látek:

- ✓ respekt k rozhodnutí klientky a podpora
- ✓ provázení (těhotenstvím, službami)
- ✓ asistence (k lékaři, do dalších služeb)
- ✓ propracovaná zdravotní a sociální síť (v ideálním případě mít navázanou spolupráci se všemi potřebnými odborníky a pracovat formou case managementu)

- ✓ informace (průběžné předávání informací o těhotenství, porodu, práci OSPOD, možnostech léčby, rizicích užívání návykových látek, a to jak formou ústní, tak tištěnou)
- ✓ příprava na porod a mateřství (včetně zajištění sociálního zázemí)
- ✓ nabídka specifických služeb (sprcha, potravinový servis, speciální vitaminy pro těhotné, informační materiály)
- ✓ být připraveni (materiální vybavení, sociální síť, vzdělávání atd.)
- ✓ trpělivost, nemít přehnaná očekávání

9.2 Klient v ambulantních službách

Denní stacionář

Klientka Iveta, 33 let, syn, narozen září 2010

Drogová anamnéza: abúzus pervitinu od 19 let, podle klientky do 27 let víkendově + zneužívání neurolu, od 27 do 32 let užívání pervitinu 2–3x týdně, dosud nikde neléčena.

Osobní anamnéza: klientka má mladšího bratra, rodiče se rozvedli, když bylo klientce 7 let, z dětství si pamatuje hádky. Matka dlouhodobě zanedbávala péči, proto byly děti svěřeny do péče otce. Ten uplatňoval velmi přísnou výchovu, proto se na střední škole klientka odstěhovala zpět k matce, která o ni však nejevila velký zájem. Matka žila s přítelem, který byl alkoholik, doma časté fyzické násilí. Klientka střední školu dostudovala, chtěla dál studovat. Po ukončení střední školy ji matka odmítla podporovat, odstěhovala se proto do Prahy, s oběma rodiči přerušila kontakt, žila v podnájemch, zkoušela brigády, poté žila na ulici, začala experimentovat s pervitinem.

Navázala vztah se starším mužem, na kterém začala být finančně závislá. Tento vztah hodnotí klientka kladně, přítel se o ni postaral, pomáhal jí, v tomto období byla závislá na neurole a dalších prášcích, které od něj dostávala v libovolném množství, pokračovala v experimentech s pervitinem. Po ukončení šestiletého vztahu se klientka ocitla doslova na ulici. Finanční situaci řešila tak, že si začala vydělávat prostitucí a spadla do závislosti na pervitinu. Rodinu nepožádala o pomoc, ani s ní nenavázala kontakt.

Po čtyřech letech tohoto způsobu života nechtěně otěhotněla. Chtěla jít na potrat, ten však nestihla, proto se během těhotenství rozhodla dát dítě k adopci. Otec dítěte není uživatel, avšak od dítěte se distancoval, není zapsán v rodném listě. Klientka v průběhu těhotenství nedocházela na gynekologické kontroly, přiznala užívání pervitinu, naposledy v den porodu. Porod byl spontánní, bez vážnějších zdravotních komplikací, syn podle lékařské zprávy hraničně zralý, odpovídal 38. týdnu těhotenství, měl pozitivní testy na amfetaminy a dále se u něj rozvíjel NAS, jeho stav vyžadoval přeložení na JIP, kde se časem upravil.

Ihned po porodu se klientka rozhodla si syna ponechat. Vzhledem k pozitivním testům na návykové látky syn zůstal v porodnici, následně na základě předběžného opatření byl převezzen do kojeneckého ústavu, klientka dostala kontakt na sociální pracovníci z OSPOD, na jejíž doporučení kontaktovala Denní stacionář SANANIM s podmínkou absolvovat léčbu

k získání dítěte do své péče. Jednalo se o vůbec první kontakt s protidrogovým zařízením, přišla s velikými obavami a nejistotou, téměř nekomunikovala.

V Denním stacionáři jí byly nabídnuty možnosti léčby, a to: léčba v Terapeutické komunitě Karlov, kterou může absolvovat spolu s dítětem, nebo tříměsíční léčba v Denním stacionáři se souběžnou možností pobytu v Dětském centru spolu s dítětem. Klientka projevila zájem o léčbu v Denním stacionáři a současným pobytem v Dětském centru se synem.

Klientka bez problémů splnila podmínky nástupu do Denního stacionáře. Byla motivovaná k abstinenci i změně životního stylu. Působila však trochu zmateně, stěžovala si, že často zapomíná, a nebyla schopna stanovit si priority. Stále odkládala zjištění podmínek a domluvení nástupu do Dětského centra. Po zvážení veškerých okolností a s přihlédnutím k potřebám dítěte pracovníci DST kontaktovali centrum sami a termín nástupu klientce pomohli domluvit. Ta poté ve stanoveném termínu nastoupila. Vzhledem k pobytu v Dětském centru byla daleko víc pod kontrolou než ostatní klienti. Hned po skončení programu v DST (asi v 16 hodin) musela ihned jet do Dětského centra, kde převzala péči o syna až do rána, kdy v 8 hod. odjížděla opět do DST.

V průběhu léčby v DST klientka kontaktovala s podporou svého garanta svoji rodinu, která se stala důležitým zdrojem pomoci. Otec ji začal podporovat finančně. Z dalších členů rodiny pomáhala hlavně teta, která zorganizovala následné bydlení klientky a která byla v kontaktu se sociální pracovníci. Matka se v pomoci neangažovala.

Klientka navázala postupně se svým synem velmi hezký vztah, spolupracovala s dětskou psycholožkou a v péči o něj byla stále jistější. Často projevovala strach o jeho zdraví i následky braní drog v těhotenství, které by se mohly na synovi v budoucnu jakkoliv projevit.

Během léčby klientky v Denním stacionáři nebylo potřeba řešit, co bude s ní i dítětem dál, až léčbu ukončí, kde bude bydlet a z jakých finančních prostředků. Rodina se rozhodla, že klientka se po ukončení léčby přestěhuje do města, kde bydlí teta. Klientka měla ze stěhování obavy, nechtělo se jí opouštět Prahu a jít s dítětem do neznámého prostředí. Věděla však, že z vlastních finančních zdrojů by sama sebe i dítě nezabezpečila, proto se podřídila rodině.

Léčbu v DST řádně dokončila a po dohodě byla předána do následné péče v doléčovacím centru v daném městě. Klientka zatím abstínuje, stará se o dítě a našla si přítele.

Intervence:

Důležitou výhodou léčby v DST je pro matku možnost po dobu léčby bydlet v Dětském centru spolu s dítětem. Je zde navázaná úzká spolupráce DST a Dětským centrem, a pokud nastal s klientkou jakýkoliv problém, bylo možné ho společně hned řešit. Přínosem bylo zapojení tety klientky, která pro ni a jejího syna vytvořila nové zázemí. Nevýhodou bylo, že klientka si vybrala kratší typ léčby, kdy se nedají vyřešit veškeré problémy. Patří sem všechny sociální záležitosti, řešení dluhů. Sama si také nezažila celodenní péči o syna a zvládání režimu dne s ním. Z výše uvedených důvodů je nezbytná docházka do doléčovacího programu, kde bude mít podporu v abstinenci i možnost podělit se s řešením denních problémů. V průběhu léčby se uskutečnily dvě případové konference, které měly za cíl sjednotit proces pomoci a léčby; spolupráce s pracovníky OSPOD byla velice dobrá a otevřená, což oceňovala i klientka.

9.3 Klient v terapeutické komunitě

Léčba matky s dítětem v TK Karlov

Anna, 29 let, deset let brala drogy, z toho poslední tři roky žila ve stanu s přítelem, taktéž závislým, který ji bil. Čekala s ním třetí dítě, dvě starší děti dala k adopci hned po porodu. Teď však dozrál její čas a začala pro sebe hledat jinou cestu. Do komunity přišla nejprve bez své tehdy čtyřměsíční dcery Emy, kterou jí OSPOD odebral hned po porodu, nařídil ústavní péči a umístil do dětského centra. Anna ale tentokrát se svým dítětem chtěla žít a splnila první podmínku sociální pracovnice z OSPOD – vydržet v léčbě zpočátku bez dítěte – a navíc se jí podařilo přesvědčit své blízké, aby jí pomohli získat alespoň základní hotovost na nákup nutného vybavení pro dceru. Po 14 dnech pobytu v komunitě si slavnostně dceru, na propustku sociální pracovnice, přivezla k sobě do léčby v TKK.

Intervence:

- ✓ *Tým TKK přijal klientku do léčby – dal jí druhou šanci, protože napoprvé se jí nepodařilo splnit podmínky pro nástup do komunity (odešla předčasně z detoxu).*
- ✓ *S pracovnící OSPOD byla sociální pracovnice komunity v pravidelném kontaktu (informovala ji, že klientka zůstává i nadále v léčbě a je motivována pro změnu ve svém životě).*
- ✓ *Terapeuti podporovali klientku v komunikaci s matkou, aby jí pomohla a poskytla nutnou počáteční hotovost.*
- ✓ *Terapeut z komunity jel s klientkou do dětského centra převzít dceru.*

První měsíce byla Anna stažená do sebe, na skupinách měla strach promluvit, o sebe pečovala minimálně, naopak v péči o dceru se snažila. Přestože ji chtěla mít ráda, vztah k ní získávala pomalu a opatrně, zpočátku ji neoslovovala ani jménem (říkala jí mimino). Velmi si přála, aby situaci zvládla, ale v jejím životě bylo ještě příliš nejistot, bála se svých citů k dceři a toho, zda vše zvládne.

