

BLBÁ NÁLADA DOPADÁ I NA DĚTI

Michal Goetz:
dětský psychiatr

Období spojené s koronou, zavřené školy, mnohdy doprovázené nervozitou v rodinách na home office, nebo dokonce zhoršením existenčních podmínek, se dotklo velké skupiny rodin a dětí.

I v těch rodinách, kde panuje klid a přetrvává radost, může změna režimu, úbytek obvyklých kontaktů se světem a lidských vazeb rozpoutat či posílit psychický nelad dětí a dospívajících lidí.

Poslední rok ukázal i to, co dávno víme – že v Česku je péče o duševní zdraví dětí dlouhodobě podceněna, chybí psychologové, psychiatři i vzdělávání, které by dětem pomohlo pochopit pocity a chování vlastní i druhých lidí. S dětským psychiatrem Michalem Goetzem jsme si v jeho pracovně povídali o duševním zdraví dětí i o tom, co by se mohlo zlepšit, aby na tom byly lépe.

IVANA SVOBODOVÁ / FOTO MATĚJ STRÁNSKÝ

Leží tu na klinice v době korony jiný typ pacientů než dřív? Změnily či posunuly se nějak psychické potíže dětí?

Narostly a změnily. Není služby, kdy bychom večer na dětské pohotovosti nebo urgentním příjmu nevyšetřovali několik dětí či dospívajících s akutními duševními problémy zejména s depresí, chaotickým emočním prožíváním a těžkým sebepoškozováním. Bohužel máme kvůli rezervaci části lůžek pro karanténu omezenou možnost pacienty přijímat. Nermalou část času pak sloužící lékař věnuje shánění lůžka po celé republice, pokud není místo u nás v Motole. Je to velmi stresující. Doufám, že tohle čtou ti sociální experimentátoři, kteří chtějí omezovat pedopsychiatrická lůžka, nebo je dokonce například v Ústeckém kraji zrušit úplně. Kdybychom se tak vytrvale nebránili a došlo na uskutečnění jejich plánů, tak by se teď mnoho dětí dostalo do přímého ohrožení života.

Na jiných úrovních období korony do psychiky dětí zasáhlo?

V ambulancích během posledního roku, kdy trvá pandemie, významně přibývá depresivních adolescentů. Jsou izolováni doma, dochází jim motivace spolupracovat s distanční výukou, mají rozpadlý spánkový režim a konflikty s rodiči. Dále se zhoršují pacienti s ADHD. Rozpadají se rutiny, které rodiče pracně budovali. Řada z nich nemá doma rodiče. A tyto děti jsou pak vydané všanc své dezorganizovanosti.

Na rodiče je toho už také všeho moc. V rodinách eskaluje nejistota a napětí a vztahy se dostávají do extrémů. Děti a adolescenti na to pochopitelně reagují. Přicházejí emoční výbuchy, zejména u dětí s nízkou frustrační tolerancí nebo v adolescenci, kdy je přirozeně větší emoční reaktivita. Konflikty v rodině pak mají závažnější průběh, a to jak po psychické, tak i fyzické stránce. A jestliže rodiče před pandemií občas vítězili v nerovném boji, když se snažili oddělit své ratolesti od elektronických zařízení, tak dnes o pracně získané pozice zcela přišli.

Máme nějaké studie k dopadu pandemie na dětské duševní zdraví?

Proběhlo několik zahraničních studií. Zjistily, že u dětí a dospívajících má pandemie a lockdown větší dopad na emoční a sociální vývoj ve srovnání s dospělými. V jedné z pilotních studií během probíhající pandemie bylo zjištěno, že u mladších dětí (3–6 let) se častěji projevuje strach z možné nákazy členů rodiny a silnější separační úzkosti než u starších dětí. U nich je pozorována větší roztržitost a časté požadování nových informací o covidu-19. Napříč věkovými obdobími studie zjistily zvýšenou podrážděnost, nepozornost a znučenost. Navíc se kvůli dlouhodobému trvání této situace menší děti stávají více závislými na rodičích.

A jak prožívají situaci dospívající?



