
Metodický text

Podpora duševního zdraví a prevence
duševních nemocí ve vztahovém kontextu

Daniela Zmeškalová



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání





Podpora duševního zdraví a prevence duševních nemocí ve vztahovém kontextu

Úvod

Celoživotní prevalence duševních poruch se v dřívějších studiích uvádí kolem 47 %, přičemž polovina všech duševních poruch začíná před 14. rokem věku (Kessler et al, 2005). V posledních letech se v České republice výrazně zvýšila roční prevalence jakékoliv duševní poruchy z 20 % na 30 % v porovnání s předcovidovou dobou (Winkler, 2021). Propuknutí většiny duševních poruch nastane až při propojení genetické dispozice a nepříznivých vlivů zevního prostředí. Těmto potížím obvykle předchází nespecifické psychosociální poruchy. Znalost protektivních a rizikových faktorů umožňuje snížit riziko rozvoje duševní poruchy nebo zmírnit závažnost či dopady.

Vlastní text

Osnova

- Úvod o prevenci duševních nemocí, o úloze školy, potřebách, regulaci rozumem, vztahem, senzomotorikou
- Prevence u učitele – psychohygiena
- Obecné možnosti podpory zajišťování potřeb (PBISS)
- Vybrané duševní poruchy v dětství
 1. Poruchy vyvolané požíváním návykových látek
 2. Schizofrenie a psychotické poruchy
 3. Afektivní poruchy (bipolární afektivní porucha, deprese)
 4. Úzkostné poruchy
 5. Poruchy příjmu potravy
 6. Poruchy autistického spektra
 7. ADHD
 8. Poruchy chování

Děti tráví podstatnou část dne ve škole – škola tedy hraje významnou úlohu v jejich duševním vývoji. Současně může školní prostředí a zátěž spojená s akademickými i sociálními požadavky vytvářet značný stres. Úlohou školy je podpořit duševní zdraví dětí, přičemž prioritami je naplňování potřeb dětí zejména v oblasti biologické, sociální a psychické.

V oblasti biologické se jedná o zajištění podnětného prostředí, estetického a bezpečného prostředí, podporu zdravého životního stylu, přiměřené životosprávy. V oblasti naplňování sociálních potřeb je v popředí zajištění bezpečného klimatu, systematické péče o kvalitu vztahů mezi dětmi i učiteli založených na vzájemné úctě a důvěře a podpora partnerských vztahů s rodiči i komunitou. Naplňování psychických potřeb se opírá o zajištění pocitu bezpečí, podporu sebedůvěry, odolnosti a integrity osobnosti, také sem řadíme péči o pozitivní emoce,



důraz na osobní pokroky a motivaci k učení. Jednotlivé oblasti se v praxi vzájemně prolínají a stejně tak i dopady přijímaných opatření.

Česká školní inspekce vydala odborný materiál k problematice zvládání náročných žáků – „Přístupy k náročnému chování dětí a žáků ve školách a školských zařízeních a možnosti jeho řešení“. V tomto metodickém doporučení doporučuje současně ve škole systematicky zavádět i výzkumně ověřené intervence zaměřené na podporu wellbeingu a duševního zdraví dětí i pedagogů, např. PBISS (Positive Behavior Intervention and Support) (Myšková et al, 2021).

Regulace rozumem, vztahem, senzomotoricky

Dítě v případě nenaplnění potřeb zažívá stres, který se odráží v jeho chování. Při aktivaci stresové reakce (která není vůlí ovlivnitelná), je zásadním způsobem omezená schopnost usměrňovat vlastní chování nebo se optimálně účastnit vzdělávacího procesu a vstřebávat nové informace. Děti se v průběhu života učí přizpůsobovat situaci pomocí seberegulace. Se schopností seberegulace se nerodíme, tu se učíme prostřednictvím vztahu s pečující osobou, která reaguje adekvátně na naše potřeby (má k nám láskyplný, pečující vztah). Náš mozek je pak podle míry aktivace stresové reakce schopen využívat několik způsobů regulace pomocí mozkové kůry, limbického systému a mozkového kmene. **Regulace rozumem** prostřednictvím zapojení mozkové kůry umožňuje potlačit podněty přicházející z limbického systému a mozkového kmene – využívá pokyny obsahující zdůvodnění, pronesené klidným hlasem („*přestaň cvakat propiskou, ruší to spolužáky*“). Jedná se o nejnáročnější způsob regulace, který se při stresové reakci zablokuje jako první, a tedy funguje u dětí pouze ve stavu klidu, případně ostražitosti, při intenzivnější reakci už tedy dětem ke zklidnění nepomáhá usměrnění pomocí argumentů a požadavků. **Regulace vztahem** působí na limbický systém, díky zrcadlení emocí druhého člověka, se kterým se cítíme v bezpečí. Nejdůležitější je neverbální komunikace (přátelský výraz ve tváři spouští uvolnění hormonů, které zmírňují stres a úzkost). Ke zklidnění dítěte potřebujeme být nejprve sami klidní, dávat si pozor na řeč našeho těla, můžeme nabídnout podporu a vyjadřujeme důvěru ve schopnosti dítěte („*věřím, že to zvládneš, když budeš s něčím potřebovat pomoc, dej mi vědět a rád ti pomůžu*“), případně doplnit vhodným dotykem, např. pohlazením po rameni. Regulace vztahem pomáhá ke zklidnění ve stavu ostražitosti, znepokojení a u většiny dětí může částečně fungovat i ve stavu strachu. Dítě ve stavech extrémního strachu a zděšení již na regulaci vztahem nereaguje, nejlepší volbou je **senzomotorická regulace**. Regulace pohybem, dechová cvičení a stimulace smyslových receptorů kůže či jazyka působí na mozkový kmen. V praxi se jedná o zajištění dostatečného pohybu a manipulace s antistresovými pomůckami (masážní a mačkácké míčky různé tvrdosti, plastelína, kinetický písek), pro některé děti stimulace v oblasti úst (pomocí kousacích přívěsků nebo násadek na psací potřeby, nápojová láhev s brčkem), čichové podněty (aromaterapeutické tyčinky). Vytvoření relaxačního místa ve školní třídě s možností využití pomůcek k senzomotorické regulaci pomáhá dětem v seberegulaci a naplňuje jejich základní potřebu bezpečí. (Konkrétní tipy včetně ukázek zpracoval ČOSIV -<https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2020/06/Relaxacni-misto-ve-tride.pdf>)

Pravidelné využívání relaxačního místa je užitečné pro všechny děti, ale zejména pro děti, které citlivěji reagují na stres a díky tomu se snadněji dostávají do stavu vyčerpání, frustrace nebo zvýšené aktivity, což se projevuje únikem nebo agresivitou (např. děti úzkostné, děti s traumatickou zkušeností, ADHD, poruchou autistického spektra).



Všechny tři formy regulace využíváme v interakci s dětmi průběžně – preventivně, abychom u nich předcházeli větší míře rozrušení spojené s náročným chováním. Je žádoucí, aby škola byla místem, kde dochází k naplňování základních potřeb dětí a systematicky se rozvíjí sociální a emoční kompetence, které jsou klíčové pro vytváření zdravých mezilidských vztahů. Přibližně 3-4 děti v každé třídě v průběhu školní docházky potřebují odbornou pomoc, cestou rodinných nebo individuálních terapií, krizových intervencí, ev. pedopsychiatrickou péči. Škola, resp. sociální faktory mohou působit jako ochrana před rozvojem genetických predispozic k určitým typům duševních nemocí (např. depresi). A naopak, chronický stres zažívaný ve školním prostředí může působit jako spouštěč duševního onemocnění.

