

School Facilities

Youth Detention and Educational Care Centre, Prague, Czech Republic

Citation | Toman, J. (2018). Školská zařízení a adiktologická problematika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 246–253.

Summary | School facilities established under Act No. 109/2002 have dealt with addiction issues in the long term. Particular challenges arise from compulsory placements where little account is taken of the child's motivation or the resources of the institution. With motivated addiction clients, school

facilities use services provided by health programmes or non-governmental organisations. Some facilities have established their own addictological programmes, such as . The pressing nature of addiction-specific issues requires prompt structural responses undertaken as part of the

Keywords | Residential setting belongs to Ministry of Education – Foster care – Risky behavior – Adictological comorbidity – Comprehensive conception – Interdepartmental strategy

Submitted | 26 September 2018

Accepted | 23 November 2018

Correspondence address | PaedDr. Jan Toman, Youth Detention and Educational Care Centre, Na Dlouhé mezi 19, 147 00 Prague 4, Czech Republic

toman.jan@dum-praha.cz

Školská zařízení

Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče, Praha 4-Hodkovičky

Citace | Toman, J. (2018). Školská zařízení a adiktologická problematika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 246–253.

Souhrn | Školská zařízení zřizovaná podle zákona 109/2002 Sb. řeší problematiku adiktologického typu velmi dlouho zejména jako problém obligatorně umístěného dítěte bez ohledu na motivaci či úroveň kompetencí pracoviště. U motivovaných

adiktologických klientů využívají školská zařízení služeb programů ve zdravotnictví či u neziskových organizací. Některá zařízení zřídila vlastní adiktologické programy. Příkladem je program Cesta Řevnice. Nárůst této problematiky vyžaduje

Klíčová slova | Školská zařízení – Obligatorní (institucionální) náhradní péče – Rizikové chování – Adiktologická komorbidita u dětí a mládeže – Stávající programy zaměřené na adiktologickou problematiku ve školských zařízeních – Ucelená koncepce prevence ve školství – Meziresortní strategie

1 ÚVOD: PROMĚNA SPOLEČENSKÉHO KONTEXTU A VNÍMÁNÍ ÚSTAVNÍ VÝCHOVY A PÉČE

Je obtížné strukturovaně charakterizovat současný stav adiktologicky orientovaných programů ve školských zařízeních bez krátké rekapitulace vývoje a jeho fází v různých obdobích vývoje problému, jeho teoretického poznání, společenského nahlížení a reálných možností pro praktické postupy k pomoci, k úzdavě. Školská zařízení od devadesátých let pracují s klientelou dětí a dospívajících, která, ač jako skupina z demografického pohledu marginální, je svým způsobem reprezentativní jako nositel rizik u dětí a mládeže, která odpovídají vždy aktuální situaci ve společnosti. Právě zde jsou zachyceny signály napovídající o blízkém vývoji některých problematických jevů či patologií.

Tato samotná skutečnost vedla jednotlivá zařízení s odpovědným vedením k hledání reálné a účinné metodiky k práci s jednotlivými riziky, mezi která patří také, při vysoké komorbiditě, problematika psychotropních látek a závislostního chování.

V začátcích snahy o systémový přístup lze připomenout využívání prvků zahraničních zkušeností, zejména z USA a Polska, a samozřejmě renomovaných systémů a přístupů té doby reprezentovaných jmény Nešpor, Heller, Presl, Douda.... Současně ale byly také využívány – a dosud efektivně využívány jsou, specializované terapeutické programy neziskových organizací v čele se Sananimem, který dlouhá léta suploval úkoly státu.

