

Modul 2:

Vplyv ťažkostí v oblasti duševného zdravia rodičov na deti



OBSAH

1 ČO ROZUMIEME POD POJMOM MENTÁLNA VULNERABILITA?	4
1.1 VULNERABILITA	4
1.2 ROZPRÁVANIE O MENTÁLNEJ VULNERABILITE	5
1.3 TERMÍN VULNERABILITA – EUFEMIZMUS?	5
1.4 ČO ROZUMIEME POD POJMOM DUŠEVNÁ CHOROBA V KONTEXTE MENTÁLNEJ VULNERABILITY?	6
2 MENTÁLNA VULNERABILITA /CHOROBA AKO STRESOVÝ FAKTOR PRE DETI	7
3 KONTAKTOVANIE RODÍN	8
4 MENTÁLNA VULNERABILITA/CHOROBA – O ČOM HOVORÍME?	8
5 PREČO OZNAČUJEME MENTÁLNU VULNERABILITU AKO CHRONICKÝ FAKTOR DISTRESU PRE DETI?	9
5.1 TRVANIE	9
5.2 DISKTRÉTNE, SKRYTÉ SYMPTÓMY	10
5.3 NEDOSTATOK ZMYSLU PRE REALITU – SOCIÁLNA IZOLÁCIA MLADŠÍCH DETÍ	10
5.4 NÁHLE PRERUŠENIE KAŽDODENNÉHO ŽIVOTA, NESTABILITA VZŤAHOV	10
5.5 DUŠEVNÁ CHOROBA AKO RODINNÉ TAJOMSTVO	11
5.6 INTENZITA SYMPTÓMOV DUŠEVNEJ CHOROBY	11
5.7 VEK DIEŤAŤA	11
5.8 SÚ OBAJA RODIČIA MENTÁLNE VULNERABILNÍ?	12
6 AKO REAGUJÚ DETI?	13
7 AKO DETI RETROSPEKTÍVNE VYPOVEDAJÚ?	13
8 POTREBY DETÍ V KONTEXTE MENTÁLNE VULNERABILNÝCH RODIČOV (VIĎ PREDOVŠETKÝM MODUL 4: PODPORA REZILIENCIE)	14
9 RODIČOVSTVO A MENTÁLNA VULNERABILITA	14
10 DETI V KONTEXTE RODIČOV TRPIACICH DEPRESIAMI (ZALOŽENÉ NA DSM IV, 2000)	15
10.1 SYMPTOMATOLÓGIA (DIDAKTICKY ŠTRUKTÚROVANÝ PREHĽAD KRITÉRIÍ)	15
10.2 VPLYV DEPRESIE NA DETI V KAŽDODENNOM ŽIVOTE	16
10.2.1 Úloha emocionálneho kaučovania deppresívneho rodiča	17
10.2.2 Ochrana pomocou prebratia zodpovedností postihnutého rodiča - parentifikácia	17
10.2.3 Skoré vývinové problémy	17
10.3 ČO SÚ HLAVNÉ STRATÉGIE PODPORY PRE DETI V KONTEXTE DEPRESIE?	18
11 DETI V KONTEXTE RODIČOV TRPIACICH BIPOLÁRNOU PORUCHOU (DSM IV, 2000)	18
11.1 SYMPTOMATOLÓGIA (DIDAKTICKY ŠTRUKTÚROVANÝ PREHĽAD KRITÉRIÍ (MANICKÁ EPIZÓDA))	18
11.2 VPLYV BIPOLÁRNYCH PORÚCH RODIČA NA DETI	19
11.3 PRAVIDLÁ INTERVENCIE	20
12 DETI V KONTEXTE RODIČOV TRPIACICH SCHIZOFRÉNIOU	22

12.1 SYMPTOMATOLÓGIA (DIDAKTICKY ŠTRUKTÚROVANÝ PREHĽAD KRITÉRIÍ)	22
12.2 VPLYV SCHIZOFRÉNIE RODIČA NA DETI	23
12.3 HLAVNÉ STRATÉGIE PRE PODPORNÉ SYSTÉMY	24
13 DETI V KONTEXTE RODIČOV TRPIACICH ÚZKOSTNÝMI PORUCHAMI	25
13.1 SYMPTOMATOLÓGIA (DIDAKTICKY ŠTRUKTÚROVANÝ PREHĽAD KRITÉRIÍ)	25
13.2 VPLYV ÚZKOSTNEJ PORUCHY RODIČA NA DETI	25
13.3 HLAVNÉ PRAVIDLÁ INTERVENCIE	26
14 DETI V KONTEXTE PORUCHY OSOBNOSTI	27
14.1 DEFINÍCIE PORUCHY OSOBNOSTI (DIDAKTICKY ŠTRUKTÚROVANÝ PREHĽAD KRITÉRIÍ)	28
14.2 VPLYV NA DIEŤA V KONTEXTE PORUCHY OSOBNOSTI (PREDOVŠETKÝM U RODIČOV S HRANIČNÝMI PORUCHAMI OSOBNOSTI)	29
14.3 HLAVNÉ STRATÉGIE PRE PODPORNÉ SYSTÉMY	29
15 DETI V KONTEXTE ZÁVISLOSTI A ZNEUŽÍVANIA NÁVYKOVÝCH LÁTOK	30
15.1. KRÁTKA SYMPTOMATOLÓGIA	30
15.2 VPLYV RODIČOVSKÉHO ZNEUŽÍVANIA NÁVYKOVÝCH LÁTOK NA DIEŤA	31
15.3 HLAVNÉ STRATÉGIE PRE PODPORNÉ SYSTÉMY	32
16 ZÁVEREČNÉ KOMENTÁRE	32
17 REFERENCIE	33

Susie má 11 rokov a do školy chodí nepravidelne. V škole je často unavená, oblečená v špinavom oblečení a vlasy vyzerajú byť neumyté. Je dosť rozkazovačná a má problémy nájsť si priateľov. Niektoré z mladších detí sa ňou cítia tyranizované a zastrašované a škola je čoraz viac znepokojená jej správaním.

Jej mama je osamelá matka a bola dvakrát predvolaná do školy, aby sa prebralo Susieno správanie a dochádzka, ale ani raz sa nedostavila. K prípadu je pridelený zodpovedný zamestnanec školy a pri domácej návšteve zistí, že matka trpí bipolárnou chorobou. Má predpísané lieky, ale neberie ich pravidelne, čoho výsledkom sú dobré a zlé dni a Susiena nepravidelná dochádzka. Dôvod pre Susieno panovačné správanie sa tiež čoskoro objasní, nakoľko musí „rozkazovať“ mame, aby ju donútila vziať lieky a starať sa o jej zdravie. Snaží sa byť rodičom pre svojho 9-ročného brata Jaka.

(<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiesstory.aspx>)

1. Čo rozumieme pod pojmom mentálna vulnerabilita?

Zdá sa, že pojem mentálnej vulnerability nie je v psychiatrickej literatúre rozšírený (Zubin, Spring, 1977). Keď pracujeme s rodičmi, používame tento termín, nakoľko prívlastok mentálnej choroby sa zvyčajne spája s veľkou stigmatáciou rodičov a väčšinou vyvoláva trápenie, zlosť alebo strach na strane rodičov. **Tento termín je menej stigmatizujúci a ľahšie akceptovateľný postihnutým rodičom. Sme si však vedomí toho, že predovšetkým v prípade schizofrénie a/alebo bipolárnych porúch by bolo možné použiť aj pojem “choroba”.** Treba zdôrazniť, že predovšetkým pre lepšie pochopenie zo strany detí by sa mal paralelne používať aj termín “choroba”; treba vziať do úvahy, že pre deti je dôležité dať túto diagnózu do súvisu s telesnou chorobou. Táto diskusia odzrkadľuje náročnú oblasť, v ktorej by na jednej strane mala byť redukovaná stigmatácia a tabu, a na druhej by somatické modely mohli zjednodušiť deťom procesy pochopenia.

1.1 Vulnerabilita

V modeli diatéza-stres dochádza k interakcii biologickej alebo genetickej vulnerability alebo predispozície (diatéza) s okolím a životnými situáciami (stresormi), čo spúšťa poruchy správania alebo psychické poruchy. Avšak vplyv genetických faktorov môže byť dosť rozdielny, ako mohli Boggarts a Luřcz (1999) ukázať vzhľadom na diagnózu. Čím je väčšia základná vulnerabilita, tým menej stresu stačí na vyvolanie problémov v správaní alebo priamo poruchy správania. Napriek tomu sa u niekoho so zvýšeným sklonom k poruchám nemusí nutne vyvinúť porucha. Aby k tomu došlo, sú potrebné ako predispozícia, tak aj stres. Autormi teórie sú Holmes a Rahe (1967).

Tento stresový model bol za posledných 20 rokov preformulovaný ako model ochranných faktorov vulnerability voči stresu, najmä Libermanom (2007, 2009) v oblasti psychiatrickej rehabilitácie.

Aké následky má stres a vulnerabilita k nemu pre deti? Mal by sa klásť veľký dôraz na stratégiu zníženia stresorov pre deti, predovšetkým, ak obaja rodičia vykazujú silné známky vulnerability.

1.2 Rozprávanie o mentálnej vulnerabilite

Ako profesionáli sa stretávame s rodičmi v situáciách, keď ich rodičovstvo, vzávislosti od diagnózy, môže byť ohrozené. Zvyčajne máme skúsenosť, že takáto hrozba súvisí s niektorými lekáorskymi diagnózami mentálnej choroby, ale mnohí rodičia, s ktorými sa stretávame v našej každodennej práci, nemajú žiadnu diagnózu; a výsledkom toho je, že oni sami nemusia vždy interpretovať svoj problém ako mentálnu chorobu alebo nie sú motivovaní vyhľadať pomoc. Len zopár rodičov spája svoju obmedzenú schopnosť zvládať každodenné rodičovstvo s ich možnými zníženými psychickými možnosťami. Mentálna choroba stále spôsobuje, že postihnutý rodič je viac vulnerabilný na stresory v porovnaní s nepostihnutým rodičom, aj v čase, keď sa neprejavujú žiadne symptómy.

Podľa salutogenetického prístupu (Antonovsky, 1967) vulnerabilita sama indikuje, že u rodičov a detí, ktorí žijú v kontexte mentálnej choroby, jeden alebo dokonca obaja rodičia sú schopní urobiť niečo pre zachovanie alebo navrátenie zdravia.

Termín mentálnej vulnerability pokrýva emocionálne, kognitívne, sociálne poruchy a poruchy správania, čo niekedy splňa kritériá mentálnej choroby. Spektrum je široké, od “miernej” choroby ako sú úzkostné poruchy, až po zneužívanie návykových látok a “vážnejšie” diagnózy ako sú bipolárne poruchy alebo schizofrénia. Je optimistické a treba to zdôrazňovať, že dokonca aj v prípadoch nízkej vulnerability je možné posilňovať rodiča a dieťa.

