

CO DĚLAT, KDYŽ – INTERVENCE PEDAGOGA

V PŘÍPADĚ

PSYCHICKÉ KRIZE / DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ ŽÁKA



Autoři: Mgr. Alena Vrbová a Mgr. Linda Nývltová

Zpracováno: březen – červen 2020

Odborní konzultanti: Mgr. Barbora Hrdličková, Mgr. Jaroslava Paštiková, Mgr. Radka Votavová,

Doplněno o zpracované oponentury:

Za OSPRCH – PhDr. Lenka Skácelová
Za Kliniku adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze - doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.
Členové sekce primární prevence při A.N.O.
Krajští školští koordinátoři prevence
Pedagogicko – psychologická poradna Plzeň

Září – prosinec 2020

OBSAH

Obsah	1
Vymezení jevu	3
Duševní zdraví	3
Psychická krize	4
Psychická krize v dospívání	4
Duševní onemocnění	4
Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci	5
Duševní onemocnění a průměrný věk jejich nástupu	6
Depresivní příznaky podle věku	7
Úzkostné poruchy v dospívání	7
Panická úzkostná porucha v dospívání	8
Sociální fobie v dospívání	8
Bipolární porucha v dospívání	8
Schizofrenie v dospívání	9
Sebepoškozování v dospívání	9
Suicidalita v dospívání	10
Poruchy příjmu potravy v dospívání	10
Užívání návykových látek v dospívání	11
Disharmonický vývoj osobnosti	11
Východiska	12
Dospívání	12
Souvislost psychických potíží a rizikového chování	12
Varovné příznaky psychické krize	12
Rizikové a protektivní faktory	14
Na úrovni jedince	14
Na úrovni rodiny	15
Na úrovni školy a komunity	16
Na úrovni společnosti	17
Jak postupovat	17
Možnosti a limity školy a pedagoga	18

Návrh přílohy k Metodickému doporučení MŠMT č.j.: 21291/2010-28 - Psychická krize / duševní onemocnění

Doporučení pro „první“ kontakt s žákem	19
Co raději ne:	19
V jakém případě vyrozumět OSPOD/Policii ČR	20
Na koho se obrátit - síť partnerů, spolupráce v komunitě, kraji	20
Příklady kontaktů	22
Legislativní rámec	25
Úkol prevence v oblasti duševního zdraví	26
Použité zdroje a doporučená literatura, odkazy	27

Duševní zdraví ani nemoc nejsou rizikovým chováním. Jedná se o oblast, která se však velmi úzce prolíná s jeho jednotlivými formami. Z této samostatné široké problematiky se v následujícím textu soustředíme na ty jevy, jež mohou úzce souviset se školním prostředím a přinášíme návrhy postupů využitelných v rámci podpory žákům ze strany pedagoga.

Tato příloha metodického doporučení cílí zejména na žáky staršího školního věku a dospívající, a to proto, že se jedná o vývojové období v životě člověka, které je samo o sobě náročné, a navíc je typické pro častý výskyt psychických krizí, v některých případech také pro rozvoj vážných duševních onemocnění. Psychické potíže a duševní onemocnění předškolních dětí a mladších školních žáků nejsou o nic méně důležité a měl by jim být věnován stejně významný odborný prostor, nicméně toto období nese svá specifika, jež si zaslouží vlastní pozornost.¹

¹ Např. metodická podpora pedagogických pracovníků při vzdělávání žáků s poruchami autistického spektra (PAS) je zpracována v Příloze č. 22 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže <Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 >.

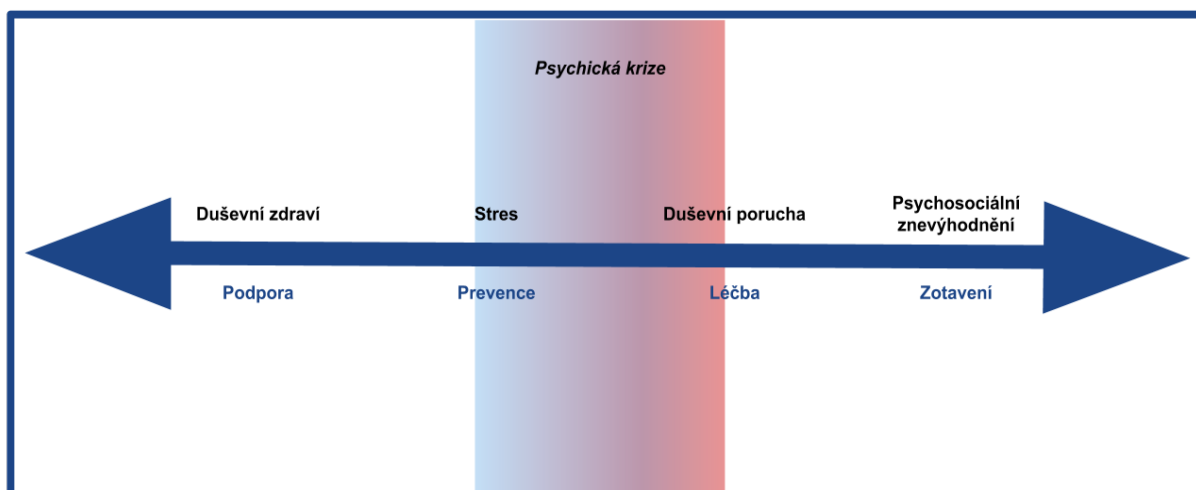
VYMEZENÍ JEVU

Než se pozastavíme u pojmů psychická krize a duševní onemocnění, je třeba zmínit, jak je obecně vnímán stav duševního zdraví.

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Duševní zdraví zahrnuje emocionální, psychickou a sociální pohodu. Světová zdravotnická organizace ho definuje jako: „stav pohody (well-being), kdy každý jedinec realizuje svůj vlastní potenciál, dokáže se vyrovnat s běžnými životními stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen přispívat své komunitě.“² Naše duševní zdraví ovlivňuje to, jak přemýšlíme, co cítíme a jak konáme, když se vypořádáváme se životem. Určuje také, jak zvládneme stresové situace, jak překonáváme těžkosti a výzvy, kterým někdy v životě čelíme, jak se vztahujeme k druhým lidem a rozhodujeme se. Zdravá sebeúcta a sebejistota zde hrají významnou roli.

Hranice mezi duševním zdravím a nemocí není jasně dána. Přejít mezi stavem zdraví a nemocí nebývá skokový. Spíše se jedná o **kontinuum**, mezi jehož póly se v průběhu celého svého života pohybuje každý z nás a na kterém se, jak se postupně vzdalujeme duševnímu zdraví, prohlubuje naše **neschopnost fungovat ve vnějším světě a zvládat běžné situace, zátěže či vztahy**. A podobně oscilujeme různě daleko od nemoci – na cestě k zotavení. **Pro všechny tyto fáze a pro co nejlepší zdraví je podstatné rozumět sám sobě, naučit se vnímat svoje emoce, pracovat s nimi nejen skrze nástroje duševní hygieny, ale prostřednictvím zvládnání každodennosti.** Během dospívání je prospěšné osvojit si pro to zdravé strategie a dovednosti.



Zdroj: Chisholm, D. (2019) – vlastní překlad

Duševní zdraví není černobílá kategorie, je to kontinuum, na kterém se v průběhu života pohybujeme.

² Vlastní překlad – http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

PSYCHICKÁ KRIZE

Termín psychická krize používáme pro některé psychické potíže/problémy zejména, když nabydou na své intenzitě. **Psychická krize bývá reakcí člověka na náročnou životní situaci, na nějakou dramatickou změnu. Bývá provázena negativními emocemi.** Jedinec se do ní dostane tehdy, klesne-li jeho resilience³, střetne-li se s nějakou překážkou, kterou již není schopen zvládnout sám, případně s podporou mechanismů, které fungovaly dříve, za podpory svých blízkých, a to v relativně krátkém čase a za běžných podmínek. „Akutní zvládnání krizové situace trvá obvykle 4–6 týdnů.“⁴ **Psychická krize se projevuje selháváním jak v osobním, tak pracovním životě** (např. partnerská krize, krize v zaměstnání, ve škole). **Změny se dějí ve všech oblastech** – v oblasti **biologické** (např. únava, neschopnost jíst nebo naopak nadměrná konzumace potravin, sladkého, případně alkoholu, cigaret, nekvalitní spánek), v oblasti **psychické** (objevují se např. smutky, deprese, pocity marnosti, obavy), v oblasti **sociální** (např. ubývá kontakt s přáteli, kolegy, spolužáky, jsme ve styku s nimi nepříjemní) a nesmíme zapomenout ani na oblast **spirituality**.