Intervence:

- ✓ *Vychovatelky pravidelně dohlížely na péči o dceru, podporovaly klientku v tom, co dělala dobře, usměrňovaly tam, kde se to tak dobře nedařilo, reflektovaly klientce, jak se v roli matky chová (např. neprojevuje dítěti city), snažily se být příkladem, jak se k takto malému dítěti chovat.*
- ✓ *Terapeut mluvil s klientkou o tom, jak se cítí v roli matky.*

Anna si nejprve musela opatřit nové doklady. Pak získala pravidelný příjem ze sociálních dávek a začala zjišťovat dluhy (několik let si různě pro sebe i přítele půjčovala, neřešila různé blokové pokuty za krádeže, za jízdu na černo, neplatila účty za telefon ani zdravotní pojištění apod.). Ze začátku se jí do toho moc nechtělo, ale nakonec zjistila většinu svých dluhů, domluvila si minimální splátkové kalendáře nebo odklad splátek po léčbě. Její dluhy dělaly celkem 315 000 Kč. Velmi se bála, jak to vše jednou splatí, během léčby se jí povedlo uspořít

a zaplatit už 18 000Kč. Velké dluhy ji často vedly k myšlence, zda může budoucnost se svou dcerou zvládnout.

Intervence:

- ✓ *Sociální pracovnice TKK pomohla klientce požádat o nové doklady a pak i o dávky pro matky s dětmi, pomohla klientce se zjišťováním dluhů a vytvořila s ní plán, jakým způsobem alespoň malými částkami dluhy splácet, aby se dále zvyšovaly co nejméně.*
- ✓ *Terapeut pravidelně probíral s klientkou její finanční hospodaření tak, aby klientka z dávek pro rodiče zvládla nakoupit potřeby pro dítě i pro sebe, zároveň měla částku na splácení dluhů a po malých částkách spořila, aby při odchodu z komunity měla finanční rezervu.*

Anna zvažovala, jak se má postavit k otci dítěte, přála si, aby její dcera měla otce, ale po zvažování všech aspektů se rozhodla, že ho zatím do rodného listu Emy neuvede (přestože jeho rodina na ni vyvíjela tlak v opačném směru). Přítel sám se Anně neozýval a o Emu zájem neprojevoval. Přesto měla Anna občas pocit, že by s ním mohla vytvořit fungující rodinu, někdy se jí po něm stýskalo. Bylo pro ni těžké odpoutat se od člověka, se kterým strávila třináct let, přestože poslední roky byly velmi těžké. Ztěžovali jí to i přítelovi rodiče, kteří si velmi přáli, aby Anna pomohla jejich synovi se také dostat z drogové závislosti. Bohužel si neuvědomovali, že by tím Anna mohla velmi lehce spadnout zpět k drogám.

Intervence:

- ✓ *Sociální pracovnice seznámila klientku s výhodami a nevýhodami rozhodnutí nevést otce do rodného listu, konečné rozhodnutí nechala ale na ní. O rizicích otců-uživatelů informovala také pracovníci úřadu, a zajistila tak klientce větší volnost pro rozhodování bez tlaku OSPOD.*
- ✓ *Terapeut mluvil s klientkou o tom, co k otci dítěti cítí, co s ním prožila, a podporoval ji, aby si sama ujasnila, jaký s ním chce mít vztah, ale také ji upozorňoval na velké riziko při kontaktu s uživatelem pro další abstinenci.*

Anna začala navazovat vztahy se svou rodinou – po letech špatných zkušeností a zklamání jí rodina nevěřila, a tak bylo velkým úspěchem, když za ní matka poprvé přijela na návštěvu. Postupně se s ní začala vídat a jezdit k ní i s Emou na návštěvy.

Intervence:

- ✓ *Terapeut mluvil s klientkou o vztahu s matkou, při návštěvě matky pomohl oběma, aby si vzájemně uměly říct svá očekávání, radost z postupu klientky v léčbě a obavy, zda se to bude dařit dál.*

Ema byla velmi spavé dítě, byla utlumená léky na epilepsii, které jí naordinovali v porodnici z důvodu křečí neznámého původu (nebylo jasné, zda to souviselo s bráním drog u matky). Po čase začala být Ema živější, víc se projevovala a pohybovala, už tolik nespala. Bohužel se ukázalo, že jí Anna epileptické léky vysadila sama. Léky jí dávat nechtěla, ale nedokázala se s lékařkou domluvit, pak dodatečně lékařku kontaktovala a dohodla se, že léky už není nutné dceři podávat. Ema po vysazení medikace prospívala postupně stále lépe. Pro Annu se

situace s léky stala zkušeností, že je nutné se domlouvat s lidmi kolem – tak, aby neohrozila dceru. V minulosti byla zvyklá vše řešit sama a o následcích příliš neuvažovala. I díky této zkušenosti Anna zlepšila kontakt se svou sociální pracovnící z OSPOD, lépe se s ní domlouvala. Pokaždé, když opouštěla komunitu na návštěvu za matkou, musela sociální pracovníci požádat o souhlas. Sociální pracovníce sledovala léčbu a chování Anny a v případě porušení pravidel byla stále připravena jí dítě z komunity odebrat a svěřit ho do péče rodičů bývalého Annina přítele).

Intervence:

- ✓ *Jako trest za to, že klientka sama a svévolně přestala dávat dítěti lékařem určenou medikaci, jí tým odebral některá práva a privilegia, která během léčby získala.*
- ✓ *Terapeut pomohl klientce odhalit její špatný vzorec komunikace a navést ji na otevřenější a jasnější komunikaci s okolím.*

Anna postoupila do poslední fáze léčby v komunitě, její dcera už nebyla ležící miminko, ale velmi aktivní batole, které se pokoušelo o první krůčky. Anna si musela zajistit, kam půjde s dcerou dál, neměla kde bydlet, chtěla pokračovat v následné léčbě v Doléčovacím centru, kde požádala o chráněné bydlení. To nakonec také získala.

Anna léčbu v komunitě řádně ukončila a odešla se souhlasem sociální pracovníce do Doléčovacího centra. Stále jí zbylo mnoho problémů k řešení – dluhy, získání dcery do trvalé péče, bydlení po ukončení pobytu v DC, vztahy s rodinou.

Intervence:

- ✓ *Tým doporučil klientku do Doléčovacího centra.*
- ✓ *Garant a sociální pracovníce jednali s pracovníci OSPOD a pomohli tak vyjednat právní statut dítěte po odchodu z TKK a podmínky pro podání žádosti o svěření dítěte zpět do péče klientky.*
- ✓ *Sociální pracovníce udělala s klientkou plán dalšího postupu s dluhy po odchodu z TKK.*

9.4 Klient v doléčovacím programu

Kazuistika I.

Lenka – 33 let, abúzus pervitinu i. v. (5 let), přichází z Terapeutické komunity Karlov po řádně ukončené jedenáctiměsíční léčbě

Děti: syn Michal 3 roky (od 5. měsíce v ústavní výchově), dcera Lucie 2 roky (od narození do nástupu do TKK v ústavní výchově)

Otec dětí: uživatel, v současné době VTOS, v rodném listě zapsán, soudem stanovené výživné neplatí, bydlení nemá

Příjem: pobírá dávky státní sociální podpory v celkové výši 11 800 Kč

Tresty: odsouzena v délce 18 měsíců nepodmíněně, ve výkonu trestu 10 měsíců, poté podmíněně propuštěna, podmínka do roku 2007, nutné vyřadit výmaz z rejstříku trestů

Dluhy: 161 tis. splácí ze sociálních dávek, měsíčně kolem 3000 Kč

Prvotní zakázkou klientky bylo získat obě děti do vlastní péče a tomu přizpůsobit veškeré kroky doléčování, jako je řešení dluhů, vyřízení si čistého rejstříku trestů, hospodaření s penězi, shánění si vlastního bydlení a v neposlední řadě upevnění abstinence a posílení sebevědomí.

Sociálně-právní problematika – právní vztah k dětem

Nezbytným krokem bylo obnovit vztah se všemi příslušnými institucemi ve smyslu informování o současném pobytu paní Lenky a jejích dětí. Vzhledem k tomu, že děti byly formálně svěřeny do ústavní péče, bylo nejdřív nutné kontaktovat pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále OSPOD) a zároveň dětské centrum. Součástí této spolupráce byly písemné zprávy (asi 1x měsíčně) a nabídka osobních návštěv za účelem šetření bytové a sociální situace nezletilých dětí. Pracovnice OSPOD navštívila místo pobytu klientky v DC celkem dvakrát. Vždy hovořila s pracovníci DC za přítomnosti klientky, pak si vyhradila čas na samostatnou práci s klientkou.

