

## ***Child and Adolescent Detoxification Centre (CaADC)***



**KORANDA, M.**

Child and Adolescent Detoxification Centre, Sisters of Mercy of St. Borromeo Hospital, Prague, Czech Republic

**Citation:** Koranda, M. (2016). Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC). *Adiktologie*, 16(4), 342–351.

**SUMMARY:** *This paper deals with the place of the Child and Adolescent Detoxification Centre (CaADC) within drug treatment in the Czech Republic. The CaADC was established in September 2003 with support from the Sisters of Mercy of St. Borromeo Hospital, where it is also located. The paper describes the work of the centre and its important role in the therapy of addiction to habit-forming drugs among children and adolescents. Its target population comprises children and adolescents below the age of 18 who have been using and/or experimenting with alcohol and other drugs. According to the ICD-10 criteria, this particular group of problematic young patients comes under the “dependence on psychotropic substances” category. The CaADC offers a comprehensive programme including systematic work with the family, school, and social assistants or probation officers. Subsequently, after the end of the therapy, the CaADC helps in providing follow-up treatment in both governmental and non-governmental facilities (NGOs). The centre also provides assessment and interpretation of data, such as that on progress tendencies, types of drugs used, and the levels of drug dependency.*

**KEY WORDS:** CHILD AND ADOLESCENT DRUG USER – DRUG EXPERIMENTER – DETOXIFICATION THERAPY – COMPREHENSIVE PROGRAMME – PROGRESS TENDENCIES

**Submitted:** 24 / OCTOBER / 2016

**Accepted:** 28 / NOVEMBER / 2016

**Address for correspondence:** Marian Koranda, M.D. / [koranda@nmskb.cz](mailto:koranda@nmskb.cz) / Child and Adolescent Detoxification Centre, Sisters of Mercy of St. Borromeo Hospital, Vlašská 36, 118 33 Prague 1, Czech Republic

## Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC)



KORANDA, M.

Dětské a dorostové detoxikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze

**Citace:** Koranda. M. (2016). Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC). *Adiktologie*, 16(4), 342–351.

**SOUHRN:** Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC) vzniklo v září 2003 v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, v jejichž prostorách se DaDDC nachází. Cílovou populací jsou nejen děti a mládež do ukončeného 18. roku života, jež splňují dle kritérií MKN 10 podmínky pro označení závislosti na psychotropních látkách, ale i problémoví uživatelé či experimentátoři s alkoholovými i nealkoholovými drogami. Článek pojednává o práci centra jako důležité součásti léčby závislosti dětí a adolescentů. Cílovou populací jsou děti a adolescenti do 18 let věku, uživatelé a/nebo experimentátoři s alkoholickými i nealkoholickými drogami. Část této skupiny uživatelů již jasně spadá, v souladu s MKN 10, do kategorie pacientů se závislostí na psychotropních látkách. DaDDC nabízí komplexní program péče, systematické propojení s rodinou, školou a zajištění následné léčby po ukončení terapie ve státních i nestátních zařízeních. Zajišťujeme spolupráci s kurátory a školou, vyhodnocení počtu pacientů a vývojové trendy, typy aplikovaných drog, stupeň závislosti.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** DÍTĚ A ADOLESCENT JAKO UŽIVATEL DROGY – EXPERIMENTÁTOR – DETOXIFIKAČNÍ LÉČBA – KOMPLEXNÍ PROGRAM – VÝVOJOVÉ TRENDY

Došlo do redakce: 24 / ŘÍJEN / 2016

Přijato k tisku: 28 / LISTOPAD / 2016

**Korespondenční adresa:** MUDr. Marian Koranda / koranda@nmskb.cz / Dětské a dorostové detoxikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, Vlašská 36, 118 33 Praha 1

## ● 1 ÚVOD

Od počátku 70. let pozvolna narůstá výskyt psychiatrických poruch způsobených návykovými látkami u dětí a dorostu. Za prokázanou a odbornou veřejností akceptovanou skutečnost lze považovat poznatek, že cesta k nealkoholovým drogám vede přes zkušenost s alkoholem a tabákem. Nedostatečně zvládnutá primární prevence se odráží v přibývajícím počtu dětí a adolescentů, které je možno považovat za problémové uživatele drog či již na drogách závislé (Koranda, 2014). Do r. 2003 neexistovalo v České republice zdravotnické zařízení, které by se cíleně zabývalo věkovou kategorií pacientů mladších 18, či dokonce 15 let a pomáhalo jí.

