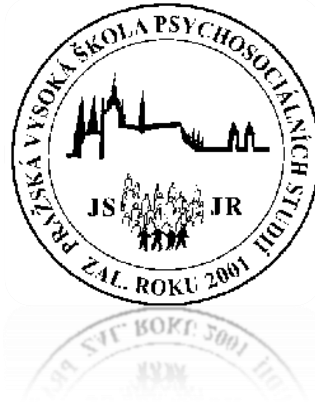




**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Diplomová práce**

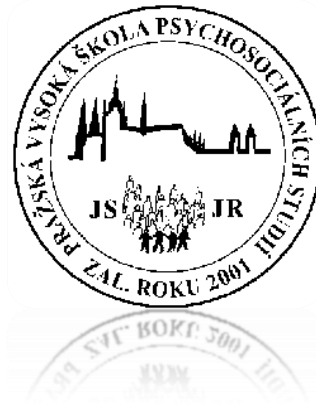
**Důvody rehospitalizace pacientů z dětského oddělení  
psychiatrické nemocnice**

Bc. Dita Hotiová

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Praha 2020

**Praque College of Psychosocial Studies**



**Diploma thesis**

**Reasons for rehospitalization of patients from  
children's department of psychiatric hospital**

Bc. Dita Hotiová

The diploma thesis work supervisor: Mgr. Ing. Eva Dubovská,  
Ph.D.

Prague 2020

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne.....

Podpis.....

## **Anotace**

Předmětem práce je téma dětské a dorostové psychiatrie. Výzkum je zaměřen na psychiatrickou hospitalizaci dětí a adolescentů a důvody rehospitalizace. Teoretické ukotvení obsahuje popis adolescence jako vývojového období, které v sobě nese úkoly a krize. Dále mapuje funkci rodiny a její rizikové faktory během dětství a adolescence. Do teorie je zahrnuta dorostová psychopatologie, která se nejčastěji objevuje u psychiatricky hospitalizovaných dětí a adolescentů. Poskytuje nahlédnutí do psychiatrické hospitalizace, její pozitiva, negativa a momentální situaci v České republice na poli psychiatrie a psychologie. Poslední kapitola je věnována psychoterapii s adolescenty a jejím specifickým. Výzkumná část je složena z tematické analýzy rozhovorů se čtyřmi odborníky z dětského oddělení psychiatrické nemocnice a je doplněna o kvantitativní část, která poskytuje přehled o četnosti hospitalizací a rehospitalizací za poslední tři roky na daném oddělení a snaží se zmapovat souvislosti mezi rehospitalizací, pohlavím, věkem a diagnózou. Výsledky práce poukazují na velký vliv vnějšího prostředí a špatné oborové situace na rehospitalizaci u dětí a adolescentů. Výsledkům práce se autorka podrobněji věnuje v závěru a diskuzi.

## **Abstract**

The subject of the thesis is the topic of child and adolescent psychiatry. The research is focused on the psychiatric hospitalization of children and adolescents and the reasons for their rehospitalization. The theoretical part contains a description of adolescence as a developmental period, which carries its own tasks and crises. It also maps the function of the family and its risk factors during childhood and adolescence. The theory includes adolescent psychopathology, which most often occurs in psychiatric hospitalized children and adolescents and provides insight into psychiatric hospitalization, its positives, negatives and the current situation in the Czech Republic in the field of psychiatry and psychology. The last chapter is devoted to psychotherapy with adolescents and its specifics. The research part consists of a thematic analysis of interviews with four experts from the children's ward of a psychiatric hospital and is supplemented by a quantitative part, which provides an overview of the frequency of hospitalizations and rehospitalizations in the last three years in a given department and tries to map the links between rehospitalization, gender, age and diagnosis. The results of the work point out the great influence of the external environment and poor professional situation on rehospitalization in children and adolescents. The author deals with the results of the work in more detail in the conclusion and discussions

## **Poděkování**

Především bych chtěla poděkovat panu primáři dětského oddělení za poskytnutí možnosti provést výzkum na jeho oddělení, za veškeré konzultace a také za prostor, který mně, jakožto studentce poskytl. Dále děkuji všem čtyřem respondentům za ochotu poskytnout rozhovor a věnovat mi čas. Velké díky patří vedoucí mé práce, paní Mgr. Ing. Evě Dubovské, PhD., která mi pomohla uchopit téma mé diplomové práce a byla mi profesionální oporou.

# OBSAH

Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 VÝVOJOVÁ STÁDIA A KRIZE.....	13
1.1 Období adolescence.....	13
1.2 Vývojová stádia dle Erika H. Eriksona.....	15
1.3 Identita a adolescentní krize.....	16
2 ADOLESCENCE A RODINA.....	18
2.1 Funkce rodiny během adolescence.....	18
2.2 Citová vazba během adolescence.....	18
2.3 Rizikové chování adolescenta v souvislosti s rodinou.....	20
2.4 Osobnost rodiče a výchova.....	22
2.5 Dopad rozvodu na dítě.....	22
3 DOROSTOVÁ PSYCHOPATOLOGIE.....	24
3.1 Příčiny vzniku duševních poruch.....	24
3.2 Poruchy vývoje.....	25
3.3 Poruchy týkající se hospitalizovaných dětí.....	25
4 PROBLEMATIKA DĚTSKÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	33
4.1 Problematika stigmatizace.....	34
4.2 Psychiatrická a psychologická péče o děti a adolescenty v ČR v číslech.....	36
5 SPECIFIKA PSYCHOTERAPIE S ADOLESCENTY.....	39
5.1 Práce s rodinou.....	41
5.1.1 Přístup „opravte nám dítě“.....	41
5.1.2 Pojetí rodiny a její terapie metaforou.....	42
5.1.3 Attachment - based family therapy (ABFT).....	43



VÝZKUMNÁ ČÁST .....	45
6 VLASTNÍ REFLEXE A CÍL VÝZKUMU.....	45
6.1 Reflexe vlastní zkušenosti se zkoumanou problematikou.....	45
6.2 Cíl výzkumu .....	46
7 SMÍŠENÝ VÝZKUM.....	47
8 KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMU.....	47
8.1 Výzkumná otázka.....	47
8.2 Použitá metoda .....	47
8.3 Výběr respondentů .....	49
8.4 Získávání dat .....	50
8.5 Analýza jednotlivých rozhovorů .....	51
8.5.1 PRIMÁŘ.....	51
8.5.2 STANIČNÍ SESTRA .....	55
8.5.3 PSYCHOLOŽKA.....	58
8.5.4 SOCIÁLNÍ PRACOVNICE.....	64
8.6 Společná témata.....	67
9 DOPLŇUJÍCÍ KVANTITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMU.....	71
9.1 Sběr dat.....	71
9.2 Výzkumné otázky.....	71
9.2 Přehled diagnóz .....	72
9.3 Shrnutí výsledků.....	73
Diskuze.....	79
Závěr.....	83
Seznam literatury a dalších citovaných zdrojů.....	85
Příloha 1 - Informovaný souhlas .....	95
Příloha 2 – Rozhovor s primářem.....	96
Příloha 3 – Rozhovor se staniční sestrou.....	97

Příloha 4 – Rozhovor s psycholožkou.....	98
Příloha 5 – Rozhovor se sociální pracovnící.....	99

## ÚVOD

Diplomová práce navazuje na bakalářskou práci na téma Prožívání psychiatrické hospitalizace u pacientů dětského oddělení. Výzkumná část bakalářské práce obsahovala interpretativní fenomenologickou analýzu rozhovorů s adolescenty, kteří byli tou dobou hospitalizováni na dětském oddělení. Samotné výsledky analýzy nebyly tím hlavním motivem pro další výzkum. Motivem byl fakt, že u tří ze čtyř respondentů během pěti měsíců po sběru dat došlo k jedné až dvěma rehospitalizacím. Vysoké riziko rehospitalizace bylo tématem diskuze bakalářské práce a byl kladen důraz na závažnost této situace, konkrétně tedy na nedostatek služeb následné péče, které by zabezpečily dítě po propuštění z hospitalizace.

Motivací pro tento výzkum bylo především to, že právě téma psychiatrické hospitalizace, rehospitalizace a nedostatku služeb pro tuto věkovou skupinu, se stal palčivým tématem pro autorku práce. Od ukončení bakalářského studia se autorka zabývá přípravou projektu následné služby pro adolescenty ve formě skupinové terapie, tento projekt se momentálně nachází ve fázi pilotu. Pro vytvoření kvalitní služby je potřeba zmapovat důvody pro rehospitalizaci, abychom věděli, jak by následná péče měla vypadat. Zároveň je pro vytváření takových služeb podstatné, doložit je o fakta, tedy získat skrz výzkum data, která dokáží fakticky interpretovat problematiku rehospitalizace. Dalším důvodem je již několik let trvající personální krize, která se týká dětské a dorostové psychiatrie/psychologie, a je důležité o tomto tématu mluvit, věnovat se mu a zkoumat ho, abychom jakožto odborníci mohli zasáhnout a snažit se vytvořit lepší platformu péče. Cílem této práce je tedy zmapovat důvody psychiatrické rehospitalizace u dětí a adolescentů. Zjistit, jak na tuto problematiku nahlíží odborníci, jak často k rehospitalizaci dochází, a jak s tím souvisejí demografické údaje jako je věk, pohlaví a diagnóza.

Teoretická část práce obsahuje všechny kapitoly bakalářské práce a rozšiřuje je o několik podkapitol a jednu hlavní kapitolu, které byly doplněny pro teoretické ukotvení výsledků výzkumné části. Teoretická část byla rozšířena o podkapitolu Rizikové chování adolescenta v souvislosti s rodinou, Osobnost rodiče a výchova, Dopad rozvodu na dítě (kapitola Adolescence a rodina), dále o podkapitolu Agrese (kapitola Dorostová psychopatologie), o podkapitolu Psychiatrická a psychologická péče o děti a adolescenty v číslech (kapitola Psychiatrická hospitalizace) a na závěr o kapitulu Psychoterapie s adolescenty. Teoretická část tedy dohromady tvoří teoretický přehled o

adolescenci jako vývojovém stádiu, o aspektu rodiny v tomto období a její případné rizikové faktory, o nejčastější psychopatologii, která se vyskytuje u hospitalizovaných dětí a adolescentů, o problematice psychiatrické hospitalizace, obecně o situaci dětské a dorostové psychiatrie/psychologie, a o vybraných specifických při terapeutické práci s adolescenty.

Výzkumná část obsahuje tematickou analýzu rozhovorů se čtyřmi odborníky, kteří denně přicházejí do kontaktu s dětmi a adolescenty na dětském oddělení psychiatrické nemocnice. Jejich následná společná analýza odpovídá na výzkumnou otázku, jaké jsou důvody rehospitalizace. Tato kvalitativní část je doplněna o kvantitativní část, která poskytuje informace o četnosti hospitalizací a rehospitalizací na dětském oddělení psychiatrické nemocnice za rok 2017, 2018 a 2019. Dále poskytuje odpovědi na výzkumné otázky, jaké demografické údaje souvisí s rehospitalizací, tedy věk, pohlaví a diagnóza. Poskytuje nám faktický přehled o hospitalizacích, který doplňuje kvalitativní část, která je vytvořena z názorů odborníků. Spolu dohromady tvoří širokospektrou odpověď na otázku této diplomové práce, jaké jsou důvody rehospitalizace pacientů z dětského oddělení psychiatrické nemocnice.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VÝVOJOVÁ STÁDIA A KRIZE

### 1.1 Období adolescence

Adolescenci chápeme jako období mezi dětstvím a dospělostí, které doprovází fyzické změny a výrazný intrapsychický vývoj. Změny probíhající v tomto období jsou ovlivněny mnoha faktory a jejich konečné působení určuje, zda bude výsledek pozitivní či naopak. Období adolescence vnímají jako náročné a problémové spíše rodiče, než samotní adolescenti.

Pro adolescenty jsou ústředními tématy vztahy s vrstevníky, vlastní a skupinová identita, vymezování vůči dospělým, filosofování nad životem a experimentování se vztahy. Každé jednotlivá oblast je důležitá pro získání zcela nové zkušenosti, skrze kterou dochází k dalšímu vývoji. Primárním úkolem adolescence je dosažení vlastní identity, dosažení autonomie a nezávislosti.

Provokativní chování vůči rodičům, testování hranic, kritika ale také pochvaly a ocenění, to vše je přítomno ve vztahu k rodiči v adolescentním věku. V období adolescence je pro každé dítě postava rodiče velmi důležitá a zásadní. Je to jeho primární zdroj autority, někdo kdo mu pomáhá nastavit hranice, zároveň ho podporuje při důležitém rozhodování ohledně jeho budoucnosti. Adolescentní negativismus je namířen proti nejbližším autoritám, jako je právě rodič nebo učitel. Adolescent si zcela uvědomuje svoji závislost na rodiči a tak bojuje za své vymezení se a získání vlastní autonomie. Nejen adolescenti se v tomto období učí novým hranicím, ale i samotní rodiče, kteří by v tomto stádiu měli přejít z výchovného stylu spíše k podporujícímu. Měli by se vyvarovat přílišnému monitorování dítěte a respektovat jeho prostor. Během dospívání se vztah mezi rodičem a dítětem musí zákonitě změnit. „*Emoční vztah se přeměňuje v reciproční vztah vzájemné podpory, respektu a spolupráce.*“ (Thorová, 2015, s. 416). Aby se obě strany mohly ve vývoji posunout, je nutné, aby spolu intenzivně komunikovali (Thorová, 2015).

Americká psychologička Ruthellen Josselsonová, která se věnovala vývoji identity, popsala čtyři stádia procesu individuace:

1. fáze diferenciacie (12-13 let): Adolescent si uvědomuje, že se svými názory a

postoji odlišuje od rodičů, vrstevníků. Je zvýšeně kritický vůči okolí, zejména vůči dospělým.

2. fáze získávání zkušeností a experimentování (14-15 let): Dospívající se snaží sám přijít na to, co je pro něj nejlepší, má pocit, že vše ví nejlépe, vyhraňuje se proti autoritě a snaží se dosáhnout autonomie. Je zaměřen na blízkou budoucnost a okamžité uspokojování potřeb.
3. fáze sblížení s přáteli (16-17 let): Zlepšují se vztahy s rodiči, kritické postoje přestávají být tolik vyhraněné. Na významu nabývají přátelské a erotické vztahy. Dospívající se chová zodpovědněji vůči rodině a vůči přátelům.
4. Konsolidace vztahu k sobě (18 let – konec dospívání): Ustálení a upevnění názorů vztažených k vlastní osobě, k okolnímu světu a k budoucnosti. Formuje se pocit autonomie a jedinečnosti (Thorová, 2015, s. 420).

Adolescence je obdobím, kdy se jedinec věnuje více než kdy jindy introspekci. Zabývá se přemýšlením o sobě samém, o svém chování, pocitech a svému směřování. Je důležité, aby se naučil přijímat sám sebe takového, jaký je, aby se naučil respektovat nejen své kladné stránky, ale především ty záporné. Adolescent se snaží vyhledávat komunitu, do které zapadne a bude přijímán. Je pro něj důležité přijetí a uznání vrstevníků, v tomto období jsou jedinci vysoce citliví na kritiku od druhých, podle které se následně snaží své chování usměrňovat.

Vztahy v adolescenci jsou velmi intenzivní a hluboké, adolescenti se navzájem podporují, protože se nacházejí na zcela nové půdě mezi dětstvím a dospělostí. Mohou mít pocit, že stojí sami proti zbytku světa. Je zde tedy důležitá jistá skupinová identita, která má vnitřní pravidla, způsob chování, specifický jazyk a především nějaké směřování, filosofii či názory. Pro adolescenty je snazší nejdříve získat identitu skupinovou, než tu vlastní (Thorová, 2015).

Jedním z hlavních znaků adolescentního období je výrazná emotivita, emoční labilita a tudíž zvýšená náchylnost k psychopatologii. Adolescenti jsou také více nakloněni k riskantnímu a zkratkovitému chování za cenu sociálního obdivu. Je to období velmi výživné, náročné a pro mnoho jedinců rozhodující. Jsou jedinci, kteří mají velmi bouřlivou pubertu, ale není to pravidlem. Spoustu adolescentů projde pubertou bez výrazných či dramatických výkyvů.

Hlavním faktorem, který negativně ovlivňuje vývoj adolescenta je nedostatečný zájem a komunikace ze strany rodičů a vliv vrstevníků s patologickými prvky chování (Ary et al. in Thorová, 2015).

## 1.2 Vývojová stádia dle Erika H. Eriksona

Vývojový psycholog Erik H. Erikson, rozpracoval celkem osm stádií vývoje, od narození až po smrt. Jednotlivá stádia jsou popisována jako psychologické krize, které obsahují prvky růstu, ale také ohrožení. K růstu dochází, když se jedinci podaří konflikt vyřešit. Následně tak získá novou sílu, kterou Erikson nazval „ctností“. Pokud se jedinci nepodaří vyřešit konflikt, jeho ego slábne a neposouvá se na další vývojový stupeň. Byly vybrány dvě stádia, která se týkají cílové věkové skupiny, na kterou je práce zaměřena, jedná se o čtvrté a páté stádium, které se týkají dětí od školního věku až po dospívání.

### 4. Snaživost X Méněcennost, ctnost – kompetence

Čtvrté stádium se týká školního věku. Pro dítě je to přechod od hry k produktivním činnostem, začíná chodit do školy a poprvé se setkává s hodnocením od druhých, s poměřováním sil a schopností se svými vrstevníky. Nový pocit, který se tu objevuje, je méněcennost, která nastává i při činnosti, která není úměrná věku dítěte. Erikson popisuje, že méněcennosti zde může mít velmi fatální následek a to ve smyslu extrémní soutěživosti nebo může vést naopak k regresi (Erikson, 2015).

*„Trvalé neúspěchy mohou však vést k tomu, že pocit méněcennosti převáží, dítě kapituluje, stává se outsiderem a ztrácí důležitou složku životní perspektivy.“* (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 50). K takovému průběhu mohou přispět odchylky, jako jsou například specifické poruchy učení, LDM, ADHD, školní fobie (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Ctností je zde kompetence, která je důležitá pro přiměřené kladení nároků na sebe sama.

### 5. Identita X Zmatení rolí, ctnost – věrnost

Od rané adolescence až do 20. roku. *„V žádném jiném stádiu životního cyklu...nejsou si tak těsně blízké příslib objevení sebe samého a hrozba ztráty sebe samého“* (Erikson in Drapela, 2011).

Stadium, ve kterém se spojují veškeré předchozí představy člověka o sobě samém, získává důvěru v to, že jeho náhled na sebe sama je totožný s tím, jak jej vnímají druzí. Získanou vlastnost věrnost, chápeme jako oddanost vlastní životní filosofii či stylu (Drapela, 2011). Tento proces je pro jedince velmi náročný ve smyslu, že jedinec již není dítětem, ztrácí identitu, na kterou byl zvyklý, zároveň ale nemá vytvořenou identitu novou. Zmatení rolí je nezbytně nutné k tomu, aby nějaká role vůbec mohla být zvolena, protože právě až odmítání různých rolí může definovat naši vlastní identitu. Nicméně opět je důležité zdůraznit, že extrémní dlouhodobé zmatení rolí může dozrát až do podoby psychické poruchy.

### **1.3 Identita a adolescentní krize**

Jak je již zmíněno v předešlé kapitole, pro adolescenty je největším vývojovým úkolem dosažení vlastní identity. Vytvoření vlastní identity není pouze záležitostí v období adolescence, je to celoživotní úkol sebepoznávání, nicméně pro adolescenci je to úkol klíčový. Hlavní charakteristika dospělé identity je schopnost vnímat provázanost minulosti a budoucnosti našeho života, dokázat propojit zkušenosti z minulosti s představami o budoucnosti (Macek in Sobotková a kol., 2014).

Pokud neproběhne proces vytvoření identity úspěšně, může vzniknout tzv. difúzní identita, kdy jedinec vědomě či nevědomě odmítá vymezení sebe sama od ostatních. James E. Marcia, vývojový psycholog, rozvinul teorii E. Eriksona o čtyři možné stavy identity, ve kterých se adolescent může nacházet. Klíčovými pojmy je zde hledání a závazek. Během hledání jedinec tápe a rozhoduje se o své budoucnosti, v bodě závazku přichází čas rozhodování, kdy jedinec přijímá určitý závazek a volí svou cestu. Autor popisuje kombinace mezi hledáním a závazkem, kdy popisuje možné stavy identity:

- 1) difúzní - jedinec se nachází ve stádiu zmatení rolí, které popsal už E. Erikson. Je lehce ovlivnitelný, nestabilní, mění názory i postoje
- 2) předčasné uzavření - dospívající přebral závazek, který si sám nevytvořil pomocí hledání. Obvykle to jsou závazky přejeté od rodičů či jiné autority. Dostává se tím do stádia předčasně uzavřené identity



- 3) moratorium - dotyčný je nejistý ohledně svého hledání a závazků, vzdává se zodpovědnosti, oddaluje dospělost, ponechává si možnosti a různé alternativy
- 4) dosažení identity - jedinec prošel krizí hledání a zkoušení, přijmul závazek v daném směru a získává identitu

tento celý proces nemá jasná pravidla, co se pořadí týče, navíc se jedinec může nacházet v různých aspektech života v několika stádiích zároveň. Marcia tvrdí, že neexistuje správné pořadí, nutné ale je, aby stádium moratoria předcházel stavu dosažení identity (Identita jako klíčový aspekt dospívání, n. d.).

K adolescentní krizi může tedy dojít na základě zmatení rolí, kdy jedinec střídá sociální skupiny, ve kterých se vyskytuje. Vzhledem k nejistotě sebou samým, je lehce manipulován silnějšími a výraznějšími jedinci. Dle Rabocha a Pavlovského (2012) přibližně jedna třetina adolescentů prochází adolescentní krizí. Autoři také zmiňují, že někteří adolescenti jsou v období hledání vlastní role a vytváření identity zmateni a mohou se ztotožnit s tzv. negativní identitou, která neuznává obecně platné hodnoty ve společnosti, ale také v užším rodinném kruhu. Projevují se negativismem, odmítáním, agresivním chováním vůči druhým či vandalismem. U dívek v takových skupinách může docházet k promiskuitnímu chování, obecně bývá přítomné také experimentování s návykovými látkami, útěky z domova, krádeže, záškoláctví (Raboch, Pavlovský, 2012).

Olga Rubtsova provedla výzkum na téma adolescentní krize a problém s identitou (Moskva, přibližně sto respondentů). Výsledkem studie je, že 39% adolescentů ve věku 15-16 let trpí konfliktem mezi tendencí k závislosti a tendencí k nezávislosti, jinými slovy konflikt mezi sociálním očekáváním a vlastním přesvědčením/autentickým chováním. Studie potvrdila, že tento konflikt je spojen s dospíváním a výběr strategie chování představuje jeden z klíčových úkolů dospívání (Rubtsova, 2012).

## 2 ADOLESCENCE A RODINA

### 2.1 Funkce rodiny během adolescence

Rodina je v období adolescence klíčová pro zdravý vývoj jedince. Adolescent potřebuje bezpečí, zájem a respekt ze strany rodičů. Domov či rodina, má představovat bezpečné útočiště, které má adolescent i přes svůj možný odmítavý přístup kdykoliv k dispozici. Adolescent poprvé v životě navazuje hlubší vztahy ve svém okolí, jak přátelské tak partnerské. Tyto vztahy mohou být velmi křehké a nestabilní, proto je důležité, aby v tomto nejasném a matoucím období měl adolescent domov, který je pro něj jistotou.

V adolescenci tedy nově dochází k naplňování citových potřeb vrstevníky místo rodinou, je to důležité z hlediska dosažení vlastní autonomie, odtržení se od závislosti na rodině. Navazování citové vazby v adolescentním věku nám může připomínat snahy o vazbu u kojenců, kdy také zkoumají své prostředí a chtějí se odpoutat od matky, nicméně pouze do doby, kdy se nedostane negativně stresující situace. V období adolescence se většina jedinců obrací v době extrémní zátěže na rodiče (Steinberg et al., 1992).

Není tomu tak vždy, v opačném případě se adolescent pokouší dojít k samostatnosti a nezávislosti tím, že se rodičům vyhýbá a to právě především v zátěžových situacích, ve kterých pociťuje nepříjemné emoce (Allen a Land, 1999).

### 2.2 Citová vazba během adolescence

Marry Ainsworth rozvinula teorii citové vazby, ve které se zaměřovala na citové přilnutí k primární pečující osobě, stanovila čtyři typy vazeb. Ideální a žádoucí vazbou je ta **bezpečná**, kdy matka reaguje na potřeby dítěte a citlivě o něj pečuje. **Vyhýbavou**, která je způsobena odmítající matkou. **Úzkostné ambivalentní**, která vzniká na základně matčiných nekonzistentních a nepředvídatelných reakcí vůči dítěti. A poslední, **dezorientovaná vazba**, kdy primární pečující osoba představuje zároveň bezpečí i nebezpečí, například při týrání (Teorie citové vazby, n.d.).

„Zkušenosti s uspokojením a útechou citlivé matky, resp. s odmítnutím či nevšímavou reakcí primární osoby, si dítě zvnitřňuje a utváří si specifické představy a očekávání o podpoře primární osoby. Ty se integrují do systému citové vazby (také takzvaný vnitřní pracovní model citové vazby).“ (Bowlby, 1973, cit. Dle Štefánková, 2005, s. 436 in Hammondová, 2008)

Vazebné chování se projevuje hlavně v souvislosti se zátěžovými situacemi, stresu či při pociťování ohrožení. U dětí se projevuje pláčem, potřebou mazlení apod., u adolescentů je to potřeba po kontaktu, komunikaci, klidu a ochrany se záměrem snížit úzkost (Štimplová, 2013). Potvrdilo se, že u adolescentů, kteří si jsou vědomi toho, že se mohou obrátit na rodiče, ve chvíli, kdy to bude nutné, jsou odvážnější při objevování světa. V souvislosti s tímto faktem se také potvrdila korelace mezi autonomním chováním adolescentů a pozitivním vztahem s rodiči (Allen, Hauser, Bell, OConnor, 1994). Adolescenti s jistou citovou vazbou mají větší snahu konflikt řešit se záměrem zachování a udržení vztahu, na kterém jim záleží, zatímco adolescenti s nejistou vazbou se řešení konfliktu vyhýbají, mají nižší důvěru ve vztah s rodiči a vyšší úroveň vzteku, ze situace buď, utíkají nebo s druhými manipulují (Becker-Stoll, Fremmer-Bombik, 1997). Dále se také potvrdily rozdíly, co se týče schopnosti a průběhu osamostatňování se v průběhu adolescence, u jedinců s jistou vazbou je tento proces bez výrazných obtíží, zatímco u adolescentů s vazbou nejistou se vyskytují časté konflikty (Macek, Štefánková, 2006). Jistou vazbu chápeme jako efektivní vzorec pro zdravý emocionální vývoj jedince, zatím co nejistá vazba představuje riziko, které zvyšuje pravděpodobnost výskytu problémového chování a celkově psychopatologie jako takové. Ukázalo se, že impulsivní adolescenti mají většinou vzorec nejisté vazby (Štefánková, 2011).

### **Typy vazby v adolescenci:**

Rozlišujeme dle toho, jak jedinci vzpomínají na své zkušenosti z dětství, jak je zpětně hodnotí a jaké zaujímají místo v jejich životě nyní. Tyto informace zjišťujeme metodou Adult Attachment Interview (AAI), kterou vytvořili Nancy Kaplan, Mary Main a Carol George (Štefánková, 2007).

Typy jednotlivých mentálních reprezentací citové vazby určené AAI:

- 1) Autonomní mentální reprezentace – Jedinci s jistou vazbou. Citové vazbě

připisují velkou důležitost. Dovedou jasně a srozumitelně hovořit o pozitivních ale i negativních zážitcích.

- 2) Nejistotu negující mentální reprezentace – Adolescenti s vyhýbavou vazbou. Nedaří se jim verbálně popsat zážitky z dětství. Své vzpomínky prezentují mylně, buď v lepším, nebo naopak horším světle. Sami sebe prezentují jako nezávislé jedince, kteří nepotřebují vztahy. Intenzita emočních projevů nebývá přímo úměrná situaci.
- 3) Nejistotou zahlcující mentální reprezentace – Ambivalentní vazba, díky které jedinci nedokáží hovořit o svých vzpomínkách uceleně. Mohou si protřečít, působí zmateně. Vzpomínky nedokáží integrovat, nicméně o nich hovoří velmi obsáhle.
- 4) Nevyřešená/nerozhodnutá mentální reprezentace – Jedinci s dezorientovanou vazbou, při jejich vyprávění se mohou objevit přerušování, nejasnosti, zaměření na detail. Zřejmá nejasnost bývá následkem prožitého traumatu (Štimplová, 2013).

### **2.3 Rizikové chování adolescenta v souvislosti s rodinou**

Rodina poskytuje svým členům zkušenost, která je nenahraditelná a člověk ji jinde nezíská. V případě, že je rodina v určitém směru nefunkční, některé potřeby členů zůstanou neuspokojené a rodina se tak stává spíše přítěží. V takovém případě je dítě či adolescent, který se vyvíjí, ohrožen negativními vlivy, které mohou jeho vývoj deformovat.

*„Působení různých zátěží může vést k narušení psychické rovnováhy, někdy jen dočasně nebo částečně, což se projeví změnou v prožívání, uvažování i chování. Jednotlivé zátěžové situace mohou mít pro vznik a rozvoj psychických poruch různý význam“* (Vágnerová, 2008, s. 48).

Z výzkumu rizikového chování adolescentů, který se zaměřuje na vliv některých rodinných aspektů (závislost, dysfunkce, konflikty rodičů, atp.) na rozvoj rizikového chování adolescenta vyplývá, že hádky rodičů mají vliv na určité projevy rizikového chování u adolescenta. Rizikové chování pramení především z přítomnosti konfliktu v rodině. Tento výsledek lze rozdělit do dvou skupin, první je reaktivní/kompenzační typ chování, jako je abúzus návykových látek a druhá tvoří

poruchy chování, jako je agrese či záškoláctví. Druhou skupinu lze chápat jako nežádoucí rozvoj určitých složek osobnosti, a jako přebírání modelového chování rodičů, které je posilováno kontaktem s nimi. Výzkum se také zaměřil na vliv zaměstnanosti/hospitalizace (nepřítomnosti) rodičů na rizikové chování, výsledkem bylo, že pokud matka pracuje v noci a o víkendech, zvyšuje se u dítěte rizikové chování ve formě kouření a požívání alkoholu. Pokud je ale matka nezaměstnaná, nebo v domácnosti, u dítěte se objevuje zvýšená agrese. Tento fakt můžeme vysvětlit ztrátou kontroly nad chováním adolescenta a chybějící komunikací o takovém chování. Autoři článku takový vztah pojí i s narušenou citovou vazbu matka-dítě (Novotný & Okrajek, 2012). Studie Funka (2001) a Wolkeho et al. (2001) se zaměřily na posouzení vlivu a příčin agresivního chování u dětí a adolescentů. Došli k závěru, že existuje souvislost mezi malým rodičovským dohledem nad trávením volného času dětí jak venku, tak doma a slabými vazebnými vztahy v rodině s agresivním chováním.

Dalším rizikovým chováním, které může vyplývat z nefunkčního rodinného prostředí, je suicidální chování. Na Dětské psychiatrické klinice FN Motol proběhl výzkum Analýza rizikových faktorů suicidálního jednání v dětství a adolescenci. Za rok 2010 autoři psychiatricky a psychologicky vyšetřili všechny děti a adolescenty po suicidálním pokusu, dohromady 35 dětí a adolescentů, průměrný věk 15,8 let, 29 dívek a 6 chlapců. Z výzkumu vyplývá, že jen 25% dětí a dospívajících žilo s oběma biologickými rodiči, skoro 66% rodin bylo rozvedených a z hlediska fungování pouze 20% popisovalo harmonickou domácnost. Ze zkoumaného vzorku bylo 37% rodin dysfunkčních, 30% rodin s konflikty a více než 8% rodin s výraznou patologií. V 11% byl psychiatricky léčen otec, v 31% matka. V 52% se v rodině vyskytovalo suicidální chování i u jiného člena rodiny. Dalším důležitým výsledkem je, že v 80% případech byl v rodině přítomen stres, a nejčastějším motivem suicidálního chování byl právě konflikt v rodině, a to u 46% dětí. Z diagnostického pohledu byla nejčastější Porucha přizpůsobení F43.2, což výzkumníci popisují u suicidálních pacientů jako reaktivní poruchu, která souvisí s mírou stresu (Koutek & Kocourková).

V USA byl proveden výzkum zaměřující se na adolescenty, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii pro suicidální chování. Byla provedena tematická analýza poznámek z terapeutických sezení s těmito pacienty a také analýza psychosociálních a psychiatrických hodnocení. Celkem bylo zahrnuto 220 lékařských záznamů k získání perspektivy mládeže na životní události, které u nich vyvolaly krizi. Byly identifikovány 4 hlavní faktory: změny ve struktuře rodiny, vystavení rodinným

traumatům, rodinné konflikty a rodičovská nestabilita. Každý z těchto faktorů zdůrazňuje roli vysoce rizikových rodinných podmínek ve vývoji, který může vést ke zhoršení duševního stavu adolescentů, který pak následně může vést k pokusu o sebevraždu (Rice & Tan, 2017).

## **2.4 Osobnost rodiče a výchova**

Někteří lidé nejsou schopni plnit rodičovskou roli, ať už z důvodu, že nemohou, nechtějí nebo to neumí. Anomální osobnost rodiče je méně empatická, má potíže v mezilidských vztazích a nízkou kontrolu nad svým chováním (Vágnerová 2008). Takový typ rodičů upřednostňuje své zájmy před zájmy dítěte, je k němu méně citlivý a v nejhorších případech má i násilné tendence směrem k dítěti. V takové výchově hrozí, že si dítě osvojí vzorce chování, které bývají patologické. Dítě pak nahlíží na takové chování jako na něco, co je normální a přijatelné. V tomto případě může u dítěte dojít k rozvoji určitého typu poruchy chování nebo poruchy osobnosti (Hradská, 2011).

Matoušek a Matoušková (2011) uvádí, že rodiče delikventních mladistvých, kteří nedokáží dodržovat společenské normy, nezabraňují dětem v jejich asociálním chování nebo jsou ve své výchově nestálí, pokaždé reagují jinak, jednou dítě potrestají, po druhé nikoliv. V rodinách delikventních adolescentů často panuje také příliš tvrdá výchova, kdy se rodič může chovat i agresivně směrem k dítěti. Takové dítě potom získává zkušenost, že agresivita je běžná a dovolená.

## **2.5 Dopad rozvodu na dítě**

Každé dítě reaguje na rozpad rodiny svým vlastním způsobem, ale stres, smutek, zmatenost, zlost a zvýšená citlivost se objevuje u všech dětí s touto zkušeností. Je ohrožena především jistota a pocit bezpečí. Matějček (1994) považuje rozvod či rozpad rodiny za výrazné ohrožení zdravého vývoje osobnosti dítěte. Emery (1982) uvádí, že problémy chlapců po rozvodu jsou externalizační, především ve formě agrese, zatímco u dívek jsou internalizační, uzavírají se do sebe, jsou depresivní. Nesmíme zapomínat, že řada takových problémů se může vyskytovat i před samotným rozvodem.

Konflikty v domácnosti předcházejí rozvodu, nestabilní prostředí může být tedy přítomno již delší dobu, a v takové domácnosti dítě dlouhodobě strádá. Děti a adolescenti v takové fázi trpí emočními potížemi, mají problémy s chováním, mohou mít konflikty s vrstevníky, horší školní prospěch a jsou depresivní (Sun, Li 2002). V takových případech platí, že pokud se rozvodem ukončí dlouhodobé konflikty, může být rozvod pro dítě přínosný. Pokud ale trvají porozvodové soudní spory a konflikty, u dítěte se pak může projevit porucha adaptace, nízké sebehodnocení a poruchy chování. V takové situaci nedochází ke správné komunikaci, rodiče bývají ve velkém stresu a dítě zůstává v nejistotě (Pavlát, 2007).

Po rozvodu může být na adolescenty vyvíjen nátlak ze strany rodiče, který na něj klade příliš velké nároky, ve smyslu povinností, které sám není schopen zastat. Díky tomu se adolescent může cítit dospělejší, než ve skutečnosti je. Identifikují se s rolí chybějícího rodiče a přebírají v rodině jeho roli. Bývají svědky toho, jak před nimi rozvedený rodič dává najevo své zklamání a frustraci. Adolescent se tak ocitá v roli, které přirozeně nemůže dostát, a v důsledku toho se u něj může objevit deprese a výrazný hněv, který může ústít do rizikového chování ve smyslu abúzu návykových látek (Springer, Wallerstein, 1983). V adolescentním období, kdy je hlavním vývojovým úkolem budování vlastní identity, může taková zkušenost rozvrátit dosavadní sebedůvěru, hodnoty a vznikající identitu (Pavlát, 2012).

## 3 DOROSTOVÁ PSYCHOPATOLOGIE

### 3.1 Příčiny vzniku duševních poruch

Víme, že na vzniku osobnosti se podílí mnoho faktorů, stejně tak je tomu i u vzniku duševních poruch či odchylek. Mezi ovlivňující faktory řadíme biologický faktor, který obsahuje jedinečnou genetickou výbavu. Genetické predispozice chápeme jako informace, které utvářejí předpoklady pro rozvoj různých psychických vlastností či funkcí. Nelze říci, že nás definitivně charakterizují, spíše určují směr našeho vývoje. Jako příklad můžeme uvést malé dítě, které si vybírá ve svém prostředí podněty (hereditárně podmíněno), které na něj pak určitým způsobem působí a utvářejí. Dále sem patří faktor hereditárně-konstituční, jde o zděděný způsob reakce na určité duševní onemocnění, zda je jedinec náchylný ke vzniku dané poruchy či nikoliv (Malá, Pavlovský, 2012).

Dědičnost duševních poruch se pohybuje v rozmezí 0,2 u neurotických poruch a až 0,8 u schizofrenie a mentální retardace, přičemž hodnota 0 znamená, že heritabilita není přítomná vůbec, a naopak při hodnotě 1 je přítomna absolutně, bez ohledu na vnější faktory (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Dalším faktorem je prostředí, do kterého se rodíme a vyrůstáme v něm, specifika sociálních faktorů, se kterými přicházíme do styku. Chápeme tím vztahy v rodině, styl výchovy, různé formy stimulace, podněty se kterými přicházíme do kontaktu, ekonomické zázemí, ale také kulturní či náboženské souvislosti. Jako další ovlivňující prvek, který můžeme zařadit pod faktor prostředí je psychická zkušenost, zejména ta negativní, jako je například zažité trauma, konflikt, frustrace, deprivace, dlouhodobý stres, krize.

Mezi známé etiologické činitele můžeme řadit organické, toxické, nádorové, traumatické, infekční a jiné poškození mozku, a mezi předpokládané příčiny duševní poruchy řadíme genetický, tedy hereditárně-konstituční faktor, nebo faktor rizikového prostředí (Malá, Pavlovský, 2012).

K duševnímu onemocnění bychom tedy měli přistupovat z biopsychosociálního hlediska.



## 3.2 Poruchy vývoje

Poruchy vývoje dělíme na **kvantitativní** a **kvalitativní**. Kvantitativní poruchy vývoje chápeme jako odchýlení se od normálního procesu vývoje, kdy se mění směr a rychlost. Patří sem retardace, jako opožděný vývoj, v tomto kontextu nejčastěji hovoříme o intelektu, kdy se jedná o mentální retardaci. Stagnace, jako předčasně zastavený vývoj. Regrese, jako vývojový návrat, například jako součást konfliktu při narození sourozence. Dále předčasná progresse, jako nežádoucí urychlení vývoje, která je riskantní díky náročné kompenzaci s ohledem na chronologický věk dítěte. U kvalitativních poruch vývoje jedinec zcela vybočuje ze struktury normálního vývoje (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

## 3.3 Poruchy týkající se hospitalizovaných dětí

### Hyperkinetické poruchy – F90

Pojetí hyperkinetických poruch (dále jen HKP) se během 20. století zásadně změnilo. Dříve se využívaly pojmy lehká mozková dysfunkce, syndrom hyperaktivního dítěte nebo hyperkinetická reakce v dětství. Americký manuál DSM-5 používá termín ADHD – Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, v překladu porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. V České republice Mezinárodní klasifikace nemocí ještě ve své deváté revizi držela pojmu Lehká mozková dysfunkce (LMD), až současné, desáté vydání obsahuje výstižnější termín Hyperkinetické poruchy, pod který spadají diagnózy Porucha aktivity a pozornosti F90.0 a Hyperkinetická porucha chování F90.1. Tato porucha u nás bývá často špatně diagnostikována a následně tedy i chybně léčena (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Dudová a Hrdlička (2015) jako důvody uvádějí četné změny názvu, nejasnosti ohledně kompetence pro diagnostiku (dětský, psycholog, pedopsychiatr, pediatr, dětský neurolog, pedagogicko-psychologická poradna), komorbidita diagnóz, dopad pojmu lehké mozkové dysfunkce, nadměrné užívání neuroleptik během léčby, nejasné využívání diagnózy hyperkinetická porucha chování, vliv komerčně nabízených neodborných forem léčby.