Právě spirituální část vývojové krize u adolescentů si zaslouží zvýšenou pozornost. A to zejména u jedinců, kteří hledají svůj smysl života upřímně a jsou schopni tvořivé revolty proti konvencím a kompromisům předchozí generace. U takovýchto jedinců může být část dospívání zvláště bouřlivá.⁵

PSYCHICKÁ KRIZE V DOSPÍVÁNÍ

Ve věku adolescence – v krátkém období několika let, dochází u jedince k velmi mnoha změnám. To je náročné i pro silného dospívajícího s podpurným a tolerantním zázemím, včetně chápající rodiny. V případě ztížených podmínek je třeba počítat s těžkostmi.⁶

Je také důležité připomenout rizikovost přechodu mezi jednotlivými vývojovými stádii. V období dospívání dochází k přestupu ze školy na školu (ZŠ – SŠ – VŠ), ke změně školního kolektivu, potřebě do školy (na praxi) dojíždět, k odloučení od rodiny (internát, kolej), přicházejí první partnerské vztahy, maturita, první zaměstnání, samostatné bydlení atd. **Ne vždy se jedná o extrémní psychickou zátěž, příprava na ni (posilování resilience, sebedůvěry a sebevědomí, dostupnost informací z oblasti duševního zdraví) může být v období adolescence podstatným nástrojem k tomu, aby mladý člověk krizi předešel a s psychickými potížemi se dokázal vyrovnat.**

DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Stanovení samotné diagnózy duševního onemocnění u dětí a dospívajících je složitým procesem, který přísluší do rukou odborníka/odborníků (psychiatr, klinický psycholog, pediatr, neurolog). Navíc správné pojmenování (diagnóza) není v daný moment to nejdůležitější. Mnohem důležitější je zabývat se příznaky. Train uvádí, že „chování dětí s poruchou se od chování ostatních liší pouze tím, že jeho projevy jsou závažnější, trvalejší a společensky obtěžující.“⁷ Také dále upozorňuje na to, že se jako rodiče „zdravotních problémů souvisejících s činností mysli a mozku bojíme tolik, že jsme ochotni obětovat štěstí a tělesné zdraví svých dětí: podle odhadů můžeme říci, že pouze jednomu z deseti dětí trpících určitými osobními problémy se dostává odborné pomoci.“⁸

³ Resilience = odolnost

⁴ Špatenková in Baštecká ed. (2009:147)

⁵ Říčan in Baštecká ed., (2009)

⁶ Říčan (1989)

⁷ Train (2000:14)

⁸ Train (2000:13)

PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM OBVYKLE V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

„Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci“ – pod tímto názvem je nalezneme v **Mezinárodní klasifikaci nemocí a příčin smrti (MKN-10)** jako diagnózy F90 až F98. Jedná se konkrétně o: **hyperkinetické poruchy** (porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha), **poruchy chování** (dále PCH) – (Mezi ně patří PCH ve vztahu k rodině, PCH socializovaného typu, PCH nesocializovaného typu a porucha opozičního vzdoru.); **smíšené poruchy chování a emocí; emoční poruchy se začátkem specif. v dětství** (např. separační úzkostná porucha v dětství, fobická úzkostná porucha v dětství); F94: **poruchy sociálních funkcí; tikové poruchy; jiné poruchy** (enuréza, enkopréza, koktavost...).

Hyperkinetická porucha ovlivňuje osobnost svého nositele, komplikuje jemu i jeho okolí život v mnoha oblastech. První projevy přicházejí v raném dětství nebo v dospívání. Jedná se o **přetrvávající opakované afektované nebo vzdorovité chování**, které **neodpovídá danému věku** a není srovnatelné s obyčejným „zlobením“ nebo „rebelií“. **Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)** je dědičným neurovývojovým syndromem daným narušeným fungováním v těch oblastech mozku, které **souvisejí s plánováním, předvídáním, zaměřením a udržením pozornosti, sebeovládáním**.⁹ Mezi základní příznaky patří **hyperaktivita, nepozornost a impulzivita**. Chování bývá výrazné a mnohdy těžko zvládnutelné, zejména tak mohou vznikat problémy ve škole, potíže s autoritami apod. ADHD se řadí mezi **nejčastější onemocnění dětského věku** - objevuje se u 4–12 % dětí.¹⁰ U 40–60 % pacientů ADHD přetrvává do dospělosti. V dospělém věku se projevy mohou skrývat pod obrazem deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti. Jedinci s neléčenou ADHD mají zvýšené riziko výskytu poruch chování, delikventního jednání a nadužívání návykových látek.^{11 12} **Porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD)** je poruchou pozornosti, kdy jedince vnímáme jako **zastněné, psychicky nepřítomné, pomalé** a někdy až „**neposlušné**“. Často **unikají do fantazií**, nereagují, když na ně někdo mluví, pokud v nich něco vyvolá zájem, jsou schopné věnovat takovéto aktivitě absolutní pozornost a naopak. Přibližně 30 % případů poruch pozornosti je spojeno s kombinacemi dílčích dysfunkcí (dyslexii, dysortografii, dyskalkulii a další), vyskytují se také s poruchami řeči (dysfázií, dyslálií, koktavost) apod.

Poruchy chování postihují 2,1 % dětí.¹³ Projevují se hrubým porušováním norem, např.: krádeže, agresivní chování, opakované lži či sexuální přestupky; s věkem jejich závažnost narůstá.¹⁴ Jsou způsobeny disharmonickým vývojem osobnosti, deprivací emocionální či sociální, nevhodným modelem rodičů či jiných vzorů (např. v partě vrstevníků, v zájmovém kroužku) s nepřijatelným chováním, projevem jiné psychické nemoci či mohou být projevem volání o pomoc.

Poruchy autistického spektra (PAS), zahrnující např. **dětský autismus, Aspergerův syndrom** ad., patří mezi závažné **vrozené geneticky podmíněné** psychické poruchy, které bývají označovány jako všepromikající neboli pervazivní vývojové poruchy. Autismus se podle nejnovějších výzkumů objevuje u více než 1 ze 100 dětí. Příznaky PAS se mění v čase, některé ve věku nad 5 - 6 let ustupují a objevují se nové symptomy (které se dají někdy přiřadit i k jiným psychickým poruchám). S tím souvisí fakt, že rozpoznání PAS ve vyšším věku dítěte může být více komplikované (a to zvláště u dětí s normálním intelektem) než při diagnostice autismu do 6 let věku dítěte. Diagnostika autistických poruch patří do rukou školeného dětského psychiatra.¹⁵ (*Podrobněji viz. Metodické*

⁹ www.nepozornidospeli.cz

¹⁰ Polanczyk et al. (2007)

¹¹ Biederman et al. (2005)

¹² Webové stránky s podrobnějšími informacemi o ADHD: www.addp.cz, www.nepozornidospeli.cz, www.adhdandyou.com

¹³ Polanczyk et al. (2015)

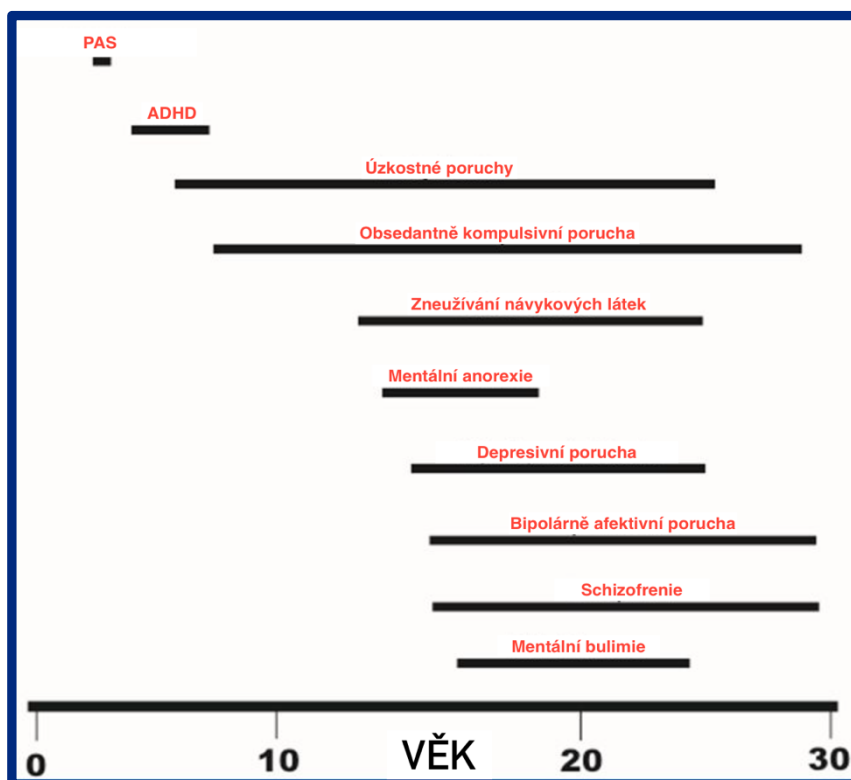
¹⁴ Řičan & Krejčířová (1995)

¹⁵ www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/

doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže <Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 > Příloha č. 22).

DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A PRŮMĚRNÝ VĚK JEJICH NÁSTUPU

Mezi duševní onemocnění, se kterými se v adolescentní psychiatrii můžeme také často potkat, patří **úzkostné poruchy, schizofrenní psychózy, bipolární afektivní poruchy, unipolární deprese**. Dále diagnózy, které MKN-10 uvádí jako možné pro diagnostiku v kterémkoli věku (nikoli jen u dětí a dospívajících): **schizofrenii, bipolární poruchu, depresivní poruchu, fobické úzkostné poruchy a závislostní poruchy**. Uvedená onemocnění se často vyskytují v kombinacích.



Zdroj: DSM – IV (2000) – vlastní překlad – průměrný věk nástupu vybraných jednotlivých duševních onemocnění

Depresivní porucha je dělena podle závažnosti na lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky. S těmi všemi se můžeme potkávat již v adolescenci, častěji ve formě **depresivní reakce v rámci poruchy přizpůsobení** – tzv. „**depresivní porucha chování**“ – ta je kategorizovaná právě pro dětský věk. Diagnostické kategorie u tzv. juvenilní deprese jsou shodné s těmi pro dospělou populaci. MKN-10 nevyčleňuje samostatná kritéria pro děti a dospívající (až na výjimky).

Deprese je označována za významný rizikový faktor zvyšující možnost sebepoškození a suicidalitu. Odborná literatura uvádí, že se deprese vyskytuje asi u 4–8 % adolescentů.¹⁶

¹⁶ např. Uhlíková (2012)

DEPRESIVNÍ PŘÍZNAKY PODLE VĚKU

VŠECHNY VĚKOVÉ SKUPINY	PŘEDŠKOLNÍ DĚTI	DĚTI ŠKOLNÍHO VĚKU	ADOLESCENTI
depresivní nálada	podrážděnost	depresivní vzhled	podrážděná nálada
poruchy soustředění	smutek	somatizace	anhedonie ¹⁷
Nespavost	anhedonie	agitace	pocity nudy
ztráta energie	plačtivost	separační úzkost	pocity beznaděje
pocity méněcennosti	omezení aktivit a zájmů	fobie	změny hmotnosti
pocity viny	odmítání kontaktů s vrstevníky		poruchy chování
suicidální myšlenky			hypersomie ¹⁸
			užívání návykových látek

Zdroj: Dudová, I. (2007)

Deprese dospívajících má (na rozdíl od dětské) mnoho společného s dospělými. Rozdílem pak může být na místo depresivní nálady nálada podrážděná. „**Pro depresi školáků jsou typické psychosomatické příznaky, hlavně bolesti hlavy, břicha a nevolnosti. Náladu hodnotí jako špatnou, obtížně se soustředí, jsou více unavení, podráždění a úzkostní. Mají problémy ve vztazích s vrstevníky i dospělými, často se zhoršuje jejich školní výkon. Místo nechutenství se může objevit tendence k přejídání, a tím i zvýšení hmotnosti.**“¹⁹ Dudová dále zmiňuje jako relativně časté i psychotické příznaky – bludy, sluchové halucinace, paranoi; uvádí zpomalené psychomotorické tempo a podrážděnost. „Do dospělosti přechází až 70% depresivních poruch adolescentního věku.“²⁰

ÚZKOSTNÉ PORUCHY V DOSPÍVÁNÍ

Patologická úzkost je nejdůležitějším symptomem spojujícím všechny úzkostné poruchy. Patří mezi ně např. generalizovaná úzkostná porucha, panická úzkostná porucha, fobické úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha nebo smíšená úzkostně-depresivní porucha. Už podle odhadu profesora Z. Matějčka (1991) byla problematika úzkostí třetím nejčastějším důvodem pro návštěvu poradenských služeb (hned za problematikou intelektových schopností a problémů spojených s ADHD). Úzkostné poruchy mají poměrně vysokou komorbiditu²¹, jsou si v mnohém podobné, ale každá má svá důležitá specifika. Praško (2005) uvádí, že každý druhý případ úzkostné poruchy je spojen s ještě minimálně jednou duševní poruchou, nejčastěji s další úzkostnou poruchou nebo depresí.

¹⁷ Neschopnost prožívat kladné emoce a city, neschopnost těšit se a radovat

¹⁸ Nadměrná denní spavost

¹⁹ Dudová (2007:29–30)

²⁰ Paclt (2001: 15)

²¹ Současný výskyt více nemocí

PANICKÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA V DOSPÍVÁNÍ

Jedná se o časově ohraničenou intenzivní úzkost, která propuká **bez zjevné vazby na nějakou konkrétní událost**. Tuto úzkost doprovází řada **různých nepříjemných symptomů, jakými jsou zrychlený puls, palpitace, třes, chvění, sucho v ústech, obtížné dýchání až zalykání se, nauzea, návaly horka nebo chladu, mravenčení, necitlivost končetin, strach ze zešílení, strach ze smrti**. Panickou ataku mohou provázet také psychické symptomy v podobě derealizace, depersonalizace²². Někteří jedinci se po prožití panické atace domnívají, že se jednalo o infarkt nebo mrtvici a vyhledávají pomoc na pohotovosti. Tady (i opakovaně) zjišťují, že je jejich somatický nálezný v normě. Přichází **trvalý strach z dalšího záchvatu** a řada různých somatických vyšetření. Takto hrozí rozvoj tzv. sekundární hypochondrie, ale také vyhýbavého chování a tím i agorafobie.^{23 24}

Praško (2005) zmiňuje celoživotní prevalenci panické poruchy mezi 1,4–3,5 % populace. Výskyt ojedinělých záchvatů se objevuje u 7–9 % lidí. Dodává, že často není porucha rozpoznána, a tedy ani léčena. Údaje o výskytu panické poruchy v dětství a adolescenci nejsou jednotné. Studie jsou většinou retrospektivní. 18 % dospělých pacientů trpících panickou poruchou zmiňuje její objevení před 10. rokem života, 7 % uvádí období mezi 10. a 15. rokem.²⁵

SOCIÁLNÍ FOBIE V DOSPÍVÁNÍ

Sociální fobii popisují obavy a strachy, které jsou spojeny se situacemi, ve kterých přichází v úvahu zvýšení pozornosti jiných lidí. Dotyční pociťují ve společnosti ostatních zvýšenou nervozitu a napětí. Toto pak vede k vyhýbavému chování a k nárůstu sociální izolace.²⁶

Sociální fobie se objevuje obvykle kolem puberty. Toto období je také typické pro stydlivost. Ta je oproti sociální fobii častějším jevem – nadměrný stud během života zažívá 80–90 % populace. V běžných situacích, při kterých býváme obvykle stydliví (první schůzka), se na rozdíl od sociální fobie, adaptujeme a náš stud se snižuje. U sociální fobie však naopak dochází k vyhýbavému chování.

Onemocnění se vyskytuje ve formě částečné sociální fobie (vystoupení) a ve formě generalizované (široce provázané jednotlivé fobie). Sociální fobie se nejčastěji objevuje ve věku 11–15 let, a **může být spojena se školní docházkou**. Tady bývá vyhýbavé chování kritickými situacemi značně omezeno – do školy se „musí“. Děti i dospívající mívají nejčastěji problémy s vystupováním před ostatními – sportovní, umělecké výkony, strach doprovází i zkoušení před tabulí nebo býtí a obědvání ve školní jídelně či používání WC.²⁷

BIPOLÁRNÍ PORUCHA V DOSPÍVÁNÍ

Bipolární afektivní porucha u adolescentů je vážným psychiatrickým onemocněním, při kterém se střídavě vyskytují období s výraznými poruchami nálady – **deprese nebo mánie**. Tyto epizody bývají provázeny poruchami myšlení, změnami tělesné i psychické aktivity a chování. Dudová zmiňuje, že se často projevuje atypicky a „bývá neepizodická, chronická, s kontinuálním rychlým cyklováním a smíšenými epizodami.“²⁸

²² Goetz, Hrdlička (2004)

²³ Agorafobie – původně označení obavy z velkého otevřeného prostoru, dále také obavy např. ze vstupu do nákupního centra, obchodu, dopravního prostředku či obavy z většího počtu lidí na jednom místě.

