

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA  
S.R.O.**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM  
2013–2016**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Lucie Steinhauserová**

**Dětské a dorostové detoxikační centrum Praha z pohledu  
speciálního pedagoga**

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce:  
Doc. PaedDr. Eva Šotolová Ph.D.

**JANA AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE**

**BAKALÁŘSKÉ FULL-TIME STUDIES**

**2013–2016**

**BACHELOR THESIS**

**Lucie Steinhauserová**

**Centre of Detoxification for Children and Youths in Prague  
from the View of Special Educationist**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor:  
Doc. PaedDr. Eva Šotolová Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Lucie Steinhauserová

### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Doc. PaedDr. Evě Šotolové Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce. Mé poděkování patří též personálu detoxikačního oddělení za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá pohledem na základní pojmy a údaje drogové závislosti a její léčbu a prevenci obecně, avšak v některých kapitolách se zaměřením zejména na děti a dorost. Provedené šetření se zaměřuje na klienty dětského a dorostového věku s drogou závislostí či experimentující s návykovými látkami. Rozebrána je zde také funkčnost a chod detoxikačního oddělení. K šetření bylo využito kvalitativní metody, tedy informace byly získané z anamnéz klientů.

## **Klíčová slova**

Detoxifikace, detoxikační oddělení, drogy, experimentace s návykovými látkami, intoxikace, léčba drogové závislosti, prevence drogové závislosti, rizikové faktory

### **Annotation**

This bachelor thesis covers the basic terms and statistics of drug abuse and its treatment and prevention in general, although it concentrates on children and adolescents in certain chapters. The study focuses on clients made up of children and youth who are addicted or experimenting with drugs and other addictive substances. It also describes the process and functionality in the department specifically specialized in detoxification. The method used for this study was qualitative, i.e. the information has been acquired from client's anamneses.

### **Key words**

Department of detoxification, detoxification, drugs, experimentation with addictive substances, intoxication, high-risk factors, prevention of drug abuse, treatment of drug abuse

## Obsah

Úvod.....	9
1. Experimentování, zneužívání a drogová závislost.....	10
1.1. Drogová závislost .....	10
1.1.1. Neurobiologické mechanismy drogových závislostí .....	10
1.2. Rozdělení rizikových skupin uživatelů drog .....	12
2. Detoxifikace.....	14
2.1. Detoxifikace.....	14
2.2. Detoxikační jednotky .....	18
2.3. Návaznost v léčbě po detoxifikaci .....	19
3. Faktory významné pro účinnost léčby .....	22
3.1. Cíle léčby .....	22
3.2. Faktory významné pro změnu klienta.....	22
4. Léčba dětí s drogovou závislostí.....	25
4.1. Adolescenti a děti.....	25
4.2. Vývojové rizikové faktory pro rozvoj závislosti .....	27
5. Dětské a dorostové detoxikační centrum .....	30
5.1. Obecně o oddělení .....	30
5.2. Lokalizace a popis oddělení.....	30
5.3. Cíle DaDDC.....	31
5.3.1. Nejvyšší cíle DaDDC.....	31
5.3.2. Cílová populace .....	32
5.3.3. Prostředky pro naplnění cílů .....	32
5.4. Složení a struktura týmu .....	32
5.5. Příjem pacientů, začátek a ukončení léčby .....	34
5.5.1. První kontakt s pacientem, vstupní rozhovor.....	34
5.5.2. Individuální léčebný plán.....	35
5.5.3. Průběh péče.....	35
5.5.4. Ukončení poskytování služeb .....	36
5.6. Psychoterapie a poradenství.....	37
5.6.1. Struktura terapeutického programu v DaDDC .....	38
5.6.2. Prostředky a formy terapie.....	39
5.6.3. Cíle terapeutického programu.....	40
5.6.4. Individuální psychoterapie.....	40
5.6.5. Skupinová psychoterapie .....	41
5.6.6. Práce s rodinnými příslušníky, rodinné poradenství.....	41

6. Sociální práce.....	43
6.1 Obecné cíle sociální práce .....	44
6.2 Konkrétní cíle sociální práce .....	44
7. Dokumentace .....	45
7.1 Osobní dokumentace.....	45
7.2 Dokumentace programu.....	46
8. Komunikace pracovního týmu.....	47
8.1. Porady .....	47
8.2. Provozní schůze .....	47
8.3. Komunikace terapeutických dvojic .....	47
8.4. Individuální vnitřní supervize.....	47
8.5. Neformální komunikace týmu .....	48
8.6. Pracovní náplně jednotlivých pracovníků.....	48
8.7. Týmová pravidla .....	48
8.8. Supervize .....	48
8.9. Zajištění provozu .....	49
9. Anamnézy klientů oddělení .....	50
10. Závěr .....	60
11. Seznam použité literatury .....	61
12. Seznam použitých zkratk .....	62
13. Seznam obrázků, grafů a tabulek.....	63



## Úvod

Díky možnosti výkonu praxe na Detoxikačním oddělení v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze jsem měla příležitost nahlédnout do problematiky zneužívání návykových látek dětmi v České republice. Dříve jsem absolvovala praxi v zařízeních typu K- Centrum, Adiktologická ambulance apod., kde jsem se setkávala pouze s dospělými narkomany. Jelikož se v tomto případě jednalo o děti, praxe pro mě byla určitým způsobem na tomto oddělení psychicky náročnější.

Před mým prvním kontaktem s klienty detoxikačního oddělení jsem si mylně myslela, že se bude jednat hlavně o děti ze sociálně slabších rodin, kdy děti např. z nedostatku pozornosti ze strany rodičů experimentují s drogami za účelem poutání pozornosti. Byla jsem však vyvedena z omylu již při první návštěvě oddělení. Samozřejmě se mezi klienty nacházejí jak zmíněné děti ze sociálně slabších rodin, tak i děti z rodin velice dobře zabezpečených, které při své možnosti velkého kapesného využívají lehké dostupnosti drog na trhu. Děti jsou tu opravdu z různorodých sociálních skupin, a proto také tolik obdivuji práci všech pracovníků oddělení, jelikož každé z dětí je odlišné a vyžaduje tak individuální přístup.

Uvědomuji si nyní hlouběji složitost motivace těchto klientů a následky do jejich budoucího života, ať už s úspěšnou či neúspěšnou léčbou. Drží se mě pocit, že o tomto tématu se u nás bohužel mluví stále pouze v malé míře i přes jeho aktuální závažnost. Zpracováním několika případů klientů, kteří absolvovali léčbu v době, kdy jsem byla na detoxikačním oddělení na praxi naposledy, tj. prosinec 2015, jsem se snažila nastítnit situaci a vytvořit tak nástin drogové problematiky u dětí do 18 let v ČR. Dále jsem rozebrala detoxikační oddělení obecně, přičemž jsem se blíže zaměřila na jeho terapeutickou a vzdělávací funkci. Pro toto šetření jsem využila možnosti přístupu na oddělení, kde jsem mohla analyzovat dostupné dokumenty, jako například anamnézy.

# 1. Experimentování, zneužívání a drogová závislost

Tato kapitola se věnuje rozborem pojmů jako je experimentace, zneužívání a drogová závislost, vymezuje hranice mezi těmito jednotlivými stádii a zaměřuje se na celý proces drogové závislosti obecně.

## 1.1. Drogová závislost

*„Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.“* (Kalina a kol., 2003, s. 107) Od nepaměti hledá člověk způsoby k zintenzivnění prožívání radosti a euforie, způsoby, jak uniknout od bolesti a utrpení, a právě tato touha může ve finále překlenout z přirozené touhy v nutkavé chování, které může jedince dohnat až ke ztrátě kontroly nad sebou samým a způsobit tak rozvoj chorobných znaků. (Kalina a kol. 2003) To, co však mění kvalitu prožívání, nemusí být vždy jen droga, může se stejně tak jednat například o jídlo, sex, práci či moc, a proto problémem není ani tak vnější aspekt jako spíše stav mysli s tím spojený. (Kalina a kol., 2003) Dále můžeme drogovou závislost definovat podle Kaliny jako vyústění abusu, který se stal výlučnou a dominantní činností, jež má zajistit pocit uspokojení.

Závislost se vyvíjí u dětí a mladistvých daleko rychleji a dramatičtěji než u dospělých jedinců a stejně tak její dopad fyzický a psychický je v období dospívání závažnějšího rázu než u dospělé populace. (Kalina a kol., 2003)

### 1.1.1. Neurobiologické mechanismy drogových závislostí

I když se mechanismy vzniku a udržování závislosti liší u jednotlivých závislostí, lze nalézt společné znaky, které jsou opakujícími se rysy. (Kalina a kol. 2003) Tyto znaky jsou shrnuty v Obr. 1. Droga je tedy látka, která vyvolává v centrální nervové soustavě psychotropní účinky, spouští tak výraznou změnu vnímání v prožívání jak euforie, tak i úzkosti. (Kalina a kol., 2003) Tento účinek bývá většinu času pocíťován jako žádaný a příjemný alespoň v počátečních fázích užívání drogy. (Kalina a kol., 2003)

*„Aplikace drogy způsobí vychýlení přirozené rovnováhy složitých systémů v CNS – vyplavení neuromediátorů v některých oblastech CNS, účinek na receptorech atp.“* (Kalina a kol., 2003, s. 97) Tyto změny v CNS způsobují rozvoj somatických změn, které

při vysazení drogy spouští abstinenci příznaky, jelikož nová rovnováha v CNS vytvořená pravidelným užíváním drogy byla narušena v případě neaplikování drogy ve stavu fyzické nutkavosti. (Kalina a kol., 2003) „Závislost je často (ne vždy) provázána rozvojem tzv. tolerance, kdy pro navození účinku je nutno aplikovat stále vyšší dávku drogy, protože droga působí proti vytvořeným adaptačním mechanismům.“ (Kamila a kol., 2003, s. 97) Při detoxifikaci a odvykání si tělo musí látky v těle zbavit, avšak není jisté, zda je možné navrátit CNS do stavu původního, v jakém byla před započítím užívání návykové látky, a proto dochází k tomu, že i po několika měsících či letech je citlivost CNS na určitý typ dříve zneužívané drogy nastavena jinak. (Kamila a kol., 2003)

I když je následující rozdělení typu drog podle MKN-10 již zastaralé, typy závislosti na těchto návykových látkách členěné dle Kaliny, jsou stále stejné a neměnné.

Tabulka 1: Typ závislosti dle typu návykové látky (Kalina a kol., 2003, s. 102, Tab. 2)

Typ drogy	Droga	„Psychická závislost“	„Fyzická závislost“
Stimulancia	Kokain	Silná, vzniká velmi rychle zejména u i. v. aplikace	Slabá
	Amfetaminy	Silná, trochu pomalejší, kromě i. v. aplikace	Slabá
	Nikotin	Slabá, relativně rychlý zvyk u kouření	Slabá
Tlumivé látky	Kofein	Slabá, vzniká pomalu	Slabá
	Alkohol	Středně silná, vzniká pomalu	Střední až silná
	Benzodiazepiny	Slabá, vzniká pomalu	Slabá až střední
	Barbituráty	Slabá až střední, vzniká pomalu	Střední až silná
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP)	Střední	Slabá
	Ketamin	Střední	Velmi silná
Opiáty	Morfin, heroin	Silná, rychle vzniká při i. v. aplikaci nebo při kouření	Silná
	Methadon	Slabá	Silná
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana	Střední, vzniká relativně rychle při kouření	Střední
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD)	Slabá	Slabá
	Diethylamid, meskalin	Slabá	Slabá

## 1.2. Rozdělení rizikových skupin uživatelů drog

Podle Kaliny lze rozdělit uživatele do několika skupin zejména z hlediska četnosti užívání návykové látky a to na:

*Experimentátoři:* nepřesné, ale i v odborné mluvě používané označení pro osobu, která drogy takzvaně „zkouší“ - občasně a nepravidelně užívá různé typy drog a může (ale nemusí) mít při tom problémy v jiných oblastech.

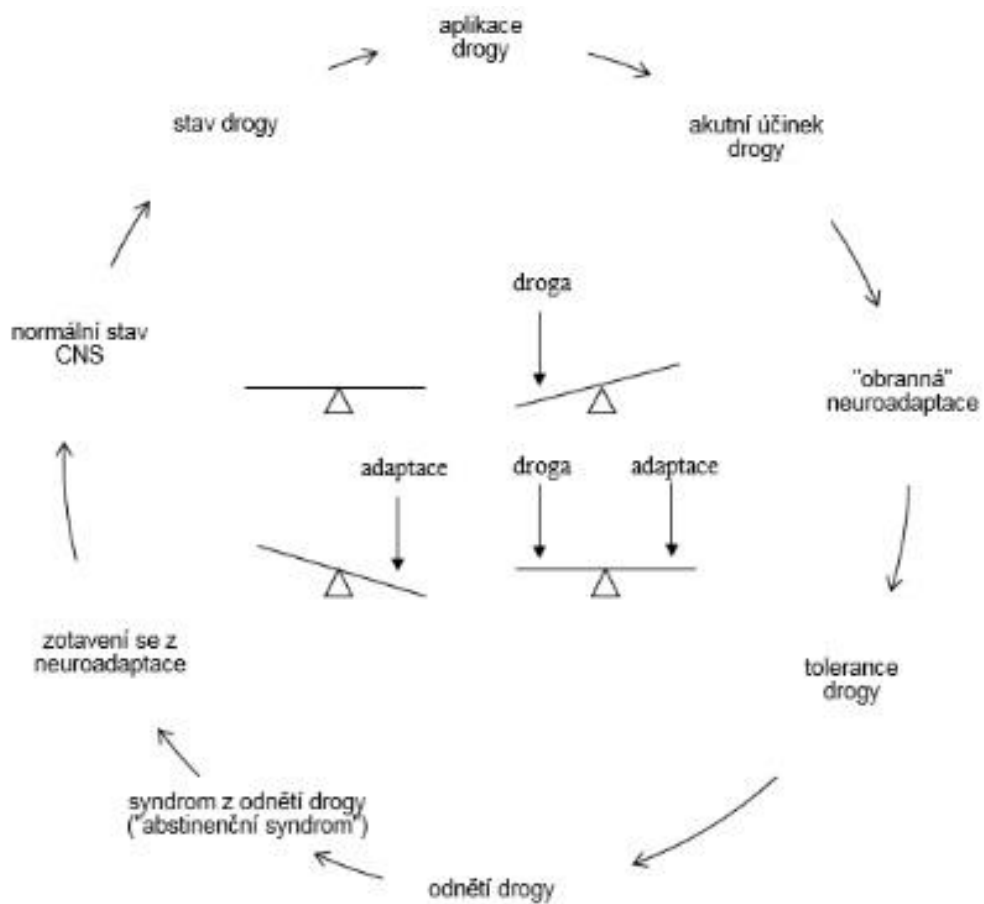
*Příležitostní rekreační uživatelé:* u této cílové skupiny se užívání drog již stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem není (nebo dosud není) vznik závislosti a dalších problémů. Typicky jde zejména o marihuanu, LSD či extázi na diskotékách a večírcích.