Pojmy ADHD a HKP nejsou totéž. Porucha aktivity a pozornosti F90.0, která spadá pod hyperkinetické poruchy v MKN-10, obsahově spadá pod diagnózu ADHD

v DSM-5, ale F90.0 popisuje jen jedince s nejzávažnější formou dané poruchy. Můžeme ji tedy chápat spíše jako podskupinu, která spadá po diagnózu ADHD v DSM-5. Dalším rozdílem je, že v DSM-5 se pro u nás klasifikovanou hyperkinetickou poruchu chování využívá stanovení dvou různých diagnóz, a to porucha chování a ADHD. U těchto dvou odlišných pojmů, tedy ADHD a HKP, se uvádí i odlišná prevalence, a to 1% u HKP a 6-12% pro ADHD (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Mezi klinické příznaky, které musí být přítomny pro určení diagnózy, patří nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Dále je nutné, aby se vyskytovaly po dobu šesti měsíců a to v různých prostředích ve stejné intenzitě. **Nepozornost** se vyskytuje zejména ve škole, při činnosti, která jedincům neposkytuje pocit uspokojení, dostatečně je nemotivuje, je příliš dlouhá či opakující se, nebo je pro ně nesnadná. Dítě většinou není schopné naslouchat druhým, řídit se instrukcemi. Dělá mu problém organizace času a rozvržení úkolů, nechá se velmi snadno rozptýlit a je pro něj obtížné úkol dokončit. S tím souvisí zapomětivost a velmi často se vyskytuje také opakované ztrácení věcí (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

**Hyperaktivita** je „*nadměrné, ale neúčelné zvýšení činnosti*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 191). U jedinců s HKP/ADHD má velice rušivý charakter, což se při návštěvě lékaře nemusí projevit s ohledem na úzkost, kterou vyšetření v dítěti vyvolává. Hyperaktivita spočívá v motorickém neklidu, neschopnosti vydržet sedět delší dobu na jednom místě, především když se dítě nudí. Během hry je dítě nadměrně hlučné. Sociálně je taková míra neposednosti a hlučnosti velmi rušivá. **Impulzivita** se většinou pojí s agresivním a vzdorovitým chováním, které je příčinou nefunkčních vztahů s vrstevníky. Je charakteristická, že dítě laicky řečeno dříve jedná, než přemýšlí. Impulzivní dítě nesnáší čekání ve všech situacích, předbíhá, skáče do řeči a zkrátka nebere ohledy na druhé. Dalšími přidruženými problémy je neschopnost navazovat a především udržet funkční vztahy s druhými lidmi. Děti s touto poruchou bývají vzhledem k předchozím symptomům neoblíbené a vylučované z kolektivu, to souvisí s nízkým sebevědomím, které se u jedinců vyskytuje a následné sociální izolaci. Při HKP/ADHD mají děti špatné školní výsledky, nejen díky své nepozornosti a roztržitosti, ale příčinou může být i neoblíbenost ze strany učitelů, kteří vidí spíše konečný důsledek poruchy (zlobení, vyrušování), než potřebu po specifickém přístupu. Dalším problémem je přítomnost další psychiatrické poruchy. U těchto jedinců je komorbidita až 70%, mezi časté přidružené poruchy patří úzkost (až 25%), opoziční vzdor (až 40%), poruchy učení (až 25%), nálady (až 20%), chování (20%) v tomto

případě by se měla stanovit diagnóza hyperkinetická porucha chování, abúzus (až 15%), tiky (8%) (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Hyperkinetická porucha chování je spojení dvou různých diagnóz, jedinec tedy musí plnit kritéria pro obě poruchy. S ohledem na symptomy u HKP je zjevné, že i tam jsou jisté potíže s chováním, které jsou sociálně hůře únosné, nicméně u této poruchy musí být přítomny v patologické míře. Přítomné jsou tyto příznaky: agresivní chování, nekontrolovatelné výbuchy vzteku, fyzické násilí vůči druhým, lhaní a vymýšlení si, kradení, zlomyslnost a potřeba mstít se (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

### **Poruchy chování - F91**

Poruchy chování charakterizuje opakující se vzorec agresivního, disociální a vzdorovitého chování, které trvá alespoň šest měsíců. Takový jedinec porušuje sociální normy a pravidla, která jsou ve společnosti nastavená, a celkově se nechová úměrně svému věku (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Příznaky jsou různorodé s ohledem na věk dítěte. Proto je důležité při diagnostice pečlivě usoudit, zda to nejsou „jen“ příznaky puberty či dětského zlobení. Mezi klinické příznaky poruch chování patří nepřátelské chování, kdy se jedinec často hádá s autoritami, jeho chování je vzdorovité, provokuje a nepřijímá pravidla. Dále trpí na intenzivní výbuchy vzteku, většinu času se zlobí a má tendence se pomstít druhým. Je agresivním vůči druhým lidem a třeba i zvířatům. Často je iniciátorem šikany, své vrstevníky zastrašuje a vyhrožuje jim. Vyhledává konflikty, rvačky a krádeže především takové, kde dochází ke střetu s obětí. Objevuje se samozřejmě záškoláctví a časté útěky z domova. MKN-10 tuto poruchu dělí následovně: porucha chování ve vztahu k rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování a porucha opozičního vzdoru (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

**Porucha chování ve vztahu k rodině** je specifická v tom, že problematické chování je zaměřeno pouze na některé členy v rodině a objevuje se výhradně v domácím prostředí. V tomto případě je těžce narušený a absolutně nefunkční vztah mezi rodiči (rodičem) a dítětem. **Nesocializovaná porucha chování** se vyznačuje tím, že nejsou přítomny žádné vztahy jak v rodině, tak s vrstevníky. Jedinec je spíše samotář a jeho agrese je namířena proti všem. Chybí mu empatie, po spáchání krutosti vůči druhé osobě se nedostavuje pocit viny či lítost. **Socializovaná porucha chování** se objevuje u jedinců, kteří páchají přestupky společně s ostatními, tedy ve skupině. Jedinec nemá

problém navázat vztahy s ostatními vrstevníky. Negativní projevy a chování jsou směřovány především vůči autoritám (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Etiologie poruch chování je jako u většiny poruch kombinací genetické výbavy a patologických vlivů z prostředí. Nicméně Krejčířová (2006), popisuje psychologicky podmíněné poruchy chování a to následovně. Porucha chování jako potřeba **náhradního uspokojení**, kdy dítě touží po pozornosti, pochvale, uznání, přijetí. Dítě bývá ve svém společenství špatně přijímáno. Jako příklad takového chování uvádí např. krádeže, kdy si jedinec za ukradené věci „kupuje“ nové kamarády a snaží se tak ostatním zalíbit. Naopak ty horší typy přestupků sice moc obdivu nesklidí, nicméně alespoň přitáhnou pozornost. Takové chování se vždy odehrává na nevědomé úrovni a samo dítě nedovede vysvětlit své činy. Dalším důvodem je **emoční deprivace**, která vzniká na základě dlouhodobého nedostatku potřebných emocí a citů, ze strany svých blízkých. Týká se to především dětí, které jsou v ústavní péči, ale může se to samozřejmě vyskytovat i ve „funkční“ rodině. Takové děti potom bývají vzteklé, dělá jim obtíže navazovat hlubší vztahy a většinou je přítomen i značný motorický neklid. Poruchy chování může také zapříčinit **disharmonický vývoj osobnosti**, který se se vyznačuje tím, že chybí schopnost lásky, empatie a porozumění druhým lidem. Tyto děti/adolescenti bývají velmi krutí, násilní a jednají zcela pouze pro své vlastní potěšení a zisk. Chybí jim vnitřní morálka, která by je zastavila před jejich činy, dále také nemají schopnost učit se ze zkušeností a získat tak korektivní zkušenost. Jejich činy jsou plánované, nicméně před jejich vykonáním chybí neurotická úzkost, spojená se strachem, že akce nepůjde dle plánů, tyto děti/adolescenti strach nemají. Takoví jedinci jsou typickými vůdci smečky a v kolektivu jsou oblíbení. Dokážou vystupovat velice inteligentně a sympaticky, oblíbení bývají paradoxně i u dospělých. Takový vývoj vede v dospělosti k asociální poruše osobnosti. Prognóza u této poruchy není příliš nadějná. Je to výsledek opravdu dlouhodobé až celoživotní emoční a citové deprivace, tudíž struktura osobnosti bývá nenávratně narušena. Další psychologicky podmíněnou formou je tzv. **volání o pomoc**, kdy je dítě zoufale náročné situaci, ze které se samo neumí dostat ven. Může být depresivní či ve velké úzkosti. Jeho činy nejsou konány za účelem vlastního zisku, většinou bývají až nesmyslné, jedinec je provádí zmatený, v panice. Takový typ se mnohdy objevuje jen v určitém prostředí, a to právě v takovém, ve kterém je pro dítě těžké být (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

## **Smíšené poruchy chování a emocí – F92**

V psychiatrické praxi se velmi často používá právě tato diagnóza. Zřejmě proto, že zahrnuje téměř veškeré možné psychické neduhy. Tato diagnóza se může stanovit tehdy, kdy splňuje podmínky jak pro poruchy chování, tak pro poruchy emocí. Přítomné tedy jsou disociální, vzdorovité a agresivní znaky chování doprovázené příznaky úzkosti, deprese či jiné emoční odchylky, jako je například obsedantně kompulzivní či disociované myšlení/vnímání (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

## **Poruchy přizpůsobení – F43.2**

Klinické příznaky těchto poruch bývají velice podobné těm neurotickým nebo také těm, které doprovázejí poruchy chování, a to tedy depresivní ladění, úzkost, vztek, agresivita, impulzivita, podrážděnost. Dalším možným projevem je ale také regrese, skrze kterou se dítě dostává na nižší vývojovou úroveň. Poruchy přizpůsobení se vyskytují v souvislosti s prožitím traumatické události, či náročnými změnami (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Tato porucha by bez vnějšího podnětu nemohla vzniknout. Takový vnější faktor působí na jedince až pervazivně a zcela ho ovlivňuje ve všech oblastech. Mohou se objevit také prvky disociativních poruch, které fungují na bázi ochrany a útěku před traumatickým zážitkem. Tato porucha je velmi příznačná právě pro adolescentní věk s ohledem na změny, se kterými se v tomto období adolescenti setkávají. Je na ně vyvíjen nátlak jak z vnějšího tak i vnitřního prostředí. Nápor na vývoj vlastní autonomie, rozhodování o jejich budoucnosti a hlavně tedy nalezení vlastní identity. Citlivější jedinci takový nápor nemusí ustát.

## **Deprese v dětství a v adolescenci**

Dudová (2015) uvádí prevalenci deprese u dětí v rozmezí 2-4% a u adolescentů až 4-8%. Přičemž nejsou znatelné rozdíly mezi pohlavím. Až v dospělém věku je prevalence vyšší u žen než u mužů (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Klinické příznaky deprese u adolescentů jsou téměř totožné s těmi u dospělých jedinců. V adolescenci je nutné rozlišovat mezi pubertální náladovostí, sklony k uzavřenosti a vážným depresivním laděním, protože rizika suicidálního chování jsou v adolescenci nejvyšší. Během adolescence se uvádí riziko suicida 2-4 %, tzn. je šestkrát vyšší, než u populace bez potíží (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Adolescenti mají tendence depresi léčit alkoholem, návykovými látkami a dívky promiskuitním chováním. U dětí je nutné mít se na pozoru v momentě, kdy se zhoršuje školní prospěch, či začínají somatické potíže. S ohledem na věk je vhodnější pozorovat chování než čekat na to, až se nám adolescent nebo dítě svěří (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Symptomatika se tedy mění s věkem, dále se také mění délka trvání. Odborníci uvádějí průběh dlouhý až 15-18 měsíců, přičemž u dospělých jedinců se jedná o 6-13 měsíců. Klinický obraz u dětí sestává z příznaků, jako je somatizace, separační úzkost, fobie, agitovanost či depresivní zevnějšek. Jak již bylo uvedeno výše, u adolescentů se jedná téměř o totožné příznaky jako u dospělých, tzn. neschopnost radosti, únavu, emoční nestabilitu, ztrátu motivace a smyslu, sebeobviňování, podrážděnost, ztráta zájmu, změny chuti k jídlu, bradypsychismus. Příznaky společně pro obě skupiny jsou, suicidální myšlenky, poruchy pozornosti, nespavost a především pokleslá nálada (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

### **Sebepoškozování**

*„Sebepoškozování, představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity.“* (Koutek, Kocourková, 2007, s. 73). Termín **záměrné sebepoškozování** se užívá od roku 2000. Záměrné sebepoškozování má velké množství zástupných funkcí.

Podle Jan Suttonové to může být:

copingová strategie, uklidnění a utěšení, zvládnání silných emocí a regulace psychické tenze, navození psychické anestezie formou pocitů otupělosti, kontrola nad vlastním tělem, očištění, potvrzení existence, sebetrestání, komunikace, způsob vyjádření vnitřních prožitků, testování hranic, manipulace s druhými, snaha být zachráněn a volání o pomoc, euforický zážitek a regulace arousalu, výraz příslušnosti ke skupině. (Rozsivalová, Trefilová a Paclt, 2010).

Etiologie záměrného sebepoškozování je různá, respektive jeho příčina může být buď situační, či dlouhodobá. Jako situační chápeme například konflikt, a jako dlouhodobou zejména fyzické či sexuální zneužití/týrání. Studie, ve které bylo tázáno dohromady 240 dívek, ukázala, že 29% dívek má historii sexuálního a fyzického

zneužívání, 17% bylo obětí sexuálního zneužití, 16% fyzického týrání a kolem 50% dívek popsalo své dětství jako mizerné (Favazza, Conterio, 1989).

Další studie prokázala, že historie sexuálního či fyzického zneužívání a týrání výrazně zvyšuje pravděpodobnost záměrného sebepoškození v budoucnosti, zatímco týrání psychické nikoliv. Autoři tento fakt vysvětlují následovně, aby u obětí v budoucnu došlo k sebepoškození, musejí být fyzicky narušeny jeho tělesné hranice (Wiederman et al., 1999).

Hlavním rozdílem mezi suicidálním chováním a sebepoškozením je ten, že jedinec, který se záměrně sebepoškozuje, se nesnaží život ukončit, nýbrž se snaží cítit lépe. Nicméně opakované záměrné sebepoškození v mnoha případech vede až k fatálnímu konci, tedy smrti. Děje se tak ve dvou případech, první případ je nehoda při opakovaném sebepoškození a druhý případ se týká naprostého sociálního vyloučení jedince, který propadne zoufalství z totální izolace (Kriegelová, 2008).

K vysvětlení opakovaného záměrného sebepoškození přispěla biologická teorie, která je založená na vyplavování endorfinů, jejichž hladina se zvyšuje právě při sebepoškození. Endorfiny tlumí bolest, uklidňují, snižují úzkost a mohou mít až euforické účinky. Na základě této skutečnosti vznikla tzv. endorfinová hypotéza. Týká se principu závislosti, kde se opakovaným sebepoškozením a tím pádem stimulením endorfinů neustále zvyšuje tolerance a jedinec tak musí přidávat na intenzitě, protože jinak se dostávají abstinenční příznaky (Rozsivalová, Trefilová a Paclt, 2010). Autoři (2010) dále uvádějí, poměr dívek a hochů a to v letech 10-14, kdy je poměr 8:1 a 15-19 let, ve kterém je poměr 3:1. Popisují také, že celoživotní prevalence záměrného sebepoškození u adolescentních psychiatrických pacientů je až 60%.

### **Agrese**

Nutnost léčby a jistá potřeba vytržení dítěte z jeho vlastního prostředí z důvodu ochrany jeho okolí, dělá z agrese jednu z nejčastějších příčin psychiatrické hospitalizace (Gabel a kol., 1990; Bierman, 1991).

Agresivní chování dítěte není sociálně žádoucí a porušuje společenské normy. Takové chování dítě často nedokáže zvládnout a kontrolovat, pouze velmi obtížně hledá náhradní, akceptovatelnou formu jednání. Agresivní chování se s postupem času stává převládajícím aspektem jeho projevu.

Agrese se může objevit jako přidružený symptom jiné duševní poruchy. Mezi takové diagnózy dle Říčana a Krejčířové (2006) spadají poruchy chování a hyperkinetický syndrom, kdy bývá přítomna zvýšená dráždivost dítěte. Agrese se také může objevit u maskované deprese, a to především u chlapců díky tomu, že projevy jejich potíží jsou na rozdíl od dívek externalizační. Agrese bývá takové následkem dlouho trvajících zanedbávání či týrání. Dále může být taky doprovodným projevem abúzu návykových látek.

Nejčastější obraz dítěte s agresivním chováním je následující: týká se spíše chlapců než dívek, psychická či fyzická traumatizace, horší školní prospěch, nízké sebehodnocení v důsledku pocitu odmítání v rodině, velká míra závislosti na vrstevnících, bez vnitřních morálních hodnot, zvnitřněné spíše disociální normy a asociální formy jednání (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Agresivní chování souvisí s rodinnými faktory. Agresivní adolescenti mívají špatné vztahy s rodiči, netráví spolu moc času. Žijí v prostředí, ve kterém jsou uvolněná pravidla, chybí v něm režim, je v něm nízká míra kontroly a hlavně jejich výchova zahrnuje fyzické tresty. Agresivní chování ze strany adolescenta tak může být výsledkem nejasných a nedůsledných pravidel. Taková nedostatečná výchova může v těchto rodinách vést k používání fyzických trestů, od kterých se očekává efektivní a rychlá náprava (Csémy, Hrachovinová, Čáp & Starostová, 2014). V takových rodinách je nízká koheze vztahů a zároveň velká míra konfliktů. Objevuje se v nich dlouhodobé neuspokojování citových potřeb dítěte. Výchova bývá nedůsledná, rodiče častokrát přehlížejí agresivní chování dítěte a dítě bývá bez dohledu. Častá je také nízká ekonomická úroveň, nestabilní prostředí, opakované stěhování a velmi běžný je taky výskyt psychických poruch u matek takových dětí (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).



## 4 PROBLEMATIKA DĚTSKÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Zásadním nedostatkem, který se týká psychiatrické péče o dětské pacienty, je nedostatek pedopsychiatrů a klinických psychologů se specializací na dětskou psychologii. Získání potřebného vzdělání pro práci pedopsychiatra či klinického psychologa je velmi náročná, a to zejména z hlediska času. Takový zájemce totiž musí projít pětiletou atestací plus dalším dvouletým nástavbovým oborem. Zatímco u jiných oborů lékař získá potřebnou specializaci již při první atestaci. Z čistě laického hlediska je to poměrně nemožný požadavek. Pro většinu žen, které zrovna vystudovaly, je sedmiletá atestace příliš dlouhá doba, většinou během ní zakládají rodinu a atestaci tak dodělávají dlouhá léta po mateřství, nebo do ní ani nevstoupí, zatímco u mužů je to otázka nedostatečného finančního ohodnocení. Problémem je, že během jednoho roku odchází do důchodu, a tím pádem končí v oboru více odborníků, než do něj přichází.

Díky nedostatku odborníků jsou čekací lhůty na první vyšetření až tříměsíční, přičemž víme, že taková prodleva může mít v akutním stavu u konkrétních psychických poruch až fatální a nevratné následky. Setkáváme se tedy s nežádoucím nahrazováním ambulantní péče hospitalizací. Kapacita ambulantní péče je velmi vzdálená míře, která je žádoucí. K hospitalizaci tedy dochází bohužel i tehdy, kdy to není nutné, a problém by zvládla ambulantní forma péče. K hospitalizaci dítěte či adolescenta by mělo docházet až tehdy, kdy je to opravdu nezbytně nutné a samozřejmě po provedení pečlivé diagnostiky. Pro dítě může mít pobyt v institucích řadu negativních dopadů. Jako takové negativní dopady chápeme například dlouhou separaci od rodiny, vrstevníků, školy, dále také vystavení problémů stigmatizace, která může mít za následek šikanu či odkoukání patologických návyků v prostředí institucí (Veřejný ochránce práv Ombudsman, 2013).

Během hospitalizace jsou děti a adolescenti vyjmuti ze svého přirozeného prostředí a musí dodržovat pravidla, které režimová léčba obnáší, aktivity mají naplánované, nemají možnost svobodné volby. Navíc během hospitalizace ztrácejí své soukromí a možnost být v kontaktu s okolním světem tak, jak jsou zvyklí (Causey, McKay, Rosenthal, Darnell, 1998). Nemají možnost mít u sebe své telefony, intenzitu návštěv určuje vedoucí lékař, ztrácejí tak kontakt se svými blízkými, což pro některé jedince představuje zásadní problém. Někteří to naopak dokáží ocenit a berou to jako možnost odpočinku od jejich všedního života.

Další rizikový faktor je, že někteří jedinci mohou následně po hospitalizaci přijmout „identitu pacienta“, která v budoucnu ovlivňuje jejich vnímání problémů a schopnost ovládat jejich chování (Mead et al., 2001).

Hospitalizace může vést k navázání vazby na nemocniční režim a konkrétní pracovníky (Dalton et al., 1989). Jsou jedinci, kteří vnímají hospitalizaci jako bezpečný prostor, do kterého nedosáhnou problémy zvenku. Jiní zase ocení pevný a předvídatelný režim. Navíc mají možnosti terapie a podpory ze strany lékařů, psychologů a psychoterapeutů. Takoví jedinci mohou po propuštění pociťovat silnou úzkost, protože ztrácí podporu, která se jim na oddělení dostávala, a musejí znovu definovat sama sebe odděleně od nemocnice (Reynolds et al., 2004). Taková úzkost může vést k relapsům nebo vytvoření nových symptomů bezprostředně po propuštění.

Jedinci, kteří si prošli hospitalizací, se také často strachují o své vztahy s kamarády, rodinou a spolužáky. Velkou zátěž pro ně představuje obava z toho, jak vysvětlí svojí absenci, a jaký dopad bude mít hospitalizace na jejich přátelství (Clements et al., 2010; Simon and Savina 2005).

#### **4.1 Problematika stigmatizace**

Hartl a Hartlová ve svém slovníku definují stigma jako „*znamení hanby či odsuzující společenský postoj pro údajnou duševní, tělesnou nebo sociální méněcennost, následně vedoucí k odmítání a vyloučení jedince, skupiny či organizace z okolní společnosti*“ (2010, s. 553).

Zdrojem stigmatizace je neznalost a obavy z duševních poruch. Jedinec, který některou trpí je vnímán jako nepředvídatelný, nebezpečný, hloupý a nekompetentní což následně vede k diskriminaci. Takové vnímání je posíleno kinematografií, literaturou a médií. Zejména schizofrenici bývají jak ve zprávách, tak i ve filmech zmiňováni hlavně v rolích násilníka či vraha. Tento stereotyp se tak jedinečně upevňuje.

Značkovací teorie v 60. letech popsala začarovaný kruh, který spočívá v tom, že na základě odlišného chování jedince si ho ostatní označují, dají mu nálepku blázna a veškeré jeho pozdější projevy ať už dramatické či nikoliv, jsou a budou vnímány jako výlevy blázna (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Studie prokázala, že u chlapců v adolescentním věku se objevuje obdobné znepokojení ohledně stigmatizace, jako u mužů v dospělém věku. Důsledek takových

obav je ignorování a především utajování svých psychických obtíží ze strachu získání psychiatrické diagnózy (Sirey, Bruce, Alexopoulos, et al., 2001).

Toto „nálepkování“ je velmi škodlivé zejména u dětí či adolescentů, kteří se pak v diagnóze poruchy chování vzhlednou, přijmou ji za své a vydají se cestou dítěte, které se zkrátka vždy může schovat za diagnostickou jednotku, a tím pádem pro něj pravidla neplatí. Děti a adolescenti, kteří projdou hospitalizací v psychiatrických nemocnicích, jsou pak vystaveni obrovskému tlaku z okolí, zejména ze stran svých spolužáků. Hrozí tak nebezpečí, že se díky své hospitalizaci stanou obětmi šikany a posměchu, což jejich už tak dost křehkou psychickou stabilitu ještě oslabí.

Kanadský výzkum potvrdil obtíže, se kterými se děti setkávají po propuštění a návratu do školy. Během hospitalizace byli osloveni adolescenti, kteří potvrdili informovaným souhlasem, že mohou být kontaktováni deset týdnů po propuštění, aby vypověděli, jak vnímají svůj návrat do školního prostředí. Z 62 respondentů jich 29 vypovědělo, že jejich návrat byl obtížný, odkazovali se na náročné vypořádávání se s různými sociálními situacemi, školním tlakem a především vlastními emocemi, což prezentovali jako opravdu zásadní zátěž (Preyde, Parekh, Heintzman, 2018).

Dítě se slabou důvěrou v sebe sama je velice náchylné k tomu, propadnout „rolí psychiatrického pacienta“ a vznikne tak větší pravděpodobnost opakované hospitalizace. Dle výsledků Hinshawa (2005), jsou děti vůči stigmatu mnohem citlivější, protože mají menší možnost se bránit. Jejich postavení ve společnosti je nižší než u dospělých jedinců a jsou tak bezbrannější vůči tlaku z okolí. Nežádoucí chování u dospělých je tolerováno více než u dětí.

Většina hospitalizovaných dětí svoji hospitalizaci před svými přáteli tají a stydí se za ni, bojí se odsouzení a nepochopení. V psychiatrických nemocnicích se děti setkávají s dalšími dětmi s podobnými problémy. Vznikají tak nová přátelství, která jsou založena na jakémsi „společném znaku“, v souvislosti s tím, dítě upouští od předešlých vztahů, ve kterých hrozí odsouzení a vyhledává děti „sobě podobné“, se kterými toto nebezpečí nehrozí. Opět tak vzniká propast mezi dětmi s duševní poruchou a dětmi zdravými.

Nutná je prevence stigmatizace, ve které je jeden z nejzákladnějších bodů především pečlivá diagnostika. Zejména u dětí a adolescentů je diagnostika velice náročný obor vzhledem k neustálému vývoji, kterým dítě prochází. Provedené studie říkají, že přibližně u 30 % dětí jsou symptomy pouze dočasné a během další vývoje samy vymizí (Stárková, 2013). Psychiatrická diagnóza by se tedy měla použít opravdu

až tehdy, kdy je odborník stoprocentně přesvědčený o její správnosti a nutnosti, protože již samotné stanovení diagnózy, vede ke vzniku stigma, v tom slova smyslu, že konkrétní diagnóza ovlivňuje odlišný přístup k danému člověku (Stárková, 2013). Byly zjištěny například rozdíly v přístupu k dětem s depresí a dětem, které trpí ADHD (Walker, Coleman, Junghee et al., 2008). Dalším bodem by měl být především respekt člověka s duševním onemocněním, a jeho podpora. V neposlední řadě také edukace ve školách, rodinách a především u samotných nemocných, aby se předcházelo sebestigmatizaci.

## **4.2 Psychiatrická a psychologická péče o děti a adolescenty v ČR v číslech**

Česká republika trpí obrovským nedostatkem dětských klinických psychologů. Jak je zmíněno výše, vzdělání pro dětskou klinickou psychologii trvá 7 let, což může odradit většinu zájemců o tento obor. Podle psycholožky Malé z Asociace klinických psychologů by pomohla kratší doba vzdělávání a větší finanční ohodnocení. To, že jsou problémem finance, uznává i náměstek ministra zdravotnictví Roman Prymula. Podle něj by mělo přibýt více odborníků tím, že by se změnil nynější systém vzdělávání a studium by bylo kratší. Vnímá tento problém jako akutní a uznává, že je potřeba s ním něco udělat co nejdříve, protože potřebu většího počtu odborníků pocítujeme každý den (Roubková, 2019, 7. března).

Co se týče statistického přehledu o psychiatrické péči, poskytuje nám ho Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dál ÚZIS). ÚZIS zpracoval nejnovější data, a to za rok 2018, která jsou následující. Shrnuje průměrný počet odborných pracovníků v zařízeních, v psychiatrické léčebně je to 26,73 psychiatrů a 7,32 psychologů, přičemž v dětské psychiatrické léčebně je to **4,35** psychiatrů, a **3,00** psychologů.

Za rok 2018 bylo provedeno **120 689** vyšetření věkové skupiny 0-14 let, a **97 002** skupiny 15-19 let. Z toho bylo léčených u první skupiny **39 129** a u druhé **29 093**.

U pacientů ve věku 0-14 let proběhlo dohromady **2 787** hospitalizací. Nejvíce v Libereckém a Ústeckém kraji a v Praze (Nechanská, B., Jann, J., Nováková, Z., Kudrna, K., Pašingerová, R., 2018).

Dle Asociace dětské a dorostové psychiatrie dětští psychiatři pokryjí **70** plných úvazků, přičemž by bylo zapotřebí **200** úvazků. Obzvláště špatná situace je v některých

krajích, například v Ústeckém, kde je objednáací lhůta na první vyšetření k psychiatrovi až 4 měsíce. Podobně je tomu ve Zlínském a Moravskoslezském kraji, kde se čekací doby pohybují od 3 do 6 měsíců.

Čeká se i na lůžkovou péči, konkrétně v Praze se například ve Fakultní nemocnici Motol, krom akutních případů, čeká na příjem 2 až 3 měsíce.

Psychiatrická reforma samozřejmě zahrnuje i reformu pedopsychiatrie, která má spočívat především ve vytvoření terénních, pedopsychiatrických skupin tzv. multidisciplinárních týmů, které budou moci dojíždět za dítětem do jeho přirozeného prostředí a řešit tak jeho problémy v terénu. Takový tým má fungovat buď pod záštitou ambulance, nebo pod centry duševního zdraví pro děti a mládež (Kadeřávková, 2017, 18. srpna).

*„V rámci týmu půjde o poskytování zdravotních, sociálních a pedagogických služeb, ambulantního i terénního charakteru. Konkrétně se bude jednat o služby dětského psychiatra, psychologa, rodinných poradců, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků, rodinných terapeutů a peer konzultantů. Během pilotního provozu se ověří, nakolik jsou tyto týmy schopné pomoci nejen mladým pacientům a jejich rodinám, ale i odlehčit stávajícím modelům péče“ (Štěpanyová, 20. prosince, 2019).*

Tento návrh pilotního projektu je podpořen ministerstvem zdravotnictví. V počátku bude projekt hrazen z evropských zdrojů, v další fázi se bude ministerstvo snažit prosadit projekt u pojišťoven jako standartní péči o dětské pacienty. V budoucnu by takový tým měl mít každý kraj.

Důležité je také lépe spolupracovat mezioborově, v případě dětí a mládeže především tedy se školou. Je potřeba, aby pedagogové v rámci začlenění dětí s psychickými poruchami a obtížemi respektovali doporučení lékařů a psychologů. Dítě se somatickým onemocněním je automaticky omluveno z některých školních povinností, mělo by tomu tak být u dítěte, které trpí například depresí (Kadeřávková, 2017, 18. srpna).

Palčivým tématem ale stále zůstává nedostatek odborníků, který se týká jak oboru psychiatrie, tak i psychologie, je tedy otázkou, jak se podaří personálně zabezpečit všechny plánované projekty.

S nedostatkem odborníků také souvisí nedostatek služeb na poli následné péče po hospitalizaci, která zcela chybí. Studie vydaná v roce 2008 se zaměřila na faktory ovlivňující rehospitalizaci. Vzorek se skládal z 522 adolescentů. Během prvního roku po propuštění došlo k rehospitalizaci u 38% adolescentů a to u většiny hned v prvním měsíci po propuštění. Výsledkem bylo, že nejzásadnější prediktory rehospitalizace souvisí s následnou péčí, rodinným prostředím do kterého se pacient vrací z hospitalizace, a vhodná/dodržovaná medikace. Studie jasně prokázala podceňování následné péče (Fontanella, 2008).

Velice podobné výsledky, které prokazují, že u pacientů, kteří čerpají následnou péči, dochází k menší míře rehospitalizace než u pacientů, kteří službu nečerpají, mají studie James et al. (2010), N=186 a Romansky et al. (2003), N=500.

## 5 SPECIFIKA PSYCHOTERAPIE S ADOLESCENTY

*„Jen ti nejodvážnější, nebo možná ti nejláhovější terapeuti jsou ochotni pracovat s adolescenty, protože je to ta nejtěžší dětská skupina, se kterou můžeme pracovat“ (Blake, s. 285, 2011).*

Při terapii s dospívajícími je důležité, aby neměli pocit, že tvoříme koalici s tím, kdo jej do terapie přivedl, což bývá většinou rodič. Komunikace s rodičem musí být vždy transparentní vůči adolescentovi. Klient nesmí dojít k pocitu, že je obcházen a terapeut s rodičem komunikuje za jeho zády. Důvěra je u této cílové skupiny naprosto základním aspektem pro úspěšnou terapii.

S přibývajícím věkem se motivace mění a adolescent může na terapii docházet z vlastní motivace a potřeby své problémy řešit. Většina adolescentů se v sobě neumí vyznat, objevuje se u nich velký rozdíl mezi reálným a ideálním „já“, což je vzhledem k vývojovému období zcela normální. Toto období se vyznačuje zvýšenou introspekci a sebezpozorováním. Je třeba vytvořit důvěrný vztah, skrze který můžeme adolescentovi pomoci s tím, aby se sám v sobě lépe vyznal, a zároveň může být takový vztah pro adolescenta korektivní zkušeností, protože ho terapeut (dospělý člověk) chápe a respektuje (Vymětal, 2010).

V období puberty a adolescence se do popředí dostávají úkoly získání autonomie, hledání identity a vytrácí se identifikace s rodinou. Dítě, které bylo obklopeno důslednými, starostlivými a ohleduplnými rodiči/pečovateli, je na toto období emočních otřesů dobře připraveno. Historie zanedbávání, ztrát, traumat, nekonzistence a necitlivosti může průběh tohoto vývojového období výrazně zhoršit, protože nástroje soudržného pocitu sebe sama chybí. Hlavní kvalitou terapeuta, který pracuje s adolescenty, je především flexibilita a individuální přístup, protože terapie by měla vycházet primárně ze vztahu.

Obecně platí, že interpretace s adolescenty se téměř nikdy nedoporučují. Terapeutovy interpretace může adolescent chápat jako útok, zůstat s ním v jeho „jazyce“ respektuje obrannou strukturu dospívajícího. Adolescent může tak bezpečně „být“ a objevovat, kým je. Dále se může terapeut setkat s nespolehlivou docházkou adolescenta na terapii, což může být pro terapeuta velmi frustrující, nicméně pro adolescenta to může být nezbytné. Může si tak ředit kontakt, pokud má pocit, že je už

„příliš blízko“. Je důležité, aby adolescent věděl, že je to „jeho“ sezení, protože „naše“ sezení, může ohrozit jeho autonomii a identitu.

Při práci s adolescenty je důležitý především vztah než dosahování vhledu a porozumění. Čím více se terapeut snaží o vhled s adolescentem, tím obtížnější může být jeho skutečné zapojení. Vhled je důležitý, ale spíše pro terapeuta než pro dospívajícího. Vhled by měl terapeutovi umožnit dostat se do lepší, citlivější pozice, nikoliv za účelem interpretace. Tímto způsobem spolu vhled a terapeutický vztah úzce souvisejí (Blake, 2011).

Dalším specifíkem této věkové skupiny je, že adolescenti bývají impulzivní, nepředvídatelní. Většina adolescentů žije přítomným okamžikem. Neexistuje žádná garance, že se adolescent nezačne chovat nebezpečně nebo sebedestruktivně. Může se tedy objevit závažné téma, aniž by to terapeut čekal, například téma suicidálních myšlenek, o kterých adolescent může mluvit metaforicky. Tehdy je nutné nezůstat v metaforách a téma oslovit tedy interpretovat. Tato „nepředvídatelnost či nestálost“ je jeden z hlavních důvodů, proč je tak těžké pracovat s adolescenty, terapeut na to musí být připravený, aby nepodlehł beznaději či pocitům selhání. Některá témata tedy terapeut musí napřímo oslovit, ale je důležité, aby se z toho nestal výslech. Přes veškeré drama, které může adolescenta obklopot, by terapeut měl zachovat prostor, v němž adolescent může pokračovat v bezpečí „hry“. Také je důležité, aby na to terapeut nebyl sám, terapie není tak mocná, aby mohla zajistit bezpečí adolescenta, je třeba zavést externí opatření, která mohou chránit adolescenta. V ideálním případě spolupráci s psychiatrem (Blake, 2011).

Gensler (2015) popisuje terapeutickou práci s adolescenty, kteří na terapii nemluví. Jsou to ty děti, u kterých si rodiče stěžují, že mluví se svými vrstevníky, ale s nimi ne. Autor hovoří o tom, že je pochopitelné, že se adolescent nechce otevřít cizímu, dospělému člověku. Neví co otevřít a komu to otevře, protože terapeuta nezná, s přáteli si také nejdříve museli vytvořit vztah, než se sobě navzájem začali svěřovat. Nemají tedy autismus, alexithymii nebo mutismus, se svými vrstevníky hovoří rádi. Při terapii jsou pasivní, což může být známka zvýšené stydlivosti, sociální fobie nebo třeba pasivně agresivního chování, přičemž autor vysvětluje, že nezáleží na diagnóze. Namísto toho se snaží pochopit ticho staženého adolescenta, a jaký přístup k němu zvolit. Popisuje, že terapeut má být někdo, jehož přístup je transparentní a důvěryhodný, je ochotný nechat se ovlivnit přáním a zájmy adolescenta, je otevřený a



zranitelný při pomoci pacientovi, uvážlivě vyjadřuje vlastní pocity vůči pacientovi, má o adolescenta zájem a nevzdává se.

Binder (2008) zkoumal pomocí rozhovorů s terapeuty, proč dochází v terapeutickém vztahu s adolescentem k „trhlině“, a jaké jsou jejich strategie k obnovení vztahu. Většina terapeutů popisuje, že z pohledu adolescenta k tomu dochází z důvodu potřeby autonomie. Terapeuti, kteří oslovili toto téma, došli k závěru, že „odmítání terapie“ je způsob jak komunikují potíže se vztahem.

## **5.1 PRÁCE S RODINOU**

### **5.1.1 Přístup „opravte nám dítě“**

Problém adolescenta či dítěte je mnohdy chápán jako něco, co se dá mechanicky opravit. Je to něco, co potřebuje odborníka, protože všechny výchovné prostředky už selhaly. Malí kandidáti na psychiatrickou diagnózu či medikaci nejen, že dospělé ruší, ale zároveň zpochybňují jejich snahu či výchovu, ať už jde o rodiče, pedagogy, vychovatele či lékaře. Nicméně nejvíc takovým prožíváním trpí samo dítě/adolescent, které je konstantně odmítáno a nepochopeno. Často se stává, že se takové dítě, které strádá a emočně trpí, stane „obětí“ onnipotentního medicinského přístupu. Takovou situaci může doprovázet ztráta vlastní hodnoty a sebeúcty. Některé diagnózy jsou stále velmi stigmatizující, což je ale pro některé rodiče lepší volba, než přijetí vlastní odpovědnosti. Často se stává, že i samo dítě rezignuje na svůj stav, a svoji diagnózu přijme. Pöthe zmiňuje například hyperaktivní chlapce, kteří se s diagnózou mohou identifikovat a sami sebe prožívají jako šašky či blázny a podle toho se i chovají (Pöthe, 2011).

Úskalím diagnostiky je tendence zasadit všechny lidské problémy do medicinského modelu. Například DSM-V (v ČR MKN-10) patologizuje normální chování jako je smutek. Je potřeba diagnostikovat dysfunkční vzorce dyadických vztahů v rodině, intimní vztah mezi dospělými partnery a jejich vztah s dětmi. Rodinná terapie by nikdy neměla být brána jen jako podpůrný doplněk léčby (Lebow, 2013).

Matějček uvádí, že rodina je dynamický systém vzájemného působení, a tedy porucha jedné části ovlivní fungování celého systému (Svobodová, 2012). Bylo by tedy

naivní si myslet, že dítě, které dlouhodobě zažívá duševní nepohodu, žije ve funkčním rodinném systému. Stejně tak je tomu i naopak, rodina, ve které je jedinec, který trpí závažnou duševní poruchou je tím plně ovlivněna a „patologie“ tak proniká do celého rodinného systému.

### 5.1.2 Pojetí rodiny a její terapie metaforou

Rodinu můžeme vnímat jako živou bytost, jako něco co roste, co má své kořeny, tvar, pouto a původ, rodina se taký rozmnožuje a rozpíná. O rodinu je tedy třeba se starat a pečovat o ni s láskou, jinak hrozí, že se rozpadne. Metaforicky můžeme předmět rodiny vnímat jako přístav, nebo jako rodinný krb, kam se lidé stahují, kde je teplo, a lidé se tam cítí doma. O oheň v krbu se také musíme starat, aby neuhasl. Přístav je bezpečné místo, kde můžeme zakotvit, je to jistota, můžeme si tam odpočinout.

V psychoterapii rodinní terapeuti konceptualizovali rodinu jako *sociální dělohu* nebo jako *ostrov rodiny*. Rodinní terapeuti jsou hosté *ostrova*, seznamují se s ním skrze vyprávění tamních obyvatel, vnímají jazyk rodiny, jejich tradice, rituály a zvyky, vnímají jejich hranice a rozmístění. Autoři takovou metaforu popisují jako něco, skrze co se dá porozumět rodinné situaci, „*vymodelováním (vykreslením) obrazu rodiny v realitě terapeutického setkání je možné pracovat s hranicemi, jejich prostupností, s atmosférou, se vztahy, s místy rodinných členů a především s jejich zmnohonásobněnou, náhle spatřenou projekcí vnitřně-vnějších modelů*“ (Šupová & Šupa, 2013).