## ● 2 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ

### ● 2 / 1 Základní koncepce

V září roku 2003 vzniklo zařízení reflektující naléhavou společenskou potřebu a vyplňující prázdný prostor v oblasti péče o děti a mladistvé závislé na drogách – Dětské a dorostové detoxikační centrum (dále též DaDDC) – v Nemocnici Milosrdných sester Karla Boromejského (NMSKB) v Praze. Zpočátku fungovalo ve zkušebním provozu, od března roku 2004 pak v řádném provozu. V návaznosti na zřízení detoxikačního oddělení pro děti do 18 let v NMSKB bylo vytvořeno i pracoviště přesahující rámec zdravotnického zařízení – sociální poradna.

V souladu s cíli protidrogové politiky MZ, MPSV, MV a samozřejmě i Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) je cílem tohoto „prototypu“ zařízení zajistit **komplexní program péče** (Vláda ČR, 2010). V rámci probíhající detoxikace jsou v souladu se Standardy odborné způsobilosti RVKPP zařazovány do denního programu při pobytu na oddělení strukturované aktivity (edukační terapie, psychoterapie, ergoterapie, motivační trénink, další vhodné formy terapie, volnočasové aktivity, resocializační pomoc apod.) (Standardy odborné péče, RVKPP, 2013). Na detoxifikaci bezprostředně navazuje psychiatrická, intenzivní psychoterapeutická a sociální péče zčásti přesahující péči zdravotní.

V koncepci DaDDC je zahrnuto systematické propojení s rodinou, školou a zajištění následné péče po ukončení terapie v zařízeních zdravotnického i nezdravotnického typu poskytujících dlouhodobou odvykací péči. Snahou je nalezení vhodné následné léčby (od ambulantní a lůžkové až po ústavní či komunitní) podle zdravotní indikace a sociální anamnézy ve státních i nestátních zařízeních v celé ČR. Po dobu minimálně jednoho roku od zahájení spolupráce s pacientem (rodinou) sledujeme úspěšnost terapie a kontakt je udržován i při recidivě. Sociální poradna v koordinaci s rodiči či zákonnými zástupci (event. kurátory) pomáhá v sociálních otázkách. Neméně významnou činností sociální poradny je i vedení dokumentace (sociální anamnézy pacientů – včetně jejich zázemí, dosaženého vzdělání, ro-

dinných poměrů apod.) a vyhodnocování statistických informací. Sociální poradna svou činnost vyvíjí plně v souladu se zákonem č. 109/2006 Sb., o sociálních službách. Lékařská a psychoterapeutická péče, volnočasové strukturované aktivity v rámci probíhající detoxikace, příprava a pomoc s resocializací a zajištěním následné péče tvoří komplexnost programu a vychází i významně vstříc společenské naléhavosti problematiky toxikomanie u adolescentů. Resocializace je zde chápána jako prevence vzniku recidivy užívání drog (Rotgers, 1999).

Činnost DaDDC je odborně, organizačně i finančně náročná, avšak podle drogové strategie EÚ představuje pouze obdobná péče naději na úspěšnou léčbu a resocializaci pacienta. Tím DaDDC může aktivně přispět ke snižování prevalence problémových uživatelů drog v české populaci. Bez využití různých dotačních programů nejsme schopni, stejně jako jiná detoxikační centra, finančně ustát celý program či dokonce vykazovat pro zřizovatele zisk. Je smutnou skutečností, že o peníze na udržení provozu je zapotřebí každoročně žádat ministerstva a další subjekty a donory, přičemž však zodpovědnost za udržení léčebné sítě mají v první řadě zdravotní pojišťovny.

### ● 2 / 2 Lokalizace a popis oddělení

Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC) se nachází v přízemí a prvním podlaží dětského pavilonu Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Centrum spolupracuje se zdravotnickým zařízením nemocnice – ARO, interna, RTG, laboratoř, sociální pracovnice, pediatři atd.

