

# PÉČE O DUŠI

## V PSYCHIATRICKÉ PÉČI ZA EVROPOU ZAOSTÁVÁME, ZMĚNA POTRVÁ I 20 LET

Kateřina Zichová  
zichova@euractiv.cz

Psychiatrická péče v Česku je dlouhodobě podfinancovaná, její dostupnost je neuspokojivá a ve srovnání s většinou zemí Evropské unie jsme v rozvoji tohoto oboru na chvostu. Počet lidí, kteří takovou péči potřebují, přitom narůstá.

Psychiatrická péče se v tuzemsku od 90. let zásadně nezměnila a stojí na konceptu psychiatrických nemocnic, které jsou materiálně a technicky zastaralé. Česko se tak potýká s nerovnoměrným zastoupením ambulantních služeb napříč regiony a nedostatkem tzv. komunitní péče, kdy se dostává pacientům pomocí přímo v jejich prostředí. Vážné také propojení a spolupráce mezi jednotlivými druhy péče. Alespoň tak popisuje stav Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Mezinárodní statistiky bídný stav potvrzují. Například v Německu připadá na 100 tisíc obyvatel 27 psychiatrů, v tuzemsku je to 15 psychiatrů.

Situace se ale zlepšuje, psychiatrická péče prochází zásadní proměnou. Reformu zastřešuje desetiletý akční plán, který odstartoval loni. Hlavním cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním, a to například skrze rozšíření komunitní péče a zavedení nových služeb. Současně se však počítá s osekáním péče lůžkové.

### Méně lůžek, více služeb v krajích

„Jednou ze základních změn je přesun péče z psychiatrických nemocnic, které u nás byly do současné doby základním pilířem psychiatrické péče, do vlastního sociálního prostředí. Aby toto bylo možné, potřebují pacienti s vážným duševním onemocněním intenzivní podporu,“ popisuje Simona Papežová, místopředsedkyně České psychiatrické společnosti.

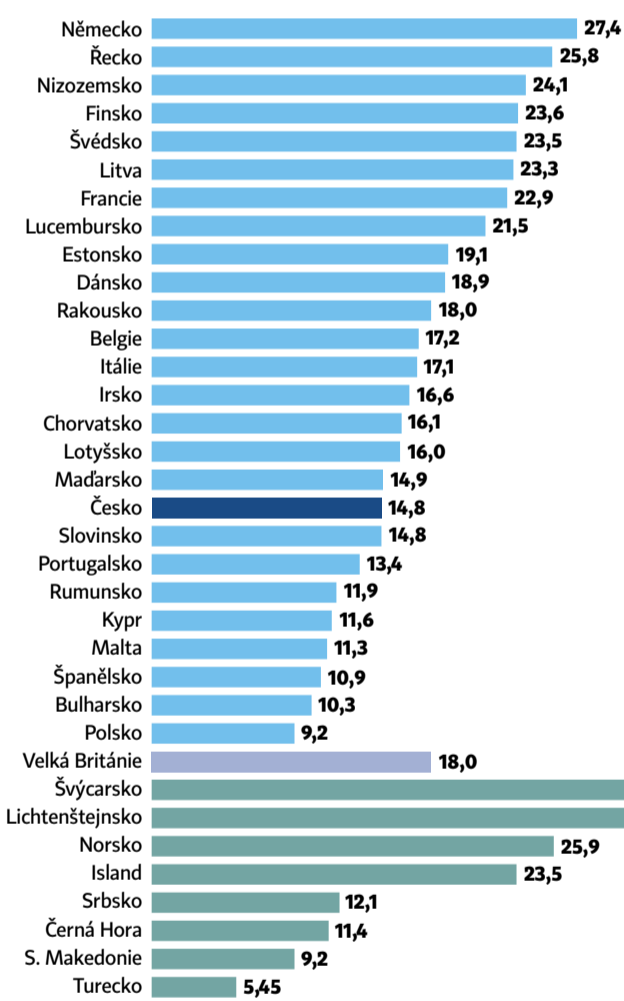
Česko proto buduje tzv. centra pro duševní zdraví. „Ta poskytují pacientům s vážným duševním onemocněním, jako jsou psychotické či afektivní poruchy nebo těžké poruchy osobnosti, jak služby zdravotní, tak sociální, kdy například mohou pomoci s hledáním bydlení,“ vysvětluje Papežová.

S budováním těchto center Česku pomáhají prostředky z Evropských strukturálních a investičních fondů. Dotace, které z těchto fondů v rámci tzv. kohezní politiky do členských zemí proudí, pomáhají rozvíjet chudší regiony a stírat tak socioekonomické rozdíly panující napříč Evropou.

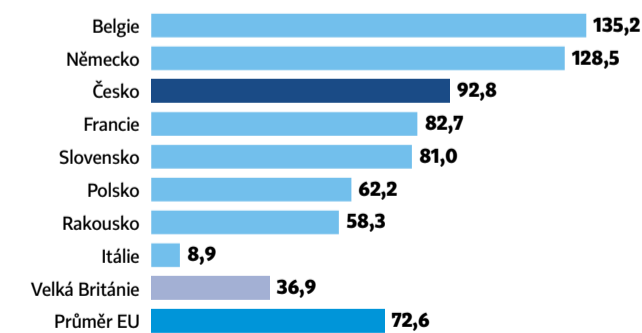
V Česku nyní existuje 29 center duševního zdraví, všechna vznikla s přispěním financí z evropské kasy. Dotace z EU hradí i jejich osmnáctiměsíční pilotní provoz, jehož náklady v průměru činí 14 milionů korun.

### Počet psychiatrů na 100 tisíc obyvatel

(za rok 2018, státy EU jsou vyznačeny modře, ostatní evropské země zeleně)



### Počet nemocničních lůžek – lůžek psychiatrické péče na 100 tisíc obyvatel (za rok 2018)



3,7  
PROCENTA

všech úmrtí v Evropské unii v roce 2016 bylo způsobeno duševními poruchami a poruchami chování.

13,5  
PROCENTA

ze všech nemocničních lůžek v unii v roce 2018 přibližně představovala lůžka psychiatrické péče.

Zdroj: Eurostat, výroční zpráva České alzheimerovské společnosti za rok 2019, WHO

### Demence v Česku

(predikce vývoje počtu lidí s demencí v Česku)

1960  
49 tisíc  
jako počet obyvatel Chomutova a počet lidí se jménem Filip

2019  
158 tisíc  
jako počet obyvatel Plzně a počet lidí, kteří se jmenují Jaroslav

1990  
79 tisíc  
jako počet obyvatel Havířova, a kolik je u nás mužů jménem Michael

2005  
105 tisíc  
jako počet obyvatel Liberce a počet lidí, kteří se jmenují Alena

2050  
280 tisíc  
jako počet obyvatel Ostravy, a kolik je u nás mužů jménem Jiří

### Počet lidí v ČR trpících demencí v závislosti na pohlaví



#### MEDICÍNA

včasné rozpoznání, informace o onemocnění a léčbě, medicínská péče, psychologická podpora, hospitalizace

#### RODINA

dovednosti pečujících, rodinná koheze, sřtování rodin, podpora v krizi, finanční podpora, respitní péče

#### KOMUNITA

eliminace stigmatu a diskriminace, plná sociální participace, lidská práva

#### REHABILITACE

sociální podpora, vzdělávání, pracovní podpora, denní péče, dlouhodobá péče, spirituální potřeby

#### ZÁKLADNÍ KOMPONENTY SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Po uplynutí 18měsíčního pilotního období hradí provoz center veřejné zdravotní pojištění a rozpočty krajů. „Nyní je takto financováno již pět center duševního zdraví a v roce 2021 jich bude 17,“ dodává Barbora Peterová, vedoucí tiskového oddělení ministerstva zdravotnictví.