Intervence:

Spolupráci hodnotíme jako vysoce produktivní i s ohledem na fakt, že veškeré formality ve vztahu s dětským centrem řešila klientka se sociální pracovníci. Do dětského centra docházela klientka na pravidelné lékařské kontroly. Na vyzvání jsme podávali příslušné informace ohledně péče o děti. Díky dobře navázanému kontaktu s OSPOD jsme asi po 2 měsících pobytu v chráněném bydlení začali připravovat podání žádosti-návrhu klientky o svěření dětí do vlastní péče. S formalitami výrazně pomáhala sociální pracovnice OSPOD. Klientka nás průběžně informovala o aktuální situaci, sama si obstarávala podklady pro soud (žádost, potvrzení od dětského lékaře, podklady o výši příjmu, potvrzení o přijetí do azylového domu). Na vyžádání soudu jsme vypracovali průběžnou zprávu o doléčování klientky a sledované péči o nezletilé děti. Soud její žádosti vyhověl a děti jí byly svěřeny do péče po 6 měsících jejího pobytu.

Sociálně-právní problematika – dávky

Ačkoliv Lenka neměla děti ve vlastní péči, podmínku celodenní řádné péče splňovala už za léčebného pobytu v komunitě. Z tohoto hlediska proto nebyl problém žádat o pravidelný rodičovský příspěvek. Také přídatky na děti jí byly přeposílány z dětského centra. Zpočátku měla nárok také na sociální příplatek, ale ten jí byl v důsledku změn v zákoně odejmut. Počátkem roku řešila nejen ona, ale i ostatní klientky zásadní problém – výrazné snížení rodičovského příspěvku. Řešení této nelehké situace přineslo dorovnání z dávek hmotné nouze (příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení).

Sociálně-právní problematika – dluhy

Bylo třeba podat zprávu také věřitelům o místě dočasného pobytu klientky. Lenka v průběhu léčby, díky sociální práci a poradenství v oblasti dluhů, uměla s věřiteli komunikovat. Měla

připravený přehled jednotlivých splátek a rámcově věděla, koho a kdy je třeba kontaktovat s potvrzením současné finanční situace.

Splácí celkem 161 000 Kč. Se svou situací je srozuměna, splácí, co může. S věřiteli komunikuje ve smyslu příslibení navýšení splátek v době, kdy bude mít možnost pracovat, tj. až její děti nastoupí do mateřské školy.

Sociálně-právní problematika – hospodaření s penězi

Vzhledem k tomu, že se starala už rok o dvě malé děti, uměla až překvapivě dobře s penězi hospodařit. Vystačit s částkou 11 800 Kč na měsíc pro tři osoby by byl nelehký úkol pro kohokoliv. Než dostala dávky, musela vystačit s naspořenými penězi, což v jejím případě činilo asi 6500 Kč. Zaplatila první nájem (1550 Kč, kauci na byt 1000 Kč, povinné spoření pro matky 700 Kč) a zbyly jí necelé 3000 Kč na jídlo, základní potřeby pro sebe a děti a také na dovybavení domácnosti. Dva týdny pak musela čekat, než jí instituce dávky přeposlaly.

V rámci sociálních konzultací, ale i garantských pohovorů měla Lenka možnost podrobně se zabývat tzv. finančním plánem. První měsíc se jí naskytla, v rámci podporovaného zaměstnávání, možnost příjídělku – úklid kanceláří s pravidelným příjmem 2500 Kč, což z jejího pohledu výrazně zlepšilo jejich sociální situaci.

Sociálně-právní problematika – bytová situace

Od počátku řešila místo pobytu pro sebe a děti po dokončení doléčování. Nejprve jsme společně s ní mapovali reálné možnosti pomoci z okruhu blízkých, přičemž rodiče nepřicházeli v úvahu, prarodiče sice pomoc nabízeli, avšak pro klientku by soužití s nimi bylo vysoce rizikové.

Rozhodla se proto kontaktovat prostřednictvím naší databáze azylové domy; jeden její žádosti vyhověl.

Intervence:

V rámci své osobní terapie klientka pokračovala tam, kde skončila v rámci léčby práce s terapeutky. S novými zkušenostmi se však objevily i dosud neznámé okruhy problémů, které jsme se postupně snažili rozkrývat a pomáhali jí uvědomovat si, jaký význam pro ni mají v současnosti.

V rámci skupinové terapie řešila vztahy se svou vlastní rodinou, vztah s otcem dětí. V individuální terapii pracovala na posílení sebevědomí, kompetencí matky, vztahu k otci dětí, pracovala s úzkostmi – naučila se relaxovat, uvědomila si důležitost volného času pro sebe. Částečně nahlédla na svou minulost jako na něco, co se jí stále promítá do současnosti, ale zatím se jí nepodařilo vše zpracovat. Udělala si jasno ve vztahu k otci dětí – vnímá ho jako jejich otce, jako o partnerovi o něm už neuvažuje.

Vztah k dětem

Lenka prokázala schopnost starat se o své děti, dbát na jejich výchovu i na rozvoj psychomotorických dovedností, k čemuž výrazně přispěla také péče dětské psychologičky, ke které

s dětmi docházela pravidelně dvakrát za měsíc. V rámci zařízení absolvovala kurz dětských masáží pod odborným vedením zkušené lektorky.

Zpočátku byly u dětí patrné psychosomatické obtíže, adaptační neuróza, separační úzkost a zvýšená emoční dráždivost. Postupem času se zlepšily synovy reakce na odchod matky. Přestal si například okusovat nehty, přítomnost jiné osoby zvládal s větším klidem. Své počínání a práci na zadaných úkolech konzultovala klientka také se svým s garantem. Jako velmi užitečný počin hodnotíme navázání spolupráce s partnerskou organizací HOST, jejichž služeb klientka hojně využívala. Vztah s dcerou se upevnil, nadále trvá zvýšená pozornost ve smyslu somatických obtíží. Dochází s ní na pravidelné kontroly k dětské lékařce a ke specialistům. Obě děti jsou často nemocné, což vyžaduje zvláštní obezřetnost a důslednost v léčebném režimu stanoveném lékaři.

Kazuistika II.

Martina – 38 let, abúzus pervitinu i. v. (15 let)

Děti: dcera Karolína (9 let), nařízená ústavní výchova, syn Martin (4 roky) nařízená ústavní výchova

Je vyučená kadeřnicí, při přijetí bez zaměstnání, hlášená na úřadu práce, aktuálně pobírala dávky hmotné nouze uchazeče o zaměstnání ve výši 1950 Kč a také příspěvek na živobytí ve výši 2100 Kč.

Tresty: odsouzena v délce 23 měsíců nepodmíněně, podmíněčně propuštěna, podmínka do roku 2012; udělen výkon trestu obecně prospěšných prací ve výši 100 hodin, očekává soud z roku 2005. Během výkonu trestu jí byl umožněn kontakt s dětmi přes Helsinský výbor (přiváželi děti na občasně návštěvy), s otcem dětí není v kontaktu, neuveden v rodných listech, trvale hlášena u rodičů, po dokončení doléčování měla od rodičů přislíbený byt. Dluhy: 60 000 Kč, splácí z dávek, asi 1000 Kč měsíčně.

Přichází po tříměsíční řádně ukončené léčbě v Denním stacionáři SANANIM. Před tím podmíněčně propuštěna z výkonu trestu (23 měsíců), přijata na chráněné bydlení s dětmi. Hlavní motivací bylo udržet abstinenci a získat své děti nejprve na propustku (pobyt v chráněném bydlení), následně zpět do své péče.

Přechod dětí z ústavní výchovy do péče matky obnášel mnohá úskalí, se kterými se klientka vypořádala vcelku dobře. V první řadě bylo nutné zajistit dětem docházku do školy. Klientka oslovila místní základní a mateřskou školu a dojednala si zde osobní pohovory s řediteli. Samotný přechod nebyl nikterak složitý. Děti prokázaly vysokou adaptabilitu. Vzhledem k tomu, že s matkou byly v kontaktu poměrně často a ona sama je po dohodě se sociální pracovníci a s pracovníci Fondu ohrožených dětí na změnu pomalu připravovala, zvládly přechod velmi hladce. Klientka byla zpočátku plná energie, nadšení, že jí instituce vyšly vstříc a i s dětmi se cítila silná k překonávání všech nástrah běžného života.

Martině výrazně pomáhala péče dětské psychologičky se stanovením a udržením pravidel. Klientka společně s dětmi dostávala praktické rady a úkoly (cvičení na grafomotoriku, koncentraci, zvyšování odolnosti vůči zátěži), které výrazně napomohly upevnit vzájemné vazby. V posledních měsících využívala i pomoc vychovatelky, jejíž péče spočívala především v uvedení

rad psycholožky do praktického rodinného soužití a v podpoře nastavených pravidel. Po splnění podmínky úspěšného dokončení léčby a doléčování se mohla i s dětmi do bytu přestěhovat.