DaDDC je tvořeno ambulantní a lůžkovou částí. Ambulantní část – psychiatrická příjmová ambulance a ordinace psychologa, včetně vstupního hygienického filtru – je situována do přízemí a je výtahem propojena s vlastním centrem. Pediatrická ambulance sídlí naopak v patře nad vlastním lůžkovým zařízením DaDDC. Detoxikační centrum je lůžkové oddělení umístěné v I. podlaží na ploše 418 m<sup>2</sup> se 14 lůžky v 5 pokojích. Na oddělení jsou dvě místnosti pro terapeutické aktivity (edukační místnost) a volnočasové aktivity (dílna). Ve sklepech budovy je též keramická dílna s vypalovací pecí. K terapeutickým účelům je využívána i rozlehlá terasa. Součástí oddělení je i základní škola (jednotřídka), která je součástí Speciálních škol Karla Herforta v Praze 1. Přestože je oddělení vybaveno nerozbitnými okenními tabulemi (navíc chráněnými zvenčí replikami historických mříží), bylo snahou vytvořit na pokojích esteticky působící prostředí (barevnost, možnost individuálních úprav apod.). DaDDC je uzavřené psychiatrické oddělení vybavené kamerami v některých společných prostorách (chodby, edukační místnost, pokoj intenzivní péče). Monitoring slouží ke zlepšení přehledu o chování a zdravotním stavu pacientů na oddělení a jako prevence nežádoucích jevů.

### ● 2 / 3 Cíle programu

- Poskytování komplexní péče o děti a mládež (do ukončení 18 let) zneužívající drogy,
- zajištění adekvátní terapie specificky i 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,
- úprava sebepojetí a mezilidských vztahů,
- návrat do práce či studia,
- základní soulad s kulturními, právními a morálními standardy dané společnosti – zdravý životní styl (Matějček, 1991).

### ● 2 / 4 Cílová populace

Cílovou populací jsou nejen děti a mládež do ukončení 18. roku života, jež splňují dle kritérií MKN 10 podmínky pro označení závislosti na psychotropních látkách, ale i problémový uživatel či experimentátor s alkoholovými i nealkoholovými drogami. Indikační seznam (dle MKN 10) pro příjem do DaDDC:

Dg. F 10 – F 19:

F 10.x – Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

F 11.x – Poruchy vyvolané požíváním opioidů

F 12.x – Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů

F 13.x – Poruchy vyvolané požíváním sedativ nebo hypnotik

F 14.x – Poruchy vyvolané požíváním kokainu

F 15.x – Poruchy vyvolané požíváním stimulancií

F 16.x – Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů

F 17.x – Poruchy vyvolané užíváním tabáků

F 18.x – Poruchy vyvolané užíváním organických rozpuštědel

F 19.x – Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

### ● 2 / 5 Prostředky pro naplnění cílů

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

#### Základní využívané prostředky:

- psychiatrická, psychologická a pediatrická diagnostika,
- farmakoterapie,
- pravidelná vyšetření moči na přítomnost psychotropních látek,
- individuální a skupinová psychoterapie, individuální poradenství, rodinné poradenství.

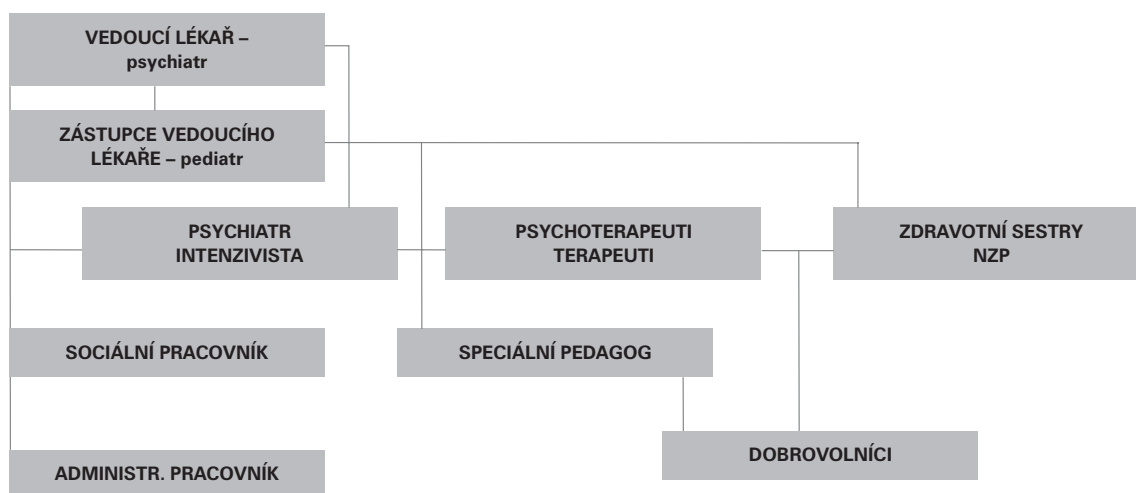
### ● 2 / 6 Složení a struktura týmu

Pracovní tým DaDDC je sestaven v souladu s doporučeními Standardu odborné způsobilosti a také v relaci s požadavky zdravotních pojišťoven (Vyhláška MZ č. 99/2012). (Obrázek 1.) Důraz je kladen na nutnost zajištění programu pro pacienty dětského a mladistvého věku v průběhu celého dne, včetně víkendů.