*Pravidelní uživatelé:* pravidelnost (tj. užívání častější než 1x týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Můžeme hovořit o „škodlivém užívání“ podle MKN -10.

*Problémoví uživatelé:* podle EMCDDA je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí.

*Závislí:* uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti – často, ale ne vždy jde zároveň o „problémové uživatele“. Pojem „toxikoman“ dnes již z odborné terminologie mizí.

Obrázek 1: Mechanismus vzniku závislosti (Kalina a kol., 2003, s. 104)



## 2. Detoxifikace

V této kapitole se budeme zabývat otázkami odvykacího stavu, důvody a cíli detoxifikace, metodami a rozdílnostmi přístupů detoxifikace u různých typů drog, dále pak základními znaky odvykacího stavu u nejčastějších návykových látek. V kapitole páté budeme mít možnost sledovat všechny tyto údaje a chod zařízení přímo z oddělení, kde celý tento proces probíhá a to při práci s dětskými klienty.

### 2.1. Detoxifikace

*„Jedním ze základních znaků závislosti je přítomnost odvykacího stavu při vysazení návykové látky.“* (Kalina a kol., 2003, s. 304) Samotný pojem detoxifikace se dá vysvětlit jako proces zvládnutí odvykacího stavu. (Kalina a kol., 2003) Tím se myslí zvládnutí jeho dvou fází, které se dají rozdělit jako *akutní*, která má nejnápadnější znaky, a poté během několika týdnů či měsíců jde o fázi *chronickou*, která zahrnuje příznaky jako je nespavost, úzkost, nechutenství apod. (Kalina a kol., 2003)

Stejně tak dělíme znaky odvykacího stavu na tělesné a psychické, kdy stav může být až životu nebezpečný, komplikován deliriem či těžkými křečemi, ale jsou také první potíží při zahájení delšího terapeutického programu. (Kalina a kol., 2003) *„Detoxifikace probíhá buď formou hospitalizace pacienta, nebo ambulantní formou, kdy pacient sám pravidelně dochází do ambulance podle dohody.“* (Kalina a kol., 2003, s. 304)

Přístupy používané při detoxifikaci se podle Kaliny mohou v různých zařízeních lišit, ale v odlišné míře se kombinují takto:

1. *„zdravotnický přístup - zajišťuje zmírnění odvykacích znaků, jejich vyšší snesitelnost, zabraňuje rozvoji dalších komplikací, které by mohl odvykací stav přinést, a v neposlední řadě provádí základní vyšetření“* (Kalina a kol., 2003, s. 304)
2. *„psychoterapeutický přístup – navázání terapeutického vztahu, podpora motivace pacienta k pokračování terapeutického programu i po odeznění odvykacích příznaků“* (Kalina a kol., 2003, s. 304)
3. *„přístup sociální práce – zaměření se na řešení nejnaléhavějších sociálních potíží a dojednání pokračování léčebné péče po detoxifikaci“* (Kalina a kol., 2003, s. 304)

Metody rozdílné pro různé návykové látky si rozdělíme do oddílů:

### **Alkohol**

Odvykací stav, který následuje po odnětí alkoholu, může svou nebezpečností ohrožovat život, nejménějším takovým stavem myslíme stav nápadného třesu rukou, proto název *delirium tremens*. (Kalina a kol., 2003. Doprovázejícími znaky tohoto stavu je narušené vědomí, halucinace ať už čichové, vizuální či hmatové, dezorientace, horečka, zrychlené dýchání, bludy apod. (Kalina a kol., 2003) Samotný odvykací stav u alkoholu začíná obvykle několik hodin po ukončení pití, vrcholem je obvykle druhý den abstinence, a poté odeznění zhruba po pěti dnech. (Kalina a kol., 2003) „*Asi u 3 – 5 % pacientů se rozvinou křeče nebo delirium.*“ (Kalina a kol., 2003, s. 305) Nejkomplikovanější je delirium, kterému lze díky léku Heminevrin předcházet, pokud očekáváme jeho možný nástup a to zejména u pacientů s více jako pětiletou alkoholovou závislostí, kdy i dalšími komplikacemi jsou např. vyskytující se poruchy jater, hypoglykémie atd. (Kalina a kol., 2003)

### **Opiáty a opioidy**

Odvykací stav opiátů a opioidů, během kterého dotyčný silně touží po užití své drogy a je snad u veřejnosti nejznámějším projevem závislosti, připomíná svou závažností a podobou chřipku, proto nepředstavuje akutní ohrožení života pacienta. (Kalina a kol., 2003) „*Odvykací stav po odnětí heroínu a morfinu začíná přibližně po 6 – 8 hodinách po poslední dávce, vrcholu dosahuje 2. a 3. den a trvá přibližně 7 – 10 dní. Metadonový začíná 1 – 3 dny od poslední dávky a trvá 1 – 3 týdny.*“ (Kalina a kol., 2003, s. 305) Důležitým připomenutím je, že uživatelé heroínu často kombinují své dávky s benzodiazepiny, a když poté dochází k detoxifikaci, zapomenou tento fakt zmínit, jelikož benzodiazepiny nepovažují za skutečnou drogu, což způsobuje zbytečné komplikace, jelikož odnětí těchto látek je mnohem nebezpečnější nežli odebrání samotného heroínu. S podáváním přípravků pro snadnější detoxifikaci a zmírnění detoxikačních příznaků však máme v naší republice dlouholetou zkušenost a jeho využitím tak zvyšujeme šanci na úspěšné dokončení detoxifikace. (Kalina a kol., 2003)

Pro detoxifikaci opiátů a opioidů máme podle Kaliny několik metod:

1. „*detoxifikace metadonem – dávky jsou většinou podávány 10 – 40 mg denně, ambulantní léčba trvá 3 týdny, avšak je zatížena větším procentem neúspěšnosti. Výhodami metadonu je delší biologický poločas a podává se ústy, není možné jej aplikovat intravenózně*“ (Kalina a kol., 2003, s. 306)
2. „*detoxifikace clonidinem – clonidin je neopioidová látka s původním užitím pro léčbu vysokého tlaku. Její nevýhodou je silná hypotenze a útlum a také podávání po 6 – 8 hodinách denně s nejvyšší denní dávkou 2 mg. Látku je možné kombinovat s naltrexonem, který reprezentuje podobu ultrarychlé detoxifikace.*“ (Kalina a kol., 2003, s. 306)
3. „*detoxifikace buprenorfinem – u nás v současnosti nejčastější typ, v podobě tablet či injekcí Subutex či Suboxone, jehož výhodou je na rozdíl od Subutexu nemožnost aplikovat lék nitrožilně. Lze pokračovat symptomatickou léčbou.*“ (Kalina a kol., 2003, s. 306)
4. „*detoxifikace symptomatická – v případě, kdy si pacient z nějakých důvodů vyžádá, že již dále nechce užívat opioidy, což se stává velmi zřídka. Jedná se o kombinaci diazepamů, betablokátorů a spasmolytik (např. algifen). Každá z těchto látek mírní jeden okruh odvykacích symptomů*“ (Kalina a kol., 2003, s. 306)
5. „*detoxifikace bez medikace – tzv. „suchá cesta“, která vychází z přesvědčení, že nepříjemný zážitek z odvykacího stavu bez medikace zabrání následujícímu relapsu. Ovšem tento způsob detoxifikace má velmi malou pravděpodobnost úspěšnosti.*“ (Kalina a kol., 2003, s. 306)

### **Benzodiazepiny**

„*Odvykací stav se může objevovat již po krátkém užívání zejména terapeutických dávek, typicky 2. – 3. den po odnětí benzodiazepinů, u dlouhodobě působících může tento stav nastupovat až 5. – 6. den.*“ (Kalina a kol., 2003, s. 306) „*Detoxifikace vyšších dávek by měla probíhat během hospitalizace pacienta, a to s principem postupného vysazování.*“ (Kalina a kol., 2003, s. 306)



### **Barbituráty**

„Po odnětí barbiturátů dochází ke stavu, který je svými rysy podobný stavu po odnětí benzodiazepinů, avšak dosahuje těžkých znaků zejména v prvních třech dnech, jako např. křeče, deliria, hypotermie či dokonce smrt, přičemž stav začíná po 12 hodinách od poslední dávky a přechází do jednoho až dvou týdnů.“ (Kalina a kol., 2003, s. 307)

„Detoxifikace probíhá nahrazením užívaného barbiturátu za barbiturát s dlouhým poločasem (fenobarbital) a hlavním rizikem je vyvážení úvodní tenké hranice mezi intoxikací a odvykacím stavem.“ (Kalina a kol., 2003, s. 307)

### **Stimulancia**

U těchto látek, typicky u pervitinu a kokainu, jsou odvykací stavy méně výrazné a méně subjektivně nepříjemné než například u opioidů. (Kalina a kol., 2003) „Tento stav vrcholí za 2 – 4 dny, přechází do jednoho týdne a nejzávažnějším příznakem se zde jeví deprese, která může být spouštěčem sebevražedných tendencí, a proto je tento odvykací stav podporován farmakoterapií pouze v podobě antidepressiv, jestliže je to kvůli dlouhodobým depresím nutné.“ (Kalina a kol., 2003, s. 307)

### **Kanabinoidy a halucinogeny**

„Znaky uváděné po vysazení kanabinoidů a halucinogenů jsou minimálně známy a stejně tak nezávažné, že nepředstavují potíže, kvůli kterým by uživatel vyhledával speciální pomoc.“ (Kalina a kol., 2003, s. 307)

Tabulka 2: Znaky odvykacího stavu u nejčastějších návykových látek (podle MKN 10)

<b>Alkohol</b>	<b>Opiáty, opioidy</b>	<b>Sedativa, hypnotika</b>	<b>Stimulancia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• třes jazyka, očních víček, rukou</li><li>• pocení</li><li>• nauzea či zvracení</li><li>• neklid</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• neodolatelná touha po droze</li><li>• sekrece z nosu či kýchání</li><li>• slzení</li><li>• bolest svalů, křeče</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• třes jazyka, očních víček, rukou</li><li>• nauzea či zvracení</li><li>• tachykardie</li><li>• paranoia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• neodolatelná touha po droze</li><li>• letargie, únava</li><li>• neklid, agitovanost</li><li>• nespavost</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• nespavost</li> <li>• bolesti hlavy</li> <li>• křeče</li> <li>• malátnost či slabost</li> <li>• bludy a iluze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nauzea či zvracení</li> <li>• břišní křeče</li> <li>• rozšíření zornic</li> <li>• průjem</li> <li>• zimomřivost</li> <li>• neklidný spánek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• křeče</li> <li>• nespavost</li> <li>• malátnost, slabost</li> <li>• halucinace, iluze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zvýšená chuť k jídlu</li> <li>• nepříjemné a bizarní sny</li> </ul>
--	--	---	--

**K častým důvodům detoxifikace podle Kaliny patří následující okolnosti:**

- Nebezpečnost pacienta sobě nebo okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu
- Diferenciální diagnostika. Může se jednat o nejasný stav a je třeba rozhodnout, zda se jedná o intoxikaci, toxickou psychózu nebo jinou duševní chorobu.
- U klienta např. po těžkém úrazu nebo při jiných komplikacích týkajících se jeho tělesného zdraví je potřebná léčba v nemocničním prostředí, což vyžaduje zvládnutí odvykacího stavu.
- Detoxifikace ze zvláštních důvodů (brzké uvěznění, vycestování závislého cizince apod.)
- Snižít toleranci vůči droze. Po detoxifikaci klesá tolerance vůči droze. To vědí závislí na heroinu a někdy vyhledávají detoxifikaci, aby si snížili toleranci, protože opatřovat si např. 2000 Kč denně na heroin pro ně přestalo být únosné.
- Sociální důvody. Klient nemá zájem o léčbu a abstinenci, ale je v sociální tísní a detoxifikaci bere jako určitou daň za to, že bude mít kde bydlet, zvláště pokud ví, že zároveň dostane léky, které jeho odvykací stav podstatně zmírní.

