

Zápis ze semináře, kulatého stolu s tématem:

Informace o časných psychiatrických stavech v dětství a dospívání

19. 3. 2014 (14.00 – 16.00), Karlovy Vary

Lektoři / přednášející:

1. *MUDr. Prim. Petr Příhoda: Informace o časných psychotických stavech (a duální diagnózy)*
2. *MUDr. Blanka Stefanovičová: Zkušenosti s prací s dětmi a dospívajícími v Karlovarském kraji z pohledu ambulantního psychiatra - nejčastější psychické poruchy dětského a dorostového věku*
3. *Bc. Michaela Štollová: Blázníš, no a? (preventivně psychoedukační program určený pro ohroženou cílovou skupinu dospívajících, dále pro výchovné poradce a psychology a pedagogy ze středních škol)*

Dne 19/3/2014 se sešlo 64 posluchačů. Jednalo se o pracovníky Fokusu Mladá Boleslav – Karlovy Vary, mateřských, základních a středních škol v Karlovarském kraji, dále pracovníky speciálně-pedagogických center, městských úřadů (pracovníci OSPOD a sociální odbory měst a obcí kraje, zúčastnili se také kurátoři pro mládež) v Karlovarském kraji a pracovníky Krajského úřadu Karlovarského kraje.

Z diskuse například vyplynul požadavek ze školy živnostenské na program: Blázníš! No a? Zabývalo se otázkou, zda mají SŠ psychologa, či jak poznat člověk, který se dostává do depresivního a psychotického stavu, jak s ním komunikovat a kam ho odeslat? Téma deprese a zvýšení počtu absencí; důležitá pomoc rodičů – děti samy k odborníkovi nepůjdou. Je voláno po zařízení – krizová intervence – kam dítě odeslat. V diskusi zaznělo například i to, za jak dlouho je u diagnózy ADHD¹ znát vliv medikamentů...

¹ ADHD (zkratka anglického „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ – **hyperkinetická porucha (HKP)**, *Porucha pozornosti s Hyperaktivitou* patří mezi neurovývojové poruchy. Tato porucha se projevuje již od raného dětství, nejvíce však ve školním věku, kdy postihuje 3–7 % dětí. Ve 40–50 % případů přetrvává do dospělosti a vyskytuje se u 4–5 % dospělých. Spíše než hyperaktivita se v tomto období objevují pocíty vnitřního neklidu, převládá impulzivita a poruchy pozornosti.

Záznam z kulatého stolu (detail):

(další informace z uvedeného dne lze také čerpat z powerpointových prezentací lektorů, které jsou vyvěšeny na stránkách projektu www.rpkk.cz):

MUDr. Prim. Petr Příhoda:

Informace o časných psychotických stavech (a duální diagnózy)

MUDr. Petr Příhoda hovořil o UŽÍVÁNÍ PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK PACIENTY SE SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍM. V posledních 15-20 letech se psychiatrie ve světě s tímto problémem stále více potýká. V České republice dochází k nárůstu této problematiky po roce 1989, a to zavedením drogového trhu. Do té doby byly drogy záležitostí především uzavřených komunit jejich uživatelů. Od 90. let až donedávna drogová problematika rychle narůstala a tím pádem i přibývá pacientů se schizofrenií, kteří s drogami experimentují. Ve světě se užívá termín „duální diagnóza“, tzn., že pacient má kromě diagnózy klasického duševního onemocnění (např. schizofrenie, schizoafektivní porucha či maniidepresivita) ještě diagnózu ze skupiny návykových nemocí. Výhrady k termínu duální diagnóza se týkají toho, že u většiny těchto pacientů se užívání drog (které často ani nesplňuje kriteria pro syndrom závislosti) stalo jakousi součástí jejich jedné choroby, kterou je schizofrenie, schizoafektivní, popřípadě afektivní porucha, zatímco vyřčení výrazu „duální diagnóza“ evokuje dojem, že jde o dva samostatné problémy. Zdaleka ne vždy tomu tak je. Další skutečností je, že psychicky zdravý člověk rekreačně užívající např. cannabis jednou či dvakrát týdně pravděpodobně nikdy nedostane psychiatrickou nálepku (diagnózu) ze skupiny návykových nemocí, kde bývá běžnou populací nositeli nálepky kladena vina za onemocnění. Stejně se chovajícímu pacientovi se schizofrenií pak kromě diagnózy schizofrenie přibude pravděpodobně ještě diagnóza škodlivého užívání cannabinoidů (pravda ale je, že jemu tyto látky patrně škodí více, nebo alespoň viditelněji). Může se to zdát nedůležité, ale duální diagnóza se stala stigmatem, které v sobě zatím ještě nezpracovali mnozí z řad nás - psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů. Výsledkem je pak to, že se těmito pacienty neradi zabýváme, neboť nevíme jak s nimi pracovat a předem nad nimi lámeme hůl...