„Vzhledem k tomu, že reforma zároveň počítá se snížením kapacit lůžkové péče, při budování center je v rámci krajů nastavována spolupráce tak, aby vznikaly služby pro pacienty, kteří se budou z psychiatrických nemocnic propouštět,“ dodává Papežová.

#### O peníze z EU je zájem

Kromě toho vznikají za podpory evropských dotací také multidisciplinární týmy, například pro děti s duševním onemocněním, pacienti s demencí, se závislostí na návykových látkách nebo pacienti s nařízeným ochranným léčením.

Prostředky z Evropské unie plynou ale také na zřízení nebo rekonstrukci akutních oddělení všeobecných nemocnic, stacionářů, ambulantů s rozšířenou péčí a vybavení mobilních týmů. Příjemci těchto dotací jsou přímo poskytovatelé zdravotních služeb, kteří měli o prostředky velký zájem. Ministerstvo zdravotnictví proto dotační výzvu navýšovalo a ve spolupráci s ministerstvem pro místní rozvoj poté připravilo ještě navazující výzvu.

Evropské peníze přispívají k samotnému řízení reformy a podporují také tzv. měkké aktivity, jako je vzdělávání psychiatrických sester a psychiatrů či tvorba transformačních plánů nemocnic. „Hrazena je také práce mnoha odborníků, kteří se na realizaci změn a přenastavení systému podílí, a to včetně řízení koordinace procesu. Nemalou součástí je také vzdělávání odborníků i veřejnosti, oblast komunikace a destigmatizace. Jen s takto komplexním pojetím je možné reformní změny realizovat,“ upřesňuje Papežová.

#### Dotace ve výši 19 miliard korun

„Bez evropských fondů by plnění Strategie reformy psychiatrické péče bylo velmi obtížné a reforma by jistě probíhala mnohonásobně pomaleji,“ říká Papežová. I tak jde o dlouhodobý proces, podle zkušeností ze zahraničí potrvá 15 až 20 let.

Právě kvůli dlouhodobému charakteru reformy je pro její realizaci stěžejní nové dotační období na roky 2021 až 2027. V následujících sedmi letech může Česko získat v rámci kohezní politiky celkem až 19 miliard korun.

Podle ministerstva zdravotnictví však zatím nejde přesně určit, jaká část těchto peněz poputuje do reformních projektů. Kromě peněz z unie se počítá také s prostředky od krajů, ministerstev a fondů Evropského hospodářského prostoru.

Autorka je redaktorkou webu Euractiv.cz

## Debata

# DVA A PŮL TISÍCE PACIENTŮ SE UŽ DÍKY REFORMĚ DOSTALO Z LÉČEBEN DOMŮ

Zuzana Keményová

zuzana.kemenyova@economia.cz

Už před osmi lety odstartovala v Česku reforma psychiatrické péče. Vznikla pro to dokonce vládní strategie a existuje také Rada vlády pro duševní zdraví, která reformu koordinuje. Přerod české psychiatrie, jež má péči o duševně nemocné v tuzemsku dostat na úroveň běžnou v západních státech, se ale naplno rozjel až v roce 2017, především díky projektu Evropské unie. Ta do reformy posílá celkem 2,5 miliardy korun, díky kterým se rozvíjelo množství navzájem se doplňujících aktivit. Peníze se mohou čerpat až do roku 2023.

„Český systém psychiatrické péče zdaleka nedosahuje takových kvalit, jakých by měl dosahovat v 21. století. Naším pacientům toho hodně dlužíme. Strádáme v ambulantní péči i v akutní lůžkové péči a stejně tak v péči, které říkáme následná,“ řekl Martin Anders, přednosta Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v diskusi HN, která se uskutečnila v prosinci v pražském Karlíně. Jejím hlavním tématem byla právě reforma psychiatrické péče v Česku, kterou všichni diskutující označili za velmi úspěšný projekt.

„Reforma je potřebná i proto, že v republice máme naprostý nedostatek akutních lůžek. Existuje tu dvě stě všeobecných nemocnic a pouze ve 30 z nich funguje takzvaná akutní psychiatrie. To znamená, že pokud vás postihne nějaká psychická nemoc v nemocnici, která nemá akutní péči, může se stát, že vás z toho zařízení přeloží do jiného i třeba několik desítek kilometrů vzdáleného,“ upozornil Anders. Součástí reformy je proto mimo jiné i zvýšení počtu akutních lůžek.

Kromě nemocniční péče o duševně nemocné je podle diskutujících potřeba posílit také péči komunitní. Když se totiž pacient dobře zaléčí léky, může velmi dobře fungovat v běžném životě a nemusí být zavřený v nemocnici. Může například chodit do práce a žít se svou rodinou. „Komunitní týmy, které by tohle pacientům umožňovaly, ale v Česku chybí, nejsou dostupné ve všech oblastech republiky. Když se podíváme na to, kolik lidí v populaci zažívá nějaké duševní onemocnění, zjistíme, že systém psychiatrické léčby nestačí. Velmi důležitá je prevence, ti lidé se o sebe musí starat sami,“ podotkl další z diskutujících Petr Winkler, vedoucí programu sociální psychiatrie v Národním ústavu duševního zdraví.

## Většina lidí psychické problémy přehlíží

Podle průzkumu vědců tohoto ústavu z října roku 2018 duševní onemocnění prožije v Česku každý rok přibližně každý pátý člověk. Téměř čtyři procenta lidí zažijí závažnou depresi, více než sedm procent prožívá úzkost, přibližně každý patnáctý je závislý na alkoholu a ostatní projdou psychotickými nebo jinými poruchami. Většina postižených se ovšem neléčí. U úzkostných poruch se neléčí 61 procent, u poruch nálady 69 procent, a u závislosti na alkoholu dokonce 93 procent postižených. „Stejně jako v jiných oblastech medicíny i zde je naprosto zásadní prevence. Ovšem gramotnost v oblasti duševního zdraví je v naší zemi na velmi nízké úrovni,“ upozornil Winkler. I proto Národní akční plán pro duševní zdraví, který v lednu 2020 schválila vláda, počítá s tím, že by se na prevenci duševních onemocnění více zaměřily i školy.

„Ideální stav, kterého chceme dosáhnout ze strany pacienta, je tento: když zjistím, že mi není psychicky dobře, budu mít přístup k potřebným informacím, ať už třeba v podobě letáků, televizních pořadů a další edukace. Když pak přijdu na úřad, úřednice bude znát danou problematiku a dokáže mi poradit, jak v mé životní situaci postupovat dál,“ popsala další účastnice diskuse Dita Protopopová, tajemnice Rady vlády pro duševní zdraví. Kromě edukační kampaně je podle ní také potřeba rozšířit ambulantní péči, aby pacienti nečekali na pomoc dva měsíce, jako tomu v některých regionech bývá. A pokud už pacient potřebuje hospitalizaci, dostane ji blízko svého bydliště, a to jen na nejnnutnější dobu, stejně jako službu rehabilitace. To vše dnes pokulhává. „Jsou místa v Česku, jako třeba Karlovarský kraj, kde prakticky nefunguje psychiatrická péče. A pokud tam onemocníte, odvezou vás do psychiatrické nemocnice, která je velmi vzdálená,“ upozornil Anders.