Ludmila Trapková a Vladislav Chvála vytvořili pojem *sociální dělohy a sociálního porodu*. Taková metafora znamená ochranu a výživu. Sociální porod znamená separaci mladistvého od původní rodiny. Takové metafory napomáhají při terapii v komunikaci s rodinami. Mnoho poruch je zde vnímáno jako výsledek ustrnutých vývojových oscilací právě rodinného systému (Šupová & Šupa, 2013).

Všechny výše zmíněné metafory můžeme v rodinné terapii využít k převyprávění nebo přerámování příběhu, se kterým klienti přicházejí. Zároveň to umožňuje terapeutům naladit se na společný jazyk a začlenit tak různé metafory do jejich intervence. Dále to umožňuje zapojit fantazii a imaginaci, s čímž lze terapeuticky také dobře pracovat. Metafora umí odhalit ve starém něco nového (Šupová & Šupa, 2013).

### 5.1.3 Attachment - based family therapy (ABFT)

Terapie ABFT je navržena speciálně pro depresivní a suicidální adolescenty. Jde o krátkodobý, výzkumem podpořený přístup, který zlepšuje komunikaci, důvěru a sílu rodinného systému. Primárním cílem je zlepšit vazebné vztahy mezi dítětem a rodičem tak, aby se adolescent cítil milován, podporován a mohl jít za rodiči pro radu místo toho, aby byl se cítil mizerně a osaměle (Russo & King, 2017).

Attachment (vazba) je biologický instinkt s kořeny v kojeneckém období, dítě hledá emoční a fyzické uspokojení a ochranu proti nebezpečí, je formována interpersonálními interakcemi s pečující osobou. Vazba je buď jistá, nebo nejistá, autoři článku tvrdí, že se vazba může měnit v čase. Dítě s bezpečným připoutáním, jehož pocit bezpečí je v budoucnu opakovaně porušován (zneužitím, zanedbáním), si může vyvinout nejistou vazbu. Stejně tak je tomu naopak, kdy dítě s nejistým stylem připoutáním, zažívá s primárním pečovatelem bezpečí, může napravit svou nejistou vazbu.

Schopnost dosáhnout bezpečné a jisté vazby je primární pro účinnost ABFT, která předpokládá, že jedním z nejlepších způsobů, jak snížit riziko sebevraždy, je posílení adolescentní a rodičovské vazby. Terapeut během terapie hledá způsoby, jak může adolescent dosáhnout jistoty a posílit bezpečnou vazbu. Dvě hlavní techniky jak dosáhnout toho cíle jsou tzv. *vztahové přerámování* a *vazba*. *Záměrem přerámování* pro členy rodiny je, aby přerámovali suicidální riziko adolescenta z individuálního na vztahový (vzájemný) problém. Příkladem individuálního pojetí problému, může být žádost matky, zda by terapeut mohl pomoci adolescentovi „s jeho“ depresí. Takové přerámování způsobí, že si členové uvědomí, že právě oni jako rodina, jsou řešením a oni sami mohou adolescentovi pomoci s depresí.

Terapeut během sezení ukazuje, jak interakce mezi rodiči a dítětem může být řešením krize. Například, adolescent vypráví o tom, že když se cítí zle, chce jít do svého pokoje, nechce se nikým mluvit, hlavně ne s rodiči, protože by to bylo trapné, táta by nevěděl co na to říct, a máma by vinila sebe. Terapeut reaguje, že to vypadá, že by se raději zabil, než aby se cítil trapně, nebo aby se kvůli němu cítili špatně rodiče. Terapeut zaznamenává náladu v místnosti, a čerpá z touhy rodičů, aby je adolescent viděl jako někoho bezpečného, na koho se vždycky může obrátit. Čerpání z emocí, je v souladu se zaměřením terapie. Terapeut předpokládá, že rodičovské „vazebné instinkty“ budou spuštěny automaticky, když uslyší bolest a smutek jejich dítěte. Terapeut vytváří spojení

mezi rodiči a dítětem tím, že obě strany trpí a touží po jiném druhu vztahu. Ideální výsledek vztahového přerámování je uznání dítěte i rodiče, že touží po tom, aby si byli navzájem blíží. Terapeut potom uzavírá kontrakt s rodinou, že na tomto cíli budou dále pracovat.

Práce s *vazbou* obvykle nastává v polovině léčby. Po vztahovém přerámování následuje otázka, proč je pro adolescenta tak těžké jít za rodiči, když se cítí zle? Jde o vyložení současných potíží jako problému s vazbou. Například, pokud se adolescent necítí bezpečně ve sdílení intenzivních pocitů s rodiči, kvůli jejich emoční nestabilitě, pak problém s vazbou bude ten, že rodič není schopen splnit základní potřeby ochrany a pohodlí. Během úkolu *vazby* adolescent řekne rodičům, proč bylo tak těžké za nimi přijít. Adolescent může například říci, že za nimi nešel, protože se bojí, že by začali vyšilovat, nebo plakat, a pak by se cítil ještě hůř. Rodiče mohou reagovat výroky, které by to mohly popírat (Ne, nevyšilovala bych.), kritizovat (Jak to můžeš vědět, když si to nikdy neudělal?), odmítat (Nerozumíš tomu.), vztahovat na sebe (Ano, jsem hrozný rodič, jistě že semnou nechceš mluvit.) Takové výroky nemohou opravit vazbu. Jde o to, pomoci rodičům připravit odpověď, která poskytne potvrzení, podporu a lásku. Například ptát se na více detailů, pojmenovat emoce a odpovědět například tak, že dává smysl, proč se obával za nimi přijít. Po tom, co se adolescent cítí vyslyšen a pochopen a rodič se cítí úspěšně v uspokojení potřeb svého dítěte, dochází k posunu ve „vazebném“ modelu. Pro adolescenta je to zkušenost, že rodiče tu pro něj jsou. Takový model vztahu rodič-dítě snižuje riziko sebevraždy tím, že posiluje adolescentův pocit bezpečí, jistoty, ochrany a rodičův pocit kompetence a spojení (Singer, O'brien & LeCloux, 2017).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 6 VLASTNÍ REFLEXE A CÍL VÝZKUMU

### 6.1 Reflexe vlastní zkušenosti se zkoumanou problematikou

Poprvé jsem byla na stáži na dětském psychiatrickém oddělení ve třetím ročníku studia, v návaznosti na to jsem psala bakalářskou práci na téma Prožívání psychiatrické hospitalizace u pacientů dětského oddělení. Už tehdy jsem často hovořila s tamními lékaři a psychology o tom, jak je péče o tuto věkovou skupinu zanedbaná, co se týče dostupnosti služeb. Pár měsíců po sběru dat do bakalářské práce jsem zjistila, že během té doby došlo u tří ze čtyř respondentů minimálně k jedné rehospitalizaci. Konzultovala jsem to s tamním primářem a došli jsme k závěru, že u nás zcela chybí jakákoliv platforma následné péče, děti nemají žádnou záchranou síť a padají tak přímo zpět do hospitalizace. V bakalářské práci jsem na závěr diskuze psala o nutnosti vytvoření posthospitalizačních služeb, které u nás zcela chybí, přitom jsou ale zásadní, chybí konstantní péče a pravidelná psychoterapie. Děti, které si prošly hospitalizací, jsou zvyklé na sdílení, péči a podporu, ať už se svými „spolupacienty“ či tamními pracovníky. Po propuštění ale narazí, protože najednou tato intenzivní péče není k dispozici. Děti jsou na své problémy opět samy. Mnohdy se vrací do domácího patologického prostředí. Navíc může dojít k nepochopení ze strany vrstevníků a následné stigmatizaci. Vnímám psychiatrickou hospitalizaci jako významnou zkušenost, která ale nekončí propuštěním. Je důležité věnovat se dětem, které ji prošly či procházejí, i posléze.

Proto jsem se rozhodla založit pilotní projekt posthospitalizační péče pro adolescenty po psychiatrické hospitalizaci. Projekt má název Lavička, odborným garantem se stal MUDr. Michal Považan, primář dětského oddělení PBN. Spolupráci jsme v rámci pilotního projektu uzavřeli s dětským oddělením v PNB a s dětskou psychiatrickou klinikou 2. LF UK a FN Motol. Následná péče probíhá ve formě skupinové terapie, vedou ji studenti pátého ročníku PVŠPS, kteří jsou pod odbornou supervizí Mgr. Jana Kulhánka. Máme za sebou první pilotní běh, kterým prošlo 5 dětí, a trval 7 měsíců. Rádi bychom z Lavičky časem vytvořili regulérní a dostupnou službu. Během těch 7 měsíců došlo k potvrzení a posílení našeho názoru, že služba následné péče je nezbytná a pro adolescenty jako zkušenost velmi důležitá.

Tahle zkušenost pro mě byla hlavním motivem pro psaní diplomové práce na toto téma. Proto, abychom mohli vytvořit kvalitní službu, potřebujeme znát pozadí, potřebujeme vědět, jaké jsou dle odborníků hlavní příčiny opakovaných hospitalizací, také jak vnímají dorostovou psychiatrickou/psychologickou péči obecně, její možnosti a případné nedostatky. Také je nutné vědět, jaká jsou opravdová čísla, a u koho a proč dochází nejčastěji k rehospitalizaci.

Tím, že se tomuto tématu již druhým rokem intenzivně věnuji, bylo důležité, abych k psaní této práce přistupovala nezaujatě. Díky odbornému vedení věřím, že jsem dokázala upozadit své vlastní mínění o některých tématech a přistupovala k výzkumu bez zaujetí.

## **6.2 Cíl výzkumu**

Hlavním cílem výzkumu je získat odpovědi na výzkumné otázky týkající se rehospitalizace. Je zapotřebí zmapovat problematiku psychiatrické péče o děti a adolescenty, získat názory odborníků, zpracovat statistické údaje, a na základě výsledků se zamyslet nad možnostmi, které by mohly péči doplnit. Odborníci tvrdí, že dětská a dorostová psychiatrie je dlouhodobě poddimenzována, co se týče dostupnosti služeb, úkolem této práce je zjistit, jaké jsou dle odborníků hlavní nedostatky v této oblasti a jejich důvody. Data byla získána pouze z jedné psychiatrické nemocnice, výsledky této práce tedy nelze zobecnit na celkovou situaci v České republice.

Záměrem je získat pohled a názor odborníků, kteří s pacienty přichází každý den do kontaktu, na téma psychiatrické péče, hospitalizace a především rehospitalizace a její důvody. Souvisejícím účelem je získat ucelená statistická data, která nám poskytnou informace o četnosti hospitalizací a rehospitalizací, a zjistit, jak často k rehospitalizacím dochází. Kompletně by tedy tyto dvě části měly tvořit ucelený přehled o počtu psychiatrických hospitalizací a rehospitalizací u dětí a adolescentů a jejich nejčastějších důvodů a příčin.

## **7 SMÍŠENÝ VÝZKUM**

Výzkum je prioritně kvalitativní, kvantitativní data jsou jen doplňující. Praktická část se tedy skládá z kvalitativního výzkumu a kvantitativní části, která obsahuje popisnou statistiku. Kvantitativní část byla zaměřena na získání statistických dat o počtu hospitalizací a rehospitalizací na dětském oddělení psychiatrické nemocnice za poslední tři roky. Kvalitativní část obsahuje tematickou analýzu rozhovorů s odborníky na téma psychiatrické hospitalizace, rehospitalizace a především jejich důvodů.

## **8 KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMU**

Účelem této části výzkumu je získat pohled odborníků, kteří se věnují dětské a dorostové psychiatrii, na téma psychiatrické péče, hospitalizace a rehospitalizace. Osnova rozhovoru byla sestavena tak, aby se dostalo na všechny zmíněné oblasti, protože jedna s druhou souvisejí a navzájem se ovlivňují.

Proto, abychom pochopili, proč dochází k rehospitalizaci, je nutné zmapovat názory odborníků. Získat od nich podněty k zamyšlení, které nejen že mohou podnítit další výzkum v této oblasti, ale především by měli směřovat k návrhu řešení problémové situace, ve které se péče o děti a adolescenty nachází.

### **8.1 Výzkumná otázka**

*Jaké jsou důvody rehospitalizace pacientů dětského oddělení psychiatrické nemocnice?*

### **8.2 Použitá metoda**

Na analýzu kvalitativního výzkumu byla použita tematická analýza dat (dále jen TA). TA je dnes jako metoda velmi populární díky své flexibilitě, přístupnosti a schopnosti nahlédnout hluboko do témat dané problematiky. Tematická analýza nám umožňuje systematicky identifikovat důležitá témata a organizovat je do přehledných a zároveň hlubokých výstupů. Cílem TA je zorganizovat a přehledně popsat témata, která

jsou důležitá a vypovídající o určité skupině lidí. Výzkumníkovi TA nabízí skrze proces analýzy velké množství informací či odpovědí, přičemž výzkumníkovi jde o to získat relevantní data, která mu odpoví na jeho výzkumnou otázku. Díky flexibilitě metody může být postup ale i opačný a výzkumník může TA použít i induktivně, tedy tak, že výzkumná otázka vzniká až během procesu analýzy. (Braun & Clarke, 2012)

V případě této diplomové práce byla TA pojata deduktivně a účelem bylo získat odpověď na předem stanovenou výzkumnou otázku. V kvalitativním výzkumu se výzkumník potýká s úskalím vlastních interpretací, bez kterých kvalitativní analýza textu nelze vytvořit. Tedy i v procesu TA je vhodné, aby se výzkumník vzdal svých vlastních domněnek, předpokladů, a mohl se plně soustředit na získaná data a témata, která jsou v nich obsažena.

Virginia Braun a Victoria Clarke (2012) dělí TA na šest fází:

1. *Seznámení se s daty*: První fáze je složena z opakovaného čtení textu (přepsaného rozhovoru s respondentem), případně poslouchání nahrávky rozhovoru. Čtení textu se odlišuje od běžného čtení, výzkumník by měl ke čtení přistupovat aktivně, kriticky, vnímat text a přemýšlet o smyslu dat. Do přepisu si během první fáze může vpisovat vlastní poznámky k tématu.
2. *Vytváření počátečních kódů*: Kódy označují data, která mají potenciál pro zodpovězení výzkumné otázky a výzkumníkovi se tedy zdají důležitá. Jde o vytvoření stručných kódů, kterým výzkumník rozumí, mohou mít charakter popisu i vlastní interpretace, nejsou to hotová vysvětlení.
3. *Hledání témat*: V této fázi se výzkumník zaměřuje na kódy, mezi kterými hledá spojitosti a vytváří z nich témata. Důležitým bodem je také hledání vztahu mezi tématy navzájem a zvažování jejich souvislosti. Autorky uvádějí, že témata dohromady tvoří smysluplný obraz našich dat.
4. *Ověření témat*: Ověřujeme již výše zmíněnou smysluplnost témat ve srovnání s původními daty. Kontrolní fáze kvality analýzy. Témata dokládáme citacemi.



5. Definování a popsání témat
6. Psaní výsledného reportu

### **8.3 Výběr respondentů**

Pro rozhovory na téma důvody hospitalizace byli osloveni čtyři odborníci z dětského oddělení, kteří přichází s hospitalizovanými dětmi a adolescenty do kontaktu každý den. Záměrem bylo získat pro výzkum širší pohled na danou problematiku. Všechny spojuje jejich cílová skupina, každý pracovník s ní však pracuje trochu jinak. S poskytnutím rozhovoru souhlasil primář oddělení, staniční sestra, psychologka a sociální pracovnice.

#### **Seznámení s respondenty**

Respondenti si přejí zůstat anonymní.

#### ***Primář oddělení***

Na oddělení je již desátým rokem a jeho náplň práce je vést oddělení jak lékařsky tak manažersky. Superviduje práci všech lékařů případně i psychologů. S dětmi na oddělení se pravidelně vidí na vizitách, a pokud si o to děti zažádají, a jeho časová kapacita to umožňuje, tak i na individuálních pohovorech či rodinných setkáních.

#### ***Staniční sestra***

Sestra je na oddělení již 35 let. Její náplň práce je vést ošetrovatelský personál, dohlížet na to, zda naplňují a respektují režimy a harmonogram. Na oddělení přijde do kontaktu s dětmi především, když se odehrává nějaký konflikt, dále vidá děti na pravidelných komunitách a vizitách. Také je jejím úkolem řešit případné stížnosti dětí na sestry.

#### ***Psycholožka***

Na oddělení v rámci atestačního kolečka nastoupila před 8 lety, nastalo je na oddělení 4 roky. V rámci oddělení má na starosti diagnostiku a terapii. V běžném

režimu do toho patří vedení komunit, individuálních pohovorů, rodinných terapií a diagnostika dle potřeb a indikace daného dítěte.

### ***Sociální pracovníce***

Na oddělení pracuje 7 let. Do její pracovní náplně spadá vše, kde je třeba sociální intervence, což bývá pohovor s dítětem a případné navázání spolupráce s OSPODEM či kurátorem. Dále taky práce s rodinou, pokud je potřeba dovysvětlit rodičům určité postupy, například u výchovných opatření, navázání spolupráce s kurátorem nebo co je čeká v rámci spolupráce se sociálním odborem.

## **8.4 Získávání dat**

Rozhovor s odborníkem trval přibližně 60 minut a vždy probíhal v soukromí na dětském oddělení. Před rozhovorem respondent podepsal informovaný souhlas (viz příloha). Rozhovor byl polostrukturovaný, skládal se ze 4 okruhů a každý okruh obsahoval několik otázek, byl nahráván a následně přepsán.

### **Osnova rozhovoru**

#### ***Pracovní pozice respondenta + pohled na celou oblast***

- ❖ V čem spočívá náplň vaší pracovní pozice?
- ❖ Jak dlouho pracujete s pacienty, kteří jsou hospitalizováni na dětské psychiatrii?
- ❖ Máte ve vaší pracovní pozici dostatek času věnovat se pacientům tak, jak potřebujete?
- ❖ Jak vnímáte momentální situaci dětské a dorostové psychiatrie v ČR?
- ❖ V čem případně vidíte hlavní problémy dětské a dorostové psychiatrie v ČR?

#### ***Téma hospitalizace***

- ❖ Vnímáte za poslední tři roky nějaké rozdíly mezi dětmi, které jsou hospitalizované? (psychické potíže, dg., pohlaví, chování, věk, zázemí, atp.)
- ❖ Jaké jsou podle vás nejčastější důvody hospitalizace?
- ❖ V čem vidíte pozitiva hospitalizace?

- ❖ V čem vidíte negativa hospitalizace?

### ***Téma rehospitalizace***

- ❖ Dochází podle vás k rehospitalizaci v průběhu posledních tří let více, stejně, či méně?
- ❖ Jaké jsou podle vás nejčastější důvody rehospitalizace?
- ❖ Dokážete říct, u jakých typů dětí dochází k rehospitalizaci? (psychické potíže, dg., pohlaví, chování, věk, zázemí, atp.)
- ❖ Je podle vás rehospitalizace důsledek závažných psychických poruch?
- ❖ Je podle vás rehospitalizace nahraditelná jinou formou péče?
- ❖ Jak by podle Vás šlo rehospitalizaci snížit či omezit?

### ***Téma následné péče***

- ❖ Jak by podle vás vypadala ideální péče o adolescenty s psychickými potížemi?
- ❖ Jaké znáte formy posthospitalizační péče, popřípadě jaké byste ze svého odborného pohledu doporučili? (rodinná, individuální, skupinová terapie, atp.)

## **8.5 Analýza jednotlivých rozhovorů**

V závorce (strana, řádek) jsou odkazy na citaci v přeepsaném rozhovoru, který je součástí přílohy, viz obsah.

### **8.5.1 PRIMÁŘ**

#### **1. PERSONÁLNÍ SITUACE JE DLOUHODOBĚ ŠPATNÁ**

Momentální situaci dětské a dorostové psychiatrie primář komentuje následovně, „...kolik lidí vlastně dětskou psychiatrii aktuálně dělá a kolik by případně bylo zapotřebí, tahle situace je dlouhodobě špatná.“ (2.30,31). Dále vysvětluje, že tím, jak se medicína posouvá je zapotřebí měnit přístup i u nás, „...individualizovaný přístup k pacientům, a to samozřejmě vyžaduje větší personální jako, zabezpečení v rámci republiky na což Česká republika... není připravená.“ (2.33-35). Další částí personální problematiky souvisí s komplikovaným vzděláváním, „...ten obor je velmi málo atraktivní a vzdělávací systém, který vlastně byl nepřehledný.“ (2.35-36). Problémem

jsou také finance, „...psychiatrie byla celkově dlouho silně poddimenzována, co se týče rozpočtu celého zdravotnictví. Vydělovali prostě finance, které byli dlouhá léta nedostatečná, ten vnitřní dluh, který tam vzniknul, je obrovský.“ (3.56-58). Dalším problémem jsou regiony, které díky své charakteristice nemají stálé odborníky, tudíž psychiatrická péče je tam minimální. „Jsou oblasti, kde prostě nikdo nechce...nikdo nechce jít trvale pracovat a tam zabezpečit nějakou kontinuitu té péče není úplně jednoduché, ale v rámci toho jak se v tuhle chvíli hledí na tu reformu té psychiatrický péče, tak si myslím, že to lze do toho včlenit, aby se prostě přemýšlelo už nad tím, že tyhle regiony jsou na tom blbě.“ (11,12.264-267).

## 2. HOSPITALIZACE JAKO OCHRANA DÍTĚTE

Hospitalizace je v mnoha ohledech nenahraditelná. Jejím hlavním úkolem je ochrana dítěte, jak před sebou samým, tak před rizikovým prostředím. Primář tento fakt zmiňuje jako pozitivum hospitalizace, „Hospitalizace by měla dítě chránit, hospitalizace by měla dítě dostat do stavu, kdy není v nebezpečí.“ (4.85,86). Mnohdy dítě a ani jeho rodina neví, jak ho chránit, jak se o něj postarat a jak tomu všemu vlastně rozumět. „Takže pozitivum je to, aby byl rychlý nástup léčby, ochrana to pacienta případně někdy i před sebou samým nebo před nějakými jako riziky, které vychází z toho onemocnění.“ (4,5.95-97).

## 3. PSYCHIATRIE SUPLUJE VĚCI, KTERÉ NEMÁ

Na psychiatrii se často klade nárok řešit problémy a situace, které ale sama ve své nynější podobě není schopna řešit. „...se stává, že to dítě je dlouhodobě zanedbáváno, je ve velmi zlých podmínkách jak rodinných nebo školních, je silně ostrakizováno, vyčleňováno z kolektivu, nepochopeno, napadáno a představa, že má řešit jenom psychiatrie to dítě je pak velmi riziková.“ (5.108-111). Zmiňuje nefungující systém a spolupráci, jako negativum psychiatrické hospitalizace, konkrétně to, že jak se v dospělé psychiatrii pracuje i se sociální složkou, tak v dětské by tomu mělo být stejně. Je třeba efektivně spolupracovat i se školou, jinak než tomu bylo doposud. „...školní vlastně záležitosti a tam spolupráce mezioborová zdravotních a školních zařízení je, když to řeknu slabá, tak nejsem daleko od pravdy. Nefunguje to dobře.“ (5.115-116).

Problematika ústavní výchovy a ohrožených lokalit v rozhovoru zazněla několikrát, „No a vrchol ledovce je pak samozřejmě institucionální péče ústavní výchovy, nedomyšlený systém, vůbec péče o děti v ohrožených lokalitách jako v ohrožených rodinách, tam ta psychiatrie často nemá objektivní data, supluje věci, které nemá jak suplovat.“ (5.116-119).

„Takže ten systém, který vlastně nadále preferuje instituci jako něco, co tomu dítěti pomůže, vhání ty děti do problému.“ (6.136,137). Negativum řešení problémů hospitalizací je dle primáře útěk od problému, proto dál v rozhovoru apeloval na práci s dítětem v jeho přirozeném prostředí. „...a i ty dospělý se jenom vlastně vyhýbají k tomu, aby byli nuceni s tím problémem jako víc pracovat.“ (6,7.145-146).

#### 4. OČEKÁVATELNÉ REHOSPITALIZACE

Během tématu rehospitalizace primář zmiňuje jejich častou předvídatelnost, znovu se vrací k nedostatečné péči v některých regionech, kde chybí psychoterapeutická a ambulantní péče, která by měla podchytit a spolupracovat s celou rodinou „...pak ten návrat do těch stejných neutěšených podmínek často generuje obavu z toho, že ta hospitalizace může být znovu.“ (7.159,160). Opět hovoří o špatné spolupráci se školou, kdy škola, „...absolutně nerozeznává to, když se dítě vrací po hospitalizaci nebo s nějakým duševním onemocněním do školní docházky. Jak to dítě integrovat, jak tomu dítěti nebo dospívajícímu přiměřeně pomoci.“ (7.159-163).

Problémem je chybějící následná péče, která by dítě podpořila v jeho návratu, „...možnost jako návratu do rodiny a do toho běžného fungování pokud prostě není zabezpečena, tak to riziko toho, že to dítě selže, je velké. Takže u velké části my víme, že ti pacienti oscilují po různých psychiatriích, že víme, že se budou pravděpodobně vracet.“ (7.166-168). Následná péče prakticky neexistuje, „...není kam pak propouštět, nejsou stacionáře, kromě Prahy není nikde v republice. A to samozřejmě pak přitahuje zpátky ty pacienty znovu. Ty hospitalizace pak chvílema vypadají jako jediný způsob, jak si s tím problémem prostě poradit.“ (7,8.170-172).

Dále zmiňuje závažnost některých duševních poruch jako jeden z hlavních faktorů, které ovlivňují rehospitalizace. „Jedna věc je samozřejmě závažnost, těch duševních poruch... No určitě vnímáme riziko u schizofrenie respektive psychóz, které mají vysoké procento chronifikace.“ (8.175,179-180).

## 5. PSYCHIATRIE BY MĚLA MÍT I JINÉ SLUŽBY, NEŽ JEN HOSPITALIZAČNÍ

Hovoří o nedostatku služeb, které kdyby existovaly, mohly by případně nahradit hospitalizaci, „*Určitě chybí velký počet vlastně zařízení, které by se, které by s dětmi pracovali, ať už na systému denních stacionářů, nebo akutních krizových center kde, ta rodina dostane krátkodobou relativně intenzivní péči, ale nepředpokládá se, že to dítě tam zůstane 4 – 5 týdnů, tohle rozhodně jako...pokud nebude, tak ty lůžka budou využívána někdy, ne úplně smysluplně.*“ (10.217-221).

Primář se vrací k problematice chybějící péče ve většině regionů, přičemž každý region by měl v ideálním případě mít „*...dobrou síť ambulantních služeb, psychoterapeutických služeb, aby každý region měl jeden denní stacionář, aby psychiatrické nemocnice v rámci svých oddělení měli jiné služby, než hospitalizační no, a aby vlastně ti pacienti při hledání jakýkoliv péče vlastně se nedostávali do toho, že jsou posíláni jako od čerta k ďáblu a pak jim z toho vyjde, že jediná hospitalizace je „jako takš“ jako bezpečná a rychlá a smysluplná.*“ (10.223-228).

Možnost změny vnímá také ve spolupráci mezi obory, odborníky a vzniku nových služeb, „*aspoň nějaký zdravotně sociální tým, který spolupracuje s ambulancemi a s lékaři v tom regionu a ten bych zachytával ohrožené děti nějakým duševním onemocněním tak i to, včasný záchyt a správné předávání vlastně těch pacientů, případně i do sociálních služeb, dobré ovlivnění toho školní prostředí, to by taky mohlo do budoucna pomoci.*“ (10.230-235).

## 6. ROZŠIŘOVAT NOVÉ SLUŽBY NA ÚKOR TĚCH STARÝCH, ROZPADAJÍCÍCH SE BUDOV SMYSL MÁ

Podle primáře by ideální péče o děti a adolescenty vypadala tak, že by se nezavírali do nemocnic a nestigmatizovali, „*...tak, že by se opustil model z Rakousko-Uherska, že Bohnice jsou za Prahou a ty blázný nechceme vidět, že Dobřany za Plzní a ty blázný nechceme vidět.*“ (10.238,239). Popisuje, jak ho rozčiluje přístup některých pediatrů, kteří i ze své pozice lékaře stigmatizují pacienty psychiatrie, „*Určitě zlepšit dostupnost péče v rámci krajských nebo okresních nemocnic, kde jsou pediatrická oddělení, aby nebyla taková jako dramatická stigmatizace i ze strany lékařů.*“ (11.247,248). Vypráví, jakým způsobem oznamují, že se jim dostal do rukou pacient

s duševními potížemi, *potřebujeme, abyste si ho vzali, potřebujeme, aby tady u nás nebyl, my se o něj nemůžeme postarat, nemůže být tady, my mu neumíme pomoci, nesmí být tady, je to nebezpečné, takže.*“ (11.251-253).

Dále je důležité, aby se do takových nemocnic dostávali jen jedinci s opravdu závažným duševním stavem, tedy tehdy, kdy ohrožují sebe nebo okolí. Zásadní je, aby se péče přesunula z nemocnice do pacientova prostředí „...*aby ta péče se přesunula prostě do regionu, kde ty, ty pacienti pracují a žijí, a aby byla snaha jim pomoci v tom jejich přirozeném prostředí, prostě reformovat ten systém psychiatrických nemocnic, dětských psychiatrických nemocnic.*“ (11.242-244).

Navazuje na téma reformy péče, „...*ne, aby se podporovaly staré, zničené budovy v těch dětských psychiatrických nemocnicích, ale aby okresy nebo kraje v rámci těch pediatrií měli lůžka kde to dítě může být observováno, kde může být nabídnuta nějaká primární akutní péče, kde může být rozeznáno psychiatrem, psychologem na kolik ten problém vyžaduje sociální službu nebo nevyžaduje, kde může sociální pracovník nasměrovat rodinu správným směrem, kde může být to dítě pak jako navázáno na nějaký tým, který ho podpoří pak v tom přirozeném prostředí školním i domácím, a aby prostě ty regiony měly aspoň částečně takhle zabezpečenou péči pro bud' přechodné nebo dlouhodobé duševní potíže těch dětí.*“ (11.254-261).

## **8.5.2 STANIČNÍ SESTRA**

### **1. PSYCHIATRICKÁ DIAGNÓZA JAKO VÝSLEDEK NE-VÝCHOVY**

„...*chybí respekt, autorita, která je v podstatě ve školství, tam to chybí velmi, a ty děti jsou, víc odvážnější, víc otrlejší, nemají zábrany a to si myslím, že je takovej ten zádrhel a samozřejmě už ty diagnózy patřej pod psychiatrii jo.*“ (4.78-81). Odkazuje se na problém nefunkčních a neúplných rodin, které v dnešní době převládají. Navazuje na to tím, že i personál na oddělení se snaží rodiče nasměrovat nějakým jiným směrem, než kterým šli ve své výchově doposud. Mluví o tom, jak je spoustu dívek poznamenaných prostředím, ve kterém se nemůžou rozvíjet tak, jak by si zasloužil jejich potenciál.

## 2. KONTROLY U PSYCHIATRA NEJSOU NÁSLEDNÁ PÉČE

Vnímá nedostatečnou následnou péči, konkrétně tedy návrat do rodiny, který není nijak zajištěn. „*Tím, že odejdou od nás, odejdou do té rodiny, kde jsou ty potíže, a my nemáme, asi tu pravomoc ani nikdy nedostaneme, abychom mohli tu rodinu nějak jakoby zabezpečovat stále.*“ (5.104-106). Hovoří o tom, že je třeba, aby probíhala pravidelná kontrola dětí v rodinách. Následnou péči by si představovala jako velmi intenzivní práci s celou rodinou, „*Ano, fakt intenzivně třeba dvakrát v týdnu, třikrát v týdnu, aby věděli, že i ten rodič potřebuje tu podporu, že to není jen o dítěti, je to fakt o tý komunikaci všech, celý tý rodiny.*“ (16.360,361). Dalším bodem je nenahrazovat ambulantní a stacionární péči hospitalizací, „*...ambulantní léčba určitě, ale není tak intenzivní jak by měla být, lůžková je třeba v případě kdy opravdu ty děti bych řekla, že se ohrožují na svém životě.*“ (13.296-298). Zmiňuje následnou péči i pro rodiče, co se týče informovanosti, zabezpečit je, dát jim podporu.

## 3. AGRESE JAKO NEJČASTĚJŠÍ DŮVOD HOSPITALIZACE

„*Nejčastější důvody bych řekla, pokud je to u těch dětí, který nejsou psychicky nemocný, tak je to agrese. Agrese ve škole, vůči spolužákům, nebo je to agrese vůči autoritám, nemusí bejt brachiální, jako že by napadli, ale verbální. A pak doma.*“ (6.139-141). Pokračuje, že tyto jsou pak odeslány k nim na oddělení.

Hovoří o problematice šikany, kterou pedagogický personál neřeší tak jak by měl, a to dítě si často neví rady a používá agresi jako obranu. Uvádí příklad, že se k nim na oddělení může dostat dítě, které se vůči svým „tyranům“ nedovede bránit, „*...udělej ještě něco horšího než třeba ty, co ho týrali. Třeba někoho napadne, surově ho zbije. Jo, takže pak se samozřejmě dostane sem rychle.*“ (12.269-271).

## 4. PEVNÝ A JEDNODUCHÝ REŽIM

Na oddělení dětské psychiatrie je režimová léčba, což je pro spoustu dětí nová zkušenost, většina z nich je doma bez stálého řádu. Podle sestry některé děti neznají z domu základní režim dne, „*...proto většinou dělaj i takovýhle věci, kdy se nudí, kdy není zájem třeba těch rodičů, kdy nesportují a začnou se v podstatě nudit, a nebo nevědí*



*co, tak se plácaj všude možné, že jo.“ (8.169-172). Režim není v ničem zvláštní ani ojedinelý, jde jen o smysluplnou náplň dne. „Takže tady my je v podstatě naučíme, že ten den má několik hodin a v každou tu hodinu se má něco dělat.“ (8.173). Děti si to chválí. „my je tady naučíme něčemu, co by mělo bejt jako normální. Je to stereotypní, ano, pro adolescenty je to nudný jo, to je prostě nudnej režim, ale to je přirozený.“ (8.182-184). Sestra ale vnímá jako negativum to, že „některý děti si zvyknou a jsou tady rády. To znamená, že je jim tady líp než doma, nebo než v tom prostředí, ve kterým žijou.“ (9.205,206)*

## 5. REHOSPITALIZACE MŮŽE POMOCI ODHALIT PROBLÉM

Popisuje, jak mnoho dětí dokáže dlouho skrývat své potíže. Vypráví o dívce, která až při třetí hospitalizaci, po sebevražedném pokusu, začala otevírat téma, které ji doopravdy trápí. *„Takže fakt jako některý děti to uměj, vydržej dlouho.“ (10.226,227).*

Dál zmiňuje důležitou roli spolupacientů, kteří se navzájem můžou, jak říká sestra „vyprudit“, a díky tomu se ukáže, v čem je problém. Mluví také o tom, že ne vždy se podaří vyřešit potíže hned při první hospitalizaci, *„...ty první hospitalizace my přijdou jako u závislostí no. Jakože když je první hospitalizace, tak se třeba nepodaří.“ (11.241,242).*

## 6. DÍTĚ NENÍ JEDINÉ, KDO SE MUSÍ SNAŽIT

Hovoří o tom, jak je důležité, aby rodiče přijali nový přístup k dítěti, *„...většinou to nepřijímaj, ten rodič to nepřijme, mají svůj styl, mají svůj směr. A to dítě se prostě vrátí.“ (11.245,246).*

Děti, které si prošly hospitalizací jsou citlivější, navíc je psychiatrie stále stigmatizována, může tedy docházet i k šikaně, *„Ať už je to v komunikaci, ať jeto v těch vztazích, ať je to i školní problém, ono fakt může bejt třeba všechno dobrý doma jo, ale zrovna v tý škole jsou tam nějaký spolužáci, který uměj, nebo šikanujou, nebo stačí i autorita, někdy ty autority taky to neuměj ten přístup k tomu dítěti. A ono stačí jeden problém a oni už to berou, jakože to je všechno špatně.“ (11.256-259).*

Další věc je oborová spolupráce, především se školou. Což teď neumožňují přísná pravidla GDPR. Díky špatné komunikaci a přístupu se stává, že dítě střídá školy,

*„protože většinou ty děti jsou agresivní, problematický, a už nikdo nechce žádný potíže jo, natož ještě kdyby byl šikanovanej, tak to už vůbec nechtěj.“ (12.265-267).*

Dalším odvětvím je spolupráce s OSPODEM, kam se z oddělení hlásí podezření, že v rodině není něco v pořádku, *„Většinou to je ale s takovým tím negativním účinkem, že vlastně je všechno v pořádku, nic tam neviděli, nic nezjistili a jede se dál.“ (17.385-387).*

#### 7. „JÁ BYCH HROZNĚ RÁDA POMOHLA TĚM LIDEM...ALE JÁ NEMÁM LIDI NA TO, ABYCH JIM POMÁHALA.“

Sestra při rozhovoru několikrát zmínila důležitost následné péče, to jak jsou na své problémy děti po propuštění samy, zároveň ale ani rodiče nedostávají takovou podporu, jaká by byla potřeba. Sama se cítí frustrovaná, protože už nemá kapacitu pomoci všem lidem, kteří ji o to žádají. *„Jak jsem vám říkala, pedopsychiatrické ambulance oni jsou, ale tam čím dál míň odborníků, pedopsychiatrů, protože ten obor asi nikdo dělat nechce, asi není tak záživnej, nevím, nepochopim to.“ (15.352-355).*

### 8.5.3 PSYCHOLOŽKA

#### 1. PROBLEMATICKÁ SITUACE AMBULANTNÍ PSYCHIATRIE A PSYCHOTERAPIE

V tématu dětské a dorostové psychiatrie několikrát zazněl problém personálního nedostatku, *„...dětský klinický psychology jako určitě těch je, k tomu jak dlouho je to vzdělávání, prostě jak šafránu, takže v tomhle vidim hodně deficit. Takže prostě personálně je to neobsazený.“ (2.31-33).* V rozhovoru s psycholožkou se dále několikrát opakuje téma nedostačující ambulantní péče, což má dopad jak na hospitalizaci tak i rehospitalizaci, *„Ale když se rozmyslíte, jestli propustit, a víte, že nejbližší termín objednání k pedopsychiatrovi, natož k psychoterapeutovi, kde terapie by byla potřebná s frekvencí minimální co 14 dnů, už tam jsme vůbec na hraně nějaký smyslnosti,*

*tak to je pak jako jasný u spousty dětí, jak vlastně tušíme, že se tady ještě několikrát obrátěj, což je smutná realita no.“ (3.49-53).*

## 2. DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE JAKO KRIZOVÝ MANAGMENT

Navazuje na problematiku personální neobsazenosti i v oblasti lůžkové psychiatrie, *„A i tady by se určitě v rámci nemocnice na to, jak bychom se měli pacientům věnovat, tak jako personálně je to vlastně na hraně, a co to tady většinou kompenzuje, tak je nadšení lidí a ochota tady zůstat přes časy, ale dlouhodobě to není jako udržitelný.“ (2.35-37).* Vysvětluje, jak na sebe tyto dvě problematiky navazují, a psychiatrie tak doplňuje péči jiných služeb, které jsou nedostupné, *„...nefungují tolik služby, nebo krizový centra, který by tohle byly schopný ošetřit, takže možná i v tomhle je to nadužívaný.“ (4.90,91).*

Dle psycholožky by to bylo mnohdy zvládnutelné ambulantní péčí, která by ale musela být zajištěna hned ten den, tzn. mít možnost krizových kontaktů, *„...často se z toho ukáže, že to opravdu byla třeba impulzivní proklamace nebo impulsivní jednání, který vlastně tady jako po tejdnu je znát, že nic dramatického ve smyslu psychiatrický diagnózy se neděje.“ (4.86-89).* Uznává, že suicidální proklamace je těžce zvládnutelná ambulantní péčí, a tím, že je nedostatek krizových center, nejsou jiné možnosti, než hospitalizace, *„...ale přesto říkám, na jednu stranu se není co divit, akorát, že v rámci prostě terénu nefungují tolik služby, nebo krizový centra, který by tohle byly schopný ošetřit, takže možná i v tomhle je to nadužívaný a na druhou stranu, já bejt venku a bejt v ambulantní péči tak... jo, ta obava je veliká.“ (4-5.89-92).*

## 3. NAHRADITELNOST REHOSPITALIZACE

Téma, které navazuje na předchozí témata o nedostatku služeb, které by mohly zafungovat v rámci snížení využívání psychiatrické lůžkové péče. *„Němně, je tady velká většina dětí, které kdyby existovaly stacionáře, stacionární péče, nebo byly víc pokrytý terénní služby...nějaká vlastně možnost zachytný sítě, což znamená pro někoho opravdu terapie co tejdén to sezení, tak si myslím, že by se daleko ulehčila.“ (11.252-255), „...minimálně to ulehčí jo, ne že to vyloučí všechny hospitalizace, ale výrazně to sníží třeba jejich počet.“ (11.259,260).*

Navazuje na téma posthospitalizační péče, kde by se v ideálním případě mělo pracovat s celou rodinou, protože v hospitalizaci na to není časová kapacita, může se během ní práce nastartovat, nicméně je žádoucí v ní pokračovat. Vnímá, že kdyby byla větší možnost rodinných terapií, tak ta celá práce zase může vypadat úplně jinak. „...někdy nás to i mrzí, že práce je relativně dobře nastartovaná, ale opravdu nastartovaná jo, že by bylo potřeba jít dál, ale tady když se hodně zadaří, tak jestli za pobyt dítě je možná, vzhledem na kapacitu a personální síly, udělat tři rodinný setkání tak je to fakt strop stropů. Ale to jsme hrozně na začátku, že jo. Jestli se prostě do jedenácti let věku dítěte něco dělo tak je naivní si myslet, že to tady po třech rodinných setkání bude jinak.“ (6.118-124). Spolupracující rodina může být v hospitalizaci „velký tahoun“, u některých rodin stačí, že nahlídnou na problém jinak a získají nový směr, takové rodiny jsou pak i schopnější zajistit si následnou péči a pokračovat v práci.