Sociálně právní problematika – právní vztah k dětem

Otázka právního vztahu k dětem byla aktuální už při nástupu do doléčovacího programu. Martina své děti (t. č. v ústavní výchově Fondu ohrožených dětí Klokánek) pravidelně navštěvovala, ale dosud je měla pouze dvakrát, o víkendu, na propustce doma u svých rodičů. Sociální pracovnice OSPOD byla průběžně informována o stavu matky a věděla, že po dokončení léčby v Denním stacionáři nastoupí do programu matek v Doléčovacím centru. Z iniciativy pracovníků Denního stacionáře, kde se dosud léčila, byla uspořádána týmová konference sociálních pracovníků, které s klientkou dosud pracovaly, případně pracovat začnou. Na schůzku byla přizvána i současná garantka klientky z Doléčovacího centra z programu matek. Cílem setkání bylo zhodnotit dosavadní léčbu klientky a představit průběh doléčování ve vztahu k dětem. Schůzka byla zásadním zlomem v resocializačním procesu klientky. Domluvili jsme se na jednotlivých krocích, které musí předcházet jednání o navrácení dětí do péče matky. Sociální pracovnice OSPOD byla ochotna dát dětem propustku do chráněného bydlení tzv. na zkoušku (na 14 dní) s tím, že se bude průběžně informovat o tom, jak se matce daří zajistit péči o děti. OSPOD jsme pravidelně informovali, zasílali průběžně písemné zprávy. Propustky byly dětem postupně prodlužovány. V okamžiku, kdy byla sociální pracovnice přesvědčena, že klientka řádně plní své povinnosti vyplývající z léčebného programu a péči o děti zvládá, sama klientce poradila, aby si podala návrh k soudu na svěřeni dětí zpět do vlastní péče. Žádost si klientka podala po čtyřech měsících, děti jí byly soudem svěřeny do péče za další čtyři měsíce od podání žádosti.

Sociálně právní problematika – dávky

Vzhledem k tomu, že děti klientky překročily věk pro nárok na dávku rodičovského příspěvku, byla nucena vystačit si, jako uchazečka o zaměstnání, s dávkou hmotné nouze. S nadcházejícími změnami proto bylo nutné kontaktovat příslušný Úřad městské části, oddělení sociálních věcí a zdravotnictví s žádostí o přepočítání životního minima jako podkladu ke zvýšení dávky hmotné nouze (příspěvek na živobytí) pro klientku a děti. Dále klientka požádala o přeposílání přídávků na děti z Fondu ohrožených dětí, ten vyšel klientce vstříc v situacích, kdy prokazatelně odůvodnila náklady spojené s péčí dětí ve školských zařízeních. Proplácel jí obědy dětí, paragony na průkazku MHD a školní družinu pro starší dceru, stejně tak poplatek za školku pro mladšího syna.

Náklady na péči o sebe a své děti však byly pro klientku nadále vysoké. Začala uvažovat o zaměstnání. Jako vyučená kadeřnice si sehnala brigádu na částečný úvazek, a to i se záznamem v trestním rejstříku. V práci se osvědčila, vedoucí jí nabídla pronájem místa za předpokladu, že by pracovala na živnostenský list. Klientka si na příslušném živnostenském odboru zjistila podmínky získání živnostenského oprávnění. Vzhledem k tomu, že byla odsouzena za trestný čin nesouvisející s podnikatelskou činností, je pro účely podnikání považována za bezúhonnou a může za splnění podmínek začít podnikat.

Sociálně-právní problematika – trest obecně prospěšných prací

Klientce, která byla po 23 měsících výkonu trestu odnětí svobody podmíněčně propuštěna v září 2009 (se zkušební dobou 3 roky), byl nařízen probační dohled. Když obdržela usnesení

soudu o výkonu trestu obecně prospěšných prací, projevila zájem odpracovat si trest v rámci doléčování. Zahájili jsme jednání s Probační a mediální službou Praha (dále PMS), které se týkalo možnosti odpracovat si trest ve výši 100 hodin v prostorách Doléčovacího centra. (Doléčovací centrum je zařazeno do seznamu poskytovatelů místa pro výkon trestu obecně prospěšných prací). PMS Praha předneslo návrh soudu a ten žádosti vyhověl. Následovalo podepsání dohody s odsouzenou klientkou a naším centrem, poučení a zpracování harmonogramu. Sociální pracovnice DC posílala vedle pravidelných zpráv o doléčování klientky v rámci probačního dohledu také výkaz práce výkonu obecně prospěšných prací. Klientka vykonávala drobné kancelářské práce, úklid společných prostor v dohodnuté frekvenci 10 hodin týdně.

V procesu je nadále soudní řízení, ve kterém je klientka obviněna ze spolupachatelství v pojišťovací podvodu. Řízení bylo pro nedostatek důkazů několikrát odročeno. Spolupracuje s právníkem, který jí byl přidělen ex offa.

Intervence – co je nutné, co se osvědčilo:

- ✓ *Od začátku být v kontaktu s OSPOD, nejlépe se setkat osobně, což usnadní další průběh spolupráce, motivovat klientky k aktivní spolupráci. Jakýkoliv pohyb (pobyt) matky ve smyslu dočasného odloučení od dítěte (lékařské vyšetření, návštěva příbuzných apod.) musí klientky hlásit s dostatečným předstihem sociální pracovnici OSPOD. Ta vydá časově přesně stanovenou propustku.*
- ✓ *Vystavení potvrzení o doléčování klientek-matek a jejich dětí je specifickou podmínkou uznání nároků na dávky od některých úřadů. Ne každý úřad práce (oddělení státní sociální podpory) vyžaduje potvrzení o doléčování klientky a o řádné celodenní péči o nezletilé děti, ale je nezbytně nutné vyjasnit si pravidla na začátku, aby se předešlo případným nedorozuměním ve smyslu včasného zaslání dávky.*
- ✓ *Průběžně mapovat **aktuální stav dluhů** našich klientů a motivovat je k vedení všech dokladů a ke spolupráci s věřiteli, případně spolupracovat s právní poradnou A. N. O. či jinými institucemi, jako např. Poradna při finanční tísni.*
- ✓ *Klientky jsou už při vstupním pohovoru (zpravidla dva měsíce před ukončením léčby) informovány o tom, **kolik peněz** budou pro začátek potřebovat. Jde o 5000–7000 Kč. Maminky si musí kromě kauce, nájmu a povinného spoření zajišťovat veškeré potřeby pro sebe a dítě, včetně jídla a základního vybavení domácnosti.*
- ✓ ***Hospodaření s penězi** bývá velký problém – klientky zvyklé na to, že přístup k financím měly v rámci léčby výrazně omezený, jsou náhle vystaveny velkému tlaku. Na jedné straně musí finančně plně zaopatřit sebe a své dítě, na straně druhé mají konečně v ruce naspořené peníze, o kterých mohou rozhodovat samy.*
- ✓ *Naučit se základním dovednostem při zacházení s penězi je nesmírně důležitou součástí společné práce. Některé klientky, které zjistí, že najednou nemají na splátky dluhů potřebné finance, mají tendenci dělat ukvapené závěry, začínou vynechávat splátky bez oznámení. Častou reakcí na zvýšenou zátěž je pasivita, vyčkávání, vyhýbání se aktivnímu řešení sociální problematiky. Je pro ně snazší nechat o sobě rozhodovat, než se aktivně, ale z jejich pohledu komplikovaně rozhodovat samostatně. V tomto případě je nezbytné s klientkami hovořit o reálných možnostech, uklidnit je a společně vymyslet adekvátní postup.*

- ✓ **Vztah k dětem** – nezbytně nutný je individuální přístup. Podporujeme probouzení mateřského citu ve smyslu přijímat své dítě, naplňovat jeho potřeby a zároveň prohlubovat odpovědnost matky v samostatném rozhodování.
- ✓ **Změna prostředí** – přechod z léčby do doléčovacího programu je spojen s opakovaným psychosomatickým onemocněním matek i dětí. Jednotlivé obtíže průběžně konzultujeme a pomáháme jim v nastavení správného léčebného, ale i preventivního režimu. Hovoříme s nimi o možnostech návštěv specialistů, v případě potřeby jim vyhledáváme kontakty, v ojedinělých případech je i doprovázíme.

Práce s matkami, které vstupují do doléčovacího programu, má několik paralelních oblastí. V této fázi má klientka rozpracovánu řadu oblastí (viz výše), přičemž závisí na délce i způsobu práce v předchozí léčbě. Interakcí mezi matkou a dítětem se prostřednictvím terapeutické a sociální práce ve většině případů zabývá celý tým. Snažíme se pracovat vždy rovnoměrně ve všech sférách, i když se v určité době více věnujeme jedné z nich.

Jde zhruba o tyto problémy:

- ✓ **momentální ekonomická situace**
- ✓ **dlouhodobá ekonomická situace**
- ✓ **právní statut matky a dítěte** – aktivity, které směřují k opětovnému vrácení dítěte do péče matky, ale také spory o výživné, popřípadě jednání s otcem dítěte nebo s jinými členy rodiny
- ✓ **rovina terapeutická** – nutno řešit problémy, se kterými zápasí všichni ostatní klienti, jako jsou chutě na drogy, rizikové situace, sociální izolace, obtížné vztahy aj.

