



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



Metodický text

Psychické problémy dětí školního věku

Julie Wittmannová

Úvod

Téma psychických problémů školních dětí je velmi široké. Pod psychickými problémy si můžeme přestavit nepřeberné množství okolností, které se stávají pro žáka problémem – a jeho psychika na situaci reaguje. Pokud se tyto reakce neslučují s normou, jsou problematické ve vztahu ke školnímu prostředí, narušují například výchovně-vzdělávací proces žáka či celého školního kolektivu, většinou je snaha je ve školním prostředí řešit. Chceme pro naše žáky vytvořit podnětné a bezpečné školní prostředí a podpořit je, aby mohli rozvinout svůj potenciál a byli připraveni na další životní etapy.

Problémy mohou vycházet z osobnosti žáka (různá omezení, psychické problémy, emoční nastavení, poruchy chování, učení, ...), genetických faktorů (psychiatrická diagnóza v rodině), rodinného prostředí žáka (např. styl výchovy, problémy rodičů, vztahy v rodině, rozvody, partnerské nesoulady rodičů, sourozenecké vztahy, sociální a finanční problémy rodiny), vytváření vztahů s vrstevníky (izolace, šikana aj.) či školního prostředí (klíma třídy, nastavení pravidel).

Řešení může mít podobu krizové intervence, krátkodobého poradenství či dlouhodobější „péče“. Může mít podobu individuální práce s dítětem ve třídě, v kolektivu či poradně, případně podobu spolupráce s dalšími subjekty, jako jsou pedagogicko-psychologická poradna, speciálně-pedagogické centrum, středisko výchovné péče; z oblasti zdravotnictví pak např. pediatr, psychiatr, neurolog.

My se budeme zabývat žáky s diagnózou některé z psychických/psychiatrických poruch. V daném případě to mohou být školní děti s už diagnostikovanou poruchou a nemocí dle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí pod písmenem F (čekáme na finální českou verzi 11. revize) nebo děti s netypickými projevy chování, pro které hledáme vysvětlení. Může se jednat o žáky zachycené v systému podpůrných opatření, tzn. děti už diagnostikované s vypracovaným individuálním vzdělávacím plánem v informovaném školním prostředí, ale i o žáky nezachycené, a to v období hledání příčiny netypického chování žáka. Vždy to budou žáci, které bude třeba vhodně začlenit do školního kolektivu a výuky a vytvořit jim prostředí přijetí a podpory.

Hlavním odborníkem v dané oblasti je ve škole školní psycholog, podněty k jeho intervenci většinou ve škole vycházejí z popudu třídních učitelů a pedagogů obecně, zakázka však může přijít i ze strany rodičů či žáka samotného. Řešení a diagnóza pak musí být stanovena osobou dětského psychiatra a je vhodné, aby si škola našla „toho svého psychiatra“, který by jim v dané problematice byl schopen pomoci. Dle řešeného problému mohou ze školního poradenského zařízení spolupracovat výchovný poradce, metodik prevence a další zainteresované osoby. Vždy máme vyhráno, pokud je zde spolupráce s rodinou.

PSYCHICKÉ PORUCHY

Úvod

Psychické poruchy, jak jsou medicínsky vnímány, najdeme popsány ve skupině nemocí a poruch Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) pod označením **F Poruchy duševní a poruchy chování**. Pod označením F najdeme velké množství kategorií, které jsou významným tématem ve školním prostředí, jako jsou mentální retardace, poruchy příjmu potravy, poruchy učení, hyperkinetické poruchy, poruchy pozornosti, řeči, chování či pervazivní vývojové poruchy (autismus). Pro popis výše zmíněných kategorií a nástin práce s danými poruchami bychom potřebovali mnohem více prostoru a každá z kategorií by zasloužila vlastní kapitolu. Na druhé straně práci s nimi ve školním prostředí už bylo věnováno dosti pozornosti a napsáno mnohé.

V této kapitole nastíníme problematiku psychických poruch a poruch emocí s nástupem v dětství a nabídneme podněty, jak s žáky s danými poruchami fungovat. Budeme se zabývat cílovou skupinou dětí navštěvujících 1. či 2. stupeň základní školy, tzn. dětí ve věku 6–15 let. S vědomím velké variability mezi tím, jak pracovat s dětmi na 1. a 2. stupni ZŠ a taktéž vědomím, že častější nástup těchto poruch je až v adolescenci. Naštěstí, protože dřívější nástup psychické nemoci většinou znamená její komplikovanější průběh.

Budeme se věnovat ve školním systému někdy podceňované problematice psychických poruch, jako jsou afektivní poruchy (poruchy nálad), úzkostné (anxiózní) poruchy či schizofrenie.

Proč někdy podceňované? Máme často představu, že psychické poruchy a oblast psychiatrie je spíše problematikou dospělosti a stáří, možná s počátky v adolescenci. I odborná veřejnost měla pravděpodobně tento pocit, protože v 90. letech 20. století docházelo z „ekonomických důvodů“ k omezování lůžek na lůžkových odděleních dětské psychiatrie, rušila se i celá zařízení.

Realita? Podle statistik (Goetz, 2005; Paclt, 2001) se mnoho psychických onemocnění projeví už v době, kdy dítě navštěvuje základní nebo střední školu. Přesto je v současnosti velký nedostatek psychiatrických oddělení nemocnic pro pobytovou péči, ale i ambulantních dětských psychiatrů a dětských psychologů. Objednací doby k těmto specialistům jsou problematicky dlouhé a často neumožňuje včasné podchycení problému ani dlouhodobější péči o dětské klienty.

Psychické poruchy – a co ukázala pandemie COVID-19

Začínám informacemi z období lockdownu a omezení v důsledku COVID-19 v období let 2020–2021. Proč? V tomto období došlo k prudkému nárůstu psychických nemocí a poruch u celé populace, děti a adolescenty nevyjímaje, a začalo se více o tematice psychiatrie hovořit.