Pohled pacientů s duševním onemocněním v diskusi reprezentoval Břetislav Košťál, manažer projektu Studio 27. „I tito lidé potřebují žít plnohodnotný život, ne pobývat někde v léčebnách. Člověk potřebuje pokrýt všechny základní domény života, jako je bydlení, práce, vztahy, partnerství, volný čas a podobně. Je důležité, aby takový člověk mohl žít normálně mezi ostatními lidmi, ve stejném domě, žít stejný běžný život jako všichni. A samozřejmě to v léčebnách nejde,“ poznamenal Košťál. Důležitý je podle něj také respekt ostatních lidí k duševně nemocným. „Například i respekt personálu nemocnic k těmto pacientům, což často nebývá,“ posteskl si.

Smyslem psychiatrické reformy je i to, aby se pacienti dostali mimo zdi léčeben. Mnoho psychiatrických pacientů, kteří v léčebnách pobývají delší dobu,



trpí syndromem, kterému se říká hospitalismus, tedy jsou už úplně závislí na léčebné instituci a nedokážou fungovat samostatně.

## Celkem má fungovat sto regionálních center

Již nyní v rámci reformy vznikají centra duševního zdraví, což, jak poznamenal Petr Winkler, je velmi důležitá forma komunitní péče, jež by se měla také v Česku více rozšířit. Reforma počítá se vznikem tří desítek těchto regionálních center ve všech regionech země. Většina z nich již funguje. Jedná se o zcela novou službu, která je založená hlavně na terénní práci týmů složených ze zdravotníků a sociálních pracovníků. Minimálně polovinu času pracují v terénu, tedy v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním.

Pacienti tak fungují samostatně, nejsou zavřeni v léčebnách a mohou se aktivně zapojovat do společnosti. „V tom týmu je lékař, psychologové, psychiatrické sestry, sociální pracovníci, kteří se specializují třeba na bydlení nebo podporu práce, a jsou tam takzvaní peer pracovníci. To jsou lidé jako já, kteří sami mají zkušenost s duševním onemocněním a pomáhají inspirovat a motivovat klienty ke zlepšení stylu života. Vlastní inspiraci jim pomáhají k tomu, aby se i oni dokázali začlenit a žít plnohodnotný život,“ popsal Košťál. Celkově ministerstvo zdravotnictví počítá se vznikem stovek těchto center po celé republice.

Na reformě v současnosti pracuje více než 300 lidí a výsledkem jejich práce jsou nejen centra duševního zdraví, ale také změna systému úhrad psychiatrické péče. Zlepšilo se financování následné péče i akutní péče. „Zhruba dva tisíce pacientů se už také podařilo přesunout z následné péče v nemocnicích do domácí péče. Jsou to lidé, kteří nyní fungují v komunitních službách a nemusí být v psychiatrických nemocnicích. Stejně tak se díky jednomu velkému projektu, který funguje pod Národním ústavem duševního zdraví, podařilo velmi zvýšit povědomí o duševních nemocích a zmenšit to stigma, kdy se veřejnost často psychicky nemocných bojí a odmítá je,“ vyjmenovala Protopopová.

## Experti: reforma je úspěšný projekt

Nyní začíná implementace plánu reformy na první tříleté období. Kromě medicínského prostředí se zapojí například i resort vzdělávání, protože součástí je i edukace učitelů, aby uměli u dětí rozpoznat psychické nemoci a pomoci jim, případně jim pomoci najít dobrou péči. U poloviny psychicky nemocných se totiž první příznaky projeví už dříve než ve 14 letech. Stejně tak by mělo dojít k dalšímu rozvoji sociálních služeb pacientům a psychiatrii by měli posílit spolupráci s praktickými lékaři.

„Jsem spokojený s tím, jak rychle a kvalitně reforma probíhá. Když se podívám na období od roku 2013, kdy se projekt teprve chystal, do roku 2017, kdy skutečně odstartoval, tak se toho skutečně moc neudálo. Změna za poslední tři roky je ale opravdu velká, projekty se začaly hýbat,“ chválil Winkler. Oproti tomu Břetislav



## Duševní zdraví

O reformě psychiatrické péče hovořil v diskusi Hospodářských novin Petr Winkler, vedoucí programu sociální psychiatrie v Národním ústavu duševního zdraví, Dita Protopopová, tajemnice Rady vlády pro duševní zdraví (oba na fotografiích dole), Martin Anders, přednosta Psychiatrické kliniky, Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta (na fotce nahoře vlevo), a Břetislav Košťál, manažer projektu Studio 27 „zaostřeno na duši“ (na snímku nahoře vpravo). Debatu moderovala Zuzana Keményová, redaktorka Hospodářských novin.

FOTO: HN – ZBYNĚK PEČÁK

Košťál oponoval, že dostupnost psychiatrické podpory v krajích je stále ještě dost obtížná a dojezdová vzdálenost pro blízké, aby navštívili svého kamaráda nebo člena rodiny v léčebně, je stále často velmi velká. „Bohužel také v některých nemocnicích stále ještě přetrvává dost nehezke zacházení s lidmi, kteří přišli sdílet zkušenost s psychickou nemocí. Je to věc dlouhodobé změny v přemýšlení o těchto lidech a přístupu k nim,“ myslí si Košťál.

Evropská unie posílá do projektu dva typy financí: investiční finance, tedy peníze, ze kterých se může stavět nebo rekonstruovat. Za ty už se v českých nemocnicích například rekonstruovala již existující akutní psychiatrická nemocniční oddělení a nyní vypadají jako moderní zdravotní péče. A za druhé posílá takzvané měkké finance, což jsou peníze na lidské zdroje. „To jsou podle mě finance, které teď tvoří hlavní dopad reformy. Z nich jsou hrazeni lidé, kteří pracují v centrech duševního zdraví nebo pracují v nemocnicích na tom, aby pacienti dříve odcházeli domů. Stejně tak pracují na tom, aby se změnilo myšlení a přístup veřejnosti k psychicky nemocným lidem a lépe se dodržovala jejich lidská práva. Na tohle všechno potřebujete lidi a peníze na jejich platy,“ vysvětlila Protopopová. Na investice i na lidské zdroje unie dohromady posílá 2,5 miliardy korun. Evropské peníze jsou ovšem jen na pilotáž a udržování nastolených služeb. Například centra duševního zdraví jsou z EU finančně kryta jen na 18 měsíců a zbytek je už na státu. Na konci roku 2021 bude již 17 center hrazeno ze zdravotního pojištění a z rozpočtu krajů.

# Snad se dožiju toho, že klecová lůžka z Česka zcela vymizí

JAN PFEIFFER, PSYCHIATR A SPOLUZAKLADATEL KOMUNITNÍCH CENTER FOKUS

Jan Markovič  
jan.markovic@economia.cz

Na uzavřeném oddělení 17 B je někdy těžké rozlišit noc a den. Ve frontě na prášky do propasti padá čas – bezútěšnou situaci na lůžkovém psychiatrickém zařízení popisuje známá písnička české skupiny Mňága a Žďorp. Dlouho to tak v Česku platilo: klecová lůžka, izolace nebo naopak hodně pacientů s různými chorobami na jednom pokoji. Teď se ale podle psychiatra Jana Pfeiffera situace zlepšuje. „To se projevuje na kvalitě životů nejen pacientů, ale i jejich rodin,“ říká spoluzakladatel komunitních center Fokus v rozhovoru pro Hospodářské noviny.