Schizofrenie a užívání drog:

Bylo zjištěno, že mladí pacienti se schizofrenií užívají různé drogy třikrát tak častěji, než jejich stejně staří zdraví vrstevníci. K nejužívanějším návykovým látkám patří alkohol, cannabis a stimulantia, dále v anamnéze také často nacházíme užívání halucinogenů. Naopak opiáty bývají zneužívány méně, což někteří autoři vysvětlují jejich obtížnější dostupností a cenou. Tento argument však dle mého názoru dnes neobstojí. Alkohol patří k tzv. legálním drogám, jeho dostupnost je bezproblémová, excesivně jej zneužívají spíše pacienti, jejichž schizofrenní kariéra je již pokročilá, je užíván běžnou populací všech věkových skupin a navíc jde o problém v ČR již starý. V této přednášce se jím více zabývat nebudeme.

Zajímat nás budou nelegální drogy, které se v hojnější míře začaly u nás užívat až po roce 1989.

Pro častý současný výskyt diagnózy schizofrenie a nějaké formy zneužívání drog existují 2 výkladové hypotézy:

1) Hypotéza vulnerabilitě: užívání drog přispívá k rozvoji onemocnění, poté zhoršuje jeho průběh. Dalo by se tedy říci, že pokud by platila absolutně, bylo by možné tvrdit, že užívání drog může vést ke schizofrenii (dodejme skrytou myšlenku: „která by se v případě abstinence pravděpodobně neprojevila“). Takto absolutně si ale v dnešní době neurovývojových teorií troufne argumentovat asi málokdo. Tato hypotéza vychází mimo jiné též z toho, že pomocí některých drog lze navodit stavy, které jsou někdy velmi podobné akutním příznakům schizofrenie (formální poruchy myšlení jako jsou rozvolněné asociace až inkoherece, na tomto terénu pak rozvoj symbolického či magického myšlení, eventuálně až systemizace do bludů, mohou být i halucinace).

2) Hypotéza o sebeléčbě či seberegulaci (self- therapy, self-medication, self-regulation): Užívání drog je důsledkem onemocnění, pacienti se s jejich pomocí snaží regulovat jeho symptomy, popř. vedlejší účinky léků.

Práce publikované v 90. letech mohou vzbuzovat dojem, že se badatelé snažili potvrdit jednu a vyvrátit druhou, jakoby se plauzibilita obou současně navzájem vylučovala. Ve výzkumu byly často používány škály a testy, které jsou schopny dát informace o chorobném procesu, na který je nahlíženo okem popisné psychiatrie, tj. zdravým pohledem badatele (spolupráce v léčbě, sociální fungování, průběh nemoci co do výskytu relapsů, pozitivních a negativních symptomů apod.). O tom, jak nemoc prožívají subjektivně sami pacienti, toto bádání nemohlo přinést téměř žádné informace. Takto získané výsledky pak dávaly za pravdu většinou hypotéze o vulnerabilitě, i když také ne úplně vždy. Schizofrenní pacienti užívající drogy pak vycházeli z těchto zkoumání hůře, než ti, kteří drogy neužívají. Lze ale také uvažovat, že obě hypotézy mohou platit současně. První z hlediska popisu chorobného procesu jako takového zvenčí, druhá z hlediska dynamiky prožívání tohoto procesu pacientem samotným.

Z těchto závěrů lze vyvodit, že užívání drog pravděpodobně může být spouštěčem či katalyzátorem rozvoje onemocnění. Uvažujeme-li však o schizofrenii, jako o neurovývojovém onemocnění, mohli bychom pak odvodit, že je spíše spouštěčem či katalyzátorem těch příznaků, které jsou jako první zachyceny, těmi bývají v současné době nejčastěji bludy, halucinace či dezorganizované myšlení doprovázené nepřiléhavou emotivitou.