V průběhu posledních dvaceti let ale došlo k prudkému vývoji v této oblasti. Změnily se empirické souvislosti, vnímání problematiky většinou společností, některé z psychotropních látek prošly v nebyvale krátkém čase standardním vývojem od prohibice přes aboliční přístup až k reglementaci, tedy legalizaci na úrovni zákonné normy. Především ale byl díky několika protagonistům (prof. Mioviský, doc. Kalina a další) konstituován vědní obor adiktologie, zahájeno řádné vysokoškolské studium zaměřené na tuto disciplínu. Otevřel se tak pro školská zařízení prostor ke standardizaci přístupu k problematice ve školské praxi, vznikl příslib možnosti zapojit do týmů ve školských zařízeních specializované odborníky. Vývoj problematiky od let devadesátých do jisté míry korespondoval s vývojem ve společnosti. Současně však byl ve školských zařízeních provázen potížemi organizačními, tradičním hodnotícím či bodovacím systémem v práci s klienty (srovnej Kalina 2013, p. 318), různými dogmaty či profesními stereotypy.

Diagnostický ústav v té době realizoval každoročně několik projektů zaměřených na hledání nových metodických přístupů, které by odpovídaly potřebám klientely a jisté anticipaci také ve vývoji problematiky adiktologické. Nakolik se zdá rekapitulace společenských změn pro dané téma z různých důvodů redundantní, specifickým problémem je, že úkol pro školská zařízení není o jednoznačné, vyhraněné zakázce, např. adiktologického typu, ale dítě je často do zařízení obligatorně svěřeno k plnému přímému zaopatření, k všestranné péči s cílem optimálního rozvoje, vzdělání, a zařízení se tak dostává do jisté míry do role rodiče, který musí vyhodnotit všechny okolnosti a s plnou odpovědností naplánovat s dítětem dlouhodobou perspektivu. V této souvislosti bylo jen na úrovni například právě adiktologické nezbytné reflektovat vývoj:

- V politice – od ignorace (vyjádřené neochotou nejen problém řešit, ale vůbec jej připustit jako významný) k toleranci (což reprezentuje překonání stádia bulvarizace, politického zneužívání problematiky, strašení a zběsilé medializace až k politicky přijatelnému postoji „realistické tolerance“).
- V zahájení řešení problému u klientely – od experimentu k užívání. To přirozeně přinesl prostup problematiky společností. Většinu kontaktů s drogou u mladistvých v letech devadesátých bylo možno charakterizovat jako experiment. V současné době je experiment v daném věkovém období považován za reálnou součást zkušenosti mládeže většinové společnosti, snad i obecně iniciačního charakteru referenčních skupin. Klient, který dnes přichází s problémem (rozuměj také rodiče, škola, kurátor, tedy častí iniciátoři intervence), by experiment jako problém ještě rozhodně nevnímal.
- Ve vnímání „drogy“ u dospívajících v kontextu společnosti – od dobrodružného objevování k uživatelským zkušenostem. Většina současně dospívající klientely užívá konkrétní drogu pro její konkrétní vlastnosti. Netápe, poučí se „vzděláváním“ ve společnosti. Má tak blízko k sebemedikaci. Stav, který považuje za zdůvodněný, etický a často nenahraditelný.
- Od zoufalého, náhodně zvoleného útěku od reality, případně od revolty, k tolerovanému životnímu stylu. Značná část většinové společnosti zabudovala do životního stylu drogu v podobě širokospektrých (nenarkotických) analgetik a jiných preparátů. Ty se staly facilitačním faktorem náročné každodenní reality. Je tak THC akceptovatelnou variantou?

Vývoj rovněž po mnoha generacích masivně prolomil hegemonii „tolerovaných“ či „legálních“ drog, zejména alkoholu a tabáku.

Při všech těchto změnách, široce mezioborových, jejichž výčet pro svoji rozsáhlost nelze dohlédnout, je zřejmé, že hledání „standardizovaného“ přístupu ve školských zařízeních nebylo v té době dost reálné. Realita v zařízeních tak odpovídala a dodnes často odpovídá míře osobních investic jednotlivců v jednotlivých zařízeních do dané problematiky.

