**Konference Asociace náhradní výchovy – 21.-22.11.2018**

Vážené kolegyně, kolegové, milí hosté,

předně bych vás ráda pozdravila a popřála vám příjemné a obohacující chvíle na dnešní konferenci. Bohužel mi časové důvody neumožnily sdílet čas s vámi.

Jsem dětská klinická psycholožka pracující na pedopsychiatrickém lůžkovém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, kde hospitalizujeme děti s psychickými poruchami převážně z krajů Plzeňského, Karlovarského, Jihočeského, Středočeského, Ústeckého a Libereckého, vzácněji pak i odjinud. Naši pacienti bývají relativně často také klienty vašich zařízení a mohu si než pochvalovat obvykle milou a vstřícnou spolupráci se zařízeními zajišťujícími ústavní výchovu.

Staráme se nejen o děti s vážnými poruchami chování, ale také o děti s problematikou sebepoškozování, děti, které onemocněly psychózami (schizofrenií, bipolární poruchou, těžšími formami depresí).

Tématem konference je současný stav zákona o výkonu ústavní výchovy a také vize, jakou cestou by se dále měla péče o děti s potřebami ústavní výchovy ubírat.

Dovolte mi tedy přispět k diskusi několika podněty reflektujícími současný stav, ale i vyhlídky na budoucnost. Odpusťe pak, pokud „tnu do živého“, je to v zájmu zamyšlení a rozpoutání diskuse.

Předně bych ráda řekla, že péče o děti s potřebou ústavní výchovy a evt. duševními poruchami v celém spektru patří k nejnáročnějším. Odtud tedy, z mého úhlu pohledu, nutnost profesionality na obou stranách medicínsko – pedagogického a sociálního pomezí. Ráda bych zdůraznila, že je více než nutné, aby se o děti v jejich kmenových zařízeních starali profesionálové s pedagogickým vzděláním, při veškerém respektu k entuziazmu i vzdělání úzce sociálně zaměřených pracovníků v různých zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc a podobných, nebývají zde výstupy péče i spolupráce až tak spolehlivé jako je tomu v případě dětských domovů, DDÚ, DDŠ a výchovných ústavů.

Předně vidím jako důležité opustit premisu, že děti, alespoň ty, které procházejí rukama nás zdravotníků, jsou v ústavní výchově z důvodů úzce sociálních (ekonomická situace výchozí rodiny, podmínky bydlení, apod.). Většina z nich se v ústavní výchově ocitne proto, že buď rodiče nemají kompetence se o ně starat (tj. chybí jim výchovné předpoklady, anebo vývoj dítěte svým zacházením přímo ohrožují), nebo žijí natolik neadaptivním životním stylem, že tento je neslučitelný s řádnou výchovou dětí, nebo jsou děti natolik problematické, že se vymykají byť dobře vedené rodičovské kontrole, anebo jde o děti skutečně psychicky nemocné a rodina, která by jinak zvládala péči o zdravého potomka, tuto nedokáže zajistit u dítěte s psychickou poruchou. Možné jsou, pochopitelně i kombinace uvedeného.

Pokud jsou příčinou primárně sociální důvody, jistě mají své místo v péči o ohrožené děti primárně sociálně zaměřené organizace a jsou – li rodiče po všech stránkách kvalitními vychovateli a mají-li zájem o dítě, pak za pomocí sociálně zaměřených úřadů a organizací se ve většině případů daří situaci rodiny v dohledné době (míním tím týdny až měsíce) sanovat. Pokud ne, je evidentní, že problém je i na straně rodičovské způsobilosti. Nelíbí se mi z uvedeného důvodu několikaleté pobyty dětí v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc apod. (ano, i s mnohaletými pobyty máme zkušenost, krizové řešení přechází v soustavnější péči, a to není podle mého soudu dobře). Jsem přesvědčena, že tam, kde je na vině rodičovská nezpůsobilost nebo zvlášť závažné faktory na straně dětí (zejména pak psychické poruchy nebo malá výchovná tvárnost), je na místě ne sociální, ale pedagogická, speciálně pedagogická péče, ev. v kombinaci s péčí zdravotní.