Náročná doba ukázala jasněji rizikové faktory a spouštěče psychických poruch, ale přibýly také informace o protektivních faktorech a lze si z daného období odnést i mnoho pozitivních podnětů. Období omezení školní docházky z důvodu pandemie COVID-19 ukázalo, že psychické problémy dětí jsou významným problémem a ve stresových situacích či při

dlouhodobém působení stresu dochází k rozvoji těchto poruch mnohem dříve a s vyšší prevalencí.

Uzavření škol narušilo dětem jejich každodenní řád. Děti přišly o kontakt s vrstevníky, učiteli a výukou, o možnost organizovaných volnočasových aktivit, sportování a pohybu. Jejich rodiče byli často nuceni pracovat z domu, někteří o práci dokonce přišli. V některých rodinách došlo k přímému setkání s nemocí či dokonce úmrtím v rodině. Vše bylo doplněno o vliv médií a šíření „poplašných zpráv“ na dětskou populaci.

Další oblastí, která měla vliv na zhoršení duševního zdraví dětí, je fakt, že psychika mladších dětí vykazuje závislost na rodičích, jejich psychickém a emočním stavu. Děti přejímají názory a postoje rodičů a jejich vysvětlení situace, čím mladší je věk dítěte, tím je závislost na jejich hodnocení vyšší. Pokud nemají nikoho, kdo by jim vše dokázal dostatečně srozumitelně vysvětlit, jsou nejisté, prohlubují se pocity ohrožení, strachu nebo úzkosti. U citlivých dětí se pak snadněji může rozvinout porucha emocí nebo chování nebo duševní onemocnění.

Dle Uhlíře (2021) karanténa zvýšila riziko vzniku akutní i posttraumatické stresové poruchy, obecně výskyt depresivních a úzkostných poruch či nespavosti. Celkově narostla poptávka po službách dětských psychiatrických ambulancí.

V roce 2021 provedla Bínová s Havelkou (2021) v ČR studii pomocí anketního šetření mezi dětskými psychiatry, kterou zastřešovala Asociace dětské a dorostové psychiatrie, kde srovnávali prevalenci výskytu psychických poruch u dětí a adolescentů v období lockdownů 1 (březen–září 2020) a 2 (říjen 2020–duben 2021), a to dle návštěvnosti ordinací psychiatrů a vytíženosti lůžkových oddělení. Z výsledků vyplývá, že v období prvního lockdownu nedošlo k výraznému navýšení počtu klientů, příčinou může být kratší období izolace, méně dramatická epidemická situace a také nejistota a obavy z nakažení při návštěvách zdravotnických zařízení a možné podcenění psychického zdraví. Od října 2020 s nástupem druhého lockdownu je zřejmé výrazné zhoršení duševního zdraví dětí a hlavně adolescentů a zvýšená návštěvnost v ordinacích psychiatrů. Skokově se zvýšil počet duševních poruch jako úzkosti, deprese, netolismus, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky a sebevražedné jednání a poruchy příjmu potravy.

Bínová a Havelka (2021) zmiňují v ČR také zhoršení stavu u vývojových poruch pozornosti a hyperaktivity (ADHD) a pervazivních vývojových poruch (PAS), kde problémy přičítáme změnám v nastavení režimu těchto dětí, nepředvídanosti situace. Projevy zhoršení vedly k úzkostnému či depresivnímu ladění především u dětí a dospívajících s PAS. Dané nálezy dle Uhlíře (2021) potvrzují i studie zahraniční.

Co si můžeme odnést z období lockdownu do běžné praxe doma a ve škole? Jaké se projevíly protektivní faktory? Mezi protektivní faktory patří dobrá komunikace mezi dětmi a rodiči, celkově pozitivní přístup k opatřením, hledání výhod dané situace jako například trávení času s rodiči, více času na sebe sama a vlastní rozvoj. Byl vyzvednut význam dodržování denního režimu a bezpečné rutiny i v náročných situacích. Pomáhá to zvyšovat pocit bezpečí a jistoty. Dle Uhlíře (2021, s. 371) bylo důležité, „aby byly rodiny v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost edukovány o vhodnosti dodržování režimu i během karantény, který by se měl co nejvíce podobat režimu běžnému. Nenechat děti vstát 5 minut před školou a učit se z postele. Motivovat je do pohybu a cvičení i v domácích podmínkách. Bavit se doma a vysvětlovat si situaci a daná opatření a snažit se najít i v celkově špatné situaci pozitivní prvky. To vše může pomoci dětem k udržení dobré duševní kondice“.

Podle kanadské studie Cost a kolegů (2021) vedla pandemie ke zlepšení symptomatiky již před pandemií léčených žáků se sociálními fobiemi, ale sami autoři hodnotí zlepšení jako

pouze dočasná, jelikož po rozvolnění opatření dochází právě u těchto skupin žáků a studentů k dramatickému zhoršení jejich stavu. Pobyt a výuka těchto žáků v domácím prostředí pro ně samotné znamenala zvýšení pocitu bezpečí a klidu, ale zabrzдила již probíhající procesy přizpůsobování a tvorby „vhodného a přijímajícího prostředí školního a klimatu školníhokolektivu“.

Psychické poruchy a jejich projevy aneb Čeho si všímat u žáků ve škole?

Psychické poruchy a nemoci jsou přetrvávajícího rázu a silně ovlivňují myšlenky, emoce, chování a celkové fyzické zdraví. Včasný zachycení signálů a zahájení intervence zajistí včasnou podporu u dětí a dospívajících, což povede ke zmírnění jejich symptomů a umožní žákům žít pokud možno kvalitní a plnohodnotný život.

Každé duševní onemocnění má své symptomy a typické projevy, které budeme specifikovat níže v textu, ale obecně existují varovné signály, které naznačují počínající duševní problémy a je zapotřebí vyhledat profesionální pomoc.