1.3 Termín vulnerabilita – eufemizmus?

Chceme objasniť, že používanie termínu “vulnerabilita” nemá „zakryť“ mentálnu chorobu. Ako sme spomínali vyššie, umožňuje to presunúť pozornosť rodičov od konceptu “mentálnej choroby” a jej záťaž – vrátane jej sociálnej stigmatácie smerom ku konceptu podpory a prispôsobivosti. Tento koncept vulnerability takisto zahŕňa ľudí, ktorí vykazujú známky

mentálnej vulnerability (napr. vysoká vznetlivosť, znížená tolerancia frustrácie), ktorá nemusí spĺňať kritériá mentálnej choroby. Preto je koncept vulnerability širší ako koncept mentálnej choroby, hoci sa v našich materiáloch dá pozorovať istá zameniteľnosť spôsobená

- a) historicky a vedecky akceptovaným termínom “choroba”,
- b) vysokým stupňom prelínania termínov.

V niektorých kapitolách sa kvôli tomuto konceptu môžu tieto dva termíny vyskytovať paralelne.

1.4 Čo rozumieme pod pojmom mentálna choroba v kontexte mentálnej vulnerability?

Závažné zmeny, odchýlky od normálu v rámci psychických funkcií (citov, poznávania, vnímania...) sa dajú interpretovať ako indikátory mentálnej choroby. Napriek uvedenej diskusii o termíne “vulnerabilita” je definícia a klasifikácia mentálnych porúch kľúčovou otázkou pre mentálne zdravie a užívateľov, teda pre poskytovateľov služieb v oblasti mentálneho zdravia. Väčšina medzinárodných klinických dokumentov používa termín “mentálna porucha.” Hlavné kategorizačné systémy MKCH-10 (1991) pre európsku oblasť a DSM-IV (2000), ktorá bola založená na postojoch Americkej psychiatrickej asociácie (APA), **popisujú symptómy so zámerom lepšieho porozumenia medzi profesionálmi (na porovnanie diagnostických kritérií).**

Nakoľko väčšina profesionálov v projekte KIDS STRENGTHS nie sú primárne odborníkmi v procesoch mentálnej diagnostiky a nemajú poznatky o symptomatológii duševných chorôb na úrovni odborníkov v tejto oblasti, opíšeme najbežnejšie diagnózy, aby lepšie porozumeli situácii detí. Ak si uvedomíme, že akákoľvek diagnóza v oblasti mentálneho zdravia vždy otvára diskusie o normách a socio-kultúrnych kontextoch, tak je zjavné, že diagnostikovanie osoby ako mentálne chorej alebo mentálne vulnerabilnej so všetkými následkami je alebo by malo byť veľmi vážnym a premysleným procesom.

Avšak diagnostik (najčastejšie) si počas diagnostického procesu všíma symptómy a zhrnie ich pod jednu “nálepku” (napr. depresia). Nazýva sa to pracovná hypotéza. Niekedy môže byť potrebné opraviť túto hypotézu kvôli lepšiemu pochopeniu symptómov a pôvodu. (Nečudo, že sa môže stať, že sa aj diagnózy môžu meniť.)

Diagnostický proces je vždy procesom dialógu, kde profesionál musí vziať do úvahy, že sú dieťa aj rodičia vystavení

- neznámym ľudom (diagnostik),
- neznámym situáciám (testy, hry),

- nezvyčajným otázkam a pomôckam.

Diagnostické procesy musia okrem iného zahŕňať aj perspektívu a hodnotenie možností, silné stránky a rovnako aspekty ako láska a hrdosť na rodičovstvo.

2. Mentálna vulnerabilita / choroba ako stresový faktor pre deti

Podľa odhadov 1 zo 4 ľudí v nejakom období svojho života zažije epizódy, ktoré spĺňajú kritériá mentálnej choroby (WHO, 2008, The Royal College of Psychiatrists). Podceňované a zabudnuté sú silné slová, ktoré opisujú situáciu detí žijúcich s mentálne vulnerabilnými rodičmi – s výnimkou rodičov zneužívajúcich návykové látky (alkohol). Vnímovosť potrieb detí žijúcich v kontexte mentálnej vulnerability nemá dlhú históriu a závisí tiež od rôznych diagnostických skupín. Fatálne udalosti alebo silné zanedbávanie detí žijúcich v takomto kontexte (napr. EUFAMI Conference, 2009) viedli profesionálov a spoločnosť k zvýšenému uvedomeniu si tejto skupiny detí.

Deti v kontexte mentálne vulnerabilného rodiča môžu byť vystavené rovnakému distresu a vplyvu ako deti žijúce s chronicky alebo vážne chorým rodičom. Veľkým rozdielom však je, že väčšina somatických ochorení (diabetes, rakovina, srdcové choroby) sú sociálne viac akceptované a pacienti sú väčšinou poddajní a cítia sa „chorí“. Rovnako aj pre deti je veľmi zrejmé, že nie sú zodpovedné za chorobu svojich rodičov. Okolie má väčšinou porozumenie pre pacientov a deti. Naopak, deti žijúce v kontexte mentálnej vulnerability sa obviňujú z toho, že sa ich rodič „necíti dobre“. Veľmi často takéto pocity pramenia z toho, že ich postihnutý rodič alebo iná dospelá osoba (starí rodičia, matka, otec) obviňuje, ak podporujú svojich rodičov mohli by byť aj „potrestané“.

Údaje ukazujú, že 30% až 60% ľudí s vážnou mentálnou chorobou má deti. Vedeli ste, že 1 z 12 detí má rodiča, ktorý vzkazuje známky mentálnej vulnerability? Mentálna choroba je vysoko stigmatizovaná aj napriek tomu, že je v posledných rokoch sociálne akceptovaná a objavili sa moderné formy mentálnej vulnerability: syndróm vyhorenia, či depresia. Čím viac sa približujeme k schizofrénii, bipolárnej poruche, zneužívaniu návykových látok, hraničnej poruche osobnosti, tým menej poznatkov a povedomia u verejnosti nachádzame.

3. Kontaktovanie rodín

Mnohí profesionáli z rôznych oblastí (napr. učitelia materských škôlok, odborníci pre raný detský vek), ktorí pracujú s deťmi, hovoria o neistote, nepohode a dokonca úzkosti, keď kontaktujú mentálne vulnerabilných rodičov. Hlavným dôvodom pre tieto „pocity“ je nedostatok informácií o mentálnej chorobe, symptómoch, mechanizmoch zvládnutia situácie a vplyve na duševnú pohodu dieťaťa. Profesionáli si to čoraz viac uvedomujú a zvyčajne žiadajú o príslušné informácie (pokiaľ nepracujú v špeciálnych službách pre mentálne zdravie).

- *Čo znamená mentálna vulnerabilita a mentálna choroba a aké následky majú jednotlivé diagnózy?*

Druhá skupina otázok sa sústreďí na ich pochopenie a možnosti ich vnímania:

- *Môžem ja (ako profesionál) vnímať a spozorovať možné zmeny a symptómy pri práci s rodinami alebo deťmi?*

Tretí druh vyskytujúcich sa otázok sa sústreďí na dieťa (pravdepodobne v súvislosti so štvrtou otázkou)

- *Čo to znamená pre dieťa?*
- *Čo môžem ja ako profesionál urobiť?*
- *Aký typ pomoci deti potrebujú?*

Preto sa štruktúra pre tento modul silne drží týchto otázok.

4. Mentálna vulnerabilita/choroba – o čom hovoríme?

Mentálne choroby sa vyskytujú vo všetkých krajinách a spôsobujú obrovské utrpenie. Ich rozloženie vo svete je vo väčšine prípadov rovnaké (napr. schizofrénia, bipolárna porucha), ale v iných prípadoch (úzkostné poruchy, alkoholizmus) veľmi odlišné. Ľudia s takýmito poruchami sú často sociálne izolovaní, majú nízku kvalitu života a zvýšenú úmrtnosť. Tieto poruchy spôsobujú ohromné ekonomické a sociálne náklady (WHO, 2008)

Milióny ľudí na celom svete sú ovplyvňované mentálnymi poruchami, poruchami správania a zneužívaním návykových látok. Odhady vykonané WHO v roku 2002 napríklad ukázali, že 154 miliónov ľudí na celom svete trpí depresiou a 25 miliónov schizofréniou; 91 miliónov

Ľudí je ovplyvnených poruchami spôsobenými závislosťou na alkohole a 15 miliónov závislosťou na drogách.

Údaje naznačujú, že sa symptómy mentálnej vulnerability vo všeobecnej populácii znásobujú. Dramaticky sa zvyšuje počet žien odchádzajúcich do invalidného dôchodku kvôli depresii. To teda znamená, že **stále viac** detí žije prinajmenšom počas určitých období svojho života v kontexte s chorou alebo vážne postihnutou matkou alebo otcom. Neexistuje jeden mono-kauzálny národný model na vysvetlenie tohto pozorovaného nárastu mentálnej vulnerability. Dôvody pre zvýšenú mentálnu vulnerabilitu sa hypoteticky riešili na všetkých úrovniach bio-psycho-sociologického modelu mentálnych chorôb: zvýšený distress, zvýšené nároky na rodiča, ekonomická kríza, potreba mobility, tlak, demografické zmeny, rodinné zmeny atď.

Podľa údajov WHO sa depresia do roku 2020 pravdepodobne stane druhou najrozšírenejšou chorobou. Na druhej strane vidieť, že mentálna vulnerabilita rodiča, prevažne matky, je hlavným prediktorom vývinových porúch u detí (Laucht, 2009).

Jeden z našich mladých desaťročných chlapcov opísal svoje zážitky v súvislosti so svojou mamou, ktorá sa pokúsila spáchať samovraždu a našiel ju práve jej syn (10 r.): “je príliš veľa častí skladačky, niekedy k sebe nepasujú a rám nedáva dostatočnú bezpečnosť a ochranu”.

5. Prečo označujeme mentálnu vulnerabilitu ako chronický faktor distressu pre deti?

Hoci je mentálna choroba porovnateľná s chronickými somatickými poruchami, je potrebné zdôrazniť niektoré špecifické faktory, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu pri záťaži detí.

5.1 Trvanie

Podľa hlavných diagnostických kritérií (MKCH-10, DSM-IV) sú mentálne choroby charakterizované určitou tendenciou k chronicite, napr. symptómy pretrvávajú dlhšie ako šesť mesiacov. Na druhej strane empirické údaje (Chaudron et al., 2006) odhaľujú fakt, že **už** po troch mesiacoch života v kontexte mentálne vulnerabilného systému vykazujú deti známky distressu a vývinové poruchy. **Intenzita symptómov by sa mohla u väčšiny porúch časom zväčšiť.** Skúsenosti ukazujú, že väčšina vulnerabilných epizód trvá viac ako šesť mesiacov. Je dobre známe, že trvá tri až sedem rokov, kým postihnutá osoba rozpozná a pripustí svoje emocionálne, sociálne problémy, či problémy so správaním ako možnú mentálnu chorobu.

Počas tohto obdobia (a niekedy dlhšie) musia deti žiť v tomto kontexte, hlavne v prípade, ak rodičia nehľadajú pomoc alebo ak deti nevykazujú „symptómy“.