²⁴ Praško (2005)

²⁵ Praško (2005); Hort (2000)

²⁶ Například Hort (2000:221) popisuje fobii jako „iracionální strach z nejrůznějších objektů a situací, který vyvolává silnou úzkost (někdy až panické povahy).“

²⁷ Hort (2020)

²⁸ Dudová (2012: 7)

Train (2001) uvádí, že bipolární porucha postihuje podle odhadů 0,8 % populace. U jedné pětiny nemocných bipolární poruchou dojde k jejímu rozvoji právě během adolescence, a to nejčastěji mezi 15.–19. rokem.²⁹

V souvislosti s bipolárním onemocněním se může dospívající jedinec setkávat se školním neúspěchem a může se u něj objevit asociální chování, uvádí se také **zvýšené nebezpečí suicidality**.³⁰ Přibližně 20 % adolescentních pacientů provede alespoň jeden vážný suicidální pokus.³¹

SCHIZOFRENIE V DOSPÍVÁNÍ

Také výskyt schizofrenie je častý právě v období dospívání. Literatura uvádí, že v 60–70 % případů propuká před 25. rokem.³² Mezi příčiny onemocnění jsou řazeny: dědičná zátěž, vlivy prostředí, předchozí intoxikace kanabinoidy, halucinogeny či stimulancii, které mohou zvýšit riziko propuknutí nemoci či uspíšit její začátek.³³ Propuknutí onemocnění v adolescenci je charakteristické dramatickým nástupem, těžšími negativními symptomy, větší dezorganizací, různými typy halucinací a perzekucními bludy.

Mezi první projevy nemoci patří sociální izolace, zhoršení školního výkonu a neobvyklé chování, které nastupují průměrně rok před propuknutím pozitivních příznaků. U jedné třetiny jedinců s první epizodou schizofrenie se objevují také afektivní symptomy. Včasný vyhledání pomoci snižuje riziko pozdějšího propuknutí psychózy. V dalším průběhu onemocnění hrají důležitou roli také premorbidní³⁴ sociální zázemí a kognitivní schopnosti, délka trvání první epizody i délka léčby a negativní příznaky, které zhoršují prognózu (Hollis, 2015). U jedinců s psychotickými příznaky byla také zjištěna vyšší prevalence sebepoškozování a vyšší riziko sebevražedných pokusů.³⁵

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ

(Podrobněji viz. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže <Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 > Příloha č. 16 Sebepoškozování).

Je definováno jako záměrné ubližování sobě samému bez úmyslu vědomě se usmrtit. Je to způsob vypořádávání se s nepříjemnými duševními stavy. Je také jistým způsobem komunikace, zejména voláním o pomoc (stejně jako u suicidálního pokusu).

Jedinec, trpící nepříjemnými pocity – vztekem na sebe sama, úzkostí a napětím, které je těžké vydržet – zvládnout, se brzy dostává do začarovaného závislostního kolotoče. Neboť sebepoškozováním se toto vnitřní napětí uvolňuje vyplavováním hormonu tzv. dobré nálady (beta endorfinu). Sebepoškozování se tak jednoduše stává návykovou poruchou, která je často skrývána z důvodu studu.³⁶ Se sebepoškozováním se setkáváme ve formě škrábanců, řezání, záměrného popalování, vytrhávání vlasů, patří sem i polykání léků či předmětů. Sebepoškozování není uváděno jako samostatná diagnóza, ale jako symptom. Často se také projevuje jako součást následujících onemocnění: poruch osobnosti, závislostí, poruch příjmu potravy. Malá (2007) uvádí prevalenci u psychiatrických adolescentních pacientů ve výši až 60 %.

²⁹ Hort et al. (2000).

³⁰ Train (2001)

³¹ např.: Hort et al. (2000)

³² např. Hort et al. (2000)

³³ Hollis (2015)

³⁴ Premorbidní = před vypuknutím nemoci

³⁵ Nishida et al. (2014)

³⁶ Uhlíková (2012); Fojtíček et al. (2012).

V celkovém měřítku se sebepoškozující chování u dětí a dospívajících vyskytuje asi u 2,5–21,4 % populace. Čísla se u jednotlivých autorů liší. Mezi faktory, které sebepoškozování spouštějí, jsou zahrnuty zkušenosti se sexuálním, psychickým či fyzickým zneužíváním, traumatické události a nezdravé rodinné klima.

Koutek a Kocourková (2003) uvádí, že 55–85 % jedinců, kteří se sebepoškozují, se minimálně jednou v průběhu života pokusí o sebevraždu.

SUICIDALITA V DOSPÍVÁNÍ

Podle údajů poskytovaných WHO (2014) sebevražda představuje 8,5 % ze všech úmrtí mladých lidí ve věku 15–29 let na celém světě a zároveň je druhou nejčastější příčinou úmrtí (hned po dopravních nehodách).

„U více než 90% dokonaných sebevražd adolescentů bylo přítomno alespoň jedno duševní onemocnění. Další faktory sebevražedného chování u adolescentů pocházejí z jejich sociální oblasti (dysfunkční rodina, alkoholismus rodičů, neuspokojivé sociální vazby).“³⁷

Suicidální myšlenky jsou pro dospívání typické. Koutek a Kocourková uvádějí sebevražednost jako 3. nejčastější důvod, pro který bývají adolescenti urgentně psychiatricky vyšetřeni. Suicidum pak zmiňují jako 2. nejčastější důvod úmrtí dospívajících. Autoři dále uvádějí jako největší rizikové faktory suicidálního chování disharmonické rodinné prostředí, sociální izolovanost mezi vrstevníky, snížené sebehodnocení, zvýšená impulzivita, depresivní projevy, sklon k užívání alkoholu a drog, nechtěné těhotenství a také předcházející suicidální pokus.³⁸

Podle Paclta (1999) se sebevražedné pokusy vyskytují u 7,1% adolescentů. Jako důvody vedle úzkostí a depresí a zneužívání návykových látek (včetně alkoholu) uvádí osobnostní poruchy a poruchy chování, výskyt sebevražedných pokusů v rodině, rodinné násilí a projevy impulzivity jako součást osobnostní patologie. Paclt zmiňuje výsledky nejdůležitější výzkumné studie z roku 2000, kdy za použití dotazníků Kovacsově zjistili v běžné populaci dospívajících (13–15 let, 296 respondentů) vážné suicidální tendence u 3,2 % chlapců a 1,4 % dívek. Z těchto výsledků vyplynulo, že vážné suicidální tendence se objevují u adolescentů, u kterých se současně vyskytují nízká kvalita rodinné emoční atmosféry, špatné rodinné vztahy (zejména s matkou) a u mladších adolescentů také abúzus alkoholu a drog.³⁹

Malá (2007) uvádí, že nelze jednoznačně odlišit sebepoškozování, které nesouvisí se suicidální aktivitou a uvádí, že až 85 % sebepoškozujících uskuteční alespoň 1× suicidální pokus. Po sebevražedných úvahách nastupuje stádium suicidálních tendencí, kdy jedinec akt již plánuje. V pozdní adolescenci dochází k častější realizaci sebevražd než v jejím raném období.⁴⁰

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DOSPÍVÁNÍ

(Podrobněji viz. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže <Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 > Příloha č. 3 Poruchy příjmu potravy).

Poruchy příjmu potravy jsou specifickým onemocněním, které vzbuzuje zájem u široké veřejnosti (módní trend, ideální štíhlost, diety), ale také odborníků – to však z důvodu vysoké mortality a nízkého věku, který se k počátku vzniku potíží váže. „V období dospívání jde o třetí

³⁷ Prajsová (2018)

³⁸ Koutek, Kocourková (2003)

³⁹ Paclt (2014)

⁴⁰ Koutek, Kocourková (2003)

nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností dvakrát vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a desetkrát vyšší v porovnání se zdravou populací.⁴¹

Mezi obecně známé diagnózy spadající do okruhu poruch příjmu potravy patří **mentální anorexie** (úmyslné snižování hmotnosti, její střežení a zkreslené vnímání vlastního těla) a **mentální bulimie** (opakující se záchvaty přejídání spojené s nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti vedou ke krajnímu řešení – zvracení). Pro obě onemocnění je společné nízké sebevědomí, sociální problémy a nejrůznější somatické obtíže. „Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat.“⁴²

„Prevalence mentální anorexie u dívek⁴³ je celosvětově 0,3–1 %, u mentální bulimie 1–3 %, některá kritéria mentální bulimie splňuje v ČR až 15 % dospívajících.“⁴⁴

UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V DOSPÍVÁNÍ

(Podrobněji viz. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže < Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 > Příloha č. 1 Návykové látky, Příloha č. 4 Alkohol, Příloha č. 21 Hazardní hraní).

Téměř většina duševních onemocnění je spojena s vyšším rizikem užívání alkoholu a tabáku. Toto riziko je zvýšeno při užívání dalších návykových látek i nelátkových závislostí, u poruch příjmu potravy, poruch osobnosti, poruch nálad i u psychotických onemocnění.⁴⁵ Krom alkoholu sahají dospívající po dalších návykových látkách, ale i nelátkových závislostech, jako po formách „samoléčby“ především úzkostných a depresivních stavů. Jsou pro ně v danou chvíli nezdravou (ale krátkodobě ulevující) copingovou strategií, tedy řešením jak vztahových problémů či sociální izolace, tak prostým prostředkem pro zacházení s negativními emocemi.