V projektu „Všech pět pohromadě“ (<https://vsechpetpohromade.cz/wp-content/uploads/2022/04/Projevy-a-priznaky.pdf>) jsou shrnuty varovné signály, kterých si můžeme u dětí všímat:

- ztráta motivace a zájmu o aktivity, které děti a dospívající dříve bavily
- zhoršená koncentrace nejen škole i v běžných situacích
- pocity bezcennosti či zbytečnosti
- výrazné a náhlé zhoršení školního výkonu a prospěchu
- extrémní změny nálad včetně nekontrolovatelných pocitů euforie nebo dlouhodobých pocitů podrážděnosti či hněvu nebo záchvatů vzteku
- dlouhodobý pocit smutku, sklíčenosti nebo strachu
- vyhýbání se přátelům a společenským aktivitám
- změna spánkových návyků, problémy se spaním, dlouhodobé pocity únavy a nedostatku energie, časté noční můry
- změna stravovacích návyků, jako jsou nepřiměřené přejídání nebo dlouhodobé nechutenství, strach z přibývání na váze nebo nadměrné obavy o vzhled
- nadměrné užívání návykových látek
- četné tělesné obtíže bez zjevných příčin, např. bolesti hlavy, žaludku, neurčité a trvalé „bolesti“
- projevy sebepoškozování, jako jsou nepřiměřené zahalování (např. dlouhé rukávy v létě, náramky na zápěstí), řezné rány, popáleniny na kůži, připravené výmluvy na cíleně zaměřené otázky
- přemýšlení o sebevraždě, používání vět typu: *„Nemá to smysl. Už na tom nezáleží. Kéž bych se nikdy nenarodil. Kéž bych umřela. Nikomu na mně nezáleží. Nikomu bych tu nechyběl. Jsem pro ostatní přítěž. Nemám pro co žít. Už se o mě nebudete muset strachovat. Přeji si, abych byla mrtvá.“*

Děti tráví ve škole velké množství času a při odhalování psychických poruch mimo rodinné prostředí hraje škola vysoce důležitou a významnou roli. Škola jako instituce prostřednictvím svých pedagogů sehrává významnou roli při odhalení symptomů poruch, ale také při jejich řešení. Jak píše výše, mnoho psychických onemocnění se projevuje právě v dětském věku, a škola je místem, v němž by dítě mělo mít šanci najít oporu. V rodině může jejich včasnému rozpoznání bránit citová zainteresovanost, nemožnost srovnání s vrstevníky. Dále i strach z potvrzení „rodinné“ predispozice, nebo strach z reakcí okolí, předsudků a nervozita z dané diagnózy: „*Přeci moje dítě není blázen!*“

Učitel je často ten, kdo může žáku v psychické nepohodě pomoci jako první – všimnutím si, otevřeným přijetím a prostým vyslechnutím. Při další práci s žákem by ale neměl zůstat sám a spojit se se školním poradenským pracovištěm.

Každá větší škola má poradenské pracoviště, které by se mělo skládat z metodika prevence, výchovného poradce, speciálního pedagoga, školního psychologa a v ideálním případě sociálního pedagoga či etopeda, nebo zřízenou pozici výchovného poradce a školního psychologa na částečný úvazek.

Charakteristika nejčastějších poruch ve školním prostředí

Afektivní poruchy u dětí

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních symptomů jsou buď sekundární k změnám nálady a aktivity, nebo mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. Nástup individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací

(citováno z MKN-10: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F30-F39>)

Typické základní dělení je na depresi, máni a bipolární poruchu, kde se dané fáze střídají.

Deprese

Deprese je porucha nálady, zhoršení emočního stavu trvalejšího rázu, které ovlivňuje další psychické a somatické funkce. Do 70. let 20. století byla existence dětské deprese zpochybňována, psychické poruchy u dětí totiž nemají takovou prevalenci jako v pozdějším věku a vyznačují se některými odlišnostmi od symptomatiky depresí dospělých. Často lze hovořit o maskované depresi. Objevují se symptomy jako hyperaktivita či opačně nápadný útlum, zhoršení v učení či chování, negativismus, množství somatických příznaků jako např. bolesti hlavy, ranní zvracení, bolesti na hrudníku, noční pomočování, únavnost. Velmi časté jsou úzkosti a fobie. Problémy v chování (poruchy chování) a úzkostnost (fobie, separační úzkost) jsou nejčastější u dětí, méně časté u adolescentů a nejméně významné u dospělých (Paclt & Florian, 1997; Paclt, 2001).

Deprese s sebou přináší zhoršení fungování ve vztahové rovině a směrem ke škole většinou pokles školní výkonnosti. Pojí se často s negativními jevy jako sebepoškozování, suicidální jednání, užití návykových látek. Bývá velký podíl dědičnosti, vliv rodinných predispozic.

Tabulka 1. Typické symptomy deprese (Goetz, 2005, p. 271)

Emoční	Kognitivní	Somatické
<ul style="list-style-type: none">- přetrvávající smutná nebo podrážděná nálada- ztráta zájmu o aktivity, které měl dříve rád, ztráta přání- ztráta prožitku štěstí – anhedonie	<ul style="list-style-type: none">- obtíže s koncentrací a pamětí- ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty- pocity vlastní neschopnosti, beznaděje, sebeobviňování- vracející se myšlenky na sebevraždu	<ul style="list-style-type: none">- pokles nebo ztráta energie- zvýšená unavitelnost- změny v chuti k jídlu a změny hmotnosti- poruchy spánku- psychomotorické zpomalení, ale i agitovanost

Jaký je výskyt? U běžné populace se předpokládá v dětství výskyt 1–4 % populace, dle použitých pramenů, směrem k adolescenci se zvyšuje na 3–8 % a taktéž se zvyšuje podíl dívek, bývají 2× více postiženy (Goetz, 2005). Nespecifikované depresivní syndromy se vyskytují u 5 % předškolních dětí, u 6 % dětí 1. stupně základní školy a u 9 % dětí ze škol 2. stupně. Depresivní příznaky jsou součástí více diagnostických jednotek, nejznámější a nejčastější jsou depresivní poruchy, úzkostně depresivní poruchy a bipolární afektivní porucha.