**HN: V roce 2004 jste byl jednou z tváří boje proti klecovým či síťovým lůžkům v psychiatrických ústavech, které britská spisovatelka J. K. Rowlingová označila za mučení. Už jsme se jich zbavili?**

Ne, existují a stále se používají, i když v mnohem menší míře. Zatím jsou totiž stále součástí standardu užívání omezovacích prostředků podle ministerstva zdravotnictví. Velmi se ale zpřísnila jejich indikace. Doufám, že se ještě za svého života dočkám toho, že z psychiatrie zcela vymizí.

**HN: Jak dnes fungují omezující prostředky? Lze pacienta třeba ještě obléknout do svěrací kazajky, nebo je to jen filmová záležitost?**

Úplně vyloučené to není. Škála omezujících prostředků je poměrně široká od fyzického omezení, připoutávání k lůžku až po izolační místnosti. Mezinárodní zdravotnická organizace WHO má ale přísná pravidla pro jejich využívání, která jsou založena na ochraně práv lidí se zdravotním postižením. Proto se mi zdá, že i v Česku se začalo více dbát na to, aby se situacím, kdy je nutné něco takového použít, předcházelo. Agresivní chování je velmi často reakcí, doprovodem určitého problému. Asi už všichni chápeme, že zavírat lidi do izolačních místností bez toalety, aby pak spali ve svých fekáliích, není správné.

**HN: Kam se česká psychiatrie posunula za těch 17 let?**

Je těžké paušalizovat, protože existují velké rozdíly mezi jednotlivými zařízeními. Cítím ale společnou snahu o to chápat, co jsou lidská práva a jak by se měla dodržovat. Existuje mnohem více vzdělávacích programů, zařízení jsou více monitorovaná a dostávají více zpětné vazby. Nicméně u těch největších zařízení jsou nějaké limity. Většina zemí, které jsou kulturně na výši, od nich upouští nebo už upustila.

**HN: Máte zkušenost s psychiatrickou péčí v zahraničí, například ve Velké Británii. Mohl byste srovnat evropský přístup s českým?**

Rozdíl je patrný mezi novými členskými státy Evropské unie, tedy postkomunistickými zeměmi a těmi starými členy. Procesy, ke kterým se zde dostáváme až nyní, tam probíhaly už v 60. letech. Třeba ve Velké Británii nenajdete příliš mnoho takových těch velkých zařízení, v Itálii, ve Španělsku nebo Skandinávii už jsou určité regiony, kde nejsou vůbec. Možná v Německu najdete zařízení se třemi sty lůžky, ale snaží se je nahrazovat integrací akutní psychiatrické péče do všeobecné medicíny. To znamená, že máte v nemocnicích jednoduše psychiatrické oddělení po boku dalších. V Česku je takových případů zhruba 30, ale to je pořád málo. Je důležité si navíc uvědomit, že dlouhodobou lůžkovou péčí je možné efektivně nahradit komunitní péčí, popřípadě komunitním bydlením. Stačí dohromady spojit zdravotní a sociální péči.

**HN: Vy jste přesně s tímto úmyslem před více než 30 lety spoluzakládal neziskovou organizaci Fokus, která je zaměřena na komunitní pomoc lidem s duševním onemocněním. Jak nyní funguje?**

Naše služby se rozdělují do komunitních a mobilních, které fungují v každém okrese. Liší se samozřejmě velikostí, někde máme tým s několika lidmi, jinde je jich třeba až 20. Celkově zaměstnáváme stovky lidí a staráme se asi o 12 tisíc klientů. Těmi jsou vážně duševně nemocní lidé, nejvíce ohrožené skupiny. Postupně vznikají ještě další paralelní služby, zvládáme například krizové intervence. Rozvíjíme specializované týmy, třeba pro staré lidi nebo děti.

**HN: Dá se opravdu psychiatrické zařízení nahradit komunitou? Například pokud má pacient sebevražedné sklony, je potřeba jej hlídat...**

Když je někdo v riziku suicidálního chování, je samozřejmě potřeba krizová intervence. Dá se to řešit pravidelnými návštěvami mobilního týmu, klidně několikrát denně. K dispozici mohou být i krizová lůžka, kde bude sice dotyčný pod kontrolou, ale budou mít z hlediska prostředí spíš domácí charakter. Navíc, jak jsem už říkal, integrace ambulantní psychiatrické péče do všeobecné medicíny je dobrým řešením včetně akutních lůžek, která by měla být dostupná v nemocnicích. Následně propouštění pacienta ale musí být asistované, aby ten člověk neskonal ve vzduchu-

prázdnou, aby měl podporu nejen on, ale i jeho rodina. K tomu slouží mobilní nebo komunitní tým. U těch závažnějších onemocnění je totiž důležité pracovat s rodinou i celým sociálním prostředím. To vše už jsou dnes tyto týmy schopné dělat.

**HN: Jak můžete pomoci například rodině, jejíž člen trpí těžkou schizofrenií?**

To už běžně zvládáme. Máme zhruba 30 center, kde je až 15 lidí, kteří intenzivně pracují na case managementu – každý nemocný má k sobě konkrétního pracovníka. Ten pro něj a jeho rodinu připravuje kroky a plán, o kterých zase vědí všichni ostatní pracovníci. Každý den mají poradu, a pokud to je zapotřebí, spustí krizovou intervenci nebo mohou asistovat při hospitalizaci. Pak zase dochází pravidelně na lůžkové oddělení, domlouvají plán propuštění...

**HN: Jak vás vnímají kolegové z lůžkových zařízení?**

Dřív byl mezi nimi a námi obrovský příkop. Ten se ale nyní přemostuje. Dokonce máme řadu zaměstnanců, kteří pracují na částečný úvazek u nás i tam, což komunikaci ještě více prospívá. Díky tomu pak vidíme, že se zkracuje hospitalizace, snižuje se počet hospitalizovaných. Lidé z nemocnic zase například dostávají zprávy o tom, jak se propuštěnému daří. Víte, když pracujete v lůžkovém zařízení, vidíte ty lidi jen tehdy, když jim není dobře, a nemáte přístup k jejich běžným životům, takže na ně koukáte jen z hlediska nemoci. Fakt, že se v komunitě mohou pracovníci podílet na standardním životě pacientů, pak mění jejich pohled na ně i na nemoc. A to pak výrazným způsobem zvyšuje celkovou kvalitu péče.

**HN: V čem se liší zapojení psychiatra v lůžkové a komunitní péči?**

Práce psychiatra v komunitě je jiná, než když pracuje běžně v ambulanci. Je součástí multidisciplinárního týmu, kde i rozhodování vypadá jinak. To proto, že se do něj zapojují spousta jiných pohledů, ať už od sestry, sociálních pracovníků nebo samotných lidí, kteří mají

## INSPIRACE V ZAHRANIČÍ

Psychiatr Jan Pfeiffer před rokem 1989 pracoval s těžce duševně nemocnými lidmi ve Výzkumném ústavu psychiatrickém. V roce 1990 založil a vedl komunitní centrum Fokus, o čtyři roky později Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Zkušenosti sbíral ve Velké Británii, kde se seznámil se spisovatelkou J. K. Rowlingovou, kterou pak podpořil v boji proti klecovým lůžkům v Česku. Za to byl v roce 2004 vyhlášen jedním z hrdinů roku známého amerického magazínu Time. Snaží se o transformaci psychiatrické péče nejen u nás, ale i v dalších zemích střední a východní Evropy.