Na pomezí mezi sociální a terapeutickou prací jsou aktivity, které míří ke **zkvalitnění soužití matky s dítětem**, ke zvýšení rodičovských kompetencí a v neposlední řadě k zajišťování si budoucího života. Sem patří kromě intenzivní práce v rámci garantovaných pohovorů také konzultace s dětskou psychologkou a vychovatelkou, spolupráce s dětskými lékaři, nejrůznějšími organizacemi, které poskytují poradenství a praktickou pomoc v domácnosti. Tato oblast má podle našeho mínění možná nejvyšší terapeutický potenciál ze všech ostatních.

~

Výše uvedená zařízení velmi často využívají psychiatrických služeb specializovaného ambulantního zařízení CADAS, které poskytuje psychiatrickou a adiktologickou péči uživatelům drog, včetně substituční léčby. Těhotné klientky jsou přijímány vždy přednostně, často si okolnosti obvykle vynutí bezodkladné přijetí. Klientky žádají o služby v různé fázi těhotenství, nejčastěji užívají injekčně nelegálně získaný subutex, méně často jiné opioidy (heroin, braun) a chtějí přejít na substituční udržovací terapii, nebo žádají ambulantní detoxifikaci.

Pokud těhotná při přijetí užívá opioidy, přijímáme ji nejčastěji ihned k udržovací substituci subutexem, v substituční léčbě obvykle setrvává až do porodu, pak volí mezi vysazením a odvykáací léčbou nebo pokračuje v substituční léčbě subuxonem. Vysazení substituce v průběhu těhotenství není běžným krokem – je vhodné tam, kde se těhotná současně rozhodne pro odvykáací léčbu. V ostatních případech se doporučuje vysadit až po porodu. Relaps může být pro plod i matku rizikovější než stabilní dávka substitučního preparátu. Pokud se však žena

pro vysazení rozhodne, je vhodné volit pro vysazení období druhého trimestru těhotenství, kdy je nejbezpečnější. Stav klientky je vždy třeba konzultovat s gynekologicko-porodnickou ambulancí, kam by měla docházet a kam je vhodné zaslat zprávu s průběhem kontaktu a doporučením, včetně užívané látky a dávky. Toto vše se zaznamenává do těhotenského průkazu.

10. Závěr

Potvrdilo se, že průběh poporodní adaptace dětí drogově závislých rodičů může být **krátkodobý** (s individuálním průběhem NAS), ale také **dlouhodobý**, který se může projevovat jako hyperaktivita, nesoustředěnost, dráždivost, poruchy řeči, pomalejší tempo, ADHD s tím, že odolnost, respektive tolerance k droze je u těhotné ženy i plodu individuální. Prognóza dětí je v úzkém propojení s **kvalitou rodinného prostředí**, ve kterém dále vyrůstají, a to se všemi následky zdravotními, sociálními a psychosomatickými. Tento faktor můžeme prací a péčí o celou rodinu do značné míry ovlivnit, a o to jsme se v projektu snažili.

Víc než sto dětí (**107 dětí**), které nemusely trávit další část svého dětství v zařízeních s ústavní péčí nebo které se odtud mohly vrátit do své původní rodiny, je výsledkem práce a úsilí mnoha zúčastněných pracovníků. Tato práce začíná od prvních kontaktů s uživateli na ulici a v případě úspěchu končí plnohodnotným návratem celé rodiny do běžného života. Tento proces vyžaduje nejen vysoce odbornou kvalifikaci a osobní nasazení všech zúčastněných, ale zároveň finanční a společenskou podporu nynějších center, kde práce s klienty probíhá, a to včetně možnosti dlouhodobějších plánů a perspektiv.

Výše popsaný projekt přinesl řadu pozorování a postřehů, které se do výstupů a závěrů nevešly a které snad časem využít budeme. Každý jednotlivý případ, každý úspěch i neúspěch byl cennou zkušeností, která obohatila celý tým, a to nejen po stránce profesionální, ale i lidské.

Dovedeme si představit, že bychom mohli svou práci dělat lépe, kdybychom měli více času, financí, pracovníků apod., ale jsme rádi, že jsme mohli pomoci aspoň v této míře. Jsme přesvědčeni, že to bylo smysluplné a přínosné.

11. Doporučená a použitá literatura

Adiktologie 2007, č. 3

Čihař, M. (2009) „Novorozenec drogově závislé matky.“ In: *Ženy a drogy: sborník odborné konference*. Eds. Preslová, I. a Maxová, V., Praha: SANANIM, 2009. 51–54

Kukla, L., Hrubá, D., Tyrlík, M. a Matějová, H. (2008) „Poruchy chování u sedmiletých dětí – výsledky studie ELSPAC. 2. část: Rizikové faktory.“ *Časopis lékařů českých* 147, č. 6, 311–318

Lukešová, J. (2009) „Drogově závislé matky, jejich charakteristika a jejich děti.“ In: *Ženy a drogy: sborník odborné konference*. Eds. Preslová, I. a Maxová, V., Praha: SANANIM, 2009. 45–49

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2011) „*Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011.*“ Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7440/NAP.pdf> (15. 9. 2011)

Ministerstvo vnitra ČR. (2011) „*Hodnocení systému péče o ohrožené děti – Národní projekt Systému včasné intervence.*“ Dostupné na: <http://www.mvcr.cz/clanek/hodnoceni-systemu-pece-o-ohrozene-deti-narodni-projekt-systemu-vcasne-intervence.aspx> (15. 9. 2011)

Preslová, I. a Maxová, V., eds. (2009) *Ženy a drogy: sborník odborné konference*. Praha: SANANIM, 2009

Stará, V., Lesná, P., Fencl, F. a Bláhová, K. (2009) „Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba.“ *Pediatric pro praxi* 10(06), 382–384

Studničková, B. a Petrášová, B. (2011) *Výroční zpráva ČR – 2010: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie, 2011

„Uživatelé návykových látek a jejich děti (závislí rodiče, těhotné ženy a děti uživatelů)“ In: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*, Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislost, 2011

Vavřínková, B. a Binder, T. (2007a) „Návykové látky v těhotenství.“ *Zaostřeno na drogy* 5, č. 4

Vavřínková, B. a Binder, T. (2007b) Socioekonomická data, průběh těhotenství a porodu u žen závislých na opioidech a na substituční terapii. *Česká gynekologie* 72, č. 5, 330–335

Vavřínková, B. a Binder, T. (2007c) Vliv substituční terapie na porodní hmotnost novorozence, poporodní adaptaci, trofiku a průběh abstinčního syndromu novorozence. *Česká gynekologie* 72, č. 4, 247–253

Vavřínková B. (2011) Vede užívání psychotropních látek k rizikovému sexuálnímu chování? *Česká gynekologie* 76, č. 1, 56–59

12. Přílohy (formuláře, leták)

Příloha č. 1

Legislativa – přehled nejčastěji používaných zákonů

Deklarace práv dítěte

Úmluva o právech dítěte

Zákon č. 359/99 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Zákon č. 99 /1963 Sb. Občanský soudní řád – předběžná opatření ve věcech nezletilých dětí

§ 367 Nepřekážení trestného činu

(1) Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin vraždy (§ 140), zabití (§ 141), těžkého ublížení na zdraví (§ 145), mučení a jiného nelidského a krutého zacházení (§ 149), nedovoleného přerušování těhotenství bez souhlasu těhotné ženy (§ 159), neoprávněného odebrání tkání a orgánů (§ 164), obchodování s lidmi (§ 168), zbavení osobní svobody (§ 170), zavlčení podle § 172 odst. 3 a 4, loupeže (§ 173), brání rukojmí (§ 174), vydírání podle § 175 odst. 3 a 4, neoprávněného nakládání s osobními údaji podle § 180 odst. 4, znásilnění (§ 185), pohlavního zneužití (§ 187), zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193), týrání svěřené osoby (§ 198), krádeže podle § 205 odst. 5, zpronevěry podle § 206 odst. 5, podvodu podle § 209 odst. 5, pojistného podvodu podle § 210 odst. 6, úvěrového podvodu podle § 211 odst. 6, dotačního podvodu podle § 212 odst. 6, podílnictví podle § 214 odst. 3 a 4, legalizace výnosů z trestné činnosti podle § 216 odst. 4, padělání a pozměnění peněz (§ 233), neoprávněného opatření, padělání a pozměnění platebního prostředku (§ 234),