Adolescenti mají obavy ohledně zrušení zkoušek, výměnných programů a různých společenských akcí, které k tomuto věku patří a mají patřit. Nebo rezignují zcela a propadají neúčinným činnostem, ze kterých ovšem mají jen krátkodobé uspokojení. Používání internetu a sociálních médií se může stát až nutkavým a delší doba, kterou děti, a především dospívající tráví na internetu, často bez rodičovské kontroly, zvyšuje riziko, že se dostávají k nevhodným obsahům. Ve studiích byla zjištěna vyšší frekvence kyberšikany nebo zneužívání prostřednictvím on-line komunikace.

Existují údaje o tom, jak se zhoršují různé skupiny mladistvých pacientů?

Pro děti s neurovývojovými poruchami, jako jsou například poruchy autistického spektra nebo ADHD, a jejich rodiče je současné období obzvláště těžké. Hůře snášejí nejistotu a jejich příznaky se zhoršují kvůli vynuceným omezením a změnám, které neodpovídají jejich pravidelnému režimu. Uzavřením škol a různých skupinových programů nemají přístup k potřebné podpoře výchovy a učení. Zpomaluje se vývoj těchto dětí nebo regredují v sociálních a behaviorálních dovednostech, kterých již nabyly. Velmi těžko snášejí současnou situaci pacienti s obsedantně-kom-

kteří teprve vstupují do péče. Je však třeba vzít v potaz, že když onemocní dětský psychiatr, tak je, vzhledem k našim počtům, zcela nenahraditelný. Proto si také dovoluji apelovat na úřady, aby pedopsychoiatri nebyli odvoláváni ze svých pracovišť na výpomoc do nemocnic. Máme již signály, že se o tom uvažuje.

Může to období posunout péči i v pozitivním slova smyslu?

Snad v tom, že je to stimul k tvorbě on-line informačních zdrojů a e-aplikací pro duševní zdraví. Třeba u poruch příjmu potravy jsou ve světě známé on-line programy například pro pacienty žijící v odlehlých lokalitách, kde lze třeba jídelníčky řešit on-line. U nás se tím již zabývala profesorka Papežová na konferenci o poruchách příjmu potravy. V ČR pak probíhal projekt VZP spolu s E-clinic pro časnou intervenci a poradenství. Doufám, že budeme mít kapacitu takové programy rozvíjet i pro jiné diagnózy.

Víme, že duševní nemoci spouštějí stres. Je koronavirová krize obdobím zvýšeného stresu pro děti a liší se nějak počátky loni na jaře od nynějška?

Ano, je to období stresu a situace je jiná, než byla loni na jaře. V té době řada dětí vnímala karanténu

Všimněte si, kolik vtipů na téma domácí vzdělávání na jaře vznikalo. Dnes už nikdo moc nežertuje.

pulzivní poruchou a generalizovanou úzkostí. Apel na hygienická opatření může eskalovat jejich nutkavé chování a obavy z nákazy a tělesného onemocnění.

Sbíráme i v České republice nějaká data?

Národní ústav duševního zdraví provedl studii týkající se dopadu pandemie na duševní zdraví dospělých. U pediatrické populace studie neproběhla. Ze setkání s pracovníky linek bezpečí však víme, že se na ně obrací více dětí než před pandemií, a to s problémy, jako jsou konflikty v rodině, domácí násilí, sebepoškození a sebevražedné myšlenky.

PANDEMIE JAKO VÝZVA

Jak se změnila péče během pandemie?

Tato situace je pro klinické pracovníky velkou výzvou. V řadě ambulancí museli přejít na distanční formu péče pomocí telefonu, Skype nebo jiných platforem.

Stačí to?

Je to kompromis mezi tím, co by bylo optimální, a co je z hlediska zdraví jak rodinných příslušníků a dětí, tak i lékařů vhodné. Menší problém je to u kontrolních vyšetření, kde už rodiny známe, než u nových pacientů,

jako takové delší prázdniny. Starším generacím asociovala uhelné prázdniny, které mnoho z nich zažilo. A všichni jsme si mysleli, že v létě už bude všechno v pořádku. Všimněte si také, kolik vtipů na téma domácí vzdělávání na jaře vznikalo. Dnes už nikdo moc nežertuje. Málokdo si umí představit, nebo si dokonce troufne odhadnout, kdy a jak pandemie skončí. Pozorují, že se rozmáhá to, čemu se kdysi v médiích říkalo „blbá nálada“. Jen si myslím, že teď, na rozdíl od doby vzniku tohoto termínu, je k ní skutečně důvod. I děti si začínají uvědomovat, o kolik přicházejí. Rodiče na ně nemají čas a leckdy už ani sílu a často nemají ani kompetence svoje děti rozvíjet bez podpory organizací.