#### 4. RODINY Z MALÝCH MĚST JSOU V NEVÝHODĚ

Personální deficity a tím pádem i deficity služeb jsou i v Praze, natož pak v malých městech nebo rizikových krajích, „...další věc je vůbec otázka, jako pokrytí, byť jsme v Praze tak i tady je problém... (2.29-31). V jiných městech není reálné čerpat ambulantní či stacionární péči, „...takže to je jako úplnej nedostatek, ale to nevim, kam prostě sociálně slabší rodina z horní dolní se dostane, na co dosáhne. Dítě z Český lípy, a to jsme ještě nejbliž, nemůže jako asi denně tohle absolvovat.“ (13.289,290).

#### 5. PRVNÍ NENÍ DIAGNÓZA, ALE NARUŠENÉ RODINNÉ PROSTŘEDÍ

„...někdy, když vlastně člověk vidí celou tu rodinu při tom setkání, tak to není ani tolik o tý terapii, jako ještě doplnění nějaký jako diagnostiky i rodinný diagnostiky, a pak jsou v tom jako víc pochopitelný ty problémy, který my tady vidíme, jako výstup je teda označený někde pacient, ale problém je mnohdy jinde. A to je vlastně jakoby další věc, že pak to tady funguje jako trošku, opravte nám dítě, ale problém je někde jinde jo, takže i tady třeba se může dočasně chování nějakým způsobem zklidnit, nějaký věci posunout, ale jakmile je dítě vyslaný do nechráněného prostředí, tak se velmi často pokud ta rodina nefunguje, má tendence jako vracet a pak samozřejmě z pohledu rodičů je viníkem nemocnice, která nezajistila, dostatečně neopravila.“ (5.107-115). Dále

zmiňuje, že spolupráce s rodinou během hospitalizace je mnohdy spíše formální a rodinné intervence jsou spíše direktivnější směrem k rodinám a jsou o nastavování nových hranic, pravidel. Nedá se tedy hovořit o klasické rodinné terapii, spíše o intervenci.

## 6. ROZVEDENÉ RODINY

Na rodinnou problematiku navazuje další téma, které se také týká celé rodiny a znovu se setkáváme s tím, že je identifikovaný pacient, který je, dalo by se říct, hospitalizován neprávem. *„No, hodně častej problém je, což jsme zase bohužel na hranici nějaký psychiatrie, nebo to jsou děti, který sem v podstatě nepatřej...jsou rozvedený rodiče nebo rodiče v rozvodovém řízení.“* (10.229-231). Hovoří o náročných rozvodech, kdy se rodiče o dítě přetahují, posílají si po něm informace, atp. Což psycholožka popisuje jako opravdu těžkou a poškozující pozici pro dítě. *„Paradoxně, kdo na tom jako nejvíc utrpí, je to dítě, protože to je tady, a to by tady nemělo vůbec co dělat a mělo by mít nějaký stabilní a jasný prostředí, ale někdy ty tlaky z jedny nebo druhý strany jsou tak neuvěřitelný, že není v pozici a moci dítěte jim nějakým způsobem čelit jo. Takže tam jako není první psychiatrická diagnóza dítěte, ale tak narušený rodinný prostředí.“* (10,11.235-239).

Na závěr dodává, *„...jako je to smutný, protože tyhle děti tu nemaj co dělat.“* (11.242,243).

## 7. VYTRHNUTÍ Z NEFUNKČNÍHO STEREOTYPU

Psycholožka zmiňuje pozitivní aspekt hospitalizace, a tím je změna prostředí, ve kterém fungují pravidla a režim. Díky pobytu v psychiatrické nemocnici se tak může zjistit, zda se jedná o psychiatrickou diagnózu, či reakci na prostředí. *„Ať už teda v rodině, kdy často to může bejt jako i nenahlížený, co se děje, nebo z toho školního prostředí, nebo z ústavního prostředí...tak co vlastně s tu záležitostí může udělat režim a hranice jo. Tam je vlastně možná odlišit potom, jestli se jedná o nějakou echt psychiatrickou diagnózu.“* (6.127-132). Zmiňuje diagnózy, kde je především třeba je řešit medikálně, *„Nebo jestli je to víc o úpravě toho prostředí, kde ta medikace může hrát třeba jenom nějakou podpůrnou roli...Pro někoho taky, že si někdy jenom prostředí*

*třeba oddychne na chvíli, uleví si, zklidní se to na obou stranách a může to zas fungovat dál jo.“ (6.135-139)*

## 8. NEODDĚLOVAT HOSPITALIZACI OD REALITY

Psycholožka zmiňuje důležitost přirozeného prostředí, ve kterém by se mělo pracovat i v průběhu hospitalizace. *„Jo, radši na kratší pobyty, radši ať je to nasměrovaný někam ven a ať se to jako pořád zkouší v tom reálném prostředí, dokud to jde.“ (9.192-194).*

Dále hovoří i riziku dlouhodobých pobytů, *„...furt jsme tady jako skleníkový prostředí, kde nějakým způsobem struktura je, i když to řeknu natvrdo vnucená v něčem, děti se tu často můžou naučit jenom jako vnější motivaci, ale nedojde k té přeměně v tu vnitřní a k tomu, že to chtěj jako opravdu dělat, a stále prostě nemocnice jako není dobrý místo pro vývoj dítěte v kterémkoliv věku.“ (7.148-152).* Mluví o tom, že je důležité zkoušet návrat do „reality“ i během hospitalizace, *„děti na zkusmý propustky choděj domů, ale posíláme je i do školy, středoškoláky obzvlášť, jako v rámci nějakých expozičních propustek, aby si opravdu aspoň vyzkoušeli po dobu hospitalizace tu realitu.“ (7.156-158).*

Důležitý aspekt přenastavování péče směrem ven z nemocnice, což bychom si mohli představit, jako komplexní péči a spolupráci více systému, než jen nemocnice, *„Myslím si, že to je jedna z důležitých věcí a zase otevírání toho spektra té pomoci někam jako dál jo, že to není svět nemocnice a tady ten vnější, ale že přesně tímhle jsou možný dělat nějaký mosty k tomu, abychom to přenastavili ven.“ (7,8.163,164).*

## 9. NOTORIČTÍ PACIENTI A OPAKOVANĚ POŠKOZOVANÉ DĚTI

V rámci hospitalizace, lze u některých pacientů dopředu odhadnout, že se do pár měsíců na oddělení vrátí. *„Jako je to smutný, ale je to tak. Protože třeba dlouhodobě ta situace doma nebo v zařízení jiným, výchovným, není jako uspokojivá, nebo bohužel jsou to asi i aspiranti potom prostě do dospělosti jako vlastně na psychiatrický pacienty, který prostě nějak, kde se rehospitalizace budou opakovat.“ (8.169-173).*

Hovoří o hospitalizaci dětí z ústavní péče. Uvádí příklad, že dítě, které se sebepoškodilo je následně převezeno na dětské oddělení, přičemž, *„ono se nic moc*

*reálně nepracuje, myslím si, že je to přesně o tom, že si oddychne dítě i zařízení, a vrací se tam, jo takže...tam je otázka těch rehospitalizací...je to spíš o tom, že pro dítě existuje nějaká hranice, pro zařízení existuje nějaká hranice a tady to je trochu vytloukání klínu klínem.“ (8.178-183).*

Dalším problémem jsou rodiny, ve kterých jsou přítomny duševní potíže, či nízká socioekonomická úroveň, „*Jo, pak jsou prostě věci, kde víte, že nikdy nebude moct fungovat, protože rodina toho není schopná, ať už jsou tam jako přidružený duševní obtíže rodičů, celého příbuzenstva, nebo nějak socioekonomický slabší rodiny, tak tam je bohužel asi potřeba s tím jako někdy počítat, obzvlášť když třeba nezafungují ani sociální služby.“ (9.194-197).*

Pacienti, kteří se důsledku nedostatečné péče vracejí do hospitalizace, jsou také adolescenti, kteří jsou závislí na návykových látkách, „*A ty se sem samozřejmě jako vracíš, protože jo, tady nemůžu poskytnout nějakou tříměsíční léčbu a pak na to nějaký následný věci.“ (9.211-212).* Hovoří o tom jako o prázdné díře v systému, která nás ještě dožene. „*Tam, kde už závislost je, tak s tím nemůžou hnout jo, když s tím kolikrát nehne ani dospělej, takže tohle chtít po dětech je neuvěřitelný.“ (9.222-223).*

Dále zmiňuje rodiny, u kterých nedošlo k žádné změně, ačkoliv se v hospitalizaci během rodinných setkání problém ukázal, „*...kde jsou dlouhodobě problémy prostě v rodině, kde je neochota je řešit. Jo, to tady třeba může bejt i ukázaný v rámci rodinek, co je nějaký problém, ale pak vidíte, když se to dítě vrátí, že se vlastně v tom nepracovalo vůbec nic.“ (10.220-223).*

## 10. NASTAVENÍ PRAVIDEL A HRANIC NEMUSÍ ŘEŠIT ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

Téma o prostředí, navazuje na všechna předchozí, které zmiňují jeho zásadní roli při léčbě. V tomto tématu je důležitým faktem to, že mnohdy ani nemusí dojít primárně ke zdravotnické péči, ale spíše k sociální, přičemž zdravotnictví může mít podpůrnou roli, „*...ale přece jenom je to v mnoha případech víc o úpravě prostředí než o nějaký medikační cestě, ta je v podstatě podpůrná jenom.“ (12.278-280).*

Psycholožka hovoří o tom, že ne všechny obtíže spadají svým řešením pod zdravotnictví, a bylo by tedy vhodné, nasměrovat rodiny jiným směrem, ať už pedagogickým či sociálním, „*...tak u dětí, ještě na rozdíl od dospělých, nebo u*

*dospělých jako je takový to zakotvení pracovní, tak u dětí řešíme samozřejmě vždycky školu. Takže tam by byla dobrá spolupráce, která se více či méně daří. (12.262-264).*

Dalším pilířem je spolupráce se sociálními sférou u dlouhodobě selhávajících rodin, *„Tam opravdu u řady rodin to fakt není na terapii, protože na tu jako nemaj zdroje ať už kognitivní, mentální nebo jakýkoliv jiný. Ale že by potřebovali třeba fakt radu, nasměrování.“ (12.267-269).*

Potřeba rodinných center, kam se dají nasměrovat celé rodiny, u kterých je primárně potřeba zapracovat na úpravě domácího prostředí, *„...aby ta pestrost byla daleko větší, protože dítě s převážnou dominancí výchovných problémů, kde je to opravdu o nastavení pravidel doma o nějakým porušování nastavení hranic, myslím, že to velmi dobře a kvalitně můžou řešit v sociální oblasti a ne všechno musí spadat do zdravotního ranku jo, pokud tam prostě nejsou evidentní věci, ve smyslu psychiatrický diagnózy, jak jsme říkaly.“ (12.272-276).*

#### **8.5.4 SOCIÁLNÍ PRACOVNICE**

##### **1. SYSTÉM NENÍ SCHOPEN UDRŽET DÍTĚ TERÉNNÍ SLUŽBOU**

Díky nedostatku ambulantních psychiatrů jsou čekací doby na vyšetření dva až tři měsíce. Takhle dlouho není většina rodin schopných čekat, *„...tak dlouho nejsou schopni to dítě v rámci terénu udržet a hledá se cesta jak rychlejc dojít k nějaký psychiatrický péči.“ (2.44,45).* Díky tomu může docházet k suplování nedostatku ambulantních psychiatrů právě hospitalizací.

##### **2. VÝCHOVNÉ BEZHRAŇÍ**

Podle sociální pracovnice přibývá především výchovných problémů a závislostní problematiky. *„...někdy je tady to oddělení ta skladba pacientů taková, že se to podobá nějakýmu výchovnému ústavu jo, že jsou to víceméně výchovný problémy.“ (4.74,75).*

Málokdy se na oddělení objeví dítě, které je funkční rodiny, většinou to jsou rodiny rozvedené, ve kterých funguje jich několikátý partner matky nebo otce. *„...často ty rozvody byly dramatický, docházelo tam k tahanícím o ty děti.“ (5.94).*



Dále to bývají rodiny sociálně slabé, kde jsou obvyklé i osobnost odchylky u rodičů, „Ale je to daný si myslím i tím, že ty rodiče jsou sami osobnostně už jako nějak...zvláštní, že asi ta rodina se nedostala, do nějaký ekonomický nouze tím, že má nemocný dítě, ale už prostě.“ (5.97-99).

Ze svého odborného pohledu vnímá návratnost u dětí, které mají problém se školní docházkou, buď z důvodu školní fobie či velké úzkosti, nebo díky selháváním výchovné složky v rodině. „rodiče nejsou schopný to dítě, udělat mu nějaký běžnej denní režim, aby dítě ráno bylo schopný vstát do školy, takže tady se nám podaří třeba obnovit školní docházku tím, že se ten denní režim nastaví, choděj v pravidelnou dobu spát, pravidelně vstávaj, tady začnou chodit do školy, nějak ten rytmus chytěj.“ (8.162-166). Sama říká, že některým dětem to vydrží, některé znovu „sklouznou do výchovného bezhraničí“ a hospitalizace se opakuje. Dále se taky opakuje u „děti s výchovnejma problémama, který jsou takový na rozhraní tý psychiatrie a výchovných problémů“ (8.168,169), časem se projeví, která z těchto dvou složek převládá. V rámci rodinné terapie u takových rodin cílem ukázat jim nový přístup, nová pravidla, aby to mohlo fungovat. Někteří rodiče bohužel nejsou dostatečně výchovně kompetentní, „To dítě opakovaně přichází a pak to někdy končí i tím, že se ve spolupráci s OSPODem nebo s kurátorem přistupuje k ústavní výchově.“ (8.178,179).

### 3. HOSPITALIZACE JAKO VYTRŽENÍ Z PROBLÉMU, ALE TAKY VYTRŽENÍ Z PŘIROZENÉHO PROSTŘEDÍ

Má zkušenost, že si při hospitalizaci děti odpočinou od toho prostředí, ve kterém žijí. Získají tak náhled na celou situaci, „...a jako najít nějaký možný řešení, který jim může pomoci se zase do té situace vrátit a nějak s ní jako rozumněji naložit, dovedněji.“ (5.112,113).

Zároveň je ale pro spoustu dětí a rodin problém dlouhé vzdálenosti bydliště od nemocnice, díky nedostatku služeb v menších regionech. Rodina má problém udržovat pravidelný kontakt v rámci návštěv, obzvlášť, pokud je ekonomicky slabá. „...stesk toho dítěte po rodině že jo, to je zase vytržení ze zázemí, který je funkční pokud se tam jedná vyloženě primárně o nějaký psychiatrický problém, tak těm dětem se stejská.“ (6.115-117).

#### 4. POTŘEBA VĚTŠÍ SÍTĚ PODPORY V TERÉNU

Popisuje, že by bylo potřeba více zařízení, které umožní jak vytržení z problémového prostředí, tak i dostatečnou psychoterapeutickou pomoc, především pro jedince, kde není nutný zásah medikací. „*tak si umim představit, že by se některý ty děti sem nemusely dostávat.*“ (9.195,196). Samozřejmě vnímá, že je zapotřebí více dětských psychiatrů a především psychoterapie, která by v ideálním případě měla být finančně dostupná pro všechny, tedy zdarma. Zároveň hovoří o tom, že ne všechny rodiny mají o rodinnou terapii zájem, protože mohou mít pocit, že je to útok na jejich rodičovskou identitu, „*...ne každé rodič si to dokáže v hlavě tak přebrat, že je to vlastně podávaná pomocná ruka.*“ (10.220,221).

„*...hospitalizace by měla řešit až jenom takovej úplnej vrcholek ledovce.*“ (11.227), mělo by k ní docházet pouze i děti, které ohrožují sebe nebo své okolí. Ocenila by více stacionární péče, která může pomoci obnovit denní režim, dále taky výchovné poradenství a rodinnou psychoterapii.

#### 5. NEDOMYŠLENÝ SYSTÉM OBOROVÉ SPOLUPRÁCE

„*...když by všichni měli dodržovat úplně striktně GDPR tak asi všichni jenom sedíme... a rejpe se propiskou za nehem, protože telefon nemůžete zvednout, nikomu nemůžete žádnéj dopis napsat, nic. Takže v tom je takovej trošku problém.*“ (13.280-284).

Nelze vznést konkrétní dotaz, aniž by nebyla uvedena většina identifikačních údajů, podle sociální pracovnice je tahle situace nedomyšlená a ošemetná, protože pracovníci, kteří jsou s rodinou v kontaktu už delší dobu, toho ví přirozeně mnohem více, než je personál z nemocnice schopen zjistit během doby hospitalizace. Sama říká, že v rámci pomáhání dětem všichni balancují na ostří nože, co se poskytování a získávání informací týče.

## 8.6 Společná témata

**Odpověďmi na výzkumnou otázku** jsou nalezená společná témata u všech respondentů. V každém tématu je v závorce odkázáno na téma respondenta, ve kterém se o konkrétní věci zmiňuje.

Výzkumná otázka: *Jaké jsou důvody rehospitalizace pacientů dětského oddělení psychiatrické nemocnice?*

### **1. NEDOSTATEK ODBORNÍKŮ**

Následující téma se objevilo u všech čtyř respondentů. Psycholožka hovoří o problému dlouhých čekacích lhůt jak na vyšetření, tak na psychoterapii, důvodem je nedostatek odborníků, a tato situace ovlivňuje jak hospitalizaci, tak i případnou rehospitalizaci. Týká se to i samotného oddělení, kde jak říká, jsou personálně na hraně (t.1,2). Sestra mluví o tom, že nemá lidi na to, aby mohla pomoci všem, kteří to potřebují, a kteří jí o pomoc žádají (t.7). Sociální pracovnice vnímá, že nynější systém není schopen udržet dítě terénní či ambulantní službou, jsou moc dlouhé čekací lhůty a nejrychlejší cesta k psychiatrické péči je právě hospitalizace (t.1). Primář vnímá personální situaci špatnou již dlouhodobě, nepřehledný vzdělávací systém, který omezuje množství pedopsychiatrů, nedostatek financí pro obor a zanedbaná péče v malých regionech (t.1).

### **2. NEDOSTATEK SLUŽEB**

Na nedostatku služeb se shodli opět všichni čtyři respondenti. Nedostatek služeb ovlivňuje jak případnou hospitalizaci, ke které by v některých případech nemuselo docházet, kdyby byl dostatek ambulantní péče, tak i v případě rehospitalizace, které by měla zamezit právě chybějící následná péče. Z rozhovoru s primářem vyplývá, že psychiatrická hospitalizace může suplovat péči jiných služeb. Není dostatek krizových center, která by některé případy mohla ošetřit a zvládnout je tak bez hospitalizace. Dále je nedostatek denních stacionářů, které by také mohly výrazně snížit počet hospitalizací (t.3,4,5,6). Psycholožka to vidí podobně, ne každá suicidální proklamace či impulsivní

chování je známkou psychiatrické diagnózy (t.2,3,8,10). Z hospitalizace se tak stává jediný způsob řešení problému. Psycholožka mluví o přenastavování péče z nemocnice směrem ven, otevírat spektrum pomoci dál.

Důležitou roli hraje také spolupráce s celou rodinou, tedy rodinná terapie, či intervence. Práce s rodinou hraje velkou roli i při hospitalizaci, psycholožka vysvětluje, že rodina může být „velkým tahounem“. Na to navazuje sociální pracovnice, která hovoří o tom, že je třeba, aby takové služby byly finančně dostupné pro všechny, dále se zmiňuje o intenzivnější psychoterapeutické péči, která by mohla pomoci těm, u kterých není třeba zásahů medikací (t.4). Psycholožka také zmiňuje, že všechno nemusí řešit zdravotnické služby, u spousty rodin je potřeba především zásahů sociálních a terapeutických služeb. Nedostatkem je především následná péče po propuštění z hospitalizace, hovořili o ní všichni respondenti. Dle primáře není kam propouštět. Sestra si stěžuje, že momentálně jediná „následná péče“ jsou kontroly u psychiatra (t.2).

### **3. NEFUNKČNÍ RODINA**

Všichni kromě primáře hovořili o narušeném rodinném prostředí, o nefunkčních nebo rozvedených rodinách, či nedostačující výchově. Psycholožka hovoří o přístupu „opravte nám dítě“, přičemž problém je v celé rodině, která to není schopna nahlédnout. Dále hovoří o rozvedených rodinách, kde nefunguje komunikace a nejvíce tím trpí dítě, které se díky tomu dostalo až do psychiatrické nemocnice. Rizikovou skupinou jsou také socioekonomicky slabé rodiny, či rodiny, kde jsou přítomny duševní obtíže u rodičů. (t.5,6,9). Sociální pracovnice hovoří také o rozvedených a sociálně slabých rodinách. Dále ale hovoří o dětech s výchovnými potížemi, konkrétně o výchovném bezhraničí, se kterým se setkává, dětem chybí základní denní režim a řád (t.2). Podle sestry jsou dnešní děti mnohem více odváznější a bez zábran, z domu neznají režim a povinnosti (t.1,4).

### **4. MALÉ REGIONY V NEVÝHODĚ**

Dle primáře jsou oblasti, kam nikdo nechce jít pracovat, tudíž tam úplně chybí služby. Dále je mnoho rodin, které nejsou systémově podchyceny, a návrat z hospitalizace do takových podmínek je rizikový (t.1,4). Sociální pracovnice vnímá problém ve velké vzdálenosti nemocnice od místa bydliště, některé ekonomicky slabší rodiny si tak nemohou dovolit dítě pravidelně navštěvovat (t.3). Oba dva zmiňují, že je

důležité poskytnout péči v přirozeném prostředí pacienta. Psycholožka zmiňuje, že i v hlavním městě je problém, natož potom v menších městech (t.4).

## **5. SLABÁ MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**

Sestra hovoří o citlivosti jedinců, kteří mohou být po hospitalizaci terčem šikany. Je proto potřeba komunikovat se školou a pracovat s dětmi i po jejich návratu (t.6). Primář vnímá spolupráci se školními zařízeními jako klíčovou, ale bohužel nefunguje tak, jak by měla, škola neví, jak takové dítě integrovat (t.3,4). Problémem je také GDPR, které není domyšlené a ztěžuje spolupráci mezi orgány, říká sociální pracovníce (t.5), i sestra. Vrcholem ledovce je dle primáře ústavní výchova, systém podle něj vhání děti do problémů. Psycholožka se o ústavní péči také zmiňuje (t.10), a to v souvislosti s rehospitalizacemi, které jsou v tomto případě „vytloukání klínu klínem“.

## **6. VYTRŽENÍ Z NEFUNKČNÍHO PROSTŘEDÍ A PRAVIDELNÝ REŽIM**

Všichni tento aspekt vnímají pozitivně. Hlavním úkolem hospitalizace je chránit dítě, přidaná hodnota je potom režimová léčba, tedy bezpečné a předvídatelné prostředí. Psycholožka vysvětluje, že je důležité vidět dítě v jiném, strukturovaném prostředí a zjistit, zda za duševní potíže může nefunkční prostředí nebo diagnóza (t.7). Podle sestry je občas potřeba více hospitalizací, aby se odhalil problém, mnohdy tomu může pomoci i kolektiv na oddělení (t.5). Pozitivní dle primáře je rychlý nástup léčby a ochrana dítěte (t.2). Sestra vysvětluje, že režim, který je na oddělení je jednoduchý a měl by být normální, přičemž ho ale spousta dětí nezná, nikdo je ho nenaučil (t.4). Sociální pracovníce popisuje, jak děti pozitivně reflektují to, že si při hospitalizaci odpočinou a uleví si od jejich běžného prostředí a problémů (t.3).

## **7. AGRESE JAKO DŮVOD HOSPITALIZACE**

Primář uvádí, že agrese je mnohdy vnímána jako něco, co patří jedině do rukou psychiatrie. Dál popisuje, že pro některé děti je v těch těžkých situacích, ve kterých se ocitají ať už doma, či ve škole, agrese jediným způsobem, jak se s tím vypořádat. Podle sestry je agrese hned po závažných duševních poruchách dalším nejčastějším důvodem pro hospitalizaci. Shoduje se s primářem v tom, že agrese je pro některé děti mnohdy jediný způsob, jak se bránit (t.3). Psycholožka hovoří o poruchách chování, se kterými

se na oddělení často setkává, tuto diagnózu nechce zlehčovat, ale má dojem, že je to mnohdy spíše o úpravě prostředí než o medikaci, jako hlavním prostředku léčby.

#### **8. *DIAGNOSTICKÉ DŮVODY PRO HOSPITALIZACI***

Důvodem pro hospitalizaci či rehospitalizaci je samozřejmě také závažnost duševních poruch. Co se týče diagnóz tak všichni respondenti nejčastěji zmiňují suicidální chování a sebepoškozování jako důvod hospitalizace. Dále několikrát v rozhovorech zazněla problematika závislostí a s tím související toxické psychózy. Primář také zmiňuje afektivní poruchy a poruchy příjmu potravy. Co se týče potíží, které ne úplně jasně spadají pod diagnostická kritéria, hovoří o již zmiňované agresi, nechození do školy, výchovných problémech, funkčním selhávání, zlobení ve škole a dětech z výchovných ústavů, které oscilují po psychiatriích.

## 9 DOPLŇUJÍCÍ KVANTITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMU

### 9.1 Sběr dat

Nemocnice si přeje zůstat v anonymitě včetně statistických dat, která jsou uvedena v kvantitativní části výzkumu.

Získání dat bylo nejdříve konzultováno s vedením oddělení, ale vzhledem k tomu, že se jedná o citlivá data, která v původní formě nebyla anonymní, muselo dojít k obhájení výzkumné záměru před etickou komisí a požádat ji o schválení. V momentě kdy vedení nemocnice i etická komise schválili poskytnutí dat, bylo osloveno IT oddělení, které má na starosti veškerá data nemocnice. Data ve formě, v jaké byly potřeba pro tento výzkum, doposud nebyla nikdy dřív zpracována. Výstup této práce bude mít přínos i pro oddělení, protože budou mít konečně jasná data v ruce. Oddělení tedy bude mít podklady pro rozhodování o případné potřebě následné péče.

Účelem bylo zjistit počet hospitalizací a rehospitalizací za rok 2017, 2018, 2019. Po domluvě s primářem oddělení jsme se rozhodli zaměřit na zmapování následujících údajů: věk, pohlaví, diagnóza. Cílem vytvoření těchto statistických údajů je hledat souvislosti mezi těmito faktory a počtem hospitalizací.

### 9.2 Výzkumné otázky

1. *Jaký je počet hospitalizací za poslední tři roky a u kolika z těchto hospitalizací proběhla v budoucnu rehospitalizace?*
2. *Které diagnózy a které demografické faktory nejčastěji souvisí s rehospitalizací?*

## 9.2 Přehled diagnóz

Vzhledem k velkému množství diagnóz, které se objevovaly v datech, byly vybrány pouze ty, které se vyskytovaly minimálně u pěti jedinců.

F10-F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20.0 – Paranoidní schizofrenie

F23.0/.1 – Akutní polymorfni psychotická porucha bez schizofrenních symptomů/se symptomy

F32.0/.1/.2 – Lehká depresivní fáze/středně těžká/těžká

F41.2 – Smíšená úzkostná depresivní porucha

F42.2 – Smíšené nutkavé myšlenky a činy

F42.9 – Obsedantně-nutkavá porucha NS

F43.2 – Poruchy přizpůsobení

F50.0 – Mentální anorexie

F60.3 – Emočně nestabilní porucha osobnosti

F60.8 – Jiné specifické poruchy osobnosti

F70.1 – Lehká mentální retardace

F71.1 – Střední mentální retardace

F84.0/.1 – Dětský autismus/Atypický autismus

F84.5 – Aspergerův syndrom

F90.0/.1 – Porucha aktivity a pozornosti/Hyperkinetická porucha chování

F90.9 – Hyperkinetická porucha NS

F91.0/.1/.2 – Porucha chování vázaná na vztahy v rodině/nesocializovaná/socializovaná

F91.8 – Jiné poruchy chování

F91.9 – Porucha chování NS

F92.0 – Depresivní porucha chování

F92.8/.9 – Jiné smíšené poruchy chování a emocí/Smíšená porucha chování a emocí NS

F93.8 – Jiné dětské emoční poruchy

F98.9 – Neurčené poruchy chování a emocí, s nástupem vyskytujícím se obvykle v dětství a dospívání



### 9.3 Shrnutí výsledků

Odpovědi na výzkumné otázky jsou uvedeny v následujících tabulkách a grafech.

#### 1. Jaký je počet hospitalizací za poslední tři roky a u kolika z těchto hospitalizací proběhla v budoucnu rehospitalizace?

Tabulka č. 1: Celkový počet hospitalizací a rehospitalizací za roky 2017, 2018, 2019

Počet hospitalizací	Počet dětí / % z celkového počtu	Počet opakovaných pobytů
1x	729 / 79%	0
2x	136 / 15%	272
3x	35 / 4%	105
4x	13 / 1%	52
5x	3 / 0%	15
6x	0	0
7x	0	0
8x	1 / 0%	8
9x	1 / 0%	9
<b>celkem</b>	<b>918 dětí</b>	<b>461</b>

Během všech tří let bylo hospitalizováno dohromady **918** dětí, přičemž hospitalizací proběhlo dohromady **1 190**. Z celkového počtu hospitalizací bylo **461** rehospitalizací, které proběhly dvakrát až devětkrát. Během posledních tří let došlo ze 100 % hospitalizací u **38,7 %** k jejich opakování. U **189** dětí, tedy u **20,6 %** došlo k rehospitalizaci.

**Tabulka č. 2: Počet hospitalizací a rehospitalizací za jednotlivé roky**

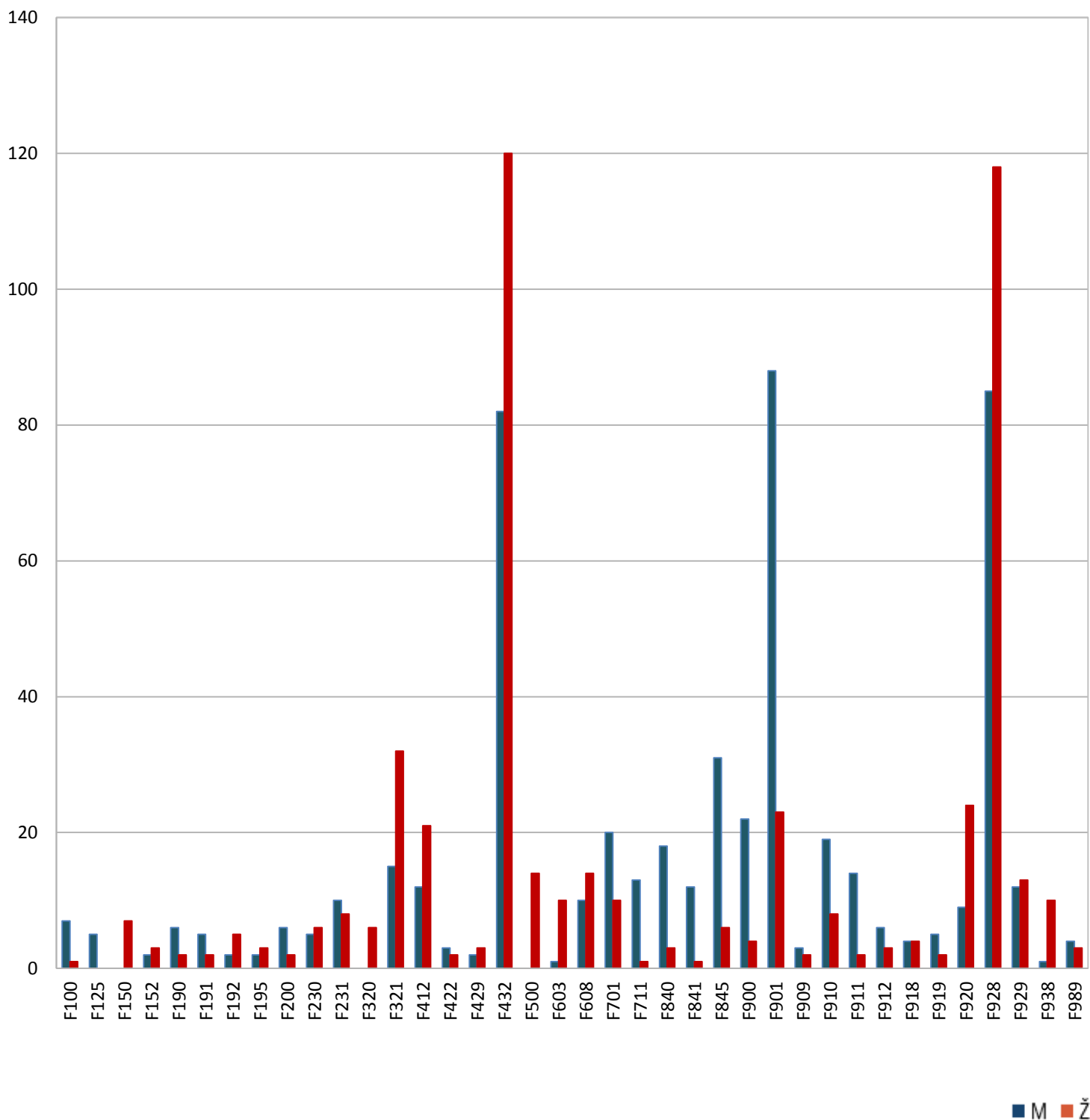
	<b>Celkový počet hospitalizací / počet dětí</b>	<b>Jedna hospitalizace</b>	<b>Dvě a více hospitalizací</b>
<b>2017</b>	443 / 380	328	115
<b>2018</b>	397 / 339	293	104
<b>2019</b>	350 / 308	276	74
<b>celkem</b>	<b>1 190 / 1 027</b>	<b>897</b>	<b>294</b>

Cílem této tabulky je zobrazit počty hospitalizací v průběhu tří let a zjistit, jak se mezi sebou tyto čísla liší. Z tabulky je patrné, že se počet hospitalizací i rehospitalizací v průběhu let snížil.

Počet dětí je v této tabulce vyšší, a to z důvodu rehospitalizace, která u některých probíhala napříč všemi třemi roky. Díky tomu se liší i počet rehospitalizací od celkového počtu, protože rehospitalizace se v průběhu tří let opakovaly různě, tedy například dítě, u kterého během tří let proběhly dohromady hospitalizace tři, mohly proběhnout v každém roce jednou, je tedy započítán do sloupce jedné hospitalizace v každém roce, nikoliv do sloupce dvou a více hospitalizací.

## 2. Které diagnózy, a které demografické faktory nejčastěji souvisí s rehospitalizací?

Graf č. 1: Diagnózy vyskytující se minimálně u pěti jedinců



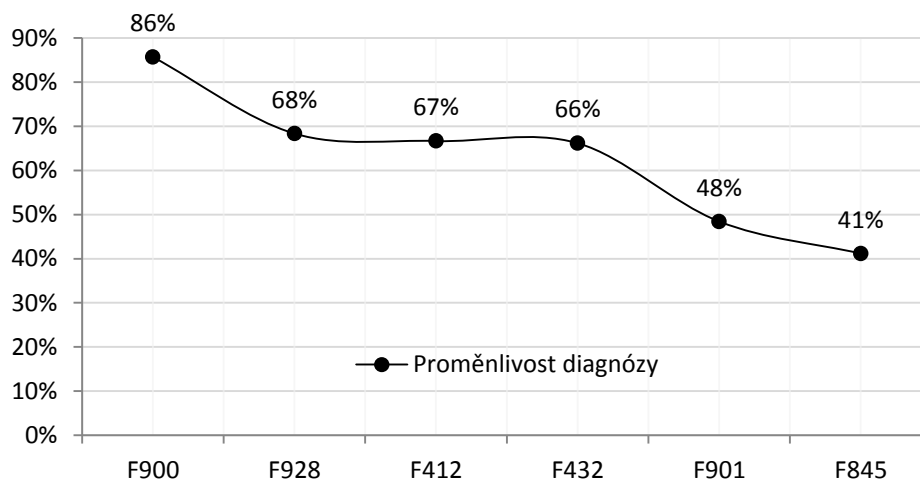
Tři nejčastější diagnózy u dívek:

- ❖ F43.2 – Poruchy přizpůsobení
- ❖ F92.8 – Jiné smíšené poruchy chování a emocí
- ❖ F32.1 – Středně těžká depresivní fáze

Tři nejčastější diagnózy u chlapců:

- ❖ F90.1 – Hyperkinetická porucha chování
- ❖ F92.8 – Jiné smíšené poruchy chování a emocí
- ❖ F43.2 – Poruchy přizpůsobení

**Graf č.: 2 Proměnlivost diagnózy**



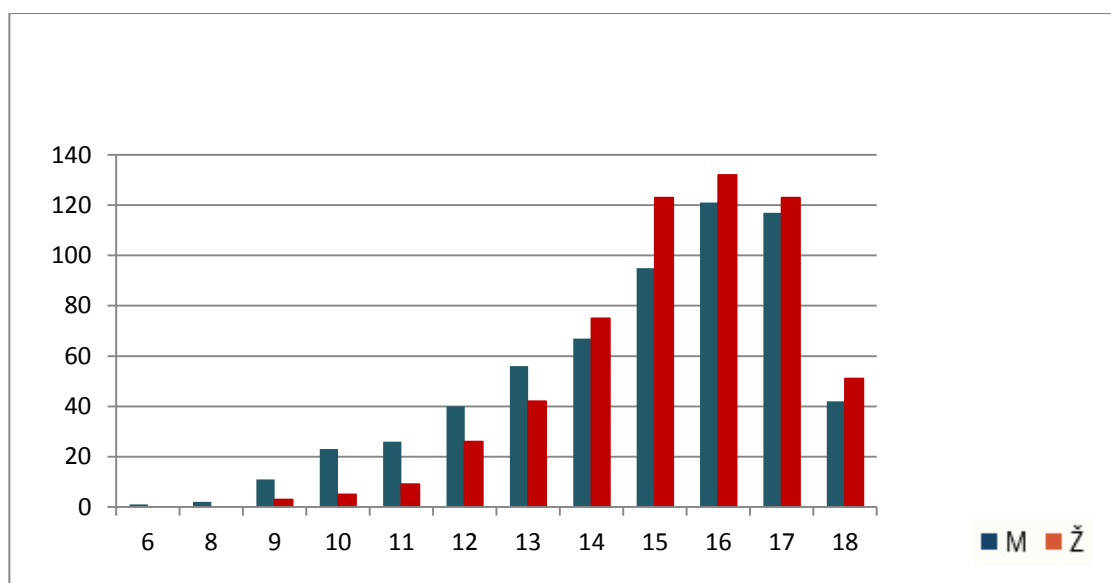
Tento graf znázorňuje proměnlivost diagnóz, které byly přidělené rehospitalizovaným dětem při jejich první hospitalizaci. Na svislé ose je znázorněna proměnlivost/změna diagnóz v procentech, na vodorovné ose jsou to nejčastější vstupní diagnózy u rehospitalizovaných dětí.

Diagnózy se během rehospitalizací mění, další pobyt dítěte tedy většinou neprobíhá se stejnou diagnózou. Nejvýznamnější diagnózy z pohledu dat (dostatečný statistický vzorek) jsou F92.8 (Jiné smíšené poruchy chování a emocí), F43.2 (Poruchy přizpůsobení), F90.1 (Hyperkinetická porucha chování). Jsou to nejčastěji se vyskytující diagnózy za celé tři roky, a v rámci rehospitalizací jsou nejméně stále. Dále vidíme, že u vstupní diagnózy F90.0 (Porucha aktivity a pozornosti) dochází v 86% ke změně v budoucnu, tento výsledek je ale způsoben malým vzorkem dat, stejně tak je tomu u

diagnózy F41.2 (Smíšená úzkostná depresivní porucha), signifikantní pro nás tedy zůstávají tři výše zmíněné diagnózy. Nejstálejší vstupní diagnózou, která je přidělena i při dalších rehospitalizacích dítěte je F84.5 (Aspergerův syndrom).

Průměrně v **69%** dojde v průběhu rehospitalizací ke změně vstupní diagnózy. V takovém případě **nelze nalézt vypovídající diagnostickou příčinu rehospitalizace.**

**Graf č. 3: Přehled počtu hospitalizací dle věku**



Porovnání počtu hospitalizací za poslední tři roky u dvou věkových kategorií:

- ❖ 6-12 let: 43x u dívek, 103x u chlapců
- ❖ 13-18 let: 546x u dívek, 498x u chlapců

Z porovnání je patrné, že v každé věkové kategorii dominuje jedno pohlaví. Počet hospitalizací mladší věkové skupiny je vyšší u chlapců, u druhé skupiny převažují dívky.