U skupin dětí s nějakým dalším onemocněním je výskyt mnohonásobně vyšší (dětí s vleklými somatickými obtížemi, jako jsou nádorová, autoimunitní a endokrinní onemocnění). Např. diabetes mellitus I. stupně zvyšuje až dvojnásobně výskyt depresivních symptomů oproti dětem bez nemoci. Dále byla zjištěna dle Biederman, Faraone, Mick a Lelon (1995) až 50% psychiatrická komorbidita, nejčastěji šlo o nějakou formu úzkostné poruchy (30–80 %), ADHD (40 %) či o poruchy chování (10–80 %).

Tabulka 2. Nejčastější psychiatrické komorbidity juvenilní deprese a jejich význam (Park a Goodyer; Biederman et al.; Kovacs et al. in Goetz, 2005, s. 272)

Úzkostné poruchy (30–80 %) <ul style="list-style-type: none"> • zvyšují riziko opětovného výskytu/relapsu • zvyšují riziko abúzu návykových látek • je vyšší riziko suicidia
Poruchy chování (10–80 %) – v MKN-10 samostatně – Depresivní porucha chování <ul style="list-style-type: none"> • příznaky poruch chování mohou překrýt symptomy deprese a přetrvávat i po jejím odeznění • deprese s poruchami chování vykazuje menší tendenci k opakování
ADHD (40 %) <ul style="list-style-type: none"> • deprese se objevuje jako komplikace • konfliktnější prostředí se může podílet na podpoře depresivní symptomatiky
Dystymie (30 %) <ul style="list-style-type: none"> • na dystymii nasedající depresivní epizoda „double depression“ mívá delší průběh • je vyšší riziko suicidia • může představovat základ pro rekurentní depresivní poruchu
Abusus psychoaktivních látek (20–30 %) <ul style="list-style-type: none"> • je vyšší riziko suicidia
Obsedantně kompulzivní porucha (10–30 %) <ul style="list-style-type: none"> • zhoršuje prognózu deprese – zvyšuje riziko chronického průběhu

Tematika úzkosti, neuróz

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Úzkostné poruchy mohou být různé fobie, generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost) apod.

Nejtypičtější představou je

Generalizovaná úzkostná porucha (F 41.1), kdy základní vlastností je generalizovaná a přetrvávající úzkost, která není vztažena na žádné zvláštní zevní okolnosti, ani se nevyskytuje převážně v závislosti na nich. Hlavní příznaky jsou různé, většinou jde o pocity nervozity, třes, svalové napětí, pocení, světloplachost, palpitace, závratě a tlak v epigastriu. Často jsou přítomny strach a jiné obavy, že pacient sám nebo jeho příbuzní brzy onemocní nebo budou mít nehodu. (citováno z MKN-10: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F41.1>).

Směšená úzkostná a depresivní porucha (F 41.2.) Této položky by mělo být použito, když jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný zřetelně nepřevažuje a žádný není vyjádřen natolik, aby opravňoval k diagnóze, pokud by byl hodnocen samostatně. Jsou-li úzkostné a depresivní příznaky natolik závažné, aby opravňovaly samostatné

diagnózy, měly by být zaznamenány obě a této položky by nemělo být užito. (citováno z MKN-10: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F41.2>)

Úzkost

Strach a úzkost jsou přirozenou součástí našeho života, upozorňují nás na možná nebezpečí a rizika. Během vývoje se formy strachu a úzkosti mění a každé období má své typické formy. My zde uvedeme typické úzkosti se vztahem ke školnímu prostředí.

Mezi **tělesné příznaky** se řadí například bušení srdce, sevření hrudi, ztížený dech, točení hlavy, tlak ve spáncích, rozostřené vidění, závratě, sucho v ústech, zažívací obtíže. V oblasti **myšlení** se vtírají katastrofické představy, myšlenky týkající se budoucnosti, smrti, chování druhých. Problém je v neschopnosti zastavit tyto automatické myšlenky a obavy, tento tok vede ke změně nálady do napětí, úzkosti a bezradnosti (Kennerleyová, 1998; Praško & Vyskočilová, 2005).

V předškolním věku se vyskytují klasické **fobie** poměrně zřídka. Přesto tento věk může být spojen se vznikem různých strachů a dětských fobií, které mohou vymizet a bývají způsobeny spíše vlivem magického myšlení

S nástupem školního věku se objevují úzkosti spojené se školou, výkonem a hodnocením sebe sama a svého výkonu. Rozvinout se může **separační úzkost** a **školní fobie**. Je důležité rozlišit tyto dvě od sebe. U školních fobií je diferenciacním znakem strach pouze ze školy a situací s ní spojenými, ale žák zvládá jiné odloučení (kroužek, skaut, tábor). Separační úzkost se často projevuje inhibovaným chováním, žáci mohou podávat dobré výkony ve škole, ale jsou tišší, mají strach ze selhání. Situace může být spojena se školní nezralostí (Matějček, 2011), především v oblasti emoční a sociální zralosti. Řešením je zkrácená doba pobytu ve škole, pokud je možné. V současnosti, s povinnou školní docházkou do školy mateřské v posledním roce před školou, se situace zlepšuje. Je možná spolupráce se školním psychologem, kde se řeší vhodná emoční podpora žáka i rodičů a vyjednává spolupráce s pedagogy. Školní psycholog také pomáhá s organizací zápisu do základních škol a případně může odhalit školsky nezralé děti a komunikovat pak s pedagogicko-psychologickou poradnou ohledně odložení školní docházky.