## **2.2. Detoxikační jednotky**

*„Detoxikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. na jednotce intenzivní péče nebo ARO, tj. anesteziologicko-resuscitační oddělení). (Kalina a kol., 2003, s. 190)*

*„Detoxikační jednotky jsou vhodné zejména pro uživatele, pro které by nebylo vhodné využití detoxifikace v domácím prostředí, což u nás není tak častým jevem jako v ostatních zemích.“ (Kalina a kol., 2003, s. 190)*

Některá zařízení vyžadují zajištěnou následnou péči po absolvování detoxifikace na jejich oddělení, a proto tak může dojít ke snížení jejich využívání, jelikož se mezi klienty nacházejí i tací, kteří si chtějí projít detoxifikací pouze za účelem snížení tolerance drogy nebo si „odpočinout“. (Kalina a kol., 2003) *„Z těchto klientů nejsou pracovníci detoxikačních oddělení nadšení, ale i taková motivace je stále lepší nežli žádná a během průběhu detoxifikace může ve finále vyústit v další spolupráci v podobě následné léčby.“ (Kalina a kol., 2003, s. 191)*

### **2.3. Návaznost v léčbě po detoxifikaci**

Je třeba zmínit, že největší komplikací během detoxifikace není ani tak již zmiňovaný fyzický stav během odvykání, ale zejména silný „craving“ (bažení), který vzniká jako silný psychický problém. (Kalina a kol. 2003) Z tohoto je zřejmé, že hlavně u těžších forem závislostí není detoxifikace dostačující intervencí, a proto návaznost další péče má svůj zásadní význam. (Kalina a kol., 2003)

Podle Kaliny detoxikační stanice své pacienty nejčastěji předávají těmto zařízením:

1. Kontaktním centřům a zařízení věnujícím se programům „harm reduction“, tzv. mírnění škod, a to např. v případě, že klient detoxifikaci nedokončil.
2. Programům intenzivní ambulantní péče a péče orientované na abstinenci
3. Krátkodobá či střednědobá ústavní péče – většina těchto zařízení má podmínku absolvování detoxifikace
4. Terapeutickým komunitám s dlouhodobým pobytem – typicky ročním, i v tomto případě většina komunit vyžaduje, aby byl klient „čistý“

Zvládnutí odvykacího stavu musíme věnovat pozornost zejména z důvodu, že právě tento stav bývá první potíží, se kterou se při jakémkoli zahájení delšího terapeutického programu setkáme, a jeho zvládnutí se současným udržetím klienta v terapii je dalším nezbytným krokem v léčbě a terapii. (Kalina a kol., 2003)

Tabulka 3: Nejčastější problémy klientů v léčbě (Kalina a kol., 2003, s. 101)

<p><b>1. Problémy související s drogami a s léčbou</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- „Craving“</li><li>- Pochybnosti o smyslu a schopnosti dosáhnout života bez drog</li><li>- Malá schopnost vyhnout se drogám a rizikovým situacím</li><li>- Pesimismus ve vztahu k léčbě</li><li>- Dlouhodobá váhavost a nerozhodnost</li></ul>
<p><b>2. Problémy sebepojetí</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nedostatek sebeúcty</li><li>- Nízká sebedůvěra</li><li>- Nízké vědomí totožnosti s vlastním tělem</li><li>- Necitlivost k vlastním emocím</li><li>- Potlačování negativních pocitů</li></ul>
<p><b>3. Problémy související se vztahy</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nízká asertivita</li><li>- Zranitelnost, urážlivost</li><li>- Uzavřenost</li><li>- Účelové jednání, manipulace</li><li>- Povrchnost</li><li>- Překotnost</li><li>- Osamělost</li><li>- Psychosexuální problémy</li></ul>
<p><b>4. Problémy v sociálních schopnostech</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nedostatek komunikačních schopností a dovedností</li><li>- Chybné porozumění situací</li><li>- Nezodpovědnost za roli</li><li>- Nedostatek pracovních a kulturních návyků</li><li>- Neschopnost plánovat</li></ul>

Zmíněné problémy spolu navzájem úzce souvisejí, jinými slovy problémy ve vztahu k drogám a léčbě jsou spojeny s vnímáním sebe sama - sebepojetím, které souvisí se sociálními schopnostmi, které vytvářejí rizikové situace pro relaps. (Kalina a kol., 2003)

### 3. Faktory významné pro účinnost léčby

Tato kapitola pojednává o léčbě jako takové, její cíle a v neposlední řadě faktory, které mohou ovlivnit průběh celé léčby, počínaje absolvováním detoxifikace. Je zde také zachycena změna životního stylu a vliv na osobnost klienta, drogového uživatele, který se bohužel v případě nedostatečné motivace dostává mnohdy do svého „bludného kruhu“ spolupráce s institucemi.

#### 3.1. Cíle léčby

*„Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru.“* (Kalina a kol., 2003 s. 97) Dle WHO (1998 IN Kalina a kol., 2003) byly definovány tři cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitace uživatelů drog:

1. Snížení závislosti
2. Snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog
3. Podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace.

Bohužel mezi pracovníky léčebných zařízení, pracovníky terénních programů, ale i policisty převládají pesimistické postoje k možnostem uzdravení, zejména pokud se týká o takové drogy, jako je např. heroin, a to díky dlouholetým zkušenostem a výkonu pracovní činnosti na drogové scéně. (Kalina a kol., 2003)

K velkému dobru je provádění inovací ze strany pracovníků v tomto oboru, jelikož se poté toto odráží na celém léčebném procesu, jeho účinnosti a možnostech, jak ji zvyšovat. (Kalina a kol., 2003) *„Zavádění inovativních přístupů, které z tohoto porozumění vychází, zlepšují schopnost odborníků zapojit do léčby terapeuticky obtížné klienty a pomáhají této skupině klientů překonávat překážky pro vstup do léčby a udržení v ní.“* (Kalina a kol., 2003, s. 97)

#### 3.2. Faktory významné pro změnu klienta

Tzv. **vývojové úkoly** dospívajícího jedince, které jsou stěžejními ke zvládnutí požadavků plynoucích z tělesných, psychických a sociálních změn v procesu dozrávání, mohou být pro adolescenta příliš obtížným obdobím, a tak může docházet k situaci, kdy

se jedinec snaží zmírnit či změkčit intenzitu tohoto období pomocí užívání drog. (Kalina a kol., 2003) Mezi tyto vývojové úkoly podle Kaliny patří:

- naučit se přijmout svoje tělo
- ztotožnit se se svou sexuální rolí
- dosáhnout emoční autonomie od svých rodičů
- získat akceptovanou pozici ve skupině vrstevníků
- připravit se na povolání a životní dráhu
- založit uspokojivý sexuální vztah

Započetí drogové kariéry samozřejmě celý proces vývojových úkolů zpomaluje či přímo znemožňuje a je vždy rozumnější a pravděpodobnější díky odborné pomoci drogové užívání přerušit, tedy mít tak možnost své nedořešené a odložené vývojové úkoly přijmout za své a vyrovnat se s nimi. (Kalina a kol., 2003)

Dalším faktorem jsou životní změny, kam spadá také **abstinence**, která je klíčovou v životě klienta, a to i tehdy, kdy se nejedná o abstinenci trvalou, jelikož se uvádí, že i období bez drog delší než tři měsíce může vytvořit základní předpoklady pro úspěšné pokračování v delší či trvalé abstinenci. (Kalina a kol., 2003) Avšak abstinence musí být doprovázena dalšími změnami v životě klienta, jako v oblasti vztahů, práce a sociálního zázemí. (Kalina a kol., 2003)

**Přátelské a vrstevnické vztahy** jsou důležité zdroje sociální podpory, kdy je ovšem při drogové závislosti většina takových vztahů tvořena s osobami drogově závislými, či nějakým způsobem se pohybujícími na drogové scéně, a proto je úspěchem a důležitým ukazatelem změny takzvaný opačný proces, kdy klient navazuje vztahy v prostředí nedrogovém, s lidmi, kteří nejsou drogově závislí a v drogové scéně se nepohybují. (Kalina a kol. 2003) Stejně tak příznivým bodem je **navázání intimního vztahu** klienta s osobou neužívající návykové látky. V případě, že se však jedná o osobu pouze aktuálně abstinující, je zde vysoké riziko společného relapsu a takovéto vztahy bývají často významným a svízelným problémem terapie. (Kalina a kol., 2003) Typickými příklady jsou např. vztah závislého muže s neužívající dívkou, která má ambice zachránkyně, což často ústí ve společnou drogovou kariéru, či případ, kdy z obou užívajících jedinců, jeden začne abstinovat, ale je dříve či později stáhnut zpět druhým partnerem, tedy relapsuje. (Kalina a kol., 2003)

**Vztahy k původní rodině** se u klientů nacházejí na různých stupních, kdy je tato situace velmi ovlivněna hlavně věkem klienta. (Kalina a kol., 2003) Čím je klient mladší, tím je důležitější získání pozitivních vztahů v rodině, dosahování autonomie je poté dospívajícímu přirozenější. (Kalina a kol., 2003) Naopak u starších klientů, kdy je separace v pokročilejším stadiu, již dochází spíše k řešení otázek jako vyrovnávání dluhů, obnova komunikace apod. (Kalina a kol. 2003) Nepochybně je takřka vždy na místě a velmi užitečné zapojit původní rodinu do procesu léčby a vytvořit tak podmínky pro efektivnější léčbu. (Kalina a kol., 2003)

**Délka drogové kariéry je časovým faktorem**, kdy platí úměra, že čím déle drogová závislost trvá, tím obtížnější je léčba a dosažení její efektivity. (Kalina a kol. 2003) *„Zdá se to být triviální, protože pravidlo „čím včasnější léčba, tím lepší prognóza“ platí snad pro všechna onemocnění.“* (Kalina a kol., 2003 s. 98) *„Mezi pracovníky v oboru léčby závislosti se však lze stále setkat s přesvědčením, že léčba může být úspěšná, až když má klient „dobráno“ a ocitne se v hluboké krizi a v bezvýhodné situaci.“* (Kalina a kol., 2003, s. 98) Včasný začátek léčby může typicky být způsobena ztrátou osoby s drogovou závislostí jako odloučení od rodiny, přátel, ukončení studia, práce apod., a snahou odvrátit či omezit alespoň částečně následky, avšak stejně tak může včasný začátek léčby narážet na problém nedostatku motivace. (Kalina a kol., 2003) V nynější době se tedy klade velký důraz na zvyšování dovedností terapeutů v práci s motivací klientů. (Kalina a kol., 2003)

Dalším důležitým časovým faktorem je **věk při počátku závislosti**, protože jak již bylo zmíněno, vývojové úkoly v dospívání jsou klíčovým momentem určitého období, a proto se předpokládá, že jedinec, který si vypěstoval drogou závislost v rané dospělosti, má po splnění těchto vývojových úkolů větší šance na dosažení změny a udržení si léčebného efektu. (Kalina a kol., 2003) *„Závislost, která vznikne až po 20. roce věku, má relativně dobrou prognózu (až trojnásobně příznivější než závislost vzniklá ve věku nižším než 16 let při srovnatelné intenzitě poskytnuté péče).“* (Kalina a kol., 2003, s. 98)



## 4. Léčba dětí s drogovou závislostí

V kapitole nacházíme důvody vyhledávání návykové látky dítětem, ať už z důvodu jeho dlouhé chvíle, či za plného vědomí si představujíc drogu jako únik od nepříjemné skutečnosti. Jedná se o rizikové faktory, spouštěče a kritické body, které mohou vyvolat pouze experimentaci, zklamání a následné upuštění od drogy, ale také odstartovat závislost dítěte a to se všemi společnými znaky závislého jedince na návykové látce. Tato celá kapitola nám tedy přibližuje, jak je možné naší snahou předcházet či mírnit možnosti setkání se dítěte s drogou v pozici uživatele.

*„Cílová skupina dětí a mladistvých není pouze okrajovou populací ohroženou návykovými látkami. Statistické údaje naopak ukazují, že trend zneužívání drog je nejvýraznější ve věku 15 – 19 let – v r. 2001 spadalo do této věkové kategorie 47,5 % uživatelů a plná polovina z nich užívala drogy nitrožilně.“* (Kalina a kol., 2003, s. 232, viz MPK, 2002) Co se jeví jako spouštěč závažnosti, je zjištění, že 14 % uživatelů uvádí první užití drogy před patnáctým rokem věku. (Kalina a kol., 2003)

*„Dospívání je složitý komplex změn v životě jedince vedoucí k vývoji od nezralého a závislého jedince k jedinci relativně soběstačnému – dospělému. Tento komplex změn zahrnuje složku biologickou, sociální a psychickou a můžeme jej rozdělit do dvou základních období: 1) pubertu – dosažení pohlavní zralosti a možnosti plodit, 2) adolescenci – psychické a sociální dospívání s cílem dosáhnout statutu dospělého.“* (Kalina a kol., 2003, s. 232)

### 4.1. Adolescenti a děti

Pro lepší orientaci si rozdělíme tuto cílovou skupinu na dvě podskupiny. První je tvořena dětmi, tedy jedinci do patnácti let věku, v druhé podskupině se nachází dospívající jedinci starší patnáct let. Toto zjednodušení provádíme z důvodu legislativních, sociálních a psychologických rozdílů podskupin. (Kalina a kol., 2003)

V období adolescence prožívá jedinec mnohé zmatky a nespokojenosti. Je zde několik kritických bodů, které musejí být zpracovány adolescentem. Pokud zmíněné zmatky přirozeně nemotivují jedince k vývoji, mohou být odstraňovány pomocí návykových látek pro navození jiného stavu vědomí. (Kalina a kol., 2003) Těmito kritickými body podle Kaliny a kolektivu jsou:

1. vývoj stabilního pocitu vlastní identity
2. vývoj nezávislosti – emancipace od původní rodiny
3. konstituování důležitých a významných vazeb s autoritami
4. konstituování důležitých a významných vazeb s vrstevníky
5. ujasnění životních cílů a hodnot

Je důležité jedinci vytvořit takový vztah, který pro něj bude bezpečným, svobodným, pravdivým a zajímavým, ale také ve kterém je mu umožněno být slabým, dělat chyby a přiznat své nedostatky. Stejně tak je důležitost přikládána prostoru, ve kterém se léčba a spolupráce odehrává. Klient si musí dovolit být sám sebou, znát jasné hranice našeho vztahu a cítit možnost upuštění od obranné falešné stylizace. (Kalina a kol., 2003)

*„Při práci s adolescentem je však třeba počítat i s některými riziky, jako je například malá motivace ke změně, nejasnost v cílech, hyperkritičnost, velký vliv vrstevníků a v neposlední řadě vysoká citlivost na autoritu, chybné úkony či nespravedlnost.“* (Kalina a kol., 2003, s. 234) Velice významným prvkem při práci s adolescenty je zážitková a rodinná terapie. *Zážitková terapie* je stavěna na zátěžových programech zejména v přírodě, vytváří představu o přirozené a srozumitelné situaci a zlidšťuje vztah mezi klientem a terapeutem, kdy je kladen velký nárok na terapeuta pro udržení jasných mezí. Rodinná terapie se využívá pro zaměření se na úpravu vztahů v rodině jedince, jelikož po léčbě se klient většinou vrací zpět do rodinného prostředí. Tato terapie je pochopitelně mnohem zásadnější u léčby dětí. (Kalina a kol., 2003)