V posledním desetiletí se ve většině zařízení, která jsou ochotna problematice věnovat, ustálil pod heslem „ZMĚNA“, cesta ke změně, nabídka změny, apod. Šlo o první koncepty založené na nějakém vědeckém základu, využívající zkušenosti z terapeutických skupin a komunit. Základem ale byl a dosud ve většině těchto programů je motivovaný klient.

Zde je ale nezbytné připomenout, že původní „skálovský“ princip uplatňovaný u dospělých alkoholiků, „až na dno“ jako základ motivace ke změně, nelze u dětí a dospívajících akceptovat. Nejen s ohledem na skutečnost, že škody způsobené intoxikací v době propadání se „na dno“ jsou v období rozvoje a zrání organismu a osobnosti nedozírné.

2 DIAGNOSTICKÝ ÚSTAV A SVP, PRAHA 4

Diagnostický ústav je školské zařízení zřizované ministerstvem školství podle zákona 109/2002 Sb. Z pohledu spádovosti je odpovědné za síť zařízení obligatorní péče pro dívky ve věku 15–18 let. Před přijetím nového občanského zákoníku přijímalo ročně cca 300 klientek do základního diagnosticko-terapeutického pro-

gramu, v současné době, kdy se proces zpomalil, je to asi třetina klientů v základním diagnosticko-terapeutickém pobytu ročně. Rozhodná většina klientek po absolvování základního programu přechází do ambulantní formy spolupráce (zpět do rodiny, se kterou se pracuje), případně do specializovaného programu.

U klientů, u nichž je primární problém významným způsobem komplikován užíváním psychotropních látek, nebo dokonce je užívání v samotném základu etiologie či zakázky, je hledána perspektivní strukturalizovaná cesta k pomoci či nabídce pomoci. Co však se stalo základním úkolem, při vědomí, že nikdy nezvládneme všechno, je motivace klientky ke změně.

Metody, které jsou v tomto smyslu využívány, stojí na skutečnosti některých věkových, genderových a jiných specifík a opírají se o několik klasických teoretických modelů. Z pohledu sociální psychologie a psychopatologie jsou to koncepce morálního zrání se všemi souvislostmi v tradičním pojetí Piageta a jeho koncepci vztahu k pravidlům, Kohlberga, Mertona či koncepcí Selmana, postavené na nahlížení morálního zrání přes schopnost vnímat, přijímat a respektovat sociální role, či Bar-Tala s koncepcí „Helping behavior“ (Atkinson, 2003).

Z pohledu sociálního učení pak jsou východiskem zejména známé studie Bandury (1977), ale také teorie sociálního učení zprostředkované Helusem (1973). Ve vztahovém prostředí individuální a skupinové práce jsou pak využívány vedle základních principů KBT také persuade v práci s postoji, práce s „poslušností“, vyhověním v dynamice rolí, práce s konformitou. Některé z programů stojí na individualizované péči, jiné se opírají o skupinovou dynamiku.

Programy s vyšším podílem některého z přístupů se snažíme organizačně oddělit, což naráží na řadu obtíží formálních, finančních a personálních. Přesto byl v posledních letech jednoznačně oddělován například rezidenční program Cesta Řevnice, zaměřený na klienty ohrožené závislostí, který byl koncipován jako uzavřený intenzivní program pro uzavřenou skupinu, postavený na principech KBT a zážitkové terapii – pedagogice Miladou Votavovou a Ivanem Platzem. Jednoznačně jsou odděleny programy nezletilých matek s dětmi, dlouhodobých pobytů (k dokončení školního roku apod.) stabilizovaných klientek, u kterých je zdrojem ohrožení vlastní rodina, o oddělení programu usilujeme v poslední době u „neproblematických uživatelů“, tedy klientek, které zvládají dobře obecné požadavky, ale při vyšší toleranci programu k minimalizovanému, kontrolovanému užívání.