Definice nespecifické a specifické primární prevence

Definování nespecifické a specifické primární prevence vychází z materiálů *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (2010)*:

Základním principem primární prevence rizikového chování u žáků je výchova k předcházení a minimalizaci rizikových projevů chování, ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládání zátěžových situací osobnosti.

- a) Nespecifická primární prevence zahrnuje veškeré aktivity podporující zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizace volného času, tj. zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání.
- b) Specifická primární prevence – aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků. Jedná se o všeobecnou, selektivní a indikovanou prevenci.

Všeobecná prevence je zaměřena na širší populaci, aniž by byl dříve zjišťován rozsah problému nebo rizika. Selektivní prevence se zaměřuje na žáky, u nichž lze předpokládat zvýšený výskyt rizikového chování. Indikovaná prevence je zaměřena na jednotlivce a skupiny, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů v oblasti chování, problematických vztahů v rodině, ve škole nebo s vrstevníky.

Náročnost pedagogické profese a podpora duševního zdraví učitelů (dle Myšková et al, 2021)

V posledních letech se často hovoří o vyhoření pracovníků ve školství a o způsobech, jak mu předcházet. Škola patří mezi pracoviště s vysokou mírou institucionálního stresu. Pracovníci ve školství jsou každodenně vystaveni velkému časovému tlaku, vysoké míře hluku a nedostatku soukromí. Psychicky vyrovnaný a odpočatý vyučující dokáže stresující faktory ve škole zvládat lépe než jeho přetížený kolega. Proto by vedení školy mělo mít systémově nastavenou péči o duševní zdraví pedagogického sboru. Učitel, který se cítí být v náročné situaci sám a jehož vlastní psychická pohoda je ohrožena, neposkytne dítěti podporu, kterou potřebuje, a zároveň se v budoucnu může situacím, v nichž by měl problémy s chováním dětí řešit, záměrně vyhýbat. Opatření zaměřená na prevenci náročného chování žáků by proto měla zahrnovat i opatření podporující **duševní zdraví učitelů**. Ta by měla obsahovat podporu zaměřenou na porozumění vlastním emocím a reakcím spojeným s chováním dětí, poznání účinných způsobů seberegulace a psychohygienu. Opatření (např. pravidelná individuální či skupinová podpora a vzdělávání



poskytované školním psychologem, externím psychologem či psychoterapeutem) by měla být dostupná všem pedagogickým pracovníkům školy včetně asistentů pedagoga. Pro vedení školy by mělo být financování vzdělávání a dalších forem podpory v této oblasti prioritou, protože má zásadní pozitivní dopad na duševní zdraví učitelů i celkovou kvalitu školou poskytovaného vzdělávání.

Obecné principy zajišťování potřeb dítěte ve škole (dle Myšková et al, 2021)

Základní pilíře využití komplexního přístupu PBIS uplatňovaného na 1. úrovni podpory ve třídě spočívají v úpravě prostředí, stanovení „třídní matice chování“, proaktivní podpoře žádoucího chování, využívání účinných reakcí na nevhodné chování, umožnění dostatečné angažovanosti žáků ve výuce a uplatňování pravidel aktivního dohledu při samostatných činnostech.

1. Úprava prostředí školy

- Lavice ve třídě odpovídají stylu výuky a umožňují snadný pohyb učitele a všech dětí.
- Materiály, pomůcky, výtvarné potřeby jsou přehledně označené a snadno dostupné všem žákům.
- Ve třídě jsou vyhrazená místa k určitým činnostem i k odpočinku.
- Všechny děti musí dobře vidět na pedagoga a být vidět pedagogem.
- Vystavené vizuální pomůcky a materiály (plakáty, obrázky, přehledy) jsou využitelné v souvislosti s aktuálním učivem (nejsou určené k výzdobě, ale k využívání ve výuce – obzvláště ty umístěné v okolí tabule).

2. Stanovení a využívání „třídní matice“ chování

- Využíváme celoškolně jednotná očekávání a jejich specifickou aplikaci při obvyklých rutinních činnostech (skupinová práce, začátek hodiny, přestávky, používání materiálů a vybavení tříd, domácí úkoly...).
- Matici je možné doplnit o třídní pravidla (pokud možno celoškolně jednotná), která slouží jako ukázka, jak se jednotlivá očekávání projevují v prostředí třídy.
- Jednotnost v přístupu k chování poskytuje žákům pocit jistoty a snižuje problémové chování pramenící z neznalosti pravidel a nejistoty.
- Třídní pravidla a rutinní postupy děti cíleně a prakticky učíme, v průběhu roku je pravidelně opakujeme a při hodinách připomínáme (neverbálně či heslovitě nebo cíleně před předpokládanými problémovějšími aktivitami) a jejich dodržování děti oceňujeme (konkretizovaná pochvala, bodový systém apod.).

3. Proaktivní podpora žádoucího chování

- Očekávání a jejich aplikace (chování) ve třídě jsou plánovaně vyučována a upevňována.
- Žádoucí chování preventivně podněcujeme pomocí připomínání celoškolních očekávání a jejich třídní aplikace například před skupinovými činnostmi či změnami činností.
- Pravidelně upozorňujeme na projevy žádoucího chování pomocí konkretizované pochvaly odkazující na konkrétní splněné očekávání dítětem nebo skupinou („*Hani, výborně; je vidět, že posloucháš toho, kdo mluví – to je projev respektu.*“).
- Chování můžeme dále podpořit například systémem odměn nebo skupinovými hrami.

4. Soubor účinných reakcí na nevhodné chování

- Pedagog volí vhodný postup z předem připraveného souboru reakcí na nevhodné chování podle intenzity situace.
- Soubor účinných strategií reakce na nevhodné chování vytváří tým několika pedagogů ve spolupráci s vedením, odborníky a pedagogickým sborem.



- Mezi účinné reakce na nevhodné chování lze při dodržení specifík daných postupů řadit: plánované nevšímání, fyzické přiblížení, přímý oční kontakt, neverbální signál, pochvalu projevů žádoucího chování u jiného dítěte, verbální připomenutí žádoucího chování, pochvalu projevů přibližujících se žádoucímu chování, praktickou demonstraci žádoucího chování pedagogem, specifickou korekci chyby (vztahující se k očekáváním), podporu regulace rozrušení dítěte, poskytnutí výběru alternativních provedení problematické činnosti (vedoucích ke stejnému výsledku), konference s dětmi, řešení konfliktu pomocí poradního (restorativního) kruhu dětí.
- Při intenzivnějších nebo opakovaných projevech nežádoucího chování by měl pedagog dítě doporučit pro zařazení do vyšší úrovně podpory.

5. Dostatečné zapojení dětí do výuky

- Využít simultánní zapojení dětí pomocí skupinových odpovědí.
- Plán výuky by měl obsahovat konkrétní prvky podpory zapojení všech žáků. Například před získáním odpovědi na otázku pedagog vyčká 5 sekund (aby si odpověď mohly připravit i děti s pomalejším osobním tempem), místo vyvolání jednoho dítěte mohou děti diskutovat odpovědi ve dvojici nebo všechny děti zapíšou svou odpověď na tabulku a ukážou ji na pokyn vyučujícímu; pedagog sám prezentuje vzdělávací obsah pouze 40–50 % výukového času, zbytek času nechává pro aktivitu žáků; nácvik dovedností probíhá prakticky a na několika stanovištích, aby se každé dítě dostalo na řadu...