Existují i děti, kterým tahle doba může prospět?

Ne, to si skutečně nemyslím. Ale rád se budu mýlit. Jistě, někteří mohli zažívat přechodnou úlevu. Třeba děti a adolescenti se sociální úzkostí. Ovšem důsledky se dostaví, až se budou muset do kolektivu vrátit. Přišli o pracně vybudované návyky. Takže obnovit je bude, vzhledem k trvání izolace, mnohem těžší, tak jak se to stává po jiných „mezerách“ v sociálním životě, jako jsou prázdniny, delší nemoci a podobně.



MICHAL GOETZ (49)

Vystudoval 2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, působí na Dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Motol v Praze a na Psychosomatické klinice v Praze. Vyučuje na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Výzkumně se věnuje především vývojové stránce bipolární poruchy v dětství a adolescenci a poruše pozornosti s hyperaktivitou. Je členem výboru Sekce dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP. V roce 2018 byl zvolen viceprezidentem International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP).

Ta blbá nálada a chybějící vazby mohou vést u dětí a mladých lidí k vyvolání nějaké duševní poruchy?

Mohou se objevit zejména ty poruchy, které jsou především psychosociálně podmíněné, to znamená úzkosti, deprese a poruchy chování. Navíc nejde jen o dispoziční faktory, ale také o nedostupnost protektivních faktorů.

Co to znamená?

Rozvoj duševního onemocnění je velmi komplexní proces, na kterém se podílejí faktory genetické a faktory prostředí. A obě skupiny pak zahrnují jak faktory rizikové, tak ochranné. Je to vlastně takové přetlačování rizikových a ochranných vloh a vlivů.

Pokud máte dost protektivních faktorů, můžete leccos vykompenzovat. Třeba když máte dobrou schopnost zaujmout lidi kolem sebe a máte nějaké vlastnosti, které v těch druhých lidech vyvolávají sympatie, takže vám dávají pozitivní silnou zpětnou vazbu. Nebo když dokážete své obtíže sdílet takovým způsobem, že vás lidé vyslechnou a poskytnou vám podporu. Také je důležité, abyste měla dostupnou blízkou osobu, která vás ujistí a uklidní. U protektivních faktorů je efekt dávky. Čím víc těchto protektivních faktorů máte k dispozici, tím větší máte šanci uhájit svoje duševní zdraví proti negativním vlivům. A teď je řada dětí a adolescentů v situaci, že tyto protektivní faktory nejsou dostupné.

POJĎ TAM, KDYŽ UŽ JSME TADY

Četla jsem, že trvá osm let od prvních projevů nemoci, než se dítě, pak už velké či jako dospělý, dostane k odborníkovi. Proč?

To není zcela přesná informace. Interval se liší u různých onemocnění, také záleží na dostupnosti služeb a stigmatu psychiatrie či psychologie ve společnosti. Je pravda, že asi čtyřicet procent pacientů, kteří jsou v péči dospělého psychiatra, uvedlo, že první obtíže začaly před jejich čtrnáctým rokem, a zhruba u sedmdesáti procent před osmnáctým rokem. V tom je však i část pacientů, kteří pokračují z péče dětského psychiatra k dospělému. Nicméně jedná se také o ty, kteří již měli první duševní obtíže, ale nebyly zachyceny. Mohly být mírné a teprve postupem k dospělosti se dostaly do stadia, kdy je třeba psychiatrická péče.

Jaká je míra psychických onemocnění u dětí, kolik jich jimi trpí?