5.2 Diskrétné, skryté symptómy

Druhým faktorom, ktorý prispieva k označeniu mentálnej vulnerability ako chronického stresoru, je fakt, že niekedy symptómy nie sú také závažné, deviantné, čiže „skryté za múrmi domova“. Dali by sa vysvetliť ako následok normálnych životných okolností, napríklad smútok matky roky po rozvode alebo strata jej zamestnania, a v tomto smere sú posudzované ako normálne. Deti by rovnako mohli dostať pomoc, ak rodičia uznajú, že oni sami potrebujú pomoc.

5.3 Nedostatok zmyslu pre realitu - normálna sociálna izolácia mladších detí

Deti nedokážu „vnímať realitu“, keďže kvôli svojmu veku môžu žiť v rámci svojej rodiny „izolovane“. Ich rodičia sú jedinými a hlavnými „vzťahovými osobami“ reprezentujúcimi „normálno“, s minimálnou možnosťou korektívnej spätnej väzby (vrátane rizika „folie á deux“- šialenstvo vo dvojici – keď by dieťa mohlo nasledovať vnemový systém rodičov: mohlo by sa im zdať normálne, že sú žalúzie stále zatiahnuté, že ich matka alebo otec s nimi nejdú na ihrisko atď.).

5.4 Náhle prerušenie každodenného života, nestabilita vzťahov

Predvídateľnosť správania a situácií dáva deťom pocit istoty a bezpečnosti. Žijú viac-menej relaxovane. Symptómy mentálnej choroby rodiča/-ov by mohli ohroziť túto predvídateľnosť: otec musí ísť do nemocnice, syn nachádza matku v posteli, nedá sa kvôli pokusu o samovraždu zobudiť, prichádza záchranka. Za normálnych podmienok deti nie sú pripravené na takéto situácie a zvyčajne podobné situácie premôžu detské zvládacie mechanizmy a stratégie. Ak rodičia nie sú závislí na alkohole, nebadateľné príčiny zmien v správaní vyvolávajú v deťoch väčší strach: matka nevstáva z postele, matka má všade zapálené sviečky atď. Nepredvídateľné zmeny interakčných modelov vyvolávajú pocity neistoty. Otec sľúbil, že pôjde so Sarah von, ale nerobí tak. Peter ukazuje matke niečo, čo vyrobil a ona na neho začne kričať. Lisa našla spať svoju mamu na zemi. Nestabilný vzťah by mohol byť jedným z vplyvov na nepredvídateľné prejavy starostlivosti.

5.5 Mentálna choroba ako rodinné tajomstvo

Jeden z veľkých rozdielov v porovnaní s deťmi, ktoré žijú napr. s rodičmi s chronickou somatickou chorobou je, že rodina a niekedy dieťa samotné má sklony utajovať mentálnu vulnabilitu ako rodinné tajomstvo, akoby to bolo v spoločnosti tabu.

Nedostatok informácií o mentálnej chorobe rodiča a „zákaz“ o tom rozprávať neposkytuje dieťaťu vedomie adekvátneho postavenia. Každé dieťa má sklon interpretovať reakcie svojho rodiča vo vzťahu k sebe, ich vlastnému správaniu, predovšetkým ak je pocit zodpovednosti posilnený vyhláseniami ako „Kvôli tebe som chorý! Tvojou vinou je matka v nemocnici“. Hnev alebo smútok svojho rodiča pripisujú svojmu „možno nesprávnemu“ správaniu. Toto sa dá posúdiť ako prvé „semienko“, z ktorého vzídu pocity viny a prípadnej budúcej depresie alebo úzkostnej poruchy.

Mentálna choroba ako rodinné a spoločenské tajomstvo má dvojaké následky:

- a. v rámci rodiny: dieťa nevie, čo sa deje, hoci cíti, že „niečo nie je ako v poriadku“ a
- b. pre spoločnosť: nedostatočné povedomie o mentálnej chorobe znamená, že dieťa je ponechané samo na seba bez možnosti pomoci od okolia.

5.6 Intenzita symptómov mentálnej choroby

Vnímaný distress nie je v prvom rade spojený s diagnózou mentálnej choroby, ale skôr s vážnosťou symptómov. Čím vážnejšie symptómy sa vyskytnú, tým odlišnejšie sú od modelov normálneho správania a tým väčší je ich negatívny vplyv na dieťa. Ako následok sa javí, že symptómy schizofrénie alebo bipolárnych a hraničných porúch majú negatívnejší vplyv na ochranné faktory dieťaťa. V niektorých prípadoch by životná skúsenosť pre dieťa v takomto prostredí mohla spĺňať kritériá posttraumatického stresu.

5.7 Vek dieťaťa

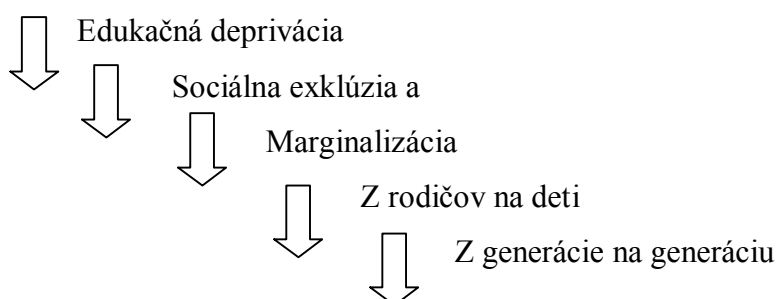
Ďalším problematickým faktorom je vek detí: čím je dieťa mladšie, tým je väčší negatívny vplyv v súvislosti s jeho ochrannými možnosťami. Jednou z príčin je, že dieťaťu v mladšom veku chýbajú iné podporné (sociálne) systémy, ako aj fakt, že normálna neuro-genéza v podmienkach vyššieho stresu bude ohrozená, zredukujú sa biologické možnosti dieťaťa a to bude vulnabilnejšie voči ďalšej redukcii biologických možností.

5.8 Sú obaja rodičia mentálne vulnerabilní?

Dvaja vulnerabilní rodičia majú na dieťa evidentne väčší vplyv ako iba jeden (aj keď existuje podporná sociálna sieť). V takých prípadoch je pravdepodobnosť dedičnosti genetickej (biologickej) vulnerability a prežitie mentálnych problémov v istom období života medzi 40 - 50% (napr. u rodičov so schizofréniou).

Avšak, Tytti Solantaus (2009) zdôrazňuje, že spôsob prenosu tejto vulnerability nemôže byť ohraničený len na genetickú predispozíciu. Popisuje možné stupne prenosu:

Prenos mentálnych porúch (Soltanus 2009)



Aby sme to zhrnuli, mentálnu vulnerabilitu aspoň u jedného rodiča treba vždy chápať ako systémový distress, ktorý ovplyvňuje všetkých ostatných členov rodiny, predovšetkým deti v mladšom veku. Existuje teda riziko, že na základe hore uvedených príčin môžu byť ich reflexné a zvládacie mechanizmy presilené.

Na druhej strane práca s mentálne vulnerabilnými rodičmi ukazuje, že rodičia (zdravá a postihnutá osoba) väčšinou nerozoznávajú distress svojich detí. Väčšina z nich tvrdí, že

- ich deti nevnímajú, čo sa deje s postihnutým rodičom,
- ich deti necítia zmeny v rodinnom systéme, a dokonca že rodičia sa pokúšajú “hrať” normálnych,
- deti sa môžu cítiť zodpovedné za poruchu.

S istým podceňovaním detskej schopnosti “cítiť a vidieť” zmeny vo svojej rodine sa stretávame aj u profesionálov, ktorí nechávajú deti sami s ich bremenom, bez profesionálnej pomoci. Avšak v praxi vidíme, že (častočne s výnimkou rodičov závislých na alkohole) profesionáli z oblasti psychiatrie veľmi často „používajú“ deti ako terapeutický **faktor pre ich rodičov.**

Ale nakoľko sú deti aktívnymi konštruktérmi svojej vlastnej reality, keďže sú ich (senzory) systémy vnímania **väčšinou** čulé, sú schopné vnímať intenzitu (neočakávaných) citových zmien a zmien v správaní svojich rodičov. Prvým krokom v našej práci je senzitivizovať rodičov a ozrejmiť im, že ich deti: hoci nie sú schopné verbalizovať situáciu, sú veľmi skoro vo svojom živote, vo veku 3 – 4 rokov, schopné vnímať takéto zmeny. Kvôli tomu je veľmi dôležité zvýšiť senzitivitu rodiča (postihnutého a zdravého) voči potrebám svojho dieťaťa, predovšetkým v turbulentnej dobe vážnych symptómov a zvýšenej mentálnej vulnerability ich samých alebo ich partnera.

6. Ako reagujú deti?

Prejavené symptómy (reakcie) detí voči chronickému stresu (zapríčinenému vážnou chronickou somatickou chorobou alebo chronickou zvýšenou mentálnou vulnerabilitou) sú veľmi podobné, ale vo všeobecnosti nešpecifické. Tento nešpecifický charakter symptómov je tiež dôvodom, prečo sa nerozozná trápenie dieťaťa profesionálmi. Vek dieťaťa prispieva oveľa viac k možným nepokojom ako stanovená diagnóza rodiča/ov (Pretis, Dimova, 2004).

Deti by mohli reagovať rôznymi stratégiami na zvládanie situácií (viď modul 3 ohľadne “preberanie roly”). Okrem toho reakcie do veľkej miery súvisia s vekom, pohlavím a temperamentom (viď modul 4).

V **prvom roku života** by deti mohli reagovať na základe napr. narušených emocionálnych zvykov: zvýšená plačlivosť, oneskorený vývoj v expresívnom jazyku, kognitívne oneskorenie. V **predškolskom veku alebo v mladšom školskom veku** sa dajú pozorovať poruchy sociálno-emocionálneho správania v materskej škole alebo študijných výkonov v škole. Každé dieťa v každom rodinnom systéme je iné. Prístupovanie/kontaktovanie rodín je vždy vysoko individuálny proces šitý na mieru.

7. Ako deti retrospektívne vypovedajú?

Veľa štúdií o zážitkoch detí žijúcich s mentálne vulnerabilným/-i rodičom/-mi vykazuje podobné výsledky. Referujú o pocitoch bezmocnosti (Wagenblass, 2001) a osamotení (Marsh, Dickens, 1997), niekedy sa deti cítia vinné a zodpovedné za to, čo sa deje v ich rodine alebo s postihnutým rodičom, cítia sa neisté, ustarostené a preťažené.

Je dôležité zdôrazniť, že vzhľadom na psychologické zdravie musí mať dieťa možnosť

- nie len pochopiť, že matka má depresiu a otec pije alebo má halucinácie,
- vedieť odlišiť správanie spojené s chorobou od (zdravého) normálneho správania rodičov,
- ale rovnako musí mať právo a priestor na vyjadrenie zdravých pocitov hnevu, klamstva rodičom, sklamania, smútku, čo sa musí diať za podpory a pomoci profesionálov.