**Tabulka č. 3: Přehled počtu rehospitalizací dle věku**

věk	počet rehospitalizací	počet dětí celkem	procenta rehospitalizací
6	0	1	0%
8	1	2	50%
9	4	12	33%
10	3	19	16%
11	9	30	30%
12	13	54	24%
13	17	78	22%
14	30	112	27%
15	47	157	30%
16	36	182	20%
17	26	198	13%
18	3	73	4%

V tabulce jsou zvýrazněny pouze data, která obsahují dostatečný statistický vzorek, tedy větší počet dětí než 100. Vidíme, že v uplynulých třech letech bylo rehospitalizováno nejvíce dětí ve věku **15** let.

Celkový poměr hospitalizací mezi dívkami a chlapci, v rámci všech diagnóz, obou věkových kategorií a celých tří let:

- ❖ 589 hospitalizací u 477 dívek
- ❖ 601 hospitalizací u 441 chlapců

Poměr mezi dívkami a chlapci je téměř stejný, dívek bylo o pouhých 2% více, než chlapců.

**Tabulka č. 4: Přehled počtu rehospitalizací dle pohlaví**

	Počet rehospitalizací	Počet hospitalizací	Procentuální počet rehospitalizovaných dětí
Dívky	85	477	18%
Chlapci	104	441	24%

Z celkového počtu hospitalizací dochází k rehospitalizaci u **24%** chlapců a u **18%** dívek.

## DISKUZE

Ráda bych se zaměřila na výsledky doplňující kvantitativní části výzkumu. Z třetího grafu porovnání četnosti hospitalizací podle věku vidíme, že ve věkové skupině 6 – 12 let jsou častěji hospitalizováni **chlapci** a ve věkové skupině 13 – 18 let **dívky**. Rozdíly mezi dívkami a chlapci ve věkové skupině 13 – 18 let nejsou nikterak veliké, četnost dívek je zde pouze nepatrně vyšší než četnost chlapců. Výrazný rozdíl nacházíme zejména v mladší věkové kategorii. Nejčastější diagnózou této věkové kategorie je **F90.1** (Hyperkinetická porucha chování). Přičemž výskyt této poruchy je častější u chlapců než u dívek, a to v poměru 3-3,5 : 1 (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010). Ve věkové kategorii 13 – 18 let jsou častěji hospitalizovány dívky a nejčastější diagnóza je **F43.2** (Poruchy přizpůsobení). V mladším věku jsou tedy častěji hospitalizováni chlapci, v adolescenci dívky. Tyto výsledky odpovídají i některým obtížím, které většinou bývají dominantní pro jedno nebo druhé pohlaví. Jedná se například o sebepoškozování, které se u dívek a chlapců ve věku 15 – 19 let objevuje v poměru 3:1 (podkapitola Sebepoškozování). Víme, že sebepoškozování není samostatná diagnóza a většinou mívá situační etiologii. Mnoho citlivých, adolescentních dívek se neumí „přizpůsobit“ konfliktu a k jeho zvládnutí volí nepříliš šťastný postup. U dívek jsou také častější internalizační potíže, stahují se do sebe a „tiše trpí“, zatímco u chlapců bývají psychické potíže externalizačního charakteru, a to často právě ve formě agrese (viz podkapitola Dopad rozvodu na dítě), či zlobení a impulsivity, což odpovídá hyperkinetickým poruchám chování. Takové vysvětlení odpovídá výsledkům nejčastějších diagnóz, kdy v celkovém počtu stále převládají výše zmíněné diagnózy u dívek F43.2 a u chlapců F90.1.

Dostáváme se k hlavnímu bodu diskuze, kterým jsou diagnózy a diagnostické příčiny rehospitalizace. Graf č. 2 nám ukazuje proměnlivost nejčastějších diagnóz, které se objevují u rehospitalizovaných dětí. Zaměřila jsem se na vstupní diagnózy u dětí, u kterých v budoucnu došlo k rehospitalizaci, a to z toho důvodu, že mě zajímalo, zda stejná psychiatrická diagnóza, stanovená při první hospitalizaci, stojí za důvodem rehospitalizace. Pokud by tomu tak bylo, měla by být diagnóza stanovena při první hospitalizaci a stát se tak důvodem případné rehospitalizace, měla by se tedy opakovat i v budoucnu. Ovšem z výsledků vidíme, že v **69%** dojde v průběhu rehospitalizací ke změně vstupní diagnózy. Nejčastějšími a zároveň nejvíce proměnlivými diagnózami jsou F92.8 (Jiné smíšené poruchy chování a emocí), F43.2 (Poruchy přizpůsobení) a

F90.1 (Hyperkinetická porucha chování). Přičemž nejstálejší vstupní diagnózou je F84.5 (Aspergerův syndrom). Je jasné, že Aspergerův syndrom je stabilní v čase, je neměnný a má poměrně jasná diagnostická kritéria, zatímco u předchozích tří poruch tomu tak zdaleka není. Pod tyto poruchy spadá jak depresivní, tak neurotická symptomatika. Pro mě u takových diagnóz vyvstává otázka, nakolik se jedná o významné diagnózy a do jaké míry je to „nálepka“ pro nejasnou symptomatiku, která potřebuje být zařazena a pojmenována z důvodu hrazení péče pojišťovnou.

Samozřejmě musíme brát v úvahu složitou diagnostiku této věkové skupiny z hlediska jejich stále probíhajícího vývoje. Také víme, že některé diagnózy nelze stanovit, dokud jedinec nedosáhne dospělosti, protože osobnost se stále vyvíjí. Tudíž rozumím tomu, že například dívce s hraničními rysy, které se vyznačují emoční labilitou, patologickými copingovými strategiemi, depresivním prožíváním atp., nemůže být v adolescentním věku diagnostikována hraniční porucha osobnosti, ale je zvolena právě například diagnóza jiné smíšené poruchy chování a emocí. Zároveň si ale dovedu představit opačný případ, kdy dítě žije v patologickém prostředí, na které reaguje ať už stažením se do sebe nebo agresí či sebepoškozováním, a v důsledku toho je mu přidělena diagnóza porucha přizpůsobení. V takovém případě se ale nabízí otázka, zda by se vůbec takovému prostředí dokázal někdo „přizpůsobit“? Není to jen zdravá a naprosto přirozená reakce na to, že prostředí, které má být bezpečné, pevné a předvídatelné je přesným opakem a dítě se tak stává obětí vnějších patologických vlivů a následně i diagnostiky, která se s ním ponese po zbytek jeho života a stigmatizuje ho? Z vlastní zkušenosti vím, že některé děti si pak své obtíže vysvětlují právě takovou diagnózou, vnímají samy sebe jako nemocné jedince, viní se, v horším případě se i nenávidí a přijímají identitu pacienta.

Z výsledků práce vyplývá, že rehospitalizace nemá diagnostickou příčinu, naopak se z kvalitativní části ukázalo, že hlavními důvody pro rehospitalizaci dětí jsou spíše vnější aspekty, jako je právě nedostatek služeb, odborníků a nefunkční rodina. Shrnu-li výsledky své práce, ukazuje se, že dítě je většinou obětí systému, ať toho zdravotnického, ve kterém není dostatek služeb a odborníků, nefunguje je v něm spolupráce mezi obory, nebo systému rodinného, ve kterém se dítě stává pouze identifikovaným pacientem celé rodinné patologie.

Některá výsledná témata z kvalitativní části výzkumu se shodují s výsledky bakalářské práce, do které byli náhodně vybráni čtyři respondenti, u kterých se ukázalo, že pocházejí z velmi konfliktních, rozvedených rodin. Všichni respondenti žijí pouze



s matkou, matky dvou respondentů samy bývaly pacientkami psychiatrické nemocnice a dodnes u nich jsou přítomny duševní obtíže. Dále se v této práci, stejně jako v té předchozí, opakuje téma pacienty subjektivně vnímané důležitosti pevného režimu na oddělení. Podobnost výsledků obou prací podporuje i fakt, že u respondentů v bakalářské práci byly přítomny stejné diagnózy, které z tohoto výzkumu vycházejí jako nejčastěji se objevující.

Vnímám limity své práce v malém vzorku dat. Například z výsledků kvantitativní části vyplynulo, že počet hospitalizací a rehospitalizací se v průběhu tří let mírně snížil. Otázkou v tomto případě zůstává, jakým faktorům lze tento vývoj přisuzovat, a protože máme data pouze z jedné psychiatrické nemocnice, nevíme, zda k hospitalizacím a rehospitalizacím námi sledovaných dětí nedošlo v jiných zařízeních. Bylo by spolehlivější zpracovat stejná data ze všech dětských psychiatrických oddělení a získat tak celorepublikový přehled této situace a problematiky. Zároveň ale víme, že neuspokojivá situace zdravotního systému, ve kterém je nedostatek služeb a odborníků se týká celé republiky, a tím pádem data, která jsem nasbírala pro svůj výzkum, jsou významná.

Hospitalizace může být a často je náhradou za ambulantní péči. Je to nejsnazší forma řešení akutního problému. Je tedy na nás všech, abychom začali této situaci čelit a vytvářeli nové služby. Hospitalizace není řešením dlouhodobých problémů, není to v její moci. Při práci s adolescenty v našem pilotním projektu posthospitalizační služby vnímám to, že hospitalizace „uhasí“ potíže, které nejvíce hoří, které jsou nejvíce akutní. Poskytne dítěti prostředí, které je jasné a strukturované, ve kterém si může odpočinout a získat náhled. Bohužel hospitalizace není schopna terapeuticky řešit rodinné konflikty a hluboké, dlouholeté obtíže dítěte. Dítě se tak po propuštění znovu ocitá na své problémy samo. V práci s těmito dětmi vnímám, jak moc potřebují bezpečné prostředí, ve kterém se mohou podělit o své potíže, ve kterém na to vše nemusí být samy a kde mohou být upřímní a nebude je čekat trest či odsouzení. Tyto děti neodcházejí z hospitalizace „uzdraveny“, odchází stabilizovány. Pokud se jim ale i po hospitalizaci nebude dostávat kvalitní péče, pravděpodobně k hospitalizaci dojde časem znovu.

Terapeutická práce s adolescenty není jednoduchá, většinou obnáší i náročnou komunikaci s rodiči, suicidální rizika, zvraty či jen nepatrný progres. Nicméně bych ráda v závěru citovala psycholožku z dětského oddělení, která mi mimo záznam řekla pár slov k následné péči, konkrétně k její důležitosti: *„Musíte mít na paměti dvě věci, první, představte si, co by s nimi bylo, kdyby vaší služby nebylo. A další, nemějte velké*

*cíle, nenechte se demotivovat tím, že nevidíte velké změny, myslete na to, že i kdyby to pro ně měla být jen korektivní zkušenost v tom, že je pro jednou někdo respektoval, bral jako rovnocenného partnera, že tu pro něj byl a poslouchal ho, to stačí.“*

## ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zmapovat situaci dětské a dorostové psychiatrie. Výzkum byl zaměřen na problematiku rehospitalizace a jejich důvodů. Kvalitativní část měla za úkol zodpovědět výzkumnou otázku pomocí tematické analýzy rozhovorů s odborníky. Kvantitativní část nám měla pomoci doplnit tento výzkum o faktické údaje z dětského oddělení psychiatrické nemocnice, a zjistit, jaká je četnost hospitalizací a rehospitalizací, a jaké demografické údaje s rehospitalizací na konkrétním oddělení souvisí.

Výsledky tematické analýzy rozhovorů s odborníky, které odpovídají na otázku důvodů rehospitalizace pacientů dětského oddělení psychiatrické nemocnice jsou následující témata: *nedostatek odborníků, nedostatek služeb, nefunkční rodina, malé regiony v nevýhodě, slabá mezioborová spolupráce, vytržení s nefunkčního prostředí a pravidelný režim, agrese jako důvod rehospitalizace a diagnostické důvody pro hospitalizaci*. Tato témata se objevovala ve všech rozhovorech, především témata *nedostatku odborníků a služeb*, která jsou hlavním problémem v dětské a dorostové psychiatrii/psychologii. Další problém jako je například *nefunkční rodina*, je také velkým tématem, přičemž ale úzce souvisí s faktem, že neexistují služby, které by s takovými rodinami mohly pracovat. Můžeme tomu tedy rozumět tak, že mnoho témat plyne právě z nedostatku odborníků a služeb.

V doplňující kvantitativní části bylo cílem zjistit, jaký je počet hospitalizací a rehospitalizací za poslední tři roky, a které demografické údaje, konkrétně věk, pohlaví a diagnóza souvisejí s rehospitalizací. Za rok 2018, 2018 a 2019 bylo na dětském oddělení psychiatrické nemocnice hospitalizováno 918 dětí, z toho 189 jich v budoucnu bylo rehospitalizováno. Dohromady proběhlo 1 190 hospitalizací, z toho bylo 461 rehospitalizací. K rehospitalizaci nejvíc docházelo u dětí ve věku 14 a 15 let, co se týče pohlaví, více k rehospitalizaci docházelo u chlapců, konkrétně u 104 chlapců, rehospitalizovaných dívek bylo 85. Nejčastěji se vyskytující diagnózy u hospitalizovaných dívek byly F43.2 (Poruchy přizpůsobení), F92.8 (Jiné smíšené poruchy chování a emocí) a F32.1 (Středně těžká depresivní fáze. U chlapců F90.1 (Hyperkinetická porucha chování), F92.8 (Jiné smíšené poruchy chování a emocí) a F43.2 (Poruchy přizpůsobení). Dalším úkolem bylo zjistit, jaká diagnóza souvisí s rehospitalizací, během zkoumání jsme ale došli k závěru, že nelze nalézt vypovídající diagnostickou příčinu rehospitalizace, a to z důvodu časté proměnlivosti diagnóz.

Zaměřili jsme se na vstupní diagnózy, které by měli predikovat to, že v budoucnu dojde k rehospitalizaci, výsledkem tohoto šetření bylo, že v 69% dojde v průběhu rehospitalizace ke změně vstupní diagnózy. Z toho vyplývá, že děti a adolescenti nejsou rehospitalizováni pro jasnou psychiatrickou diagnózu.

Nenašli jsme diagnostickou příčinu rehospitalizace a ve společné analýze se objevilo spoustu vnějších témat, které se nevycházejí ze samotného dítěte, ale ovlivňují jeho rehospitalizaci. Teoretické poznatky poukazují na adolescenci jako na citlivé vývojové období, na důležitou roli rodiny, na náročnou terapii s touto věkovou skupinou, nebo na stigmatizační následky hospitalizace. Poznatky, které vyplývají z tohoto výzkumu poukazují na smutnou realitu, ve které se mnohdy děti a adolescenti stávají oběťmi nefungujícího systému. Nefunkční zdravotnický systém, nefungující rodina, špatná mezioborová spolupráce a nedostatek terapeutických služeb dohromady tvoří prostředí, ve kterém mnohdy hospitalizace vychází, jako nejlepší způsob řešení problémů.

## SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH CITOVANÝCH ZDROJŮ

Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2002), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319-335). New York, NY, US: Guilford Press.

Allen, J.P., Hauser, S.T., Bell, K.L., O'Connor, T. G. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and selfesteem. *Child Development*, 65, 179-194. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00743.x>

Balcar, K., Říčan, P., Krejčířová, D. (1997). *Psychoterapie u dětí a dospívajících*.

Becker-Stoll, F., & Fremmer-Bombik, E. (1997, April). Adolescent-mother interaction and attachment: *A longitudinal study*. In biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC. <https://doi.org/10.1177/0165025408093654>

Bierman, G. *Moc a bezmocnost v terapeutické práci s dětmi*, Čs. Pediatrie, 1991 (8-9), s.385.

Binder, P. E., Holgersen, H., & Høstmark Nielsen, G. (2008). Re-establishing contact: A qualitative exploration of how therapists work with alliance ruptures in adolescent psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(4), 239-245.

Blake, P. (2011). *Child and Adolescent Psychotherapy*. ISBN 9781855758988.

Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*, 11(6), 373-377.

Causey, D., McKay, M., Rosenthal, C., & Darnell, C. (1998). Assessment of hospital-related stress in children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 11(4), 135–145. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.1998.tb00029.x>

Clemens, E. V., Welfare, L. E., & Williams, A. M. (2010). Tough transitions: Mental health care professionals' perception of the psychiatric hospital to school transition. *Residential Treatment for Children and Youth*, 27, 243–263. DOI: 10.1080/0886571X.2010.520631

Csémy, L., Hrachovinová, T., Čáp, P. E. T. R., & Starostová, O. (2014). Agresivní chování dospívajících: Prevalence a analýza vlivu faktorů z oblasti rodiny, vrstevnických vztahů a školy. *Československá psychologie*, 58(3), 242-252.

Dalton, R., Muller, B., & Forman, M. A. (1989). The psychiatric hospitalization of children: An overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 19, 231–244. <https://doi.org/10.1007/BF00705953>

Drapela, J. V. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.

Emery, R. E. (1982): Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psycho- logical Bulletin* 92, 310–330.

Erikson, Erik H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Přeložil Jiří Šimek. Praha: Portál.

Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 79, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x>

Fontanella, C. A. (2008). The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 187-198.

Funk, W. (2001): Violence in German Schools: Its determinants and its prevention in the scope of community-based crime prevention schemes. Nuremberg, IFES.

Gabel, S., Swanson, A. J., & Shindledecker, R. (1990). Aggressive children in a day treatment program: Changed outcome and possible explanations. *Child abuse & neglect*, 14(4), 515-523.

Gensler, D. Silence in Adolescent Psychotherapy. *Journal of Infant, Child* [online]. 2015, 14(2), 188-195 [cit. 2020-04-29]. DOI: 10.1080/15289168.2015.1032635. ISSN 15289168.

Hammondová, H. (2008). *Proměny vztahů s rodiči v období adolescence*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, fakulta sociálních studií. Dostupné z [https://is.muni.cz/th/103097/fss\\_b/text\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/103097/fss_b/text_prace.pdf)

Hartl, P., Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál.

Hinshaw S.P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714–734. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>

Hosák, L., Hrdlička, M. & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

Hradská, D. (2011). *Rizikové rodinné prostředí jako zdroj psychické zátěže* (bakalářská práce, Masarykova univerzita). Dostupné z [https://is.muni.cz/th/v3r5a/BAKALARSKA\\_PRACE\\_Dagmar\\_Hradska.pdf](https://is.muni.cz/th/v3r5a/BAKALARSKA_PRACE_Dagmar_Hradska.pdf)

*Identita jako klíčový aspekt dospívání* [website]. (n.d.). Získáno 2. března 2018 z webových stránek

[https://is.muni.cz/el/1441/podzim2015/ASPG\\_VYPS/um/52335199/kap8\\_2.html](https://is.muni.cz/el/1441/podzim2015/ASPG_VYPS/um/52335199/kap8_2.html)

James, S., Charlemagne, S. J., Gilman, A. B., Alemi, Q., Smith, R. L., Tharayil, P. R., & Freeman, K. (2010). Post-discharge services and psychiatric rehospitalization among children and youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(5), 433-445.

Kadeřávková, L. (2017, 18. srpna) *Ambulance dětských psychiatrů praskají ve švech*. Dostupné z <http://www.terapie.digital/nazory/tema/ambulance-detskych-psychiatru-praskaji-ve-svech.html?authToken=nullhttp%3A%2F%2Fwww.terapie.digital%2Fnazory%2Ftema%2F429.html%3FauthToken%3Dnull&fbclid=IwAR1K6BBLItKczIkZhvPqzlBE7PPtNb4t7SnOXgZV-o2JvA1173sXjmHFtvk#>

Koutek, J., & Kocourková, J. (2013). Analýza rizikových faktorů suicidálního jednání v dětství a adolescenci. *Czecho-Slovak Pediatrics/Cesko-Slovenska Pediatrie*, 68(1).

Koutek, J., Kocourková, J. (2007). *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál.

Krieglová, Marie. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada. Psyché (Grada).

Lebow, Jay L. Editorial: DSM-V and Family Therapy. *Family Process* [online]. 2013, 52(2), 155-160 [cit. 2020-04-29]. DOI: 10.1111/famp.12035. ISSN 00147370.

Macek, P., & Štefánková, Z. (2006). Vztahy s rodiči a jejich souvislosti s citovou vazbou. *Vztahy v dospívání*, 1, 25-40.

Malá, E., Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál.



Matějček, Z., Dytrych, Z. *Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.

Matoušek, O., Matoušková, A. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-825-8.

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134. DOI: 10.1037/h0095032

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: dětská revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. (2008). Praha: Bomton Agency.

Nechanská, B., Jann, J., Nováková, Z., Kudrna, K., Pašingerová, R. (2018) *Psychiatrická péče 2018* [zdravotnická statistika]. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>

Novotný, J. S., & Okrajek, P. (2012). Vliv vybraných charakteristik rodinného prostředí na rizikové chování 15tiletých adolescentů. *E-psychologie*, 6(2).

Olšovský, J. (2011). *Slovník filosofických pojmů současnosti*. 3., Rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada.

Ondráčková, D. (2011). *Autorita rodičů očima adolescentů*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, fakulta filozofie. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/35603/DPTX\\_2010\\_1\\_\\_0](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/35603/DPTX_2010_1__0)

Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada).

Pavlát, J. (2007). *Děti v rodičovských soudních sporech* (disertační práce, Masarykova univerzita). Dostupné z <https://iustin.cz/files/pavlatdisert.pdf>

Pavlát, J. (2012). Děti po rozvodu svých rodičů-souhrn anglofonních a našich prací. *Československá Psychologie*, 56(3).

Pöthe, P. *Psychoterapie dítěte: případ šestiletého chlapce*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3758-4.

Preyde, M., Shrenik P. & Heintzman J. (2018). Youths' Experiences of School Re-Integration Following Psychiatric Hospitalization. *Journal of the Canadian Academy of Child*[online]. 27(1), 22-32 [cit. 2018-03-26].

Raboch, J. & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Reynolds, W., Lauder, W., Sharkey, S., MacIver, S., Veitch, T., & Cameron, D. (2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Health Nursing*, 11, 82–88. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00692.x>

Rice, J. L., & Tan, T. X. (2017). Youth psychiatrically hospitalized for suicidality: Changes in familial structure, exposure to familial trauma, family conflict, and parental instability as precipitating factors. *Children and youth services review*, 73, 79-87.

Romansky, J. B., Lyons, J. S., Lehner, R. K., & West, C. M. (2003). Factors related to psychiatric hospital readmission among children and adolescents in state custody. *Psychiatric Services*, 54(3), 356-362.

Roubková, J. (2017, 7. března) *V Česku je desetina potřebného počtu dětských klinických psychologů. Ministerstvo chce zkrátit studium*. Dostupné z [https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/detsti-klinicti-psychologove-ministerstvo-zdravotnictvi\\_1903071002\\_pj?fbclid=IwAR2t4R2GW4aElwh0SXe\\_aNkGRTVm03-ffTgUpNSkWiBxaIpXzDFB6E5RCTA](https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/detsti-klinicti-psychologove-ministerstvo-zdravotnictvi_1903071002_pj?fbclid=IwAR2t4R2GW4aElwh0SXe_aNkGRTVm03-ffTgUpNSkWiBxaIpXzDFB6E5RCTA)

Rozsivalová, E., Trefilová, A., & Paclt, I. (2010). *Sebepoškozování u dospívajících*. [souborný článek].

Rubtsova, O. (2012). Adolescent Crisis and the Problem of Role Identity. *Cultural-Historical Psychology* [online]. (1), 2-7.

Russo, J., & King, J. H. (Eds.). (2017). *DSM-5® and Family Systems*. Springer Publishing Company.

Říčan, P. & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada).

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

Savina, E., Simon, J. & Lester, M. (2014). School Reintegration Following Psychiatric Hospitalization: An Ecological Perspective. *Child* [online]. 43(6), 729-746 [cit. 2018-03-26]. DOI: 10.1007/s10566-014-9263-0.

Simon, J. B., & Savina, E. A. (2005). Facilitating hospital to school transitions: Practices of hospital-based therapists. *Residential Treatment for Children and Youth*, 22(4), 49–66. DOI: 10.1002/pits.22036

Singer, J. B., O'Brien, K. H. M., & LeCloux, M. (2017). Three psychotherapies for suicidal adolescents: overview of conceptual frameworks and intervention techniques. *Child and adolescent social work journal*, 34(2), 95-106.

Sirey J, Bruce MI, Alexopoulos GS, et al. (2001). Percieved stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*, 158(47), 9–481. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.3.479

Smith, J. A. (Ed.). (2007). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. UK: Sage Publications Ltd.

Sobotková, V. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada. Psyché (Grada).

Springer, C., Wallerstein, J. S. (1983): Young adolescents' responses to their parents' divorces. In: L. A. Kurdek (Ed.): *Children and divorce*, San Francisco, Jossey Bass, 15-29.

Stárková, L. (2013). *Stigmatizace v pedopsychiatrii*. [přehledový článek]. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/03.pdf>

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., Darling, N. (1992). Impact of Parenting Practices on Adolescent Achievement: Authoritative Parenting, School Involvement, and Encouragement to Succeed. *Child Development* 63(5), 1266-1281. <http://dx.doi.org/10.2307/113153>

Sun, Y., & Li, Y. (2002). Children's well-being during parents' marital disruption process: A pooled time-series analysis. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 472-488.

Svobodová, D. (2012). *Problematika rodin s dětmi ohrožených sociálním vyloučením* (diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci). Dostupné z <https://theses.cz/id/n42148/1927521>

Štefánková, Z. (2007). Citová vazba v rané adolescenci. *Československá Psychologie*, 51(5), 503.

Štefánková, Z. (2011). *Citová vazba a sociální adaptace v rané adolescenci*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita, fakulta sociálních studií. Dostupné z [https://is.muni.cz/th/dm9s3/Stefankova\\_IS\\_system.pdf](https://is.muni.cz/th/dm9s3/Stefankova_IS_system.pdf)

Štěpanyová, G. (2019,20. prosince) *Vzniknou tři speciální multidisciplinární týmy duševního zdraví pro děti a dospívající, ministerstvo na ně vypsaló výzvu*. [tisková zpráva]. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/dokumenty/vzniknou-tri-specialni-multidisciplinari-tymy-dusevniho-zdravi-pro-deti-a-dospi\\_18315\\_3970\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/vzniknou-tri-specialni-multidisciplinari-tymy-dusevniho-zdravi-pro-deti-a-dospi_18315_3970_1.html)

Štíplová, G. (2013). *Vliv vztahu matky a dcery v adolescenci na vznik problémového chování*. Diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií. Dostupné z:  
[http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21495/%C5%A1timplov%C3%A1\\_2013\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21495/%C5%A1timplov%C3%A1_2013_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Šupová, J., & Šupa, J. (2013). Metafory rodiny v českém jazyce a vybrané autorské metafory v české rodinné terapii. *Psychoterapie*, 2(3-4).

*Teorie citové vazby* [website] (n.d.). Získáno 13. března 2018 z webových stránek [https://cs.wikipedia.org/wiki/Teorie\\_citov%C3%A9\\_vazby](https://cs.wikipedia.org/wiki/Teorie_citov%C3%A9_vazby)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2016). *Psychiatrická péče*. [zdravotnická statistika]. Dostupné z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>

Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vymětal, J. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

Walker J.S., Coleman D., Junghee L., Squire P.N., Friesen B.J. (2008). Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: magnitude and demographic variation in a national sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8): 912– 920. DOI: 10.1097/CHI.0b013e318179961a

Wiederman, M. W., Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (1999). Bodily self-harm and its relationship to childhood abuse among women in a primary care setting. *Violence Against Women*, 5(2), 155-163.  
<http://dx.doi.org/10.1177/107780129952004>

Wolke, D., Woods, S., Stanford, K., Schultz, H. (2001): Bullying and victimisation of primary school children in England and Germany: Prevalence and school factors. *British Journal of Psychology* 92, 673-696

# PŘÍLOHA 1 - INFORMOVANÝ SOUHLAS

**Držitel souhlasu:** Dita Hotiová

**Název:** *Důvody rehospitalizace pacientů z dětského oddělení psychiatrické nemocnice*

a) Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Ditě Hotiové, studentce oboru Psychologie na Pražské vysoké škole psychosociálních studií v rámci její diplomové práce s názvem: Důvody rehospitalizace pacientů z dětského oddělení psychiatrické nemocnice.

b) Jsem si vědom/a toho, že rozhovor bude zaznamenáván a následně doslovně přepsán, analyzován a interpretován. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu a bude k dispozici pouze Ditě Hotiové, Mgr. Ing. Evě Dubovské, Ph.D. (vedoucí práce) a oponentovi. Po obhájení práce bude zvukový záznam zničen.

c) V diplomové práci nebude uvedeno mé jméno nebo nebudou uvedeny skutečnosti, které by vedly k identifikaci mé osoby.

d) Byl jsem informován/a, že mohu odmítnout jakoukoliv otázku z jakýchkoliv důvodů a rozhovor mohu kdykoliv ukončit a svůj souhlas s rozhovorem vzít kdykoliv zpět. Byla mi nabídnutá možnost získat přepsaný rozhovor k autorizaci a výsledný text v elektronické podobě ke komentáři.

e) Jsem si vědom/a, že přepis tohoto rozhovoru bude součástí diplomové práce, která bude po obhájení zveřejněna v souladu se zákonem č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, a tím zprostředkován pro účely jiných výzkumů a dalších badatelů, ale pouze v anonymizované podobě, bez spojení s mým jménem a s mojí osobou.

f) S osobními údaji bude nakládáno v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Datum:

Jméno:

Podpis:

## **PŘÍLOHA 2 - ROZHOVOR S PRIMÁŘEM**



## **PŘÍLOHA 3 – ROZHOVOR SE STANIČNÍ SESTROU**

## **PŘÍLOHA 4 – ROZHOVOR S PSYCHOLOŽKOU**

## **PŘÍLOHA 5 – ROZHOVOR SE SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ**

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora/ky:** Bc. Dita Hotiová

**Studijní program:** Psychologie

**Název práce:** Důvody rehospitalizace pacientů dětského oddělení psychiatrické nemocnice

**Vedoucí práce:** Mgr. Ing. Eva Dubovská, PhD.

**Rok dokončení práce:** 2020

**Počet stran (bez příloh):** 74

**Celkový počet stran příloh:** 57

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 33

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 37

**Počet internetových odkazů:** 6

**Počet znaků (počítáno včetně mezer) hlavního textu práce (včetně literatury bez příloh)**

**Přímé citace:** 18 715

**Ostatní text:** 140 130

**Celkový počet znaků:** 158 845

### **Názvy souborů umístěných na doprovodném CD**

**Text práce ve formátu PDF:** Důvody rehospitalizace pacientů z dětského oddělení psychiatrické nemocnice. Dita Hotiová. PDF

**Přepsané rozhovory ve formátu PDF:** Rozhovor s primářem, Rozhovor se staniční sestrou, Rozhovor s psychologkou, Rozhovor se sociální pracovnící





- 1 J: V čem spočívá náplň vaší pracovní pozice tady na oddělení?
- 2 P: Tak jsem tady primářem na dětském oddělení. Desátým rokem a moje náplň je dominantně  
3 vést lékařsky, ale i manažersky vést to oddělení, které má aktuálně kapacitu 40 lůžek,  
4 maximální kapacitu, kterou jsme do teďka měli za těch 10 let bylo 44 lůžek, vždycky záleží  
5 na personální situaci a těch, ty lůžka se snažíme, aby byly rovnoměrně, to znamená teď je 20  
6 dívek 20 kluků. Takže ta moje role je supervidovat práci všech lékařů, případně i psychologů,  
7 pracovat multidisciplinárně a scházet se pravidelně na poradách, provádět vizity zvláště na  
8 chlapeckém a dívčím oddělení.
- 9 J: Máte s dětma i individuální pohovory?
- 10 P: Ano, pokud si o to zažádají a já mám čas, tak ano samozřejmě můžou. A účastním se někdy  
11 i rodinných terapií, jak mi to čas dovolí, případně pokud jsou kolegové příliš vytíženi. Takže  
12 asi ve zkratce takhle.
- 13 J: Přikyvuji. A jak dlouho už pracujete na dětský psychiatrii?
- 14 P: Tak...zkusíme to spočítat. Necelé tři roky jsem pracoval na klinice dětské psychiatrie  
15 v Bratislavě, pět let jsem pracoval v Motole na dětské psychiatrické klinice, deset let jsem  
16 tady a tři roky jsem ještě pracoval jako, a získával praxi a zkušenosti jako psychiatr pro  
17 dospělé respektive v Bohnicích na AT oddělení a příjmových odděleních. Samozřejmě krátce  
18 jsem byl i na gerontopsychiatrii, ale to jen v rámci povinné praxe.
- 19 J: Takže jestli počítám správně tak nějakých 18 let na dětským?
- 20 P: Na dětským 18 let, ano. (smích)
- 21 J: Máte ve vaší pracovní pozici dostatek času na to věnovat se pacientům, tak jak potřebujete?

22 P: Nemám. Nemám. Každá manažerská role má v sobě časové vytížení a časové omezení, ale  
23 snažím se, abych nebyl jenom nějakým supervizorem, kontrolorem, a tím šéfem, ale do  
24 některých rodinných terapií vstupuju, s některými pacienty se snažím být v intenzivnějším  
25 kontaktu, zejména pokud už mě znají a i oni vnímají, nebo ta rodina vnímá můj přínos jako  
26 smysluplný a samozřejmě část těch pacientů už znám z minulosti nebo z ambulantní praxe,  
27 takže i v tom je někdy ta moje role důležitá.

28 J: Jasně. Jak vnímáte momentální situaci dětské a dorostové psychiatrie?

29 P: To je širokospektrální otázka. Ta situace...zkusím to rozdělit na dvě části. Jedna je  
30 personální, to znamená, kolik lidí vlastně dětskou psychiatrii aktuálně dělá a kolik by  
31 případně bylo zapotřebí, tahle situaci je dlouhodobě špatná. Ještě se částečně zhoršila  
32 samozřejmě tím, jak aktuálně je snaha, aby ta medicína, nejenom psychiatrická, víc využívala  
33 těch nejmodernějších trendů, aby byl individualizovaný přístup k pacientům, a to samozřejmě  
34 vyžaduje větší personální jako, zabezpečení v rámci republiky na což Česká republika, jak to  
35 znám ze Slovenska, tak není připravená. No a druhá část je, že i ten obor je velmi málo  
36 atraktivní a vzdělávací systém, který vlastně byl nepřehledný a často je nepřehledný ještě i  
37 dnes pro ty lékaře omezuje vlastně množství pedopsychiatrů, kteří pak atestují, takže tohle  
38 je co se týče jako personální. No a ta druhá část, když se bavíme o tom jak vlastně vypadají  
39 možnosti farmakoterapie, lůžkové terapie ambulantní terapie, tak to si myslím, že přeci jen na  
40 vzestupu, když to srovnám s přelomem tisíciletí, kdy jsem vlastně vstupoval do oboru tak ta  
41 situace je určitě lepší, co se týče humanizace a vůbec přístupu k pacientům. Snaha aby  
42 psychiatrie nebyla dominantně výchovným zařízením a aby nepřebírala dominantně sociální  
43 problémy, někdy i ekonomické těch rodin. No, a aby to oddělení i vypadalo friendly, aby to  
44 prostě bylo přívětivé pro ty pacienty. Když jsem poprvé vstoupil v Bohnicích do tohodle  
45 pavilonu, v roce 2003, tak to neodpovídalo 21. Století. To co dneska máme je určitě, z mého  
46 pohledu by to měl být standart v takovéhle vyspělé republice, ale jak znám celou republiku,



47 tak to tak není. Bohužel ten standart byl velmi nízko ještě na začátku 21. století a jenom velmi  
48 pomalu se zlepšuje, či už v rámci psychiatrických nemocnic, které mají dětské oddělení, a  
49 nebo v rámci dětských psychiatrických nemocnic. Říkám, v tomhle je určitě zlepšení za těch  
50 20 let, co tu situaci důvěrně znám, ale takové to uspokojení, nebo říct že jsme moderní zemí  
51 se vším všudy nebo moderní psychiatrií se vším všudy to říct nelze. Ten západ prostě je pořád  
52 před náma, ale samozřejmě ta laťka je dost vysoko, když se srovnám, když srovnám českou  
53 psychiatrii se slovenskou, tak bychom mohli být relativně spokojeni, nebo když to srovnám  
54 s Polskem a s Ukrajinou, pořád spokojeni, ale když to srovnám s Rakouskem a Spolkovou  
55 republikou, tak už ta Spolková republika je dost jinde. Ale tak to je samozřejmě otázka  
56 ekonomických parametrů a...psychiatrie byla celkově dlouho silně poddimenzována, co se  
57 týče rozpočtu celého zdravotnictví. Vydělovali prostě finance, které byli dlouhá léta  
58 nedostatečná, ten vnitřní dluh, který tam vzniknul je obrovský. To je těžkej job, to napravit.

59 J: Přikyvují. Dalším tématem je hospitalizace a konkrétně jestli vnímáte za poslední tři roky  
60 nějak rozdíly mezi dětma, který jsou hospitalizovaný? Jestli se lišej, tady například  
61 v diagnózách, pohlaví, věku, chování, rodinný zázemí, jestli jsou tam nějaký rozdíly.

62 P: Co se týče našeho oddělení a jak to vnímám v rámci republiky, tak objektivně i když teda  
63 ty data nemám teď v ruce, je rozdíl co se týče poruch sexuální preference, respektive vnímání  
64 svého těla a co se týče dominantně pak vlastně pacientů s transsexuální jako, patologií. Tam  
65 v těch posledních třech čtyřech letech ten počet byl dramaticky vyšší, než jsem znal za celou  
66 svou praxi. Ale jinak to spektrum v posledních třech letech se moc neměnilo. Kdybych to  
67 srovnal s mými prvními třemi roky praxe, tak ten rozdíl je určitě velkej. Tehdy byly velké  
68 počty pacientů s enurézou, výchovné ústavy, diagnostické ústavy, prostě, až takový supl těhle  
69 zařízení. A pak ta enuréza nebo enkopréza byla tak dramaticky jako vnímána jako nutnost  
70 psychiatrického zásahu i v relativně jako nízkém věku. Když jako byly parametry nastaveny,  
71 že normálně kolem někde pěti šesti let u enurézy a u enkoprézy trochu ještě dřív tři čtyř let,

72 tak velmi rychle se tlačilo na hospitalizaci. Relativně i v nízkém věku, to se taky změnilo, ale  
73 to je spíš otázka desetiletí. To co jsem trochu už naznačil v tý humanizaci, aby prostě děti  
74 věku předškolního, mladšího školního nemusely za každou cenu zůstat bez rodičů a  
75 absolvovat hospitalizace, které pro ně nemají zas tak velkou přidanou hodnotu.

76 J: Jo...A jaký jsou podle vás nejčastější důvody hospitalizace jako obecně?

77 P: Obecně, sebepoškozování, suicidální chování, nepředvídatelné chování, nelogická nebo  
78 prudce se rozvíjející agrese, někdy agrese standartního typu, která nemá v sobě, podezření na  
79 psychické onemocnění, je často vnímaná co patří okamžitě do rukou psychiatrie, ale to jsou to  
80 akutní záležitosti. A pak jsou to samozřejmě různé kombinace nějakého chování, které v tom  
81 okolí vzbuzuje vážnost. Funkční selhávání toho dítěte často v kombinaci s nějakou úzkostí.  
82 Neschopnosti, neochotou pak docházet do školy, to je určitě velká část. No a takovéto jako  
83 zlobení ve škole pořád ještě zůstává relativně vysoko.