### ● 3 PŘÍJEM PACIENTŮ, ZAČÁTEK A UKONČENÍ LÉČBY

#### ● 3 / 1 Nabízení služeb, získávání pacientů

DaDDC spolupracuje s ambulantními i lůžkovými, zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními, která se zabývají drogovou klientelou (psychologové, psychiatrické a AT ordinace; jiné detoxifikační jednotky a protidrogová, resp. psychiatrická oddělení v nemocnicích a v psychiatrických léčebnách; Infekční centrum pro drogově závislé FN Motol;



Obrázek 1 / Figure 1

Personální zajištění – schéma

Staffing chart

zařízení v dikci MŠMT; diagnostické a výchovné ústavy, terapeutické komunity apod.). Informace o činnosti centra a nabízených službách jsou průběžně šířeny při odborných setkáních, dále formou letáků poskytovaných spolupracujícím institucím a na internetových stránkách [www.nmskb.cz](http://www.nmskb.cz). Pacienti přicházejí a vyšetření se podrobují dobrovolně. Vzhledem k věku před dosažením dospělosti se pochopitelně častěji jedná o pacienta zcela 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. Detenční hospitalizace podléhají zákonným předpisům.

DaDDC přijímá do programu všechny pacienty bez ohledu na jejich náboženské přesvědčení, politickou příslušnost, národnost, barvu pleti a pohlaví. Tento základní nediskriminační přístup ovšem neznamená rezignaci na stanovená indikační kritéria a odborně zdůvodněnou vhodnost, či nevhodnost přijetí nebo setrvání v programu. DaDDC je schopno vyjít ročně vstříc max. 1500 klientům, z toho cca 300 pacientů ošetřit při hospitalizaci. Poskytujeme celodenní terapeuticky vedenou péči pro děti. Tyto děti mají téměř vždy současně i výrazné poruchy chování, hyperaktivní syndromy, jsou zvyklé na volnost, velmi obtížně se podřizují autoritě dospělých a do léčby přicházejí až na výjimky nedobrovolně (Koranda, 2014). Část pacientů zůstává v ambulantním doléčování v psychiatrické ordinaci DaDDC, která tak slouží jako klasická AT ordinace pro adolescenty a často pak i pro dospělé pacienty.

### ● 3 / 2 První kontakt s pacientem, vstupní rozhovor

První kontakt s pacientem (resp. jeho rodiči, zákonnými zástupci, sociálními kurátory apod.) je obvykle telefonický (objednání 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 (semikvantitativně v Oddělení klinické biochemie).
- 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 antiHIV z poslední doby (tj. cca 1–2 měsíce), vyšetření na IH A, B, C a se souhlasem zákonného zástupce i antiHIV I, II. Pokud je z vyšetření patrné, že pacient má protilátky typické pro některou z výše uvedených infekcí, nebo pokud výsledky laboratorního vyšetření ukazu-

jí na jinou patologii, pacientovi je adekvátní formou upravena léčba, případně dle indikace je odeslán do specializovaného zařízení,

- event. vyšetření na další onemocnění (např. TBC, syfilis a další STD...).

První kontakt slouží k základnímu zhodnocení stavu a diferenciální diagnostice pacienta spojenou se zvážením, zda mu v DaDDC můžeme nabídnout vhodnou péči.

### ● 3 / 3 Informace, se kterými je pacient seznámen při přijetí

Při přijetí pacienta informujeme o skutečnostech, které mohou být pro něj významné nebo které mohou mít vliv na průběh léčebné péče. Patří sem zvláště:

- Seznámení pacienta s jeho právy a řádem oddělení. Pacient i rodiče (zákonní zástupci) jsou na oba dokumenty upozorněni a dokumenty jsou jim předány v písemné podobě k prostudování. Každý pacient je ujištěn, že jeho sdělení považujeme za důvěrná a budeme s nimi tak nakládat, pokud nás on sám, resp. rodiče či zákonní zástupci nepověří, abychom s nimi nakládali jinak. Výjimku tvoří jen případy vyjmenované. Zákonný zástupce si písemně určí heslo pro možnost kontaktování a podávání informací. V souvislosti s tím je dohodnuto, koho z blízkých je možno informovat o jeho zdravotním stavu, pokud nás kontaktují. Pokud taková osoba existuje, je nezbytné, aby pacient s jejím informováním předem souhlasil. Současně platí, že není možné informovat blízké pacienta selektivně.
- V souvislosti se stanovením léčebného plánu je pacient plně informován o formě, obsahu, pravděpodobné délce léčby a pravidlech poskytované odborné péče, včetně jejich očekávaných přínosů a případných rizik, o svých povinnostech a chování, jímž může přispět k dosažení cílů. V případě farmakoterapie je pacient adekvátně věku podrobně informován o podávaném léku a o tom, že předepsané dávkování má svůj smysl a že je důležité, aby jej dodržoval.