6. Aktivní dohled

- Učitel vykonávající dohled nad skupinou dětí zaujme takovou pozici (např. v rohu místnosti), aby měl možnost vidět, co se děje v celé místnosti.
- Při samostatné práci dětí se učitel pohybuje v celém prostoru třídy (zároveň pohledem monitoruje zbytek třídy), dává okamžitou zpětnou vazbu jednotlivcům i skupinám k jejich práci a oceňuje jejich pokrok.
- Aktivní dohled podporuje budování vztahů díky vytváření příležitostí k interakcím mezi učitelem a dětmi (neformální rozhovor, projevení zájmu o žákovy mimoškolní aktivity apod.). Více informací o vhodných postupech podpory očekávaného chování dětí ve škole a PBIS naleznete zde: www.pbiscr.cz nebo na <https://www.podporainkluze.cz/material/pbis-podpora-pozitivniho-chovani-deti-a-zaku/>

Významným prvkem na úrovni 1 (prevence) je péče o vztahy mezi všemi pracovníky školy, dětmi a rodinami směřující k naplnění především potřeb přijetí a emočního bezpečí žáků. Podpora vytváření respektujících vztahů by měla být nedílnou součástí pedagogického působení každého učitele. U dětí s náročným chováním většinou platí, že jsou vůči nim uplatňovány spíše reaktivní než proaktivní postupy, jelikož v důsledku výše popsanych důvodů samy reagují pro pedagogy méně předvídatelným a často intenzivnějším způsobem. Mají-li se tyto děti naučit respektujícímu chování k ostatním, potřebují ve svém okolí vzory dospělých osob, které se k nim kontinuálně chovají s úctou, empaticky a odpovědně k jejich potřebám, a to i přesto, že jejich chování vnímají jako náročné. Ve vztahu k očekávanému chování je jeho modelace pedagogy v interakci s dětmi klíčová. Vedení školy by mělo mít strategii pro podporu emočně pozitivního školního klimatu (např. v rámci minimálního preventivního programu školy) a opatření uplatňovat systémově, nikoliv až v případě, že se ve škole vyskytne šikana v třídním kolektivu nebo konflikt mezi pracovníky. Strategie by měla být systematicky vyhodnocována. K rozvoji přijímajících a empatických vztahů mezi dětmi napomáhá systematicky uplatňovaná osobnostně-sociální výchova ideálně již od předškolního věku. K



tomuto účelu je vhodné vyčlenit pravidelný čas, kdy se učitelé společně s dětmi aktivitám osobnostně-sociální výchovy věnují. Učitelé by zároveň měli umět využít i negativního emočního prostředí k učení dětí zdravému vyrovnání se s negativními emocemi, tzv. v případě výskytu negativních emocí u některého z dětí modelovat bezpečný způsob jejich ventilace. V podpoře duševního zdraví dětí je klíčový vztah pedagog–dítě. Díky přijímajícím a empatickým vztahům s učitelem a celkově emočně pozitivnímu klimatu ve škole mohou rozvíjet své sociální dovednosti i děti vývojově traumatizované. Pokud dítě pocituje důvěru a blízkost směrem k učiteli a spolužákům, otevírá se mu prostor pro učení. Naopak dítě, které se bojí, se učit nedokáže. Emoce a učení jsou spojené nádoby. Pozitivní emoční prostředí a dobrý pocit ze sebe sama otevírá příležitosti pro další učení u všech dětí; u dětí trpících duševními problémy je to však základní podmínka jejich možného školního úspěchu. Dobré vztahy jsou také nejlepší prevencí vyhoření u pedagogických pracovníků. Podpora sebeúcty a sebevědomí dětí by měla být pro každého pedagogického pracovníka samozřejmostí. Zde hrají důležitou roli očekávání pedagogů k jednotlivým dětem. Nízká důvěra učitele ve schopnosti dítěte vede ke zhoršení jeho vzdělávacích výsledků a rozvoji náročného chování. Stejný efekt má i převažující negativní zpětná vazba na vzdělávací výsledky nebo chování dítěte. Pakliže některý z pedagogů vykazuje vysokou míru negativní zpětné vazby směrem k dětem a dává jim najevo nízká očekávání, vedení školy by mělo situaci bezodkladně řešit, protože takové jednání ztěžuje pedagogickou práci všem dalším vyučujícím, kteří s danou třídou pracují.

Zvyšování povědomí o tématu a vhodných způsobech řešení v rámci programů primární prevence a v rámci výuky: V základní škole je třeba problematiku zahrnout do aktivit primární prevence rizikového chování a do vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, případně do sexuální výchovy. Problematiku lze otevírat také v rámci třídnických hodin. Je třeba děti informovat o projevech a účinných způsobech řešení obtížné situace – jak se má dítě zachovat, pokud je týrané, zneužívané či zanedbávané, a jak se má zachovat, když se dozví, že se něco takového děje jinému dítěti. Děti informujeme o tom, že jim nikdo nesmí ubližovat, a také o všech právech, která mají v souladu s Úmluvou o právech dítěte. Děti učíme, kde jsou hranice, které by neměl překračovat ani rodič, a na koho se obrátit, když jim někdo začne ubližovat nebo pokud mají pochybnosti o chování dospělých k němu samému či jinému dítěti. Škola může na uvedenou problematiku přizvat odborníky z organizací zaměřujících se na toto téma nebo objednat prověřený program primární prevence.

Duševní nemoci a psychické poruchy nejsou záležitostí pouze dospělých, jejich rozvoj začíná zpravidla velmi časně, polovina všech duševních poruch se objeví před 14. rokem věku a tři čtvrtiny před 24. rokem věku (Kessler et al, 2005). Dá se říci, že v každé školní třídě jsou zhruba tři až čtyři děti, které jsou ve vážném riziku rozvoje duševního onemocnění. Pedagog by měl věnovat pozornost následujícím projevům, které by mohly riziko rozvoje duševní poruchy naznačovat:

- Obtíže ve vykonávání každodenních běžných aktivit
- Obtíže v porozumění instrukcím
- Obtíže v sociálních interakcích
- Snížená schopnost vyrovnávat se se změnou
- Obtíže nebo zvláštnosti v komunikaci
- Restriktivní nebo repetitivní (opakující se) vzorce v chování, v zájmech, v aktivitách



- Nadměrný strach, úzkost nebo vyhýbavost vůči specifickým situacím nebo objektům (např. vůči odloučení od rodičů, vůči určitým sociálním situacím, konkrétním zvířatům včetně hmyzu, výškám, uzavřeným prostorům, aj.)
- Změny ve spánkovém režimu
- Náhlý nevysvětlitelný pokles zájmu o dosud se zájmem vykonávané aktivity
- Opoziční nebo pozornost vyžadující chování
- Nadměrná aktivita (výrazný problém zůstat v klidu, např. nadměrné běhání dokola, nadměrné mluvení nebo psychomotorický neklid)
- Nadměrná nepozornost
- Nadměrná impulzivita
- Opakované a kontinuální vyrušování ostatních (v hovoru, činnostech)
- Náhlé změny v chování k vrstevníkům včetně stažení se do sebe nebo vzteku
- Opakovaně se vyskytující nevysvětlitelné fyzické symptomy (bolest hlavy, břicha, nevolnost)
- Extrémní stydlivost
- Časté změny nálad bez zjevné příčiny
- Časté výbuchy vzteku
- Opakované vzdorovité chování
- Rozvratné chování ve třídě
- Chování porušující stanovená pravidla nebo normy
- Fyzická agrese
- Neochota nebo přímé odmítání chodit do školy
- Jinak nevysvětlitelná nízká výkonnost ve škole
- Izolace od ostatních
- Extrémní beznaděj a zoufalství
- Přítomnost myšlenek, plánů nebo činů sebepoškozování/sebevraždy nebo jejich výskyt v minulosti dítěte

Čím dříve se potíže začnou řešit, tím je vyšší pravděpodobnost úspěšného zvládnutí. Při pozdním záchytu zpravidla daná problematika narušuje fungování v běžném životě a neznáma se přidružuje další duševní nemoc.