8. Potreby detí v kontexte mentálne vulnerabilných rodičov (konkrétne vid' modul 4: Podpora reziliencie)

- Deti sa potrebujú cítiť iste a bezpečne. Preto je prvou otázkou pre každého profesionála pracujúceho s deťmi: čo môžem ja ako profesionál urobiť, aby som zvýšil/-a pocit istoty a bezpečnosti pre dieťa?
- Deti potrebujú informácie a porozumenie. U profesionála sa s tým spája otázka: ako môžem optimálnym spôsobom informovať a senzitivizovať rodičov a širší rodinný systém o vulnerabilite v danom rodinnom systéme? Ako môžem zvýšiť uvedomovanie si detských potrieb? Konkrétne cvičenia sú opísané v metodologických spisoch. Deti potrebujú, aby niekto vedel o ich potrebách a uspokojil ich. Ako môžem ja ako profesionál prispieť k tomu, aby som zaručil, aby rodičia dokázali lepšie vnímať a uspokojovať potreby dieťaťa a ak to nie je možné, aby boli tieto potreby uspokojené inými podpornými systémami?
- Deti potrebujú mať úlohy a výzvy zodpovedajúce veku. Existuje riziko, že deti v kontexte vulnerabilných rodičov preberajú zodpovednosti, ktoré nezodpovedajú ich veku - "parentifikácia" (pozn.prekl. - preberanie rodičovskej roly).

9. Rodičovstvo a mentálna vulnerabilita

Hoci je 25% prípadov o starostlivosť dieťaťa na súde spojených s mentálne vulnerabilnými/chorými rodičmi, neznamená to automaticky, že mentálne vulnerabilní rodičia nie sú schopní vychovávať svoje deti. Individuálny odhad istoty a bezpečnosti, vzájomný vzťah, veku primeraná stimulácia, poskytnutie noriem, pravidiel a hodnôt spolu so spoluprácou a hľadaním alebo akceptovaním podpory a pomoci sú základnými indikátormi pre (dostatočne) dobré rodičovstvo. Avšak: **DETI BY NIKDY NEMALI BYŤ POUŽÍVANÉ AKO STABILIZUJÚCI FAKTOR ALEBO (ČO JE EXTRÉMNE DÔLEŽITÉ) AKO PSYCHOLOGICKÁ LIEČBA, resp. PODPORA PRE CHORÉHO RODIČA/-OV.**

V rámci alkoholovej závislosti je toto odporúčenie uznávané verejne, v iných situáciách (napr. s ohľadom na chýbajúcu compliance) je badateľné, že systémy starostlivosti o dieťa alebo ochrany dieťaťa majú ťažkosti alebo váhajú s implementáciou potrebných služieb pre deti.

Avšak, skúsenosti ukazujú, že dokonca aj v bohatých spoločnostiach s množstvom podporných systémov (medicínske, sociálne alebo vzdelávacie) sú deti vystavené veľkému riziku, že sa na ne zabudne, pretože v mnohých prípadoch podporné systémy sústredia svoju pozornosť primárne na potreby postihnutého rodiča. Okrem toho – v prípade epizodických symptómov, asistencia v čase dekompenzácie je časovo limitovaná.

10. Deti v kontexte rodičov trpiacich depresiou (na základe DSM-IV, 2000)

Hlavný prístup v tomto module vzhľadom na rôzne formy mentálnej choroby alebo všeobecnejšie “mentálnej vulnerability” sa zakladá na Diagnostickom a štatistickom manuáli (DSM-IV) Americkej psychiatrickej asociácie (APA). Aby však bolo možné lepšie popísať diagnostické kritériá pre profesionálov, ktorí primárne nepracujú v oblasti psychiatrie, sú symptómy (didakticky) rozdelené do 4 kategórií (berúc do úvahy, že to odráža pedagogický heurizmus): *cítienie, myslenie, správanie a telesné reakcie*.

10.1 Symptomatológia (didakticky štruktúrovaný prehľad kritérií)

CÍTENIE

- Depresívna nálada väčšinu dňa, takmer každý deň, ako je indikované buď subjektívne (napr. cíti sa smutný/-á alebo prázdny/-a) alebo pozorovaním zo strany iných (napr. vyzerá uplakáný). (U detí a adolescentov sa to môže charakterizovať ako precitlivosť.).
- Výrazne znížený záujem o všetko alebo radosť zo všetkého alebo takmer všetkého, aktivity takmer počas celého dňa, takmer každý deň.

MYSLENIE

- Striedavé myšlienky na smrť (nielen strach z umierania), striedavé myšlienky na samovraždu bez špecifického plánu alebo pokus o samovraždu alebo špecifický plán na spáchanie samovraždy.
- Znížená schopnosť myslieť alebo sústrediť sa alebo nerozhodnosť, takmer každý deň.

SPRÁVANIE

- Psychomotorická agitácia (zvýšená úroveň aktivity) alebo retardácie takmer každý deň.
- Únava a strata energie takmer každý deň.
- Pocity bezcennosti alebo prehnanej alebo neprimeranej viny takmer každý deň.

TELESNÉ REAKCIE

- Závažný úbytok alebo prírastok hmotnosti bez diéty (napr. zmena hmotnosti o viac ako 5 kg mesačne) alebo úbytok alebo nárast chuti do jedla takmer každý deň.
- Nespavosť alebo chorobná spavosť takmer každý deň.

Podľa DSM-IV musí mať osoba trpiaca závažnou depresívnou poruchou buď depresívnu náladu alebo stratu záujmu a potešenia z každodenných aktivít najmenej dva týždne. Táto nálada musí predstavovať zmenu normálnych nálad danej osoby; sociálne, pracovné, vzdelávacie alebo iné dôležité fungovanie musí byť zmenou nálady tiež negatívne ovplyvnené. Depresívna nálada vyvolaná návykovými látkami (ako drogy, alkohol, lieky) alebo taká, ktorá je súčasťou všeobecného zdravotného stavu sa nepovažuje za závažnú depresívnu poruchu. Okrem toho symptómy nemôžu byť vyvolané bolestivou stratou (t.j. stratou milovanej osoby) a pretrvávajú dlhšie ako dva mesiace alebo sa vyznačujú zjavným funkčným zhoršením, morbidným zaoberaním sa bezcennosťou, samovražednými predstavami, psychotickými symptómami alebo psychomotorickou retardáciou.

10.2 Vplyv depresie na deti v každodennom živote

Postihnutý rodič môže v rámci kontextu veľkej depresie citlivo reagovať na emocionálne potreby dieťaťa. Podľa vyjadrení jednej matky „jej počas veľkej depresie nezáležalo na ničom, ani na jej dieťati“. Avšak keď nastala úľava, empaticky sa starala o svoje deti.

Deti sa javia vysoko citlivé najmä čo sa týka dostupnej úrovne “energie/motivácie” u rodičov s depresiou: motivácia a energia nebudú stále k dispozícii a deti budú stáť zoči voči nečakanej a neobjasnenej strate energie, motivácie a vnímavosti u rodičov: “Niekedy mama/otec reaguje, niekedy nie, ako si môžem byť istý/á, kedy vyhovie mojim potrebám?”. Kvôli takejto nekonzistentnej vnímavosti rodiča/-ov alebo niekedy negatívnym reakciám (buď ticho, nechaj ma na pokoji) väčšina (malých) detí sa časom vzdá a riskuje nestabilný vzťah.

Niekedy matka alebo otec reagujú na kontaktné potreby detí, niekedy ostane v posteli celé dni alebo týždne. Malé deti sú teda konfrontované správaním, ktoré sa dá z perspektívy dieťaťa len veľmi ťažko predpokladať. Preto dieťaťu samotnému nie je jasné, či jeho potreby budú

uspokojené alebo nie. Niekedy to bude možné, inokedy nie. Neexistujú jasné signály, v ktorých prípadoch k tomu dôjde. Mnohokrát môžu byť deti ponechané napospas ich existenčným potrebám. **Táto nepredvídateľná nepravidelnosť alebo neistota by mohli spustiť „varovný systém“ dieťaťa, preto by mala byť miera aktivácie vyššia.**

Okrem toho môžu byť tieto deti vystavené pokusom o samovraždu – vrátane vysoko traumatizujúcich situácií (pohotovosť, strach o matku/otca a pod.).

10.2.1 Úloha emocionálneho kaučovania depresívneho rodiča

Keď dieťa zbadá, že reakcie rodiča sú pomalé alebo žiadne, väčšinou sa staršie dieťa alebo jedináčik pokúsi podporiť matkine/otcove aktivity, stimulovať rodiča, aby bol aktívny alebo veselý (ak nie je prítomná zdravá vzťahová osoba). Dieťa veľmi rýchlo zistí, že jeho pokusy neprinášajú žiadne zmeny v správaní mentálne vulnerabilného rodiča. Mohli by sa stále viac a viac pokúšať stimulovať reakcie postihnutého rodiča; ich vynaložená energia by vzrastala. Chýbajúca reakcia by mohla predstavovať sklamanie. Predpokladaným následkom sú pocity bezmocnosti alebo smútku. Sme hlboko presvedčení, že v prípade depresie u mladistvých zohráva podstatnú rolu v rámci patogenézy zvýšená mentálna vulnerabilita rodiča.

10.2.2 Ochrana pomocou prebratia zodpovedností postihnutého rodiča – „parentifikácia“

Deti zistia už vo veľmi mladom veku, že kvôli zníženej rodičovskej aktivite doma nefunguje každodenná štruktúra. V ďalšej fáze sa teda začnú sami starať o svoje potreby, niekedy aj o súrodencov ako aj postihnutého rodiča, ak tam nie je nikto iný, kto by tak urobil za nich. Dá sa to pozorovať napr. u schizofrénie alebo bipolárnych porúch, ale rovnako aj pri problémoch s alkoholom. Podľa našich skúseností by 5-ročné dieťa mohlo upozorňovať svoju matku, aby si zobrala lieky, ak sa zhoršili symptómy. Zodpovednosť za psychické zdravie rodiča je pre dieťa veľmi veľkou záťažou (alebo dokonca aj pre dospelého), predovšetkým preto, že to môže trvať veľa rokov.

10.2.3 Skoré vývinové problémy

Pri práci s deťmi mentálne vulnerabilných rodičov sa stretávame s mnohými prípadmi skorých vývinových problémov s chýbajúcimi organickými príčinami.

Počas prvých rokov sú badateľné zvýšené poruchy hovorenej reči ako výsledok vystavenia emocionálnemu oslabeniu v prípade depresie ako aj schizofrénie. Výsledky svedčia o tom, že

deti v kontexte depresie majú sklony častejšie plakať (Milgrom et al., 1996), majú menej „bádateľské“ správanie (Field et al., 1996) a ani primerane nereagujú napr. na verbálne stimuly zo strany svojich depresívnych rodičov.

10.3 Čo sú hlavné stratégie podpory pre deti v kontexte depresie?