### ● 3 / 4 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 podílejí 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.

### ● 3 / 5 Léčebný kontrakt

Po zhodnocení celkového stavu a míry motivovanosti je pacientovi navržen vhodný program a forma léčby. Návrh vhodného programu a formy léčby je projednán s pacientem. Zde platí zásada informovaného souhlasu a léčebného kontraktu. Léčebný kontrakt je písemný nebo ústní. V případě ústního kontraktu je dohodnutý individuální léčebný plán zaznamenaný v osobní dokumentaci pacienta.

Po celou dobu léčby má pacient možnost individuálního přístupu a dostatek intimity k řešení potíží. Každá intervence je zaznamenána do osobní dokumentace pacienta (dekurs).

### ● 3 / 6 Průběh péče

Při přijetí klienta do DaDDC (po léčbě nebo bez předchozí léčby) je pacient včetně jeho zdravotní a sociální anamnézy zaznamenaný 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, možností omezení pohyblivosti, infúzní terapie atd.), resp. na lůžko 2–3lůžkového standardního pokoje.

Je zahájena detoxikační terapie, event. i farmakologicky podmíněná. V průběhu cca 7–14denní léčby je dětský pacient v celodenním kontaktu s terapeuty a psychoterapeuty, pod dohledem pediatrií a psychiatrů a samozřejmě i zdravotních sester. Pro pacienty s neukončenou základní školní docházkou je zajištěna školní výuka v jednotřídce, 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, ale také např. 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 i 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, jedenkrát 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 přeřazení pacienta do terapeutického programu, tedy do režimů „B“ či „C“.

### ● 3 / 7 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 příslušné dokumentace, včetně výkazů pro ZP,
- vypracování propouštěcí zprávy.

Hlavní důvody pro ukončení poskytování služeb ze strany zařízení:

- opakované porušování léčebného režimu, užití nezákonně 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.

## ● 4 FARMAKOTERAPIE

Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou pacientů, která v DaDDC vyžaduje farmakoterapii, jsou jednak pacienti, u nichž se rozvíjí odvykací stav, nebo se jedná o pacienty akutně intoxikované, farmakoterapie se řídí správnou diagnózou:

- léčení akutní intoxikace,
- léčení odvykacích stavů.

### ● 4 / 1 Opioidy

#### a) akutní intoxikace

- při poruše vitálních funkcí umístění na JIP nebo ARO,
- medikamentózně u mladistvých naloxon – 0,4–2 mg i.v., i.m. či s.c., v případě, že nedojde po 2–3 min. ke zlepšení dýchací funkce, možno opakovat. Nedojde-li po 10 mg ke zlepšení stavu, je dg. intoxikace opiáty sporná. U dětí je počáteční dávka 10 µg na kg tělesné hmotnosti.

#### b) léčba odvykacího stavu

- u **lehčích případů** a u dětí do 15 let (obvykle) vystačí kombinace anxiolytika, spasmolytika (pokud se nejedná o kombinovanou závislost s benzodiazepiny, podáváme malé dávky diazepam (obvykle 2–3krát denně 5mg) a/nebo Algifen gtt. 15–20 kapek max. 3krát denně).
- u **těžších odvykacích stavů** u dětí starších 15 let podáváme buprenorfin. Dávka je závislá na dávce užívaného opiátu/opioidu. Obvykle podáváme buprenorfin ve 3 jednotlivých dávkách, nejlépe 6–8 hodin po poslední dávce heroínu – v závislosti na dávkách užívaného heroínu začínáme 1–2 mg buprenorfinu 3krát denně sublinguálně, 1., 2. a 3. den dávkou 1 mg 2–3krát denně, 4. den 0,5 mg ráno a večer, 5. den ex.

(Dávkování, tak jak je uváděno v literatuře – 3 dny a náhle vysadit, se nám v praxi neosvědčilo.)

### ● 4 / 2 Stimulancia

#### a) akutní intoxikace

- při větším neklidu podáváme benzodiazepiny, lze-li, tak p.o., nejčastěji diazepam v dávce 5–10 mg p.o. či i.m., případně clonazepam 1–2 mg p.o. či i.m., někdy v kombinaci s levomepromazinem 25 mg p.o. či i.m.