Nakonec nadužívání alkoholu může napodobovat svým širokým spektrem symptomů příznaky nejrůznějších psychických onemocnění, a zapříčinit stanovení mylné diagnózy, zvláště pak v případech, kdy člověk užívání alkoholu tají. „Riziko problémů působených alkoholem je také vyšší u jedinců vystavených nadměrnému stresu a zátěžovým životním událostem.“⁴⁶

DISHARMONICKÝ VÝVOJ OSOBNOSTI

Jde o tradiční diagnostický výraz, který měl v pedopsychiatrické praxi až donedávna velmi silnou pozici, ale MKN jej již nezná. Jde o obecný pojem zdůrazňující nerovnoměrnost zrání jednotlivých složek osobnosti a lze se s ním setkat u dětí a adolescentů do 18. roku věku. Citové, poznávací, volní či intelektové procesy se nerozvíjejí harmonicky, některé zrají rychleji, jiné pomaleji. Problémy jsou více než přechodné, symptomatologické a reaktivní a vedle nich či ve spojitosti s nimi hraje větší či menší úlohu bazální výbava psychiky.

Disharmonický vývoj se týká změněné vychovatelnosti, ale nemusí vždy vyústit v poruchy osobnosti. Spadají sem děti, u nichž selhává běžný pedagogický přístup. Okolí se jeví jako zvláštní, ony však na sobě nic nepozorují. Z toho vyplývá, že se domnívají, že problémy, jež způsobují, nezpůsobují ony samy, ale pocházejí z jejich okolí. Mají výrazně sníženou frustrační toleranci a v zátěžových situacích se jejich chování značně horší. Jejich emoce jsou málo diferencované (spíš na

⁴¹ Uhlíková (2012:370)

⁴² Krch (2002: 22)

⁴³ Paclt (2014)

⁴⁴ Uhlíková (2012:370)

⁴⁵ Nešpor a Csémy (2014)

⁴⁶ Boden citován in Nešpor, Csémy (2014)

extrémních pólech); mívají problémy v sociálních vztazích, neboť nedovedou být empatičtí k vnímání projevů ostatních, jsou povrchní nebo naopak příliš „vlezlí“.

VÝCHODISKA

DOSPÍVÁNÍ

Dospívání je časem plným hledání sebe sama i časem velkých změn (tělesných i mentálních). Je obdobím rozvíjení vlastní identity, ve kterém na jedné straně hraje velkou roli potřeba nezávislosti, na straně druhé pak potřeba být důležitý pro ostatní. Podstatná je zde i potřeba vztahů jako trvalých a dlouhodobých hodnot. Dospívání je vývojovým obdobím, které má z biodromálního⁴⁷ hlediska pro člověka rozhodující význam.⁴⁸

Dospívání je náročné období a prožívat během něj psychické potíže či krize je normální. Adolescence je totiž spojena s rozmanitými rizikovými faktory, které souvisejí se zátěžovými a stresovými situacemi. Ty se mohou, jak uvádí např. Palíšek (2007), v extrémních případech stupňovat až ke vzniku duševního onemocnění. Výsledky výzkumů poukazují na to, že duševní onemocnění často propukají v mladém dospělosti nebo v dětství, adolescence je z hlediska vzniku duševních onemocnění považována za nejkritičtější období⁴⁹. Uvádí se, že celkově téměř **20 % dětí a adolescentů trpí duševními problémy**. Podle německého výzkumu se **až 50 % všech duševních onemocnění poprvé objeví již před 14. rokem a 80 % nejpozději do 17. roku věku člověka**.⁵⁰ Dospívání je také věkem kritickým z hlediska sebevražedných pokusů – dle výzkumů má 8–10 % adolescentů suicidální myšlenky.⁵¹

SOUVISLOST PSYCHICKÝCH POTÍŽÍ A RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Mezi nejzávažnější příznaky, které v období dětství a dospívání vyžadují psychiatrickou intervenci, jsou řazeny jakékoliv formy agrese, včetně suicidálního chování, účelového vyhrožování, sebepoškozování a agrese vůči věcem nebo zvířatům.⁵² Méně nápadnými symptomy pak mohou být například změny chování a myšlení, režimu spánku, zájmů a vztahů s vrstevníky, zhoršení školního výkonu, soustředění, výkyvy nálady. Tyto příznaky, bývají pro okolí méně nápadné, i tak však jistě stojí za pozornost. Patologická může být absence vývojové změny v dospívání, například stagnace osobnostního vývoje a setrvávání ve stadiu difúzní identity.⁵³ „Symptomy duševního onemocnění mohou být i proměnlivé a nespecifické somatické příznaky, polymorfní stesky, bolesti bez zjevné příčiny, únava, změna váhy.“⁵⁴

⁴⁷ Biodromální = týkající se celoživotního vývoje a rozvoje, formování a perspektiv psychiky a osobnosti (bios-život, dromos-cesta).

⁴⁸ Říčan (1989)

⁴⁹ například Schonert-Reichl (2013)

⁵⁰ BPtK-Standpunkt (2013)

⁵¹ Brière et al. (2015)

⁵² Uhlíková (2012)

⁵³ Difúzní identita nebo také zmatení rolí. Dospívající aktivně odmítá (ať již na vědomé či nevědomé úrovni) vymezení sebe samého jako jedinečného subjektu (Macek, 2003). Jedinec neprožívá krizi ani závazek, je velice snadno ovlivnitelný vrstevníky, často mění názory v souladu s očekáváním skupiny, které je členem, sebehodnocení je závislé na hodnocení druhých.

⁵⁴ Uhlíková (2012:371)

VAROVNÉ PŘÍZNAKY PSYCHICKÉ KRIZE

Specifické projevy v chování nebo prožívání mladých lidí, které stojí za pozornost v souvislosti s eskalací psychické krize (uvádíme je také v přehledu rizikových faktorů) jsou následující:

- nestálá nálada
- vysoká popudlivost, podrážděnost
- rigidní myšlení a neflexibilní vzorce zvládnání náročných situací
- neschopnost vnímat či chápat realitu
- tendence žít ve fantazijním světě
- představy o své významnosti střídající se s pocity méněcennosti
- úzkost - zvláště při náznaku mírné tělesné nemoci nebo drobného zklamání
- nejistota týkající se sexuální identity či orientace
- silné přesvědčení o svojí pravdě
- přehnané projevy nadřazenosti, odmítání anebo provokativního chování vůči spolužákům, učitelům či rodičům, které mohou maskovat silný pocit nejistoty a méněcennosti
- častý pocit rozčarování či nespravedlnosti

V běžném životě se rizikové chování u dospívajících neobjevují jednotlivě, osamoceně. Stejně tak se nezřídka u dětí a dospívajících vyskytují spolu s nějakou poruchou chování či psychickou nepohodou.

Zmíněnému tématu – rizikovému chování a jeho souvislostem s psychickými potížemi – se v rámci své studie věnovala L. Foltová (2008). Studie zahrnovala 1531 adolescentů ve věku 15 let, jednalo se o neklinický soubor respondentů a cílem bylo zjistit, zda lze „identifikovat případnou souvislost jejich psychického stavu se zapojením do několika specifických typů rizikového chování.“⁵⁵ Jak autorka uvedla: „U chlapců koresponduje míra emočních problémů a také hyperaktivity s nesoustředěností a s antisociálním chováním. U dívek jsou sledované rozdíly podobné. Dále byly nalezeny signifikantní rozdíly mezi skupinami v položkách psychických potíží.“

Podle Foltové zažívají psychické potíže nejméně právě takzvaně nerizikovní adolescenti. „U dívek souvisejí s rizikovým chováním anxiózní⁵⁶, potíže se spánkem, vtíravé myšlenky a únava; vše nejčastěji u skupiny s antisociálním chováním. U chlapců nejčastěji trpí také skupina s antisociálním chováním – pocity úzkosti, vznětlivosti a únavou; a dále syndromová skupina vtíravými myšlenkami a nechutenstvím.“⁵⁷ Výzkum přinesl potvrzení, že „psychické potíže adolescentů souvisejí s jejich rizikovým chováním“⁵⁸. (Foltová navrhuje, aby se navazující výzkum zaměřil na to, zda mají vliv potíže na chování nebo naopak.)

⁵⁵ Foltová in Česká a slovenská Psychiatrie (2012:79)

⁵⁶ Úzkostnost jako trvalejší povahový rys, povahová základna pro nadměrně časté pocity nejistoty ohrožení, a tím i pro nadměrně časté úzkostné prožitky (zdroj: www.slovník-cizich-slov.cz).