Jestliže jsme zmiňovali v případě adolescenta rodinnou terapii jako velice významnou, lze nyní u dítěte uvést, že pokud nedojde ke spolupráci rodiny, dítěte a terapeuta, je léčba téměř beznadějná, jelikož dítě se poté ocitá v původním prostředí, kde se opět vrací k dřívějším vzorcům chování. (Kalina a kol., 2003) Nesmíme zapomínat, že rodiče jsou pro dítě stále nejvýznamnějšími osobami a to i v případě, že neplní své funkce podle společensky daných norem. (Kalina a kol., 2003)

## 4.2. Vývojové rizikové faktory pro rozvoj závislosti

*„Narkotický účinek psychoaktivní látky umožňuje vyjádření určitých afektů a uspokojení určitých potřeb, které za běžného stavu vědomí bývají potlačeny. Obvykle jde o potřeby a afekty pocházející z minulosti – převážně z dětství.“* (Kalina a kol., 2003, s. 135)

*Neschopnost snášet nepříjemné emoce a afekty, kdy právě zvládání těchto nepříjemných stavů vlivem vnitřních i vnějších faktorů, jsou znakem dokončeného emocionálního vývoje. Máme na mysli bolest, zklamání, lítost, ponížení apod. (Kalina a kol., 2003) „Podle Wurmsera (1975) závislí užívají drogu proto, aby se vyhnuli duševnímu zranění v podmínkách, které nejsou traumatické. Na užívání návykových látek lze podle toho pohlížet jako na svépomocnou léčbu.“* (In Kalina a kol., 2003, s. 136)

Návyková látka může být také využívána jako prostředek pro separaci a individuaci jedince, který si díky svému vlastnímu rozhodnutí a následnému kroku aplikuje drogu, která mu pomůže navodit jiný stav vědomí a vnímání nezávisle na okolí, rodičích či celém sociálním systému a realitě. S takovýmto bojem proti pravidlům se setkáváme zejména v již zmiňované adolescenci. (Kalina a kol., 2003)

*„Není možné uvést určitý typický model rodiny dítěte s drogovou závislostí či experimentací.“* (Kalina a kol., 2003, s. 135) *„V anamnézách těchto klientů se mnohdy opakují společné znaky jako traumatizující prvky v rodině (sebevraždy, úmrtí apod.), či alkoholová závislost jednoho z rodičů.“* (Kalina a kol., 2003, s. 135) *„Jedná se o rodiny, ve kterých vztahy mezi závislým a rodiči jsou přehnaně ochraňující, nadměrně angažované, ale i naopak vztahy chladné a lhostejné.“* (Kalina a kol., 2003, s. 135) Podle Kaliny a kolektivu uvádíme několik charakteristických rysů z rodin závislých jedinců:

*Neschopnost rodičů reagovat na potřeby dítěte, přičemž zde nemáme na mysli to, že by rodiče nebyli schopni vyhovět nebo neměli k dispozici to, co dítě právě potřebuje, ale neuskutečnění adekvátních odezev v interakci, které mohou způsobovat malou stimulaci a náročivost na dítě, či naopak jeho přetěžování. Potenciál dítěte poté zamrzne a neučí se vyrovnávat s drobnými neúspěchy a překážkami.* (Kalina a kol., 2003)

*„Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem, kdy typickým modelem je pečující, ochránářská matka a nepřítomný či chladný otec. Důsledkem chybějící disciplíny, kterou otcové často představují, může jít opravdu o faktor přispívající ke*

vzniku závislosti. V takovýchto situacích je důležité pozorovat, zda si klient někoho z rodičů neidealizuje, nezkrsluje.“ (Kalina a kol., 2003, s. 136)

Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi v rodině způsobují, že každý člen rodiny nemá jasně vymezeno, co je jeho povinností, úkolem a starostí, proto dochází k pocitům nejistoty, změnám svobody a kompetence. V praktickém životě se takto projevuje nezralost a nejistota závislých (Kalina a kol., 2003)

„Vyjadřování hněvu v rodině, ať již způsobem skrytým, nedostatečným či excesivním se vytváří v domácím prostředí pocitu ohrožení. Pro uživatele drog je takové prostředí udržujícím faktorem, dále pak při zkoumání relapsů bylo zjištěno ono nevypořádání se s abstinencí, právě díky nezpracování vlastního hněvu či hněvu někoho blízkého.“ (Kalina a kol., 2003, s. 136)

„Závislé osoby v rodině. V našich podmínkách se jedná nejčastěji o alkoholovou závislost a to ze strany otce. Závislost v rodině ovlivňuje chod rodiny, společně trávený čas a rodinné rituály. Rizikový vliv rodiče se může stát až modelem, se kterým se dítě identifikuje, jelikož dotyčnému blízkému vše vychází, zlepšuje si náladu apod., kdo by tedy stál o člověka, který je bez alkoholu v roli nepřijemného a vzteklého pedanta. Popírání závislosti vede dále k narušení důvěry a hromadění bezmocného vzteku.“ (Kalina a kol., 2003, s. 137)

„Podle Cancriniho (1985) lze dále klasifikovat závislost ve vztahu k rodinnému prostředí, tedy souvislost mezi rodinnou strukturou a typem závislosti. Tyto závislosti rozděluje na čtyři typy.“ (In Kalina a kol., 2003, s. 143) :

*Závislost traumatického typu je nahodilou reakcí na nějakou událost či pocit, v rodinném případě např. násilí, psychická porucha v rodině, úmrtí, zneužití, konflikt.* (Kalina a kol., 2003, s. 143)

„Závislost neurotického typu, kdy se jedná o dlouhodobý nahromaděný vztek, napětí, problémy v rodině či partnerskými, zdůrazňování špatnosti jedince apod. Tento typ bývá nejčastějším.“ (Kalina a kol., 2003, s. 143)

„Závislost přechodného typu, v rodinném prostředí může jít o nezvládnuté těžké trauma, přičemž i další členové rodiny se uchylují k podivným činnostem a aktivitám (např. sekty). U jedince se projevují epizodické úniky do světa fantazie, nestálost v partnerských vztazích apod.“ (Kalina a kol., 2003, s. 143)

*„Závislost sociopatického typu, závislý se nachází nebo byl v rodině, kde byla běžná kriminalita, násilí, lhostejnost, zneužívání, či vyrůstal v instituci. Závislý mnohdy nepřipouští vlastní vinu a zodpovědnost svého chování, vykazuje vysokou míru asociálního chování, drogová závislost není jeho primárním zdrojem obtíží, ale spíše další částí.“ (Kalina a kol., 2003, s. 143)*

## **5. Dětské a dorostové detoxikační centrum**

V této kapitole jsou zahrnuty poznatky z mé praxe a šetření, které se odehrálo v prosinci 2015, přičemž jako dobrovolník na oddělení funguji již přes rok a do centra docházím za dětmi hlavně na výpomoc během volnočasových aktivit. Vypracované grafy a tabulky znázorňují odlišnost klientů, co se týká užívání drogy, věku klienta či prostředí, z kterého dítě nastoupilo na oddělení. Bohužel ne vždy lze z anamnéz zjistit či vydedukovat zajímavé skutečnosti pro šetření, například spouštěcí drogu dotyčného jedince, pokud si to ovšem třeba sám nepřipouští a je schopný si určité skutečnosti uvědomovat a sdělit během vyšetření.

### **5.1. Obecně o oddělení**

Do roku 2003 v České republice neexistovalo zdravotnické zařízení, které by se cíleně zabývalo a pomáhalo věkové kategorii pacientů mladších osmnáct či dokonce patnáct let. V září roku 2003 vzniklo zařízení reflektující naléhavou společenskou potřebu a vyplňující prázdný prostor v oblasti péče pro děti a mladistvé závislé na drogách – dětské a dorostové detoxikační centrum (dále jako DaDDC) – v Nemocnici Milosrdných sester Karla Boromejského v Praze. Zpočátku fungovalo ve zkušebním provozu, od března roku 2004 pak v řádném provozu. V rámci probíhající detoxikace jsou do denního programu při pobytu na oddělení zařazovány strukturované aktivity jako edukační terapie, psychoterapie, ergoterapie, motivační trénink, další vhodné formy terapie, volnočasové aktivity, resocializační pomoc apod. Na detoxifikaci bezprostředně navazuje psychiatrická, intenzivní psychoterapeutická a sociální péče. V koncepci DaDDC je zahrnuto systematické propojení s rodinou, školou a zajištění následné péče po ukončení terapie v zařízení zdravotnického i nezdravotnického typu poskytující dlouhodobou odvykací péči. Snahou je nalezení vhodné léčby, od ambulantní a lůžkové až po ústavní či komunitní.

### **5.2. Lokalizace a popis oddělení**

Dětské a dorostové detoxikační centrum se nachází v podlaží dětského pavilonu Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Vlašská 33, Praha 1. Oddělení

spolupracuje se zdravotnickým zařízením nemocnice – ARO, interna, RTG, laboratoř, sociální pracovnice, pediatrii.

DaDDC tvoří ambulantní a lůžková část. Ambulantní část – psychiatrická příjmová ambulance a ordinace psychologa, včetně vstupního hygienického filtru – je situována do přízemí a je propojena s vlastním centrem. Pediatriká ambulance sídlí naopak v patře nad vlastním lůžkovým zařízením DaDDC. Detoxikační centrum je lůžkové oddělení se čtrnácti lůžky v pěti pokojích. Na oddělení jsou dvě místnosti pro terapeutické aktivity (edukační místnost) a volnočasové aktivity (dílna). K terapeutickým účelům je využívána i rozlehlá terasa. Přestože je oddělení vybaveno nerozbitnými okenními tabulemi (navíc chráněnými mřížemi), bylo snahou vytvořit na pokojích esteticky působící prostředí (barevnost, možnost individuálních úprav apod.). DaDDC je uzavřené psychiatrické oddělení vybavené kamerami (bez záznamu) v některých společných prostorech (chodby, edukační místnost, pokoj intenzivní péče). Monitoring slouží ke zlepšení přehledu o chování a zdravotním stavu pacientů na oddělení a jako prevence nežádoucích jevů.

### **5.3. Cíle DaDDC**

- poskytování komplexní péče o děti a mládež (do ukončení osmnácti let) zneužívající drogy
- zajištění adekvátní terapie specificky pro ty pacienty, kteří s drogou „pouze“ experimentují ze zvědavosti nebo užívají již pravidelně a dle indikačních kritérií vykazují známky závislosti
- navázání kontaktu s rodinou, školou, sociálním kurátorem
- poradenství rodičům, školám, kurátorům, pediatrům
- při narušení vztahů hledání možností pomoci pro zlepšení spolupráce s rodinou
- při selhání rodiny pomoci při budování sociálního zázemí

#### **5.3.1. Nejvyšší cíle DaDDC**

- dosažení vyšší kvality života u osob užívajících omamné a psychotropní látky, pro což je abstinence (minimálně abstinence od nelegálně získaných drog) podmínkou nutnou, ale nikoliv postačující

- úprava sebepojetí a mezilidských vztahů
- návrat do práce či studia
- základní soulad s kulturními, právními a morálními standardy dané společnosti – zdravý životní styl

### **5.3.2. Cílová populace**

Cílovou populací jsou nejen děti a mládež do ukončeného osmnáctého roku života, jež splňují dle kritérií NKN-10 podmínky pro označení závislosti na psychotropních látkách, ale i problémový uživatel či experimentátor s alkoholovými i nealkoholovými drogami.

### **5.3.3. Prostředky pro naplnění cílů**

Cíle jsou naplňovány prostřednictvím diagnostických, léčebných a rehabilitačních postupů, metod a technik, zohledňujících aktuální stav a potřeby pacienta.

Základní využívané prostředky:

- psychiatrická, psychologická a pediatriká diagnostika
- farmakoterapie
- pravidelná vyšetření moči na přítomnost psychotropních látek
- individuální a skupinová psychoterapie
- individuální poradenství
- rodinné poradenství
- relaxační techniky
- edukativní programy
- tematické skupiny
- vedení deníků
- sociální práce
- prevence relapsu

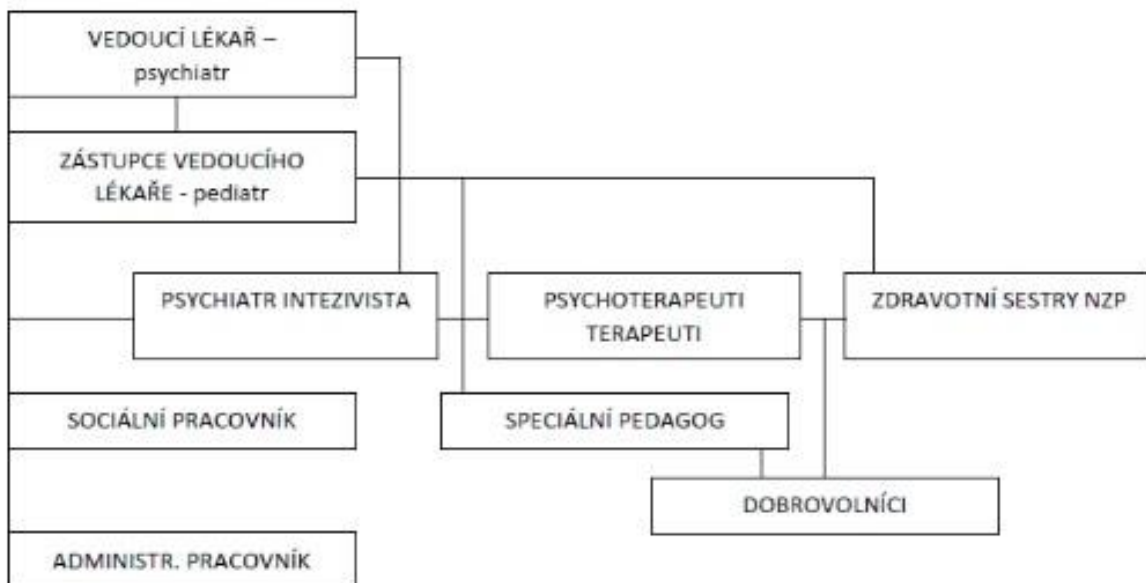
## **5.4. Složení a struktura týmu**

Pracovní tým DaDDC je sestaven v souladu s doporučeními Standardů odborné způsobilosti a také v relaci s požadavky zdravotních pojišťoven. Důraz je kladen na



nutnost zajištění programu pro pacienty dětského a mladistvého věku v průběhu celého dne, včetně víkendů.