#### b) odvykací stav

- při častých dysforiích a depresivních stavech podáváme anxiolytika (nejčastěji oxazepam či hydroxyzin, případně antidepressiva, nejčastěji antidepressiva s anxiolytickými účinky, symptomaticky řešíme dyssomnii,
- při psychotických stavech antipsychotika.

### ● 4 / 3 Alkohol

#### a) akutní intoxikace

- bez podávání tlumivých látek v případě, že není přítomen výrazný neklid, infuze 5% glukózy a/nebo iontové roztoky.

#### b) odvykací stav

- delirium tremens – v této věkové kategorii se nesetkáváme s uvedeným stavem, v případě výskytu je nutné řídit se běžnými užívanými postupy.

### ● 4 / 4 Sedativa a hypnotika

#### a) akutní intoxikace

- laváž žaludku (v případě, že se nejedná o kvantitativní poruchu vědomí), při poruchách vitálních funkcí umístění na ARO, resp. metabolické jednotce.

#### b) odvykací stav

- postupné vysazování (u dětí a mladistvých se nesetkáváme často se závislostí na sedativech a hypnotikách).

### ● 4 / 5 Kanabinoidy

#### a) akutní intoxikace

- v případě úzkosti podáváme např. chlorprothixen 15 mg 1-1-1 drg. či běžná anxiolytika (oxazepam, diazepam, clonazepam).

#### b) odvykací stav

- taktéž nižší dávky antipsychotik či anxiolytik

### ● 4 / 6 Halucinogeny

#### a) akutní intoxikace

- malé dávky antipsychotik a anxiolytik.

#### b) odvykací stav

- taktéž malé dávky antipsychotik či anxiolytik.

## ● 5 PSYCHOTERAPIE A PORADENSTVÍ

Všem pacientům, kteří jsou v péči DaDDC, je standardně nabízena psychoterapeutická péče. Pro pacienty v detoxifikačním 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.

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

### ● 5 / 1 Prostředky a formy terapie

- individuální terapie, probíhá 2–3krát týdně, dle potřeby častěji, důraz je kladen na navázání terapeutického vztahu s pacientem a podporu v náročné situaci. Vytváří se prostor pro práci na osobních tématech pacienta, připravuje témat na skupinu,
- skupinová terapie
  - životopisné skupiny, tematické skupiny, dramaterapie, terapie s využitím výtvarných technik,
- ergoterapie
  - na bázi klasických řemesel /keramika, košíkářství, drátenictví/, ruční práce, nabídka možných zájmových aktivit, podpora kreativity,
- interaktivní deníky
  - písemná forma komunikace s terapeutem,
- individuální strukturované aktivity
  - psaní životopisů, samostudium, referáty,
- rodinná terapie a poradenství
  - poradenství pro rodiče, mediace v konfliktních situacích, řešení následné léčby,
- u pacientů ve věku základní školní docházky je přímo na oddělení zajištěna výuka.

### ● 5 / 2 Skupinová psychoterapie

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

- Skupina pro začínající pacienty. Má charakter motivační, informační, kontrolní a podpurný. Nejde do hloubky osobních a vztahových problémů.
- Skupina pro stabilizované pacienty. Využívá psychodynamické a 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 (Rotgers, 1999).
- Doléčovací skupina. Určena pro pacienty při ukončování léčby. Využívá psychodynamické a 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 / 3 Práce s rodinnými příslušníky, rodinné poradenství

- V rámci komplexní péče o pacienta se standardně poskytují konzultace rodinným příslušníkům. To by mělo vést k lepšímu pochopení problematiky závislostí a v konečném důsledku zlepšit efektivitu léčby (Matějček, 1991).

- 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 detoxifikační léčbě a s DaDDC je v ambulantním kontaktu. Při potřebě dlouhodobé nebo intenzivní rodinné terapie doporučujeme do jiných zařízení specializovaných na tento typ péče.

### ● 6 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce s uživateli psychotropních látek vychází ze skutečnosti, že dlouhodobé a pravidelné užívání psychotropních látek má pro 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, doplňuje vhodným způsobem 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 (Koranda, 2014).