O tom, co prožívá pacient, u kterého se rozvíjí schizofrenie, můžeme pouze hypotetizovat. Popisována bývá změna vztahu ke skutečnosti, svět přestává být srozumitelný, význam všech věcí nejasný, hranice vlastního Já mizí, dostávají se pochybnosti, zda vůbec něco existuje apod. Nemocný bývá tímto stavem plně zaujat, vědomě či nevědomě se mu brání, potřebuje hypotézu. Má dojem, že „jeho myšlení není jeho“ (alien quality of thinking), odtud asi pak bludy o ovládnutí, sledování, hlasy toto mohou jen potvrzovat apod. - viz úvodní přednáška o schizofrenii. Jeho blízkým začíná být patrné, že se s ním něco děje, změnil se, nekomunikuje tak jako dříve, izoluje se, nezvládá školu, ztratil zájmy, atd. atd.

Drogy v tomto období mohou sehrát tuto úlohu: vysvětlují pacientovi původ obtíží, pomáhají vyhnout se stigmatizaci – je přijatelnější být „feťákem“, „huličem“, „vyhulencem“, než „pakem“, „magorem“, „šilencem“, psychotikem či schizofrenikem. Navíc společnost, kde se tyto drogy užívají je spojována především drogovým prožitkem, který šílenství může napodobovat, a tudíž je toleruje a interpretuje je skrz drogu. Drogy zdá se také zkrátit onu periodu mezi začátkem nemoci a objevením se prvních nápadných psychotických příznaků, které můžeme chápat jako jakýsi pokus poškozené mysli o reparaci, která je ale také patologická.

Zajímavé je, že pacienti užívají zejména drogy, které mysl jitrí (cannabinoidy, halucinogeny, stimulancia), zatímco ty, které jí zklidňují (např. opiáty) užívají zřídka. Tito pacienti působí často jiným dojmem než ostatní nemocní. Jakoby byli více sví - rockeři, punkeři, rebelové, na léčbu často kašlou a dávají to okázale najevo. Působí odlišně od nenápadných "beránků", občas doprovázených ke kontrolám svými maminkami. Tito „duálně diagnostikovaní“ pacienti vzbuzují často dojem silného reparačního potenciálu, aby jej záhy vystřídala skepse začarovaného kruhu, který se nedaří přetnout pro svou silnou, i když zcela patologickou rovnováhu, kterou si vytvořili.

Toto klade obrovské nároky na komplexní terapii, která musí mít široké zaměření. Nová antipsychotika se selektivním působením a tím i minimem nežádoucích účinků slibují snad lepší spolupráci ve farmakoterapii. Pacient, který má v lékaře jakž takž důvěru, si zvykne sám si říci o léky, když mu není dobře, byť je neužívá pravidelně přes všechno poučování. Užitečné je pěstovat otevřenou komunikaci, která posiluje odpovědnost pacienta za jeho stav a lékaři umožní být lépe informován. Do psychoterapie se pak kromě edukace dostává též dynamika, protože tito pacienti si své terapeutky čile obsazují a neustále je testují. Je užitečné psychoterapii zaměřit také na prožitky, skupinovou soudržnost, důvěru a otevřenost. Snažíme se pacienty učit režimu, který na rozdíl od léčby závislostí nemůže být tak tvrdý, protože by jej většina pacientů nezvládla. Rodinná terapie, sociální a pracovní rehabilitace jsou pak též samozřejmosti...

MUDr. Blanka Stefanovičová:

Zkušenosti s prací s dětmi a dospívajícími v Karlovarském kraji z pohledu ambulantního psychiatra - nejčastější psychické poruchy dětského a dorostového věku

Od MUDr. Stefanovičové zaznělo, že podle výsledků analýzy Pilotního modelu péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje (2009) máme k dispozici tyto výsledky zajištění pedopsychiatrické péče v Karlovarském kraji:

- 1) Karlovarský kraj nemá žádné lůžkové zařízení akutní ani následné péče pro děti a adolescenty
- 2) Karlovarský kraj nemá žádné pedopsychiatrické pracoviště pro závislé na alkoholu či psychoaktivních látkách



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

- 3) Karlovarský kraj nemá žádný denní dětský stacionář ani žádné dětské krizové centrum
- 4) 4) V Karlovarském kraji nefunguje žádná specializovaná ambulance pro poruchy příjmu potravy ani psychoterapeutická ambulance se zaměřením na rodinnou terapii