⁵⁷ Foltová (2012:79)

⁵⁸ Foltová (2012:79)

Z výše uvedených důvodů plyne, že je více než vhodné, a to i z hlediska primární prevence rizikového chování, **věnovat pozornost i péči duševnímu zdraví a psychickým potížím dospívajících, a to již v časně fázi tohoto období.**

RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY

Faktory, které ovlivňují, do jaké míry se člověk dokáže vyrovnat se životními situacemi, můžeme rozdělit na ty, které krizi prohlubují, tj. rizikové, a pak faktory napomáhající, tj. protektivní. Můžeme se na ně podívat z pohledu jedince, rodiny, širší komunity (kam patří i školní prostředí) a generalizované společnosti. Nezřídka na člověka působí kumulace rizikových faktorů.

NA ÚROVNÍ JEDINCE

Rizikové faktory	Protektivní faktory
<ul style="list-style-type: none"> ● vážná tělesná nemoc nebo úraz ● smrt milované nebo jinak pro daného jedince významné osoby ● odloučení (od přátel, rodiny, spolužáků) ● konec milostného vztahu ● mezilidské konflikty s blízkými osobami nebo ztráty ● nechtěné těhotenství/potrat/pohlavní nemoc ● kolísavé vztahy s rodiči, kamarády či jinými dospělými ● agresivní chování vůči druhým, antisociální nebo provokativní chování, problémy se zákonem ● agresivní chování vůči sobě, sebepoškození, suicidální pokus ● nestálá nálada ● vysoká popudlivost, podrážděnost ● rigidní myšlení a neflexibilní vzorce zvládání náročných situací ● neschopnost vnímat či chápat realitu ● tendence žít ve fantazijním světě 	<ul style="list-style-type: none"> ● dobré sociální a komunikační dovednosti ● sebedůvěra, dostatečná sebeúcta, důvěra v danou situaci a v úspěch ● ochota vyhledat odbornou pomoc, když se objeví obtíže (např. ve škole) nebo v případě zátěžových situací ● vyhledání odborného poradenství v případě důležitých rozhodnutí ● otevřenost vůči zkušenostem jiných lidí a novým způsobům řešení ● otevřenost novým informacím a poznatkům ● zdravý prenatální, perinatální a raný vývoj jedince ● screening a včasná intervence

<ul style="list-style-type: none"> ● představy o své významnosti střídající se s pocity méněcennosti ● úzkost - zvláště při náznaku mírné tělesné nemoci nebo drobného zklamání ● nejistota týkající se sexuální identity či orientace ● silné přesvědčení o svojí pravdě ● přehnané projevy nadřazenosti, odmítání anebo provokativního chování vůči spolužákům, učitelům či rodičům, které mohou maskovat silný pocit nejistoty a méněcennosti ● častý pocit rozčarování či nespravedlnosti 	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

NA ÚROVNI RODINY

Rizikové faktory	Protektivní faktory
<ul style="list-style-type: none"> ● psychopatologie rodičů se zjevnými afektivními či jinými psychiatrickými obtížemi ● alkoholismus, zneužívání návykových látek nebo antisociální jednání v rodině ● výskyt sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu v rodině ● násilnická rodina se sklony k týrání a zneužívání ● nedostatečná péče rodiny/zákonných zástupců, nefunkční komunikace v rodině ● časté hádky rodičů/zákonných zástupců s napětím a agresivitou ● rozvod, odloučení nebo smrt rodičů/zákonných zástupců ● příliš vysoké, nebo naopak příliš nízké 	<ul style="list-style-type: none"> ● dobré vztahy v rodině a vzájemná podpora ● pozitivní vzory jak zvládat zátěžové situace ● otevřená komunikace v rodině ● přiměřená úroveň koheze v oblasti vztahů ● flexibilní a strukturovaná adaptabilita v rodině

<p>očekávání ze strany rodičů/zákonných zástupců</p> <ul style="list-style-type: none"> ● nepřiměřená či přehnaná autorita rodičů/zákonných zástupců ● nedostatek času rodičů/zákonných zástupců, aby si všímali a řešili emocionální problémy dítěte či negativní emocionální prostředí, ve kterém převládá odmítnutí a zanedbávání ● příliš přísná nebo nejednotná pravidla v rodině ● adoptivní nebo pěstounská rodina 	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

NA ÚROVNI ŠKOLY A KOMUNITY

Rizikové faktory	Protektivní faktory
<ul style="list-style-type: none"> ● šikana ● negativní vzory – poškozující se spolužák/skupina (emo, gotici) nebo tlak skupiny vrstevníků ● šokovaný, indiskrétní, odsuzující, trestající učitel ● nespokojenost s výsledky ve studiu a neprospěch ● vysoké požadavky školy ● časté změny bydliště ● příslušnost k minoritní skupině ● bydliště v nepříznivé sociální lokalitě 	<ul style="list-style-type: none"> ● dobrá společenská integrace nejen ve školním kolektivu, ale i v rámci mimoškolních aktivit (sport, zájmové kluby apod.) ● dobré vztahy se spolužáky ● dobré vztahy s učiteli a dalšími dospělými ● vnímavost školy vůči osobnostním specifikům ● otevřená komunikace (učitel, školní psycholog) ● pochopení, respekt a diskretnost v jednání ● ochota naslouchat bez hodnocení a zděšení ● programy primární prevence rizikového chování

NA ÚROVNI SPOLEČNOSTI

Rizikové faktory	Protektivní faktory
<ul style="list-style-type: none"> ● stigmatizující nastavení společnosti ● nedemokratické společenské uspořádání ● nízké sociálně-ekonomické postavení, nižší vzdělání, nezaměstnanost v rodině ● přistěhovalectví a migrace 	<ul style="list-style-type: none"> ● tolerantní společnost ● preventivní širokospektrální programy ● dostupná síť podpůrných služeb - je kam se obrátit ● podpora destigmatizace

Zdroj některých rizikových a protektivních faktorů: Bertolote, J. M. (2000).

JAK POSTUPOVAT

- Pedagog, který zaznamená u žáka psychickou nepohodu, krizi či počínající duševní onemocnění by měl být schopen sám či za podpory někoho z kolegů (třídní učitel, školní psycholog, školní metodik prevence, výchovný poradce) vést s žákem **podpůrný rozhovor**, jehož cílem má být, vedle poskytnuté podpory (“nejsi na to sám/sama”, “lze s tím něco dělat”) **domluva s žákem na dalším postupu** - kontaktování rodičů, zákonných zástupců. **Důvěrný vztah mezi učitelem a žákem (i jeho rodinou)** může hrát významnou roli při celém procesu poskytování včasné intervence tak, aby byla co nejefektivnější. Pedagog by se měl s žákem domlouvat na dalších krocích. Zejména kontaktovat pomoc, komunikovat s rodiči (zákonnými zástupci) po domluvě s žákem, a tedy nejednat takzvaně „za jeho zády“. (V případě zletilého žáka postup s kontaktováním rodičů není nutný, pokud si to dotýčný nepřeje).
- Pedagog by měl být schopen poskytnout žákovi i jeho rodině **základní informace** k dané problematice a možnostem řešení situace.
- Úkolem pedagoga **není** dané **potíže diagnostikovat či léčit**. Jeho role spočívá zejména ve **zprostředkování kontaktu žáka s rodiči** (či v podpoře k němu) a poté **případně s příslušnými odborníky**. Pokud žák sám osloví svého učitele, je na místě jej za to ocenit, ujistit jej, že je na správném “místě” a že je dobře, že tak učinil. Sdělované potíže či svěřený problém není vhodné bagatelizovat, a to ať už jsme v jakékoliv roli ve vztahu k dotýčnému žákovi. Naopak je prospěšné **vyjádřit mu svůj zájem a spoluúčast** na řešení jeho situace tak, jak to bude potřeba (samozřejmě v rámci našich vlastních osobních i profesních možností a hranic).
- Je vhodné, **aby s žákem spolupracoval takový pedagog, k němuž má žák důvěru**, se kterým je schopný vést (ideálně) otevřenou komunikaci. Ne nutně to vždy tedy musí být např. školní psycholog, výchovný poradce či školní metodik prevence. Často může být třídní učitel tím, kdo má k žákovi nejbližší a žák se mu svěří. Třídní učitel si také jako první může všimnout, že s žákem není vše v pořádku a oslovit ho. Ppř. žák tíhne s důvěrou k jinému pedagogovi, např. jeho oblíbeného předmětu. Není nutné, aby znal pedagog “řešení” hned, důležité je na sebe dítě nejprve navázat.