- a. **Liečba** depresie rodiča/-ov je preto prvým a hlavným krokom k duševnej pohode dieťaťa. Takto sa zredukuje zdroj jeho záťaže. Vždy treba zdôrazniť, že depresia je choroba, ktorá sa dá vo väčšine prípadov veľmi úspešne liečiť. Je možné dosiahnuť úplné zmiernenie/vymiznutie symptómov. Kombinácia **liekov, psychovzdelávania a podpornej psychoterapie** vykazujú **najlepšie výsledky**.
- b. Deti v kontexte depresie potrebujú radosť, citlivý prístup a situácie, kde môžu vyjadriť svoje pocity. V každodennej rutine to znamená aktivovať zdravých členov rodiny alebo partnerov rodinnej siete, aby vytvorili oázy radosti, zábavy, optimizmu, aktivity. Oázy bez starostí.
- c. Informácie: na začiatku treba dieťaťu vysvetliť, že vulnerabilita matky/otca nesúvisí s jeho správaním. Že nie je vinný. Že jeho správanie nesúvisí s matkinou/otcovou únavou, podráždenosťou alebo chorobným plačom.
- d. **Dieťa by malo mať možnosť vyjadriť svoje pocity, byť hlučné, spievať, tancovať, behať, plakať, hnevať sa** (v najlepšom prípade nie v prítomnosti postihnutého rodiča, nakoľko takéto správanie dieťaťa by mohlo pre rodiča tiež stresujúce).

11. Deti v kontexte rodičov trpiacich bipolárnou poruchou (DSM-IV, 2000)

11.1 Symptomatológia (Didakticky štruktúrovaný prehľad kritérií (manická epizóda))

V súčasnosti je diagnostickým kritériom pre bipolárnu poruchu fakt, že bipolárna porucha je heterogénna choroba – čiže sa prejavuje v mnohých rôznych formách. Frekvencia a intenzita výkyvov nálad (medzi depresiou a mániou) je u každej osoby iná. Symptómy depresie už boli popísané v kapitole 10.1.

CÍTENIE

- Jednoznačné obdobie abnormálne a opakovane povznesenej, rozpínavej alebo iritujúcej nálady, ktorá pretrváva najmenej jeden týždeň (alebo ak je potrebná akokoľvek dlhá hospitalizácia). Porucha nálady je dostatočne vážna na to, aby zapríčinila značné zhoršenie pracovných činností alebo bežných sociálnych aktivít alebo vzťahov s inými, alebo aby si vyžadovala hospitalizáciu, aby sa

zabránilo ublíženie sebe samému alebo iným, alebo ak sa vyskytujú psychotické črty.

- Prílišná hrdosť alebo veľkoleposť, potenciálne delúzie/bludy veľkoleposti.

MYSLENIE

- Prúdy myšlienok alebo subjektívny pocit rozlietanych myšlienok.
- Nesústredenosť (t.j. pozornosť sa príliš jednoducho odpúta na nepodstatné alebo irelevantné externé stimuly).

SPRÁVANIE

- Uvravenejšie ako zvyčajne alebo nutkanie stále rozprávať.
- Zvýšenie aktivít so zameraním na istý cieľ (buď sociálny, v práci, škole alebo sexuálne) alebo psychomotorická agitácia.
- Neúmerná angažovanosť v príjemných aktivitách, ktoré môžu mať nepríjemné následky (napr. bezuzdné nákupné horúčky, nerozvážne sexuálne styky alebo nerozumné obchodné investície).

TELESNÉ REAKCIE

- Znížená potreba spánku (napr. pocit oddýchnutia iba po 3 hodinách spánku) alebo pretrvávajúce problémy so zaspávaním.

Symptómy pritom nie sú následkom priamych fyziologických účinkov návykovej látky (napr. zneužitia drog, liekov alebo inej liečby) alebo celkovým zdravotným stavom.

DSM-IV charakterizuje bipolárnu poruchu ako stav, počas ktorého má pacient výrazné zmeny nálad, ktoré trvajú od niekoľkých týždňov po niekoľko mesiacov. Pacienti zažijú aspoň jednu manickú epizódu, počas ktorej majú pozdvihnutú náladu; nasleduje obdobie normality alebo rovnováhy aspoň na dva mesiace, než začne epizóda závažných depresií. Tieto zmeny nálad nemôžu byť spôsobené schizofréniou, schizoafektívnou poruchou, psychotickou poruchou alebo delúziou. Zmeny nálad rovnako nemôžu byť priamym následkom požitých látok ako liekov na spanie alebo predpísaných amfetamínov. Avšak predovšetkým počas manických epizód je možné stretnúť sa so zneužitím látok (alkohol).

11.2 Vplyv bipolárnej poruchy rodiča na deti

Fakty: Celoživotné prevalencie a bipolárna porucha (predovšetkým bipolar 1) sa často odhaduje na 1%. Ak deti žijú s obidvoma rodičmi s bipolárnou poruchou, môžu sa u každého druhého dieťaťa objaviť symptómy.

Deti v súvislosti bipolárnych porúch sú vystavené striedajúcim sa extrémnym citovým stavom, čo môže byť zosilnené možným zneužitím alkoholu. Aj keď sa jedná o mladšie deti, väčšina z nich tvrdí, že jasne pozorujú meniace sa správanie rodičov: jedno 6-ročné dieťa

nám povedalo, že otec chodí veľmi často do reštaurácie a pozýva deti na pohárik alebo zmrzlinu atď. A vtedy vie: už **to** znovu začína. Deti môžu spozorovať zmeny, keď rodičia napr. používajú slová a frázy alebo sa pýtajú čudné otázky, ktoré by nepoužívali vo fázach stability. Počas manických fáz sú deti konfrontované aktivovaním a rodičovskými aktivitami: chodenie do spoločnosti, nespavosť, hlučnosť, podráždenosť a dokonca agresivita.

Úplne na začiatku by takéto správanie mohlo byť pre dieťa smiešne, keďže dostane, čo chce, ale intenzita reakcií robí takú situáciu čoraz desivejšou. Po istom čase je to pre dieťa veľmi vyčerpávajúce, predovšetkým vtedy, keď je dieťa malé a je nútené podieľať sa na aktivitách rodiča. Veľmi skoro zistí, že ak mama alebo otec neplní svoje sľuby, ich potreby nie sú uspokojené. Ich životy by mohli byť ohrozené. Rodičia môžu často zabudnúť starať sa primerane o dieťa alebo ho nakŕmiť, alebo riadiť sa základnými bezpečnostnými pravidlami (napr. byť dlho von v chladnom počasí bez kabátu, rukavíc). Každodenný život nemá štruktúru. Po vyššej úrovni netolerancie by mohla nasledovať agresivita voči dieťaťu, predovšetkým ak sa dieťa pokúša korigovať svojho rodiča.

Keď sa zdá, že postihnutý rodič stráca „kontrolu“ a mohol by konať zvláštne, deti sa niekedy hanbia. Ak sa dieťa odmietne podieľať na aktivitách rodiča, nenasleduje ho, často sa stretne s verbálnou agresiou.

A po určitom čase sa celá táto situácia môže obrátiť. Rodičia kričia, smejú sa, spievajú, sú štedrí, ale rovnako sú aj agresívni. Počas depresívnej fázy by mohli byť unavení, bez energie, bez motivácie. Smútok je vtedy v tvári, pohyboch (viď depresiu).

Dieťa je nechané samo (ak nie je v rodine žiaden iný dospelý). Jeho potreby by mohli byť v oboch fázach zanedbané. Reakcie môžu byť protichodné a pre dieťa ťažko pochopiteľné - medzi vysokými úrovňami podráždenosti a vyjadrených citov napr. od výbušného správania k smútku, depresii.

Takéto nepredvídateľné správanie môže dieťa len ťažko pochopiť. Následkom je, že extrémne nepredvídateľné správanie rodičov prekračuje osobné limity dieťaťa. Deti následne môžu vykazovať symptómy všeobecných úzkostných porúch a žijú v nestabilnom vzťahu.

11.3 Pravidlá intervencie

- a. Najdôležitejším cieľom je zahájiť zdravotnú starostlivosť o postihnutého rodiča, aj napriek celonárodným právnym problémom s liečbou osoby bez jej súhlasu, čo je však obtiažne, keďže postihnutý rodič sa necíti „chorý“.

- b. Pre profesionálov nebude možné pracovať s rodičmi počas akútne manickej epizódy – kvôli zníženej autoreflexii.
- c. Rodičia sa v akútne manickej fáze väčšinou neprispôsobia alebo nebudú plniť terapeutické dohody, nakoľko chýbajúca spolupráca je hlavným symptómom manickej epizódy. Z profesionálneho pohľadu je vysoko pravdepodobné, že akákoľvek dohoda s rodičom počas akútne manickej fázy zlyhá. Ak nie sú prítomní žiadni zdraví dospelí ako napr. starí rodičia, zdravý rodič alebo podporný sociálny systém, **dieťa by nemalo byť ponechané v opatere osoby, ktorá prežíva akútnu manickú epizódu**, deti by v takýchto situáciách mohli byť ohrozené. **Dieťa by nemalo byť ponechané v opatere osoby, ktorá prežíva akútnu manickú epizódu: pretože je vysoko pravdepodobné, že kvalita života dieťaťa je ohrozená.** Ak dieťa žije s postihnutým rodičom a dočasne sa o neho stará mama, suseda alebo je umiestnené do pestúnskej starostlivosti, mohlo by to byť dočasným riešením, ako ochrániť blaho dieťaťa. Dieťa má “právo” na jasné štruktúry a rutinu dokonca aj počas manickej epizódy rodiča. Poskytujú dieťaťu potrebnú emocionálnu a fyzickú bezpečnosť.
- d. Ak je dieťa staršie, je možné vypracovať “krízový plán” pre rôzne situácie, aby malo dieťa pocit kontroly v nečakaných situáciách, ktoré sú pre neho rizikové. Napr.: čo môžem urobiť, ak si so mnou mama alebo otec chcú vyjsť do spoločnosti v noci? Kam mám ísť? Komu mám zavolať, keď sa mama alebo otec správajú zvlášťne?
- e. Deti budú potrebovať pochopenie a informácie (primerané veku), že zmeny v správaní matky/otca sú zapríčinené zmenami vo fungovaní mozgu.
- f. „Dohody“ profesionálov sa musia sústrediť na zdravého rodiča a informovať ho o:
 - a. dôležitosti vyhovieť potrebám dieťaťa, povinnosti ochrániť dieťa
 - b. možných podporných intervenciách pre dieťa a rodinný systém
 - c. informáciách o prognózach, liečbe a niekedy diagnóze rodiča so zmeneným správaním.
 - d. právnych pomeroch: Kedy je možné prinútiť osobu, aby sa podrobila liečbe (lekárskej) proti svojej vôli.
- g. Ak nie je k dispozícii zdravý rodič, je potrebné aktivovať systémy opatery/ochrany dieťaťa.
- h. Pri bipolárnych poruchách je veľmi vysoké genetické prepojenie: preto je potrebné zabrániť akémukoľvek dodatočnému stresu pre deti.