Přibližně třináct procent dětí a adolescentů trpí duševním onemocněním. Nejčastější jsou úzkostné poruchy, následuje skupina neurovývojových poruch, z nichž nejčastěji je zastoupeno ADHD a tiky. Sem patří také poruchy autistického spektra, kterých je necelé jedno procento. Další jsou poruchy nálady, jejichž výskyt stoupá v adolescenci stejně, jako je tomu u závislosti a poruch příjmu potravy. Tehdy se také začínají vyskytovat závažná duševní onemocnění, kam patří bipolární afektivní porucha a schizofrenie. V posledním desetiletí významně stoupla frekvence sebepoškozování, které se vyskytuje jako komplikace u více duševních poruch.

Víme o všech duševně nemocných dětech?

Je potřeba chápat, co je duševní onemocnění. Samotný výskyt některých příznaků ještě sám o sobě nemusí znamenat duševní onemocnění. Zjednodušeně bychom si to mohli představit tak, že každý z nás se nachází v trojdimenzionálním prostoru, kde jednu jeho osu tvoří psychopatologie. Druhou osu tvoří životní funkčnost, tedy to, jak zvládáte své role. A třetí osu tvoří životní spokojenost. Každý z nás v tomto pro-

storu během života různě migruje. Může se stát, že někdy máme psychopatologické příznaky, ale to ještě neznamená, že jsme duševně nemocní. Třeba totiž disponujeme kompenzačními mechanismy, které nám umožní udržet dostatečnou funkčnost nebo přijatelnou životní spokojenost. Čili frekvence psychopatie v populaci je mnohem vyšší, než je frekvence duševních onemocnění. A frekvence duševních onemocnění je vyšší, než je jich zachyceno. Někdy se duševní stav relativně včas zkompenzuje a nevznikne potřeba zatukat na dveře psychologa či psychiatra. Zároveň však platí, že nedostupnost služeb, stigmatizace našich oborů a nedostatek informací mezi rodiči a těmi, kteří o děti nějak pečují, vedou k tomu, že se nedostane péče všem dětem a adolescentům, kteří by ji už potřebovali.

Představuji si, že bychom v ideálním světě mohli dospět do bodu, kdy ve společnosti rozpoznáme dítě v potížích, které mohou vést k duševnímu onemocnění. To riziko zvyšuje stres a spousta dětí žije doma ve stresu, nemají bezpečné prostředí, žijí v negativních pocitech. Jak udělat, aby i učitelé, sociální pracovníci, družinářka, obvodní dětský lékař a nevím, kdo všechno další, poznali dítě v potížích a nasměrovali ho k péči?

Střediska Headspaces jsou umístěna například v obchodních centrech, protože to je místo, kam adolescenti chodí.

Nemůžeme chtít, aby učitel, vychovatel, družinářka byli skutečnými odborníky na duševní zdraví. To je složitá věc. Nemůžeme setřít rozdíl mezi medicínou a pedagogickými či sociálními službami. Rádi bychom ale, aby si učitelé všímali prvních signálů diskomfortu dítěte a mohli být jedněmi z iniciátorů řešení. To se jistě v mnoha případech děje. K tomu je třeba, aby učitelé a další, kdo jsou s dětmi v pracovním kontaktu, měli základní povědomí o tom, co je duševní zdraví, jak se základně projevují duševní nemoci a jak se vyvíjejí. A aby byly dostupné nízkoprahové služby, kam se mohou rodiny a děti rychle obrátit v případě obav a pochybností pro první přesnější zhodnocení duševního stavu dítěte a v případě potřeby nasměrování ke specifické péči.

Inspirací je třeba unikátní australský program, jehož autorem je profesor Patrick McGorry. Založil a po světě rozšiřuje centra, kterým říká Headspaces. Jsou to nízkoprahová zařízení pro adolescenty, kteří by chtěli s někým probrat své obtíže, ale nepřekročili by patrně hranici k psychiatrickému a psychologickému vyšetření. Mohou tam přijít sami, ale často chodí ve skupině. To tak bývá. Leckdy i za školním psychologem zajdou děti v doprovodu nějakého kamaráda. Nápadité je, že střediska Headspaces jsou umístěna například v obchod-

ních centrech, protože to je místo, kam adolescenti chodí, kde jsou relativně uvolnění a je pro ně snazší si říct „hele, pojď tam, když už jsme tady“.

I KDYŽ SE ROZUM VZPÍRÁ

Mohla by u nás takto fungovat Centra duševního zdraví, která mají podle reformy psychiatrické péče u nás vzniknout a mají být pilířem reformy?