V DaDDC je poskytováno odborné sociální poradenství v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. Zahrnuje diagnostiku sociální situace klienta. V sociální anamnéze jsou zaznamenávány údaje týkající se vzdělání, zaměstnání, finanční situace, bydlení, právní situace a důležitých osob v životě pacienta. 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 podpurné 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 informace ke zvýšení přehledu o dostupných možnostech – institucích, potenciálních zdrojích podpory a pomoci. Spolupráce s klientem pak ústí do pomoci při výběru a zajištění dalších potřebných služeb.

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 podporu 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 zařízeními (kurátoři pro děti a mládež, PMS, soudy, policie, zařízení NRP – diagnostické, výchovné ústavy, dětské domovy, SVP, léčebná zařízení ambulantní i pobytová, atd.).

## ● 7 LÉČEBNÉ PROGRAMY V DADDC

Rozlišujeme čtyři léčebné programy, které jsou nabízeny klientům, ale často jejich potřebnost spíše řeší sociální pracovníci a pochopitelně i rodiče či zákonní zástupci.

1. **Krátký diagnostický pobyt** (2–3 dny) u slabě motivovaných či nemotivovaných pacientů, psychiatrické a pediatrické vyšetření, biochemie moči a krve (toxikologické vyšetření, vyšetření jaterních testů, panelu hepatitid, dle zájmu i anti-HIV), bazální zapojení do terapeutického programu (motivační terapie, volnočasové aktivity). Sociální práce.

2. **Psychodiagnostický pobyt** (4–5 dní) pro provedení komplexní diagnostiky klinickými i testovými metodami se zaměřením na osobnostní rysy, zhodnocení úrovně kognitivních funkcí, komplexní zhodnocení osobnosti pro zvážení případné osobnostní psychopatologie a naplánování další léčby, zhodnocení v kontextu závislostní problematiky. Účast v terapeutickém programu pro účely diagnostiky.

3. **Motivační pobyt** s účastí na strukturovaných skupinových a individuálních terapiích (7–10 dní), zhodnocení stavu s ohledem na abúzus drog, odběry (toxikologické vyšetření, vyšetření jaterních testů, panelu hepatitid, dle zájmu i anti-HIV), komplexní psychiatrické a pediatrické vyšetření, psychologická intervence, rehabilitace. Sociální podpora – pomoc se zajištěním následné ambulantní či ústavní péče, dle situace zajištění kontaktů se školou, OSPOD aj.

4. **Plná detoxifikace** – nejkompexnější program, hlavním cílem cca 12denního pobytu je stabilizace pacienta po stránce tělesné a psychické (léčba intoxikací, zabránění rozvoje odvykacích stavů) a příprava na nástup na ambulantní či ústavní protitoxikomanickou léčbu v psychiatrických léčebnách nebo v terapeutických komunitách. Motivační strukturované terapie individuální, skupinové a činnostní, psychorehabilitace, relaxační techniky, volnočasové aktivity. Sociální práce.

Existuje samozřejmě možnost – a je často realizována zejména u nemotivovaných a negativistických a úzkostných pacientů – vzájemného přechodu mezi jednotlivými programy, pacient se často v průběhu pobytu rozhodne pro vyšší stupeň programu, zbaví se prvotního odmítavého postoje k léčbě, přehodnotí svou motivaci apod. Případně se rozhodne po absolvování nejkratšího léčebného programu s odstupem několika dnů či týdnů, kdy již poznal prostředí DaDDC, nastoupit dobrovolnou léčbu s plnou detoxifikací.

## ● 8 STRUČNÁ STATISTIKA

Ročně je v DaDDC ambulantně vyšetřeno cca. 800–1000 pacientů do 18 let, kde je předpoklad užívání drog. Hospitalizováno z nich je 250–300 indikovaných pacientů. U zbylých není „drogový“ problém natolik závažný, abychom nacházeli indikaci k hospitalizaci, nebo (mnohem častěji) se příjmu brání pacient či jeho rodiče. U některých pacientů bývají drogy jako primární příčina zdravotních potíží vyloučeny (cca 8 % ročně), dominují jiné problémy, především závažné poruchy chování a afektivní poruchy, resp. nemoci z okruhu psychotických onemocnění apod. Těmto pacientům je zajištěna adekvátní terapie v jiných zařízeních. Dlouhodobě sledujeme statisticky významný rozdíl v pohlavní distribuci u uživatelů amfetaminů – převažují dívky (cca 75 %) nad chlapci (25 %). Obrácená je situace v diagnóze závislosti na kanabinoidech (jako základní droga) – chlapci 76 %, dívky 24 %.