- Při zachování důvěrnosti údajů může pedagog probrat žákovu situaci s kolegy, ideálně s členy **fungujícího školního poradenského pracoviště** (školní psycholog, metodik prevence, výchovný poradce), kteří ho mohou v dalším postupu podpořit.
- Rodičům pedagog v případě potřeby **doporučí kontaktování odborného pracoviště** – pedagogicko-psychologické poradny, psychologické nebo psychiatrické ambulance.
- Škola **rodičům nabídne spolupráci**. Pro žáka v psychické krizi či v době počínajícího duševního onemocnění je vedle poskytnutí včasné intervence zásadní také podpůrné a přijímající prostředí, které by měla škola spolu s rodinou a odbornými institucemi spoluvytvářet.
- Samozřejmou součástí této podpory je i samotná **podpora rodičů/zákonných zástupců** - i pro ně je toto období složité, plné změn a hledání nových cest nejen v přístupu ke svému dítěti.
- Součástí léčby bývá nezřídka farmakoterapie. Je dobré mít na paměti, že medikace může mít vliv na každodenní fungování žáků jak pozitivním, tak negativním směrem.
- V případě odmítavého či **nespolupracujícího postoje rodičů** (kdy je důvodem např. strach ze stigmatizace rodiny) se může pedagog obrátit na psychologa spádové pedagogicko-psychologické poradny s žádostí o metodickou podporu pro práci s daným žákem, a to i proti vůli rodičů. Zároveň, pokud se jedná o ohrožení zdraví či života dítěte, je na místě kontaktovat OSPOD (Zákon č. 359/1999 Sb.). I dítě má právo požádat OSPOD a také školy a školská zařízení o pomoc při ochraně života a svých práv a učinit tak může i bez vědomí rodičů.
- Je zároveň žádoucí, aby škola přizpůsobila pravidla a hranice tohoto **krizového plánu** svým vlastním podmínkám, včetně **vypracování seznamu kontaktů** na další odbornou péči ve svém regionu.
- V případě **bezprostředního ohrožení zdraví dítěte** či jeho okolí je na místě volat **rychlou záchrannou službu**.

MOŽNOSTI A LIMITY ŠKOLY A PEDAGOGA

Jako děti a dospívající trávíme ve škole podstatnou část dne. Škola a školní třída se tak stává místem, kde bychom se měli cítit dobře, tedy ideálně by měly být naplňovány naše základní potřeby. Ne vždy tomu tak je. Pokud je naše duševní zdraví křehké a tolerance vůči stresovým situacím nízká, o to těžší je tento stav "spokojenosti" ve škole navodit.

Učitelé a to, jak se jim podaří navodit ve třídě otevřenou, příjemnou, přijímající a bezpečnou atmosféru, pak hrají podstatnou roli jak v otázce včasné intervence, tak i v otázce stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

Každá škola by tak měla mít ve svém preventivním programu zapracovanou také prevenci v oblasti duševního zdraví tak, aby výše uvedené bylo co nejvíce naplňováno. Otevřená komunikace a umění na téma duševních onemocnění mluvit, by měly být jeho samozřejmou součástí.

Pedagog může být v některých případech tím nejdůležitějším dospělým motivujícím žáka ke změně, resp. k vyhledání odborné pomoci. Na druhou stranu bez spolupráce s rodinou je jeho kompetence (ale i odpovědnost) limitována.

Žák, ať už dítě, či dospívající v psychické krizi / s duševním onemocněním představuje velkou zátěž pro dospělého, a tedy rizikový faktor vzniku syndromu vyhoření a dalších psychických potíží – pedagog zainteresovaný v problému potřebuje účinné metody prevence vyhoření, podporu nadřízeného a v ideálním případě supervizi u certifikovaného supervizora.

Učitel nemůže zastupovat služby dalších odborníků – zejména ne psychologů a terapeutů, lékaře. Měl by však být schopen vést s dítětem (rodiči/zákonnými zástupci) **podpůrný rozhovor** případně poskytnout základní krizovou intervenci. Naopak nevhodnou intervencí může dítěti/dospívajícímu ublížit.

DOPORUČENÍ PRO „PRVNÍ“ KONTAKT S ŽÁKEM

- Zvolte **příjemné místo pro vás samotného i pro žáka**, se kterým povedete rozhovor. Zajistěte, aby Vás **nerušili ostatní** (žáci, učitelé). Nechte si na rozhovor **dostatek času**. Navodte příjemnou, přijímací a **bezpečnou atmosféru**, nabídněte vodu, čaj a posadte se nebo případně oba stůjte či se procházejte. Je však důležité, aby vaše pozice byly „vyrovnané“.
- **Věnujte se výhradně žákovi** (nezvedejte telefony, nepouštějte (např. do kabinetu) ostatní. Vytvořte bezpečný prostor pro sdílení, **aktivně naslouchejte a nehodnoťte**. Buďte **podpůrní**. Naopak **nezapomeňte ocenit to, že se vám žák s pro něj obtížnou věcí svěřuje**. **Povzbuďte jej** v tom, že už jen toto je krok směrem k řešení jeho nepříznivé situace.
- Pokuste se **zmapovat dostupné žákovy zdroje**, které by mohly v řešení situace pomoci.
- **Naplánujte společně další kroky**, které podniknete v rámci řešení jeho věci. **Zrekapitulujte je** na konci setkání. **Nezapomeňte se domluvit na tom, které informace jsou důvěrné, a s kterými budete dál „zacházet“**.
- Můžete žáka znovu ocenit a podpořit. Vyžaduje-li to situace, domluvte se s žákem na další schůzce, případně se s odstupem času ujistěte, že se věci dějí tak, jak se dít mají.
- Přijměte psychickou náročnost situace pro žáky, ale i pro vás samotnou/samotného.
- **Nezapomínejte na svoje profesní i osobní limity**, odkazujte se na další služby a podporu.
- **Nebojte se využít supervizi**.

CO RADĚJI NE:

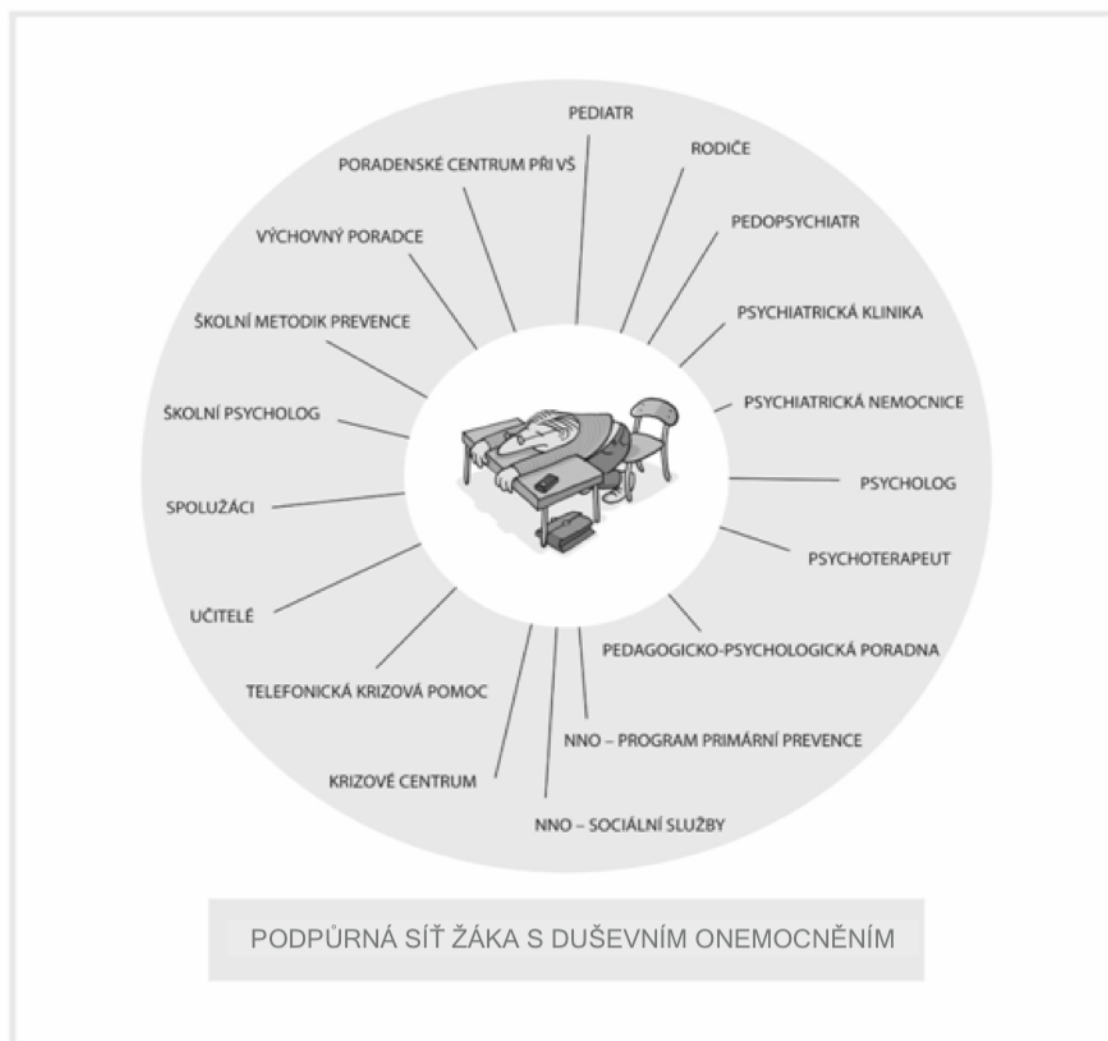
- Slib, že žákem právě sdílené sdělení zůstane vaším tajemstvím.
- Slib, že to bude dobré, že to vyřešíme k ideální představě žáka.
- Přehnané reakce (obavy, zděšení, pláč, úzkost, panika, vztek, vyhrožování...).
- Zlehčování situace.
- Moralizování a obviňování.
- Dávání rad.