Opravdu psychická porucha, mimo osobnostní úzkostné rysy, projevující se výrazně zvýšenou úzkostí, může být **generalizovaná úzkostná porucha (F 41.1)**. Děti s touto poruchou provází všeprostupující úzkost, neustále jsou v napětí. Bývá doprovázena psychosomatickými symptomy jako závratě, bolesti hlavy, břicha, bušení srdce, tlak na hrudi, pocení či zvracení. Chování dítěte může být jednak inhibované, jednak se může projevit psychomotorický neklid. Pozornost bývá oslabena, dítě je více unavitelné, může mít problémy s usínáním, spánkem. Častým rysem pojícím se s touto poruchou je **perfekcionalismus**, snaha plnit požadavky na 100 % a určitá ulpívavost na přesném provedení činnosti. Porucha může mít genetický podklad, podporují ji projevy úzkosti u členů rodiny, taktéž složitá životní období mohou poruchu nastartovat a podněcovat (viz kapitola COVID, traumatické události, dlouhodobý stres). Taktéž výchovný styl a nereálná očekávání rodičů od dítěte v oblasti výkonů nejen školních, ale například i uměleckých či sportovních podporuje vznik a vývoj poruchy (Pöthe, 2003). Při nástupu adolescence může docházet i k **sebepoškozování**. To lze odhalit pomocí nepřiměřeného zahalování (například dlouhé rukávy v létě, náramky na zápěstí), řezných ran, popálenin apod. Dle Krejčířové a Říčana (2006) na konci docházky do základní školy žáci mohou pociťovat úzkost s výběrem povolání, dalším směřováním, smyslem života.

Při podezření na psychickou poruchu či jakékoliv ohrožení duševního zdraví je nutné spojit síly pedagoga se školním psychologem. Psycholog může dítě emočně podporovat a snažit se kognitivně ovlivnit náhled na přesvědčení, která má, a podporovat ho v nácviku zvládání

nepříjemných situací. Často je využíváno **nácvik relaxačních technik a výtvarných** či jiných **expresivních technik**. Pomoci může také domluva s pedagogem ohledně požadavků a hodnocení, uklidňující vedení. Přímá terapeutická práce je však většinou v rukách externího odborníka, pokud je nutné a pokud se jedná o psychickou poruchu, je třeba i vyjádření a spolupráce s dětským psychiatrem. Pokud se podaří vytvořit prostor pro rodinnou terapii (mimo školu, to už není záležitost školy), je to velmi vhodné.

Hlavním úkolem školního psychologa je odhalit případy sebepoškozování a motivovat k další léčbě v externím odborném pracovišti (psychiatrická ambulance). Je nutné komunikovat s rodiči a přesvědčit je o důležitosti podchycení znaků poruchy a včasné intervenci. Dále se může podílet na emoční podpoře, nácviku zvládání stresu a realizaci doporučení z odborného pracoviště.

Školní psycholog spíše provádí podporu při začleňování žáka do třídního kolektivu, podporuje klima přijetí ve třídě, pomáhá vytvářet méně úzkostné prostředí, edukuje pedagogy. Může formou primární prevence či poradenských konzultací přispívat ke zvládání běžných „úzkostí“.

Je významné v rodině i ve škole pracovat na emocích, učit se negativní emoce lépe zvládat a rámovat (Ellis, 2001). Také však posilovat se v činnostech, které žák umí a zvládá, zvyšuje tím pocit své zdatnosti, kompetentnosti. Lze pracovat na pozitivní „vnitřní řeči“. Techniky práce s emocemi naleznete v metodice Emoce od Věry Neusar v rámci tohoto programu. Vhodná je KBT (kognitivně-behaviorální terapie), kdy žák porozumí svým úzkostem, učí se vnímat nástup úzkosti a pracuje na zklidnění; lze využít „očkování proti úzkosti“, což znamená postupné vystavování náročným situacím (Praško & Vyskočilová, 2005).

Mimo relaxační techniky bývá vhodné využívat tělesná cvičení, pravidelné pohybové aktivity, například návštěva fitness-centra – pravidelná péče o tělo zlepšuje schopnost odolávat příznakům úzkosti.

Schizofrenie

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují: ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20-F29>).

Schizofrenie je v dětství diagnostikována ve věkovém rozmezí mezi 10.–15. rokem, a to v prevalenci kolem 4 %. Vzácně diagnostikovatelná je ve věku pod 10 let (max. 1 %). Schizofrenní porucha může vzniknout náhle, jindy se pomalu rozvíjí (tzv. prodromální stadium) a nástup může trvat měsíce. Dle Malé (2008) se často v sociální anamnéze (až ve 40 %) vyskytuje konfliktní rodinné prostředí (tzv. „rozbitý domov“). Pacienti mají v dětství častější zážitek smrti včetně smrti rodičů. Bývají pozorovány již v předškolním věku špatné vztahy s vrstevníky, děti bývají kolektivem odmítány často před vypuknutím poruchy. Prognóza je díky psychofarmakům lepší než na začátku minulého století, přesto podstatně horší než u dospělých pacientů.

Dle Malé (2008, s. 283) uvádím doslovný popis varovných počátečních příznaků, kdy by pediatr měl v rámci diferenciální diagnostiky poslat dítě k psychiatrickému vyšetření, tyto příznaky mohou vysledovat samozřejmě rodiče a často pedagogové, obzvláště jedná-li se sociální kontakt a fungování s vrstevníky:

- dítě se náhle izoluje, nebo naopak hledá pomoc u svého okolí se zvláštním „nalepením se“, nebo opakujícími se dotazy (například „*Nezlobíš se? Není to špatně? Je to tak dobře?*“) s tím, že jakákoliv odpověď dítě neuspokojí,
- objevují se náhlé, neodůvodněné poruchy chování, změny nálady, odmítání sociálního kontaktu, regresivní chování,
- nápadný přechodný autismus u školních dětí, denní snění u adolescentů,
- typické jsou nesoustředivost, poruchy paměti, neschopnost učit se novému.

Prodromální stadium schizofrenie u dětí je definováno (Malá, 2008, s. 283):

- neadaptivními osobnostními rysy,
- sníženou frustrační tolerancí, zvýšenou impulzivitou,
- afektivními rapti, agresivitou v rodině,
- poruchou kognitivních funkcí se školním selháváním.