V základním diagnosticko-terapeutickém programu diagnostického ústavu je primárním cílem motivovat ke změně. Program má poměrně vysokou dynamiku a vedle motivace klienta by měl ukázat na vhodnou cestu (metodu, program), která bude s ohledem na stávající stav optimální k dosažení cíle. Tento rezidenční program musí vycházet z poznatků diagnostické kognitivní analýzy při zvládání abstinence, změny způsobu života, změny v oblasti vrstevnických vztahů, přijetí nových autorit, pravidel. Současně míří podpora a tlak na obnovení přiměřených vztahů s rodinou, což u mnohých znamená otevírání základního konfliktu a zdroje bolesti.

3 PROBLEMATIKA DUÁLNÍCH DIAGNÓZ A TREND PSYCHIATRIZACE DĚTÍ

Velmi aktuálním problémem ve školských zařízeních je nebyvalá psychiatrizace klientely. Teprve analýza jevu by ukázala, zda jde o důsledek problematické strategie ministerstva sociálních věcí, resp. pracovníků OSPOD, kteří pod tlakem zřizovatele řeší problémy klientů ve svém obvodu cestou zdravotnickou, kde nemusí navrhnout obligatorní péči a nemusí tak nic zdlouhavě zdůvodňovat, či zda jde o důsledek tlaku reformy na psychiatrická lůžka nemocnic a ty prostě jen vyhánějí dětské zlobivé pacienty ze svých lůžek do školských zařízení. Adiktologická problematika (experiment) je často mostem ne příliš vítaným a šťastným. Důsledkem je významné zvýšení medikovanosti a promořenosti klientely zkušenostmi z různých typů pobytových programů a diagnostickými a terapeutickými nástroji.

3.1 Prevalence u klientely základního diagnosticko-terapeutického programu

Zvláštním a ilustrujícím ukazatelem pro zatížení adiktologickou problematikou u klientely přijaté do základního diagnosticko-terapeutického programu může být ukázka výsledků vyhodnocení dat (viz tabulka 1) sebraných s odstupem více než pěti let. Výraznější změnu dynamiky lze sledovat zejména u THC. Jde ale spíše o ilustraci, trend by bylo nezbytné statisticky vyhodnotit na hladině významnosti. Co však je zřejmé, je celkové zatížení respondentů. (Tabulka 1.)

Zatížení aktuálně zneužívanou látkou vychází z údajů udaných klientkami při vstupním rozhovoru základního diagnosticko-terapeutického programu a korekce údajů na základě vstupní diagnostické zprávy.

3.2 Specializované adiktologicky orientované programy ve školských zařízeních

Zejména obligatorní umístění přináší s sebou nezbytnost disponovat nejrůznějšími nástroji pro nejrůznější problematiku, se kterou klientela přichází. Přestože prvotní zakázka vyznívá zpravidla behavioralisticky, je etiologie individuálních problémů skutečně rozmanitá. Od týrání, zneužívání, nezpracovaných traumat, organického zatížení až po poruchy ve výchově. Adiktologickou problematiku v anamnézách lze pak vnímat jako komorbidní problém. Přes různou etiologii i různou hloubku závislosti je ve školském zařízení nezbytné vytvořit prostor pro přežití, dokonce bezpečný prostor pro vztah. Vznikaly tak postupně nástroje k minimalizaci důsledků odvykacích příznaků, podpůrné systémy a mechanismy od optimálního komfortu k zajištění základních a pozitivních potřeb přes prvky nutriční terapie až po strukturovanou restriktci, například u protikuřáckého programu. Jako jednoznačně oddělený program pro klienty, u kterých byl adiktologický problém vyhodnocen jako primární, je program Cesta Řevnice, pro který však musí být klientka v průběhu základního diagnosticko-terapeutického programu motivována.