Centra duševního zdraví jsou novým typem služby, od které si spíše slibujeme, že bude mezičlánkem mezi péčí ambulantní a lůžkovou. To v současné situaci naší sítě péče potřebujeme nejvíce, zcela totiž chybí denní stacionáře. Klienty Centra duševního zdraví by měli být děti a adolescenti, kteří budou přechodně potřebovat intenzivnější péči, ale jejich stav není jednoznačně indikován k hospitalizaci. Pokud se jejich stav zlepší, vrátí se zpět ke svému ambulantnímu lékaři. Uvidíme, zda se Centra duševního zdraví osvědčí. Jedná se o pilotní projekt. Proto bych neřekl, že je pilířem reformy. Pilířem reformy by mělo být zahuštění sítě pedopsychiatrických ambulancí, kterých je kritický nedostatek. Mnohé ambulance zanikly, neboť je po odchodu stárnoucích kolegů neměl kdo převzít, a za své vzala i spádovost, která poskytovala srozumitelné prostředí pro vyhledání péče a přirozeně přispívala k mezioborové

spolupráci v regionu. Pokud se ještě vrátíme k Centřům duševního zdraví, jejich zřízení je velmi klopotné.

Nejsou na to lidé?

Přesně tak. A ještě je tu jeden problém a tím je jejich dlouhodobá udržitelnost. Zatím jsou financována z projektu a mimo jiné se ukazuje, že rozpočet pro Centra duševního zdraví pro děti a adolescenty je patrně podhodnocen.

Máte signály, že peníze na psychiatrii, potažmo na dětské duševní zdraví pak budou chybět?

Věřím, že ti, kdo o alokaci financí na péči o dětské duševní zdraví rozhodují, pochopí její současný světový trend. A tím je chápat psychiatrii vývojově a v klinice i výzkumu se zaměřit na rané počátky duševních poruch. Jestliže chceme odhalit podstatu duševních onemocnění i těch nejzávažnějších, je potřeba začít je zkoumat, ještě než vypuknou nejtěžší příznaky, tedy v dětském a adolescentním věku. A k tomu jsou potřeba dětská psychiatrii a dětská psychologové a výzkumníci. Ministerstvo zdravotnictví udělalo dobré kroky, když zřídilo takzvaná rezidenční místa pro dětskou psychiatrii. Zdravotnická zařízení lůžkové dětské psychiatrie mají možnost z finanční podpory minister-

stva vytvořit pracovní pozice, které by jinak neměla. A my teď potřebujeme zvýšit o tyto pracovní pozice mezi absolventy lékařských fakult zájem. Jednak aby se naplňovaly, jednak abychom si mohli mezi zájemci vybírat jen ty nejlepší.

Kde ti absolventi jsou?

Bohužel, v jiných oborech. To souvisí se stigmatizací péče o duševní zdraví obecně a pak taky samozřejmě s finančním ohodnocením oboru. Psychiatrie a dětská psychiatrie se mnohým zdají málo konkrétní. Ano, pro naše obory je skutečně třeba rozvinuté abstraktní a kontextuální myšlení. Ale to jsou přece naše nejvyšší duševní funkce. Není skvělé rozvíjet právě je? Navíc dětská psychiatrie skutečně vstupuje do přelomové éry, kdy se z oboru leckdy vnímaného jako jakási extenze pedagogicko-výchovných institucí proměňuje v moderní neurovědní disciplínu.

Nesouvisí představa, že psychiatr je nějaký divný doktor, s tím, že obecně ve společnosti duševní zdraví podceňujeme? Žijeme ve společnosti, kde životní spokojenost není hodnotou?

To bych neřekl. Právě naopak. Protože životní spokojenost je takovou hodnotou, tak je s možností její ztráty spojená silná úzkost. Pak nechceme vnímat, jak lze o životní spokojenost přijít – například významným zhoršením duševního zdraví. Ostatně duševní poruchy jsou, bohužel, stále mnohými chápány jako

slabost. Potom pochopitelně nedopřejete moc uznání těm, kteří vám tuto domnělou slabost připomínají, tedy duševně nemocným a jejich lékařům. Mozek má v tomto smyslu vlastně velmi výsadní postavení vůči jiným orgánům. Když ty onemocní, tak jsou jejich choroby akceptovány, mozek si nic takového dovolit nesmí. Zní to nesmyslně, vidíte? Ale emoce, například ona úzkost a odpor, dokážou převzít plnou kontrolu nad našimi postoji, i když se rozum silně vzpírá.