FOTO: HN – HONZA MUDRA

zkušenost s duševním onemocněním. I ti jsou členy týmu. Všichni diskutují o tom, jak co nejvíce zapojit pacienta do léčby. Nejde o to vytvořit pro něj nějakou představu toho, jak by měl vypadat duševně zdravý člověk, ale spíše mu pomáhat v jeho cestě. Ta směřuje k zodpovědnosti. Nemusí se při ní úplně zbavit příznaků, i tak ale může žít plnohodnotný život.

**HN: Pomáhá vám komunitní péče v lepším poznávání nemoci?**

Nevím, jestli nemocí, ale spíš lidí. Když s tím člověkem téměř žijete, vidíte ho jako lidskou bytost. Nesoustřeďujete se na to, co neumí, ale také na to, co zvládá. Je to jiný pohled, než má ta klasická nemocniční psychiatrie. Jsem rád, že už to reflektuje i Národní akční plán pro duševní zdraví, ve kterém jde o ústup od úzkého vymezení ke komplexnímu pohledu na dotyčného. Už také nehovoříme o schizofrenikovi, ale o osobě se schizofrenií. To není jen lingvistický trik.

**HN: Je už na tom tedy současná psychiatrie tak, jak byste si ji představoval?**

Myslím, že ta cesta, která je nastoupená, je obecně dobrá. Navazuje na dobré zkušenosti ze světa. Bohužel se někteří stále trochu brání ty zkušenosti nabírat, protože mají obavu ze změn. Je důležité, aby změny, o kterých hovoříme, nevnímali jako kritiku své práce. To tak není, je to kritika systému. Jsou to dva světy. Svět komunit hrazených z peněz na sociální služby a pak svět zdravotních služeb. Tyhle dva světy spolu někdy komunikovaly a někdy ne, ale v lepší míře to byla taková tichá dohoda o neútočení, ale ne o spolupráci. To se nyní ale mění.

**HN: Psychiatrie bývá také veřejností stále stigmatizovaná.**

Psychiatrie vznikla v 19. století, tedy v době, kdy se začala stavět velká nemocniční zařízení. Zadání pro ústav bylo: Postarejte se o ně tak, aby žili civilizovaně, ale mimo běžnou populaci. Navíc vážnější nemoci hodně zasahují do života člověka, od práce po rodinu. Najednou se osoba, na které není po fyzické stránce nic vidět, chová a myslí jinak. Někdy to je pro běžnou populaci nesrozumitelné a s tím je spojené stigma, hrůza a obavy. Pomáhají tomu i média – když duševně nemocný páchá nějaký kriminální čin, jsou toho vždy plné noviny.

**HN: Může se stát, že člověk trpící duševní nemocí nevyhledá pomoc jen proto, že se bojí stigma?**

Jistě, to se děje i poměrně často. Proto naše komunitní týmy i proaktivně vyhledávají lidi, kteří by potřebovali pomoc. Obrací se na ně třeba příbuzní nebo úřady. Takový kontakt pak musí být asertivní, ale nikoliv agresivní. Neochota nastoupit léčbu je často spojená se špatnou zkušeností nebo strachem. My musíme vytvořit pocit bezpečí a jasné hranice. Dříve, když člověk přestal chodit k ambulantnímu lékaři, nebylo už moc nástrojů, které by jemu a jeho rodině pomohly. Většinou pak v případě problémů volali jeho příbuzní sanitku, ta ho odvezla a posléze zase vrátila. A takhle se to opakovalo pořád dokola. S komunitními týmy se ale tohle výrazně mění. Děláme i takzvaný soft-landing, kdy doprovázíme pacienta až na lůžkové oddělení, což je oproti dramatickým situacím lepší řešení.

**HN: Jednoduše řečeno, když člověku vysvětlíte, že by měl zůstat v péči psychiatra, je pak šance, že v ní vydrží, dokud se mu neudělá lépe?**

Někdy může být průběh nemoci opravdu dramatický. Nakonec se klidně můžete dostat do situace, kdy máte pocit, že celý svět je proti vám a že se vás snaží otrávit plynem z vodovodního kohoutku. Představte si, že žijete v takové hrůze a i lidi, které znáte, pak vidíte jako součást komplotu. Někdy to proto nebývá vůbec lehké, nemusí se to obejít ani bez zásahu policie. Jakmile se ale nemocní dostanou z toho nejhoršího, jsou zase v kontaktu s realitou, jsou rádi, že se nám je podařilo vytáhnout z takové hrůzy. Oceňují lidský kontakt, vztah a to, že nejste nedostupným člověkem v bílém plášti.

**HN: Řada lidí vnímá psychiatry také jako ty, kteří za každou cenu nutí svým pacientům prášky.**

Samozřejmě že medicínský model je v psychiatrii stále dominantní a léky jsou stále viděny jako velmi důležitá věc. I u řady psychiatrů je stále cítit takový ten pocit, že bychom měli pacienty přesvědčovat, aby prášky brali. Mně se ale líbí model zotavení, kdy pacient přebírá zodpovědnost sám za sebe. Když na něj budete tlačit, řekne vám sice „ano, pane doktore, já ty léky brát budu“, ale pak se na to vykašle. Je důležité, aby sám pacient vnímal léky jako důležité a věděl, že mu je po nich lépe. Prášky rozhodně nejsou zlo. Existují ale alternativy pro ty, kteří je brát nechťejí.

**HN: Jaké jsou ty alternativy?**

Nejmocnější ze všech rolí člověka je ta sociální a samozřejmě práce. Když lidé kvůli své duševní nemoci vypadnou z pracovního procesu, přijdou o sociální status, o kontakty, začínají žít v izolaci. Když se vás někdo zeptá, čím jste, není příjemné mu odpovědět, že jste invalidní důchodce. To nic každého. Proto je dobré pacienty podporovat v tom, aby měli zaměstnání.





## Reportáž

# Největší databáze typů schizofrenie na světě vzniká v Klecanech

Zuzana Keményová  
zuzana.kemenyova@economia.cz

Pacient stojí v místnosti a na očích má nasazené brýle pro virtuální realitu. Terapeuti mu do nich promítají to, z čeho má strach – například virtuální modely pavouků. Člověk s arachnofobií, tedy panickým strachem z pavouků, se tak učí reagovat na nepříjemnou situaci, kterou by naživo nezvládl. Stejně tak, pokud pacient trpí nějakou formou sociální fobie, dejme tomu strachem z velkého množství lidí, může se ocitnout ve virtuálním prostředí simulujícím dav. Pacient se pak v několika opakovaných sezeních postupně učí svůj strach ovládat.

Terapie pomocí virtuální reality je jednou z mnoha inovativních metod a postupů, které se testují v Národním ústavu duševního zdraví (NUDZ) ve středocheských Klecanech. Centrum sídlí v nově postavené moderní budově. Otevřeno bylo teprve v lednu 2015. Celý projekt vznikl na zelené louce kolem městského vodojemu na okraji třítisícových Klecan, i proto ústavu dominuje vodárenská věž, jež v areálu zůstala. Ústav financovala Evropská unie prostřednictvím operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace a celkem do něj poslala bezmála jednu miliardu korun.

NUDZ je pokračováním původního Psychiatrického centra Praha, které sídlilo v pražských Bohnicích. Nejedná se ovšem o tamní proslulou léčebnu, ale o výzkumné centrum, jež s ní pouze sdílelo areál. Budova i okolí klecanského ústavu vznikly v rekordně krátkém čase jednoho roku. Nyní je jedním z nejmodernějších psychiatrických center v Evropě. Testuje se zde řada léčebných metod a látek, které se prozatím nikde v republice ani evropském regionu neaplikují.