84 J: Přikyvují. V čem vidíte pozitiva a negativa hospitalizace?

85 P: Tak zkusme začít pozitivy. Pozitiva. Hospitalizace by měla dítě chránit, hospitalizace by  
86 měla dítě dostat do stavu, kdy není v nebezpečí, kdy dokáže si samo poradit se základními  
87 věcmi, denní potřeby a kdy se neopakuje v krátkých časových intervalech nějaké  
88 bezprostřední ohrožení zdraví nebo života. Takže tohle určitě je pozitivní věc a to dítě ne  
89 vždycky a někdy ani rodina nedokážou prostě sami sebe ochránit nebo rozumět tomu co se  
90 s nima děje. A ta hospitalizace určitě je na místě. Když to řeknu na konkrétním příkladě,  
91 například mentální anorexie ve chvíli kdy vlastně tam je už problém s nějakým bazálním  
92 příjmem energie, kdy ta podváha už dosahuje níž než druhéj třetí percentil vzhledem k , věku,  
93 pohlaví ve chvíli kdy se k tomu přidávají nějaké sekundární problémy ve smyslu somatických  
94 nebo jiných psychiatrických syndromů deprese, úzkost, velká vnitřní tenze a podobně. Takže  
95 tam už pak ta hospitalizace je na místě. Takže pozitivum je to aby byl rychlý nástup léčby,

96 ochrana to pacienta případně někdy i před sebou samým nebo před nějakými jako riziky, které  
97 vychází z toho onemocnění a tehdy to dítě z toho často velmi profituje a je to pro něj důležité.  
98 Samozřejmě vždycky se bavíme o tom, že zůstat v jakémkoliv věku nula až 18 v nemocnici je  
99 málo příjemné nebo až velmi nepříjemné. Takže ten pobyt prostě má v sobě už sám o sobě  
100 nějaké napětí, odmítání a nepohodu, takže rozhodnutí kdo chce, aby se na tom spolupodílel  
101 buď pediatr, ambulantní lékař, psychiatr, psycholog, a protože samozřejmě někdy ta  
102 hospitalizace může být i vynucená rodinou až mimo normu nebo mimo nějakých pravidel tak  
103 vždycky by to měl posoudit lékař, někdy je to samozřejmě složitý zejména pokud jsou to  
104 hospitalizace mimo objednání mimo nějakého očekávaného, očekávané potíže, které vychází  
105 už z dříve diagnostikovaných poruch, tak tam to riziko zejména ze strany toho aktuálního  
106 pečovatele je někdy jako relativně velké, že vlastně neposkytne objektivní data, to psychiatrie  
107 má v sobě silně zakořeněno jak získávat objektivní informace na základě nich dělat dobrá  
108 rozhodnutí. No a teď plynule tím přecházím k těm negativům, že se stává, že to dítě je  
109 dlouhodobě zanedbáváno, je ve velmi zlých podmínkách jak rodinných nebo školních, je silně  
110 ostrakizováno, vyčleňováno z kolektivu, nepochopeno, napadáno a představa, že má řešit  
111 jenom psychiatrie to dítě je pak velmi riziková respektive se podílí na věcech, které pak těžko  
112 umožňují nějakou nápravu či už pak přes rodinu nebo přes nějaké jiné instituce. A takže  
113 v dospělé psychiatrii je důležitá část propojení sociálních služeb, tak to pochopitelně i  
114 v dětské psychiatrii až na to, že tam se k tomu přidává i školní vlastně záležitosti a tam  
115 spolupráce mezioborová zdravotních a školních zařízení je, když to řeknu slabá, tak nejsem  
116 daleko od pravdy. Nefunguje to dobře. No a vrchol ledovce je pak samozřejmě institucionální  
117 péče ústavní výchovy, nedomyšlený systém, vůbec péče o děti v ohrožených lokalitách jako  
118 v ohrožených rodinách, tam ta psychiatrie často nemá objektivní data, supluje věci, které  
119 nemá jak suplovat. A je to trochu dáno i historicky no prostě, extrémní problém byl, když  
120 jsem začínal na Slovensku, že vlastně byl tlak na to, aby děti s delší hospitalizací než několik

121 týdnů byly a pobývaly v psychiatrické léčebně, která ale byla jedna v zásadě fungující  
122 standartním způsobem na východě Slovenska, když si představíte, že to dítě, jenom proto, že  
123 má onemocnění, které vyžaduje delší léčbu se z Nitry dostane do Hráně, které je u  
124 ukrajinských hranic, tak to nesplňuje v zásadě žádná jako pozitiva téměř, jenom nějakou  
125 ochranu před tím, aby to dítě nebylo v nějakém nebezpečí, ale to si myslím, že by psychiatrie  
126 neměla dělat. No a historicky, to pak samozřejmě problém i v Čechách, kde jsou tři  
127 psychiatrické dětské léčbny, nebo dneska nemocnice, a jedna nepatří vůbec státu ani tý  
128 nemocnici, takže tam udržení toho stavu nebo zlepšování toho stavu je na nedobré úrovni,  
129 další je v jižních Čechách kam zase velká část těch pacientů, to má pak jako daleko, ta byla  
130 dimenzionálně vždycky největší. Aktuálně už ten počet se snížil, něco kolem sto, to je  
131 podobně jak s tou Hraní na Slovensku, představa, že já nevím, z Hradeckého nebo  
132 Pardubického kraje dítě má být hospitalizované v jižních Čechách tak to zase znamená víc  
133 negativ, hodně negativ pro rodinu, pro to dítě no a tím, že vlastně ústavní výchova nebo počet  
134 dětí, které jsou umístěny mimo rodinu v instituci a zařízení je enormně vysoký tak  
135 samozřejmě tyhle děti pak putují často po různých psychiatrických léčebnách nebo  
136 nemocnicích a v zásadě jim je těžko pomoci kdekoli se jako ocitnou. Takže ten systém, který  
137 vlastně nadále preferuje instituci jako něco, co tomu dítěti pomůže, vhání ty děti do problému  
138 a pak samozřejmě ve vyšším věku není jako divu, aby neměly nějaké problémy, které na první  
139 pohled vykazují, jako nutnost hospitalizace. A tím, že ta školní zařízení jsou velmi odtržená  
140 od nějaké zdravotně psychologické péče takže takový jako začarovaný kruh, takže tam, to  
141 jsou zejména ta negativa.

142 J: A kdybyste se nad tím zamyslel jakoby z role toho pacienta, co by pro něj mohlo být jako  
143 pro toho adolescenta negativní na tom, že...

144 P: No negativní, negativní na tom, že v zásadě jenom utíká od problému, který není řešen a i  
145 ty dospělý se jenom vlastně vyhýbají k tomu, aby byli nuceni s tím problémem jako víc

146 pracovat. Často v těch institucích jsou málo profesionálně zdatní jedinci, toho dospělého  
147 personálu, s těma dětma nebo s těma dospívajícíma se dlouhodobě špatně pracuje, často jsou  
148 prostě mixováni způsobem, který pak znamená vlastně nakupení těch nežádoucích jevů toho  
149 dospívání a v podstatě ta deprivace, nedostatek přiměřených vztahů či už s dospělými nebo  
150 s vrstevníky znamená, že oni v podstatě nemají příliš jako možnosti a schopnosti jak si v tom  
151 životě poradit. Takže tam pak agrese nebo nějaké jako nevhodné chování je často pro ně  
152 jedinou možností, jak si vlastně pomoci v nějakým negativním momentě v jejich životě.  
153 Takže to je určitě velké negativum.

154 J: Jo...Dochází podle vás k rehospitalizaci v průběhu posledních tří let více, stejně, či méně?

155 P: Myslím si, že ty rehospitalizace jsou často vlastně očekávatelné, to znamená, že my  
156 vnímáme určitou nedostatečnost v některých regionech, co se týče ambulantní nebo  
157 psychoterapeutické péče, že vnímáme to jak málo se pracuje s těma rodinama, nebo jak  
158 dlouhé období ty rodiny nejsou podchycené v nějaké systematické péči sociální i zdravotní a  
159 pak ten návrat do těch stejných neutěšených podmínek často generuje obavu z toho, že ta  
160 hospitalizace může být znovu. No a v zásadě to co jsem trochu jako naznačil, že ten školní  
161 systém absolutně nerozeznává to, když se dítě vrací po hospitalizaci nebo s nějakým  
162 duševním onemocněním do školní docházky. Jak to dítě integrovat, jak tomu dítěti nebo  
163 dospívajícímu přiměřeně pomoci. Že vlastně k tomu nejsou uzpůsobeny téměř žádné školy  
164 v republice, často byla snaha vlastně v minulosti ty děti tlačit do škol, které prostě měly větší  
165 počet sociálně slabých nebo intelektově nízko se dostávajících dětí a v tomhle vlastně ta  
166 možnost jako návratu do rodiny a do toho běžného fungování pokud prostě není zabezpečena  
167 tak to riziko toho, že to dítě selže je velké. Takže u velké části my víme, že ti pacienti oscilují  
168 po různých psychiatrických nemocnicích, že víme, že se budou pravděpodobně vracet, víme, že v některých  
169 dětských psychiatrických nemocnicích jsou řadu měsíců, ne že by to nemocnice by nějak  
170 chtěli, ale protože je vlastně není kam pak propouštět, nejsou stacionáře, kromě Prahy není

171 nikde v republice. A to samozřejmě pak přitahuje zpátky ty pacienty znovu. Ty hospitalizace  
172 pak chvílema vypadaj jako jediný způsob, jak si s tím problémem prostě poradit.

173 J: Další otázka je jaké jsou podle vás nejčastější důvody rehospitalizace, ale to jste si vlastně  
174 teď trochu odpověděl...

175 P: Jedna věc je samozřejmě závažnost, těch duševních poruch, které v určitém procentu  
176 jsou...

177 J: To je další otázka, kterou navážu, jestli dokážete říct u jakých typů dětí dochází  
178 k rehospitalizaci jako ve smyslu právě diagnózy, pohlaví, rodinného zázemí...

179 P: No určitě vnímáme riziko u schizofrenie respektive psychóz, které mají vysoké procento  
180 chronifikace.

181 J: A je to častý u dětí a adolescentů?

182 P: Naštěstí to není častý.

183 J: Častější je asi toxická psychóza než...

184 P: Ano, častější. Bavíme se o tom, že schizofrenie je nejčastější nemoc třetího decenia, ale  
185 nějakých 25 - 30% těch nemocných má první potíže už někdy 15 a 19 rokem a pokud se  
186 bavíme ještě o tom, že ty potíže se poprvé objeví před 15 rokem tak přitom propuknutí  
187 nemoci kolem třicítky je chornifikace toho onemocnění, vážnost a chronifikace, nějakých 30 -  
188 40% a tím pádem pak invalidizace. Kdežto u těch dětských pacientů je to riziko chronifikace  
189 a vlastně riziko toho, že se ten stav dostatečně nepodaří posunout k nějaké remisi nebo  
190 k nějaké úzdravě, návratu života, tak to riziko je větší. Tak přibližně dvojnásobně vyšší.  
191 Takže tam to je jedna část jak bipolární psychózy tak schizoformní psychózy. A tím, že není  
192 pro ty adolescenty vlastně ta péče zabezpečena, často vlastně byla představa, že ty co se

193 starají o dospělé pacienty, tak pod 18 nevemou a zase ekonomičnost zařízení, které budou se  
194 věnovat jenom věku 14 až 18 je jako minimální, takže to je první problém. Druhý problém je  
195 poruchy příjmu potravy, kde samozřejmě se počítá s určitou rekurentností toho stavu, pak  
196 úzkostné a afektivní poruchy, taky maj v sobě určitou periodicitu a případně i sezónnost. A  
197 v neposlední řadě pak samozřejmě nedostatek sociálních a ambulantních služeb v některých  
198 regionech. O těch ústavech jsem mluvil, tam se v podstatě nedá asi u výchovných ústavů  
199 určitě ne, tam se určitě nedá mluvit o nějaké návazné péči, tam to dítě je v podstatě vrženo  
200 zpátky a buď má nějaké jako osobností vlohy, aby to ustálo, a nebo ne a pak se vrací a vrací a  
201 vrací. U těch pacientů, kteří jsou už v ústavní výchově, je ta oscilace po psychiatriích nebo  
202 návrat do hospitalizace velkým problémem.

203 J: Přikyvuji. A co se týče rodinného zázemí?

204 P: Rodinného zázemí, to je...to není jakoby dominantním bodem, který vidíme, samozřejmě,  
205 když ta rodina je sociálně slabá, ekonomicky, nefungující prostředí a do toho ještě vlastně  
206 region, který už tak je málo zasítován sociálními a zdravotními službami, tak tam to riziko  
207 trochu větší je, ale není to to hlavní, co vnímáme.

208 J: Přikyvuji. Je podle vás rehospitalizace důsledek závažných psychických poruch?

209 P: Ano, bezpochyby ano. Jak jsem o tom mluvil na začátku. Některé těžké afektivní poruchy,  
210 nebo bipolární psychózy, schizofornní poruchy nebo přímo psychózy a schizofrenie jako  
211 takové, tak tam samozřejmě ta chornifikace a riziko opakovaných hospitalizací, nebo že  
212 vlastně možnost postarat o takového klienta bezpečně je předpokládána, nebo byla dlouho  
213 předpokládána na psychiatrických odděleních, to bohužel je problém minulosti, který by snad  
214 do budoucna...nějaká snaha o reformu a zlepšení toho zasítování v jednotlivých regionech, že  
215 by tohle mohlo nastat, ale to je běh na dlouhou trať.

216 J: Jasně. Je podle vás rehospitalizace nahraditelná jinou formou péče?

217 P: To je taková ne úplně šťastná otázka. Určitě chybí velký počet vlastně zařízení, které by se,  
218 které by s dětmi pracovali, ať už na systému denních stacionářů, nebo akutních krizových  
219 center kde ta rodina dostane krátkodobou relativně intenzivní péči, ale nepředpokládá se, že to  
220 dítě tam zůstane 4 – 5 týdnů, tohle rozhodně jako...pokud nebude, tak ty lůžka budou  
221 využívána někdy, ne úplně smysluplně.

222 J: Jak by podle vás šlo rehospitalizaci snížit, či omezit? Jestli vůbec nějak.

223 P: Teď se o tom bavíme, určitě aby každý region měl dobrou síť ambulantních služeb,  
224 psychoterapeutických služeb, aby každý region měl jeden denní stacionář, aby psychiatrické  
225 nemocnice v rámci svých oddělení měli jiné služby, než hospitalizační no, a aby vlastně ty  
226 pacienti při hledání jakýkoliv péče vlastně se nedostávali, do toho, že jsou posílání jako od  
227 čerta k ďáblu a pak jim z toho vyjde, že jediná hospitalizace je jakš takš jako bezpečná a  
228 rychlá a smysluplná. To si myslím. No a o tom jsme mluvili, reforma těch školních zařízení,  
229 nebo vůbec celkového přístupu k ústavní výchově. Propojenost nějakých multidisciplinárních  
230 týmů na školní zdravotní jako zařízení, to je asi další krok, který by mohl pomoci. Když bych  
231 to bral velmi optimisticky, tak pokud by nevznikly ty stacionáře, ale aspoň nějaký zdravotně  
232 sociální tým, který spolupracuje s ambulancemi a s lékaři v tom regionu a ten bych zachytával  
233 ohrožené děti nějakým duševním onemocněním tak i to, včasný záchyt a správné předávání  
234 vlastně těch pacientů, případně i do sociálních služeb, dobré ovlivnění toho školní prostředí,  
235 to by taky mohlo do budoucna pomoci.

236 J: Přikyvují. A jak by podle vás vypala úplně ideální péče o adolescenty s psychickými  
237 problémy?

238 P: Ideální péče by vypadala tak, že by se opustil model z Rakousko-Uherska, že Bohnice  
239 jsou za Prahou a ty blázný nechceme vidět, že Dobřany za Plzní a ty blázný nechceme vidět,  
240 ale aby v těchto nemocnicích byl menší počet akutních lůžek, které by samozřejmě pokrývaly



241 ty vážné duševní stavy, které opravdu bezprostředně ohrožují toho člověka nebo rodinu a  
242 okolí, a aby ta péče se přesunula prostě do regionu, kde ty, ty pacienti pracují a žijí, a aby byla  
243 snaha jim pomoci v tom jejich přirozeném prostředí, prostě reformovat ten systém  
244 psychiatrických nemocnic, dětských psychiatrických nemocnic, který vyjmul to dítě z Brna,  
245 z Ostravy, z Hradce Králového, nebo klidně i z malých měst, Frýdlant a podobně, a nacpal je  
246 do dětských psychiatrických nemocnic, které byly prostě tři v republice, nebo jsou aktuálně.  
247 Určitě zlepšit dostupnost péče v rámci krajských nebo okresních nemocnic, kde jsou  
248 pediatriká oddělení, aby nebyla taková jako dramatická stigmatizace i ze strany lékařů. Jeden  
249 z takových jako mých, jak bych to řekl, červených hadrů pro mě, jako když se postavím do  
250 pozice býka v aréně, tak máme tady vašeho pacienta, víte, co to znamená? Že mají na pediatrii  
251 pacienta, který má nějakou psychiatrickou anamnézu. Takhle oznamují, potřebujeme abyste  
252 si ho vzali, potřebujeme aby tady u nás nebyl, my se o něj nemůžeme postarat, nemůže být  
253 tady, my mu neumíme pomoci, nesmí být tady, je to nebezpečné, takže...trochu jsem to i  
254 naznačil prostě, ne aby se podporovaly staré, zničené budovy v těch dětských psychiatrických  
255 nemocnicích, ale aby okresy nebo kraje v rámci těch pediatrií měli lůžka kde to dítě může být  
256 observováno, kde může být nabídnuta nějaká primární akutní péče, kde může být rozeznáno  
257 psychiatrem, psychologem na kolik ten problém vyžaduje sociální službu nebo nevyžaduje,  
258 kde může sociální pracovník nasměrovat rodinu správným směrem, kde může být to dítě pak  
259 jako navázáno na nějaký tým, který ho podpoří pak v tom přirozeném prostředí školním i  
260 domácím, a aby prostě ty regiony měly aspoň částečně takhle zabezpečenou péči pro buď  
261 přechodné nebo dlouhodobé duševní potíže těch dětí. Co mě samozřejmě k tomu napadá je to,  
262 že už samotná pediatrie se potýká s problémem jako venkovních a takový jako oblasti, které  
263 jsou mimo tu oblíbenou část republiky, Broumovsko, Krušné hory, Šumava, Orlické hory, to  
264 jsou oblasti kde prostě nikdo nechce, nebo v blízkosti Sudet, nikdo nechce jít trvale pracovat a  
265 tam zabezpečit nějakou kontinuitu té péče není úplně jednoduché, ale v rámci toho jak se

266 v tuhle chvíli hledí na tu reformu tý psychiatrický péče, tak si myslím, že to lze do toho  
267 včlenit, aby se prostě přemýšlelo už nad tím, že tyhle regiony jsou na tom blbě.

268 J: Jo...a poslední otázka jaký znáte formy posthospitalizační péče, popřípadě jaké byste ze  
269 svého odborného pohledu doporučil?

270 P: Tak už jsme se vlastně o tom bavili. Ambulance, individuální psychoterapie, celkově jako  
271 služby, které jsou v nestátním zařízení, které má nějaké psychologické nebo  
272 psychoterapeutické služby, takové něco jako je centrum rodinné terapie v Motole, nebo  
273 takový styl péče, kde by bylo v republice třikrát tolik, tak určitě bych skákal radostí.  
274 Stacionáře by rozhodně měly být, aspoň co se týče krajů běžně dostupné, to znamená, každý  
275 kraj by měl mít jeden stacionář, minimálně velká krajská města, Plzeň, Hradec, Ústí, Ostrava  
276 asi tohle by bylo smysluplné. Když jsme začali dneska tu debatu o těch personálních otázkách  
277 tak dokážu si představit, že udělat nějaký ideální stav je jako bláhové, ale určitě rozšiřovat ty  
278 služby na úkor těch starých, někdy až rozpadajících se budov, smysl má.

- 1 J: Takže první...v čem spočívá náplň vaší pracovní pozice?
- 2 P: Tak jako psycholog dětského oddělení mám na starosti jednak diagnostiku a jednak terapii  
3 na oddělení. Samozřejmě do zapojení běžného rutinního režimu patří, vedení ranních  
4 komunit, terapie teda prostřednictvím individuálních pohovorů, nebo potom rodinných terapií.  
5 A diagnostika podle potřeby, indikace u daného pacienta.
- 6 J: A vy máte individuály, že si děti můžou zažádat, když chtějí, nebo?
- 7 P: Jo, není vlastně jako úplně zažádat, v podstatě se píšou, abychom věděli kolik dětí bude  
8 s náma mluvit, abychom to nějak během dne rozvrhli. Ale děti prostě s náma můžou mluvit  
9 podle potřeby.
- 10 J: přikyvují. Jasně...Jak dlouho pracujete s pacienty, kteří jsou hospitalizováni na dětské  
11 psychiatrii?
- 12 P: Na dětské psychiatrii...jako jak dlouho ve svém životě jo?
- 13 J: Ano.
- 14 P: Tak tady jsem od roku 2012, s nějakýma jenom přestávkama v rámci nějakých koleček,  
15 ale 2012 a pak tady úplně nastalo zase jenom tady od roku 2016 nebo 17.
- 16 J: přikyvují. Máte ve vaší pracovní pozici dostatek času věnovat se pacientům tak jak  
17 potřebujete?
- 18 P: Při vši snaze spíše ne (smích).
- 19 J: přikyvují. Jak vnímáte momentální situaci dětské a dorostové psychiatrie v České  
20 republice?

21 P: No... jako velmi problematickou, protože v rámci psychiatrický reformy celkový si  
22 myslím, že je to věc ještě, která stojí úplně na jejím chvostě, protože ta má zase další řadu  
23 specifik a teď kon i nevyjasněný pozice, jak by třeba měly vypadat CDZ pro děti. Si myslím,  
24 že tam už třeba v dospělý psychiatrii se to posunulo daleko dál a v tý dětský jsou kolem toho  
25 stále, stále dohady. Myslím si, že i v rámci oboru jako takovýho, myslím si, že i jak mezi  
26 psychiatry samotnými, tak mezi psychiatry a psychology, respektive klinickými psychology,  
27 že je to zatím dost nejasná pozice i vize jak by, jak by ta reforma měla směřovat dál,  
28 respektive nějakým způsobem směřuje, ale třeba CDZ dětský, teprve se o nich uvažuje nebo  
29 jsou nějaký jako pilotní formě. A tady si myslím, že ještě jako hodně co dělat a další věc je  
30 vůbec otázka, jako pokrytí, byť jsme v Praze tak i tady je problém, k tomu se asi dostaneme  
31 z hlediska potom návaznosti péče zejména pedopsychiatrie, ale dětský klinický psychology  
32 jako určitě těch je, k tomu jak dlouho je to vzdělávání, prostě jak šafránu, takže v tomhle  
33 vidím jako hodně deficit. Takže prostě personálně to není obsazený.

34 J: Jasně.

35 P: A i tady by se určitě v rámci nemocnice na to jak by jsme se měli pacientům věnovat, tak  
36 jako personálně je to vlastně všechno na hraně a co to tady většinou kompenzuje tak je  
37 nadšení lidí a ochota tady třeba zůstat přes časy, ale dlouhodobě to není jako udržitelný.

38 J: A to je jakoby finanční otázka nebo?

39 P: Zřejmě v léčebně jako finanční na to, nebo v nemocnici finanční, protože když přijdete na  
40 jakýkoliv oddělení tak jako nedovedu si představit oddělení, kde by vám přišlo, že je jako  
41 plně personálně saturovaný, ale tady už jenom to, když bysme vzali běžnou pracovní dobu a  
42 co by se do ní mělo vejít, aby teda s dítětem byl nějaký kontakt krát počet dětí krát nějak  
43 potřeby pro vzdělání a dovolenou tak je vlastně furt na hraně nějakýho krizovýho  
44 managementu.

45 J: přikyvuji. Jasně, jo. V čem případně vidíte hlavní problémy dětské a dorostové, tak to jsme  
46 si asi teď řekly...

47 P: Jo, personální obsazení a potom jako řada dětí by nemusela bejt hospitalizovaná, jo...

48 J: Což se pojí s tím personálním, že tam není ta první síť možná...

49 P: No no no. A nebo ne hospitalizovaná takovou dlouhou dobu, jo. Ale když se rozmyslíte  
50 jestli propustit, a víte, že nejbližší termín objednání k pedopsychiatrovi, natož  
51 k psychoterapeutovi, kde terapie by byla třeba potřebná s frekvencí minimální co 14 dnů, už  
52 tam jsme vůbec na hraně nějaký smysluplnosti, tak to je pak jako jasný u spousty dětí jak  
53 vlastně tušíme, že se tady ještě několikrát obrátěj, což je smutná realita no.

54 J: Jasně...Tak, téma hospitalizace, vnímáte za poslední 3 roky nějaký rozdíly mezi dětma,  
55 který jsou hospitalizovaný, například v diagnóze, pohlaví, chování, věk, rodinný zázemí?

56 P: Tak bude to opravdu spíš intuitivní a dojmologie, protože nějak podložený tvrdejma  
57 datama to nemám.

58 J: Jasně.

59 P: Myslim, čeho hodně jako narůstá, ve smyslu negativním, je nějaká, nějakěj negativní vliv  
60 sociálních sítí. V tom, že bych řekla, že některý věci se daleko víc sdílej, včetně třeba  
61 nějakějch vizuálních materiálů jak se kdo pořezal, nebo jaký návkový látky užil, víc se šířej  
62 návody, jsou stránky, když to přeženu [www.jaksezabít.cz](http://www.jaksezabít.cz), jo což není teda oficiální adresa  
63 stránky, ale v podstatě když zapátráte na internetu tak tohle existuje. Naši pacienti nebo  
64 expacienti jsou často propojený už v rámci, že maj opravdu založený nějaký jako skupiny, ať  
65 už na facebooku na whatsappu nebo na čemkoliv jinym, což se samozřejmě jako dovíte. O  
66 tom, že i nějaký dítě vlastně zavolalo, protože mu někdo napsal, že ten snědl léky a podobně.  
67 Takže tohlencto bych řekla, že se jakoby sdílí víc, než je záhodno. A pak, ale zase je to

68 dojmologie, že víc kluků bych řekla, že opravdu narůstaj takový ty, ať už jsme zatím na  
69 hranici škodlivého užívání, nebo pak teda závislosti na počítačových hrách. To jsou fakt  
70 takový ty kluci, který jsou pak takový jako pasivně agresivní, vyhýbavý, co hodiny trávěj  
71 doma a největší zakázkou je, že je rodiče nemůžou dostat do školy, a nebo, že je sociální  
72 kontakt reálnej je nula nula nic. Takže...No a pak samozřejmě z toho narůstaj nějaký úzkosti,  
73 frustrace když jsou vystavený tomu běžnému fungování nebo tomu, že by se tohle mělo  
74 překonat.

75 J: Jo...a jak to potom tady zvládaj, když nemaj jakože žádněj přístup k počítači?

76 P: No tak je to velkej boj a velkej negativismus. Samozřejmě si dovedu představit, že tam  
77 probíhá i něco analogie abst'áku, ale většinou ta jako, to se na začátku nedá mluvit o  
78 spolupráci, většinou je to jako nějaká práce jako s negací, negativismem a s odporem jo. Jo a  
79 často teda i apeluju na rodiče a potřebě vystavit tady hranice, který třeba rodina už nebyla  
80 schopna dát. Jo takže, to asi v první fázi není terapie, je to trošku boj.

81 J: příkyvuji. Jaký jsou podle vás nejčastější důvody hospitalizace?

82 P: To takový hrozně těžký říct, zase nejsou data. Tak to kdo je sem přivezenej jako vždycky,  
83 nebo vždycky, nejčastěji, tak jakmile jetam nějaký suicidální jednání nebo proklamování, to  
84 se pak není co divit, na jednu stranu ani případným školám ani nějakým sociálním zařízením,  
85 že se tohle vlastně jako boje. I když mnohdy vlastně by to bylo zvládnutelný ambulantní  
86 péči, ale ta by musela bejt zajištěná, hned ten den jo a možnost nějakých krizovejch kontaktů,  
87 takže to je tady nejčastější, často se z toho ukáže, že to opravdu byla třeba impulsivní  
88 proklamace nebo impulsivní jednání, který vlastně tady jako po tejdnu je znát, že nic  
89 dramatického ve smyslu psychiatrický diagnózy se neděje, ale přesto říkám, na jednu stranu  
90 se není co divit, akorát, že v rámci prostě terénu nefungujou tolik služby, nebo krizový centra,  
91 který by tohle byly schopný ošetřit, takže možná i v tomhle je to nadužívaný a na druhou

92 stranu, já bejt venku a bejt v ambulantní péči tak... jo, ta obava je veliká, takže to je velmi  
93 častý. Pak jsou často přijímaný děti, který se třeba sebezpoškozují v rámci teda ústavů nebo  
94 zařízení výchovných. No a na tom už se značnou mírou podílejí nějak rodinný disharmonie a  
95 disharmonie rodinného prostředí. Jo, to se ta hospitalizace pak ještě zamíchá nebo prodlužuje,  
96 protože jako...a tady je hodně akcent na práci i s tou rodinou, jakože prakticky vždycky  
97 najdete nějaký trabl ať už větší či menší prostě v rodinném prostředí.

98 J: A mají o to zájem ty rodiny? O rodinnou terapii?

99 P: Jak který jo, někdy je to dokonce tak, že rodinu prostě za pobyt ani moc jako neseženete,  
100 nebo se do toho nehrnou, ty setkání jsou spíš formální, a ne každá rodina je vlastně  
101 indikovaná k rodinné terapii, nebo ono co si bude povídat, to co děláme, tak to jsou nějaký  
102 rodinný intervence jo, protože rodinná terapie jako taková, by musela mít mnohem jako jiný  
103 trvání a setting. Tak velmi často je to teda o nastavování nějakých pravidel a hranic jo, že je  
104 to takový direktivnější směrem k rodinám. Někdy ty rodiny spolupracují výborně a to si pak  
105 myslím, že je jako velkej tahoun v té hospitalizaci, že třeba jenom něco nebylo nahlídnutý jak  
106 jako změnit, posunout a tam to pak jde, ty většinou pak jsou i schopný nějak navázat a zajistit  
107 si i lepší následnou péči. No ale někdy, když vlastně člověk vidí celou tu rodinu při tom  
108 setkání, tak to není ani tolik o té terapii, jako ještě doplnění nějaký jako diagnostiky i rodinný  
109 diagnostiky, a pak jsou v tom jako víc pochopitelný ty problémy, který my tady vidíme, jako  
110 výstup je teda označený někde pacient, ale problém je mnohdy jinde. A to je vlastně jakoby  
111 další věc, že pak to tady funguje jako trošku, opravte nám dítě, ale problém je někde jinde jo,  
112 takže i tady třeba se může dočasně chování nějakým způsobem zklidnit, nějaký věci posunout,  
113 ale jakmile je dítě vyslaný do nechráněného prostředí, tak se velmi často pokud ta rodina  
114 nefunguje, má tendence jako vracet a pak samozřejmě z pohledu rodičů je viníkem  
115 nemocnice, která nezajistila, dostatečně neopravila.

116 J: Jasně.

117 P: Jo, tak to jsou pak jako...občas je to velmi nepříjemný, ty přestřelky v tomhle. A zase  
118 kdyby pak i rodina mohla bejt někde zachycena, což už jako sehnat rodinný terapie je snad  
119 ještě náročnější, než jako pro dítě individuál. Tak zase to může vypadat nějak jinak, jo že  
120 třeba někdy nás to i mrzí, že práce je relativně dobře nastartovaná, ale opravdu nastartovaná  
121 jo, že by bylo potřeba jít dál, ale tady když se hodně zadaří, tak jestli za pobyt dítě je možná,  
122 vzhledem na kapacitu a personální síly, udělat tři rodinný setkání tak je to fakt strop stropů.  
123 Ale to jsme hrozně na začátku, že jo. Jestli se prostě do jedenácti let věku dítěte něco dělo tak  
124 je naivní si myslet, že tady po třech rodinných setkání to bude jinak.

125 J: příkvyuji. Jasně. V čem vidíte pozitiva hospitalizace?

126 P: Tak jako pozitivum je často, že to dítě jako je vytržený, ted' nechci říkat jako z rodinného  
127 prostředí primárně, ale z nějakýho stereotypu, do kterýho je zajetej. Ať už teda v rodině, kdy  
128 často to může bejt jako i nenahlížený, co se děje, nebo z toho školního prostředí, nebo  
129 z ústavního prostředí. A jednak proto, že se může teda vidět, jak fakt funguje v nějakym jinym  
130 prostředí, v relativně strukturovanym prostředí, protože tu jsou samozřejmě nějaký pravidla a  
131 režimy, tak co vlastně s tu záležitostí může udělat režim a hranice jo. Tam je vlastně možná  
132 odlišit potom, jestli se jedná o nějakou echt psychiatrickou diagnózu, čímž nezpochybňuju, že  
133 třeba porucha chování není psychiatrická diagóza, ale taková, která jo, ty ostatní myslim, to  
134 co je opravdu potřeba řešit nějak medikačně, ať už jsou to opravdu skutečně deprese,  
135 schizofrenie, jo nebo toxický psychózy a řadu dalších věcí. Nebo jestli je to víc o úpravě toho  
136 prostředí, kde ta medikace může hrát třeba jenom nějakou podpůrnou roli. A no, takže to je  
137 možný vlastně rozlišit, že to teda vidí někdo jakoby zvenčí. Pro někoho taky, že si někdy  
138 jenom prostředí třeba oddychne na chvílí, uleví si, zklidní se to na obou stranách a může to  
139 zas fungovat dál jo. To pak je opravdu spíš takovej úlevovej pobyt, kterej se často dělá u



140 nějakých jako náročnějších, pervazivnějších diagnóz jako jsou poruchy autistického spektra,  
141 kdy opravdu nejsme ideální zařízení pro tyto děti, ale v době tlumení největších krizí  
142 pramenících z agrese a podobně, to můžeme zasuplovat, ale není to řešení, je to opravdu jenom  
143 úlevový pobyt, protože pro děti s poruchou autistického spektra tady opravdu nejsme  
144 zařízený na to, abychom jim mohli naplnit všechny jejich potřeby. Jo, to je jenom když  
145 vyeskalují problémy s chováním.

146 J: přikývují. Jasně. A negativa hospitalizace? Případný.

147 P: Tak myslím, že i tohle pracoviště je i hodně o tom, že jsme zastánci kratších hospitalizací,  
148 protože se samozřejmě obáváme rizika hospitalismu, furt jsme tady jako skleníkový prostředí,  
149 kde nějakým způsobem struktura je, i když to řeknu natvrdo vnucená v něčem, děti se tu často  
150 můžou naučit jenom jako vnější motivaci, ale nedojde k té přeměně v tu vnitřní a k tomu, že  
151 to chtějí jako opravdu dělat, a stále prostě prostě nemocnice jako není dobrý místo pro vývoj  
152 dítěte v kterémkoliv věku a v tomhle, ať to chceme nebo nechceme slyšet, jsme pořád ještě  
153 nemocnice, takže není to asi místo, kde by děti měly pobývat dlouhodobě. A zase jako  
154 kolikrát není možný jako řešit ty problémy v tom reálu, čemuž se snažíme, a podle mě se z  
155 dětských psychiatrických nemocnic relativně nejotevřeněji snažíme tomu čelit tím, že děti na  
156 zkusmý propustky choděj domů, ale posíláme je i do školy, středoškoláky obzvlášť, jako  
157 v rámci nějakých expozičních propustek, aby si opravdu aspoň vyzkoušeli po dobu  
158 hospitalizace tu realitu. Jo, protože řešit řadu problémů se školou v nemocnici a po návratu do  
159 kmenové školy, budeme tam kde jsme byli prostě jo to není dobrý, takže v tomhle si  
160 myslím, že ty hranice jsou hodně otevřené, možná asi i díky nastavení jako vedení, to  
161 znamená primáře, protože není samozřejmostí, že z každé dětské psychiatrie děti jakoby  
162 docházej pryč, jako mimo Prahu bych řekla, že téměř vůbec, ale i v Praze je to pomálu a  
163 myslím si, že to je jedna z důležitých věcí a zase otevírání toho spektra té pomoci někam jako

164 dál jo, že to není svět nemocnice a tady ten vnější, ale že přesně tímhle jsou možný dělat  
165 nějaký mosty k tomu, abychom to přenastavili ven.

166 J: Jasně, jasně... Teď téma rehospitalizace, dochází podle vás k rehospitalizaci za poslední tři  
167 roky méně, stejně, nebo více?

168 P: Popravdě řečeno vůbec nejsem schopna říct jo, jako na čísla. Když to řeknu, je několik  
169 pacientů, který tady jako notoricky známe, a který tak člověk jako do půl roku do třech  
170 měsíců vlastně očekává. Jako je to smutný, ale je to tak. Protože třeba dlouhodobě ta situace  
171 doma nebo v zařízení jiným, výchovným, není jako uspokojivá, nebo bohužel jsou to asi i  
172 aspiranti potom prostě do dospělosti jako vlastně na psychiatrický pacienty, který prostě  
173 nějak, kde se rehospitalizace budou opakovat. Někdy samozřejmě se to odvíjí od diagnózy,  
174 kterou při vši vůli nemůže ten člověk nějak ovlivnit, to je samozřejmě u psychóz jo, že i když  
175 se třeba bude snažit okolí, jakkoliv tak je možný, že hospitalizace se v případě relapsu  
176 zopakuje, a tam si myslím, že je jediné dobře, naopak lze ten stav za velmi krátkou dobu  
177 stabilizovat a pak se vrátit, tam moc jiná cesta není a tam to vidím, jako opodstatněný. No ale  
178 takový ty klasiky, kde si opravdu myslím, že to nemá příliš smyslu. Přijede dítě, který někde  
179 zavyhrožovalo, nebo se jako lehce povrchově sebepoškodilo, většinou jsou to teda potom  
180 zařízení výchovný, dítě tu chvíli je, ono se nic moc reálně neupracuje, myslím si, že je to  
181 přesně o tom, že si oddychne dítě i zařízení, a vrací se tam, jo takže...tam je otázka těch  
182 rehospitalizací...je to spíš o tom, že pro dítě existuje nějaká hranice, pro zařízení existuje  
183 nějaká hranice a tady to je trošku vytloukání klínu klínem.

184 J: příkvyuji. To asi navazuje přesně na tu další otázku, jaký jsou podle vás ty nejčastější  
185 důvody rehospitalizace.

186 P: No to jsou asi tyhle a pak vlastně si říkám, že jako ruku v ruce s tím jde, když jste  
187 zastáncem kratších hospitalizací, tak myslím si, že ta nevýhoda a to riziko, který to nese je, že

188 se vám možná častěji opakujou, protočej, ale přesto raději tohle, nějakou kratší dobu  
189 ohraničím, než nechávat dítě tady jako měsíce, protože to si nemyslím, že vede k lepší  
190 variantě, když třeba další hospitalizace nebude třeba tak rychle, ale bude stejně dlouho jo,  
191 takže já si naopak myslím, že ty kratší maj smysl a to co potom může do těch dat vstupovat,  
192 když to někdo sleduje, že opravdu se sem může vrátit častěji ale...jo, radši na kratší pobyty,  
193 radši ať je to nasměrovaný někam ven a ať se to jako pořád zkouší v tom reálnym prostředí  
194 dokud to jde. Jo, pak jsou prostě věci, kde víte, že nikdy nebude moct fungovat, protože  
195 rodina toho není schopná, ať už jsou tam jako přidružený duševní obtíže rodičů, celého  
196 příbuzenstva, nebo nějak socioekonomický slabší rodiny, tak tam je bohužel asi potřeba s tím  
197 jako někdy počítat, obzvlášť, když třeba nezafungují ani sociální služby.

198 J: Jasně...na to navazuje další otázka, jestli dokážete říct u jakých typů dětí, dochází  
199 k rehospitalizaci a zase to souvisí s diagnózou, zázemím, věkem, pohlavím.

200 P: Tak...nerada bych, aby to vyznělo, že děti ze zařízení výchovných jsou jako nějak  
201 nejčastěji, ale v podstatě jo. Člověk musí brát i to, v jaký jsou pozici oni, zařízení. To není nic  
202 proti zařízením, ale ta realita taková je, že ty děti jsou vlastně poškozovaný opakovaně  
203 výchovou svých rodičů, genetikou svých rodičů, jo a potom nějakým změnami takovejma,  
204 attachmentovejma, nedostatečností, takže to jsou tyhle. Pak problém je, ale to je tady zas  
205 hraniční, jsou nějaký jako návykový látky kde, ani v Praze bohužel není uspokojivý zařízení,  
206 kde by se řešil, řešila vlastně problematika intoxikace dětí, taková, která je na hospitalizaci,  
207 krátce ho můžou detoxikovat Pod Petřínem, ale tam je to skutečně...po velmi krátkou dobu  
208 jsou přeložený sem, nebo někam jinam, my nemůžeme suplovat zároveň jako režimový  
209 oddělení pro návykový látky, vlastně v podstatě i se prezentujem tak, že sem tyhle děti  
210 nepřijímáme, ale samozřejmě, že jako tady uživatele THC máme i jiných návykových látek,  
211 protože to prostě jako tak dopadne, ale není to dobrý. A ty se sem samozřejmě jako vracej,  
212 protože jo, tady nemůžem poskytnout nějakou tříměsíční léčbu a pak na to nějaký následný

213 věci. A hlavně nemotivovaný nezletilce není úplně kam jako posílat že jo, protože komunity  
214 většinou z přirozených důvodu potřebují jejich souhlas, takže to si myslím, že je jako ještě  
215 úplně prázdná díra v tom systému, která si myslím, že náš ještě jako dohoní jo, obzvlášť když  
216 jsou teď otázky, jestli budou nějaký zařízení pokračovat v tom, co dělají, nebo nebudou jo, ale  
217 to si myslím, že je, nevím jestli adiktologové k tomu nějak pak přistoupěj s ještě nějakýma  
218 jejich záležitostmi ve smyslu jako pokrytí nějakých center jako pro tyhle děti nebo  
219 dospívající, protože ambulantně asi nebude moct být všechno pokrytý, nebo zvlášť v těch  
220 stavech kdy jsou nebezpečný sobě nebo okolí. Takže tam je jako velký otazník, a to jako  
221 velmi často se tyhle děti nebo dospívající vracej, protože jako tam nemůžou, tam kde už  
222 závislost je tak, s tím nemůžou hnout jo, když s tím kolikrát nehne ani dospělej, takže tohle  
223 chtít po dětech je neuvěřitelný. A ještě no, naopak prostě kde jsou dlouhodobě problémy  
224 prostě v rodině, kde je neochota, je řešit. Jo to tady třeba může být i ukázaný v rámci rodinek,  
225 co je nějaký problém, ale pak vidíte, když se to dítě vrátí, že se vlastně v tom nepracovalo  
226 vůbec nic.

227 J: A dokážete takhle nějak pojmenovat nějak nejčastější problém v rodině, co by to tak mohlo  
228 být, jako když opomenou nějaký duševní poruchy, nebo závislosti...