12. Deti v kontexte rodičov trpiacich schizofréniou

Vo väčšine školiacich kurzov sa schizofrénia zvykne spájať s nejasnými mystickými obrazmi “rozdvajenej osobnosti” v zmysle “Dr. Jeckyll a Mr. Hyde”. Je to synonymum pre mentálnu poruchu. Mnoho profesionálov, ktorí primárne nepracujú v oblasti psychiatrie majú veľké problémy porozumieť, o čom je schizofrénia. V tejto časti sa preto budeme venovať najmä vysvetleniu, ako „fungujú“ ľudia so schizofréniou a aký vplyv majú na deti. Životná prevalencia u všeobecnej populácie na celom svete je okolo 1 – 2%. Perälä et al. (2007) konštatovali, že prieskumy populácie vykazujú nižšie hodnoty. Avšak u 13 zo 100 detí, kde je postihnutý aspoň jeden rodič, sa taktiež vyvinú symptómy.

12.1 Symptomatológia (Didakticky štruktúrovaný prehľad kritérií)

Podľa DSM-IV musia byť splnené tri diagnostické kritériá, aby mohla byť diagnostikovaná schizofrénia:

Charakteristické symptómy: jeden alebo viac z nasledujúcich, každý s trvaním väčšinou počas obdobia jedného mesiaca (alebo menej, ak symptómy ustupujú po liečbe).

CÍTENIE

- Negatívne symptómy: oslabený afekt (chýbajúca alebo klesajúca emocionálna reakcia), alógia (strata reči – úplná alebo čiastočná) alebo avolícia (strata motivácie – úplná alebo čiastočná).

MYSLENIE

- Zmätená reč, čo je prejavom formálnej myšlienkovvej poruchy. Kritérium zmätočnej reči je splnené len v prípade, ak je dostatočne vážne na to, aby podstatne oslabilo komunikáciu.
- Bludy: predstavy o prenasledovaní, ohováraní.

SPRÁVANIE

Ťažko zmätené správanie (napr. nevhodné obliekanie sa, častý plač) alebo katatonické správanie.

VNÍMANIE

- Halucinácie.

Potrebný je iba symptóm, ak sa bludy označia za bizarné alebo sa halucinácie prejavujú ako počutie hlasu ako súčasť súbežného popisu pacientovho konania alebo počutie dvoch alebo viacerých hlasov v spoločnom rozhovore.

Sociálna/profesná dysfunkcia: značnú dobu od začiatku poruchy sú jedna alebo viacero oblastí fungovania ako napr. práca, medzil'udské vzťahy alebo starostlivosť o seba výrazne pod úrovňou dosiahnutou pred začiatkom poruchy.

Trvanie: Kontinuálne známky poruchy trvajú najmenej šesť mesiacov. Toto šesťmesačné obdobie musí obsahovať aspoň jeden mesiac pretrvávajúce symptómy (alebo menej, ak symptómy ustupujú po liečbe).

Schizofrénia nemôže byť diagnostikovaná, ak sú prítomné symptómy poruchy nálady alebo pervazívnej vývinovej poruchy, alebo sú priamym následkom všeobecného zdravotného stavu alebo zneužitia návykovej látky, ako napr. drog alebo liekov.

12.2 Vplyv schizofrénie rodiča na deti

Skúsenosti ukazujú, že schizofrénia (spolu s bipolárnou poruchou a hraničnou poruchou osobnosti) je jedným z najťažších bremien pre dieťa žijúce v kontexte mentálne vulnérabilného/-ých rodiča/-ov. Vplyv na život dieťaťa sa dá kvôli prejavom „zvláštneho správania“ hodnotiť ako vážny: (zmätočná) reč, znížená koncentrácia, evidentné zhoršenie sociálneho fungovania. Sociálna izolácia spôsobuje následné ťažkosti v oblasti vzťahov a vývojovo primeranej stimulácie (Mattejat, Lisofsky, 1998).

Nielen mladšie deti (nedostatočná schopnosť kontrolovať realitu, ak chýba ďalší zdravý partner), ale aj tie staršie sa nachádzajú v nepriaznivom, odstrašujúcom a nespravodlivom svete. Chápu ho len vďaka vysvetleniu rodičov. Realita rodiča/-ov by sa mohla stať realitou dieťaťa, takzvané “folie à deux” - šialenstvo vo dvojici. Ak dieťa zotrvá v tomto kontexte, ak je obmedzená spolupráca alebo popieranie mentálnej vulnérability, nastáva veľké nebezpečenstvo, že ostane uväznené vo svete psychopatológie postihnutého rodiča. Je dôležité zdôrazniť, že to nie je pravidlo. Vplyv závisí od intenzity symptómov. Je takisto dôležité si uvedomiť, že v prípadoch, keď deti vykazujú podobné symptómy ako rodič, by sa mohlo jednať o indukovanú psychózu (nie o schizofréniu **dieťaťa**). **V prípade indukovanej psychózy sa u dieťaťa po odlúčení od postihnutého rodiča zmiernia symptómy.**

Akustické halucinácie (napr. naliehavé hlasy), paranoidné predstavy (byť otrávený alebo sledovaný napr. tajnými službami) nemusia byť prítomné stále, ale môžu byť pre profesionála – nie psychiatra - istou indikáciou, že sa môže jednať o symptómy schizofrénie. Preto môžu ľudia so schizofréniou reagovať aj bojzhlivo.

Keď sú symptómy postihnutého rodiča vážne, môže si to vyžadovať podstatnú časť pozornosti; konštantná vnímavosť na potreby dieťaťa by mohla byť ohrozená. V takých prípadoch bude dieťa vystavené nepravidelnej starostlivosti, nestabilnému vzťahu, nedostatku potrebnej vývojovej stimulácie. Preto je možné dosť často pozorovať kognitívne vývinové oneskorenie (bez organického vysvetlenia), ktoré je diagnostikované predovšetkým u detí, ktoré navštevujú materskú školu.

12.3 Hlavné stratégie pre podporné systémy

- a. **Compliance** (pripravenosť akceptovať vlastnú mentálnu vulnerabilitu a spolupracovať pri liečbe) vulnerabilného rodiča čo sa týka liečby a komunikácie sa dá chápať ako hlavný faktor v boji proti zdroju záťaže pre dieťa, čo deti ochraňuje najlepšie. Táto skutočnosť je relevantná aj s ohľadom na iné popísané choroby.
- b. **Podpora od iných zdravých dospelých:** Hoci sa symptómy veľmi neprejavujú a rodič môže citovo reagovať, **treba vziať do úvahy opakované a náhle zhoršenie symptómov** kvôli chronickej chorobe. **V takých prípadoch je pre deti dôležitým ochranným faktorom blízkosť ďalšej stabilnej dospeléj osoby, poskytujúcej potrebný pocit istoty.**
- c. **Informácie o mentálnej vulnerabilite rodiča trpiaceho schizofréniou a chápanie dieťaťa.** Majúc na mysli charakteristiku symptómov schizofrénie, jej spôsoby prejavu, je dosť obtiažne vysvetliť dieťaťu, čo sa deje s mamou alebo otcom. Na základe praktickej rady by sa dala nazvať vulnerabilita “chorobou skákajúcich myšlienok” (slová 8 ročnej Ilse) alebo že mama **alebo otec** “žije akoby v zlom filme” (slová 6 ročného Markusa). V tomto prípade nie je podstatné, že toto vysvetlenie nie je “správne” z vedeckého pohľadu. Pre dieťa je dôležité vedieť rozoznať, že to, čo sa prejavuje u mamy a otca, je choroba, nezávisle od jeho správania, od neho. Podrobné informácie sú v module 3.
- d. **Psycho-vzdelávanie** postihnutého rodiča o jeho mentálnej vulnerabilite, možnostiach liečby a následkoch na zdravý psychologický vývoj dieťaťa. Táto skutočnosť je relevantná aj s ohľadom na iné popísané choroby.

13. Deti v kontexte rodičov trpiacich úzkostnými poruchami

Úzkostné poruchy sú vo všeobecnej populácii najbežnejšie a často badať ich vplyv na prežívanie dieťaťa. Približne 18,1 % ľudí tejto vekovej skupiny v danom roku (v Amerike) má úzkostnú poruchu (Kessler et al., 2005).

13.1 Symptomatológia (Didakticky štruktúrovaný prehľad kritérií)

CÍTENIE

- Aspoň 6 mesiacov "excesívneho strachu a obáv" kvôli množstvu udalostí a situácií. Vo všeobecnosti sa pojem "excesívny" dá interpretovať ako niečo viac, než sa očakáva pre danú situáciu alebo udalosť. Väčšina ľudí sa bojí určitých vecí, ale intenzita strachu poväčšine korešponduje so situáciou.
- Pocit stiesnenosti, napätia alebo nepokoja.

MYSLENIE

- Problémy s koncentráciou.

SPRÁVANIE

- Symptómy spôsobujú "klinicky podstatný distress" alebo problémy fungovať v každodennom živote. "Klinicky podstatný" je časť, ktorá sa spolieha na perspektívu poskytovateľa liečby. Niektorí ľudia môžu mať mnohé z hore uvedených symptómov a vysporiadávajú sa s nimi dosť dobre na to, aby udržali vysokú úroveň fungovania.
- Je výrazne problematické kontrolovať strach a obavy. Táto podmienka je splnená, ak má niekto veľké ťažkosti s opätovným nadobudnutím kontroly, relaxovaním alebo vysporiadaním sa so strachom a obavami.

TELESNÉ REAKCIE

- Ľahká unaviteľnosť alebo vyčerpanosť.
- Podráždenosť.
- Výrazné svalové napätie.
- Problémy so spánkom.

Symptómy nie sú súčasťou inej mentálnej poruchy a stav nie je následkom látky alebo liečby.

13.2 Vplyv úzkostnej poruchy rodiča na deti

Rodičovské úzkostné poruchy (v závislosti od vážnosti symptómov) majú veľmi často negatívny vplyv na vzťah a bádateľské správanie detí. Nakoľko rodičia žijú v excesívnom strachu a obavách, nie sú schopní poskytnúť stabilný vzťah a nasleduje nestabilný vzťah

a strach detí (Muris et al, 1996). Následkom je, že rodičia sú nadmerne starostliví a obmedzujú dieťa v jeho bádateľskom správaní. V zmysle konceptu podmienenej bezmocnosti majú deti sklon vzdať sa bádania, nakoľko ich môžu reakcie rodičov vystrašiť. Skrz strach rodiča si dieťa vytvorí obraz sveta plného rizík a hrozieb. Následkom môže byť nedostatok skúseností/zážitkov, schopností a vyhýbanie sa spoločnosti.