## Virtuální realita pomáhá i seniorům s pamětí

Unikátní je i zmíněná terapie úzkostných poruch pomocí imerzivní virtuální reality. „Pacienti na terapii docházejí jednou týdně a tato metoda je jednou ze součástí léčby. Kromě fobických stavů využíváme obdobnou terapii i u obsedantně kompulzivní poruchy,“ popisuje Iveta Fajnerová, která vede laboratoř virtuální reality společně se šestičlenným výzkumným týmem. „V případě obsedantně-kompulzivní poruchy se typicky vyskytují třeba obavy z nečistoty či nákazy, ale může se projevat i v podobě nutkání mít vše uspořádané symetricky či podle specifických pravidel. Těmto pacientům projektujeme třeba prostředí pokoje, ve kterém je špinavá podlaha nebo na zdi visí nakřivo obraz. Zpočátku je necháme ten obraz narovnat či pokoj uklidit, postupně je ale učíme tomu kompulzivnímu, tedy nutkavému chování odolávat,“ vysvětluje doktorka Fajnerová.

Členové týmu Ivety Fajnerové vyvíjejí prostředí virtuální reality svépomocí nebo ve spolupráci s externisty podle toho, co je v terapii zrovna potřeba. Pro obsedantně-kompulzivní chování navrhli virtuální domek, společně s dalšími partnery ale pracují i na vývoji jiných prostředí. Tyto terapeutické pomůcky s využitím technologie virtuální reality vznikají hlavně díky finanční podpoře Technologické agentury ČR a evropského projektu PharmaBrain.

Kromě toho se ale tato laboratoř s názvem Virtuální realita v neurovědách zaměřuje také na psychicky zdravé lidi, konkrétně na seniory či děti, které pomocí virtuální reality testuje a zjišťuje, jak na tom jsou třeba s pamětí či pozorností. Například seniory během vyšetření navštíví imaginární supermarket, kde mají za úkol zapamatovat si nákupní seznam a najít v obchodě to správné zboží. Nyní laboratoř pro seniory připravuje celé virtuální město, kudy budou moci procházet, vstupovat do jednotlivých budov a plnit v nich různé úkoly. V takovém městě, které tvoří ve spolupráci s partnerem 3dsense, na ně čeká i řada dalších úkolů. Některé připomínají zábavnou počítačovou hru. „Cílem vytvářeného virtuálního města je kognitivní trénink, tedy snaha předcházet úbytku poznávacích schopností seniorů,“ dodává Fajnerová.

## Jeden z největších počínů v české psychiatrii

Světovým unikátem se může pochlubit také pracovní skupina, která rovněž využívá informační technologie a podílí se na studii ESO (Early-Stage Schizophrenia Outcome). Jde o rozsáhlou a dlouhodobou studii, která pomůže rozpoznat ranou fázi schizofrenického onemocnění a nastolit včasnou, a tím pádem účinnější léčbu. „Dlouhodobě vyhledáváme pacienty s ranými příznaky schizofrenie, a to z celého Česka. Spolupracuje s námi 30 psychiatrických nemocnic a oddělení. Troufám si říct, že je to prozatím jeden z největších logistických počínů v české psychiatrii vůbec. Je do něj zapojeno sedm desítek lidí,“ říká Filip Španiel, který tuto pracovní skupinu vede. Především ale díky tomuto projektu vzniká největší databáze pacientů s první epizodou schizofrenie a dat o jejich nemoci na světě.

Lékaři každého pacienta velmi podrobně vyšetří. Nejprve na začátku nemoci a pak po roce a po dalších třech letech léčby. „Každému z pacientů uděláme veškerá dostupná psychiatrická vyšetření. Na našem stroji v Klecanech provedeme například vyšetření magne-



tickou rezonancí, kde získáváme obrovské množství dat o mozku,“ pokračuje Španiel.

Zdejší magnetická rezonance, což je velký skener ve speciálně upravené místnosti, pořizuje nejen obrázky mozku, ale poskytuje také data o koncentraci některých neurochemických látek. Mapuje propojení jednotlivých oblastí mozku, sleduje narušení bílé hmoty mozku (mozková tkáň pod povrchem šedé hmoty, tvoří ji nervová vlákna, která spojují různé oblasti mozku, pozn. red.) a také zobrazuje aktivitu mozku při různých úlohách.

Jedna z takových úloh přímo ukazuje na příčiny schizofrenie. Úloha zjišťuje, jak si mozek poradí se situací, kdy se střídá pohyb, který vykonává sám pacient, a pohyb, který vykonává někdo jiný. „To prožívání já a ne já je ústředním motivem schizofrenie. Kolem toho se celá ta nemoc točí. Pacient někdy ztrácí schopnost vnímat své myšlení jako vlastní a slyší jej jako hlasy někoho jiného. Vyšetření tedy vypadá tak, že člověk ležící ve skeneru má v rukách joystick a hýbe kurzorem, který se mu promítá na zrcátko nad hlavou. Někdy kurzor převezme osoba ve vedlejší místnosti a pohybuje jím. Pacient má rozeznat, kdy kurzorem hýbe on a kdy někdo jiný. My pak sledujeme aktivitu mozku, která centra se jak zapojují a jak se liší jejich aktivita oproti zdravému člověku,“ popisuje doktor Španiel. Pacienti se schizofrenií s tímto úkolem mají velké problémy. Někdy totiž rozeznat cizí vůli od své vlastní a aktivují svůj mozek jinak, než by ho aktivoval zdravý člověk.

## Je vidět, jak schizofrenie mění a přestavuje mozek

Kromě magnetické rezonance pak pacienti podstupují řadu dalších vyšetření, například krve, EEG nebo důkladné psychologické vyšetření. Po mnoha hodinách vyšetření, která se navíc opakují, pak Španielův tým data uloží do obrovské databáze pacientů se schizofrenií. Už nyní je tam uloženo více než 1300 různých vyšetření více než čtyř stovek českých pacientů

## Prohrabávání dysfunkčního mozku

Magnetická rezonance (foto nahoře) je speciální skener umístěný v upravené místnosti, která zabraňuje vstupu elektromagnetického vlnění z okolí. Dává obraz o dění v mozku, zatímco pacient řeší určenou úlohu. Výsledky z rezonance pomáhají objasnit příčiny duševního onemocnění.

Součástí NUDZ je také terapeutická místnost (foto dole), která má vypadat jako běžný obývací pokoj, aby se v ní pacient cítil uvolněně. K dispozici je tu například relaxační hudba nebo svíčky. Podávají se zde látky jako ketamin a psilocybin pro léčbu deprese, a to formou roztoku.

FOTO: HN – LUKÁŠ BÍBA, NUDZ

a k tomu se přidává více než tři sta jejich následných kontrol. „Tady v Klecanech už teď máme největší databázi tohoto druhu na světě a stále ji rozšiřujeme. Hlavní a unikátní na ní ale je, že vidíme vývoj všech zkoumaných parametrů v čase. Vidíme, jak schizofrenie mění a přestavuje mozek, a to zejména ve své rané fázi prvních dvou let po vypuknutí,“ podotýká Španiel.

Díky pozorování různých průběhů a přestaveb mozku se pak tým snaží rozplést složité klubko patrně rozdílných nemocí, které se ale označují jako schizofrenie. Snaží se je rozdělit na různé podtypy. „To bude mít obrovský vliv na léčbu. Budeme moci každý typ schizofrenie léčit rozdílně a zjistíme, která léčba je na danou formu neúčinnější. Někdy je původ nemoci v zánětu mozku, někdy je to neurodegenerativní onemocnění, které postupuje. Dnes to neumíme rozlišit a léčí se všechno jedním typem léků. Pokud to ale rozlišíme, můžeme zavést i mnohem účinnější formy léčby,“ říká Španiel.