U adolescentů se prodromální stadium schizofrenie nejčastěji projevuje (Malá, 2008, s. 283):

- neadekvátním vztahem k realitě,
- neschopností empatie, citovou plochostí,
- narušením interpersonálních vztahů, distancí ke stejně starým dětem, nezájmem o druhé pohlaví,
- špatnou emoční kontrolou,
- kognitivním zhoršením,
- školní maladaptací (prospěchovou i sociální),
- pozvolnou ztrátou všech zájmů.

Psychotické děti premorbidně vykazují (Malá, 2005):

- problémy s koncentrací pozornosti a kognitivní zhoršení,
- opožděný vývoj řeči,
- zvláštní nebo málo maturované odpovědi,
- vyšší podezřívavost a stavy úzkostného strachu,
- neobvyklé somatické stížnosti,
- zvláštní bizarní motorické pohyby (rituály, echopraxii, stereotypie, manýrování),
- ztrátu zájmů a aktivit odpovídajících věku,
- sociální odtažení.

Varovné příznaky svědčící pro podezření z abúzu drog nebo na psychotické onemocnění jsou: – zhoršení komunikace a sociální adaptace; afektivní dráždivost a agrese; únik ze všech povinností.

Jak se léčí schizofrenie u dětí?

Základem je farmakoterapie, léčba bez farmakoterapie není u této poruchy myslitelná. Vždy je nutný informovaný souhlas rodičů.

Nejčastěji se provádí psychoedukativní terapie, kognitivně-behaviorální terapie, nácvik obnovy kognitivních funkcí a individuální, skupinová i rodinná psychoterapie. U adolescentů je vhodná pracovní terapie.

Zpočátku je hospitalizace nezbytná, po zvládnutí akutního stavu je indikována následná péče v denním stacionáři a návrat do školy, alespoň formou individuální výuky. Terapeuticko-psychologicko-sociální přístup jištění dítěte či adolescenta pomáhá aktivovat pozitivní síly a zlepšuje kvalitu života.

Jak mohou přispět k léčbě rodiče?

Diagnóza schizofrenie je deprimující pro všechny rodiče. Počáteční období bývá hodně těžké, medikace je nezbytností. Dítě nebo adolescent potřebuje mnohem větší pozornost a péči než jeho zdraví vrstevníci. Nemocní hodnotí běžné situace jinak, dávají jim jiný význam, jenž je z pohledu zdravého člověka nesmyslný a nesprávný. Bez medikace nemocného bývá soužití v rodině nemožné. Pro rodiče je to velká zátěž. Porucha dítěte od nich vyžaduje velkou dávku trpělivosti, pochopení a mnoho láskyplné důslednosti – tím nemocný získává zpět pocit jistoty ve světě pro něj tolik nejistém (Malá, 2005, 2008).

Trauma jako častá příčina psychických poruch

Rané trauma v dětství, které vznikne před šestým rokem života, má vliv na duševní zdraví. Mezi reakce na trauma lze počítat mimo jiné i úzkostnost, deprese či paniku, proto zde vkládáme tuto kapitolu.

Důsledky traumatické události zažité dítětem se ve školním prostředí objevují na různých úrovních – a neměly by být ignorovány a podceňovány. Školy a školní instituce by měly být připraveny předcházet možným rizikům, rozpoznat varovné signály a efektivně řešit konsekvence traumatu. Rozšíření znalosti o problematice traumatu u pracovníků školních poradenských zařízení, ale i pedagogů samotných posiluje prevenci rizikového chování a prohlubuje pocit připravenosti pedagoga zvládnout danou situaci ve školním prostředí.

Dále rané trauma v dětství často bývá zdrojem poruch pozornosti s hyperaktivitou (ADHD, ADD), posttraumatické stresové poruchy. Příkladem vysoce traumatizujících událostí může být smrt blízkého člověka, sebevražda či pokus o sebevraždu v rodině nebo u někoho blízkého, rozvod rodičů či psychické, fyzické a sexuální zneužívání, traumatizující dopady mohou mít ale i extrémní chudoba rodiny, uvěznění rodiče nebo zneužívání drog a alkoholu u rodičů. Příčinou traumatu může být ztráta zdraví (nemocnost, chronická bolest), případně lékařské zákroky (zejména bolestivé zákroky prováděné v dětství v oblasti hlavy, jako jsou trhání zubu či mandlí nebo oční a ušní zákroky). V rámci školní docházky má mnoho dětí traumatické zkušenosti se šikanováním a jinými rizikovými faktory (Doležalová et al., 2017).

Deset tipů pro pedagogy (Doležalová et al., 2017, s. 24):

- Pedagogové by měli klíčové kompetence týkající se problematiky traumatu nabývat formou vzdělávání zaměřeného na informovanou intervenci a základní práci s traumatem ve školním prostředí.
- Měli by důvěřovat v přirozenou úzdravu u dětí – a tento proces nepodceňovat.
- Pedagogové pracující s traumatizovanými dětmi a adolescenty by si měli být vědomi rizika posttraumatické stresové poruchy a sekundárního traumatického stresu.
- Vyhnout se rizikům retraumatizace při práci s traumatizovanými dětmi a adolescenty.
- Vytvořit a popsat základní strategický rámec, jak pracovat se skupinou nebo jednotlivci v případě traumatické události či osobního traumatu, vytvořit preventivní opatření.

- V případě traumatické události zajistit zdraví a bazální emoční bezpečí dítěte a kontakt s rodiči.
- Znát varovné signály a spektra symptomů objevujících se v chování jednotlivců, kteří prožili traumatickou událost.
- Pedagogové, podobně jako jiní profesionálové, také ve vlastním životě mohli zažít trauma. V případě potřeby by se neměli obávat vyhledat pomoc a sdílet svůj příběh.
- Být schopen identifikovat rizikové situace, spouštěče, které mohou vést k znovuprožívání traumatických vzpomínek, a vytvořit si osobní strategie ke zvládnání těchto situací.
- V případě traumatické události – zabezpečit logistiku, obnovit běžný chod školy, instituce, pravidel a struktury.