4 SPECIALIZOVANÝ PROGRAM

PREVALENCE		IX. 2017 – IX. 2018 n = 64	%	IX. 2011 – IX. 2012 n = 176	%
CIGARETY	Ne	5	7,81	-	
	Do 5/den	13	20,31	24	13,64
	5–10/den	17	26,56	55	31,25
	10–20/den	25	39,06	36	20,45
	2 a více/den	4	6,25	14	7,95
ALKOHOL	Ne	31	48,44	-	
	Příležitostně	29	45,31	70	39,77
	Často	4	6,25	26	14,77
THC	Ne	18	28,13	-	
	Experiment	14	21,88	60	34,09
	Uživatel	32	50	35	19,88
PERVITIN	Ne	29	45,31	-	
	Experiment snif.	23	35,94	32	18,18
	Intraven./pravidelně	12	18,75	14	7,95
MDA – MDMA		12	18,75		
KOKAIN		4	6,25		
HEROIN		4	6,25		

Tabulka 1 | Celkové zatížení respondentů

CESTA ŘEVNICE (CHRDLOVÁ, 2018)

4.1 Cílová skupina programu

Program je určen mladistvým, kteří užívají návykové látky a v této souvislosti se vyznačují rizikovým chováním, které se může projevit na široké škále od disociálního chování (např. lživost, vzdorovitost) přes asociální (např. úteky, záškoláctví) a někdy až k antisociálnímu/delikventnímu chování, které bývá přímo navázáno na životní styl uživatele návykových látek (např. krádeže, naplnění paragrafů 283–287 TZ...). Tito mladiství mívají potíže s respektováním autorit a bývají narušeny jejich vztahy. Mívají nízkou motivaci ke vzdělání, nechtějí či neumí se zapojit do běžných volnočasových aktivit, nerespektují roli rodiče, mívají problémy s přijetím běžných společenských norem a chybí jim schopnost řešit konflikty/problémy konstruktivním způsobem. Často jde o dospívající ze znevýhodněného prostředí. Program Cesty je specializovaným programem v rámci DÚ a SVP Praha 4-Hodkovičky.

4.2 Požadavky ke vstupu do programu

Zájemce musí splňovat základní požadavky ke vstupu do programu. Program je nastavený pro dívky věku 15–18 let, které dokončily základní školní docházku, aktuálně řeší problematiku naší cílové skupiny a mají z výše jmenovaných důvodů nastavené předběžné opatření minimálně na dobu pobytu na oddělení. Důležitá je i podpora a součinnost rodičů v rámci pobytu.

4.3 Cíle programu

Cílem programu je posílení psychosociálních dovedností a kompetencí (resilience) dospívajících tak, aby mohli zdravě fungovat ve společnosti s minimalizací rizikového chování a sociálního selhání a tím i vyloučení. Ve vztahu k sobě posilovat silné stránky a dovednosti, otevírat nové možnosti při řešení a zvládnutí konfliktů, učit se rozpoznat rizika a předcházet jim. Poskytujeme a snažíme se zprostředkovat zážitek podpory, přijetí, důvěry a bezpečí. Také ukazujeme nové možnosti v trávení volného času a pomáháme hledat vhodné povolání. Podporujeme vzájemnou zdravou komunikaci v rodině, snažíme se posilovat rodičovské kompetence a snižovat rizika konfliktů mezi rodičem a dospívajícím. V případě potřeby motivujeme k následné terapeutické péči i mimo naše zařízení.

Cíle programu z hlediska konceptu resilience

S pozitivním vývojem mládeže je spojena koncepce tzv. „five Cs“, tedy směřování ke kompetenci (competence), důvěře (confidence), vztahům (connections), charakteru (character) a péči/soucitu (caring/compassion) (viz Eccles, Gootman, 2002). V průběhu pobytu vedeme klienty k osvojování nových sociálních a behaviorálních kompetencí a posilujeme ty osvojené (např. kontakt s institucemi, finanční plánování, domácí práce apod.). Již samotné absolvování celého programu je spojeno s pocitem úspěchu, zážitku jedince, že něco úspěšně dokončil, dokázal překonat sebe a náročné situace, které se vyskytly. Tento konečný fakt a s ním spousta dílčích zážitků budují zdravou sebedůvěru klientů a tím ruku v ruce i důvěru okolí – rodičů, institucí. S klienty, kteří absolvují pobyt až do konce, se nám v naprosté většině daří navázat kvalitní lidský až