13.3 Hlavné pravidlá intervencie

Deti v nestabilnom vzťahu majú vo väčšine prípadov prinajmenšom jedného nestabilného rodiča. Nie je to stanovené biologicky, ale “úzkostným spracovaním informácií o svete a živote”. V prípade detí predškolského veku je podporné zasahovanie najúčinnnejšie, ak sú zapojené obe strany – rodič aj dieťa. Preto sa môže zopár stratégií považovať za úspešné:

- a. Stratégie malých krokov s rodičom dieťaťa mladšieho veku, s množstvom trpezlivosti potrebnej zo strany profesionálov. Pre ľudí trpiacich úzkosťou je najväčším problémom zvládať nové zážitky. Boja sa nových, neznámych situácií. Čím náročnejšia situácia, tým väčší strach začať a skúsiť to. Mohlo by byť jednoduchšie presvedčiť rodičov podrobiť sa novým zážitkom, ak sa ponúknu v malých „dávkach“, pretože riziko by sa mohlo zmenšiť. Profesionáli by mali:
 - podporiť rodiča, aby skúsil zmeny malými krokmi,
 - pochopiť ich neistotu a „nedostatok“ ich spolupráce, predovšetkým na začiatku zasahovania. Pozitívna podpora pre rodiča a dieťa je s každým malým krokom prínosom pre ich sebavedomie.
- b. Informácie pre rodiča o tom, že je dôležité a potrebné, aby ich dieťa objavovalo svet. V súvislosti s kognitívnym prekoncepovaním väčšina rodičov chápe, že sebestačnosť a autonómia sú dva hlavné kroky k dospelosti. Na základe neistoty a úzkosti ako hlavných symptómov úzkostnej poruchy zdržiavajú šancu dieťaťa vyvíjať sa a byť nezávislý: o rok, dva, tri. Preto budú argumentovať, že dieťa bude potom zrelšie alebo schopnejšie pochopiť možné riziká a hrozby (z ich uhla pohľadu).
- c. Vzdelávanie postihnutého rodiča o jeho vulnerabilite, možnostiach liečby a vplyve na psychologický vývoj dieťaťa. Väčšina rodičov je schopná uznať, že ak sa oni sami cítia istí, dieťa bude schopné byť nezávislejšie. Uvedomujú si, že podmienená bezmocnosť a strach o ich vlastný život môže mať významný vplyv na životy detí: napr. v súvislosti so sociálnymi kontaktmi, materskou školou, výkonmi v škole a nezávislosťou vo všeobecnosti.

14. Deti v kontexte poruchy osobnosti

Oblasť poruchy osobnosti zvykne byť pre profesionálov tiež veľkou výzvou, nakoľko termín poruchy osobnosti nie je veľmi známy a hranica medzi tzv. "normálnym" správaním a poruchami osobnosti niekedy zvykne byť slabá. **Existuje všeobecná tendencia k prehnanej diagnostike. Vo všeobecnosti sa príznaky porúch osobnosti môžu chápať ako kontinuálna matrica vlastností osobnosti, ktoré sa prejavujú vysokou stabilitou** čo sa týka času, situácie a **odolnosti voči terapii**. Vo väčšine prípadov sa prvé príznaky porúch osobnosti objavujú retrospektívne, hoci sa dajú určiť už v útlom detstve, je to pravdepodobnejšie v adolescencii. Už bolo spomenuté, že porucha osobnosti, predovšetkým hraničný typ (okrem schizofrénie a bipolárnej poruchy), má kvôli jej emocionálnej nestabilnosti veľmi negatívny vplyv prežívanie dieťaťa. Ešte stále je predmetom diskusie rozsah genetickej vulnerability a faktorov prostredia: hypotetický je podiel environmentálnych faktorov (Boggarts, Luřcz, 1999).

Americká psychiatrická asociácia (APA) definuje poruchy osobnosti ako "pretrvávajúci charakter vnútorných zážitkov a správania, ktoré sa výrazne odchyľujú od očakávaní kultúry jednotlivca, ktorý ich vykazuje" (DSM-IV, 2000).

Tieto modely správania pri poruchách osobnosti sa poväčšine spájajú s vážnymi poruchami v tendenciách správania jednotlivca, zvyčajne zahŕňajú niekoľko stránok osobnosti a takmer vždy sa spájajú so značnou osobnostnou a sociálnou deštrukciou. Okrem toho sú poruchy osobnosti nemenné a prenikajú do mnohých situácií.

Spustenie týchto modelov správania sa dá väčšinou spätne sledovať v neskorom dospievaní a skorej dospelosti, zriedkavo v detstve. Preto je nepravdepodobné, že diagnostikovanie poruchy osobnosti bude primerané pred 16. alebo 17. rokom.

Diagnostikovanie porúch osobnosti môže byť veľmi subjektívne. Nemenné a prenikavé modely správania často spôsobujú vážne osobnostné a sociálne problémy, ako aj všeobecné funkčné zhoršenie. Pevné a pretrvávajúce charaktery pocitov, myslenia a správania sú spôsobené základnými systémami vedomia a tieto systémy sa označujú ako fixné predstavy alebo "dysfunkčné schémy".

DSM-IV uvádza desať porúch osobnosti, zoradených do troch skupín:

Skupina A (zvlášťne alebo excentrické poruchy)

- **Paranoidná porucha osobnosti:** charakterizovaná iracionálnymi podozreniami a nedôverou k iným osobám.
- **Schizoidná porucha osobnosti:** nedostatok záujmu o sociálne vzťahy, nevidenie významu v trávení času s inými osobami, mizantropia, sebaopozorovanie.
- **Schizotypová porucha osobnosti:** charakterizovaná zvláštnym správaním alebo myslením.

Skupina B (dramatické, emocionálne a bludové poruchy)

- **Antisociálna porucha osobnosti:** prenikavá neúcta k zákonom a právam iných.
- **Hraničné poruchy osobnosti:** extrémne "čierno-biele" myslenie, nestabilita vzťahov, sebahodnotenie, identity a správania.
- **Histrionická porucha osobnosti:** prenikavé správanie na upútanie pozornosti vrátane nevhodných sexuálnych návrhov a plytkých alebo prehnaných pocitov.
- **Narcistická porucha osobnosti:** prenikavý vzor veľkoleposti, potreba obdivu a nedostatok empatie.

Skupina C (poruchy úzkosti a bojzlivosti)

- **Vyhýbavá porucha osobnosti:** sociálne prekážky, pocity nevhodnosti, extrémna vulnabilita na negatívne hodnotenie a vyhýbanie sa sociálnym interakciám.
- **Závislá porucha osobnosti:** prenikavá psychologická závislosť na iných osobách.
- **Obsesívno-kompulzívna porucha osobnosti:** charakterizovaná pevným súladom s pravidlami, mravným kódexom a prehnanou disciplinovanosťou.

14.1 Definície poruchy osobnosti (Didakticky štruktúrovaný prehľad kritérií)

Podľa DSM-IV musí diagnostikovanie poruchy osobnosti splniť nasledovné všeobecné kritériá, so zvážením dodatočných špecifických kritérií uvedených pri špecifickej poruche osobnosti.

- a. Pretrvávajúci charakter vnútorných zážitkov a správania sa, ktoré sa výrazne odchyľujú od očakávaní kultúry jednotlivca. Tento vzor sa prejavuje v dvoch (alebo viacerých) z nasledovných oblastí:

1. **MYSLENIE** (vnímanie a interpretácia seba samého, iných a udalostí)

2. **POCITY** (rozsah, intenzita, labilnosť, nestabilnosť a primeranosť emocionálnych reakcií)
3. **SPRÁVANIE** medziľudské fungovanie a kontrola impulzov

- b. Pretrvávajúci charakter je nemenný a preniká do širokých osobných a sociálnych situácií.
- c. Pretrvávajúci charakter vedie ku klinicky podstatnému distresu alebo zhoršeniu sociálneho, pracovného alebo iného významného fungovania.
- d. Model je stabilný a dlhotrvajúci a jeho začiatok sa dá sledovať prinajmenšom v dospievaní a skorej dospelosti.
- e. Pretrvávajúci charakter sa nedá plne vysvetliť ako manifestácia alebo následok inej mentálnej poruchy.
- f. Pretrvávajúci charakter nie je spôsobený priamymi psychologickými následkami látky (napr. zneužitia drogy, liekov) alebo všeobecným zdravotným stavom (napr. poranenie hlavy).

14.2 Vplyv na dieťa v kontexte poruchy osobnosti (predovšetkým u rodičov s hraničnými poruchami osobnosti)

Vplyv porúch osobnosti na deti závisí do veľkej miery od typu poruchy (ako je popísané vyššie). Avšak vo všeobecnosti sa vzťahuje na pevný charakter osobnostných problémov a situácií. Riziká pre dieťa preto budú od útleho detstva závisieť na type poruchy osobnosti.

V prípade hraničnej poruchy môže dieťa často zažívať zmenu partnerov, práce, bývania, explozívne, nečakané emocionálne reakcie – od netolerancie až po tresty alebo zneužitie. Vzťah, ako aj emocionálna orientácia dieťaťa môžu byť veľmi nestabilné. Niekedy rodičia „zabudnú“ na skutočný vek dieťaťa a „kladú“ všetky svoje „dospelé“ problémy na svoje dieťa, robia z neho priateľa a partnera. Drogová závislosť alebo problémy so zákonom sú súčasťou symptómov niektorých porúch osobnosti. Stabilné vzťahy, pocit istoty, bezpečnosti a vnímané rodičovstvo preto budú často ohrozené. Deti budú mať často pocit, že žijú v neistom nepriateľskom svete. Môže sa stať, že budú „nútené“ veľmi skoro prebrať zodpovednosť za svoje potreby, stať sa nezávislými. Nezávislosť, ktorá je neprimeraná ich mladému veku. Avšak vzťah k ich rodičovi by mohol byť veľmi pevný, nakoľko rodič môže byť na dlhú dobu jedinou – hoci veľmi nestabilnou – dostupnou osobou.

14.3 Hlavné stratégie podpory pre deti

- a. Byť v kontakte s osobami s poruchou osobnosti je pre profesionálov veľkou výzvou. Vytvorenie spolupráce a kontaktu je kontinuálnou investíciou profesionálov, ktorá si vyžaduje vysokú toleranciu frustrácie a jasné ciele a stratégie. **Väčšina rodičov nepreukáže v tomto kontexte spoluprácu a neakceptuje informácie, že ich osobnosť je pre dieťa rizikom. S ohľadom na to ich emocionálna nestabilita do veľkej miery**

„oslabuje“ dlhodobé stratégie. Pozornosť profesionála sa musí v prvom rade sústrediť na istotu a bezpečnosť dieťaťa a uspokojenie jeho potrieb.

- b. Je však známe, že pomoc a profesionálne štruktúry sú očividne vždy jeden krok za týmito rodinami. Preto je potrebné, ak je to možné, poskytnúť stabilitu vzťahu rodičom samotným. **Vyžaduje si to však veľa trpezlivosti so „stratégiou malých krokov“ – vybudovanie dôvery ako zo strany rodičov, tak aj podporných systémov.**
- c. Je potrebné vykonať detailnú analýzu stálych možností v systéme, aby sa dalo stanoviť, či sú vonkajšie štruktúry ako starí rodičia alebo materská škola schopné poskytnúť dieťaťu komplementárne pohľady na svet.
- d. Začlenenie zdravých dospelých do každodenných štruktúr dieťaťa sa považuje za dôležitý preventívny faktor (ako u všetkých iných chorôb).