Základní intervence ve věku 6–8 let (Doležalová et al., 2017, s. 16)

- Sdílet příběhy, pohádky a společné hry.
- Hrát si s dětmi a dovolit jim sledovat proces interakcí dospělých při hře.
- Podporovat svobodné vyjádření pocitu.
- Dovolit dětem zapojit se do rituálů.
- Ptát se dětí na jejich názor, odpovídat pravdivě na jejich postupně přicházející otázky.
- Dovolit jim spát s rodiči, zvířetem, hračkami, symboly.
- Podporovat zdravou vyváženou stravu, pohyb a sport, umělecké a rozvojové aktivity.
- Rozvíjet a podporovat jistou citovou vazbu.

Základní intervence ve věku 9–12 let (Doležalová et al., 2017, s. 18)

- Pokračovat v rutinních věcech doma, rozvíjet rituály ve škole i v rodině, vrátit klid do praktických záležitostí.
- Podpořit vnímání, pochopení a odlišení psychických pocitů bolesti od fyzických pocitů (například při expresivním vyjádření v arteterapii, dramaterapii nebo hrách).
- Vyvážit poskytování psychické podpory a praktické struktury.
- Normalizovat všechny pocity – je možné mít všechny tyto pocity.
- Podporovat zdravou vyváženou stravu, pohyb a sport, umělecké a rozvojové aktivity.
- Pokusit se najít odbornou podporu, poradenství, individuální/rodinnou psychoterapii.

Základní intervence ve věku 13–17 let (Doležalová et al., 2017, p. 20)

- Porozumění, akceptace a přijímání emočních výkyvů, nebagatelizovat chování, které může být plné změn a konfliktů.
- Dovolit být s přáteli, spolužáky.
- Podporovat zdravou vyváženou stravu, pohyb a sport, umělecké a rozvojové aktivity.
- Sledovat změny v chování, například náznaky deprese, vyhledat včas odbornou pomoc.
- Dát možnost, aby vyjádřili svou víru a spiritualitu jakýmkoli možným způsobem.
- Hovořit s nimi o jejich myšlenkách a otázkách – pokud o tom hovořit chtějí.

Akceptovat jejich hudbu, věci, symboly.

Dítě s psychicky nemocným rodičem (Brožková et al., 2016, s. 4–5)

V úvodu kapitoly jsme si řekli, že na vývoj psychických poruch má velký vliv i genetická zátěž, považujeme tedy za vhodné uvést poznámky o životě s psychicky nemocným rodičem.

Život s člověkem, který má psychické problémy, je náročný, má svá specifika a zvláštnosti. Nemocný člověk se může chovat nelogicky, mít „různé tváře“, které se mohou rychle měnit. To člověka, který s ním žije, znejišťuje. Je náročné, aby se lidé na sebe navzájem dokázali naladit. Je náročné, někdy i nemožné, vysvětlit si vzájemně věci, porozumět si.

Psychicky nemocný rodič je zpravidla rodičem nestabilním. Dítě je často vychováváno bez pravidel a v nejistotě, protože rodič prudce mění své postoje. Takové dítě prožívá permanentní strach ze změn. Neexistuje jistota v chování rodiče ani v jeho reakcích na chování dítěte. Stává se, že rodič vlivem nemoci neplní slíbené věci.

Rodiny a psychické nemoci

Psychické nemoci se mohou v rodinách kumulovat. Vyskytuje se zde rodová zátěž, která se projevuje různými psychickými nemocemi u různých členů rodiny. Můžeme si všimnout např. určitých zvláštností:

- Rodič s depresí se kvůli zhoršenému soustředění a zpomaleným reakcím může projevovat jako rodič, který dítě zanedbává.
- Dítě vyrůstající s psychicky nemocným rodičem v emočně nestabilním prostředí má zvýšené riziko rozvoje například hraniční poruchy osobnosti.
- Schizofrenní rodiče žijí ve zkresleném světě, do kterého uvádějí i své děti. Pro ty je nanejvýš důležitý kontakt se „zdravým světem“.
- Zvláštní kapitolou mohou být „závislé vztahy“ v rodině. Můžeme se setkat s dítětem, které například vychovávají matka a babička, které „nedokážou žít spolu ani bez sebe“.

Jak pomoci

- Povídat si s dětmi. Pro děti je důležitý pocit, že na problémy nejsou samy. Že si mohou v bezpečí o všem mluvit. O věcech normálních i o věcech méně běžných.
- Kontakt s lidmi, s „normálním prostředím“. Děti neznají jiné alternativy než svůj „svět“ a nejsou schopny nadhledu. Neumí vyhodnotit, co je ještě normální v rámci širší normy a co je již mimo normu.
- Pro děti je důležité, aby věděly, že za psychickou nemoc nemohou ani ony ani jejich rodiče. Zvláštním případem mohou být psychické nemoci, které se „rozjely“ kvůli braní návykových látek, avšak i v tomto případě je to často spojeno s genetickou dispozicí.

Odborná pomoc

Pokud je potřeba, pomůže obrátit se na odbornou pomoc kvůli informacím, popřípadě kvůli terapii.

Programy, projekty pracující s tematikou psychických poruch u dětí a adolescentů

Pracovníci školního poradenského zařízení najdou mnoho podnětů pro svou práci v následujících odkazech na projekty s problematikou duševních poruch. Viz níže:

Všech pět pohromadě <https://vsechpetpohromade.cz/program/> – Cílem je podporovat pozitivní duševní zdraví skrze sociálně emoční učení a duševní gramotnost. Program je

vyvinut tak, aby v průběhu 20 lekcí rozvíjel komplexní dovednosti žáků pod vedením vyškoleného pedagoga vybaveného podrobným manuálem. Všechny lekce jsou podrobně rozepsané a usnadňují předávání znalostí a dovedností pro zvládání emocí a stresu, podporují zdravou komunikaci, zvládání konfliktních a náročných situací, budování zdravých vztahů či včasnou identifikaci a řešení případných psychických potíží.