229 P: No, hodně častej problém je, což jsme zase bohužel na hranici nějaký psychiatrie, nebo to  
230 jsou děti, který sem v podstatě nepatřej, ale ta situace pak může nastat, jsou rozvedený rodiče  
231 nebo rodiče v rozvodovým řízení. Ale pak zejména takovýto opravdu předávání si dítěte,  
232 řešení věci přes dítě i u dlouhodobě prostě rozvedených rodič, tak to tady taky jako zažíváme  
233 a často, že se vlastně rodiče proklamují z obou stran, že jim jde o zájem dítěte a pak když se  
234 všichni sejdem, tak je úplně jasný, že dítě je jako prostředníkem a to je neskutečně těžká a  
235 poškozující pozice pro dítě. Paradoxně, kdo na tom jako nejvíc utrpí, je to dítě, protože to je  
236 tady, a to by tady nemělo vůbec co dělat a mělo by mít nějaký stabilní a jasný prostředí, ale  
237 někdy ty tlaky z jedný nebo druhý strany jsou tak neuvěřitelný, že není v pozici a moci dítěte

238 jim nějakým způsobem čelit jo. Takže tam jako není první psychiatrická diagnóza dítěte, ale  
239 tak narušený rodinný prostředí a tak jako vyvíjený tlaky, že to často končí tady a možná jako  
240 pro ty rodiče pak je nějaký signál, byť je to strašný, říct, že když už to teda jako zašlo do  
241 nemocnice tak je možná možná víc něco řešit. Jo ale je to zas spíš takovej mocenskej tlak jo,  
242 se sociálkou a s jinejma prostě orgánama, ale jako je to smutný, protože tyhle děti tu nemaj co  
243 dělat.

244 J: přikyvují. To ne...Je podle vás rehospitalizace důsledek závažných psychických poruch?

245 P: Za mě ne vždycky. Skoro bych řekla, že převažuje, že rozhodně převažují případy, kdy  
246 tomu tak není.

247 J: přikyvují. Je podle vás rehospitalizace nahraditelná jinou formou péče?

248 P: Určitě, i když ne vyčerpávajícím způsobem, to je to čeho se všichni antireformátoři, že to  
249 bude znamenat, že se zrušej veškerá dětská lůžka, to si myslím, že není úplně reálný a není to  
250 ani ta ambice, protože prostě, člověk v psychotickym stavu, nebo dítě dospívající  
251 v psychotickym stavu opravdu aspoň po nějakou dobu potřebuje bejt monitorovanej 24 hodin.  
252 Nicméně je tady velká většina dětí, která kdyby existovaly stacionáře, stacionární péče, nebo  
253 byly víc pokrytý terénní služby, centra duševního zdraví pro děti, který zas jak říkám, ještě asi  
254 úplně není jasný, jak by měly vypadat a nějaká vlastně možnost zachytný sítě, což znamená  
255 pro někoho opravdu terapie co tejdén to sezení, tak si myslím, že by se daleko ulehčila.

256 J: přikyvují. Na to navazuje další, jak by podle vás šlo rehospitalizaci snížit či omezit? Tak to  
257 je asi přesně tím, co jste..

258 P: No, asi jo...přemejšlim, jestli mě napadá ještě něco jinýho, ale v podstatě ne. To jsou  
259 hlavní body, kdyby tohle nějak fungovala tak...minimálně to ulehčí jo, ne že to vyloučí  
260 všechny hospitalizace, ale výrazně to sníží třeba jejich počet.

261 J: příkyvuji. A jak by podle vás vypadal ideální péče o adolescenty s psychickými potížemi?

262 P: Ideálně...tak u dětí, ještě na rozdíl od dospělých, nebo u dospělých jako je takový to  
263 zakotvení pracovní, tak u dětí řešíme samozřejmě vždycky školu. Takže tam by byla dobrá  
264 spolupráce, která se více či méně daří. Jo, nějak propojení s pedagogickou sférou, protože to  
265 je jako jasnej pilíř u dětí, potom teda se sociálníma služba a s někým, kdo třeba u dlouhodobě  
266 selhávajících rodin tam bude docházet a pracovat, nebo rodina bude docházet tam na nějaký  
267 sanaci rodiny jo, tam vopravdu u řady rodin to fakt není na terapii, protože na tu jako nemaj  
268 zdroje ať už kognitivní, mentální nebo jakýkoliv jiný. Ale, že by potřebovali třeba fakt radu,  
269 nasměrování. Jo a pak taky prostě větší možnosti jako rodinných terapií, jo nebo prostě centra,  
270 kde se bude pracovat s celou rodinou, to už by nutně, jako nemusej bejt vždycky zdravotnický  
271 ze zařízení, ale možná jako větší propojení s tím. Jako jsou zařízení, který fungujou hodně  
272 dobře v tomhle ohledu, aby bylo možný někam nasměrovat celý ty rodiny, aby ta pestrost byla  
273 daleko větší, protože dítě s převážnou dominancí výchovných problémů, kde je to opravdu o  
274 nastavení pravidel doma o nějakým porušování nastavení hranic, myslim, že to velmi dobře a  
275 kvalitně můžou řešit v sociální oblasti a ne všechno musí spadat do zdravotního ranku jo,  
276 pokud tam prostě nejsou evidentní věci, ve smyslu psychiatrický diagnózy jak jsme říkaly,  
277 nějakých jako těžších, jo co je jako těžší než poruchy chování, přičemž poruchy chování jako  
278 nechci, nechci bagatelizovat jo, ty můžou přinášet jako řadu jiných problémů, ale přece jenom  
279 je to v mnoha případech víc o úpravě prostředí než o nějaký medikační cestě, ta je v podstatě  
280 podpůrná jenom.

281 J: příkyvuji. A jaký znáte formy posthospitalizační péče? Popřípadě jaké byste ze svého  
282 odborného pohledu doporučila?

283 P: Tak je to stacionární péče, zase když jsme v Praze, natož prostě v jiných krajích...

284 J: Stacík tady máme jeden že jo v Praze?

285 P: příkyvuje, to je na Karláku pro dospívající a pak jsou že je specializovaný třeba pro  
286 poruchy příjmu potravy.

287 J: Jasně.

288 P: Jo, ale tím pozvolna končíme už i v Praze jo, takže to je jako úplnej nedostatek, ale to  
289 nevim kam prostě sociálně slabší rodina z horní dolní se dostane, na co dosáhne. Dítě je  
290 z Český lípy a to jsme ještě nejbliž, nemůže jako asi denně tohle absolvovat. Takže to je  
291 tahle záležitost. Pak pro mě asi, ale tam ještě asi nemam konkrétní představu, ale centra  
292 duševního zdraví pro děti, ale myslim si že to ještě je velká neznámá jak by vypadala ta forma  
293 a ta jejich působnost. Myslim si, že by to bylo něco důležitýho, ale je tam potřeba asi řadu  
294 věcí nastavit.

295 J: A to už má nějakou formu nebo nějakou osnovu jak by to mělo...

296 P: V podstatě už na tom nějaký ty skupiny pracujou a bude to v nějaký brzký době, ale nevim,  
297 jak ta brzká doba vypadá. Myslim si, že to co je, je ještě v pilotní verzi nějaký. No a potom  
298 prostě daleko víc by bylo prostě potřeba navýšit počet ambulancí pedopsychiatrických, ale i  
299 s dětskejma klinickejma psychologama, kterých je že jo v tuhle chvíli ještě daleko míň, než  
300 pedopsychiatrů.

301 J: Jenomže to je prostě problém toho vzdělávání klinický psychologie...

302 P: příkyvuje. No to je prostě 7 let po škole.

303 J: No, takže jestli se nezmění tohle, tak to bude pořád takhle vypadat...

304 P: Příkyvuje.

1 J: První okruh je vaše pracovní pozice a pohled na celou oblast, a otázka je v čem spočívá  
2 náplň vaší pracovní pozice.

3 P: Takže...pracuju tady jako zdravotně sociální pracovník na dětském oddělení a...Jaký tam  
4 máte ty další pod..

5 J: Jo, to se dostanem...Jak vypadá, vlastně možná váš pracovní den, to by se tak dalo shrnout  
6 hezky, jako sociální pracovnice.

7 P: Tak ráno se účastním hlášení, kde se dávají informace, jak probíhal předchozí den vlastně  
8 po ukončení naší pracovní doby, co se dělo na oddělení, průběh noci, všechny možné  
9 informace, který nashromáždějí sestry, v podstatě od těch 4 hodin až do rána do 8, co je  
10 nového s dítětem, co se dělo. Tak to je ráno, pak když skončí tohle hlášení, tak je komunita,  
11 chodím střídavě na holčičí komunitu, na klučičí komunitu. Pak ještě jsou v úterý a ve čtvrtek  
12 účast na primářských vizitách a v pátek účast na celotýdenní hodnotící poradě vlastně celého  
13 týmu.

14 J: přikvijuji. A mimo to jste v kontaktu s OSPODEM? Jakože to je váš kontakt jakoby  
15 s oddělením...

16 P: Tohle je kontakt s oddělením a s tím pracovním týmem tady a v mezičase je to kontakt  
17 s dítětem, když někde to vypadá, že je třeba nějaký sociální intervence, tak teda pohovor  
18 s dítětem, případně dojištění informací přes OSPOD , navázání spolupráce s OSPODEM,  
19 s kurátorem. Když probíhá nějaká rodinná terapie s rodinou, kde zase je nějaký sociální  
20 problém a je potřeba dořešit nebo dovysvětlit rodičům postupy, který se tady plánují, třeba  
21 nějaký výchovný opatření u dítěte nebo navázání spolupráce s kurátorem, tak v rámci tý  
22 rodinné terapie jsem taky někdy přizvaná, abych to těm rodičům jako dovysvětlila, a řekla  
23 vůbec, o co jde. Co je pak čeká v rámci té spolupráce se sociálním odborem po propuštění  
24 dítěte.



25 J: přikyvuji. Jo, takže vy jste vlastně jednou nohou v oddělení a druhou nudou ještě jako  
26 v jiných orgánech.

27 P: Jo, druhou nohou v OSPODU a tak.

28 J: Jasně. Jak dlouho pracujete s pacienty, kteří jsou hospitalizovaní na dětské psychiatrii?

29 P: Na dětský psychiatrii od roku 2013, takže 7 let.

30 J: Máte ve vaší pracovní pozici dostatek času věnovat se pacientům, tak jak potřebujete?

31 P: Myslím, že jo.

32 J: Jak vnímáte momentální situaci dětské a dorostové psychiatrie? U nás.

33 P: ticho...Mam pocit, že se tady množej během těch sedmi let, že přibývá těch výchovných  
34 problému a závislostní problematiky.

35 J: Přikyvuji. A tady potom další otázka jestli případně vidíte nějaký nedostatky nebo  
36 problémy obecně jako v péči psychiatrický o děti a mládež.

37 P: Tak určitě je problém v tom, že je nedostatek ambulantních psychiatrů, protože kromě teda  
38 sociální práce tady na oddělení se mi potažmo ještě dotýká objednávání pacientů z pořadníku.

39 Což jsou děti, který maj už doporučení od ambulantního psychiatra, kterej vidí potřebu

40 hospitalizace a není dostatečná lůžková kapacita na to, aby se ty děti přijali hned, takže jsou  
41 zařazení do pořadníku a stává se, že volaj buď sami rodiče nebo sociální pracovnice z terénu,

42 z OSPODu, kurátoři a chtějí, že teda dítě jim připadá divný, že se zkoušeli obracet na  
43 ambulantního psychiatra, ale že je termín za 2 za 3 měsíce, že to je pro ně jako nedostatečný,

44 že tak dlouho nejsou schopni to dítě v rámci terénu udržet a hledá se cesta jak rychlejc dojít  
45 k nějaký psychiatrický péči pokud už je to teda problém, kterej je nějak ožehavej a nevědí si

46 s nim rady ani psychologové v terénu, tak pak...vlastně i hospitalizace u nás může suplovat  
47 nedostatek těch ambulantních psychiatrů.

48 J: Jasně. S tím, že i na hospitalizaci se teda čeká, jestli jsem to pochopila správně? Nebo je  
49 nějaký pořadník...

50 P: Choděj děti buď jako na urgentní příjem, že jsou přivezený záchrankou.

51 J: Jasně.

52 P: Přes centrální příjem u nás, kde teda lékař určí nebo vyhodnotí ten stav, jestli je potřeba ta  
53 hospitalizace urgentně, když je potřeba urgentně tak se dítě přijme na oddělení a pokud je to  
54 vyhodnocený tak, že dítě může ještě nějakou dobu počkat na tu hospitalizaci, tak se zařazuje  
55 do pořadníku a čeká na tu hospitalizaci. Když jsou to stavy, který ho neohrožují nějak na  
56 životě nebo...

57 J: přikyvují. A dokázala byste takhle říct kolik...to mě jen zajímá, jak to dítě třeba dlouho  
58 čeká v tom...jestli se to dá takhle říct.

59 P: Záleží na spoustě faktorů jo.

60 J: Jasně.

61 P: Protože v tom pořadníku, zaprvé je teda daný pořadí v jakým přišly ty doporučení na  
62 hospitalizaci, tak to je jedno hledisko, další hledisko je urgentnost i toho stavu, toho dítěte  
63 v pořadníku, takže se může stát, že primář vytáhne nějaký dítě z pořadníku, který je  
64 přednostní vzhledem k té jeho problematice, je to otázka nevim...tejdnu. Zaléží i na období  
65 roku, jestli je o letních prázdninách, nebo před koncem školního roku, záleží to kolik dětí je  
66 zrovna tady na oddělení a to většinou chodí tak nějak ve vlnách.

67 J: Jasně, jo...

68 P: A taky jak rychle uzdravujou na těch odděleních, někdy je ucpaný dlouhodobě dívčí  
69 oddělení, nedaří se propouštět, pak ten pořadník narůstá a ty doby se protahují no.

70 J: přikývují. Tak teď je téma hospitalizace, jestli vnímáte za poslední 3 roky nějaký rozdíl  
71 mezi dětmi, který jsou hospitalizovaní, ať už, tady v závorce například v diagnóze, pohlaví,  
72 chování, věku, rodinným zázemím a tak podobně.

73 P: Neřekla bych, že je to za poslední tři měsíce, teda roky, nějaký extra velký rozdíl, ale zase  
74 je to ve vlnách, že někdy je tady to oddělení ta skladba pacientů taková, že se to podobá  
75 nějakému výchovnému ústavu jo, že jsou to víceméně výchovné problémy. Ti pacienti se  
76 tady různě navzájem poňoukají, no... a pak je období, kdy tady z té sociální sféry zas tak moc  
77 k řešení není. Takže nemám pocit, že by to mělo nějaký dlouhodobý vývoj, ale prostě je to  
78 taková náhodná skladba pacientů, která se nedá nějak předem moc...zjistit jak to bude za  
79 tejdén.

80 J: přikývují. Jaký jsou podle vás nejčastější důvody pro hospitalizaci?

81 P: Nevím...jako sociální pracovníce až tak nějak ty diagnózy, že bych se zaměřovala na  
82 četnost nějakých diagnóz, to se nezaměřuju. Co vnímám, že u holek je to hodně často nějaký  
83 sebepoškozování, to bych tak jako viděla, jako takovej velký rys, kterej mě jako víceméně  
84 jako lékařského laika bouchne do očí, to u těch kluků tolika nebejvá.

85 J: přikývují. A z vašeho pohledu nelékařského jako sociální pracovníce, tak vnímáte nějakou  
86 jakoby podobnost mezi...tak vy asi hodně pracujete s rodinou, takže to rodinný zázemí  
87 vnímáte asi jako nejvíc z toho týmu bych si tak jako dovedla představit.

88 P: Jo.

89 J: Tak jestli tam vnímáte nějaký...podobnosti nebo nějaký predispozice vlastně pro to.

90 P: No, já než sem přišla na dětský oddělení tak jsem dělala 13 let na dospělým, mužským  
91 oddělení na příjmovým, a byl to pro mě takovej, jako velkej šok, když jsem sem přišla a  
92 vlastně tady normální funkční rodinu, to se málokdy vidí, málokdy se to poštěstí, většinou to  
93 jsou rodiny rozvedený, figuruje tam několikátěj partner matky, nebo několikátá partnerka  
94 otce, často ty rozvody byly dramatický, docházelo tam k tahanícím o ty děti. Ty rodiny bejvaj  
95 sociálně slabý, některý jsou extrémně sociálně slabý, některý jsou až tak...těch hodně  
96 sociálně silnejch je hodně málo, spíš jsou to střední vrstva, kterých je míň, ale řekla bych, že  
97 ta sociálně slabá rodina se tady vyskytuje jako častěj. Ale je to daný si myslim i tím, že ty  
98 rodiče jsou sami osobnostně už jako nějak...zvláštní, že asi ta rodina se nedostala, do nějaký  
99 ekonomický nouze tím, že má nemocný dítě, ale už prostě...jako historicky, se to tam táhne  
100 delší dobu.

101 J: přikývuj. Další otázka. V čem vidíte pozitiva hospitalizace.

102 P: Pozitiva hospitalizace... ty by primárně mely bejt zlepšení zdravotního stavu, žejo.  
103 Zavedení nějaký spolehlivý medikace, zlepšení fungování dítěte teda v rámci těch  
104 mezilidských vztahů, rodinných vztahů, obnova školní docházky, ta taky tady jsou děti, který  
105 maj problémy se školní docházkou s velkejma absencemi neomluvenejma, potažmo uměle  
106 omlouvanejma. Takže tyhle věci se tady někdy podaří nastartovat a vrátit to dítě relativně  
107 fungující zase zpátky do rodiny.

108 J: přikývuj. A když bysme to otočily a podívaly se na to z pohledu, což si asi můžem jenom  
109 představovat, ale z pohledu toho dítěte, co pro něj může bejt...

110 P: Říkávaj děti tady, že si, že je pro něj přínos to, že si od toho svého prostředí odpočinou, že  
111 jsou z toho problému vytržený, že se na to dokážou s určitým odstupem podívat, zhodnit tu  
112 situaci a jako najít nějaký možný řešení, který jim může pomoci se zase do té situace vrátit a  
113 nějak s ní jako rozumněj naložit, dovednějc...

114 J: příkyvuji. A negativa hospitalizace?...popřípadě

115 P: Negativa...Tak u těch funkčních rodin je to asi i stesk toho dítěte po rodině žejo, to je zase  
116 vytržení ze zázemí, který je funkční pokud se tam jedná vyloženě primárně o nějaký  
117 psychiatrický problém, tak těm dětem se stejská. Problém je i v tom, že ta spádová oblast,  
118 nebo spádové oblasti dneska nejsou, ale že ty děti, který jsou tady hospitalizovaný tak jsou i  
119 z velký dálky.

120 J: Z daleka, jasně.

121 J: Jo, je to i já nevím, i ze Šluknovského výběžku, z Vysočiny, i z Brna občas tady nějaký dítě  
122 sem zažila. Takže pro ty rodiny je to potom problém nějak udržovat pravidelný kontakt jako  
123 v rámci návštěv a pokud je ta rodina ještě ekonomicky slabá tak je to pro ně těžký...

124 J: příkyvuji. A jak se tady může ocitnout dítě z Brna, tady v Praze?

125 P: Svobodná volba lékaře a zařízení. Takže pokud mají rodiče pocit, že chtějí aby bylo zrovna  
126 tady hospitalizovaný tak už jako není žádná...dřív byla takzvaná reunizace, že ta nemocnice,  
127 která měla jako nejbližší ten rádius okolo sebe tak ten uspokojovala, ale dneska si ty rodiče  
128 můžou vybrat, do kterého zařízení dítě chtějí nechat hospitalizovat.

129 J: příkyvuji. No zpátky, to jsem vám skočila do řeči tady s Brnem, ty negativa jsme skončili,  
130 jestli vás napadá ještě něco.

131 P: Myslím, že u středoškoláků tam může bejt z toho sociálního hlediska, nebo z takovýho  
132 toho praktickýho hlediska negativum i to, že pokud to dítě je na nějakým učebním oboru,  
133 nebo chodí na střední školu, tak v době té hospitalizace vlastně to vzdělávání je na jeho dobrý  
134 vůli tady. Tady maj povinnou školní docházku akorát děti základní školy, ale středoškoláci, to  
135 už je na jejich vůli, jestli si nějaký učení sebou přinesou, jestli si to tady doplňují, takže tam

136 může docházet k tomu, že mají potom skluz oproti těm ostatním spolužákům, takže se musí  
137 posouvat, nebo posouvá se klasifikace.

138 J: přikyvují. S tím že oni mají ale potom i v rámci nějakých propustek, můžou jít do školy,  
139 nebo to tak není?

140 P: Můžou jít do školy, ale ty propustky jsou když už je ten zdravotní stav kompenzovaný jo,  
141 takže se snažíme když to dítě ještě nemá možnost propustek, tak aby bylo v kontaktu já nevím  
142 s třídním profesorem nebo s nějakým spolužákem, který můžou posílat formou mailu  
143 nějaký zápisky nebo zadání, co se mají doučit, takže ta možnost tady je, ale není nikdo kdo by  
144 jako tady je do toho nutil. Jo, je to jejich dobrý vůle, a nebo zodpovědnost...

145 J: Což dobrá vůle pubertáka ke studiu asi nic moc. smích

146 P: smích. Moc jako to není to hlavní táhlo, na kterém by se zaměřili.

147 J: No jasně. Téma rehospitalizace. Jestli podle vás dochází k rehospitalizaci zase v průběhu  
148 posledních tří let více, stejně či méně.

149 P: Jestli v posledních třech letech častěji?

150 J: Nebo míň nebo stejně. Jestli tak jako zase dokážete ze své pozice odhadem.

151 P: Neřekla bych, že to má nějaké jako rapidní výkyv, jestli je rehospitalizací víc nebo míň. Je  
152 fakt, že u některých dětí se stane, že ty hospitalizace jsou v nějakém období jako rychle  
153 následující, je jich několik a někdy třeba i radikální změnou jako té sociální situace v rodině  
154 se ten cyklus rehospitalizací přetne a pak už to dítě třeba nikdy nevidíme, nebo několik let  
155 nedojde k hospitalizaci, ale že by byl nějaký, během tří let...směrodatnej vývoj, že  
156 rehospitalizací je víc, nemám pocit.

157 J: Jasně. A jaký jsou podle vás zase nejčastější důvody pro rehospitalizaci. Pro právě třeba to  
158 opakovaný se vracení zpátky.

159 P: No když to vezmu z té své sféry sociální tak se vrací děti, který mají problémy se školní  
160 docházkou, s docházením, s nějakou...těžko říct, jestli je to jejich. U některých je to  
161 opravdu daný třeba úzkostí z té školy, nějakou fobií, ale jsou i děti, který to mají postavený tak  
162 výchovně, že vlastně selhává ta výchovná složka v té rodině, že rodiče nejsou schopný to dítě,  
163 udělat mu nějaký běžný denní režim, aby dítě ráno bylo schopný vstát do školy, takže tady se  
164 nám podaří třeba obnovit školní docházku tím, že se ten denní režim nastaví, choděj  
165 v pravidelnou dobu spát, pravidelně vstávaj, tady začnou chodit do školy, nějak ten rytmus  
166 chytěj. Po propuštění to chvíli jako ještě funguje a pak se...některý taky jako se rozhoděj do  
167 školy a choděj jo, ale někdy to sklouzne zase zpátky do toho výchovného bezhraničí v té  
168 rodině, tak ty děti se pak vrací. Vrací se i děti s výchovnejma problémama, který jsou  
169 takový na rozhraní té psychiatrie a výchovných problémů, tak tam taky několikrát dochází  
170 k té rehospitalizaci dítěte, až pak se časem projeví, která ta složka je jako silnější, jestli ta  
171 psychiatrická a nebo ta výchovná. Tak to jsou tady takový děti, který se vrací.

172 J: přikývují. A to se týká dětí jako z ústavů nebo i z rodin?

173 P: Týká se to obojího, jak z rodin tak z ústavů. Těch dětí z rodin, který se vrací s tou  
174 problematikou, kde se zvažuje jestli je to psychiatrický nebo výchovný, tak tam je ještě jako  
175 šance, buď že teda rodina v rámci nějakých rodinných terapií pochopí, že by se to mělo dělat  
176 nějak trochu jinak s tím dítětem, zvolit jiný přístup, nastavit nějaká pravidla, pak to dítě může  
177 doma fungovat, stává se to. Ale stane se, že ty rodiče nejsou dostatečně výchovně nějak silný,  
178 kompetentní. To dítě opakovaně přichází a pak to někdy končí i tím, že se ve spolupráci  
179 s OSPODem nebo s kurátorem přistupuje k ústavní výchově.

180 J: přikývují

181 P: Nebo k umístění střediska výchovný péče, do diagnostickýho ústavu. A tam zase pak  
182 paradoxně může dojít k tomu, že pokud to dítě dostane nějaký pevný hranice, tak zase se ten  
183 cyklus rehospitalizace může tím přetnout.

184 J: Jasně. Tady navazuje další, jestli dokážete říct u jakých typů dětí dochází k rehospitalizaci.  
185 Zase věk, pohlaví, diagnóza, zázemí, atd. Ale to už jsme si asi řekly v tý předchozí otázce.

186 P: Jo, to myslím, že už všechno tak jako...

187 J: Ono to tak navazuje na sebe. Smích

188 P: smích. Je to tak provázaný no.

189 J: Další jestli je pro vás rehospitalizace důsledkem závažných psychických poruch.

190 P: Tak určitě jako jo, to nemůžem říct, že by tam ty duševní poruchy vážný nebyly.

191 J: Přikyvuji. Jo. A dala by se podle vás nahradit jinou formou péče ta rehospitalizace?

192 P: Asi možná jo. Asi kdyby bylo víc takových zařízení, já nevim, jako Dům tří přání, kde je  
193 poskytován jak to vytržení z tý rodiny z toho problémovýho prostředí v tu danou chvíli, a je  
194 tam dostatek nějaký i psychoterapeutický pomoci, která může v tu danou chvíli pomoci, tak  
195 asi tam kde se nemusí nějak závažně zasahovat do medikace, tak si umim představit, že by se  
196 některý ty děti sem nemusely dostávat.

197 Přikyvuji. Jestli podle vás a pokud ano, tak jako snížit či omezit rehospitalizaci? Což asi  
198 možná zase souvisí s tou jinou formou péče.

199 P: No asi kdyby byla větší síť těch, tý možný podpory v terénu, já nevim, víc dětských  
200 psychiatrů, víc dostupná nějaká psychoterapie, kterou by si ty rodiče nemuseli platit že jo, oni  
201 se většinou k nějaký bezplatný psychoterapii dostávají přes OSPODy, přes nějaký ty



202 pomáhající organizace, co jsou jako zase spolupracujou s OSPODem, ale pokud si má někdo  
203 někde platit psychoterapii, tak je to pro ty rodiny dost ve hvězdách, takový...nedostižný.

204 J: Přikyvuji. A nevíte jestli fungujou i nějaký rodinný terapie, zadarmo.

205 P: Fungujou rodinný terapie, buď teda si je ta rodina může někde sama nasmlouvat a nebo pro  
206 ty děti, který už jsou navázaný na OSPOD, na kurátory, tak ty jsou schopný přes nějaký ty  
207 organizace s nima spolupracující, tu jako rodinnou terapii jim nějakou zprostředkovat.

208 J: Jo. A mají o tom zájem?

209 P: Těžko říct, jestli o to mají zájem. Jako nějaká část si myslím, že určitě o to zájem má, ale to  
210 je taková skupina rodičů, který maj na to náhled, že je s tím potřeba něco dělat. A pak je  
211 druhá skupina rodičů, který maj pocit, že jim je ubližováno, který maj pocit, že jim to dítě  
212 chce někdo vzít, že jim někdo chce mluvit do výchovy, že je někdo osočuje z toho, že to dělaj  
213 špatně.

214 J: Přikyvuji. Takže by je takováhle intervence ještě víc jako by ohrozila v podstatě, v tý pozici  
215 toho rodiče?

216 P: No nevim jestli by je ohrozila v pozici rodiče, ale jako dovedu si představit, že na ty  
217 rodinný terapie, některý rodiče nedocházej rádi. Jo, že to je pro ně takový nutný zlo, ale je to  
218 třeba zase jedna z podmínke, toho OSPODu, za kterých ještě nechávaj to dítě v péči rodičů jo,  
219 že teda se zkus ještě docházení na rodinnou terapii, jestli se situace zlepší, aby nemuslo dojít  
220 k odebrání toho dítěte. Taky záleží i na nějakym intelektu těch rodičů jo, ne každěj rodič si to  
221 dokáže v hlavě tak přebrat, že je to vlastně podávaná pomocná ruka, někdo to bere vlastně  
222 proti sobě jako útok na svojí nějakou rodičovskou identitu.

223 J: Přikyvuji. Jak by podle vás vypadala ideální péče o adolescenty s psychiatrickými  
224 potížemi?

225 P: ticho

226 J: Úplně ideální. Jakože vůbec nemusíte myslet na peníze a tak dále, a personál.

227 P: Myslím, že tah hospitalizace by měla řešit až jenom takovej úplnej vrcholek ledovce, že  
228 tam k tý hospitalizaci se měli propracovat jenom děti, který opravdu už jsou natolik  
229 sebeohrožující, nebo okolí ohrožující, že je spousta věcí, který by se v tom terénu daly řešit.  
230 Nějaký výchovný poradenství, rodinný terapie. Víc stacionářů kde by ty děti si obnovovaly  
231 nějaký návyky, pravidelnej denní rytmus.

232 J: A... abych se nezeptala blbě. Jestli si myslíte, že ta skladba těch dětí tady je přesně ta špička  
233 toho ledovce? To, že jsou opravdu nebezpečný sobě a okolí. Nebo jestli se spíš opravu  
234 setkáváme s tím, že se hospitalizací jako nahrazuje třeba ambulantní péče.

235 P: Já si myslím, že většinou jde o nějakou špičku ledovce. Že jako málokdy se sem dostane  
236 dítě, který by. Že by to bylo jako úplně zcestný přijetí k hospitalizaci to ne. Ale nemusely by  
237 se třeba ty hospitalizace bejt tak dlouhý nebo, daly by se zkrátit, tím kdyby bylo kam ty děti  
238 pak předat do následný psychoterapeutický péče. Kdo by s tou rodinou dál pracoval.

239 J: Přikyvuji. To si dovedu představit, že to je těžký, když člověk ví, že čekačka na individuál  
240 do ambulance, je třeba 3 měsíce, tak ho pustit jakoby dřív.

241 P: přikyvuje.

242 J: Když člověk víc, že se nikam nedostane prostě ještě dlouho, tak... No a poslední otázka,  
243 jaký znáte formy posthospitalizační péče popřípadě jaké byste ze svého odborného pohledu  
244 doporučila? V závorce třeba individuální, rodinná, atd.

245 P: Asi tý otázce moc nerozumim.

246 J: Formy posthospitalizační péče tak jestli...

247 P: No já jako sociální pracovnice, když tam vidím sociální problém, tak po konzultaci teda i  
248 s panem primářem a s psychologama, tak někdy dochází k tomu, že navazujem, nebo píšem  
249 na OSDPOD žádost o navázání spolupráce s rodinou, pokud se tam jedná o nějaký jako  
250 problémy ze strany rodičů, výchovy. Pokud se jedná o problémový chování toho dítěte,  
251 návykový látky, agresivita, krádeže, tak pak navazujeme na kurátora pro děti a mládež.  
252 Odcházej od nás taky některý děti do stacionáře, což není moc častý.

253 J: A můžu se ještě zeptat na toho kurátora, jak to vypadá? Si to moc nedovedu představit  
254 totiž, že někdo dostane svého kurátora a ten ho, kontroluje nebo?

255 P: Dochází, to dítě dochází k tomu kurátorovi, pak pravděpodobně i kurátor dochází do tý  
256 rodiny, spolupracuje primárně s tím dítětem, zabejvá se tím jak se to dítě chová. Ten kurátor  
257 nastupuje ve chvíli, kdy už jsou tam nějaký projevy, jako závadovýho chování u toho dítěte,  
258 kdežto OSPOD řeší problémy, který jsou spíš jako výchovný, že tam jde o problém v tom  
259 výchovným působení, jo jako ze strany, spíš opečovává ty rodiče a jak rodiče by vůči tomu  
260 dítěti. Řeší třeba svěřeni dítěte do péče rodičům po rozvodu. Já nevim, nějakých takových  
261 krizovejch situacích, kdežto ten kurátor už hasí potom ty problémy, který vyplynou z chování  
262 toho dítěte.

263 J: Jasně, to že dělá třeba výtržnictví někde nebo...

264 P: Tak. Rvačky, bitky organizovaný, krádeže, návykový látky.

265 J: A to se nikdo neptá tý rodiny jako chcete nechcete kurátora, ale jakože tady prostě...

266 P: Rodinu s tím vždycky seznámíme, že budeme žádat o navázání spolupráce s kurátorem.  
267 Ona většinou i ta rodina sama z toho chování toho dítěte už je bezradná, už nevědí jak by to  
268 sami nějak ošetřili a je fakt, že někdy i ten kurátor působí jako taková autorita, která vlastně  
269 posiluje tu výchovnou roli těch rodičů, že to někdo o koho ty rodiče se můžou tak nějak jako

270 opřít, nebo. Je to pro ty děti, řekla bych taková, teď nevím jak to říct, vypadlo mi slovo. Ale je  
271 to pro ně úřední osoba, ke který mají daleko větší respekt, než třeba k autoritě rodičovský.

272 J: Přikyvují. Já sem měla další otázku na vás a úplně jsem si ztratila teď. Jo, a to je zase z čitě  
273 moji zvědavosti, jestli jako probíhá dobře ta spolupráce mezi jako zdravotnictvím jako je  
274 psychiatrie a OSPODem a rodinou, jestli ten systém jako funguje? Já to nevím a tak mě to  
275 zajímá jak to...jako v reálu, prakticky...i třeba si dovedu představit, že se školou asi řešíte  
276 nějaký...

277 P: Se školou já moc neřeším, pokud něco potřebuje naše škola tak se sama spojuje s tou  
278 kmenovou základní školou. Pokud dítě už chodí na střední školu, tak tam to omlouvaj rodiče,  
279 to já zas nemůžu vyvolávat do školy kvůli ochraně osobních údajů. To je taková jako  
280 poměrně složitá situace, kdy...když by všichni měli dodržovat úplně striktně GDPR tak asi  
281 všichni jenom sedíme...

282 J: A nikdo s nikým nemluví.

283 P:...a rejpe se propiskou za nehem, protože telefon nemůžete zvednout, nikomu nemůžete  
284 žádněj dopis napsat, nic. Takže v tom je takovej trošku problém. Ale jinak myslím si, že  
285 víceméně když už ty sociální pracovnice z terénu za ty leta maj zažitý nějaký jméno, že někdo  
286 volá, jako představím se jako, že volám z nemocnice tam a tam, a že potřebuju nějakou  
287 informaci, stane se, že někdo řekne že semnou absolutně nebude spolupracovat, že mi nic  
288 neřekne a že si mam poslat písemnou žádost o sdělení poměrů v rodině. Ale to zase funguje  
289 tak, že já kdybych to zase striktně dodržovala, tak nemůžu napsat, že chci informace o rodině  
290 Marušky Vopršálkovy narozený tehdy a tehdy bytem tam a tam, vzhledem k tomu, že je  
291 hospitalizovaná tady, zase porušim GDPR, ale oni mi na to pak už můžou odpovědět, že jo na  
292 můj cílenej dotaz, je to ošemetná situace, nedomyšelná. Takže v rámci toho, abychom dítěti  
293 pomohli, tak všichni tak balancujeme na ostří nože v poskytování informací, k získávání

294 informací. Protože samozřejmě, ten kdo s rodinou v terénu pracuje několik let, tak má daleko  
295 jiný poznatky, hlubší poznatky o fungování celý tý rodiny, celýho toho systému v tom  
296 domácím prostředí, daleko větší než my tady během pár tejdňů.

297 J: Tak jo, to je asi za mě, jestli teda ještě nemáte něco k důvodům rehospitalizace, tak to je  
298 všechno.

299 P: Asi ne, měla jste ty otázky tak šikovně položený, že už všechno obsáhly.

- 1 J: V čem spočívá náplň vaší pracovní pozice?
- 2 S: Pracuju tady jako staniční sestra, v podstatě na celým oddělení, ať už to jsou chlapci,  
3 protože jsme pavilon, nekoedukovaný, to znamená zvlášť děvčata, zvlášť chlapci, a tomu  
4 velím já teda, jako z pozice ošetřovatelského personálu a nade mnou už je pak vedoucí lékař,  
5 pak primář a nebo pak ještě pak vrchní, kterej má na starosti ošetřující personál. Já v podstatě  
6 mám na starosti nejenom ten ošetřovatelský personál z důvodu toho, abych dohlížela, jak  
7 pracují, jestli naplňují respektují a akceptují ty režimy, který máme a ten harmonogram, který  
8 mají rozdělený, protože mám docela hodně toho personálu. Tady se pohybuje 35  
9 ošetřovatelskýho personálu s maturitou, pak jsou tady i se specializací a nebo jsou tu sanitáři,  
10 kteří mají sanitářský kurz, i muži i ženy. Takže na to já dohlížím, dohlížím v podstatě na celý  
11 pavilon co se týká technického a zdravotnického, tak na to dohlížím já teda. To je moje práce  
12 teda, kontroluju všechno od A až do Z. Ošetřovatelský personál, který slouží, by měli být 4 na  
13 den, z toho teda jsou dvě sestry a dva sanitáři, nebo dvě sanitářky, nebo jsou 3 sestry a jedna  
14 sanitářka, to záleží podle toho jak to pan vrchní napíše. A nahoře je to to samé, tam jsou taky  
15 4 lidi, tam bývá většinou taky, buď 2 sestry nebo sanitář sanitářka, já tam mam muže nahoře.  
16 Nahoře mi slouží muži u kluků, což jsem ráda i z toho důvodu, že přece jenom dneska ty  
17 chlapci, který jsou nahoře u nás hospitalizovaný, stane se, že přijedou i z různých  
18 výchovných, diagnostických ústavů a trošku ten režim maj jinde jinej, a my se snažíme s nima  
19 tady pracovat tak jako aby nám pokud možno nic nezničili nebo někoho nenapadli, protože  
20 většinou ta agrese tam u nich prostě je, takže já najednu stranu jsem ráda, že tam ten muž jako  
21 je, ne jenom jako bezpečí pro ty sestřičky, protože některý mají 30 kilo i s botama, ale tak  
22 jako i proto, že si myslim, že tam je důležitá ta mužská role pro ty kluky. Kdyžtak se ptejte.
- 23 J: Ta práce je asi hodně organizační, jak přijdete do kontaktu s pacientama na oddělení?

24 S: Na oddělení s pacientama přijdu většinou, když je nějaký konflikt a nedá se to řešit, tak  
25 přijdu a zkusím i já z pozice své, ne že bych byla jako, ale snažím se to jako nějak s tím  
26 dítětem usmířit nebo uklidnit. Pak s nima sem na komunitách a na vizitách, vizity jsou, to si  
27 řídí pan primář a tam jsme no. Samozřejmě řeším i potíže když maj mezi sebou, jakoby  
28 pacienti nebo pacientky, přijdou zamnou třeba chtěj i řešit, že sestřičky trošku byly jiný než si  
29 přály, tak to taky řeším. Takže s nima a jsem v kontaktu. Dá se říct, že jsem mezi nima tady  
30 jakoby stále, ale není to o tom, že bych s každým někde seděla a hovořila, to ne.

31 J: Jak dlouho pracujete s pacientama na psychiatrii, s těma dětskýma?

32 S: Já, já dlouho. To je až ostudné, nebo až děsivé, protože já sem už tady jako inventář  
33 (smích), opravdu jsem zažila i starý pavilon, kterej byl teda trošku zoufalej. Já tu práci miluju,  
34 takže v podstatě jsem tu i zůstala, neměla jsem ani nějakej, že bych odešla. Je pravda, že  
35 jednou jsem odešla, ale pak jsem se rychle vrátila. Takže já tu práci s dětma mam ráda, je  
36 pravda, že jsem sloužila dřív na chlapcích.

37 J: A co se týče psychiatrie tak jste vždycky byla na dětským oddělení?

38 S: Vždycky, teď teda poslední tři pracuju ještě jako navíc na centrálním příjmu pacientů, kde  
39 to pro mě byla, jednak mi to teda nabídli, a tak jsem to přijala spíš takovou jako trošku výzvu,  
40 protože přece jenom tu zkušenost s těma dětma mám, ale zase nemam s dětma dospělýma,  
41 takže mam teď teda i zkušenost s dospělýma lidma.

42 J: A tady jste teda kolik let přibližně?

43 S: Tady jsem asi 30.. 35 no. Docela hodně. No, jo. 35 no. (smích) Ale je pravda, že musím  
44 říct, že občas samozřejmě, nějaký takový, syndrom vyhoření, když je člověk někde dlouho,  
45 samozřejmě přijdou dny nebo chvíle kdy toho člověk buď má hodně nebo je člověk zrovna  
46 rozčílenej, to prostě tak je, to funguje, ale zase na druhou stranu si myslím, že mě docela

47 nabíjí moje soukromí, záliby, snažím se odpočívat jinak, nabírat sílu. Fakt je, že ty děti jsou  
48 individuální, i přesto, že jsem tady tolik let tak musím říct, že vždycky přijde dítě, který  
49 přijde s takovým příběhem, že si říká člověk, že to není ani možný. Aby to dítě takhle  
50 vypadalo, aby se takhle chovalo. Takže zas člověk má jako, se podivuje nad tím, že to dětský  
51 není tak jako stejný jako třeba někde u těch dospěláků, ty diagnózy. Tady se vyvíjej, jsou ve  
52 věku kdy, já totiž tu hospitalizaci dětí beru i tak trochu, trošku prodloužení tý jejich  
53 adolescence, toho vývoje. Kdy některý děti, ty rodiče trošku daj na stranu, jsou bych řekla  
54 velmi problematický některý rodiče. Ať už jeden nebo druhý, málo kdy jsou oba a když jsou  
55 oba tak jsou od sebe a samozřejmě tam jsou velký potíže zase mezi nima. Takže většinu, i  
56 přesto, že ty děti maj velký potíže, ať už třeba se závislostmi nebo jinýma psychiatrickýma  
57 diagnózama, tak si myslím, že jim trošku prodloužímě takový to klidový období, kdy nemusej  
58 nic dělat, nejsou nuceni, nebo nejsou třeba týráni nějakým rodičem. Pro mě spíš taková  
59 jakože, určitě jim utkví v paměti, že někde byly, možná se i za to budou stydět, ale v jádru  
60 věci si myslím, že to berou jako odpočinek.