Kompletní zpracování této databáze ještě znamená práci na několik let, již nyní ale NUDZ dokáže rozlišit tři různé varianty schizofrenie. Španiel a jeho skupina teď pracují na počítačovém algoritmu, který by je diagnostikoval již na základě prvního vyšetření pomocí magnetické rezonance.

## Depresi lze léčit halucinogenem

V NUDZ mají i další pozoruhodné pracoviště, které ovšem na první pohled vypadá jako moderní obývací pokoj – je zde postel, křesla, svíčky a lze si zde pustit i relaxační hudbu. Ve skutečnosti je to terapeutická místnost, ve které se testuje účinnost ketaminu a psilocybinu v léčbě deprese a dále látka MDMA v léčbě posttraumatické stresové poruchy. Ketamin je běžně používaným anestetikem, které se odnává v USA i v EU schválilo pro léčbu deprese. Psilocybin je pak halucinogen vyskytující se v lysohlávkách. A MDMA je látka známá jako droga extáze. Všechny látky mají společně to, že po jejich užití dochází k dočasnému změněnému vnímání reality a emočního prožívání.

„V ústavu provádíme jednak své vlastní výzkumy, ale také jsme součástí týmu mezinárodních studií firem Compass Pathways a Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies. V dohledné době je pravděpodobné, že se tyto látky dostanou do poslední fáze klinického testování, po němž může následovat registrace jako léčiva,“ říká vedoucí řešitel těchto studií Tomáš Páleníček.

Na zdejších pracovištích tyto látky kontrolovaně podávají pacientům v rámci takzvané psychedeliky asistované terapie. „Ukazuje se, že například ketamin pro léčbu deprese funguje velmi dobře, ale bohužel jeho účinky jsou krátkodobé, za pár dní odezní. Naopak psilocybin, který zde testujeme jako jediný v Česku, má podle dosavadních poznatků účinky výrazně delší, v řádu týdnů až měsíců. MDMA asistovaná terapie pak má velmi slibný efekt v terapii traumatu,“ dodává Páleníček.

Ketamin i psilocybin se využívají i k prolomení rezistentní formy deprese, tedy deprese, na kterou konvenční léky nezabírají. „Naším cílem je přispět k tomu, aby se v případě, že bude potvrzena účinnost, tyto látky mohly stát registrovanými léčivy a byly v rámci psychedeliky asistované terapie dostupné pro psychiatrické pacienty,“ doufá Páleníček.

## Škola

# HLEDÁNÍ DŮVĚRY U DĚTÍ I UČITELŮ

ŠKOLNÍ PSYCHOLOG NEMÁ SNADNOU ÚLOHU. POTÝKÁ SE NEJEN S ŽÁKY S PORUCHAMI UČENÍ I PSYCHICKÝMI PROBLÉMY, ALE TAKÉ S NEDŮVĚROU OKOLÍ.

Jan Markovič  
jan.markovic@economia.cz

Cítala se nepochopená a měla problémy s učením. Žákyně základní školy se proto rozhodla svou obtížnou situaci vyřešit radikálně – útekem z domu. Policii se ji našťásti podařilo rychle najít. Takové řešení svých potíží občas zoufalé děti volí. Zvláštní chování žáků mohou včas rozpoznat i učitelé a poslat je za školním psychologem. Tedy pokud škola někoho takového má.

„Útek je reakcí na určitou situaci, například na špatné výsledky ve škole nebo neshody doma. Když je psycholog šikovný, podaří se mu získat dětskou důvěru. Potom se mohou domluvit na pravidelných návštěvách. Mimo školu by přitom dítě na psychologa dlouho čekalo, což je problém, protože takový člověk potřebuje pomoc okamžitě,“ říká školní psycholog Petr Klimeš.

Klimeš patří k méně početné skupině psychologů, kteří mají ve škole stálou pozici na plný úvazek. Jen základních škol je v Česku téměř 4200, ale ministerstvo eviduje pouze 810 psychologů pracujících na 480 úvazků. Faktem je, že řada takových pracovníků nemusí být placena ministerstvem, ale třeba městskou částí, nicméně se dá předpokládat, že to je záležitost hlavně větších, a tedy bohatších měst. Mít na škole psychologa je tak v Česku docela vzácností. Přitom je jeho přínos pro děti neoddiskutovatelný.

„Některé žáky máme v pravidelné individuální péči na doporučení poradenských zařízení – to jsou často žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, poruchami učení, integrované děti. Společně pracujeme třeba na rozvoji sociálních dovedností, rozpoznávání a zvládnutí emocí, rozvoji učebních strategií,“ popisuje svou práci školní psycholožka Lenka Bezděková, která působí na menší škole ve středních Čechách pouze s prvním stupněm a zhruba 130 žáky. I tak je ale podle jejích slov dětí, které potřebují pomoci, poměrně hodně.

„Pracujeme i s dětmi, které mají problémy v chování, konflikty ve třídě, podporujeme děti v době krizových situací v rodině, jako jsou třeba rozvody, vážná nemoc blízkých či úmrtí. Objevují se také děti s úzkostmi, depresemi, psychiatrickými diagnózami. To ale není vysoké procento,“ dodává.

S žáky pracuje individuálně, maximálně v menších skupinách. Na škole mají třeba speciální skupiny pro introvertní a naopak extrovertní děti, pro které je těžké dodržovat stanovená pravidla. Bezděková je už tak začleněná do kolektivu školy, že za ni dokonce někdy chodí s problémy i ti nejmenší žáci.

„Nejmladší zájemkyni jsem zažila v naší přidružené škole, kdy si za mnou přišla pětiletá holčička domluvit schůzku, protože špatně usínala a bála se před spaním sama v pokoji. To mi připadá skvělé, když tato generace dětí má zkušenost, že není ostuda ani stigma mluvit o svých problémech a nechat si poradit nebo společně s někým zkušenějším hledat řešení,“ pochvaluje si psycholožka.

## Mladší učitelé jsou přístupnější

Jenže důvěra dětí, ale i rodičů a kolegů pedagogů rozhodně není samozřejmá a vyžaduje velmi dlouhou dobu, během které se musí školní psycholog na své pozici prosadit. „Mladší kolegové učitelé jsou otevřenější. Ale když hovořím s učitelkou se třicetiletou praxí, může to znít tak, že ji poučuji, co dělá špatně, a to z pozice výrazně méně zkušeného člověka. Na začátku jsem měl pocit, že mě vnímají jako někoho nad nimi, někoho, kdo je soudí, což jim samozřejmě bylo nepřijemné. Musel jsem se stát přímo součástí týmu,“ popisuje svou strategii Petr Klimeš s tím, že psycholog to má vždy jednodušší ve škole, kde už má jeho pozice alespoň nějakou tradici. A to i přesto, že jeho předchůdci třeba ani nebyli tak příbojní.

Díky tomu, že je Klimeš ve škole zaměstnan na plný úvazek, mohl si dovolit strategii, při které se co nejvíce zapojoval do školních aktivit a tím se mu postupně podařilo vybudovat důvěru dětí i učitelů. „S řadou tříd jezdím na výlety, na školy v přírodě a stal jsem se normální součástí týmu. Dítě už nejde k psychologovi, ale spíš k někomu, s kým bylo na výletě a zná ho. Jsem pro něj spíš pan vychovatel nebo asistent,“ vysvětluje s tím, že díky inkluzi může i jako asistent působit, a tak ho třeba děti se vzdělávacími problémy dobře znají.