Protože mít dítě v psychickém neladu je ostuda, kdežto mít dítě s cukrovkou je úděl vhodný ke sdílení s okolím?

V jistém smyslu ano. Stále přetrvávají ve společnosti názory, že děti s ADHD jsou děti nevychované. A může za to ten, kdo je vychovává. Že depresivní adolescent je vlastně rozmazlený. Že dívka s poruchou příjmu potravy si neváží dobrého jídla, blahobytu.

Když jste zmínila cukrovku. Všimněte si prosím, že dítě s cukrovkou dostane automaticky psychologickou podporu, edukaci a další péči, aby soužití s nemocí zvládlo, ale dítě s duševní poruchou podobnou pomoc takto automaticky nemá.

Nebylo by tedy rozumné se o duševním zdraví více dozvědět už v dětství, naučit se chápat svoje pocity, naučit se rozeznat, proč reaguju zrovna takhle, jestli to, co se mi děje třeba doma, je v pořádku?

Vzhledem k tomu, že děti mají dnes mnohem větší volnost, a tudíž po nich chceme větší samostatnost

↓ INZERCE

INZERCE



System ohřevu pacienta

zajišťuje optimální tělesnou teplotu pacienta před operací během operace a v pooperačním stavu. Společnost Inspiration Healthcare Limited (Velká Británie) je výrobcem systému elektrického ohřevu pacienta nové typové řady AlphaCore5. System sestává z řídicí jednotky, vyhřívané podložky a přikrývky. Mediem ohřevu je vrstva polymeru uhlíku nanesená na vnitřní část podložky a přikrývky. Řídicí jednotka má pět vstupů pro připojení podložek nebo přikrývek a vstup pro čidlo sledování teploty pacienta. Podložky slouží pro ohřev pacienta zdola při operaci a přikrývky slouží pro ohřev pacienta shora před a po operaci. Podložky obsahují speciální vrstvu, která má kromě funkce tepelné izolace také antidekubitní účinek. Rozsah nastavení teplot ohřevu je 25 až 40 °C po krocích 0,5 °C. System má několikanásobné jištění proti překročení maximální hodnoty ohřevu. Je určen pro nepřetržitý provoz při udržování tělesné teploty pacienta. Podložky i přikrývky jsou průchozí pro rentgenové záření a jsou odolné proti defibrilaci. System pracuje zcela bezhlučně a nezatežuje okolí vyvíjeným teplem.



Dodává a servis zajišťuje: Lékařské přístroje s.r.o., Dětská 286/1916, 100 00 Praha 10
Ing. František Studnička, e-mail: studnicka@lekarske-pristroje.cz, tel.: +420 603 866 161

www.lekarske-pristroje.cz

v rozhodování, mělo by zároveň s tím jít, že se naučí lépe rozumět své psychice a dostat základní informace k duševní hygieně. Tak jako děti učíme pravidelně si čistit zuby a aktivně se jim snažíme vštípit zdravé stravovací návyky, tak stejně aktivně bychom je měli učit, proč a jak se starat o své duševní zdraví.

Myslíte, že dnes mají děti život těžší?

V něčem myslím ano. V mé generaci bylo například více postaráno o volný čas dětí. A tak jsme měli víc času dozrát v určitém bezpečí. Navíc péče o volný čas byla bezproblémově dostupná i pro sociálně slabší. Například bylo běžné, že u každé školy existovala takzvaná základní pionýrská organizace. Do pionýra se mnou chodily i děti, které by tam asi rodiče neposílali, kdyby pionýr nebyl takto při škole. Byla v tom jistá nízkoprahovost. Musím říct, že zpětně velice obdivuji naše vedoucí, kolik si dali práce s přípravou programu pro nás.

Já jsem byla Delfín, co vy?

Káně.

Do pionýra se mnou chodily i děti, které by tam asi rodiče neposílali, kdyby pionýr nebyl takto při škole. Byla v tom jistá nízkoprahovost.