neoprávněné výroby peněz (§ 237), zkrácení daně, poplatku a podobné povinné platby podle § 240 odst. 3, zneužití informace a postavení v obchodním styku podle § 255 odst. 4, poškození finančních zájmů Evropských společenství podle § 260 odst. 5, porušení předpisů o kontrole vývozu zboží a technologií dvojího užití (§ 262), porušení povinností při vývozu zboží a technologií dvojího užití (§ 263), provedení zahraničního obchodu s vojenským materiálem bez povolení nebo licence (§ 265), porušení povinnosti v souvislosti s vydáním povolení a licence pro zahraniční obchod s vojenským materiálem (§ 266), obecného ohrožení (§ 272), vývoje, výroby a držení zakázaných bojových prostředků (§ 280), nedovolené výroby a držení radioaktivní látky a vysoce nebezpečné látky (§ 281), nedovolené výroby a držení jaderného materiálu a zvláštního štěpného materiálu (§ 282), nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy (§ 283), získání kontroly nad vzdušným dopravním prostředkem, civilním plavidlem a pevnou plošinou (§ 290), zavlečení vzdušného dopravního prostředku do ciziny (§ 292), vlastizrady (§ 309), rozvracení republiky (§ 310), teroristického útoku (§ 311), teroru (§ 312), sabotáže (§ 314), vyzvědačství (§ 316), ohrožení utajované informace (§ 317), válečné zrady (§ 320), násilí proti orgánu veřejné moci podle § 323 odst. 3 a 4, násilí proti úřední osobě podle § 325 odst. 3 a 4, přijetí úplatku (§ 331), podplacení (§ 332), násilného překročení státní hranice podle § 339 odst. 2 a 3, organizování a umožnění nedovoleného překročení státní hranice podle § 340 odst. 4, vzpoury vězňů (§ 344), účasti na organizované zločinecké skupině podle § 361 odst. 2 a 3, neuposlechnutí rozkazu podle § 375 odst. 2 a 3, zprotivení a donucení k porušení vojenské povinnosti podle § 377 odst. 2 a 3, porušování práv a chráněných zájmů vojáků stejné hodnosti podle § 382 odst. 3 a 4, porušování práv a chráněných zájmů vojáků podřízených nebo s nižší hodností podle § 383 odst. 3 a 4, zběhnutí (§ 386), ohrožování morálního stavu vojáků podle § 392 odst. 2, genocidia (§ 400), útoku proti lidskosti (§ 401), apartheidu a diskriminace skupiny lidí (§ 402), přípravy útočné války (§ 406), styků ohrožujících mír (§ 409), použití zakázaného bojového prostředku a nedovoleného vedení boje (§ 411), válečné krutosti (§ 412), perzekuce obyvatelstva (§ 413), plenění v prostoru válečných operací (§ 414) nebo zneužití mezinárodně uznávaných a státních znaků podle § 415 odst. 3, a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta; stanoví-li tento zákon na některý z těchto trestných činů trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.

(2) Kdo spáchá čin uvedený v odstavci 1, není trestný, nemohl-li trestný čin překazít bez značných nesnází nebo aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví, jiné závažné újmy nebo trestního stíhání. Uvedení osoby blízké v nebezpečí trestního stíhání však nezbavuje pachatele trestní odpovědnosti, týká-li se nepřekazení trestného činu vlastizrady (§ 309), rozvracení republiky (§ 310), teroristického útoku (§ 311), teroru (§ 312), sabotáže (§ 314), vyzvědačství (§ 316), genocidia (§ 400), útoku proti lidskosti (§ 401), apartheidu a diskriminace skupiny lidí (§ 402), přípravy útočné války (§ 406), použití zakázaného bojového prostředku a nedovoleného vedení boje (§ 411), válečné krutosti (§ 412), perzekuce obyvatelstva (§ 413), plenění v prostoru válečných operací (§ 414) a zneužití mezinárodně uznávaných a státních znaků podle § 415 odst. 3.

(3) Překazít trestný čin lze i jeho včasným oznámením státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu; voják může místo toho učinit oznámení nadřízenému.

§ 368 Neoznámení trestného činu

(1) Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin vraždy (§ 140), těžkého ublížení na zdraví (§ 145), mučení a jiného nelidského a krutého zacházení (§ 149), obchodování s lidmi (§ 168), zbavení osobní svobody (§ 170), brání rukojmí (§ 174), zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193), týrání svěřené osoby (§ 198), padělání a pozměnění peněz (§ 233), neoprávněného opatření, padělání a pozměnění platebního prostředku (§ 234), neoprávněné výroby peněz (§ 237), porušení předpisů o kontrole vývozu zboží a technologií dvojího užití (§ 262), porušení povinnosti při vývozu zboží a technologií dvojího užití (§ 263), provedení zahraničního obchodu s vojenským materiálem bez povolení nebo licence (§ 265), porušení povinnosti v souvislosti s vydáním povolení a licence pro zahraniční obchod s vojenským materiálem (§ 266), obecného ohrožení (§ 272), vývoje, výroby a držení zakázaných bojových prostředků (§ 280), nedovolené výroby a držení radioaktivní látky a vysoce nebezpečné látky (§ 281), nedovolené výroby a držení jaderného materiálu a zvláštního štěpného materiálu (§ 282), získání kontroly nad vzdušným dopravním prostředkem, civilním plavidlem a pevnou plošinou (§ 290), zavlečení vzdušného dopravního prostředku do ciziny (§ 292), vlastizrady (§ 309), rozvracení republiky (§ 310), teroristického útoku (§ 311), teroru (§ 312), sabotáže (§ 314), vyzvědačství (§ 316), ohrožení utajované informace (§ 317), válečné zrady (§ 320), přijetí úplatku (§ 331), podplacení (§ 332), účasti na organizované zločinecké skupině podle § 361 odst. 2 a 3, genocidia (§ 400), útoku proti lidskosti (§ 401), apartheidu a diskriminace skupiny lidí (§ 402), přípravy útočné války (§ 406), použití zakázaného bojového prostředku a nedovoleného vedení boje (§ 411), válečné krutosti (§ 412), perzekuce obyvatelstva (§ 413), plenění v prostoru válečných operací (§ 414) nebo zneužití mezinárodně uznávaných a státních znaků podle § 415 odst. 3, a takový trestný čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu nebo místo toho, jde-li o vojáka, nadřízenému, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta; stanoví-li tento zákon na některý z těchto trestných činů trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.

(2) Kdo spáchá čin uvedený v odstavci 1, není trestný, nemohl-li oznámení učinit, aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví, jiné závažné újmy nebo trestního stíhání.

(3) Oznamovací povinnost podle odstavce 1 nemá advokát nebo jeho zaměstnanec, který se dozví o spáchání trestného činu v souvislosti s výkonem advokacie nebo právní praxe. Oznamovací povinnost nemá také duchovní registrované církve a náboženské společnosti s oprávněním k výkonu zvláštních práv, dozví-li se o spáchání trestného činu v souvislosti s výkonem zpovědního tajemství nebo v souvislosti s výkonem práva obdobného zpovědnímu tajemství.

Dokumentace dítěte

Jméno		1. kontakt
Příjmení		Datum narození
Rodné číslo		Zdravotní pojišťovna
Právní stav dítěte		
Změna	1.	2.
Matka dítěte		
Jméno, příjmení		Adresa, telefon
Pozn.		
Otec dítěte		
Jméno, příjmení		Adresa, telefon
Pozn.		
Blízká osoba – kontakt		Změna
OSPOD – kontakt		Změna
t. č. v péči		
Změna		
Lékařská a další odborná vyšetření dítěte:		
Poznámka:		

Jméno:		Rodné číslo:	Strana číslo:
Datum	Zápis	Ordinace, medikace, důležité poznámky	

Anamnestický list dítěte klienta o. s. SANANIM

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Rodné číslo:	
Adresa:	
Zdravotní pojišťovna:	
Právní stav dítěte:	
Datum 1. kontaktu:	
Vyjádření dětského lékaře:	

<u>1. Rodinná anamnéza:</u>	
1.1 matka: adresa, stav, nemoci, závislosti, hospitalizace:	
1.2 otec: adresa, stav, nemoci, závislosti, hospitalizace:	
1.3 Výskyt závažných onemocnění v rodině a příbuzenstvu:	
<u>2. Zdravotní anamnéza</u>	
2.1. Jak probíhalo těhotenství	
2.2. Užívání NL v těhotenství	
2.3. Jak probíhal porod dítěte (NAS)	
2.4. Hospitalizace dítěte	
2.5. Prodělané nemoci, úrazy dítěte	
2.6 Psychické potíže (pomočování, hyperaktivita, úzkosti, péče dětského psychologa, psychiatra aj.)	
<u>3. Sociální anamnéza</u>	
3.1. Pobyt v KÚ, DD aj.	
3.2. Docházka do jeslí nebo MŠ, příp. potíže	
3.3 Docházka do ZŠ, odklad, potíže, prospěch	
<u>4. Právní situace dítěte</u>	

4.1. Dítě v péči:	
4.2. Stanoven dohled nebo jiná spolupráce s OSPOD	
4.3. Uveden otec v RL: ano x ne	
4.4. Upraven styk otce s dítětem ano x ne, jak	
4.5. Stanoveno výživné:	
<u>5. Důležité osoby v životě dítě</u>	
5.1. Prarodiče	
5.2. Sourozenci	
5.3. Další osoby, které o dítě pečovaly	
<u>6. Aktuální medikace:</u>	
Napište všechny léky, které klient užívá, zaznamenejte gramáž + dávkování	
Datum:	
Jméno vyplňujícího:	