61 J: Přikyvuji. Můžem přejít k další. Jestli máte ve vaší pracovní pozici dostatek času na to  
62 věnovat se pacientům, tak jak potřebujete?

63 S: To asi ne. Zahlcuje mě teda hodně administrativa, hodně zařizování takových těch  
64 technických věcí, personálních. Samozřejmě jsem ráda, když jsem spíš hodně mezi těma  
65 sestřičkama mejma, protože tam se řeší spousta věcí a i potřebuju s nima řešit, když se něco  
66 děje, tak si je pozvu sem k sobě. S dětma, tam já spíš i hodně pochytim takový ty o čem je řeč,  
67 o čem mají ty sestřičky, ty potíže s nima. Takže.. ale s pacientama jako, není no..moc to není.

68 J: Přikyvuji. Jak vnímáte momentální situaci dětský a dorostový psychiatrie u nás v Český  
69 republice?



70 S: Vnímám ji tak, že v dnešní době přibývá, bych řekla, že jsme tak jako jsme kdysi kdysi  
71 dávno, byli trochu na posledním místě a ta veřejnost o nás vůbec nechtěla slyšet, protože si  
72 myslím, že náš zařadili mezi výchovné ústavy, jakmile se řekla dětská psychiatrie tak to jsou  
73 prostě jenom lumpové a lotři. Řekla bych, že veřejnost je víc trochu jako i poučená, i si  
74 myslím, že se hodně objevilo diagnóz jako je ADHD, jako je Aspergerův syndrom, jako jsou  
75 další autisti a hodně, myslím, že se to hodně rozmnožilo, takže si myslím, že většina už těch  
76 rodičů jsou trochu opatrnější, už vědí, o čem je psychiatrie. A myslím si, že bude na prvním  
77 místě. Protože ta generace, která roste bych řekla, tak ta výchova není tak úžasná, bych řekla  
78 já, nejsem pro to aby byla direktivní, jako kdysi byla za komunistického režimu. Ale chybí  
79 respekt, autorita, která je v podstatě ve školství, tam to chybí velmi a ty děti jsou víc  
80 odváznější, víc otrlejší, nemaj zábrany a to si myslím, že je takovej ten zádrhel a samozřejmě  
81 už ty diagnózy patří pod psychiatrii jo. Ať už to jsou, nechci říkat poruchy chování, ať už to  
82 jsou další a další ADHD. Jako řekla bych, že ty rodiče dneska nebo ty rodiny, ono těch rodin  
83 poměrně funkčních je bych řekla už dneska poměrně málo. A ty který jsou funkční a snaží se,  
84 tak ty děti jejich jsou trochu vylučovány zase z toho kolektivu, kde teda řeknou děti, ty nemáš  
85 dvě maminky, nebo nemáš dva táty, to seš nějaká divná teda. Jo, už berou jakoby tu rodinu,  
86 která má bejt funkční, která má fungovat pro to dítě a vlastně do společnosti a vůbec i do  
87 budoucna, tak to prostě pomalu ale jistě opravdu není. Si myslím že, opravdu vnímám dětskou  
88 psychiatrii tak, že by měla být a jsme schopni i jako některým rodičům, bych řekla tak jako i  
89 nasměrovat jakej je ten přístup k těm dětem. Což si myslím, že je fajn tady a jsou tady i lékaři  
90 i psychologové, který mají zájem a i přesto, že vědí, že některý ten zákonný zástupce není  
91 moc přístupný k tomu, protože samozřejmě každý má takový ten svůj styl ve vychovávání.  
92 Nechci říkat, že je to jen ve výchově, ale samozřejmě pak se všechno k tomu spojuje a odráží  
93 se to pak na tom dítěti jo. Někdy je to velmi těžký jo, těžký pro ty děti. A obzvlášť u těch  
94 dívek, kdy by mohly se rozvíjet, mohly by bejt úplně báječný, mohly by to bejt prostě jako

95 dospělý lidi lékaři, nebo nějaký to...tak už prostě jsou poznamenány tím prostředím, tím  
96 vlivem a hodně dívky co dělaj, když neuměj s tím pracovat, tak se hodně sebepoškozujou. To  
97 teď v dnešní době, anorexie a sebepoškozování.

98 J: Příkyvuji. A v čem vidíte případně teda nějaký hlavní problém dětský a dorostový  
99 psychiatrie? Jakoby tý péče, toho jak to funguje.

100 S: Já vidim tím, že my velmi snažíme jako ať už lékařský tým nebo ošetrovatelský tým,  
101 protože si myslim, že opravdu toho personálu, pokud nejsou samozřejmě nejsou výpadky  
102 personálu, v dnešní době je výpadek zdravotnických sester a lékařů, ale tady zatím na  
103 pavilonu samozřejmě nám odcházej lidi, ale zatím to ještě jako dá se říct dáváme. Ale chtěla  
104 jsem říct, že co беру jako špatně je následná péče. Tím, že odejdou od nás, odejdou do té  
105 rodiny, kde jsou ty potíže, a my nemáme tak asi tu pravomoc nikdy nedostaneme, abychom  
106 mohli tu rodinu nějak jakoby zabezpečovat stále. Protože si myslim, že nějaký pravidelný  
107 kontroly, který jsou u psychologa, nebo který jsou u psychiatra a jsou někdy jednou za 2  
108 měsíce, to prostě není následná péče. Takže si myslim, že opravdu by měla bejt pravidelná,  
109 krátkodobá kontrola těch dětí v těch rodinách. Jak to funguje, jestli to tak má být, nebo jestli  
110 ne. Ale tím, že my je tam pošleme, sice zajistíme jakoby tu péči následnou v tom, že choděj  
111 někam, jednak budou potřebovat nějaký léky, nebo budou potřebovat psychologa k tomu, aby  
112 si občas promluvily, když mají potíže. Jenomže ono dneska to funguje tak, že těch psychologů  
113 je málo, pedopsychiatrů je málo. No...

114 J: Tak teď můžeme přejít k tématu tý hospitalizace. Jestli vnímáte za poslední 3 roky nějaký  
115 rozdíl mezi dětma, který jsou hospitalizovaný, například jako v těch psychických potížích,  
116 diagnózo, pohlaví, chování, věku, rodinný zázemí.

117 S: Hospitalizace jsou velmi, abych řekla pravdu, protože se to, když to řeknu ošklivě, to běží  
118 jak na páse. Tím, že my nemáme moc dlouhé ty hospitalizace, tak 2-4 týdny, někdy jsou

119 kratší, někdy jsou delší, to právě záleží na těch potížích, se kterými dítě přijde. Stane se, že  
120 tady je dítě i třeba přes půl roku, stane se, že tady je i třeba třičtvrtě roku, ale není to tím, že  
121 bychom my chtěli, je to tím, že to dítě pochází z prostředí, který není zrovna vhodný. Nebo je  
122 to u dítěte, který je opravdu psychicky nemocný, takže tam ta léčba trošku je delší, než to dítě  
123 v podstatě lékařsky a i medikací stáhneme do nějakého stabilizovaného stavu a je schopno  
124 zase odejít do prostředí. Takže bych řekla, že asi záleží jak to dítě, s čím přijde no.

125 J: Že jsou fakt individuální, že se to takhle nedá říct, že by se za poslední tři roky objevovaly  
126 děti, který jsou víc takový nebo makový.

127 S: Jo, jsou. Já bych řekla, že máme tak od každého něco, ty diagnózy fakt se prolínají. Já si  
128 myslím, že to daný i tou dobou co zrovna frčí na těch sociálních sítích. Jo, to si myslím, že tak  
129 je. Teď je zrovna doba kdy my máme poruchy příjmu potravy u dívek. A měli jsme zase  
130 období, loňský třeba 4-5 měsíců, kdy jsme je neměli. Jo, takže to je tak. U chlapců třeba,  
131 teďka momentálně tam máme ty malé, což je ADHD to je takových 11-12 let a ty taky třeba  
132 v jednu chvíli nebyli jo. Je to takový, se to prolíná. Co je u dívek a co je...je to  
133 sebepoškozování. A to teda asi opravdu frčí furt. U chlapců bych řekla, že tam se teďkon...a  
134 zrovna teď je období kdy se nám tam prolínali 3 chlapci, který měli jakoby sexuální  
135 obtěžování, ať už sourozenců nebo v nějakém zařízení...a třeba jsme je půl roku nebo  
136 třičtvrtě neměli. A najednou se stane, že se objeví třeba 2 nebo 3 kluci, který mají takovej  
137 problém.

138 J: Jo, rozumím. A jaký jsou podle vás nejčastější důvody hospitalizace?

139 S: Nejčastější důvody bych řekla, pokud je to u těch dětí, který nejsou psychicky nemocný,  
140 tak je to agrese. Agrese ve škole, vůči spolužákům, nebo je to agrese vůči autoritám, nemusí  
141 bejt brachiální, jako že by napadli, ale verbální. A pak doma. A tím, že oni jsou ve škole, tak  
142 ta škola samozřejmě reaguje jinak, takže tam potom se to řeší už tím, že nastoupí sociální

143 pracovnice, kurátoři, pak třeba jede do tý pedopsychologický poradny, nebo jdou k lékaři a  
144 tam už to pak postupně a postupně jede. Kdy oni píšou jakýsi doporučení k nám.

145 J: Neřešilo se tohle dřív diagnostákama?

146 S: Ono ty diagnostáky jako jsou jo, ty fungujou, ale fungujou tehdy, když ty děti nejsou  
147 schopný zůstat doma. Když to tam nejde. My se snažíme tak aby se zase vrátili. Kdysi dávno  
148 se s tím nikdo nepáral, to máte pravdu. Dneska je to opačně. Dneska se snažej to dítě nechat  
149 v tom rodinným prostředí až, já bych řekla, že je to až moc jo. Ale pokud to dítě není týraný,  
150 opravdu jako týraní a pokud není opravdu jako zneužitý, jako že by bylo sexuálně...tak oni  
151 fakt se snažej ty děti nechávat v tom rodinným prostředí.

152 J: A tím „oni“ myslíte OSPOD?

153 S: OSPOD, ano. My nemáme takovou pravomoc, k nám ty děti se dostanou buď na  
154 doporučení, nebo jsou z jiných psychiatrií, nebo přes ambulance. Ale faktem je, že my ty  
155 příjmy máme většinou plánovaný, víme o koho jde, nebo teda pokud možno lékaři a pan  
156 primář ví a nebo se stane, že někdy přijíždí třeba v noci, jako akutně, tak to přijížděj na ten  
157 centrální příjem. Ale to většinou jsou jako děti, který utekly z domova, nebo z nějakých  
158 zařízení, nebo je agrese doma a musela se zavolat rychlá záchranná pomoc nebo policie,  
159 protože napadl někoho z rodiny. Nebo...nemáme teda neradi bereme děti, který jsou závislý,  
160 což znamená návykové látky jako marihuana a pervitin, tak se snažíme je předávat na  
161 detoxikační oddělení Pod Petřínem, tam oni chodí na takový 14 denní detox a potom je  
162 následná péče u nás, a nebo pak od nás choděj do nějakých různých komunit.

163 J: Přikyvují. V čem vidíte pozitiva hospitalizace? A další otázka bude jaký negativa, tak to  
164 klidně můžete propojit.

165 S: Jo, ano ano. Pozitivní na tom vidím to, že některý děti v podstatě jak neznaj, protože  
166 takhle. My jsme režimové oddělení, to znamená, že my máme jasně danej ten den, i časově,  
167 co kde kdy jak bude. To znamená, že i ten harmonogram, kterej organizuje nebo si píše paní  
168 terapeutka a říká se to dětem na ranních komunitách, tak oni vědí co každěj ten určitej čas  
169 jako je. A tím, že oni někdy nejsou vůbec vedený doma, jakýmsi takovým tím režimem,  
170 přitom je to úplně jednoduchej režim, ale některý děti to neznaj, proto většinou dělaj i  
171 takovýhle věci, kdy se nudí, kdy není zájem třeba těch rodičů, kdy nesportují a začnou  
172 v podstatě se nudit, a nebo nevědí co, tak se plácaj všude možně, že jo. Takže tady my je  
173 v podstatě naučíme, že ten den má několik hodin a v každou tu hodinu se má něco dělat.  
174 Dopoledne je škola, což je klasika a odpoledne jsou jakýsi zájmový činnosti ale taky  
175 povinnosti, takže my je tak jakoby směřujeme. Pozitivní vidím to, kde rodiny nefungují  
176 takovým nějakým režimem, tak tady se to jakoby naučí. A musím říct, že některý to i chválej,  
177 jakože to je prima, a že vlastně vůbec nevěděl nebo nevěděla, že se to dá i takhle jo. Jo takže  
178 to musím říct našim, nebo mámě a budu chodit na tohle a na tohle. Tady jsou třeba i kroužky  
179 a tím je i nasměřujeme, že je možný a najednou zjistí, že umí malovat. Já myslím, že jako, to  
180 beru jako pozitivní fakt, že některý děti to, řekla bych že většina těch dětí, prostě ty rodiče  
181 dnešní dobu berou, jakože žijou buď z těch sociálních sítí, to je taková ta komunikace, vztahy  
182 jsou taky jenom mobil. Takže beru pozitivní to, že my je tady naučíme něčemu, co by mělo  
183 bejt jako normální. Je to stereotypní, ano, pro adolescenty je to nudný, jo to je prostě nudnej  
184 režim, ale to je přirozený. Ale u některých dětí, který opravdu seděj třeba jenom na těch  
185 počítačích a ten režim opravdu maj jako opačnej, že přes den spí a v noci samozřejmě žijou,  
186 tak tady najednou zjistěj, že je to jinak no. Takže to je pozitivní, to beru...i úžasnost je, když  
187 naučíme, což beru já jako, možná už je to takovej můj deficit, základy jakoby slušnýho  
188 chování. Ne to, že by museli bejt úžasný ve všem. Pozdravit, někam jdu, někam přijdu,  
189 pozdravim dospělýho, požádat slušně, poděkovat. To prostě je špatně jo, většina dětí to

190 neumí. Já tady ráno přijdu, pozdravím, hulákám, odezva možná jedno dítě? (smích) Ale to  
191 bych řekla, že to je fakt možná takovej můj deficit, že si myslím, že by to tak mělo být, ale  
192 možná jsme jen my tak naučený, ta naše generace. Takže to já jako tohleto, když naučíme ty  
193 děti a naučíme i někdy samozřejmě co se týká i hygieny a oblíkání a trošku i povinností sami  
194 o sebe i co se týká takových úklidů na pokoji, že si srovnaj věci, nemusej to bejt komínky, to  
195 ne, nefungujeme jako vojáci, to určitě ne. Ale už jenom ten cit aby měly k tomu, že někde  
196 mam svoje věci, někde mam svoje potřeby, tak to taky neuměj. Nejsou naučený no. A co беру  
197 ještě za pozitivní, když se přijdou za nějakěj čas se nám ukázat, pozdravit nás, a vidíte jak ta  
198 změna je, že rádi třeba i řeknou, že na nás vzpomínaj, a že i vydrželi v tý rodině, že teda něco  
199 vystudovali, nebo že pracujou a takovýto zapojení do tý společnosti. To je takový fajn. Řekla  
200 bych, že v posledních pěti letech už to tak není, protože jakmile tady, jsem říkala, že je to běh  
201 na pásu, že ty děti se hrozně moc střídaj, tak my už nemáme tu zpětnou vazbu, jak se maj, co  
202 dělaj. Ty který už se nevrátěj. Pak jsou samozřejmě ty, co se vrací.

203 J: Jasně. A negativa hospitalizace? Nebo tý zkušenosti, že jsem hospitalizovaná jako  
204 adolescent?

205 S: Negativní na tom vidím to, že některý děti si zvyknou a jsou tady rády. To znamená, že je  
206 jim tady líp než doma, nebo než v tom prostředí, ve kterým žijou, což my jim nemůžeme  
207 umožnit to, aby tady s náma žily do 18 let. To prostě nejde, takže to беру jako negativní  
208 v tom, že my jim samozřejmě se snažíme vyhovět, že nějakou dobu ano. My je samozřejmě  
209 nepouštíme hned, ale snažím se domlouvat, kdy by se na to cítily, aby mohly jít zpátky domů,  
210 protože vědí, že to prostředí už není takový. Tak to si myslím, že je tady nemáme nechávat  
211 déle, než je nezbytně nutné. A někdy negativní беру to, že třeba jsou jako, možná zbytečně  
212 tady, možná někdy rodič sem jako odloží to dítě, aby vidělo třeba.

213 J: Jako takový vystrašení jo?

214 S: Jo, takový jakože. Takhle, oni samozřejmě nějaký důvody mají, ale ty potíže nejsou na to,  
215 aby musela zrovna bejt hospitalizovaná nebo hospitalizovaný, stačilo to třeba léčit  
216 ambulantně. To se nám stává.

217 J: Jakože se setkáváte s tím, že hospitalizace může bejt i náhrada za ambulantní péči?

218 S: Může bejt. Není to tak, že by to bylo častý, to určitě ne, ale teď přemýšlím, jaký negativa  
219 jako... vůbec si nejsem vědoma, že bych to brala, jakože ta hospitalizace... někdy mi přijde, že  
220 u některých dětí je zbytečná. Jo, ze začátku, ale pak když poznáme, a zjistíme. Tak oni ty děti  
221 jsou ještě báječný v tom, že vydržej nějakou dobu skrývat ty svoje potíže, to oni uměj to teda  
222 je báječný. A vždycky si říkám, no to přece nemůže trvat dlouho, jako můžeme bejt sebevíc  
223 silný, ale u toho dítěte. Tak fakt jsou děvčata, zrovna teď jedna dívka, tak ta vydržela dlouho,  
224 už má třetí hospitalizaci a teprve po třetí hospitalizaci, kdy chtěla dokonat sebevražedný  
225 pokus a ona už jich má bych řekla ta tři za sebou, je to teda lékama, že spolykala léky a až  
226 teprve teď ve třetí hospitalizaci ze sebe vydává co je teda jakoby špatně v tý rodině. Takže  
227 fakt jako některý děti to uměj, vydržej dlouho a pak přijde nějaký moment a to většinou jsou  
228 momenty, kdy jsou ve společnosti těch svých spoluvrstevníků, tak oni maj taky svoje potíže.  
229 A najednou, jestli jim to tam cvakne, nebo jestli maj nějaký zkrat kdy prostě to z nich musí  
230 jako vyjít, tak může je vyprudit třeba nějaký jinej spolupacient jo, ale pak teda samozřejmě  
231 víme že, aha, teď už víme, aha, takže takhle to je. A většinou taky rodiče nám i lžou, maj  
232 pocit, že je všechno v pořádku, dítě furt prudí, že ne že jo. Takže myslím si, že se potýkaj  
233 nejenom my, ale i lékaři, který s nima pracujou a pracujou i s těma zákonnýma zástupcema ,  
234 to si myslím, že je velmi vyčerpávající. Ale jsem ráda, že tady je ten personál a kolektiv,  
235 kterej má prostě zájem o ty děti a, že se snažej, ty děti pak dávaj najevo, že je to prima, že to  
236 řekly, no nevim, jak to bude vypadat doma, ale sem ráda nebo sem rád, že to takhle jako je.  
237 No, takže se snažíme jim pomáhat.

238 J: Přikyvuji. Tak další téma je rehospitalizace. A první otázka je, jestli podle vás dochází  
239 k rehospitalizaci v průběhu posledních 3 let více, stejně či méně.

240 S: Já bych řekla, že více. Protože teď...Jako řekla bych, že ano. Že je více rehospitalizací,  
241 protože ty první hospitalizace my přijdou jako u závislostí no. Jakože když je první  
242 hospitalizace, tak se třeba nepodaří. A záleží v kterém věku to je u toho dítěte, záleží opět na  
243 tom rodinném prostředí a jestli napoprvé ta hospitalizace je trvajících tři týdny, čtyři týdny, jsou  
244 do toho zaangažovaní rodiče a jsou schopný a přijmou ten přístup takovej, jaký by měli být  
245 pro ty děti fajn. Ale většinou to nepřijímají, ten rodič to nepřijme, mají svůj styl, mají svůj  
246 směr. A to dítě se prostě vrátí. Ať už tím, že se nemuselo nic dít doma, ale začne to třeba ve  
247 škole, protože samozřejmě tam je ta škola důležitá, většinou ta škola, kde oni nevydrží, takže  
248 se vrátí znova. Druhá hospitalizace je o tom, že snad trochu se snaží, buď to zvládnou, a nebo  
249 to nezvládnou. Je pravda, že se nevracejí nějak rychle. Ta druhá hospitalizace, to se vracejí  
250 rychle, pak už po té druhé hospitalizaci ta třetí, už je po nějaký době, že se trochu udržejí i dýl.  
251 No, ale jo vracejí se no, řekla bych, že víc.

252 J: A jaký jsou podle vás nejčastější důvody té rehospitalizace, vy jste o tom vlastně teď už  
253 trochu...

254 S: Já myslím, že tam fakt ta nefunkčnost té rodiny no.

255 J: Jo.

256 S: Ať už je to v komunikaci, ať je to v těch vztazích, ať je to i školní problém, ono fakt může  
257 být třeba všechno dobré doma jo, ale zrovna v té škole jsou tam nějaký spolužáci, který umějí,  
258 nebo šikanují, nebo stačí i autorita, někdy ty autority taky to neumějí ten přístup k tomu  
259 dítěti. A ono stačí jeden problém a oni už to berou, jakože to je všechno špatně. Někdy máme  
260 i problémy s tím, že teď už jak ty kompetence GDPR (smích) nastaly, tak dříve to bylo i fajn,  
261 že jsme mohli s tou školou i nějakým způsobem komunikovat jo, nebo se snažit, i ta škola měla



262 zájem o to vědět, jak maj přistupovat k němu a tak, protože ty děti jako na to aby střídaly  
263 školy, to taky není fajn, že jo, ale i to se stává, dítě který už má třetí nebo čtvrtou školu jo,  
264 takže to je prostě průšvih velikej, protože na to aby rodič sháněl potom po celý Praze školu,  
265 teď ty ředitele těch taky už moc pro to nejsou že jo, protože většinou ty děti jsou agresivní,  
266 problematický, a už nikdo nechce žádný potíže jo, natož ještě kdyby byl šikanovanej, tak to  
267 už vůbec nechtěj. Tu šikanu bych řekla, že to nějak neřeší jakoby ten pedagogický personál,  
268 takže oni se pak dostanou k nám, protože něco udělaj nevyzpytatelnýho, tím, že už se neuměj  
269 bránit vůči těmhle těm tyranům, tak najednou udělaj něco třeba že, udělaj ještě něco horšího  
270 než třeba co ty co ho týrali. Třeba někoho napadne, surově ho zbije. Jo, takže pak se  
271 samozřejmě dostane sem rychle.

272 J: Jakože pohár přeteče...

273 S: Jo, přesně tak. Ale proč zrovna on, kterej je šikanovanej, proč to neřeší tam, já vim, že ta  
274 šikana je těžce řešitelná, ale jednak to vidíme na těch sítí, co dělá. Co dělá dneska ta generace,  
275 jsou někde se skupinkou, stlučou tam někdo svého, ještě si to nafilmujou, ještě se tomu  
276 smějou, proto říkám, že fakt jako ty potíže mě přijde, že se dějou podle ty naší doby a co se  
277 zrovna vyvíjí no.

278 J: Jo, jo. Tohle zase bude podobný, jestli dokážete říct, u jakých typů dětí dochází k tý  
279 rehospitalizaci nejvíc?

280 S: Já bych řekla, že to jsou klasický diagnózy co se týká poruch chování, agrese ta tam v tom  
281 je tak, pak jsou to děti, který jsou závislý právě na těch návykových látkách, tam to prostě je  
282 opakovaný, než se chytanou a když se chytanou, tak je to prima. A pak samozřejmě opakovaný  
283 rehospitalizace míváváme, a to je u těch psychických onemocnění, kdy my psychotika  
284 v podstatě dáme do stabilizovanýho stavu, přestane třeba trochu doma jíst léky, takže pak se  
285 samozřejmě propadá do nějakýho relapsu, takže se musí vrátit a musíme to nastavit. Je třeba,

286 že psychotik, který je opravdu nemocný, jako psychoticky není to daný tím, že by to něčím  
287 měl, většinou bejvaj toxický psychózy, takový že jsou relapsový jo, ale ty psychózy, který  
288 jsou daný a ty děti většinou žijou v rodinách, kde teda ty rodiče jsou a snažej se, když přijmou  
289 tu nemoc, tak jakože to jejich dítě je nemocný, tak pak je to fajn.

290 J: Je podle vás rehospitalizace důsledek závažných psychických poruch?

291 S: Asi ne...asi ne.

292 J: A byla by podle vás rehospitalizace nahraditelná jinou formou péče?

293 S: No to je o tom, co jsem mluvila, že ta následná péče, která by byla víc jakoby intenzivnější,  
294 možná i pro ty rodiče taková velká informovanost i možnost, že můžou, kdykoliv jakkoliv, tak  
295 si myslim, že možná to bylo jako fajn. Si myslim, že by mělo bejt no, si myslim, že ta  
296 následná péče pro ně jo. A myslim, že ta doba k tomu tak spěje jo, že jako ambulantní léčba  
297 určitě, ale není tak intenzivní jak by měla být, lůžková je třeba v případě kdy opravdu ty děti  
298 bych řekla, že se ohrožou na svém životě. Jenomže to zase je skoro u všech těch diagnóz jo,  
299 ať už vemete poruchy příjmu potravy, poruchy chování, tam je ta agrese, kde si můžou ublížit,  
300 pak sebepoškozování, pak když si vezmeme ještě ty psychotický onemocnění, protože maj  
301 halucinace, bludy a dělaj věci, který samozřejmě nejsou v pořádku. Takže fakt jako ta dětská  
302 dorostová, já jak vždycky říkám, tak jak je dospělá psychiatrie, ta je daná jo, tam ty diagnózy  
303 jsou prostě daný a už to v těch lidech je, ale u těch dětí, teprve se vyvíjí. Nemůže nikdo říct,  
304 že to je teď hned psychóza, když se vyvíjí psychika, fyzično, takže ono...a kdysi dávno, co  
305 jsem já studovala psychiatrii dětskou, tak tenkrát nám říkali, že není možný jako v tomhle  
306 věku, kdy oni maj ten vývoj, říct, že to je opravdu psychotik. Že ty příznaky se prolínaj, může  
307 to bejt něco psychotickýho, ale může to bejt taky úplně něco jinýho. Takže tenkrát nás učili,  
308 že ne, že tam by měli bejt velmi opatrný ty lékaři. Dneska je fajn, že zase přidávaj, že je  
309 hlavní diagnóza a dávaj tam ty vedlejší, jo protože ty příznaky fakt nejsou jednoznačný,

310 můžou říct ano u tohohle je tenhle ten příznak nicméně jsou tam další příznaky jiný, takže na  
311 druhou stranu to vlastně ošetřili tím, že tam můžou přidat jakoby ty vedlejší.

312 J: Jasně, že si nemůžou vybrat jednu.

313 S: Jo, a postupem bych řekla toho vývoje se ukazuje, jaká z těch diagnóz vyleze na povrch.

314 J: A myslíte si, že by šlo tý rehospitalizaci zamezit nebo omezit nějakou teda jinou formou  
315 péče?

316 S: No když teď přemýšlím tak fakt je, že máme ty rehospitalizace hlavně u těch dívek, který  
317 se velmi sebepoškozují, který jsou úzkostný a dá se říct depresivní a nevědí si rady s těma  
318 situacema, který zrovna nastanou. Jsou to stavy, který pro dospělé lidi jsou úplně jiný, nebo  
319 nad tím mávnou rukou, nebo si na tím trošku zapřemýšlej, udělej svůj názor. Tady ty dívky,  
320 některé, samozřejmě nejsou to všechny, buď se tím jako baví, někdy nám to přijde, že je  
321 taková ta diagnóza trošku histriónství, že z nich budou právě ty ženy s dysharmonickým  
322 vývojem. A nebo to jsou fakt dívky, které by rády měly možná ten svůj vývoj úplně báječněj,  
323 ale kdyby nebyly v té rodině a mohly žít, takže ty to právě řešej radikálním způsobem, takže  
324 fakt jako ty rehospitalizace jsou a jsou tady právě hodně u těch úzkostných stavů. Nahoře u  
325 kluků to jsou ADHD, tam ty rodiče, někdy i vyhovíme, když víme, že tam se snaží ty rodiče a  
326 že prostě udělej první poslední, tak my jim uděláme i takovej odlehčovací pobyt jo, že na  
327 chvíli si vezmeme to dítě, aby ty rodiče si chvíli odpočinuli, aby i si třeba někam odjeli a pak  
328 zase, ale víme, že to dítě si zase vezmou zpátky jo. A u těch kluků rehospitalizace no, tak tam  
329 jsou taky, ať už je to závislost na těch návykových látkách, my teda moc jich nemáme, ale  
330 když už tak to stojí za to. Nicméně u kluků bych spíš řekla, že je závislost na počítačích, jo to  
331 tak jako, nechtěj do té školy moc no, to se vracej no, chvíli to vydržej. Ale taky bych řekla,  
332 že též každá ta diagnóza něco má a furt je to o tom jednom a tom samým, jak se přístup  
333 k tomu dítěti vlastně oni jak se přizpůsobí, aby mohli všichni vzájemně v nějakým klidu a

334 míru žít. Takže když se podaří, že se nevrátí dítě, bereme to tak jakože hurá, pak jsou  
335 samozřejmě děti, který pocházej z vrstvy společenské, nechci říkat snobské, já myslím, že  
336 dneska už je to jedno jo. Kde řeknou, já sem si uvědomila nebo uvědomil, že vlastně já mám  
337 všechno, že sem poznala tady spoustu dětí, který jsou na tom daleko hůř než já. Což je taky  
338 prima, v podstatě se rozloučíme a berou to tak, že opravdu doma mají veškerý komfort, mají  
339 bezpečí, jistotu, takže co blbnou, jo taky jsou takový děti, který to ocení.

340 J: Příkyvuji. Poslední téma je následná péče, jak by podle vás vypadal ideální péče o  
341 adolescenty s psychickým poruchama?

342 S: Kdysi tady byla skupina, už nevím, jak se jmenovali, ale vlastně zjišťovali situaci, vytvořili  
343 centra duševního zdraví a pak jsou takový ty terénní komunity, kde vlastně jezdí personál  
344 domů k těm lidem s psychickým onemocněním. Oni to v podstatě už připravují na tu dobu, že  
345 vlastně oni moc nechtěj ty lůžkový.

346 J: Jako v rámci psychiatrický reformy?

347 S: Ano, a ty právě, tahle skupinka lidí, a ty se mě ptali na totéž, jestli jsem pro, aby ta  
348 následná péče byla i pro děti. V týhle vizi co mají pro ty dospěláky. Tak jsem říkala, že ano,  
349 že fakt je hodně rodin, kde možná zůstává jenom máma s dítětem, že ty otcové nejsou. Takže  
350 fakt kdyby byla ta následná péče na každým rohu, nechci říkat, že musí bejt všude jo, ale aby  
351 měli možnost když jsou ty potíže, ty situace, protože kolikrát volaj ty rodiče a nebo rodiny,  
352 který by chtěli pomoci, já jim nemám jak pomoci, my jsme lůžkové oddělení. Jak jsem vám  
353 říkala, pedopsychiatrické ambulance oni jsou, ale tam čím dál míň odborníků, pedopsychiatrů,  
354 protože ten obor asi nikdo dělat nechce, asi není tak záživnej, nevim, nepochopim to. Takže  
355 tady pana primáře už ani nemůžeme zahlcovat, protože je sám zahlcen, to samý je vedoucí  
356 lékař. To je prostě pasé, takže fakt by to bylo dobrý pro ty děti v tom, aby zjistily, a nejenom  
357 ty děti, ale i ty rodiče, že někam docházej, ale nesmí to bejt jednou za dva měsíce.

358 J: Přikyvuji. Takže intenzivní.

359 S: Ano, fakt intenzivně třeba dvakrát v týdnu, třikrát v týdnu, aby věděli, že i ten rodič  
360 potřebuje tu podporu, že to není jen o dítěti, je to fakt o tý komunikaci všech, celý tý rodiny.

361 Jo, já jsem pro abych mohla, protože i mně někdo zavolá, ježíš mám takový..není to tam u  
362 vás..může bejt to..co jim člověk má říct, já bych hrozně ráda pomohla těm lidem, a všem bych  
363 pomohla! Ale já nemam lidi na to, abych jim pomáhala, nicméně se člověk snaží je odklonit a  
364 nebo jim zkouším doporučit někoho jinýho, nebo jim to sama i hledám a samozřejmě to je ale  
365 s tím, že musej si to vyřídit sami a vim, že to není jednoduchý, a že budou čekat dva měsíce,  
366 tři měsíce. Ale oni potřebujou teď hned že jo.

367 J: Takže za vás je ideální aby to bylo intenzivní a aby se pracovalo jak s pacientem tak  
368 s rodinou.

369 S: Ano.

370 J: Ideálně v prostředí domova.

371 S: Možná domova, to by bylo fajn, kdyby bylo domova, tak by to bylo fajn, ale to nevím jestli  
372 jako domov bude to pravý ořechový, pro někoho jo, ale to nevím, jestli by jako...Víte kdysi  
373 dávno bylo ještě to, my teda máme sociální pracovníci, ale kdysi dávno chodili i do těch  
374 domovů ty sociálně pracovnice, měly povoleno, měly v kompetenci své práce, když my jsme  
375 měli děti hospitalizovaný tady na oddělení a nevěděli jsme, jaký je to rodinný prostředí,  
376 abychom měli ještě trochu info, jak to doma je, tak oni měly možnost jít, vždycky měly středy  
377 terénní, vydaly se za nějakou tou rodinou a tam vlastně získaly jen náhled jak to tam funguje.

378 J: A to už teda nefunguje?

379 S: To už ne. Ono se to dělá, když to dítě je opravdu těžce šikanovaný nebo zneužívaný.

380 J: Takže se v podstatě čeká na to nejhorší?

381 S: Příkyvuje. My se snažíme i teďka dost často volat ten OSPOD a hlásit je, jakože tam v tý  
382 rodině něco není v pořádku jo, takže protože my to zjišťujeme jenom od dítěte jo. Rodič nám  
383 může navykladát cokoliv, takže náš úkol GDPR, to je paní sociální, která vlastně nahlásí tuhle  
384 rodinu a tam teda by měli prošetřovat jak to teda je nebo není. Většinou to je ale s takovým  
385 tím negativním účinkem, že vlastně je všechno v pořádku, nic tam neviděli, nic nezjistili a  
386 jede se dál. Někdy se snažíme, i kdyby člověk mohl, tak fakt obejdeme, jenomže to nejde,  
387 nemáme takovou pravomoc.

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Dita Hotiová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Důvody rehospitalizace pacientů dětského oddělení psychiatrické nemocnice

Vedoucí/oponent práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 74

Počet stránek příloh: 57

Počet titulů v seznamu literatury: 76

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěš/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak by podle Vás mohla vypadat psychiatrická a psychoterapeutická péče o tuto cílovou skupinu v ideálním případě?

Co pro Vás bylo při vypracování výzkumu nejtěžší?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce se věnuje problematice adolescence, dětské psychiatrie a psychoterapie. Autorka zde částečně navazuje na svou bakalářskou práci, ve které se věnovala tématu prožívání hospitalizace u pacientů dětského psychiatrického oddělení, a také navazuje na svůj pilotní projekt doléčovací skupiny pro pacienty tohoto oddělení. Teoretická část je psána kultivovanou formou za použití vysokého objemu domácí i zahraniční literatury.

Praktická část práce sestává z kvalitativní a kvantitativní části. V kvalitativní části autorka realizovala 4 rozhovory s odborníky, kteří pracují na daném oddělení. Rozhovory jsou kvalitní a informačně bohaté, tím pádem i analýza přináší zajímavé a potenciálně cenné výsledky. Analýza je provedena pečlivě a metodicky správně.

V rámci kvantitativní části autorka zpracovala data o hospitalizacích a prezentuje popisnou statistiku těchto dat. I když se nejedná o nijak pokročilé statistické metody ani o testování hypotéz, přínosem této práce je fakt, že poprvé došlo na zkoumaném oddělení k zpracování tohoto typu dat.

Obě části analýzy společně přinášejí poměrně plastický obrázek o zkoumaném problému a umožňují odborné zdůvodnění pro podporu následné péče, která by mohla počet rehospitalizací výrazně snížit.

Diplomová práce tedy může mít velmi užitečný přesah do praxe, pokud se autorce bude nadále dařit pokračovat v jejím projektu, v čem jí držím palce. Oceňuji samostatný a iniciativní přístup autorky i její zaujetí pro téma.

Silné stránky:

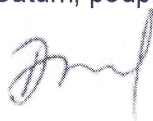
- Práce má potenciál přispět ke zlepšení praxe
- Kultivovaná práce s textem a s literaturou
- Kvalitní hloubkové rozhovory, smíšená metoda
- Pečlivě provedené analýzy, zajímavá zjištění



Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~\*

Navrhovaná klasifikace:  
**Výborný**

Datum, podpis:

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or set of initials.

---

\* nehodící se, škrtněte

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Dita Hotiová

Obor studia: Psychologie/NMgr./

Název práce: Důvody rehospitalizace pacientů z dětského oddělení psychiatrické nemocnice

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

**Technické parametry práce:**

Počet stran (bez příloh): 74 Celkový počet stran příloh: 57

Počet titulů české literatury a pramenů: 33

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 37

Počet internetových odkazů: 6

Počet znaků (počítáno včetně mezer) hlavního textu práce (včetně literatury bez příloh)

Přímé citace: 18 715

Ostatní text: 140 130

Celkový počet znaků: 158 845

**Výběr tématu**

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

--	--	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

--	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

--	--	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Které výsledky analýzy považujete za stěžejní a nové pro další výzkum a proč.

Jak jste sama pracovala s tématem „předporozumění“?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka diplomové práce se věnuje tématu: „Důvody rehospitalizace pacientů z dětského oddělení psychiatrické nemocnice“. Navazuje na bakalářskou práci na téma Prožívání psychiatrické hospitalizace u pacientů dětského oddělení a výsledky analýzy byly motivací pro další výzkum. Motivem byl fakt, že u tří ze čtyř respondentů během pěti měsíců po sběru dat došlo k jedné až dvěma rehospitalizacím, jak uvádí samotná autorka.

Teoretická část pojednává o vývojovém období a krizi adolescence, adolescenci v návaznosti na rodinný systém, nezbytnou je také kapitola o dorostové psychopatologii a psychiatrické hospitalizaci v České republice. Závěr teoretické části je věnován specifikům psychoterapeutické péči u adolescentů. Teorie je kvalitně zpracovaná a čtivá. Autorka pracovala s významnou odbornou českou i cizojazyční literaturou. Formálně i obsahově je práce v pořádku.

Ve výzkumné části DP je metodologicky zpracována strukturovaně, s jasně vymezeným cílem a výzkumnou otázkou kvalitativního výzkumu.

*Hlavní výzkumnou otázkou bylo: Jaké jsou důvody rehospitalizace pacientů dětského oddělení psychiatrické nemocnice?* Autorka sama uvádí, že „abychom pochopili, proč dochází k rehospitalizaci, je nutné zmapovat názory odborníků“. Rozhovory probíhali se čtyřmi odborníky z dětského oddělení/ lékař, staniční sestra, psycholožka a soc. pracovnice/. Autorka pracovala s vytvořenou osnovou rozhovoru, která je připravena jasně, otázky jsou nenávodné, otevřené a dávají prostor jak respondentům, tak samotné autorce dostát odpovědím s porozuměním a přemýšlením. Samotné zpracování a analýza rozhovorů probíhala metodou TA. Také jsou použita kvantitativní data, se kterými se dále pracovalo a která poskytla přehled o četnosti hospitalizací a rehospitalizací za poslední tři roky na daném oddělení a souvislosti mezi rehospitalizací, pohlavím, věkem a diagnózou. Kladně hodnotím také zamyšlení nad úskalím vlastních interpretací v kvalitativním výzkumu i když zároveň víme, že se jim nedá vyhnout a jsou spíše otázkou, jak s nimi zacházet. Zajímalo by mě, jak s tématem předporozumění pracovala sama autorka. Výzkumná část práce je zpracována také kvalitně a spolu s teoretickou částí vytváří odborný vhled k dané problematice.

***Celkově hodnotím diplomovou práci jako zdařilou a doporučuji k obhajobě. Výsledky přinesly další podněty ke zkoumání i napříč obory.***

Navrhovaná klasifikace: při úspěšné obhajobě navrhuji 1

Datum, podpis: 30.6.2020  
Mgr. Zuzana Janotková