terapeutický vztah, což považujeme za vůbec nejnositelnější těžiště našeho programu. Zážitek pozitivního lidského vztahu přenesený na celou instituci dává naději do budoucna pro utváření dalších vztahů, spolupráci s institucemi, a tedy i přijetí místa ve společnosti. Tuto cennou devizu můžeme nabízet jedině díky dostatečnému personálnímu obsazení, které mj. poskytuje klientům pestrou škálu osobností a tedy modelů, ke kterým se mohou vztahovat, a rozšiřuje tak i jejich sociální kompetence. Kvalitativní podmínkou pro utváření pozitivních vztahů s klienty je rámec, či snad dokonce paradigma naší práce, kdy se v přístupu ke klientovi primárně nezaměřujeme na trestání nežádoucích projevů chování, na což je minimálně z poslední doby užívání návykových látek zvyklý (trest však může být v jiném kontextu přínosný a potřebný), nýbrž se upřímně zajímáme o jeho prožívání, situaci, snažíme se pochopit motivy chování jeho samotného i jeho okolí a společně toto reflektujeme. Aby klienti získali víru, že mohou změnit sebe, svoji životní situaci, potřebují tuto víru cítit i z někoho, komu důvěřují. Je to zážitek, který bývalí klienti hodnotí velmi přínosně i odstupem měsíců, či let. Pro vytvoření důvěrných vztahů – ať již mezi personálem a klienty, či mezi klienty samotnými – je potřeba dostatek kvalitně stráveného času a také jistá struktura a pocit bezpečí, které poskytuje komfort uzavřené skupiny.

Život v drogové subkultuře nutí jedince, aby se podvolil jejím normám, které jsou často v příkrém rozporu s morálkou většinové společnosti. Na cestě z drogového područí je nezbytné nejen přerušit návyk užívání určité látky, ale také antisociálního chování. Zážitek příjemného bytí ve slušné společnosti, která netoleruje chování, které by tuto společnost ohrožovalo, může vést ke změně struktury charakteru klientů (změna chování nemusí být pouze účelová, ale může nově být i zvnitřnělá) a zcela jistě vede k posílení morálních hodnot již zvnitřněných, byť po dobu užívání návykových látek narušených. Program vychází či využívá prvky některých modelů péče a podpory.

Altruismus je jedním ze základních terapeutických faktorů skupinové terapie (Yalom, 2007). Fyzická blízkost na uzavřeném oddělení spojená s psychickou a emocionální blízkostí ve sdílení nabízí k péči nepřeberně možností a je námi aktivně podporována. Jiný program podpory/posilování resilience ve vývoji mládeže popisuje L. Winfieldová (1994). Rozpracovává čtyři projektivní procesy:

1. Zmírnění negativních dopadů. To v našich podmínkách probíhá zejména tím, že chráníme klienty před riziky okolního prostředí, především drogového světa. Tento proces bývá před nástupem započat již pobytem na detoxifikačním oddělení (DaDDC Pod Petřínem) a především na ostatních odděleních DÚ a SVP, Na Dlouhé mezi, Praha 4-Hodkovičky.
2. Zmírnění negativní řetězové reakce.
3. Vybudování a pomoc při udržení sebevědomí a sebeuplatnění jedince
4. Otevření prostoru pro nové příležitosti

4.4 Kapacita programu

Program disponuje 12 lůžky v rámci základního pobytu.