Duševní poruchy v dětství

Diagnostika a léčba psychických poruch u dětí a dospívajících je v gesci dětského a dorostového psychiatra, přičemž se opírá především o spolupráci s rodinou dítěte a školou (pedagogy, školními psychology, asistenty pedagoga, vychovatele), dále pak s dalšími odbornými pracovníky (dětským psychologem, sociálními pracovníky, pediatra).

Blíže se budeme věnovat jednotlivým kategoriím duševních poruch a poruch chování.

1 Poruchy vyvolané požíváním návykových látek (dle MKN-10 kategorie F10-F19)

Kategorie F10-F19 je rozdělena dle konkrétní skupiny návykových látek na duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, stimulantů včetně kofeinu, halucinogenů, tabáku, organických rozpouštědel a jiných psychoaktivních látek. Poruchy se dělí na akutní intoxikaci, škodlivé užívání, syndrom



závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, amnestický syndrom, reziduální stav a psychotickou poruchu s pozdním začátkem a jiné či nespecifikované poruchy. Z diagnostických kritérií zmíním podrobněji pouze škodlivé užívání a závislost.

U škodlivého užívání je požití látky zodpovědné za tělesné nebo duševní poškození (nebo k němu užívání látky podstatně přispívá), včetně zhoršeného úsudku nebo dysfunkčního chování, a může vést k neschopnosti nebo k nepříznivým důsledkům v interpersonálních vztazích. Charakter poškození by měl být jasně prokazatelný, užívání trvalo alespoň 1 měsíc nebo se vyskytovalo opakovaně během 12 měsíců.

V případě syndromu závislosti by se měly vyskytovat společně tři nebo více z následujících znaků po dobu alespoň 1 měsíce nebo opakovaně v kratších obdobích během 12 měsíců:

- silná touha nebo nutkání užít látku
- zhoršená schopnost kontrolovat chování spojené s užíváním látky (začátek a ukončení nebo množství látky – jedinec užívá látku ve větším množství nebo po delší dobu, než měl v úmyslu, nebo si stále přeje či se bezúspěšně snaží snížit nebo kontrolovat užívání látky)
- objevují se fyziologické projevy odvykacího stavu, když se omezí nebo se s užíváním látky přestane (např. u alkoholu třes, pocení, nevolnost, neklid, bolesti hlavy, nespavost, apod)

Mezinárodní studie ESPAD je největší celoevropská studie zaměřená na užívání návykových látek mezi dospívajícími. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách se zaměřuje na reprezentativní soubor studentů ve věku 15-16 let. Z analýzy výsledků dotazníkového šetření z roku 2019 Chomynová et al (2020) prezentuje, že v ČR mají první zkušenost s kouřením cigaret děti ve věku 12,9 let, požití první sklenice alkoholu ve 13,1 letech, první zkušenost s nelegálními drogami a těkavými látkami získávají nejčastěji ve věku 15 let. U většiny ukazatelů se projevují rozdíly mezi studenty podle typu studované školy – nejnižší výskyt užívání návykových látek byl pozorován mezi gymnazisty, nejvyšší míru u studentů odborných učilišť a mezi deváťáky ZŠ. Zkušenost s alkoholem má 95,1 % šestnáctiletých, 38,5 % pilo v posledních 30 dnech 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti, 29,3 % studentů vyzkoušelo v životě nějakou nelegální drogu, nejčastěji (28,4 %) konopné látky, 3,6 % extázi, 3,5 % LSD a halucinogeny, 2,5 % halucinogenní houby, 1,6 % kokain, 1,5 % pervitin, 1,0 % ostatní nelegální drogy.

Na vzniku poruch vyvolaných požíváním psychoaktivních látek má velký význam vedle **genetiky** také **sociální prostředí** a **osobnost** jedince. Děti z rodin alkoholiků mají vyšší touhu po alkoholu, objevují se u nich častější poruchy vědomí během excesů a daleko častěji se stávají na alkoholu závislími. Osobnost se vyvíjí na základě vrozených dispozic a v dalším průběhu ji dotvářejí získané vlastnosti. Každý člověk si vypracovává svůj systém hodnot, které jsou ovlivňovány celospolečenským děním. Mezi další faktory podílející se na vzniku závislosti na návykových látkách patří citová deprivace (např. způsobená prožitím významné části dětství v dětském domově, mimo rodinu), porucha rodinného života (konflikty, rozpad rodiny, ale také malá rodičovská vřelost nebo rodičovská hostilita či permissivní rodiče) a negativní vliv školního prostředí a školní výchovy (nepřijetí spolužáky, špatné studijní výsledky, odcizení, užívání návykových látek vrstevníky). Na úrovni jedince jsou to špatná kontrola impulzů, vyhledávání vzrušení, agresivita, úzkostnost, depresivita, hyperaktivita, ADHD, antisociální chování, časný začátek užívání návykových látek.

Užívání psychoaktivních látek může zmírňovat prožívání konfliktů u lidí s neurotickými potížemi. Při hledání nejrůznějších prostředků, jak potlačit úzkost, se alkohol se svým silným



anxiolytickým účinkem může jevit jako dobrý sluha, nicméně časem se dostává do role zlého pána v případě rozvoje závislosti.

Častým důvodem prvního experimentování s návykovou látkou může být zvědavost, snaha zažít příjemnou změnu psychického stavu nebo naopak zmírnit nepříjemné pocity. Zážitek příjemné změny je motivem k opakovanému užívání. V případě vzniku závislosti již nejde tolik o zážitek příjemného stavu jako spíše o eliminaci nepříjemného stavu. První zážitky s užíváním psychoaktivních látek zpravidla vedou ke sblížení s partou, která se stává oporou a útočištěm a podporuje pokračování v užívání návykové látky. Postupně se užívání drog stává potřebou a mění se v závislost.

Vedle zvědavosti může být u dospívajících touha prožít něco neobvyklého, uniknout samotě, dostat se do společnosti lidí s podobnými názory, vymezit se proti autoritě a konformnosti konzumního způsobu života, zabavit se, „když je nuda“, hledat dočasnou úlevu při úzkosti, bezradnosti, nízkém sebevědomí a sebehodnocení.

Tipy, co s tím (pro pedagoga) (dle Gabrhelík et al, 2019)

Čím dříve je problém užívání návykových látek rozpoznán, tím spíše lze poskytnout pomoc nezletilému i rodičům, ale také ochránit vrstevníky, kteří by jinak mohli přicházet do styku s užívajícím kamarádem. Naším cílem je rozpoznat problém brzy a neprodleně poskytnout nejen odbornou pomoc, ale také podporu ze strany školního metodika prevence, třídního učitele, vedení školy. Cílem prevence je to, aby protektivní faktory převážily nad rizikovými.

Protektivních faktorů je celá řada, ale mezi základní patří:

- silné a pozitivní vztahy v rodině, rodičovský monitoring – sledování aktivit dětí a jejich kamarádů, jasná pravidla chování, která jsou důsledně uplatňována v rodině, zapojení rodičů do života jejich dětí;
- úspěch ve školních aktivitách;
- silné vazby s institucemi, jako jsou školy, školská zařízení pro zájmové vzdělávání a náboženské organizace;
- přijetí konvenčního postoje a normy života bez návykových látek.