Jako již opakovaně několik let po sobě jsou nejzávažnějším problémem v populaci do 18 let, jež byla v kontaktu s DaDDC, z hlediska základní drogy stimulancia (63 %) a produkty cannabis (26 %), následuje alkohol (9 %) a dále relativně velmi časté byly kombinace drog (především pervitin s produkty cannabis, či cannabis s alkoholem nebo benzodiazepiny), kdy nejsme schopni rozhodnout (lékaři ani pacient), která z drog je preferovaná, základní. Poměrně vysoký je počet pacientů se zkušenostmi s opioidy, nejčastěji s buprenorfinem (Subutex, Suboxone), nicméně hospitalizujeme ročně jen cca 5 dětských pacientů se základní drogou opiáty. Prchavá rozpouštědla jako základní drogu diagnostikujeme ročně u zanedbatelného počtu pacientů, cca u dvou ročně.

Uvedená čísla se týkají výhradně základních drog, přestože je téměř pravidlem, že adolescentní pacienti drogy kombinují. Například více či méně pravidelné kouření marihuany uvádělo 98 % pacientů. Tato věková skupina marihuany za drogu vůbec nepovažuje. Dále např. kouření cigaret či tabáku, jakožto vedlejší drogu, uvádějí dětské pacienti v 99,9 % případů, ročně jen maximálně jeden pacient je nekuřák.

Přetrvává trend, kdy mezi hospitalizovanými převládají pacienti s diagnózou závislosti na amfetaminech. Poměrně vysoký je i podíl pacientů s problémovým pitím alkoholu. Obecně ubylo prokázaných závislostí na opiátech (či opioidech) a na rozpouštědlech, ale za nebezpečnou považujeme skutečnost, že mezi našimi pacienty narůstá počet dětí, které s opioidy experimentují (a není důležité, že v adekvátním věku preferují stimulancia). Problematicky podchytilelný se jeví nárůst pacientů se zkušenostmi se sniffingem plynů. Velmi časté jsou i pravidelné experimenty se syntetickými drogami a drogami taneční scény. Módní drogou se stává kokain, zkušenosti s ním má stále větší počet pacientů dětského věku. Jako relativně nejméně zastoupenou drogou jakožto základní zneužívanou látkou zůstaly halucinoogeny – zkušenost s nimi sice mělo přes 90 % pacientů,

nikdo je však nepreferoval ve smyslu základní zneužívající drogy.

Poměrně velkou skupinu tvoří duální diagnózy, na našem oddělení má 57–63 % pacientů diagnostikovanou některou formu poruch chování, ADHD, smíšené poruchy chování a emocí, dále neurotické poruchy a poruchy osobnosti, první záchyty pacientů s afektivními (především depresivními) a psychotickými poruchami. Průměrný věk pacienta DaDDC je za poslední 3 roky relativně stabilní, 15,6 let. S pravidelným užíváním drog však mají potíže i jedinci do ukončených 15 let (cca 15 % klientely). Neblahým průvodním jevem abúzu drog i u adolescentů je akvizice infekční hepatitidy typu C, ročně zachytíme 16–22 případů infekční hepatitidy typu C u hospitalizovaných pacientů. Pouze dvakrát jsme se setkali s akutní hepatitidou typu A. Nezachytili jsme dosud žádnou akutní hepatitidu typu B. Domníváme se, že se zde projevuje smysluplnost a účinnost proočkování dětské populace.

## ● 9 ZÁVĚR

Léčebná a diagnostická intervence Dětského a dorostového detoxikačního centra pacientům i celé společnosti poskytuje významnou pomoc, která následně s potřebnou resocializací umožňuje změnit chování a postoje, a tak zabránit případnému vzniku závislosti i mnohem těžším zdravotním postižením (infekční hepatitidy, sexuálně přenosné nemoci, HIV a další onemocnění spjatá s abúzem drog). Jsme si vědomi, že pouze (max.) 18denní pobyt nemůže vyřešit problematiku užívání drog u mladistvých pacientů, naší snahou je však nejen prostá detoxifikace, ale především vytvoření dostatečné motivace pro abstinenci a pro následnou léčbu jak ambulantní, tak rezidenční – a to se daří!

**Role autorů:** Marian Koranda je autorem rukopisu.

**Konflikt zájmů:** Žádný.

**Role of the author:** Marian Koranda is the author of the manuscript.

**Conflict of interest:** No conflict of interest.

## LITERATURA / REFERENCES

- Koranda M. (2014). Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci. In Kabíček, P. et al. (2014). *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton. Str. 94–110.
- Matějček Z. (1991). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. (2010). Praha: Úřad vlády ČR.
- Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. (2013). Praha: Úřad vlády ČR/RVKPP.