Zajištění pedopsychiatrické péče

- DPA Karlovy Vary – MUDr. Jitka Bartková
- DPA Cheb – MUDr. Robert Matička
- DPA Sokolov – MUDr. Blanka Stefanovičová
- Celkový úvazek 1,7

Časté pedopsychiatrické diagnózy: Hyperkinetická porucha

- Nejčastější diagnóza v DPA
- Častá komorbidita – SVPU, tiky, enuresa, depresivní porucha, MR, úzkostná porucha, EPI...
- Prevalence 1-3% dle MKN 10,
5-8% dle DSM IV
- Porucha pozornosti
- Hyperaktivita
- Impulzivita
- www.adehade.cz
- Terapie: režimová opatření, strukturace volnočasových aktivit, psth vedení – KBT, pozitivní motivace, farmakoterapie

Specifická porucha učení

- Dysgrafie
- Dyslexie
- Dysortografie
- Dyskalkulie
- Smíšená
- Pozitivní RA, komorbidita, LDE

Tiková porucha



evropský
sociální
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

- Interakce neurobiologických mechanismů a zevních rizikových faktorů
- Přejídná motorická tiková porucha – 12 mĚ
- Chronická motorická nebo vokální TP
- Tourettův sy – kombinace motorických a vokálních tiků
- Častěji u chlapců, nástup ŠD, puberta
- Komorbidita s ADHD, OCD

Depresivní poruchy chování

- Klinický obraz odlišný od dospělých
- Poruchy chování, agresivita, somatické symptomy, nízké sebehodnocení, pocity viny, osamĚlosti, nudy... nedokáží se radovat, sociální izolace, únava, anxieta, vegetativní příznaky
- Riziko suicidia 20x vyšší než v běžné populaci
- Deprese kojenců a batolat – anaklitická deprese, separační šok, aktivní odpor, rezignace – ztráta zvědavosti a iniciativy, narušen vývoj řeči, porucha navazování odpovídající komunikace a sociálního kontaktu s okolím, porucha cirkadiálních rytmů a celkové neprospívání.
- Deprese předškolních dětí – krátkodobé afektivní výbuchy (záchvaty pláče a křiku), ztráta zvědavosti, nesoustředění, odmítání hry, nechutenství a poruchy spánku
- Deprese mladších školáků – porucha interpersonální komunikace, nejčastější jsou psychosomatické příznaky a střídání agrese a útlumu, neschopnost soustředění, únava, podráždĚnost – „hodné“ dítě
- Deprese starších školáků – „zvláštní smutek“, neschopnost mít úspěch a uchopit šanci, performační anxieta- ze zkoušení, z předvedení výkonu, somatizace, „divné“ nesrozumitelné zlobení bez kontextu odpovídajícího, motorická inhibice střídavě s agitovaností, agresivitou až disociální aktivitou. Regrese, porucha sebehodnocení, riziko TS
- Deprese u adolescentů – ztráta zájmů a komunikace, rychlé střídání apatie a lhostejnosti s mnohomluvností a překotným navazováním nových kontaktů bez adekvátní citové vazby, sociální izolace, zvýšená spavost, změna hmotnosti, únava, selhávání ve škole, beznaděj, vitální smutek, zoufalství, předráždĚnost, riskantní chování, nadměrná konzumace alkoholu a drog, pocity viny vůči své nedostatečnosti i skrze své rodiče, vysoké riziko TS



evropský
sociální
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Úzkostné poruchy

- Panická úzkostná porucha – opakované krátké ataky masivní úzkosti, vznik nepredikovatelný, vegetativní doprovod
- Generalizovaná úzkostná porucha – adolescence, porovnávání se s vrstevníky, pocity méněcennosti, hledání pozice v kolektivu – vliv výchovy
- Fobie – agorafobie, sociální a specifická
- Obsedantně-kompulzivní porucha
- Disociativní poruchy
- Somatoformní poruchy – hypochondrická, somatizační
- Poruchy přizpůsobení