Preventivní aktivity v rámci školy

- programy primární prevence – spolupráce s externisty s certifikátem odborné způsobilosti
- podpora sebedůvěry, vlastní aktivity a různorodých zájmů
- zaměření na změnu postojů a chování
- živé interaktivní učení, podpora zájmu a zvědavosti vhodnými zábavnými metodami
- využívání vhodných vzorů chování u druhých lidí, pokud možno z blízkého okolí dítěte
- zapojení do života místní komunity
- otevřená hodnotově orientovaná diskuze

Hlavním smyslem práce se žákem, který užívá návykové látky, nebo u kterého máme podezření, je nabídnout „pomocnou ruku“. Nejprve je vhodné zvážit své časové možnosti a úroveň vlastních znalostí a dovedností. Je důležité vytvořit bezpečné prostředí a nastavit vztah založený na vzájemném porozumění a vyjádření porozumění. Respekt bez tolerance k užívání návykových látek je vhodné vyjádřit tím, že student není nucen měnit své chování, ani není odsuzován, ale je spíše vnímán jako někdo, kdo má určité důvody pro své rozhodnutí založené na tom, jak vidí svět. A poté je žádoucí povzbudit studenta k přijímání odborné pomoci.



2 Schizofrenie a psychotické poruchy (dle MKN-10 kategorie F20-F29)

Společnou významnou charakteristikou této skupiny onemocnění je psychóza – hluboké narušení vztahu člověka k realitě. Odcizená skutečnost je nahrazena bludným myšlením (chorobným, nepravdivým a nevyvratitelným přesvědčením, např. přesvědčení, že je člověk pronásledován a ohrožen) nebo halucinatorní produkcí (poruchy vnímání – např. slyšení „hlasů“ nebo vidění něčeho nepřítomného), které zpravidla vedou k podivnému a pro okolí nesrozumitelnému chování pacienta (samomluva, nebo naopak člověk nemluví, úzkostné reakce, podezřívavost). Porucha emocí vede k omezené schopnosti prožívání, objevuje se narušená iniciativa, aktivita a vůle se ztrátou zájmu o okolí. Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje kolem 1 %, s nejobvyklejším začátkem ve věku 17-35 let, začátek v dětství je vzácný (do 15 let se projeví pouze 4 % všech schizofrenních onemocnění). Začátek v dětství bývá častěji plíživý a nespecifický, kdy dochází ke sociálnímu stažení, objevují se školní problémy, nezvyklé nebo antisociální chování, nepřiměřený afekt. V léčbě se užívá dlouhodobá medikace antipsychotiky, v akutní fázi onemocnění je často nezbytná hospitalizace pacienta, poté ambulantní doléčování s podpůrnou psychoterapií, nejlépe v terapeutickém stacionáři.

Rozvoj onemocnění je vnímán jako důsledek interakce mezi genetickou dispozicí, komplikacemi v období kolem narození a vnějším stresem. Užívání návykových látek (obzvláště kanabinoidů a metamfetaminu) vznik schizofrenie u disponovaných jedinců zvyšuje. Stresovým spouštěčem mohou být konflikty a problémy v rodině, sociální stres (imigrace, potíže života mimo vlastní společenství, problémy ve vztahu k vrstevníkům, horší školní výkon).

Během akutní fáze onemocnění je vhodné zajistit odbornou péči a při kontaktu s pacientem zaujímat nekonfrontační, klidný, vstřícný, věcný a podpůrný postoj. Není žádoucí pouštět se do diskuzí o halucinacích či bludech; snaha o argumentaci spíše povede k prohloubení nedůvěry a zvýrazní úzkostné prožívání nemocného jedince, nátlakem se může tento dostat až do obranné agrese. V doléčovací fázi při návratu do školy je nezbytné postupovat velmi pozvolna, opatrně a školní zátěž nastavovat s ohledem na momentální dispozice žáka, a současně pečlivě monitorovat jeho stav. Při nepřiměřeně rychlém pokusu o návrat hrozí v důsledku selhávání zhoršení psychického stavu nebo vznik úzkostných či depresivních stavů.

3 Poruchy nálady (dle MKN-10 kategorie F30-F39, F92.0 Depresivní porucha v dětství)

Nejčastější duševní poruchy z kategorie afektivních poruch jsou bipolární afektivní porucha a depresivní epizoda. Pro bipolární afektivní poruchu (dříve nazývanou maniodepresivní porucha) jsou charakteristické fáze depresivní a hypomanické nebo manické, zpravidla se objevuje až v mladém věku, nicméně v případě bipolární poruchy v pediatrické populaci začíná kolem 12. roku. Prevalence bipolární poruchy v pediatrické populaci je asi 1 %. U téměř všech pacientů dochází k opakovaným epizodám i při přísném dodržování doporučené léčby; epizody mohou být časté nebo mohou být od sebe odděleny obdobími normální nálady. Epizody mánie jsou charakteristické zvýšenou energií a aktivitou, zrychlenou řečí, sníženou potřebou spánku, zvýšenou náladou nebo podrážděností, ztrátou zábran, zvýšeným sebehodnocením. U dětí často dominuje hyperaktivita, mnohomluvnost a rozptýlenost pozornosti, v mladším školním věku emoční labilita a dráždivost, ve starším školním věku paranoidita, megalomaničké bludy. Při epizodách deprese se objevuje snížená nebo truchlivá nálada a ztráta zájmů nebo radostných prožitků. Často se objevuje narušený spánek a chuť k jídlu, únava, zhoršená koncentrace pozornosti, pocity viny nebo nízké sebehodnocení, sebevražedné myšlení



nebo jednání. U dětí všech věkových kategorií bývá přítomna depresivní nálada, poruchy koncentrace pozornosti, nespavost a sebevražedné myšlenky, u mladších dětí se pak navíc vyskytuje separační anxieta, fobie, somatizace, u adolescentů anhedonie, nadměrná spavost, pocity beznaděje, kolísání nálady v průběhu dne.

Prevalence deprese u dětí je 2-4 %, v adolescenci až 4-8 %. Symptomy se vyvíjejí s věkem a jsou shodné s depresivními symptomy při bipolární afektivní poruše.

Bipolární porucha i depresivní epizoda mají prokazatelnou genetickou komponentu. Psychogenní zátěž může uspišit nástup bipolární poruchy – významné události v rodině, přechodová období (puberta).

V prevenci dalších epizod hraje významnou roli vedle farmakoterapie psychoedukace nemocného a jeho rodiny. Cílem psychoedukace je vedle prevence relapsu, redukce příznaků a zlepšení spolupráce při terapii, také zlepšení adaptace v rodinném, sociálním a školním/pracovním prostředí, snížení stresové zátěže, prevence užívání návykových látek a redukce sebevražedného jednání.

Hosák et al. (2015) popisuje některé techniky při psychoedukaci pacienta a rodinných příslušníků:

- poučení o nemoci a průběhu
- zajištění časného zachytu prodromálních příznaků
- zajištění zdravého životního stylu (spánek, pracovní režim, relaxace, sport, zájmová činnost)
- techniky sebemonitorování
- podpora kritického náhledu na onemocnění
- nácvik adaptace na stres, zvládání obtížných situací
- snížení emoční expresivity v rodině
- dohled rodiny na užívání léků

Depresivní porucha může vzniknout bez psychologicky srozumitelného spouštěcího mechanismu, často se však do průběhu epizody promítají životní problémy nemocného. Rozvoj depresivní poruchy mohou ovlivnit sociální faktory – např. fyzické a sexuální zneužívání v dětství, ztráta matky před 11. rokem života, významné nepříznivé životní události, zneužívání návykových látek, sociální izolace. Hosák et al. (2015) navrhuje některé významné teze při psychoedukaci pacienta a rodinných příslušníků:

- deprese je běžné a ve většině případů dobře léčitelné onemocnění
- deprese neznamená lenost nebo slabost
- deprese může vést k sebevražedným myšlenkám
- plánujte krátké aktivity, které mohou nemocnému přinášet potěšení a zvyšovat jeho sebevědomí
- deprese může vyvolávat nebo zhoršovat tělesné obtíže
- při depresi je vhodné odložit všechna důležitá osobní a pracovní rozhodování
- nemocný by neměl být vystavován stresu, kterému se lze vyhnout
- při zlepšování nálady by na sebe nemocný neměl klást velké požadavky

4 Úzkostné poruchy a poruchy vyvolané stresem (dle MKN-10 kategorie F40-F49, F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství)



Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychiatrická onemocnění, s celoživotní prevalencí 25 %. Úzkost coby běžnou emoci zažívá většina lidí ve svém životě poměrně často. Je biologickým varovným signálem, který je aktivován nebezpečím. Reaguje na vnitřní, neznámé a neurčité ohrožení. (Na rozdíl od úzkosti, strach, který prožíváme stejně, se vyskytuje v jiných situacích – objevuje se pouze po dobu trvání hrozby, která je známá, vnější, reálná a konkrétní.) Úzkost mobilizuje energii a vyostřuje smysly, aby se organismus připravil na reakci „útok nebo útěk“. Zpravidla je vnímána přes tělesné projevy, ale jedná se o komplexní prožitek s tělesnými, psychickými, kognitivními a behaviorálními projevy.