4.5 Forma programu

Program Cesty je rezidenční, adiktologicky zaměřený program, který vychází z minimálních standardů specializované péče o mladistvé uživatele. Jedná se o krátkodobou až střednědobou pobytovou péči v trvání 5–14 týdnů. Pobyt je plánován na osm a půl týdne (zpravidla 59 dní). Program probíhá v bezpečném, uzavřeném prostředí, s předvídatelnou strukturou, které umožňuje klientům lépe odolat rizikovým vnějším vlivům a pomáhá jim s trénováním nových strategií. Samotný pobyt musí být naplněný činností, kterou lze za nastavenou časovou dotaci zvládnout a také uzavřít a vyhodnotit. Program je pestrý a rozmanitý a dá se v něm specifikovat několik nosných témat.

Psychologické mapování a rodinné poradenství

Individuální přístup ke každému klientovi díky zmapování jeho osobnosti a anamnézy. To umožňuje každému postavit jeho „individuální program na míru“. Zahrnuje to představy klientů o sobě, své budoucnosti a také o postojích k drogám, o tom, co jim přináší a berou a jak s nimi zacházet. V rámci rodinného poradenství se zaměřujeme na optimalizování vztahů v rodině, zlepšení komunikace, identifikaci a posílení funkčních mechanismů v rodinném systému.

Terapeutická výchova v rámci skupinové i individuální práce s klienty

Je umožněna díky tomu, že v průběhu pobytu pracujeme na zpravidla připravených tématech v bezpečí uzavřené skupiny. Témata se týkají především vztahu k sobě, k rodičům, k rizikovým situacím, pomáhají lépe pochopit své strategie zvládnání zátěže a změnit své osobní scénáře. V individuální práci s klientem pak hlavně rozvíjíme nastavený individuální cíl pobytu.

Profesní poradenství

Podporujeme klientky v aktivnějším a odpovědnějším přístupu ke vzdělání a budoucímu povolání. Pomáháme s vhodným výběrem školy a podporujeme návrat školních návyků (pravidelné vstávání, čas věnovaný přípravě na povolání, individuální plánování studia).

Tvořivostní a volnočasové aktivity

Výtvarné techniky, jako je koláž, kresba, malba, práce s fotografií, keramika ale i práce s jinými materiály (látka, příze přírodniny) vždy na nějaké zadané téma, rozvíjejí dovednost, představivost a vhodně také vyplňují volný čas. Podporujeme i hru na hudební nástroje, tanec a další aktivity zaměřené na tvořivost a kreativitu, které mohou klienty inspirovat ve využití po návratu do domácího prostředí. Také zprostředkováváme kontakt s přírodou a její léčivou silou ať už pasivní přítomností, či aktivní kultivací životního prostředí.

Zážitková pedagogika

Připravená témata učí klienty překonávat svůj strach a nepohodlí a zvládat přiměřeně fyzickou zátěž. Také ukazuje na možnosti trávení a využití volného času vhodnějším způsobem. V rámci těchto programů využíváme možnost práce s koňmi, klienti se naučí základům jízdy, ale také se naučí komunikovat s velkými zvířaty, která mohou u někoho budit respekt i strach. Naučí se tak porozumět svým emocím a zvládat je. Součástí pobytu jsou i výjezdy do terénu a také vyzkoušení si některých sportovních aktivit, které mohou

podpořit rozvoj zdravého životního stylu (jízda na kole, turistika, fit tělocvičné programy atd.).

Pracovní činnosti a režimová terapie

Pravidelné a cílevědomé činnosti, které podporují u klientů návrat ke školním i pracovním návykům a zlepšují tak jejich připravenost pro návrat do běžného života. Během programu s klienty pravidelně vaříme, pracujeme na zahradě, udržujeme jak vnitřek objektu, tak i jeho okolí v čistotě. Každá činnost má svoje důležité místo v chodu oddělení.

Výchova k rodičovství a zdravému životnímu stylu

Formou informací i aktivního zapojení vedeme klienty k tomu, aby se více zajímali o své tělo a zdraví, o to, jak se stravují, vyhýbali se rizikovému prostředí a také více plánovali v oblasti vztahů a sexuality.