Úzkostné poruchy se začátkem specifickým pro dětství

- Fobická úzkostná porucha v dětství – předškolní věk, nepřiměřeně silná reakce, dlouho trvajících, vyhubavé chování, snižující adaptaci dítěte
- Sociální úzkostná porucha – strach z cizích lidí, vznik před 6. rokem, může dojít k elektivnímu mutismu či sociální fobii
- Úzkostné poruchy – 4
- Separáčnická úzkostná porucha v dětství
- Školní fobie
- Elektivní mutismus
- Častá spojitost s vystupňovanou úzkostí matky, tzv. „uzavřené rodiny“, tlak na úspěch, strach z vl.selhání, perfekcionismus
- Terapeutický efekt hospitalizace

PAS

- Narušení komunikačních schopností, sociální interakce a orientace
- DG stanovuje dětský psychiatr (legislativa)
- Nutná dif.dg. – NMR, genetické vyšetření, vyšetření metabolických vad
- Kvalitní psychologické vyšetření – ADI-R

Vývojová dysfázie

- Důležitá je dobře provedená diferenciatní diagnostika



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

- Často kombinace s poruchou motoriky – hrubé, jemné, poruchou rovnováhy, LMR
- Psycholog, psychiatr, neurolog, ORL, oční vyš.
- Vedení kvalitním klinickým logopedem
- Na rozdíl od PAS zájem o sociální kontakt, bohatá mimika a neverbální komunikace

Psychotické poruchy

- Schizofrenie v dětství
- Bipolární afektivní porucha (maniodepresivní psychosa)
- Pozitivní rodinná anamnéza
- Riziko provokace nasazením antidepresiv

Enuresa, enkopresa

- Primární a sekundární
- Komplexní přístup a posouzení problematiky
- Nepodceňovat dopady na psychický vývoj dětí
- Metoda pozitivní motivace a oceňování

Poruchy spánku – dyssomnie

poruchy množství, kvality či časování spánku

- Obstruktivní spánkový apnoický syndrom (pokles saturace, častá probouzení, zpomalení růstu...)
- Narkolepsie – chronická celoživotní porucha vpádů 20-40 min REM epizod do bdění
- Protodyssomnie – špatné usínání a udržení spánku (25-50% 1-3 letých dětí)
- Porucha cirkadiálního spánkového rytmu – typické pro adolescenty, porucha biologického vnitřního časování

Poruchy spánku – parasomnie

do probíhajícího spánku vstupuje motorická a vegetativní aktivace CNS (behaviorální projevy)

- Noční děsy – 3% dětí ve věku 1,5-6 let, 1-2 h od usnutí úzkostné probuzení, křik, tachykardie, zrychl. dýchání, opocené, obtížně probuditelné, zmatené, s ranní retrográdní amnézií
- Somnambulismus



evropský
sociální
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

- Noční můry – REM parasomnie – později v noci úzkostné sny, bez amnézie či dezorientace, psychotraumatizující okolnosti
- Bruxismus – 10.-20. rok, stomatolog, emoční napětí, (fyziologicky u kojenců v době vývoje dentice)

Poruchy příjmu potravy – 1

- Mentální anorexie, bulimie
- Psychogenní přejídání
- Zvracení spojené s jinými psych. poruchami
- Pokles věkové hranice, kdy porucha propuká
- Zásadní podmínkou pro terapii je získat ke spolupráci rodiče
- Psychoterapie, farmakoterapie

Poruchy příjmu potravy – 2

- Specifické PPP v útlém a dětském věku – ruminace, pika
- Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu – oproti MA není nepřiměřené vnímání vlastního těla, ani nadměrný zájem o postavu, časté bolesti břicha po jídle, strach, že jim bude špatně, že se budou dusit, že se nakazí špatným jídlem...
- Syndrom vybíravosti v jídlu (chlapci 8-12 let)
- Syndrom pervazivního odmítání (dívky 8-14 let) - odmítání jídla, pití, mluvení, chůze a péče o sebe? Trauma

Bc. Michaela Štollová:

Blázníš, no a?

(preventivně psychoedukační program určený pro ohroženou cílovou skupinu dospívajících, dále pro výchovné poradce a psychology a pedagogy ze středních škol)

Michaela Štollová hovořila o Blázníš? No a! (dále jen BNA). BNA je pilotním programem, který se v našem kraji v současné době teprve rozjíždí. Jedná se o preventivně psychoedukační program určený pro ohroženou cílovou skupinu dospívajících, nicméně mohl by být i podpůrným materiálem pro výchovné poradce, psychology a pedagogy ze středních škol.