Ani tam se přece s dětmi automaticky, jako součást výchovy, neprobíraly věci ohledně duše a trablů a pocitů. Víím o dítěti – jen jako příklad, takových je spousta –, které chodilo do školy i do oddílu po škole, ale mělo trápení, do školy přicházelo uplakané, nemělo sebevědomí a žilo trvale s pocitem viny za to, jak je nemožné. Až v hluboké dospělosti došlo na terapii k poznání, že zkrátka mělo matku manipulativní histriónku, že ta vina za blbé dětství ležela na dospělém, nikoli na něm, a hrabalo se z toho základu dětství pár let. Nebylo by bývalo dobré, aby tohle uměli dospělí ve škole tehdy podchytit, zjistit, co se s dítětem děje?

Bohužel, někdy může mít dítě nebo adolescent tak zmanipulované sebeuposuzování, že vždy hledá chybu v sobě.

No právě. Proto se ptám, zda by v tom mohla pomoci psychosociální výchova ve škole a lepší záchytný systém.

Není snadné onu psychosociální výchovu připravit tak, aby byla efektivní, a ne směšná. Těžko ji může přednášet každý učitel, který absolvoval týdenní kurz psychosociální výchovy. Musí být pro žáky respektovanou osobností a být autentický. To je spíše vzácné. Nicméně, na přípravě a implementaci kvalitních programů pro školy intenzivně pracují jak v Národním ústavu duševního zdraví v týmu Petra Winklera, tak v organizaci Nevypusť duši, kterou založila Marie Salomo-

nová. V Americe je „school mental health“ velké téma. Když jsem byl na stáži v Bostonu, tak bylo běžné, že dětský psychiatr v atestační přípravě tráví několik měsíců ve školách a poradenských zařízeních a tam provádí vyšetření a spolupracuje se školským systémem právě v oblasti duševního zdraví.

Pracujete teď v programu zvyšování rodičovských dovedností. Můžete to popsat, jak funguje a co to přinese?

S týmem, který jsme založili v roce 2018, nyní v rámci MZ ČR zavádíme program, který učí rodiče, jak zefektivnit výchovné postupy a udělat je adekvátnější k chování a psychickému založení svých dětí. Jmenuje se Triple P – Positive Parenting Problem. Původně byl vyvinutý v Austrálii pro maminky, které mají depresi, a šlo o to, jak mírnit dopady deprese rodiče na vývoj a chování jejich dětí. Dnes již Triple P zahrnuje několik úrovní intenzity, uspořádání a specializací pro různé skupiny rodičů. Je jedním z mála srovnatelných programů, který má účinnost potvrzenou důkazy z vědeckého výzkumu, a to z více než

dvou set třiceti studií po celém světě. Mimo jiné funguje bez ohledu na kulturu, zemi nebo situaci rodiny. Program poskytuje jednoduché a praktické strategie, které si rodiče mohou přizpůsobit podle svých vlastních hodnot, přesvědčení a potřeb. Triple P se nyní používá ve více než dvaceti zemích včetně USA, Anglie, Skotska, Irska, Walesu, Kanady, Austrálie, Nového Zélandu, Belgie, Švédska, Německa, Japonska. Byl přeložen do osmnácti jazyků.

K vyhledání programu a získání podpory pro tento projekt mě inspiroval náš výzkum, který probíhá na Dětské psychiatrické klinice v Motole ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví, kdy se věnujeme dětem a adolescentům, kteří mají rodiče s bipolární afektivní poruchou.

Nebylo by ideální, kdyby tím v nějaké míře mohli projít všichni rodiče?

Všichni rodiče to nepotřebují. Jsou děti, kterým je snadné být rodičem, pak jsou děti, kde potřebujete být vynalézavým rodičem, a konečně je skupina dětí, kde rodič potřebuje být téměř trénovaný profesionál. Zároveň jsou rodiče, jejichž děti reagují na neadekvátní výchovný přístup, ale děti samy o sobě jsou zcela v pořádku. Program Triple P je určen pro tři posledně jmenované skupiny. Jsem rád, že jsme dostali možnost díky Norským fondům tento projekt realizovat. ●