Z pohledu dětského klinického psychologa pracujícího na pedopsychiatrii vidím ve formulaci současných zákonných norem z nich vyplývající praxe zejména následující problémy:

Za prvé – míra rodičovských práv tam, kde chybějí rodičům výchovné kompetence nebo tito své děti svým zacházením přímo ohrožují. Jsem přesvědčena, že míra rodičovských práv (a tedy i nutnosti udělovaných souhlasů) by se měla přímo odvíjet od toho, kolik jsou rodiče schopni se dětem přiměřeně věnovat. DDÚ a DÚ pro mládež centrují svou diagnostiku jen na stranu dítěte, ale nemají v záběru diagnostiku rodičů/rodinného prostředí. Vytrženo takto z kontextu, je obtížené vybrat pro dítě optimální řešení.

Posouzením rodin se často zabývají soudně znalecké posudky a ty pak jsou podkladem pro rozhodování soudů – ty však trvají nepřijatelně dlouhou dobu, není pravděpodobné, že by se tato situace změnila, odborníků – znalců je naprostý nedostatek a není výhled, že by se tato situace změnila. Možná by mohlo být inspirativní, kdyby se rodinnou diagnostikou více zabývaly DDÚ a DÚ pro mládež.

Za druhé – situace dětí mentálně retardovaných, zvláště těch na pomezí lehké a středně těžké mentální retardace. Toto pomezí znamená přibližně o polovinu snížené tempo vývoje, tj. např. 8-9 leté dítě se nám jeví jako 4-5tileté z hlediska mentálních schopností. To platí až do dosažení adolescence, tam někde dítě narazí na svůj strop, tj. v dospělosti má kompetence v nejlepším případě 7-8 letého dítěte. Pro takto se vyvíjející dítě je pobyt v DD poměrně náročný, potřebuje zacházení úměrné svému mentálnímu, nikoli fyzickému věku. Dokážeme jej vždy zajistit? Dokážeme reagovat na nijak nezpomalené biologické zrání, zejm. pak budící se sexuální potřeby? Pokud DD dokáže reflektovat právě onen mentální věk, nezřídka postačuje uzpůsobení nároků na dítě mentálnímu věku k redukci problematického chování a dítě nemusí do DDŠ nebo později do VÚM. Pro úplnost, u dětí lehce mentálně retardovaných lze postupovat obdobně a kalkulovat s maximálně 2/3 tempem vývoje. Považuji za přiměřené i to, aby se omezila práva dítěte (typicky npař. volnost ohybu venku, volnost ve využívání internetu – jsem si vědomá, že písemný kontakt je v indikovaných případech regulován…; dítě má právo na svou ochranu před nebezpečími, které nedokáže docenit a toto by měl být podle mého soudu vedoucí princip rozhodování o dítěti).