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Primárně je program BNA zaměřena na podporu duševního zdraví na středních školách, konkrétně pro mladé lidi ve věku od 15 do 25 let, neboť právě tato věková skupina je jednou z nejrizikovějších ve vztahu k možnosti onemocnět psychickou chorobou.

Cílem programu je seznámit mládež s problematikou duševního onemocnění a preventivně působit na vznik duševních onemocnění u dospívajících a to pomocí interaktivního zážitkového workshopu. Zároveň by program BNA měl dopomoci probudit porozumění k lidem trpícím duševním onemocněním.

Tématem projektu BNA je otevřený dialog studentů s moderátory a „experty ve vlastní věci“ (lidmi s vlastní zkušeností s duševním onemocněním). Tématy diskuse jsou psychiatrická krize a štěstí, vlastní životní zkušenosti studentů, začátek a průběh onemocnění a jeho následná léčba.

Průběh programu BNA - BNA je realizován přímo ve školách a trvá jeden školní den. Není třeba žádných speciálních vybavení, postačí pouze jedna třída a možnost sezení v kruhu. Studenty navštíví jeden až dva moderátoři (odborníci z oblasti péče o duševní zdraví), a jeden až dva „experti ve vlastní zkušenosti“. Program trvá cca šest hodin a je rozdělen do třech ucelených bloků.

V první fázi probíhá vzájemné představování zúčastněných a studentům je představen program BNA a jeho zaměření a harmonogram dne. Poté moderátoři studenty seznamují s problematikou duševního onemocnění. Celkově je diskuse zaměřena na zcitlivění problematiku duševního zdraví a nemoci, přičemž vše probíhá bez jakékoli formy hodnocení. Formou diskuse jsou hledány stereotypní názory a pracuje se stigmatizujícím jazykem.

Ve druhé fázi se pracuje s obecnými tématy krize a štěstí a s vlastními zkušenostmi studentů. Interaktivní a kreativní formou se studenti dozvídají o duševní nemoci a seznamují se životem duševně nemocného člověka tak říkajíc na „vlastní kůži“ (jsou jim zadány různé úkoly týkající se problematiky duševního onemocnění). Cílem této fáze je uvědomit si, že psychická nebo životní krize je tématem, které se dotýká studentů osobně a tudíž všech lidí.

Třetí fáze je fází závěrečnou. Jejím jádrem je přímé setkání studentů s lidmi, kteří mají zkušenost s duševní poruchou. V této fázi je studentům přednesen příběh samotného „experta“, který otevřeně vypráví o svých zkušenostech. Poté je studentům dán prostor pro položení případných otázek na téma duševního onemocnění a jeho léčby. Cílem je odbourání strachu a předsudků, vůči duševně nemocným lidem.

Cílem celého setkání není předání maxima přesných informací o duševní nemoci, ale zažít „normálnost“ u člověka označeného jako duševně nemocného a potvrdit naději, že s duševním onemocněním se dá celkem spokojeně žít nebo se vyléčit.

Proč BNA do škol? Co je jeho přínosem?

BNA je prvním uceleným preventivně a destigmatizačně zaměřeným projektem v ČR, který přináší do škol něco nového a tím je problematika duševního onemocnění. Z vlastních zkušeností je patrné, že školský den s programem BNA je pro studenty silným a obohacujícím zážitkem.

Důležitým faktem je, že psychické onemocnění není vzácné a týká se nás všech. Duševní poruchy mohou postihnout každého člověka – děti, mladé lidi a stejně tak i dospělé. Dle Světové zdravotnické organizace každý čtvrtý člověk (což představuje cca 25% populace) zažije jednu ve svém životě psychickou krizi nebo onemocnění, jež vyžaduje psychickou pomoc.