Finanční gramotnost

V průběhu programu si každý klient vede finanční deník, ve kterém vidí, jak nakládá se svými penězi. Za co utrácí a kolik může ušetřit. Dále formou rozpočtu připravujeme s klienty jídelníček a také jim přibližujeme reálné finanční potřeby v případě samostatného bydlení.

Práce s relapsem

Mapování rizik a společná reflexe (v rámci možností i aktivní snižování – práce s rizikovým prostředím, jako jsou sociální sítě, rizikové skupiny). Spoluvytváříme plán činností na běžný den. Informujeme o formách a možnostech ambulantního doléčovacího programu. Společně s klientem a rodinou vyhledáváme vhodné formy doléčovacího a podpůrného programu, ať v rámci kmenového zařízení (DÚ a SVP Praha 4-Hodkovičky), či ambulantní práce v oddělení Cesta, nebo ambulantní zařízení v místě bydliště.

Spolupráce s kurátory

Důležitou součástí programu je i setkávání klientů a kurátorů a společné doporučení další následné péče o klienta a jeho rodinu.

4.6 Struktura pobytu

Program je nastavený na osm a půl týdne s nástupem nejpozději v prvních třech týdnech běhu skupiny. Pokud je kapacita programu naplněna dříve, program se pro další zájemce uzavírá do následujícího běhu. V případě nenaplnění kapacity nebude možné po této době již přijmout dalšího klienta a také bude čekat až na další běh, a to z důvodu zajištění podpůrného a bezpečného prostředí pro stávající klienty. Po úvodních třech týdnech již pracujeme pouze s uzavřenou skupinou, což nám umožňuje jasně nastavit strukturu jednotlivých činností. V rámci programu je pro každého klienta zpracován individuální plán péče, podle kterého je práce s klientem směřována. Po ukončení programu může klient přejít do ambulantní péče v rámci zařízení.

Vedoucí programu: MUDr. Michaela Chrdlová

Kontakt: www.cestarevnice.cz

5 NEZBYTNOST STRATEGIE PREVENCE

Zkušenosti z víceleté snahy o řešení problematiky ve prospěch a v zájmu dítěte ukazují, že přichází kritický stav a je nezbytné urychleně formulovat strategii prevence, která napříč resorty spojí síly k propojení a spolupráci programů u dětí a mládeže. Je zřejmé, že každá změna je ekonomicky náročná, zejména zpočátku. Zde se však ukazuje, že mnoho programů je funkčních. Řadu z nich historicky využíváme u neziskových organizací, zejména SANANIM je svými programy nezastupitelný, bez funkčních programů ve zdravotnictví, zejména detoxifikačního oddělení při nemocnici sv. Karla Boromejského či psychiatrických oddělení a nemocnic, by se chod školských zařízení zřejmě zastavil. Přesto není možné nevidět, že chybí koordinace na rovině společné doktríny, strategie, která musí být formulována jako komplexní preventivní systém s počátkem u primární prevence ve školství.

Deklarace zájmů | Bez střetu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

Atkinson, R. L. (ed.) (2003). Psychologie. Praha: Portál.

Dolejš, M. (2010). Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci. (on-line: http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2013/12/Dolejs_Martin_-_Efektivni_vcasna_diagnostika.pdf)

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Bandura, A., Walters, R. H. (1963). Social learning and personality development. New York, Holt, Rinehart & Winston.

Chrdlová, M. (2018). Informace o program Cesta Řevnice. Interní dokument DÚ a SVP Praha.

Eccles, J., Gootman, J. A. (eds.) (2002). Community programme to promote youth development. Washington, DC, National Academy Press. (on-line: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED465844.pdf>).

Helus, Z. (1973). Psychologické problémy socializace osobnosti. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

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

Winfield, L. F. (1994). Developing resilience in urban Youth. Urban Education Monograph Series. Naperville, NCREL's Urban Education Program (on-line: <http://ecap-websserver.crc.uiuc.edu/ecearchive/books/resguide/winfield.pdf>).

Yalom, I. D. (2007). Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Praha: Portál.