Za třetí – léčebně výchovné jednotky pro děti s poruchami emocí a chování (vč. sebepoškozování), ev. i specializované pro děti s problematikou zneužívání drog nebo dokonce závislosti, jsou jistě dobrou a žádoucí cestou. Co však s dětmi s jinými psychickými poruchami? Zvláště nepovzbudivá je praxe dotýkající se dětí s psychózami (schizofrenie, bipolární porucha, těžší formy depresivních poruch). Zákon nyní stanoví, že tyto se **neumisťují do dětských domovů,** naopak je nepřímo naznačeno **umisťují** do zdravotnických zařízení (výhledově pak snad do léčebně – výchovných jednotek). Nutno zdůraznit, že žádné zdravotnické zařízení nemůže sloužit k umístěnídítěte, my pouze hospitalizujeme, po dosažení maxima jsme povinni propouštět. Výstupy psychotických poruch jsou variabilní, někdy se podaří stav dítěte dostat pod přijatelnou kontrolu, někdy méně. Považuji za chybné stanovisko, že děti s těmito diagnózami nemohou být přijímány do DD. Záleží přeci na psychickém stavu, resp. kompenzaci poruchy. Všechny z jmenovaných onemocnění jsou tzv. funkční, podobně jako např. v somatické sféře diabetes – diabetiky v režimu ústavní výchovy také neodkazujeme na léčebně výchovné jednotky. Uvědomme si, že v léčebně výchovných jednotkách psychoticky nemocné dítě potká především děti s vážnými poruchami chovní a emocí, vyžadujícími pedopsychiatrickou péči z důvodů agrese či autoagrese, zatímco děti psychotické naopak potřebují co největší klid, respekt k nemoci a šetrnost. Jsou to adepti na šikanu silnějšími. Řada z těch zaléčených by pobyt v DD dobře zvládla. Stanovisko k daném případě může vydat pedopsychiatr, ev. dětský klinický psycholog ve spolupráci s ním. Nejdem si jistá, zda DDÚ a DÚ pro mládež mají dostatek zkušeností s těmito typy dětí, aby jejich stanovisko mohlo být rozhodné (a pobyt v nich povinný). Současně však zdůrazňuji, že spolupráce s DDÚ a DÚ pro mládež se nám, zdravotníkům, obyčejně více než daří a komunikace je dobře průchodná.

Za čtvrté – děti s problematikou sebepoškozování. Pedopsychiatrie může pomoci se stabilizací emocí, nepokryje však ty případy, kdy se sebepoškozování stává pro dítě prostředkem manipulace (troufám si říci, že takových je většina). Není na místě spoléhat na zdravotnická zařízení, že tyto problémy vyřeší, indikovaným postupem je (po diagnostice dětským klinickým psychologem a pedopsychiatrem, vč. možnosti hospitalizace na lůžkovém oddělení) lékařské ošetření a rychlý návrat zpět do kmenového zařízení (nejlépe léčebně – výchovné jednotky). Je-li motivací manipulace s okolím, musíme především dítěti zmařit účel manipulací, jinak se výchovně neposuneme. Musím říci, že takových dětí, které kmenová zařízení nechtějí zpět s odkazem na riziko sebepoškození, máme dlouhodobě na lůžcích nepřijatelně mnoho.

Konečně za páté a závěrem – vyvažování práv dítěte a pravomocí zařízení zajišťujících ústavní výchovu je jistě otázkou mimořádně složitou a podle mého soudu taxativně v podstatě nevymezitelnou. V úvodu jsem již naznačila, že děti, které nastoupí z různých důvodů ústavní výchovu, nebývají výchovně jednoduchými jedinci a že právě proto považuji za potřebné, aby se jim věnovali kvalifikovaní odborníci, prostý entuziasmus nestačí. Nejde nám o náhradní ubytování, ale o náhradní výchovu. Ústavní výchova má jistě za cíl co nejvíce se v mezích možného přibližovat výchově v rodině (úměrně intrapsychickým podmínkám na straně dítěte i jeho sociální situaci). I v rodině děti nejen chválíme a podporujeme, ale i limitujeme v zájmu jejich zdravého rozvoje. Proto bych se přimlouvala za ústup z pozic taxativního vymezování práv dítěte a persistování na nich, ale za podporu dobrého výběru odborníků zajišťujících ústavní výchovu, jejich řádného uznání společenského i finančního a v návaznosti na ně pak o poněkud volnější ruku ve volbě výchovných prostředků (míním tím alokaci práv na limitaci dítěte v jeho zájmu). Tím nezpochybňuji nutnost kontroly nad prací zařízení pro výkon ústavní výchovy.

Děkuji vám za pozornost. Karolína Malá