Mezi somatické projevy úzkosti patří hyperventilace a pocit dušnosti či obtížného dýchání, tachykardie, bušení srdce, pocení, sucho v ústech, nucení k močení nebo k defekaci, průjem, napětí ve svalích, bolesti zad, hlavy, svalová slabost, zrudnutí nebo zblednutí, pocity znecitlivění nebo mravenčení, návaly horka nebo chladu.

Psychické projevy zahrnují pocity ohrožení nebo strachu, závratě, derealizace, depersonalizace, podráždění, duševní přepětí, strach ze ztráty kontroly, zešílení, ztráty vědomí, smrti, neschopnost uvolnit se, bezradnost, snížené libido.

Mezi kognitivní projevy úzkosti patří zvýšené nabuzení (arousal), nadměrná bdělost, ostražitost, nespavost, potíže s koncentrací, nadměrné obavy a starosti, nejistota z budoucnosti, očekávání a předtuchy neštěstí, katastrofické myšlenky, obava ze ztrapnění se na veřejnosti.

Behaviorální projevy jsou projevy v chování, které mají chránit jedince před možným nebezpečím nebo před nepohodou způsobenou úzkostí. Častý je neklid, napjatý výraz v obličeji, napjatý hlas, mnohomluvnost, smích nebo pláč, únava, vyčerpání, vyhybavé a zabezpečovací strategie, únik do fantazie, závislost na druhých, vyžadování ujištění, vyhledávání rozptýlujících aktivit, okusování nehtů, zvýšené sebepozorování, agresivní chování.

Úzkost se stává patologickou, pokud je nepřiměřená situaci (svou intenzitou, frekvencí či trváním), objevuje se v neškodných a málo nebezpečných situacích, tehdy ztrácí ochrannou funkci a stává se dysfunkční. Úzkostné (neboli neurotické) poruchy bývají chronické, způsobují značné utrpení a závažné postižení v sociální oblasti. Vznik úzkostných poruch ovlivňuje genetika a psychosociální vlivy. Chybným sociálním učením v rodině se upevňují nesprávné techniky reakce na zátěžové situace. Další faktory podílející se na rozvoji úzkostných poruch jsou nadměrná či opakovaná zátěž, frustrace, životně významná ztráta (blízké osoby, domova), při konfliktu hodnotového systému, při nedostatku podpory.

V léčbě úzkostných poruch se používá psychoterapie a farmakoterapie nebo kombinace. Z psychofarmak jsou zpravidla užívána antidepresiva a při akutní úzkosti přechodně anxiolytika, přičemž je nezbytné současně pacienta edukovat ohledně rizika vzniku tolerance a závislosti na benzodiazepinech (při užívání déle než cca měsíc).

Úzkost doprovází často hyperventilace, zrychlené a prohloubené dýchání, během kterého dochází k vzestupu množství kyslíku a poklesu oxidu uhličitého (který je při rychlém povrchovém dýchání „vydýchaný“), které vedou k respirační alkalóze. Základem ke zmírnění úzkostného prožívání jsou vedle psychoedukace především nácviky relaxace (práce s dechem, prohloubené bráněcí/břišní dýchání, dýchání do trojúhelníku, autogenní trénink, progresivní svalová relaxace), dýchání do papírového pytlíku u hyperventilujících pacientů. Významnou součástí léčby jsou i režimová opatření, plánování volnočasových aktivit, zajištění spánku a fyzické aktivity, omezení příjmu kofeinu.



Více viz kapitoly Neusar, V, Emoce, Wittmannová J., Psychické problémy dětí školního věku

5 Poruchy příjmu potravy (dle MKN-10 kategorie F50)

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou dvě základní diagnostické jednotky z kategorie poruch příjmu potravy. Charakteristický bývá přetrvávající strach z tloušťky, zkreslené představy o vlastním těle, negativní sebehodnocení, pocity viny při jídle, snaha dosáhnout poklesu hmotnosti. Poruchy příjmu potravy se týkají především dívek (zpravidla prepubertálních u anorexie, kolem věku 13-17 let a o něco starších u bulimie, 17-18 let) a u většiny případů lze pozorovat chronický průběh. Pacienti s mentální anorexií vnímají sami sebe jako příliš tlusté, mají obavu z dalšího nárůstu hmotnosti, přičemž jejich reálná hmotnost je nízká (způsobená úbytkem nebo nedosažením optimální hmotnosti vzhledem k věku a výšce), tato snížená hmotnost je zapříčiněna vyhýbáním se kalorickým jídlům. Úbytek hmotnosti vede k poruchám různých tělesných funkcí, např. narušení menstruačního cyklu vlivem rozsáhlé endokrinní poruchy. Navenek se porucha často projevuje vysokou mírou sebekontroly, perfekcionismem, výrazným zaměřením na výkon. V rodinách se nezřídka při pokusech přimět je k jídlu projevují podrážděně, vysoce konfliktně, mají tendenci vyhýbat se jídlu i za cenu podvádění v oblasti stravování a nadměrné fyzické aktivity. Typický bývá chybějící náhled na škodlivost svého jednání a nespolupráce při léčbě.

Pacienti s mentální bulimií mají také pocit vlastní přílišné tloušťky s neodbytnou obavou z tloustnutí, taktéž mají potřebu se neustále zabývat jídlem, nicméně oproti mentální anorexii se u mentální bulimie objevuje záchvatovitě puzení k jídlu s opakovanými epizodami přejídání, při nichž jsou v krátkém čase konzumována velká množství jídla. Pacienti se pokouší minimalizovat (kompenzovat) dopad vysokého kalorického příjmu např. vyvolávaným zvracením, vyvolávaným průjmem, střídavými obdobími hladovění, užívání léků snižujících chuť k jídlu. Na rozdíl od anorexie se u bulimie objevuje impulzivní jednání (ohledně jídla, alkoholu či návykových látek), emoční labilita a celkově lepší snaha o spolupráci při léčbě a lepší náhled.

Léčbu poruch příjmu potravy bývá zpravidla v začátcích nezbytné realizovat při hospitalizaci vzhledem k nedostatečnému náhledu a nechuti spolupracovat na změně jídelního chování. Ke stabilizaci tělesných funkcí je potřeba zajistit dlouhodobě adekvátní kalorický příjem. Práce na narušených vzorcích jídelního chování je součástí režimové léčby. Oblast sebezpřijetí v roli dospívající a stabilizace narušených rodinných vztahů jsou předmětem individuální a rodinné psychoterapie. Farmakoterapie má zpravidla pouze sekundární úlohu.