15. Deti v kontexte závislosti a zneužívania návykových látok

15.1 Symptomatológia

DSM-IV definuje závislosť na látke ako "keď jednotlivec trvalo užíva alkohol alebo iné drogy napriek problémom spojeným s užívaním tejto látky, je možné diagnostikovať závislosť na látke." Nasledovne s kritériami pre diagnózu DSM-IV definuje zneužívanie návykových látok ako

Zle sa adaptujúci model užívania látky, ktorý vedie ku klinicky podstatnému zhoršeniu alebo distresu, ako je opísané v jednom (alebo viacerých) z nasledujúcich symptómov, ktoré sa objavujú v priebehu 12 mesiacov:

SPRÁVANIE

- Pravidelné užívanie látky vedúce k zlyhaniu v plnení hlavných povinností v práci, škole alebo doma (napr. opakovaná absencia alebo slabé výkony v práci v súvislosti s požívaním látky; absencie v spojení s látkou, suspendovanie alebo vylúčenie zo školy; zanedbávanie detí alebo domácnosti).
- Pravidelné užívanie látky v situáciách, kedy je to fyzicky riskantné (napr. riadenie automobilu alebo práca s prístrojom pod vplyvom látky).
- Pravidelné právne problémy v spojení s látkou (napr. zatknutia za výtržníctvo v spojení s látkou).
- Kontinuálne užívanie látky napriek trvalým alebo pravidelným sociálnym alebo medziľudským problémom spôsobeným alebo obnoveným vplyvom látky (napr. hádky s manželom/-kou o následkoch intoxikácie/opilstva, fyzické hádky).

15.2 Vplyv rodičovského zneužívania návykových látok na dieťaťa

Okrem porúch osobnosti sa môže zneužívanie látky považovať za hlavný rizikový faktor pre vývoj a uspokojenie potrieb malých detí.

Niekoľko prevalentných hodnôt (<http://www.oas.samhsa.gov/2k7/state/2k7State.pdf>)

- V 2006 – 2007, 8,1 % populácie USA vo veku 12 alebo viac požilo za posledný mesiac nelegálnu drogu
- (USA) V 2006 - 2007 sa celonárodne takmer štvrtina (23,2 %) všetkých osôb vo veku 12 alebo viac zúčastnila za posledný mesiac na večierku s požitím alkoholu.
- Tabak je popri alkohole druhou najbežnejšie požívanou látkou v USA. V roku 2006 – 2007 požilo celonárodne tabak za posledný mesiac 29,1% osôb vo veku 12 alebo viac.
- V 2006 - 2007 bolo celonárodne klasifikovaných 7,6 % populácie vo veku 12 alebo viac ako závislých na alkohole alebo zneužívajúcich alkohol za posledný rok.

Deti žijúce v kontexte zneužívania alkoholu alebo drog zo strany rodičov môžu zažiť, ako opití rodičia ležia na zemi, nie sú schopní sa správne vyjadrovať, môžu zažiť zvady a vysokú mieru aktivácie počas prejavov abstinencie, **rodičia na nich môžu jednoducho zabudnúť, nechať ich doma sami cez noc.** Môžu ich dať inému kamarátovi alebo susedovi, ak si potrebujú dať ďalšiu dávku. **V ich živote je prioritou potreba zabezpečiť si ďalšiu „dávku“, a preto rodičia nemusia byť k dispozícii**

- fyzicky,
- v spojitosti so starostlivým správaním,
- alebo v spojitosti s rodičovskou zodpovednosťou.

Okrem genetických a somatických indikácií ako napr. fetálny alkoholový syndróm alebo post-natálne postihnutie dieťaťa v kontexte zneužívania látky poukazuje závislosť na to, že vzťah je často kvôli nej dezorganizovaný.

Kvôli často sa striedajúcim osobám a nedostatku kontinuálnej stimulácie deti vykazujú deficit v každodennej rutine a schopnostiach. Na druhej strane je rodičovstvo ambivalentné a deti rýchlo zistia, že potreby nie sú uspokojované okamžite a kvôli ambivalentnej dostupnosti vzťahovej osoby môže existovať riziko, že tieto potreby nebudú uspokojené. **Veľmi skoro sa naučia vziať zodpovednosť do vlastných rúk, ako mnohé iné deti v kontexte mentálne vulnerabilných rodičov.**

Problémy s postavením a sociálnymi úlohami v neskoršom živote nie sú spôsobené “biologicky”, ale sú následkom tejto životnej skúsenosti. Nezamestnanosť, chudoba a fyzická agresia predstavujú najväčšie hrozby pre dieťa s ohľadom na jeho bezpečnosť. V západnej spoločnosti sa evidentne ešte stále podceňuje vplyv alkoholizmu na deti. Na druhej strane riziko recidívy sa hodnotí ako veľmi vysoké. Počas liečby, hoci sa vyskytnú recidívy, rodičia hovoria, že ich deti sú jediným faktorom, ktorý im bráni v pití alebo dokonca samovraždy pri zneužívaní drog. Preto by malo byť z perspektívy podporného systému jasne formulované, že by deti v tomto kontexte nikdy nemali byť používané ako liečebná metóda pre rodiča.

15.3 Hlavné stratégie podpory pre deti

- a. Vytvoriť minimálne bezpečnú základňu, ktorá zaručí bezpečnosť a uspokojí potreby detí.
- b. Zaručiť prítomnosť stabilných zdravých osôb, s ktorými sa dieťa môže rozprávať o svojich starostiach, naučiť sa zdravé stratégie, ktoré zvýšia detskú odvahu a sebestačnosť a spôsobia, že dieťa dokáže vo väčšej miere predvídať správanie podporujúcej osoby.
- c. Dočasná pestúnska starostlivosť môže byť potrebná, ak sú ohrozené základné potreby detí (potreby v zmysle výživy, denných štruktúr a rutiny).
- d. Zadať jasné hranice (dôležité aj v iných kontextoch mentálnej vulnerability/choroby).

16. Záverečné komentáre

„Mentálna vulnerabilita“ a „mentálna choroba“ sú stále predmetom diskusie. V našich moduloch sme sa rozhodli používať oba termíny -

- “vulnerabilita” – môže znížiť stigmatáciu,
- “mentálna choroba” – je známa a pre deti predstavuje pochopiteľné biologické modely vysvetlenia.

Deti s mentálne vulnerabilnými rodičmi často tvrdia, že “ich rodičia ostanú ich rodičmi”. Ako sme uviedli vyššie, “mentálna vulnerabilita” alebo “mentálna choroba” vo všeobecnosti nesúvisia s nedostatočnou motiváciou rodičov, aby boli „dost’ dobrými“ rodičmi. Okrem podporných stratégií pre deti treba zohľadniť rodičovské stanovisko v zmysle

- zvýšenia rodičovskej vnímavosti,
- vytvorenia dobrej základnej spolupráce,
- komunikácie úctivým spôsobom a

- určenia jasných hraníc.

Treba však zdôrazniť, že väčšina profesionálov zo sociálnej a výchovnej oblasti sa nestane a ani by sa nemala stať "terapeutmi" pre rodičov. Profesionáli môžu pri práci s mentálne vulnerabilnými/chorými rodičmi tiež dojsť na svoje „hranice“. Bude potrebná spolupráca s profesionálmi – zdravotníkmi.

Vo väčšine prípadov dokážu podpora a intervencie zaručiť bezpečnosť a istotu pre dieťa, predvídateľnosť a vzťah, dennú starostlivosť a informácie primerané vývoju, primeranú socializáciu v rámci sociálne akceptovaných noriem a pravidiel a smiech. Avšak u dieťaťa, ktoré žije v kontexte mentálne vulnerabilného/chorého rodiča/-ov, môžu byť v živote momenty, kedy môže byť jeho bezpečnosť ohrozená. **Systém (zdravý partner, starí rodičia, susedia, priatelia alebo štruktúry sociálnej starostlivosti) musí vždy pamätať na to, že je niekedy potrebné pohotovo reagovať, aby sa zaručil blahobyť dieťaťa.** Preto je dostupnosť stabilnej vzťahovej osoby kľúčová.

Je potrebné poskytnúť porozumenie adekvátne pre dieťa a jasné informácie, že ak sa rodičia necítia dobre, existuje prevažne biologicky vysvetliteľný základ pre jednotlivé črty ich správania. Toto správanie nemá nič spoločné s dieťaťom, ale s tým, že aj rodičia sú zodpovední za ich blaho a niekedy nutnú liečbu. **Dieťa v kontexte mentálnej vulnerability/choroby rodičov teda má šancu stať sa silným a rezilientným.**

Referencie

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition Text Revision
- Antonovsky, A. (1987): Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco
- Boggarts, B., Lußcz, H. (1999). Hirnbiologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen – Was ist therapeutisch machbar? Psychiatrische Praxis, 26, 7-11
- Chaudron, L.H., Kitzman, H, Szilagyi, P, Sidora-Arcoleo K., Anson, E (2006). Changes in Maternal Depressive Symptoms Across the Postpartum Year at Well Child Care Visits *Ambulatory Pediatrics*, 6, 4, 221-224

- Field, T., Estroff, D.B., Yando, R., del Valle, C., Malphurs., J., Hart, s. (1996). „Depressed“ mothers' perception of infant vulnerability are related to later development. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O, Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62.6, 617-27.
- Laucht, M. (2009) Die Mannheimer Längsschnittstudie. Was wir von Mannheimer Risikokindern lernen können. Vortrag am 16. Kölner Kinderpsychiatrie Kolleg. Köln, 16.-17.5.2009
- Lieberman, P. (2007). Recovery from Schizophrenia. Retrieved 8.1.2010
http://www.jhsph.edu/bin/s/w/Libermen_Recovery_from_Schizophrenia_Nov_2007.pdf
- Lieberman, P, (2008) Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing
- Marsh D. T., Dickens R.M 1997): Troubled journey. Putnam Pinguin, o. O.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: F. Mattejat, B. Lisofsky (Eds.), ...nicht von schlechten Eltern, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 66-78
- Milgrom, J., Westley, D.T., McCloud, P.I. (1996): Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 31, 218-221
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Meesters, C. (1996): Parental modelling and fearfulness in middle childhood. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 263-267
- Perälä, J. et al. (2007) Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population *Arch Gen Psychiatry*;64,1,19-28.
- Pretis, M., Dimova, A. (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern
- Soltanus, T (2009). Effective Child and Family Programme. Paper presented at the EUFAMI Conference, 26-27.11.2009, Vilnius
- Wagenblass, S. (2001): Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 513-524
- WHO (2008) http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf

WHO (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F).
Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis

Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability—A new view of schizophrenia. Journal of
Abnormal Psychology, 86, 2, 103-124

[http://www.eufami.org/index.php?option=com_content&task=view&id=814&Itemid=223?lan
guage=](http://www.eufami.org/index.php?option=com_content&task=view&id=814&Itemid=223?language=)

[http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/16parentalmentalillne
ss.aspx](http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/16parentalmentalillness/ss.aspx)

[http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/
susiesstory.aspx](http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiesstory.aspx)