Blázníš? No a! <https://www.blaznis-no-a.cz/> – Vzdělávací, zážitkový a interaktivní program primární prevence pro pedagogy, třídní kolektivy, žáky a studenty ve věku 15–20 let. Rozvíjí dovednosti, znalosti a postoje v oblasti péče o duševní zdraví.

Nevypust' duši! <https://nevypustdusi.cz/> – Workshop Duševní zdravotní péče pro středoškoláky/středoškolačky je zaměřený na osvětu a prevenci v oblasti duševního zdraví a duševních onemocnění. Cílem preventivního programu je zvýšit gramotnost v oblasti duševního zdraví u dětí a mladistvých, snížit potenciál rozvoje duševních onemocnění a podpořit zdravou péči o jejich psychiku a včasné vyhledání odborné pomoci.

Asociace dětské a dorostové psychiatrie ADDP <https://www.addp.cz/>

Shrnutí

V této kapitole jsem nastínila teoretický podklad pro problematiku psychických poruch a poruch emocí s nástupem v dětství a adolescenci. Školní prostředí je významným pomocníkem při depistáži, vyhledávání příznaků psychických poruch, škola je často místem, kde se odhalí první příznaky poruchy či nemoci. Tato situace musí být konzultována na školní úrovni se školským psychologem a je třeba citlivě rodičům vysvětlit podezření na diagnózu, potom je důležité posunout celou situaci k odborníkovi, v daném případě dětskému psychiatrovi. Ve školní praxi se často jedná o podpůrnou edukativní složku léčby poruchy a o podporu žáka v procesu přijetí či znovupřijetí do školního kolektivu. Pedagogové by měli vytvářet klima porozumění ve třídách.

V textu jsou popsány vlivy pandemie COVID-19 na rozvoj psychických poruch a zvýšení jejich výskytu. Zde zdůrazňujeme především odhalené protektivní faktory, které lze používat obecně při práci s psychickými poruchami. Patří mezi ně (dobrá) komunikace mezi dětmi a rodiči, celkově pozitivní přístup ke složité a náročné situaci, vyzdvihování a hledání pozitiv na složité situaci, jako například trávení času s rodiči, více času na sebe sama a vlastní rozvoj. Je zmíněn význam dodržování denního režimu a bezpečné rutiny i v náročných situacích. Pomáhá to zvyšovat pocit bezpečí a jistoty.

Dále jsou popsány nejtypičtější psychické poruchy (deprese, úzkosti a neurózy, schizofrenie). Traumatická životní událost či dlouhodobé působení stresorů může být spouštěcím mechanismem psychické poruchy při výskytu vrozených predispozic. Proto popisujeme vliv traumatu na vznik duševních poruch.

Zmínujeme vliv rodinného prostředí na vznik, rozvoj i léčebnou podporu v životě žáků a adolescentů s psychickou poruchou.

Otázky a úkoly

1. V kapitole *Programy, projekty pracující s tematikou psychických poruch u dětí a adolescentů* vyberte jeden a pokuste se ho začlenit do školní praxe vaší školy (úvaha).
2. Vyjmenujte vlivy lockdownu na zhoršení situace výskytu duševních poruch u žáků a adolescentů.
3. Jaké projevy chování mohou být varovnými signály o možném počátku psychické poruchy ve školním věku?

Použitá literatura a prameny

Biederman J, Faraone S, Mick E, & Lelon E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 34: 579–590.

Bínová, Š. & Havelka, T. (2021) Duševní zdraví dětí a adolescentů v době pandemie covidu-19 z pohledu dětských a dorostových psychiatrů. *Pediatric pro praxi*. 22(3): 173–178.

Braun, R., Marková, D. & Nováčková, J. (2014). *Praktikum školní psychologie*. Praha: Portál.

Brožková, K., Munoz, A. C., Fidlerová, Z., Gabrišková, L., Chochulová, A., Linková, M., Přechová, M., Tomešová, I., Vítková, V., Valečková, A., Zahradníková, M. (2016). *Čtyři krizové situace očima dítěte. Průvodce pro pracovníky OSPOD*. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s HoSt Home-Start ČR.

Cost KT, Crosbie J, Anagnostou E, et al. Mostly worse, occasionally better: impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 26: 1–14.

Doležalová, P., Orliková, B., Kažmer, L., Drbohlavová, B. & Csemy, L. (2017). *Trauma v dětství a adolescenci. Průvodce pro pedagogy*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví.

Ellis, A. (2001). *Trénink emocí. Práce s emocemi na základě racionálně emoční terapie*. Praha: Portál.

Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. In *Pediatric pro praxi* 5/2005; pp. 271-274.

Kennerleyová, H. (1998). *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál.

Lazarová, B. (2005). *Netradiční role učitele. O situacích pomoci, krize a poradenství ve školní praxi*. Brno: Paido.

Malá E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.

Malá, E. (2008). Diagnóza schizofrenie v dětství a v adolescenci. *Pediatric pro praxi*, 9 (5), 282-284.

Paclt, I. (2001). Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku. *Psychiatrie pro praxi*. 2001/5, 212-215.

Paclt, I., & Florian, J. (1997). Deprese u dětí a dospívajících. *Čs. pediatrie*, 52, 206–211.

Pöthe, P. (2003). *Emoční poruchy v dospívání*. Praha: Grada.

Praško, J. & Vyskočilová, J. (2005). *Nadměrné obavy a úzkosti a jak je překonat*. Praha: Apotex.

Růžička a kol. (2013). *Krizová intervence pro speciální pedagogy*. Olomouc. UP.

Štípek, P. (2011). *Dítě na zabití*. Praha: Portál.

Uhlíř, J. (2021). Vliv pandemie covidu-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi* 2021; 22(6): 370–372.



Tento dokument je podléhající licencii Creative Commons. Uvedte jméno autora a zdroj.
Pro další informace o podrobnostech navštivte <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.