Protektivní faktory v prostředí školy, rodiny, komunity – rozvoj individuálních možností, výchova k různorodosti, přiměřenosti, rozvoj obecné vzdělanosti (k rizikovým faktorům patří nízké sebevědomí, důraz na vnějškové hodnoty, orientace na jednoduché řešení). Protektivní faktory na straně osobnosti jsou vhodná forma relaxace, diferencovanost přiměřených zájmů a aktivit, psychoterapie (rizikové faktory jsou úzkostnost, pedanterie, impulzivita a nezdrženlivost u bulimie. V prevenci se ukazuje jako vhodné vést výchovu k přiměřenosti a umírněnosti v postojích, klást důraz na nebezpečí extrémních postojů ve výživě, životním stylu, sportu, vést žáky ke zdravým stravovacím návykům – umožnit přiměřené stravovací možnosti, omezit snadnou dosažitelnost sladkostí a slazených nápojů ve škole (omezit automaty), podporovat pozitivní sociální klima ve škole a vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj žáků, posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování. Jako neúčinné se jeví pouze mechanicky prezentovat informace o poruchách příjmu potravy, dále není vhodné



zdůrazňovat některé informace, které by mohly vzbudit zájem o prostředky na hubnutí, které by mohly naopak vést jen k nápodobě. Vhodné je se u běžné populace zaměřit na předcházení nevhodných redukčních diet a prostředků na hubnutí, předcházet šikaně kvůli vzhledu, oblečení, tělesnému výkonu, tomu, co konzumuje. U rizikových jedinců, kteří rychle zhubli, je vhodná včasná intervence, interaktivní programy, rozvoj všeobecných aktivit, zájmů. Dále viz Metodické doporučení, příloha 3, 2010.

6 Poruchy autistického spektra (dle MKN-10 kategorie F84)

Poruchy autistického spektra (PAS) mají prevalenci 1-1,5 % a dle MKN-10 zahrnují diagnózy dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom a jinou dezintegrační poruchu v dětství. Pro stanovení těchto diagnóz jsou v MKN-10 přesně vymezena kritéria. Autistická triáda definuje tři základní narušené oblasti pozorovatelné u lidí s poruchami autistického spektra – kvalitativní abnormality v komunikaci, reciproční sociální interakci a omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit. Neexistuje jeden konkrétní znak, který by sám o sobě potvrzoval nebo vylučoval autistickou diagnózu. Ta je stanovena až na základě naplnění daného počtu symptomů z každé z oblastí tzv. autistické triády, přičemž konkrétní projevy se mohou lišit ve své intenzitě i vzájemnou kombinací, takže autismus se u každého jedince projevuje originálně. Počátek je vždy v raném dětství, ale symptomy se mohou plně projevit i později, a to v momentě, kdy sociální nároky přesahují omezené kapacity. PAS mají celoživotní průběh, ale mají různou klinickou závažnost a od toho se odvíjející různou prognózu. Dosud není potvrzena žádná kauzální léčba jádrových příznaků autismu. Výzkum také zatím nepotvrdil žádnou speciální dietu nebo vitamín či potravinový doplněk, který by plošně pomáhal dětem s PAS. Existují případy, kdy jednotlivě nějaký takový přístup pomohl dítěti v lepší komunikaci, pozornosti či zájmu o ostatní. Farmakologicky lze ovlivnit komorbidní poruchy, které jsou u PAS velmi časté – jedná se např. o ADHD, úzkostné poruchy, poruchy spánku. Pouze včasná diagnostika PAS a na ni navazující včasná intervence může významně napomoci lepší prognóze. V ČR je zaveden povinný screening PAS u praktického dětského lékaře při 18měsíční prohlídce, tehdy lze dítě s podezřením na autistický vývoj doporučit do rané péče a k psychologovi. Své místo v péči o autistické děti mají speciální pedagogové, logopedi, psychologové; klíčový je nácvik sociálních dovedností, užitečná se jeví také aplikovaná behaviorální analýza. Ve výuce je žádoucí využívat metody strukturovaného učení, vizualizovat.

PAS patří k neurovývojovým poruchám, charakteristický je narušený vývoj centrální nervové soustavy s alterovanou synaptickou konektivitou. Vzniká na neurobiologickém podkladě (přítomná genetická predispozice v kombinaci s vlivy prostředí – perinatální komplikace, toxické vlivy, autoimunitní vliv). Příčinou je porucha informačního procesingu a kognitivních funkcí.

Podrobněji k tomuto tématu doporučuji kapitolu M. D. Polínek – Naplňování psychických potřeb jako ukazatel efektivity intervence.

7 Hyperkinetické poruchy a poruchy chování (dle MKN-10 kategorie F90)

Porucha aktivity a pozornosti (někdy označovaná jako hyperkinetická porucha nebo ADHD) se objevuje v prevalenci 3-7 % u školáků, 2-5 % dospělých. ADHD je charakterizováno hyperaktivitou, nepozorností a impulzivitou, které se musejí objevovat už před 7. rokem věku. Velmi často je přítomna emoční labilita, někdy se objevují diskrétní změny neurologické a na EEG. Výsledkem narušené pozornosti, aktivity a impulzivity je špatně organizovaná a



nadměrná činnost jedince. ADHD vzniká v důsledku interakce mezi faktory genetickými, neurobiologickými a environmentálními. ADHD představuje výrazný handicap v oblasti emoční, kognitivní i vztahové. Biologicky se jedná o opožděné a nerovnoměrné dozrávání CNS, opožděné dozrávání prefrontální kůry cca o 2 roky. V léčebném přístupu se uplatňuje farmakologická léčba a psychosociální možnosti. Za cíl si klade zlepšení jádrových příznaků, psychiatrické komorbidity, zlepšení rodinných vztahů, podporu při vzdělávání, přípravu na zaměstnání, úpravu životního stylu a omezení rizikového chování. Zásadní roli hraje psychoedukace, speciální režim výuky, psychoterapeutická péče (KBT zaměřená na nácviky pozornosti, organizace práce, sociální dovednosti, sebevědomí). Z dalších možností léčby se nabízí poradenství manželské, individuální, spolupráce s mentorem, koučem a podpůrné skupiny. Medikace psychostimulanciem methylenfenidátem nebo atomoxetinem má potvrzenou vysokou účinnost na jádrové příznaky ADHD.

Goetz a Uhlíková (2009), autoři příručky pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele, formulují hlavní zásady při práci s dětmi s ADHD, které mají za cíl zmírnit jejich selhávání. Vyzdvihují klid, optimismus, trpělivost, minimum trestů, nešetřit povzbuzením, pochvalou a oceněním. Při školní práci je vhodné dítě vést, povzbuzovat slovně i občasným přátelským dotykem, snažíme se předejít chybám a nevhodnému chování. Volíme takové úkoly, aby je dítě mohlo dobře zvládnout a být pochváleno. Při zpětné vazbě – upozornění na chybu – musí následovat konkrétní doporučení, jak se chyby vyvarovat. Činnosti volit spíše nárazově a krátkodobě (10-15minutové úseky prokládat odpočinkem), hodně pohybu, odreagování. Instrukce a pokyny podávat beze spěchu, jasně, srozumitelně, jen několik málo kroků. Bránit vzniku pocitu méněcennosti (umožnit zažívat úspěchy). Podporovat harmonické vztahy škola-rodina-zájmová sféra-vrstevníci.

Podrobněji k tématu Hyperkinetické poruchy doporučuji kapitolu M. D. Polínek – Naplňování psychických potřeb jako ukazatel efektivity intervence.