Desatero pro rodiče dětí se syndromem ADHD

1. Obrníme se klidem a velikou trpělivostí – **víme, že dítě nám to nedělá naschvál.**
2. Stále hledáme dobré stránky našeho dítěte, **za které můžeme dítě pochválit, mluvíme o nich a posilujeme je (mezi všemi těmi průšvihy se snadno ztratí to, co dítě udělalo dobře).**
3. Místo zadávání úkolů **raději s dítětem aktivně** a v klidu spolupracujeme. **Máme je tak na očích, pomáháme mu soustředit se na cíl a dáváme mu jistotu, že nám na něm záleží.**
4. **Práci a činnost dělíme na velmi krátké časové úseky, asi 10–15 min., které prokládáme odpočinkem. Odpočinek je dobré spojit s nějakým pohybem.**
5. **Dbáme na to, aby dítě každý den mělo možnost** vybit svou „přebytečnou“ energii **v pohybu a volných hrách** (ale pozor – organizované kroužky k tomu nejsou příliš vhodné).
6. **Dovolíme mu vrtět se na židli či pracovat v různých polohách: vkleče, vleže na koberci apod. Je-li to možné, požádáme učitele, aby se mohlo dítě čas od času projít i během hodiny.**
7. Spolupracujeme se školou, **ptáme se na úspěchy našeho dítěte, žádáme, aby dítě mohlo sedět co nejblíže učiteli a pokud možno co nejdál od rušivých podnětů.**
8. Dbáme na celkové dobré zdraví dítěte, **aby nebylo zbytečně zatěžováno dalšími potížemi.**
9. **Nenecháváme dítě s jeho průšvihy a neúspěchy samotné, šetrně je s ním probíráme, hledáme cesty, jak to příště udělat lépe.**
10. **Včas** uvažujeme o vhodném budoucím povolání dítěte. **Intelektová kapacita dětí s ADHD se neliší od ostatních dětí, musíme však zvažovat zejména míru jejich aktivity** – tyto děti často bývají spokojené spíše v praktickém povolání. Nejdůležitější je jejich spokojenost s pracovní činností.

Zdroj: doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc., upravila Mgr. Martina Vančáková
Kebza, V., Hyperaktivní děti – informace pro rodiče. Státní zdravotní ústav, Praha 2001

Pomoc a podpora těhotným ženám a matkám s dětmi

Rady a informace pro těhotné

Při užívání léků, drog a alkoholu v těhotenství je třeba zvýšené opatrnosti. Mohou totiž ohrozit vývoj a život nenarozeného dítěte, průběh těhotenství, zdraví a život matky. Pro plod je nejcitlivější období na počátku těhotenství, a to v prvním trimestru (přibližně do 13. týdne), kdy se vytvářejí orgány. Platí pravidlo, že lékům je v těhotenství lépe se vyhnout, platí však také, že neléčené onemocnění může být pro matku i plod víc rizikové než léky. Týká se to nemocí tělesných i duševních.

Pokud docházíte do substituční léčby, nezapomeňte o těhotenství informovat lékaře, který léčbu vede. Užívání substituční látky musí být pravidelné, dávka stabilní. Vhodný čas k případnému snížení nebo vysazení je ve 4.–6. měsíci těhotenství. Po tomto období by mohlo prudké vysazení vyvolat předčasný porod nebo potrat.

Injekční aplikaci je během těhotenství raději lepší se vyhnout. I když budete maximálně opatrná, riskujete infekci, která může ohrozit vás i plod.

Doporučujeme:

- ✓ Docházejte do poradny pro těhotné (co nejdřív po zjištění těhotenství, ale i pozdě je lepší než vůbec). Je to důležité nejen kvůli dítěti, ale i kvůli vám a tomu, jak vás bude vnímat personál v porodnici.
- ✓ Pečujte o sebe a své zdraví – snažte se pravidelně jíst, odpočívat, udržovat základní hygienu, pokud možno nebrat drogy a nepít alkohol.
- ✓ Pokud berete drogy, snažte se o bezpečné brání; případné vysazení drogy a abstinování vždy předem konzultujte s odborníkem (jakékoli utajování ohrožuje vývoj plodu).
- ✓ Řešte včas, co bude po porodu: kde budete bydlet, z čeho budete žít, ale i zda si chcete dítě nechat nebo ho dát k adopci, případně porodit utajeně apod. Nechat to na dobu po porodu bývá mnohem komplikovanější.
- ✓ Pokud berete opiáty, je dobrá varianta přejít během těhotenství na substituci. Substituční centra přijímají těhotné klientky přednostně (v těhotenství není vhodný Suboxone®, ale Subutex®).
- ✓ Také otec se může zapojit a partnerku podporovat a chránit, docházet s ní k lékaři, pomoci vytvořit bezpečné zázemí apod.

Kdy volat Záchranou službu (linka 155)

Pokud **v průběhu těhotenství** nastanou tyto komplikace:

- předčasné stahy (kontrakce)
- předčasný odtok plodové vody

- krvácení z rodidel
- poruchy vědomí
- křečové stavy a další náhlé výrazné potíže

Pokud **kolem termínu porodu** nastanou tyto komplikace:

- pravidelné stahy dělohy, které zesilují, a intervaly mezi nimi se zkracují
- krvácení jasnou krví (špinění či narůžovělý hlen není nic závažného, je způsobeno otevřením porodních cest)
- odtok plodové vody

Při jakékoli pochybnosti – např. ohledně pohybů plodu, trvalých bolestí, náhle vzniklých otoků aj. – vyhledejte lékařskou pomoc.

Rady a informace po porodu

Je dobré vědět, že užívání drog přestává být vaší osobní věcí v okamžiku, kdy se stanete rodičem. Pak začíná platit zákon o sociálně-právní ochraně dětí, který chápe takovéto děti jako ohrožené a bere je pod ochranu státních sociálních úřadů – OSPOD. Sociální pracovníci proto mají právo zjišťovat podmínky, ve kterých dítě vyrůstá, to znamená, že vás mohou navštívit už v porodnici, ale i po propuštění doma. V krajním případě mohou dítě od rodiče užívajícího drogy soudně odebrat a umístit ho do péče jiných osob (i rodinných příslušníků), nebo dokonce do ústavu (kojenecký ústav, dětský domov). Vracení dítěte do vaší péče mohou podmínit léčbou nebo vyřešením vhodného bydlení. Léčbu doporučujeme a vybíráme po dohodě s vámi a s ohledem na váš stav a okolnosti. Může to být ambulantní docházka, léčba ve stacionáři, léčba v Terapeutické komunitě Karlov (společná léčba matek s dětmi) a jiné. Pokud se otec chce s dítětem vidat, bydlet s ním nebo o něj pečovat, platí pro něj stejná pravidla jako pro matku.

Pokud se ukáže, že matka není schopna dlouhodobě své užívání a zázemí vyřešit, může být dítěti nařízena ústavní výchova (rozhodnutím soudu) a časem může být rodič zbaven rodičovských práv.

U miminka se může rozvinout abstinenční syndrom (záleží na dávce, frekvenci a druhu drogy, kterou matka užívala); tento syndrom musí být řešen léky v nemocnici a trvá různě dlouho.

Doporučujeme:

- ✓ Pokud možno spolupracujte s personálem v nemocnici i se sociální pracovníci.
- ✓ Zodpovědně se rozhodněte, zda si chcete dítě nechat a zda jste ochotná a schopná udělat vše, co bude třeba k získání dítěte a k další péči na mnoho let do budoucna.
- ✓ Děti závislých maminek bývají často hyperaktivní, neklidné apod. a o to víc potřebují klidné a pečující zázemí. Je dobré se poradit, zeptat se, nebýt na to sama.
- ✓ Snažte se zajistit si bezpečné zázemí a bydlení.

Kde najít pomoc?

Denní stacionář SANANIM

tel.: 220 803 130, 605 212 175

Janovského 26, Praha 7 (nedaleko Strossmayerova nám., tramvajová zastávka Veletržní nebo metro „C“ Vltavská)

Každé úterý od 9 do 15 hodin můžete přijít bez objednání

Pomůže:

- se sociálními záležitostmi
- s kontaktem s úředníky, sociálními pracovníky a s porodnicemi
- s výběrem léčby a nástupem do ní
- s průběhem těhotenství
- s informacemi ohledně adopce, přerušeni těhotenství
- s péčí o děti

Kontaktní centrum SANANIM

tel.: 605 240 501, 238 872 186

Na Skalce 15, Praha 5

Poskytne:

- informace o zdravotních rizicích (a jak je snížit) a o průběhu těhotenství
- základní informace a kontakty, ale také vitaminy a ošetření
- zprostředkování kontaktu s lékaři, sociálními pracovníky a dalšími odborníky, včetně doprovodu

Další kontakty:

Terénní programy SANANIM

tel.: 603 209 948

Základní informace podají také terénní pracovníci, kteří se pohybují v centru Prahy každý pracovní den od 14 do 19 hodin. Kontaktovat je můžete také na výše uvedeném telefonním čísle.

Utajený porod

tel.: 800 260 900 (bezplatná informační linka)

Dětské centrum Praha-Krč vám poradí, jak a kde je možné porodit utajeně, jak dát dítě do adopce atd.)

FN Motol – uzel A, 5. patro, MUDr. B. Vavřínková

tel.: 224 434 272

Ve středu od 9 do 14 hodin (určení těhotenství, prohlídka, poradenství a plán co dál).