Obrázek 2: Struktura pracovního týmu DaDDC



### Vzdělávání týmu

- účast na odborných konferencích
- stáže pracovníků na akreditovaných pracovištích
- odborné semináře DaDDC
- samostudium

### Hodnocení efektivity

Hodnocení práce je nezbytné pro zjištění efektivity práce centra. Je také zdrojem informací pro ostatní zařízení. Je zdrojem satisfakce pro jednotlivé členy týmu a tedy důležitým motivačním faktorem pro jejich další práci. Probíhá na několika úrovních:

1. prostřednictvím pravidelných pracovních porad týmu
2. prostřednictvím supervizních setkání
3. prostřednictvím pravidelně zpracovávaných statistických údajů
4. prostřednictvím závěrečné zprávy, která obsahuje zejména: údaje o rozsahu poskytnuté péče, analýzu z čerpání finančních prostředků a provozní plán na příští rok, včetně návrhů změn

## **5.5. Příjem pacientů, začátek a ukončení léčby**

DaDDC spolupracuje s ambulantními i lůžkovými, zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními, která se zabývají drogovou klientelou (psychologové, psychiatrické a AT ordinace, jiné detoxikační jednotky a protidrogová oddělení v nemocnicích a v psychiatrických léčebnách, Infekční centrum pro drogově závislé FN Motol, diagnostické a výchovné ústavy, terapeutické komunity apod.).

Pacienti přicházejí a vyšetření se podrobují dobrovolně. Vzhledem k věku před dosažením dospělosti se pochopitelně čistě jedná o pacienta nemotivovaného pro abstinenci, ani zde však jeho nesouhlas s léčbou či vyšetřením není možno přehlasovat přáním rodiče či zákonného zástupce. Mohou přijít bez objednání (akutní příjmy, příjmy pro ZS, příjmy pro policii ČR) a bez doporučení odborného lékaře či protidrogového pracoviště, i když doporučení je vítáno.

### **5.5.1. První kontakt s pacientem, vstupní rozhovor**

První kontakt s pacientem (resp. jeho rodiči, zákonnými zástupci, sociálními kurátory apod.) je obvykle telefonický (objednají se), fyzicky pacient přichází v dohodnutou dobu na vstupní vyšetření, které se skládá z následujících položek:

1. odebrání podrobné anamnézy – psychiatrické vyšetření
2. motivační pohovor
3. toxikologické vyšetření moče
4. zmapování rizikového chování v souvislosti s užíváním drog a sexuálním chováním
5. v případě hospitalizace následuje:
  - pediatrické vyšetření
  - pokud nejsou k dispozici výsledky vyšetření na IH A, B, C z poslední doby (tj. cca 1-2 měsíce), pacientovi je adekvátní formou upravena léčba, případně je odeslán do specializovaného zařízení
  - eventuelní vyšetření na další onemocnění (např. TBC, syfilis apod.)

První kontakt slouží k základnímu zhodnocení stavu pacienta a stejně tak ke zvážení, zda mu v DaDDC mohou nabídnout vhodnou péči.

Při přijetí je pacient informován o skutečnostech, které mohou být pro něj významné, nebo které mohou mít vliv na průběh léčebné péče.

### **5.5.2. Individuální léčebný plán**

S každým pacientem je při přijetí zpracován rámcový plán individuální péče. Ten definuje hlavní oblasti, na kterých je třeba pracovat. Na zpracování plánu se podílí vždy lékaři pacienta, případně další pracovník. Lékaři zpracovávají společně s pacientem vždy části, které se týkají péče o zdraví a farmakoterapie. Ve spolupráci se sociální poradnou vytváří předpoklady pro řešení sociálně právní problematiky pacienta.

- V plánu jsou zohledněny následující oblasti:
- Plán řešení problémů v souvislosti s užíváním psychotropních látek.
- Plán vyšetření pro uživatele drog typických infekčních onemocnění (zvláště IH a HIV). Vyšetření při přijetí (pokud nebylo realizováno v období krátce před nástupem).
- Plán péče o další duševní onemocnění, pokud jsou přítomna.
- Monitoring sociálně právních problémů pacienta s plánem jejich řešení.
- Plán kontaktu s rodinou, pokud se takový kontakt jeví jako smysluplný a pacient jej neodmítá.

Revize individuálního léčebného plánu hospitalizovaných pacientů probíhá vždy při ranních sezeních za účasti celého týmu.

### **5.5.3. Průběh péče**

Při přijetí klienta do DaDDC (po léčbě nebo bez předchozí léčby) je pacient a jeho zdravotní a sociální anamnéza zaznamenána do databáze. Pacient je vyšetřen psychiatrem v psychiatrické ambulanci a pediatrem, po dohodě je stanoven termín příjmu. Po přijetí do detoxikačního centra je dle aktuálního stavu pacient uložen na lůžko tzv. Detoxikační intenzivní péče (dvojlůžkový pokoj s možností intenzivní péče a trvalé observace, včetně monitorace základních životních funkcí), resp. na lůžko 2-3 lůžkového standardního pokoje.

Je zahájena detoxikační terapie, event. i farmakologicky podmíněná. V průběhu cca. 7-14 denní léčby je dětský pacient v celodenním kontaktu s terapeuty a

psychoterapeuty a pod dohledem pediatrů a psychiatrů. Pro pacienty s neukončenou základní školní docházkou je zajištěna školní výuka, kterou vede speciální pedagog.

Sociální pracovník v koordinaci s rodiči (či zákonnými zástupci, event. kurátory) pomáhá zajistit v indikovaných případech následnou (ambulantní či ústavní) péči, poté jsou v koordinaci s rodinou (zákonnými zástupci) kontaktována vhodná zařízení následné péče, soc. kurátor, výchovný či diagnostický ústav, terapeutická komunita, event. i škola.

Velmi důležitá je týmová spolupráce – při tvorbě databáze, při hledání vhodné následné léčby společně s psychiatry, psychoterapeuty a pediatry, dále ve spolupráci se zařízeními následné péče i naopak s ambulantními (i nízkoprahovými) a dalšími zařízeními. Předáním komplexní zprávy se zdravotní i vyčerpávající sociální anamnézou je zajištěna kontinuita terapie i sociální péče, a to jak ve státních tak v nestátních zařízeních a organizacích. To napomáhá zajistit kontinuitu péče o pacienta v oblasti zdravotní i sociální.

Současně je zahájena úvodní resocializace pacienta. Dle zvolené následné péče jsou indikovány vhodné intervaly pro komunikaci s klientem, rodinou, pracovištěm následné péče, za účelem vedení evidence úspěšnosti projektu (statistická šetření) i pro „pocit jistoty“ pacienta v případě selhání a recidivy. Je zahájen pravidelný kontakt s rodiči či zákonnými zástupci, poradenská činnost, případně sledování pacienta a statistické vyhodnocení úspěšnosti léčby, popř. zajištění další léčby. Průběžně jsou vyhodnocovány metody práce a navrhovány případné korekce, 1x ročně je uveřejněna Výroční zpráva.

Při příjmu je pacient zařazen do jednoho z režimových stavů (A, B nebo C), přičemž režim „B“ či „C“ znamená postup do volnějšího terapeuticko-léčebného stavu. Režim „A“ je vyhrazen pro příjem intoxikovaného pacienta či pacienta s odvykacími příznaky, kterého jeho závažné zdravotní potíže vylučují z účasti na terapeutickém programu centra. Snahou je co nejrychlejší přeražení pacienta do terapeutického programu, tedy do režimů „B“ či „C“.

#### **5.5.4. Ukončení poskytování služeb**

Ukončení léčby nastává v těchto případech:

- řádné dokončení léčby a pomoc při zprostředkování následné péče

- předání do jiného typu léčby s ohledem na potřeby pacienta, např. ústavní léčba, rezidenční léčba v TK, léčba v denním stacionáři, psychiatrická léčba apod.
- ukončení z rozhodnutí pacienta či zákonného zástupce – negativní revers
- ukončení pro porušení pravidel zařízení a režimu

Každému ukončení léčby předchází:

- pohovor s pacientem s cílem ověření jeho stavu a sociální situace
- zprostředkování vhodné následné péče
- zpracování patřičné dokumentace, včetně výkazů pro ZP
- vypracování propouštěcí zprávy

Hlavní důvody pro ukončení poskytování služeb ze strany zařízení:

- opakované porušování léčebného režimu, užití nezákonné drogy
- porušení vnitřních pravidel zařízení - manipulace s drogou v DaDDC, fyzické násilí, sexuální kontakt, úmyslně způsobená škoda na majetku zařízení či osob v zařízení

Důvody pro ukončení poskytování služeb ze strany uživatele: Pacient se může sám rozhodnout pro ukončení či přerušování poskytování služeb, a to i proti odbornému doporučení. Důvodem mohou být osobní či jiné důvody, případně přechod do jiného zařízení.

## **5.6. Psychoterapie a poradenství**

Všem pacientům, kteří jsou v péči DaDDC, je standardně nabízena psychoterapeutická péče. Pro pacienty v detoxikačním programu je zajištěn kontakt s psychoterapeutem, sociálním pracovníkem nebo jiným specialistou, podle stavu pacienta. Podmínkou účasti pacienta psychoterapeutické péče je bazální stabilizace pacienta (zařazení do tzv. režimu „B“ a „C“). Pacienti bezprostředně po nasazení medikace většinou tuto podmínku nesplňují. U pacientů s jinou problematikou může být doba stabilizace ještě delší.

Obecnými cíli psychoterapie je pomoci pacientovi:

- přijmout sebe sama
- zvýšit sebedůvěru
- porozumět sociálním vztahům

- vytvářet nové sociální vazby
- zvládat rizikové a krizové situace
- naučit se poskytovat a přijímat pozitivní a negativní zpětné vazby
- vnímat sebe jako aktivního člena dané situace
- převzít odpovědnost za svůj život
- změnit hodnotovou orientaci
- zprostředkovat zkušenost se změnou

O veškeré proběhlé terapii (individuální nebo skupinové) činí terapeuti záznam do dokumentace.

### **5.6.1. Struktura terapeutického programu v DaDDC**

(0. fáze = vlastní detoxikace /režim A/)

**1. fáze:** orientace v problému /režim B/

- psychologická diagnostika
- sestavení terapeutického plánu
- důraz na individuální terapii

**2. fáze:** motivace, edukace /režim C/

- práce na získání náhledu na problémovou situaci
- motivace k abstinenci a práci na sobě
- motivace k následné léčbě
- hledání a podpora silných stránek osobnosti a pozitivních zájmů
- důraz na skupinovou terapii a ergoterapii

**3. fáze:** příprava na následnou léčbu (pobytovou, ambulantní) /režim C/

- upevnění motivace
- výběr a pomoc při zprostředkování následné léčby (ve spolupráci s lékaři, psychologem a sociálním pracovníkem)
- důraz na individuální intervenci

### 5.6.2. Prostředky a formy terapie

- individuální terapie
  - probíhá 2-3x týdně
  - důraz je kladen na podporu v náročné situaci, práci s motivací a náhledem a podpora při řešení důležitých životních problémů
  - vytváří se prostor pro práci na osobních tématech pacienta, která vyplynula na terapeutických skupinách a jsou nutná probírat individuálně
- skupinová terapie
  - životopisné skupiny
  - tematické skupiny
  - dramaterapie
  - terapie s využitím výtvarných technik
  - edukační kognitivně behaviorální skupiny
- kognitivní trénink
  - trénink paměti a pozornosti
- ergoterapie
  - na bázi klasických řemesel /keramika, košíkářství, drátenictví/, ruční práce
  - nabídka možných zájmových aktivit, podpora kreativity
- individuální strukturované aktivity
  - psaní životopisů
  - samostudium, referáty
- rodinná terapie a poradenství
  - poradenství pro rodiče
  - mediace v konfliktních situacích
  - řešení následné léčby
- volnočasové aktivity
  - sportovní aktivity
  - muzikoterapie
  - vaření
  - deskové hry

- u pacientů ve věku základní školní docházky je přímo na oddělení zajištěna výuka

### **5.6.3. Cíle terapeutického programu**

- dopomoci k abstinenci (obecný cíl)

Postupné kroky:

- zprostředkování zážitku jaké to je být čistý
- získání náhledu na svou problémovou situaci
- přetavení motivace (z „jsem tu kvůli matce“ na „mohu zde získat něco sám pro sebe“)
- zprostředkování zkušenosti s fungováním terapie a režimového oddělení (výhoda pro budoucí léčbu)
- upevnění motivace k léčbě
- nástup do následné léčby

### **5.6.4. Individuální psychoterapie**

Psychoterapeutická sezení jsou vedena psychologem s psychoterapeutickým výcvikem. Konají se min. 1x týdně v rozsahu min. 1 terapeutické hodiny - 45 minut přímé práce.

**Cíle:**

- náhled na užívání drog jako osobní problém
- motivace ke změně, příp. léčbě
- úprava vztahů v rodině pacienta

**Prostředky:**

- Kognitivně behaviorální techniky

**Struktura práce:**

- individuální sezení 1-5x týdně, dle potřeby a možností pacienta
- samostatná i společná práce na zakázce v průběhu týdne



### **Individuální psychodiagnostika**

- Komplexní či cílená psychodiagnostika kognitivních funkcí
- Osobnostní diagnostika pro posouzení možné psychopatologie

### **5.6.5. Skupinová psychoterapie**

Probíhá obvykle denně v délce 2x 45 minut přímé práce. Jde o skupiny následujícího typu:

- Skupina pro začínající pacienty. Má charakter motivační, informační, kontrolní a podpůrný. Nejde do hloubky osobních a vztahových problémů.
- Skupina pro stabilizované pacienty. Využívá kognitivně-behaviorální postupy skupinových psychoterapií v malé skupině. Jedním z ústředních témat skupiny je „Jak fungovat bez drog“. Cílem skupiny je pokračovat v pacientově stabilizaci psychologické, vztahové i sociální, případně jej motivovat k výhledu na ukončení substituce a život bez drogy i substituční látky.
- Doléčovací skupina. Určena pro pacienty při ukončování léčby. Využívá kognitivně-behaviorální postupy skupinových psychoterapií v malé skupině. Je zaměřena na udržení pacientovy stabilizace psychologické, vztahové i sociální v podmínkách života bez drogy a substituční látky, pomáhá vyrovnat se s psychickými komplikacemi, které se často při abstinenci objevují („craving“ a deprese, úzkostné stavy a jiné psychické obtíže dosud maskované užíváním drogy nebo substituční látky).