8 Poruchy chování (dle MKN-10 F91)

Poruchy chování se vyznačují opakujícím se a trvalým vzorcem agresivního asociálního nebo vzdorovitého chování, při kterém jsou porušována základní práva jiných nebo porušovány závažnější společenské normy a pravidla odpovídající věku (např. vzdorovitost, odmítavost a nepřátelské postoje, agrese k lidem a zvířatům – šikanování, zastrašování druhých, fyzická agrese s použitím předmětů, které mohou těžce zranit druhé, destrukce majetku, požáry, krádeže, vloupání do domů či aut, útoky z domova, záškoláctví). Tyto projevy trvají alespoň po dobu 6 měsíců. Podle MKN-10 rozlišujeme poruchu chování ve vztahu k rodině, nesocializovanou poruchu chování, socializovanou poruchu chování a poruchu opozičního vzdoru. Poruchy chování dosahují prevalence kolem 5 % a častěji se vyskytují u chlapců.

Na vzniku poruch chování má podíl genetická podmíněnost a nepříznivé vlivy prostředí včetně perinatálních komplikací. Rizikové faktory dělí Hosák et al (2015) na biologické, individuální (nízké IQ, agresivita, impulzivita, hyperaktivita, nepozornost, vada řeči, porucha čtení), rodinné (u rodičů antisociální chování nebo abúzus návykových látek, deprese a úzkost matky, nízký věk matky, rozvod rodičů, domácí násilí, hrubé zacházení nebo zanedbávání, tvrdá výchova, nedostatečný nebo nadměrný dohled rodičů, konflikt mezi rodičem a dítětem), sociální a školní (nízký socioekonomický status, problematické sociálně slabé nebo kriminální okolí, intenzivní vystavení násilí v médiích, vztahy s problémovými vrstevníky nebo sourozenci, odmítnutí



vrstevníky, oběť trestného činu nebo šikany). Z rizikových faktorů vyplývají možnosti preventivního působení.

Nejvhodnější léčba poruch chování je interdisciplinární a využívá psychologické, behaviorální a ev. farmakologické prostředky, které se zaměřují na dítě i na jeho rodinu.

Léčebné působení je klíčové zahájit co nejdříve od nástupu poruchy. V léčbě se používají psychofarmaka (antipsychotika, stabilizátory nálady, stimulancia, antidepresiva), která však mají potenciál ovlivnit jen některé symptomy jako je agresivita, impulzivita, zvýšená dráždivost. Větší naději poskytuje psychosociální léčba, kde je doporučen rodičovský trénink (kde se rodiče učí zvládat problematické chování dítěte, užívat pozitivní posilování rodiče vůči dítěti, efektivní výchovné strategie, ... v ČR nově např. Triple P - Positive Parenting Program), rodinná terapie (ke zlepšení komunikace v rodině), individuální psychoterapie (programy využívající kognitivně-behaviorální principy a strategie učí dítě zvládat negativní emoce, vztek, agresivitu), nácvik sociálních dovedností, volnočasové aktivity, kde se dítě učí hrát podle pravidel a spolupracovat (sportovní kroužky), setkávání se zdravými laskavými vzory (peer programy, skauti), intervence ve školním zařízení.

Jak může **učitel konkrétně pomoci**? Explicitně učit, posilovat a nabízet žákům příležitosti k tréninku sociálních a životních dovedností. Tak, aby se naučili porozumět vlastním pocitům, zvládat svůj vztek, mluvit s vrstevníky, chovat se k nim přátelsky, rozumět sociálním narážkám, umět řešit problémy, dělat správná rozhodnutí. Učitel může ve školní třídě podpořit nastavení a dodržování pravidel a přijatelného chování, vést žáky k rozvíjení technik řešení problémů. Významnou úlohou je předcházení problémovému chování a pokud se objeví, tak se učitel snaží vyhnout eskalaci opozičního chování. Výsledkem pak může být, že dítě zažívá ve škole úspěchy a jeho vnímání školního prostředí se proměňuje pozitivním směrem.

Shrnutí



Tato kapitola představuje úlohu školy v možné prevenci duševních nemocí a psychických problémů. Podpora duševního zdraví dětí souvisí s naplňováním potřeb dětí v oblasti biologické, sociální a psychické. Nenaplňování potřeb vede u dítěte k prožívání stresu, který se odráží v jeho chování. Při vůli neovlivnitelné aktivaci stresové reakce je značně omezená schopnost usměrňovat vlastní chování nebo se optimálně účastnit vzdělávacího procesu a vstřebávat nové informace. Podle míry aktivace stresové reakce je mozek schopen využívat různé způsoby regulace pomocí mozkové kůry (regulace rozumem), limbického systému (regulace vztahem) a mozkového kmene (senzomotorická regulace). Důležitou roli v hraje psychohygienu samotného učitele. Dále jsou představeny některé duševní poruchy, které se objevují u dětí školního věku. Jedná se o 1. poruchy vyvolané požíváním návykových látek, 2. schizofrenii a psychotické poruchy, 3. bipolární afektivní poruchu a depresi, 4. úzkostné poruchy, 5. mentální anorexii a mentální bulimii, 6. poruchy autistického spektra, 7. hyperkinetické poruchy (ADHD), 8. poruchy chování. Charakteristika projevů jednotlivých poruch je doplněna popisem rizikových a protektivních faktorů a možností intervence z pozice školního pedagoga.

Otázky a úkoly

1. Naplánujte si konkrétní kroky, které v rámci psychohygieny můžete zařadit do svého běžného života.



2. Promyslete: a) jaké antistresové pomůcky by se Vám hodily ve třídě, b) kde by bylo možné vytvořit relaxační koutek, c) jak byste mohli zavést do běžného dne pravidelné relaxační aktivity.
3. Vzpomeňte si na žáka, který je pro Vás „oříškem“ a zamyslete se, jakým způsobem byste mohli zmírnit jeho náročné chování; v jaké situaci můžete používat regulaci rozumem, vztahem a senzomotorickou regulaci.
4. Vzpomeňte si na žáka s diagnostikovanou duševní poruchou a promyslete, jakým způsobem byste mohli podpořit zmírnění projevů, které souvisí s duševní poruchou a komplikují vzdělávání.

Použitá literatura a prameny

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ P. ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele. Praha: Galén, 2009.

HOSÁK, L., HRDLÍČKA, M. & LIBIGER, J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L. & MRAVČÍK, V. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. Zaostřeno 6 (5), 1-20. 2020

KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K.R., WALTERS, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6) pp. 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28) – Příloha č. 1 - GABRHELÍK, R., ORLÍKOVÁ, B. & ŠEJVL, J. (2019). Co dělat, když – intervence pedagoga. Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Návykové látky (online, Dostupné z https://www.msmt.cz/file/49475_1_1/, staženo 30. 11. 2022)

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28) – Příloha č. 3 – Poruchy příjmu potravy. Co dělat, když – intervence pedagoga. Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. (online, Dostupné z https://www.msmt.cz/uploads/Priloha_3_poruchy_prijmu_potravy.doc, staženo 30. 11. 2022)

MKN-10, Duševní poruchy a poruchy chování, diagnostická kritéria pro výzkum: mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10), PCP Praha, 1996

MYŠKOVÁ, L., et al. Přístupy k náročnému chování dětí a žáků ve školách a školských zařízeních a možnosti jeho řešení: metodické doporučení. Praha: Česká

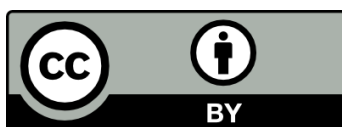


EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



školní inspekce, 2021. ISBN 978-80-88087-55-7

WINKLER, P., MOHROVA, Z., MLADA, K., KUKLOVA, M., KAGSTROM, A., MOHR, P., FORMANEK, T. Prevalence of current mental disorders before and during the second wave of COVID-19 pandemic: An analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. J Psychiatr Res. 2021 Jul;139:167-171.



Tato dílo je podléhá licenci Creative Commons Uveďte původ 4.0 Mezinárodní.
Pro další informace podívejte se na stránku <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.