Terapeutická komunita Karlov SANANIM

Karlov 3, Čimelice 398 04; telefon/fax: 382/229 655, e-mail: *karlov@sananim.cz*

Vážení,

chceme Vás informovat o tom, že naše komunita je zaměřena na léčbu drogově závislých matek s dětmi. Vzhledem k tomu, že jde v České republice o ojedinělou možnost, zasíláme Vám několik základních informací:

SANANIM je občanské sdružení zabývající se léčbou a resocializací osob závislých na nealkoholových návykových látkách, případně osob s kombinovanou závislostí (nealkoholové návykové látky s alkoholem). Bylo založeno v r. 1990 a za dobu své existence vybudovalo systém komplexní a mnohoúrovňové péče o závislé.

Terapeutická komunita Karlov je zařízení určené závislým mladistvým, mladým dospělým a matkám s dětmi. Po dvouletých zkušenostech s léčbou závislých matek s dětmi se nám v listopadu 2001 podařilo otevřít v objektu Karlova samostatný dům pro matky s dětmi a zahájit samostatný program pro tyto klientky.

Komu je léčba určena?

- Léčba je určena motivovaným matkám s dětmi, které mají v anamnéze závislost na nealkoholových návykových látkách, případně kombinovanou závislost (heroin, pervitin, marihuana, alkohol atd.). Není určena matkám závislým pouze na alkoholu.
- Věk matky ani věk dítěte nehraje roli.
- Ke společné léčbě přijímáme i matky se soudně nařízenou léčbou a matky, jimž bylo dítě na základě předběžného či soudního rozhodnutí odebráno z péče (pokud se podaří domluvit s orgánem péče o mladistvé a děti svěřeni dítěte do péče našeho zařízení).
- Léčba není vhodná pro matky s handicapovanými dětmi, matkám s těžkou psychiatrickou poruchou, matkám a dětem, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou každodenní lékařskou péči.
- V případě potřeby můžeme přijmout do léčby i těhotnou klientku.

Základní informace o léčbě:

- Doba léčby je 6–10 měsíců.
- Potřebám matek s dětmi plně odpovídá vybavení domu, v kterém jsou ubytovány. Mají k dispozici nejnětější vybavení pro pobyt dítěte (postýlku, povlečení apod.), ideální je, pokud má matka malého dítěte vlastní kočárek (zpočátku jí i ten můžeme půjčit). Oblečení pro dítě, lahvičky, dudlíky apod. musí mít matka vlastní.
- Matka může pobývat v komunitě společně se svým dítětem, tráví s ním většinu času, stará se o něj, což přispívá k upevnění vzájemné citové vazby.
- Léčba je bezplatná – tj. ubytování, strava, léčebná péče. Věci pro dítě si matka z větší části hradí sama, stejně jako vlastní hygienické potřeby apod.
- Program je založen na dynamické skupinové psychoterapii, přičemž je plně přizpůsoben potřebám dítěte. V době, kdy se matka účastní terapie, se o dítě stará kvalifikovaná vychovatelka. Starší děti mohou navštěvovat školkou a školu v přílehlých obcích. Matce i dítěti je dále poskytnuta lékařská péče a sociální pomoc, kterou zajišťují lékaři-externisté a naši sociální pracovníci.
- Součástí programu jsou i aktivity zaměřené na podporu rodičovských kompetencí matky, podporu vztahu matky a dítěte.
- Nedílnou součástí léčby je zmapování rodinné situace klientky, práce s partnerem, rodiči apod.
- Celková kapacita je asi 10 matek.
- Léčba je rozdělena do několika fází se vzrůstající úrovní zodpovědnosti a samostatnosti klientky. Pokud matka zdárně postupuje v léčbě, jsou jí umožněny návštěvy jejich nejbližších v komunitě a vycházky mimo komunitu.
- Na léčbu v našem zařízení navazuje doléčovací program zajišťovaný Doléčovacím centrem SANANIM, který je vhodný zejména pro klientky z Prahy. Pro mimopražské klientky zajišťujeme následnou péči v místě jejich bydliště. Následná péče by měla matkám usnadnit opětovné začlenění do společnosti.

Pokud Vás náš program zajímá a máte další otázky, volejte na naše telefonní číslo, rádi Vám poskytneme další informace.

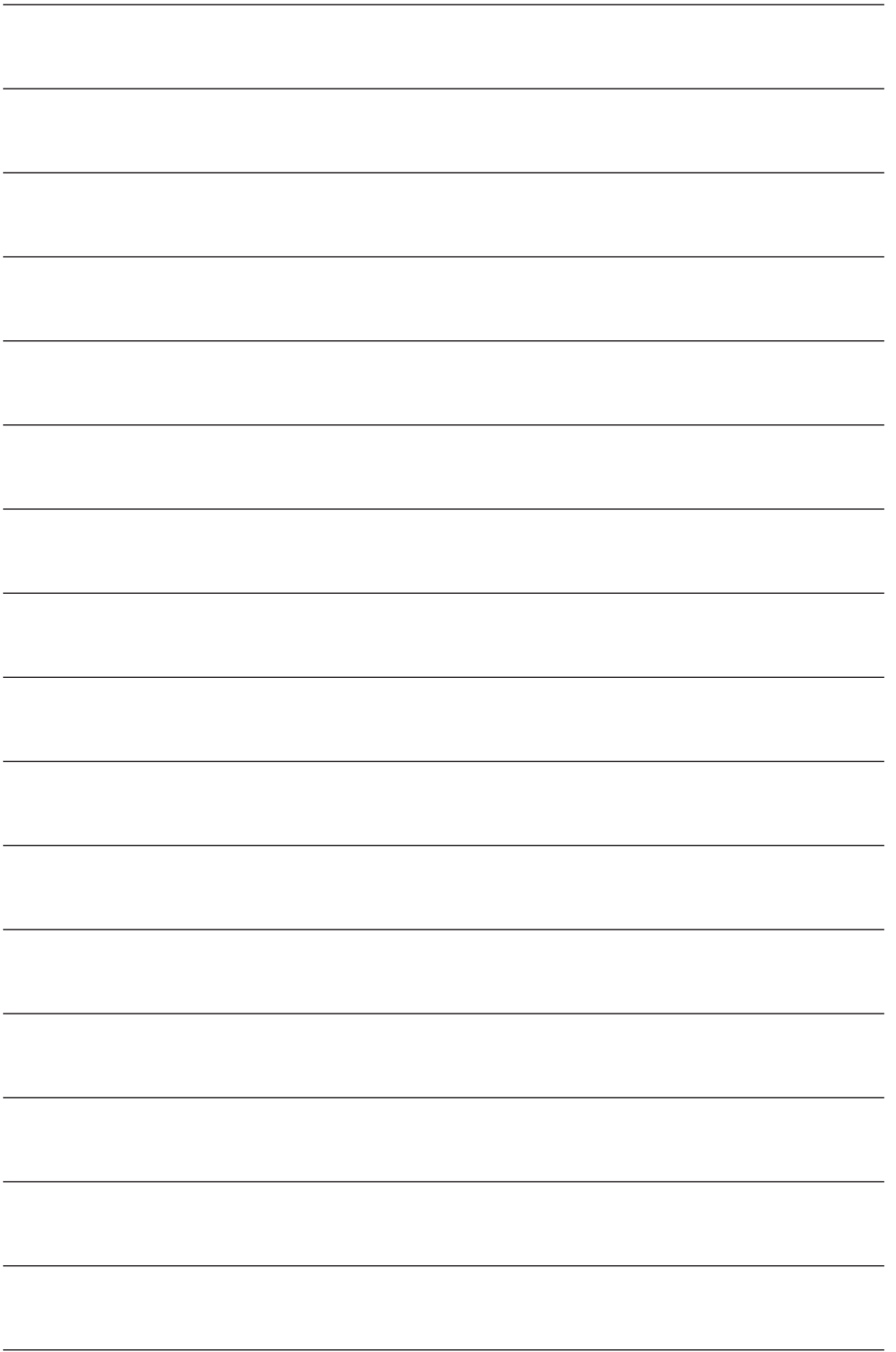
V případě, že máte klientku indikovanou pro naši léčbu, volejte přímo dr. Preslovou, Denní stacionář SANANIM, Janovského 26, Praha 7, tel.: 220 80 31 30, 605 21 21 75, fax: 266 710 489, e-mail: stacionar@sananim.cz.

Těšíme se na spolupráci.

S pozdravem,

tým Terapeutické komunity Karlov

Poznámky



Poznámky

Ilona Preslová a kol.

Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů – Komplexní program péče o dítě závislých matek o. s. SANANIM
V roce 2011 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 978-80-904536-1-6



Víc než sto dětí, které nemusely trávit další část svého dětství v zařízeních s ústavní péčí nebo které se odtud mohly vrátit do své původní rodiny, je výsledkem práce a úsilí mnoha zúčastněných pracovníků. Tato práce začíná od prvních kontaktů s uživateli na ulici a v případě úspěchu končí plnohodnotným návratem celé rodiny do běžného života. Tento proces vyžaduje nejen vysoce odbornou kvalifikaci a osobní nasazení všech zúčastněných, ale zároveň finanční a společenskou podporu nynějších center, kde práce s klienty probíhá, a to včetně možnosti dlouhodobějších plánů a perspektiv.



SANANIM

Neprodejně **ISBN 978-80-904536-1-6**