### **5.6.6. Práce s rodinnými příslušníky, rodinné poradenství**

- Práce s rodinnými příslušníky: V rámci komplexní péče o pacienta se standardně poskytují konzultace rodinným příslušníkům. To by mělo vést k lepšímu pochopení problematiky závislosti a v konečném důsledku zlepšit efektivitu léčby.
- Rodinné poradenství: zaměřuje se na rodinu jako celek a systém. Provádí se spíše jednorázově. Jejím cílem je např. dosažení a kontrola rodinné dohody významné pro léčebná či sociální opatření u toho člena rodiny, který je po detoxikační léčbě a s DaDDC je v ambulantním kontaktu. Při

potřebě dlouhodobé nebo intenzivní rodinné terapie doporučujeme do jiných zařízení (např. Prev-centrum, Drop-in, Triangl apod.).

## 6. Sociální práce

Sociální práce s uživateli psychotropních látek vychází ze skutečnosti, že dlouhodobé a pravidelné užívání psychotropních látek má na uživatele negativní důsledky v podobě poškození fyzického i duševního zdraví, ale způsobuje škody také v oblasti sociální. Ty se mohou týkat uživatele samotného, jeho blízkých rodinných příslušníků, případně širšího sociálního okolí.

Sociální práce, je-li přizpůsobena potřebám pacienta, vhodným způsobem doplňuje farmakoterapeutický a psychoterapeutický program zařízení, napomáhá pacientově stabilizaci a motivaci pokračovat dále v léčbě (je-li indikována), napomáhá ke zkvalitnění pacientova života a k zapojení do běžné reality bez užívání drog.

V DaDDC je poskytováno odborné sociální poradenství, které zahrnuje diagnostiku sociální situace klienta. Sociální poradna poskytuje klientům podporu ke zvýšení psychické soběstačnosti při řešení akutní krize, v případě potřeby zprostředkuje kontakt s institucemi nabízejícími potřebné služby. Poskytuje klientům prostor a podpůrné vedení pro orientaci ve stávající sociální situaci. Mapuje rizikové faktory a napomáhá k rozpoznání rizikového chování směřujícího k prohloubení nepříznivé sociální situace. Napomáhá při identifikaci stávajících zdrojů pomoci. Poskytuje informace ke zvýšení přehledu o vlastních právech a povinnostech klienta ve stávající situaci. Poskytuje informací ke zvýšení přehledu o dostupných možnostech - institucích – potenciálních zdrojích podpory a pomoci. Spolupráce s klientem ústí do pomoci při výběru a zajištění dalších potřebných služeb.

V sociální anamnéze jsou zaznamenávány údaje týkající se vzdělání, zaměstnání, finanční situace, bydlení, právní situace a důležitých osob v životě pacienta.

Sociální práce může být také součástí skupinové práce s pacienty, a to zejména ve skupině pro začínající pacienty, kde se bude jednat zejména o práci na stabilizaci pacienta a podpory jeho motivace pro účast v léčebném programu. Zejména se jedná o: provázení klientů při rozhodování o změnách směřujících k omezení rizikového jednání a k řešení nepříznivé sociální situace; podporu vlastní aktivity klientů při realizaci změn, ke kterým se rozhodli, poskytnutí potřebné pomoci k realizaci těchto změn o pomoc při výběru a zajištění dalších potřebných služeb.

Součástí sociálního poradenství poskytovaného v rámci tohoto oddělení je průběžná spolupráce s rodinou klienta (poradenství rodičům) a dalšími institucemi (kurátoři pro děti a mládež, probační a mediační služba, soudy, policie, zařízení náhradní rodinné péče (diagnostické, výchovné ústavy, dětské domovy), střediska výchovné péče, léčebná zařízení (psychiatrické léčebny a terapeutické komunity), ambulantní péče (ambulantní péče pedopsychiatra či klinického psychologa).

## **6.1 Obecné cíle sociální práce**

- minimalizace sociálního poškození v souvislosti s užíváním psychotropních látek
- stabilizace sociálních podmínek pacienta ve smyslu podpory a rozvoje motivace pro jeho další účast v léčebném programu, který povede ke zkvalitnění života pacienta zejména v oblasti bydlení, zaměstnání, právní a rodinné situace a také v souvislosti s úplným vysazením nebo minimalizací užíváním nelegálních psychotropních látek
- podpora vlastních aktivit pacienta k řešení jeho sociální situace

## **6.2 Konkrétní cíle sociální práce**

- pomoc při zprostředkování následné léčby,
- pomoc při zahájení či pokračování studia (resp. zaměstnání),
- informace o možnostech registrace na úřadu práce,
- pomoc při vyřízení potřebných dokladů (občanský průkaz, rodný list atd.),
- pomoc při kontaktu se sociálními kurátory a probačními úředníky či soudy,
- motivace k řešení dluhů,
- poradenství o systému dávek státní sociální podpory a hmotné nouze
- pomoc při řešení ubytování
- předávání kontaktu na jiné instituce, informace o jiných léčebných programech v souvislosti s užíváním psychotropních látek,
- zprostředkování kontaktu s rodinou, případně jiné cíle v souvislosti se sociálním životem pacienta.

## 7. Dokumentace

### 7.1 Osobní dokumentace

U každého pacienta, který přichází se zájmem o služby DaDDC, je vedena řádná zdravotní dokumentace.

1. **k přijetí** – doporučení nebo propouštěcí zpráva z jiného zařízení (není podmínkou)
2. **vstupní vyšetření**
  - anamnéza dle anamnestického dotazníku - rodinná anamnéza, osobní anamnéza, toxikologická anamnéza, sociální anamnéza, vzdělání, současná situace pacienta kriminální kariéra, vita sexualis)
  - pediatrické vyšetření
  - zhodnocení stavu pacienta
  - individuální plán péče
3. **kontrakt** s pacientem
4. **osobní listy** (dekursy) - každý list musí být nadepsán jménem a rodným číslem pacienta, každá strana číslována. Zapisuje se:
  - ranní a večerní vizita (obligátně vizita min. 1x denně), užívaná léčiva a každá změna medikace, zdravotního stavu apod.
  - kontrolní pediatrická vyšetření (min. 1x týdně)
  - režim, ve kterém se pacient pohybuje
  - výsledky mimořádných toxikologických a jiných lékařem vyžádaných vyšetření
  - zhodnocení a průběh každého dne z pohledu zdravotní sestry a směny
  - průběh a závěry terapeutické a sociální práce, rozhovorů s rodinnými příslušníky atd.
  - jiné důležité okolnosti včetně vycházek mimo prostor DaDDC, event. porušení režimu, mimořádná událost apod.
  - revize plánu péče

5. **výsledky vyšetření** (jaterní testy, hepatitida, antiHIV, další vyšetření)
6. **ošetřovatelská dokumentace** – záznamy sester, ošetřovatelský plán léčby
7. **další materiály** - propouštěcí zprávy z jiných zařízení, plány, případná korespondence o pacientovi včetně kopií všech zpráv, které byly o pacientovi vytvořeny v DaDDC
8. **závěrečné dokumenty** při ukončení péče či předání pacienta do jiného zařízení:
  - závěrečné zhodnocení - **souhrn**
  - **závěrečná zpráva** (pediatrická, terapeutická a psychiatrická)
  - případně **předběžná zpráva**, kterou je pacient neprodleně vybaven a kde je zaznamenána pouze doba a forma péče v DaDDC

Osobní dokumentace pacienta musí být zabezpečena proti ztrátě, zničení, znehodnocení, zneužití apod. Je proto uložena v uzamčených místnostech v uzamčených schránkách a archivech.

Pacient, resp. jeho zákonní zástupci, se mohou se způsobem vedení a ochrany osobní dokumentace seznámit, jsou informováni i při přijímací proceduře. S výše uvedenými údaji je seznamuje lékař, který má pacienta v péči, pokud o to pacient či zákonný zástupce požádá.

## 7.2 Dokumentace programu

- Denní výkaz výkonů - vyšetření celkové, cílené a kontrolní, individuální terapie, poradenství, sociální práce, rodinná terapie atd., podle výkazu.
- Zápis ze strukturovaného programu - popis aktivit, skupin, atmosféry ve skupině, mimořádných situací.
- Zápis telefonického poradenství - stručný popis problému volajícího a jeho řešení.
- Záznamy o toxikologických vyšetřeních: vyšetření se zaznamenávají do chorobopisu pacienta.
- Záznamy o mimořádných událostech: stručný zápis je proveden do dekursu.

## **8. Komunikace pracovního týmu**

### **8.1. Porady**

Porady probíhají pravidelně denně od 8h, v délce 45-60min. Porada má tyto standardní části:

- provozní část
- část věnovaná pacientům, zahrnuje údaje týkající se:
  1. jednotlivých pacientů – zvláště problematických případů, nově přijatých pacientů
  2. stavu a průběhu terapií
  3. plánovaných příjmů
  4. mimořádných událostí
  5. námětů a inovací, stížností, nových informací

### **8.2. Provozní schůze**

Provozní schůze se koná 1x měsíčně a je na ní vyhrazena doba nejméně 1,5 hodiny. Projednávají se zejména koncepční a programové záležitosti a inovace důležité pro chod oddělení.

### **8.3. Komunikace terapeutických dvojic**

Dvojice, které spolu vedou skupinu, věnují určitý čas společné přípravě před skupinou a hodnocení po ní.

### **8.4. Individuální vnitřní supervize**

Vedoucí lékař DaDDC nebo jeho zástupce probírají individuálně s členy týmu jejich případy a problémy s pacienty. Této formě komunikace je vyhrazena minimálně 1 hodina týdně. Dále může být vyčleněn čas na výzvu, na požádání, dle dohody nebo uloženo jako úkol z porady.

## **8.5. Neformální komunikace týmu**

Uspořádání pracoven a zázemí členů týmů umožňuje permanentní a dle potřeby rychlou vzájemnou výměnu názorů, podnětů a řešení problémů.

## **8.6. Pracovní náplně jednotlivých pracovníků**

Pracovní náplně jsou součástí pracovních smluv.

## **8.7. Týmová pravidla**

- Tým musí být jednotný v jednání s pacienty (např. sankce).
- Nestýkat se s pacienty mimo DaDDC.
- Zákaz jakýchkoli obchodů s pacienty.
- Nedávat na sebe pacientům žádný kontakt kromě pracoviště – možnou výjimkou je číslo na služební mobilní telefon.
- Nevynášet informace o klientech mimo tým.
- Zákaz konzumace psychotropních látek na pracovišti (kromě kávy a čaje).
- Na pracoviště je zakázáno přijít pod vlivem psychotropních látek (kromě tabáku, kávy a čaje).
- Pracovník sděluje co nejméně informací o své osobě pacientům.
- Zákaz přijímání osobních darů od pacientů.

## **8.8. Supervize**

Probíhá pod vedením zkušeného supervizora na základě kontraktu. Jde především o týmovou supervizi a je žádoucí, aby se jí účastnili všichni členové týmu pracovníků DaDDC. Účast na supervizi je součástí pracovní náplně členů týmu.

Supervize probíhá ve stanovených intervalech (á 2 měsíce) v rozsahu cca. 2 hodiny. Mimořádná supervizní setkání lze dohodnout podle potřeb týmu.

Účelem supervize je udržování a rozvoj kvality a účinnosti poskytovaných služeb ve smyslu správné odborné praxe odpovídající platným a akceptovaným standardům.

Supervize se zaměřuje zejména na tyto oblasti:



- případová práce s pacienty, včetně znalostí a dovedností členů týmu, jejich postojů k pacientům a dalších aspektů jejich profesionální role (například aspekty profesionální etiky)
- fungování týmu
- koncepční a programové (odborné) aspekty činnosti zařízení, které tvoří prostředí pro práci s pacienty, profesionální rozvoj členů týmu a fungování týmu

Obsah konkrétního supervizního setkání je věcí dohody mezi supervizorem a týmem, přednost mají témata, která jsou „žhavá“ pro většinu účastníků supervize.

Supervize se nezaměřuje na osobní (mimopracovní) problémy členů týmu. Dle kontraktu však lze dohodnout i individuální setkání se supervizorem.

## **8.9. Zajištění provozu**

Provoz DaDDC je 24 hodinový a po skončení normální pracovní doby (7,00-15,30h) je zajištěn službou, která je tvořena vždy jedním lékařem a minimálně jednou zdravotní sestrou.

## 9. Anamnézy klientů oddělení

Jak již bylo zmíněno, pro výzkum bylo využito kvalitativního šetření, přičemž jsem čerpala z anamnéz a dokumentací klientů. Každá anamnéza je tvořena při nástupu na oddělení, během vstupního rozhovoru s primářem oddělení MUDr. Marianem Korandou. Každá anamnéza se skládá z několika samostatných částí, v případě klientů tohoto oddělení se jedná o anamnézu složenou z rodinné anamnézy, osobní anamnézy, gynekologické anamnézy, toxikologické anamnézy, alergologické anamnézy a sociální anamnézy. Tyto všechny informace se sepisují na základě pohovoru a také možným doložením různých dokumentů např. od praktického lékaře apod.