Ostatně sám proaktivně i vyhledává děti, které by mohly potřebovat jeho pomoc. „Na prvním stupni chodím do hodin a v každé třídě se objeví takové, které bude potřebovat mou pomoc,“ podotýká školní psycholog. Podobně ale funguje i Lenka Bezděková: „Je běžné, že mě učitel pozve ke sledování celé třídy nebo vybraného žáka a na základě toho se pak domlouváme, s kým a jak budu pracovat,“ vysvětluje.

Je přitom ráda, že pracuje v malé škole. Díky menšímu množství dětí má totiž hodně prostoru na individuální práci s žáky. „Je to poměrně velkorysý. U dětí, které to hodně potřebují, pracujeme třeba hodinu týdně individuálně. Mohou být zařazeny do arteterapeutické (k podpoře seberozvoje a růstu je využívána výtvarná tvorba – pozn. red.) nebo komunikační skupiny a dostávat podporu od speciálního pedagoga. Naopak moji kolegové z velkých státních škol jsou zavaleni množstvím dětí a práce. Na žáka mají mnohdy třeba jen 20 minut, což je čas maximálně pro nějakou krizovou intervenci. Je obtížné žáky uvolňovat z hodin, učitelé je nechtějí



## ROZDĚLENÍ ROLÍ

Školy jsou povinné zřídit takzvané školní poradenské pracoviště. To musí být složeno minimálně z výchovného poradce a metodika prevence. Obvykle jde o učitele, kteří tyto funkce vykonávají na přechas nebo za drobnou odměnu v řádu tisícikoruny. Školní psycholog či speciální pedagog nemusí být na škole povinné. Na řadě z nich proto jejich funkci externě zastoupí pedagogicko-psychologická poradna. Popřípadě je psycholog zaměstnan jen na poloviční úvazek.

FOTO: SHUTTERSTOCK

810

lidí na pozici školního psychologa registruje ministerstvo školství. Je jich ale zřejmě více.

opakovaně pouštět. I to slyším od svých kolegů psychologů,“ popisuje situaci Bezděková.

Petr Klimeš se na pražské škole věnuje dětem individuálně přes polovinu své pracovní doby. Dětem ale pomáhá komplexně, nejen z hlediska psychologických problémů, ale i s učením. „Spouště dětí dělám jen speciálního pedagoga. Pomáhám jim se čtením, počítáním a dalšími základními dovednostmi. To, že se jim nějaká činnost nedaří, ještě neznamená, že automaticky mají psychický problém nebo třeba špatné rodinné zázemí,“ upozorňuje s tím, že na poloviční úvazek by taková práce byla obtížná.

## „Vezmeme ho k opravdovému psychologovi“

Podle Petra Klimeše se i po několika letech jeho působení na škole stává, že ho rodiče nepovažují tak úplně za plnohodnotného psychologa. „Někdy mi říkají, že objednej své dítě k ‚opravdovému‘ psychologovi. Mají zřejmě pocit, že jsem tu jen na základní pomoc, že nemám zkušenosti s terapií. Nebo se chtějí obrátit na pedagogicko-psychologickou poradnu, protože se domnívají, že jednoduše nejsem plnohodnotný psycholog. Zlobí mě, že někdy chtějí poslat dítě rovnou za psychiatrem, i když má obtíže, se kterými by si poradila psychoterapie. Když vidím dítě ve škole každý den, jsem s ním schopen pracovat lépe než někdo, kdo ho vidí jednou za dva měsíce na půl hodiny,“ říká Klimeš a dodává, že má psychoterapeutický výcvik, navíc před nástupem do školy provozoval soukromou praxi.

Domnívá se, že pokud je už na škole k dispozici psycholog, neměli by se ho rodiče bát využívat. Sám si před několika lety před nástupem na školu v soukromé praxi účtoval 500 korun za hodinu sezení, dnes je již běžných 800 korun, řada pražských psychologů chce přes tisícovku. Na škole je přitom taková služba zdarma a může být stejně pravidelná jako ta placená.

Snad i díky menší škole má jeho kolegyně lepší zkušenosti. „Zdá se mi, že psycholog je už vnímán jako běžná součást servisu školy. I když jsem se samozřejmě setkala s tím, kdy je rodič velmi obezřetný – bere zásah psychologa jako svoje selhání nebo nechce, aby školní psycholog takřikajíc nakukoval víc pod pokličku jeho domácnosti. Ale trend je každopádně naší práci více otevřený,“ libuje si Bezděková.

Oba školní psychologové se shodují na tom, že koronavirová situace, která přinesla distanční výuku na neurčito, je pro děti problematická. A někdy to může být dokonce i problém pramenící u rodičů.

„Aktuálně řešíme situaci, kdy se jedna žákyně neúčastní distanční výuky. Její maminka přitom dostala od školy počítač. Dívku ale poslala bez něj i bez učebnic mimo Prahu, telefon nebere. Chceme jí pomoci, ale nereaguje. A dívka hrozí, že nebude klasifikována. To už je krajní situace, kdy bude nutné kontaktovat OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí – pozn. red.),“ popisuje jeden z nynějších problémů Klimeš.

## Kam zajít, když na škole psycholog není?

Fakt, že na škole není k dispozici psycholog, ještě neznamená, že by byli její žáci bez psychologické péče. Dítě mohou rodiče přihlásit do pedagogicko-psychologické poradny. Jednou z největších v Česku je ta pro Prahu 1, 2 a 4. I tam zaznamenali problémy dětí týkající se koronavirové pandemie.

„Žákyně první třídy propadla ustavičnému, několik hodin dlouhému pláči, protože její učitelka onemocněla koronavirem. Holčička se bála, že paní učitelka umře. V rodině bohužel zemřel v té době pradědeček dívky, a tak si myslela, že nyní budou kolem ní všichni umírat. Rodině jsme doporučili omezit přístup k negativním zprávám v televizi,“ popisuje nedávný případ ředitelka PPP Praha Galina Jarolímková.

Poradna by měla mít na každé dítě poměrně dost času. Kromě vstupního pohovoru, kdy se zmapuje vývojová a školní anamnéza, zabere psychologické vyšetření okolo dvou hodin a to speciálně pedagogické přibližně hodinu a půl. Pokud je dítě do poradny objednáno na komplexní vyšetření, může v ní strávit i čtyři hodiny. Každý rok přitom podle Jarolímkové projde poradnou na 7000 klientů. Polovina z nich je nových, další zase chodí do poradny opakovaně. Třeba na další individuální konzultace nebo skupinové aktivity.



## OPATŘENÍ SPOLUFINANCOVANÉ EVROPSKOU UNÍ

Tento projekt byl realizován za finanční podpory Evropské unie. Za obsah publikací (sdělení) odpovídá výlučně autor. Publikace (sdělení) nereprezentují názory Evropské komise a Evropská komise neodpovídá za použití informací, jež jsou jejich obsahem.

Příloha vyšla v rámci projektu Proměny českých regionů, který společně realizují vydavatelství Economia a Euractiv.cz s podporou Evropské komise.

## Příloha

## PÉČE O DUŠI



Ředitel speciálních projektů: **Aleš Mohout**  
Vedoucí speciálního obsahu: **Jan Záluský**  
Editorka: **Markéta Prokšanová**  
Grafika a zlom: **vizuální studio Economia**