Hlavním přínosem programu je především osobní setkání s někým, kdo si duševním onemocněním prošel a možnost s ním debatovat o jeho zkušenostech. Studenti tak získají ucelené informace o řešení duševní krize a nemoci, co dělat v krizi a kam se obrátit. Program BNA by měl také napomoci v mezilidských vztazích uplatňovat otevřenost, pochopení a toleranci, prolomit strach z kontaktu s člověkem s duševním onemocněním nebo strach z možnosti vlastního psychického onemocnění, eliminovat diskriminaci a vyčleňování lidí s duševním onemocněním a vyvrátit zkreslené představy o lidech trpících duševní poruchou, jež jsou navíc v současné době umocňovány nepřesnými zprávami v médiích. Program BNA by měl ukázat, že člověk s duševním onemocněním je schopen být rovnocenným členem společnosti a že s duševním onemocněním se dá žít relativně spokojený život. Program BNA by měl pomoci nestigmatizovat duševní potíže, ale naučit se je pozitivně modelovat a podpořit tolerantní a zdravé klima nejen ve třídě, ale celé naší společnosti, protože především neinformovanost a předsudky jsou hlavní příčinou toho, proč lidé nevyhledávají včas odbornou pomoc. A právě školy jsou jediná zařízení, která nabízejí možnost jak uceleně oslovit mladé lidi a ukázat jim jaký je „opravdový život“ s duševní chorobou.

Záznam z diskuze - příspěvky:

Požadavek ze školy živnostenské na program Blázníš! No a?

Mgr. Barbora Wenigová, psycholog: Jak poznat člověka, který se dostává do depresivního a psychotického stavu, jak s ním komunikovat a kam ho odeslat?

MUDr. Petr Příhoda: Psychotický stav – vážne komunikace, izoluje se, často drogové zkušenosti a parta

Mají SŠ psychologa?

Snaha zachytit – péče psychologa často přijatelnější

MUDr. Blanka Stefanovičová: Deprese – zvýšení počtu absencí – po návratu strach, podceňování, menší soustředění – raději opět zůstávají doma.

Zůstávají stranou kolektivu.

Důležitá pomoc rodičů – děti samy k odborníkovi nepůjdou.

Základní školy: Volají po zařízení – krizová intervence – kam dítě odeslat. Bude se něco dít – nová zařízení v kraji? Děti, které by pomoc potřebovaly, přibývá. Učitelé potřebují pomoc a neví, kam se obracet.

Mgr. Barbora Wenigová, psycholog: Problém – oddělení sociální oblasti a školství – potřeba přesvědčit o spolupráci – zapojení také zdravotnictví – posun – kraj spolupráci přijal – i když je třeba používat odlišný jazyk. V sociální oblasti – nové služby a sítě. Ve zdravotnictví snaha vtahovat pojišťovny do spolupráce. Chybí stížnosti – podle pojišťovny je situace v pořádku.

ZŠ Kynšperk: ADHD². Za jak dlouho je vidět vliv medikamentů?

MUDr. Blanka Stefanovičová: 2 typy léků – retalin, stratera – v prvním případě efekt okamžitý (funguje jen 2-3 hodiny), ve druhém případě nástup účinku 6 týdnů, pokud další potíže – poruchy chování – efekt zhruba do týdne

Otázka – deprese – statistiky ohledně dalšího průběhu v dospělosti – statistiky?

MUDr. Blanka Stefanovičová: Zpravidla v anamnéze – v rodině už bývá. Ale nemusí být na celý život. Může souviset s aktuálními krizovými situacemi. Ale může se opakovat. Nikdo nedokáže předvídat.

Dotaz za střední školy: Žák s potížemi – už dospělý. Pravděpodobně někam chodí, ale učitelé od lékaře informace nemají. Jak mu pomoci?

MUDr. Blanka Stefanovičová: Navázat s ním kontakt a požádat o svolení ke komunikaci s rodiči.

Dotaz za střední školy: Vyloučit žáka – nebo mu pomoci?

Mgr. Barbora Wenigová, psycholog: Člověk pravděpodobně nemá na svůj problém náhled. Zkusit vyvinout tlak – vyloučení. Možná pomůže ke spolupráci. Nabízet neustále spolupráci a dialog. Nechat otevřenou možnost. Možná využije.

Zapsala: Bc. Barbora Holá

² **ADHD** (zkratka anglického „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ – **hyperkinetická porucha (HKP)**, *Porucha pozornosti s Hyperaktivitou* patří mezi neurovývojové poruchy. Tato porucha se projevuje již od raného dětství, nejvíce však ve školním věku, kdy postihuje 3–7 % dětí. Ve 40–50 % případů přetrvává do dospělosti a vyskytuje se u 4–5 % dospělých. Spíše než hyperaktivita se v tomto období objevují pocity vnitřního neklidu, převládá impulzivita a poruchy pozornosti.