- *Rodinná anamnéza* zaznamenává rodinnou strukturu, základní informace o matce, o otci, sourozencích. Není výjimkou zde dotazování na porodní proces klienta, zda se vše odehrálo bez komplikací a pokud k nějakým došlo, tak o jaké se jedná. Dále se zabývá onemocněním a možnými chorobami v rodině klienta. Je důležité zaznamenat vždy i klientovu negaci některých častých chorob. Mezi nejčastěji dotazované patří nádorové onemocnění, diabetes, hypertenze a cévní mozková příhoda.
- *Osobní anamnéza* hodnotí nynější podmínky klienta, tedy s kým žije, jakou školu navštěvuje, popřípadě jaký má prospěch a jestli se dobře adaptuje ve školním prostředí. Pokud byl doporučen na detoxikační oddělení z některých ústavních zařízení, tak co bylo důvodem jeho pobytu v ústavním zařízení.
- *Gynekologická anamnéza* se odebírá pouze u dívek, kdy se zjišťuje první menstruace, zda došlo k začátku sexuálního života a pokud, počet dosavadních sexuálních partnerů. Možné je také zaznamenat, zda klientka podstoupila potrat.
- *Toxikologická anamnéza* je částí anamnézy, která je na tomto oddělení důležitá snad nejvíce ze všech oddělení nemocnice, jelikož se jedná právě o důvodnou pro pobyt klienta. Zaznamenává se zde užívání návykových látek, jejich druh, věk užití a četnost užívání, popřípadě jejich kombinace.
- *Alergologická anamnéza* zaznamenává možné alergie klienta. Je důležitá zejména pro bezpečný pobyt klienta na oddělení z důvodů stravy apod.

Z dotyčných anamnéz jsem si vytáhla potřebné informace pro tvorbu grafů a tabulek, tedy základní informace z každé části anamnézy.

### **Výpis z anamnéz klientů oddělení**

#### **Filip (18)**

- Přichází z domova za doprovodu matky. Pravidelně užívání THC od 13 let, pervitin po dobu 6 měsíců, pouze nasálně. Uvádí častou kombinaci zejména THC a pervitinu, ale také extáze s alkoholem. Dominantní drogou je zde THC, avšak nemůžeme stoprocentně určit, zda byla tzv. spouštěcí drogou. Po detoxikačním oddělení nastupuje Filip do TK Cesta Řevnice.

#### **Adéla (17)**

- Převezena z DDÚ Hodkovičky po akutní intoxikaci pervitinem uvádí, že se jednalo o její první užití, „sniffing“. V Hodkovičkách se nachází z důvodu velkých neshod s partnerem její matky, útěky z domova, problémy ve škole. THC po dobu dvou let, pravidelně. Občasná kombinace THC s alkoholem a extází. Adéla má doporučeno pokračovat do TK Cesta Řevnice.

#### **Tereza (18)**

- Z domova se dostavila na oddělení za doprovodu rodičů. THC od 14, cca rok pravidelně pervitin, nasálně i inhalačně. Intravenózní užívání neguje. Poškozuje se, pocity méněcennosti, drogy jí „pomáhají utéct od světa“. Zmiňuje, že „tráva to všechno začala“. Tereza dále pokračuje do TK Cesta Řevnice.

#### **Adéla II (18)**

- Převezena z DDÚ Hodkovičky, vrátila se z víkendové propustky intoxikovaná THC. Užívání THC uvádí pravidelné od 13 let, pervitin pravidelně od 15 let, nasálně i intravenózně. Přiznává občasnou kombinaci s MDMA. Doporučení do TK Cesta Řevnice po absolvování detoxifikace.

### **Eliška (17)**

- Přichází na oddělení již podruhé. Poprvé květen 2015. Z domova na doporučení OSPOD, když měla výrazné problémy ve školní docházce, plus kriminální činnost, krádeže apod. THC od 14 let, pervitin stejně tak, cca každý druhý den, „sniffing“. Toxické psychózy neguje. Připouští, že THC u ní zafungovala jako spouštěcí droga pro pervitin. Doporučen následný nástup do TK Cesta Řevnice.

### **Barbora (18)**

- Převezena z DDÚ Hodkoviček po návratu z vycházek, kdy přišla intoxikovaná pervitinem. THC zhruba od 15 let, pervitin nasálně od 16 let, tvrdí, že pouze experimentuje, neguje jiné užití nežli nasální. Nyní prý užívá pervitin dvakrát týdně. Doporučeno následné pokračování do TK Cesta Řevnice.

### **Tereza II (16)**

- Odchycena Policií ČR na útěku z DDÚ Hodkovičky, kam byla policisty převezena a následně odeslána na detoxikační oddělení. Od 13 let konzumuje často alkohol, kombinace s THC od 14 let pravidelně, několikrát do týdne. Při odchyty Policií ČR silně intoxikována alkoholem. V DDÚ Hodkovičky byla kvůli špatnému chování, prospěchu ve škole a útěkům z domova. Po detoxikačním oddělení bude převezena zpět do Hodkoviček.

### **David (17)**

- Dostavil se na oddělení za doprovodu matky, která u něj pozorovala výrazné výkyvy nálad a měla podezření na domácí krádeže cenností ze strany Davida. David krádeže nezapírá, tvrdí, že si jimi chtěl vydělat na drogu. Dále přiznává sebevražedné myšlenky, protože se „cítí hloupý, že nic nedokáže“. THC cca půl roku, ostatní drogy neguje. Kvůli krádežím bylo doporučeno po detoxikačním oddělení převezení do VÚ a SVP Klíčov.

### **Květa (16)**

- Nastoupila na detoxikační oddělení z VÚ Brandýs nad Orlicí. Zde pobyt kvůli výchovným problémům ve škole. Od 13 let užívání THC, od 14 let pravidelně, zhruba třikrát denně. Tvrdí, že s pervitinem experimentovala čtyřikrát a nyní již vůbec neužívá. Toxické psychózy neguje. Po léčbě je doporučený nástup zpět do VÚ.

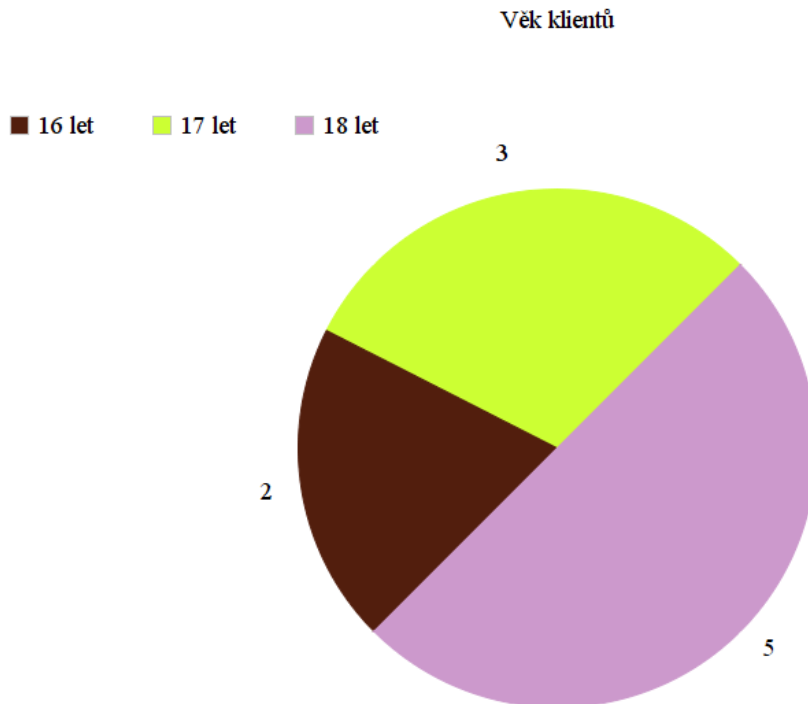
### **Patrik (18)**

- Doveden na oddělení v doprovodu matky, které se přiznal k drobným domácím krádežím a také k navštěvování K-Centra, jelikož má pocit, že nad drogami ztrácí kontrolu. Od 14 let pravidelně THC, pervitin od 17 let pravidelně, cca třikrát týdně, nasálně. Popisuje zážitek z toxické psychózy, podle jeho slov to bylo „po špatném pervitinu.“ Sebevražedné sklony neguje, chce se sebou začít pracovat, je namotivován. Doporučený nástup po detoxifikaci do TK „Cesta“ Řevnice.

*Tabulka 4: Přehled klientů šetření*

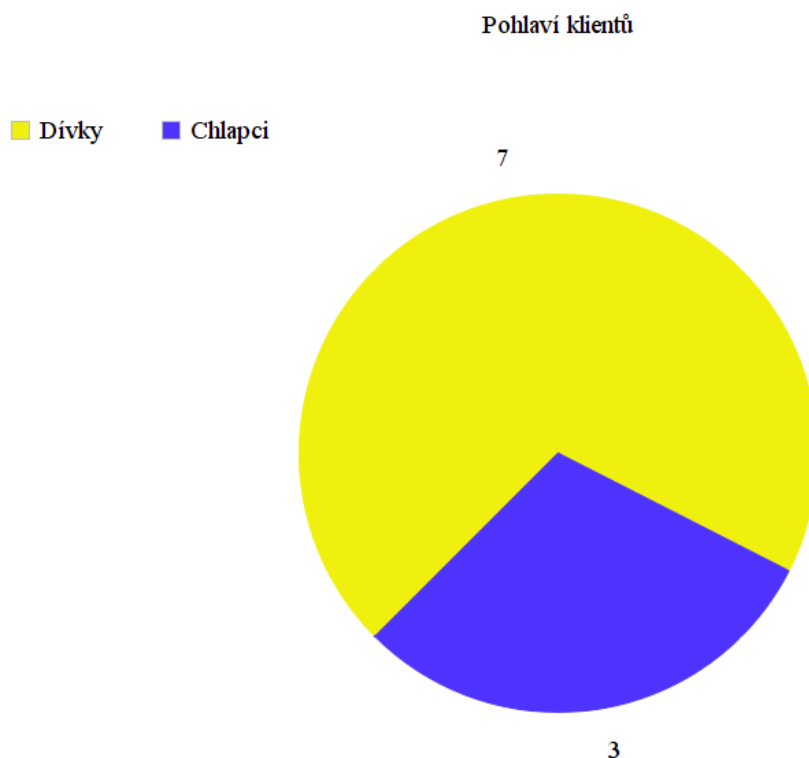
<b>jméno</b>	<b>pohlaví</b>	<b>věk</b>	<b>dominantní NL</b>	<b>kombinace s další NL</b>	<b>místo příchodu</b>	<b>místo odchodu</b>
<b>Filip</b>	M	18	THC	pervitin, extáze, alkohol	domov	TK Cesta Řevnice
<b>Adéla</b>	Ž	17	THC	alkohol, extáze	DDÚ Hodkovičky	TK Cesta Řevnice
<b>Tereza</b>	Ž	18	THC	pervitin	domov	TK Cesta Řevnice
<b>Adéla II</b>	Ž	18	THC	pervitin, MDMA	DDÚ Hodkovičky	TK Cesta Řevnice
<b>Eliška</b>	Ž	17	THC	pervitin	domov	TK Cesta Řevnice
<b>Barbora</b>	Ž	18	THC	pervitin	DDÚ Hodkovičky	TK Cesta Řevnice
<b>Tereza II</b>	Ž	16	alkohol	THC	DDÚ Hodkovičky	DDÚ Hodkovičky
<b>David</b>	M	17	THC	alkohol	domov	VÚ Klíčov
<b>Květa</b>	Ž	16	THC	pervitin	VÚ Brandýs nad Orlicí	VÚ Brandýs nad Orlicí
<b>Patrik</b>	M	18	THC	pervitin	domov	TK Cesta Řevnice

Graf 1: Věk klientů



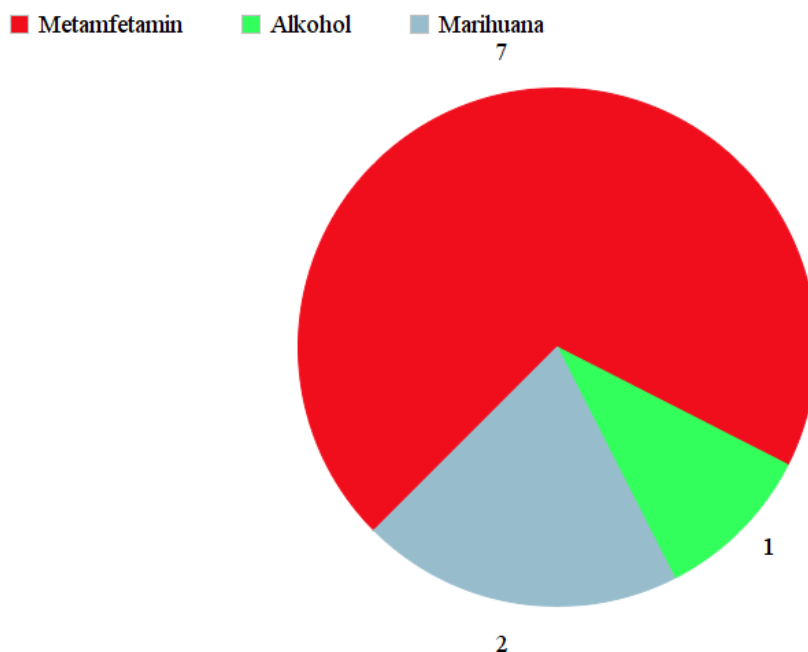
Věk klientů může být rozmanitý, avšak nejčastějším věkem klientů je 18 let, jelikož si myslím, že běžně děti začínají experimentovat s drogami bohužel již kolem 14., 15. roku života, kdy během několika let graduje zkoušení různých návykových látek a propadání se do určité tolerance, kdy se začínají objevovat nápadné znaky pro rodiče jako záškoláctví, domácí krádeže, zhoršený školní prospěch a další typické znaky pro frekventovanější zneužívání návykových látek mladistvými. Velmi často se bohužel až v tuto dobu, kdy se rodičům či někomu z okolí dítěte potvrdí či nepotvrdí podezření, začíná problém řešit a dítě se tak dostává na detoxikační oddělení.

Graf 2: Pohlaví klientů



Ze své zkušenosti mohu potvrdit, že dívek vždy na oddělení bylo více a to celoročně. Těžko říci, zda existuje nějaké potvrzené vysvětlení, ale v mých očích se jedná čistě o lepší dostupnost k drogám. Z různých rozhovorů s klientkami je možné zachytit typický znak, kdy se klientka dostávala do styku s drogami díky svému příteli, který drogy užíval, či byl již drogově závislý, výjimkou také nejsou intimní vztahy s dealery drog apod. Dále se může jednat o čistě vyšší emoční citlivost dívek, kdy si své problémy a „prázdná místa“ nahrazují bez většího rozmyšlení nad užitím drogy. Dívky se bohužel na takové partnery velice upínají, zejména ve vlastních myšlenkách během pobytu na oddělení. Je zřejmé, že tyto vztahy jsou nežádoucí a pobyt by ztrácel na efektivnosti, pokud by došlo k tomu, že se z oddělení klientka vrátí do stejné pozice za partnerem. Tyto vztahy nemohou jakkoliv podporovat abstinenci, jelikož je zde veliké riziko relapsu, kdy partner stáhne klientku zpět ke zneužívání drog. Proto je úkolem terapeutů pracovat na motivaci dívek k nalezení racionálního vztahu s někým, kdo se nepohybuje na drogové scéně a ukončit tak vidání se s osobami, které jim zjednodušovali přístup k drogám.

Graf 3: Nejčastěji zneužívaná droga  
Nejčastěji zneužívaná droga v jednotlivých případech



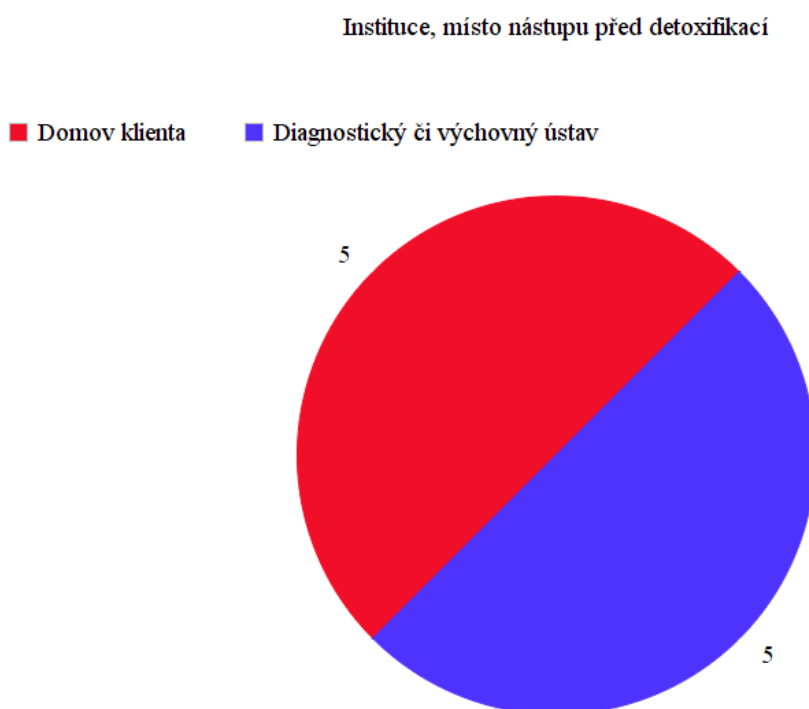
Marihuana se jako užívaná droga objevuje snad vždy ve všech případech klientů, zejména pak velmi často jako spouštěcí droga. V dnešní době se její účinky a následky mnohdy bagatelizují a podceňují a spadá tak v očích veřejnosti pod drogy relativně neškodné a společností přijatelné. I přesto vše tato droga otevírá pomyslnou bránu k dalším návykovým látkám s větší závažností a nebezpečností. Typické je také přetrvávání užívání marihuany s další drogou, tradičně pervitinem. Nejednou mi klienti popisovali „praktičnost“ této kombinace, kdy při užití pervitinu začínají pociťovat po několika hodinách tzv. „dojezd“, který je doprovázen nepříjemnými fyzickými, ale hlavně psychickými stavy, jelikož droga přestává fungovat. Tento stav chtějí zaspát, což je stále nemožné při stimulačních i přesto odeznívajících účincích pervitinu, a tak po užití marihuany jsou za nějakou dobu schopni spánku a probouzejí se v pořádku, tedy zmíněný dojezd zaspí.

Výjimečnou není také situace, že rodič se dovídá od dítěte o užívání marihuany poté, co se začínají objevovat zmíněné rysy jako záškoláctví apod. - své dítě objednává



na detoxikační oddělení, kdy během vstupního pohovoru vyplývá na povrch, že marihuana je „pouze“ drogou vedlejší a problémy jsou způsobené zejména již dlouhodobějším užíváním pervitinu. Tyto skutečnosti nejsou vždy pro rodiče lehké přijmout a mnohdy své dítě přes všechny skutečnosti brání a nevěří, že situace je opravdu taková a je třeba začít tento problém řešit.

*Graf 4: Instituce, místo před nástupem na detoxikační oddělení*

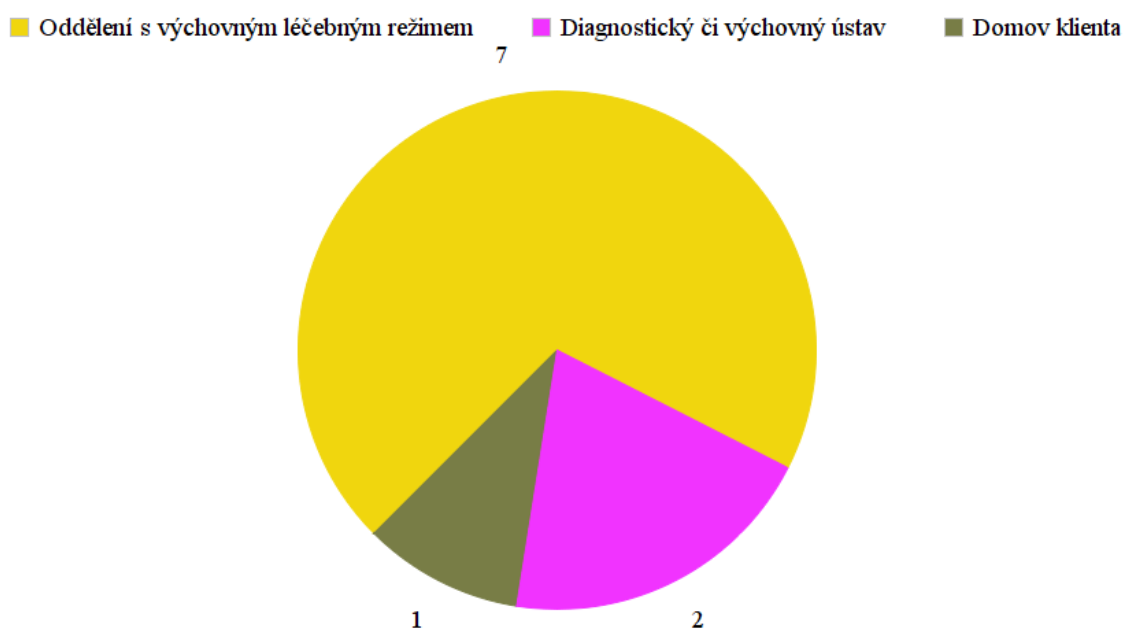


Mezi výchovnými a diagnostickými ústavy funguje tzv. „bludný kruh“ s detoxikačním oddělením. Jelikož jednou z podmínek pobytu v těchto ústavech je být čistý, jakmile se dítě vrátí z víkendové propustky se známkami intoxikace, či se samo přizná, že užilo nějaké návykové látky, je převezeno na detoxikační oddělení. Z poznatků personálu jsem zjistila, že toto někdy dělají děti naschvál, a to kvůli pro ně „výhodnějšímu“ režimu na detoxikačním oddělení. Např. ve výchovných a diagnostických ústavech je zakázáno kouřit, ovšem na detoxikačním oddělení mají klienti dovoleny tři cigarety na den, jelikož ve většině případů je únosné nechat dítě kouřit a

nenutit ho zbavovat se tak dvou závislostí najednou. V našich očích se může jednat o nenápadný rozdíl v pravidlech oddělení, ale pro klienty bývá mnohdy zásadním. Pokud dítě přichází z domova, zasažení klienta a rodiče se zdá být většinou hlubší, nežli pokud dítě nastupuje již z nějakých institucí. Jedná se asi tak o prvotní šok z vyvstalého faktu, který doteď nenabral takové míry a četnosti problémů, aby se musel řešit s nějakou z výchovných institucí. Byla jsem také svědkem situace, kdy si matka i přes veškeré doložené informace, že dítě má opravdu problém s experimentací s návykovými látkami, pro syna dojela, jelikož nesnesla míru jeho „utrpení“ a stáhla tak kontrakt na detoxikační pobyt. S těmito rozhodnutími však personál nemůže nic moc učinit, jelikož pobyt je dobrovolný.

*Graf 5: Instituce, místo návratu po detoxifikaci*

Instituce, místo návratu po detoxifikaci



Personál DaDDC se snaží, aby co nejvíce klientů následovalo na nějaké oddělení s výchovným léčebným režimem, jelikož návrat zpět do prostředí domova či do instituce přináší vysoké riziko relapsu. Děti mají vždy na výběr a konzultují všechny možné

výhody, nevýhody a možnosti s personálem. Přínosem je, že děti ve většině případů přijímají návrh na pokračování v pobytu v TK Cesta Řevnice, kde se dětem opravdu dobře věnují a toto zařízení přináší pozitivní výsledky a ohlas nejen mezi klienty. Málokdy se stává, že by docházelo k opětovnému příjmu pacienta, který pokračoval po absolvování detoxifikace do TK Cesta Řevnice. Ovšem relaps při vrácení se do stejného prostředí jako před nástupem na detoxifikaci je daleko častějším jevem, někdy se dějícím již během několika prvních dnů.

## 10. Závěr

Ráda bych se tomuto tématu věnovala i v nadcházejících studijních letech, kdy bych se chtěla zaměřit blíže na konkrétní důvody a četnost relapsů u mladistvých užívajících návykové látky, kteří absolvovali detoxifikaci.

Před rokem došlo na oddělení ke změnám a bohužel celková délka pobytu je nyní pouhých dvanáct dní, na rozdíl od patnácti dní, jak tomu bylo dříve. Zdravotní pojišťovny totiž nejsou ochotny hradit delší léčbu. Myslím si, že i právě toto má velký vliv na relapsy dětí, které opustí oddělení. I když se pracovníci snaží nepromarnit žádnou část dne a věnují se dětem naplno, dvanáct dní je opravdu málo. Děti se hlavně v drtivých případech vrací zpět do prostředí, kde byly navyknuty drogu užívat, a proto se s nimi bohužel často neloučí na oddělení naposledy.

Jedná se spíše o nemotivované děti, kterým užívání drog zatím podle jejich slov spíše dalo, nežli vzalo, na rozdíl od dospělého, který svým užíváním drog může ztratit rodinu, práci a skončit tak bez domova na ulici.

I když se během roku na detoxikačním oddělení vystřídá kolem 300 dětí, jedná se stále o malé číslo, jelikož problém s drogovou závislostí a experimentací mladistvých nabral skutečně velkých rozměrů a to zejména díky trhu, kde se drogy prodávají hlavně ve větších městech takřka na „každém rohu“.

Dle cíle mého šetření bylo možné nahlédnout na několik případů, které bych si dovolila označit jako typické svými rysy pro detoxikační oddělení. Je správné, že téměř všichni klienti z tohoto šetření nakonec opravdu nastoupili do TK Cesta Řevnice a dostali tak možnost na sobě dále pracovat a co možná nejvíce se snažit o konečný návrat do domova s co možná nejnižší možností relapsu.

## 11. Seznam použité literatury

KALINA, Kamil. Drogy, drogová závislost I. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil. Drogy, drogová závislost II. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil a kolektiv. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0

PRESL, Jiří. Drogová závislost. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7

ROTGERS, Frederick. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9

KALINA, Kamil a kolektiv. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: FILIA NOVA, Úřad vlády ČR, 2001. ISBN 80-238-8014-4

NEŠPOR, Zdeněk a kolektiv. Příručka pro spolupracovníky programu FIT IN na základních a středních školách. 2. roz. vid. Praha: Sdružení FIT IN, 1996.

NEŠPOR, Zdeněk. Jak přestat brát drogy, svépomocná příručka. Praha: Sdružení FIT IN, 2004.

## **12. Seznam použitých zkratk**

CNS – Centrální nervová soustava

DaDDC – Dětské a dorostové detoxikační centrum

DDÚ – Dětský diagnostický ústav

IH A, B, C – Hepatitida typu A, B, C

MDMA - extáze

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

THC - Tetrahydrocannabinol

TK – Terapeutická komunita

VÚ – Výchovný ústav

ZP – Zdravotní pojišťovna

## 13. Seznam obrázků, grafů a tabulek

### Seznam obrázků:

Obrázek 1: Mechanismus vzniku závislosti (Kalina a kol., 2003, s. 104) .....	13
Obrázek 2: Struktura pracovního týmu DaDDC .....	33

### Seznam tabulek:

Tabulka 1: Typ závislosti dle typu návykové látky (Kalina a kol., 2003, s. 102, Tab. 2).....	11
Tabulka 2: Znaky odvykacího stavu u nejčastějších návykových látek (podle MKN 10).....	17
Tabulka 3: Nejčastější problémy klientů v léčbě (Kalina a kol., 2003, s. 101).....	20
Tabulka 4: Přehled klientů šetření.....	53

### Seznam grafů:

Graf 1: Věk klientů .....	54
Graf 2: Pohlaví klientů.....	55
Graf 3: Nejčastěji zneužívaná droga .....	56
Graf 4: Instituce, místo před nástupem na detoxikační oddělení .....	57
Graf 5: Instituce, místo návratu po detoxifikaci.....	58

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Lucie Steinhauserová

**Obor:** Speciální pedagogika - vychovatelství

**Forma studia:** prezenční

**Název práce:** Dětské a dorostové detoxikační centrum Praha z pohledu speciální pedagoga

**Rok:** 2016

**Počet stran:** 64

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 8

**Vedoucí práce:** Doc. PaedDr. Eva Šotolová Ph.D.