V JAKÉM PŘÍPADĚ VYROZUMĚT OSPOD/POLICII ČR

Ohlašovací povinnost se duševních onemocnění obecně netýká. Platí to i u sebepoškození. Ale u šikany, sexuálního zneužívání, zanedbávání péče, týrání dítěte (syndrom CAN) atd. – viz další přílohy, které mívají nezřídka u psychických potíží či duševního onemocnění doprovodnou roli, ohlašovací povinnosti podléhá navádění jedinců k sebepoškození/sebevraždě (např. skupina poškozujících se, kyberšikana).

V případě přímého rizika vážného zranění nebo smrti následkem psychické krize/duševního onemocnění (např. sebepoškození/výrazné suicidální myšlenky či započatý suicidální pokus) je namísto okamžitá, i nedobrovolná hospitalizace na psychiatrii – při odmítání hospitalizace bývá nutná asistence Policie ČR.

NA KOHO SE OBRÁTIT - SÍŤ PARTNERŮ, SPOLUPRÁCE V KOMUNITĚ, KRAJI



Zdroj: Výsledek pilotního projektu Podporované vzdělávání pro studenty s duševním onemocněním – zavedení nové služby a její pilotní ověření v plzeňském regionu, realizovaný v letech 2006–2008 Ledovcem, z.s.; aktualizované zpracování, ilustrace Pavel Botka.

Kterýkoliv subjekt (viz. obrázek), na něhož se v rámci vyhledání pomoci či podpory žák (jeho rodič/zákonní zástupci) či škola prostřednictvím pedagoga z důvodu řešení psychických potíží/psychické krize/duševního onemocnění dítěte/dospívajícího obrátí, je informován o dané problematice. **Ví, jak poskytnout podporu jedinci, ale i jeho nejbližším, zejména rodině. Umí nabídnout řešení situace pomocí dalšího profesionála či spolu s ním.** To se děje ideálně v rámci spolupráce pedagogických, zdravotnických a sociálních institucí v daném regionu tak, aby se každému dostalo rychlé a efektivní podpory, která mu umožní dosáhnout maximální možné úrovně vzdělání.

Zaměřit pozornost na počátky období, kdy se duševní onemocnění objeví, je nejefektivnější. V tuto dobu se rozhoduje o další kvalitě života jedince a o tom, jaká omezení onemocnění přinese. Opakované projevy nemoci a nutnost hospitalizace vyčleňují mladého člověka ze společnosti i z aktivit, které měl rád. Dochází ke zvyšování pocitů jinakosti a jedinec se přestává zapojovat do dění ve své komunitě. **Pokud nejsou včas rozpoznány první signály onemocnění nebo není člověk podporován, může docházet ke zbytečné hospitalizaci, a tím se dostává ze svého přirozeného prostředí, prohlubuje se sebestigmatizace a dochází k postupné ztrátě sociálních dovedností a kompetencí. Přichází o své sociální postavení, blízké vztahy a „zvyká si“ na kariéru chronického pacienta.**⁵⁹

„Cílem poskytnutí včasné intervence je být k dispozici v době, kdy nemoc začíná, navázat kontakt a snažit se zamezit opakovaným hospitalizacím poskytnutím odpovídající sociální intervence, snížit stupeň zátěže pro osobu s první epizodou i pro její blízké. Aby bylo však možné takovou intervenci poskytnout, je nezbytná spolupráce zúčastněných subjektů (např. psychiatrická klinika, terénní tým, rodina atp.) Mezi zúčastněnými je třeba vybudovat pocit důvěry.“⁶⁰

Sítí zařízení je potřeba si zmapovat v jednotlivých regionech. V tomto metodickém doporučení na ně odkazujeme pouze obecně a nabízíme některé (celostátní) kontakty. **Je dobré, aby byla služba, kterou žákovi a jeho rodině doporučujeme, vnímána jako dostupná, lákavá a nestigmatizující.** Kam tedy můžeme odkazovat:

- **Ordinace klinické psychologie, ppř. psychologická ambulance** - ideálně s doporučením od dětského/dorostového lékaře, resp. po telefonickém objednání rodiči (nutno počítat s čekacími lhůtami, zejména pokud bude konzultace hrazena zdravotní pojišťovnou).
- **Psychoterapeutická ambulance** - nejlépe dle seznamů terapeutů České psychoterapeutické společnosti ČLS J. E. Purkyně nebo České asociace pro psychoterapii.
- **Psychiatrická ambulance** - ideálně s doporučením od dětského/dorostového lékaře, resp. po telefonickém objednání rodiči (nutno počítat s čekacími lhůtami, zejména pokud bude konzultace hrazena zdravotní pojišťovnou).
- **Krizové centrum** - netřeba doporučení zdravotnického zařízení, předchozí telefonická nebo e-mailová domluva je vhodná, ale není nutná.
- **Pedagogicko-psychologická poradna** - obecně se specializuje spíše na specifické poruchy učení, intelekt, školní zralost apod., ale měla by mít k dispozici i nástroje pro diagnostiku a léčbu některých psychických onemocnění a stavů. Je vhodné odkázat na spádovou PPP školy.
- **Praktický (rodinný) lékař pro děti a dorost** - lze na něj odkázat téměř v každém případě, protože je tím, kdo by situaci měl umět odborně adekvátně vyhodnotit a poskytnout fundované doporučení na další konkrétní odborníky. Je dobré mít také na paměti, že mnoho

⁵⁹ Thornicroft et al. (2010)

⁶⁰ Šupa, s.d.

psychických onemocnění je provázeno tělesnými problémy (nevolnost nebo časté zvracení, poruchy spánku, bolesti břicha nebo hlavy apod.). Pro okolí a někdy ani pro nemocného není zřejmé, že jsou tělesné potíže zakořeněné v psychických problémech. S praktickým lékařem lze probrat nejen to, co nás trápí na těle, ale i na duši, protože není zdraví bez duševního zdraví!

PŘÍKLADY KONTAKTŮ

LINKA PRO RODINU A ŠKOLU - tel. 116 000 - nonstop

pro rodiče, příbuzné, pedagogy i děti

Chat, denně 15:00 – 18:00, <https://linkaztracenedite.cz/chat/>

E-mail: 116000@cestazkrize.net

KRIZOVÁ CENTRA

- **Dětské krizové centrum** – V Zápolí 1250/21, 141 00 Praha 4
Nonstop Linka důvěry:
 - pevná linka: [241 484 149](tel:241484149)
 - mobil: [777 715 215](tel:777715215)Telefon pro problematiku rizik kyberprostoru: [778 510 510](tel:778510510)
e-mail: problem@ditekkrize.cz
Skype Linka důvěry: [ld dkc](https://www.skype.com/user/lddkc)
on-line chat: <https://elinka.internetporadna.cz/linky/ld-dkc>
Ambulantní služby: 241 480 511, 777 664 672, ambulance@ditekkrize.cz
- **Krizové centrum RIAPS** - Chelčického 39, 130 00 Praha 3, tel. 222 586 768, nepřetržitý provoz
- **Centrum krizové intervence Psychiatrické nemocnice Praha - Bohnice** - Ústavní 91, Praha 8, ambulance tel. 284 016 110, cki@bohnice.cz – **Linka důvěry NONSTOP – tel. 284 016 666**
- **SOS centrum – Diakonie ČCE – SKP v Praze** – Varšavská 37, Praha 2
Pro osoby od 11 let, tel. 222 514 040, 777 734 173, 608 004 444, pondělí až pátek 9 – 20
e-mail: linka.duvery@diakonieskp.cz
- **Krizové centrum Spondea** – Sýpka 25, 613 00 Brno – Černá Pole, Linka pro děti, dospívající a rodiče: 608 118 088, 541 235 511, krizovapomoc@spondea.cz
- **Krizové centrum Fakultní nemocnice Brno** – Jihlavská 20 (budova G), Brno – Bohunice, ambulance tel. 532 232 078, **Linka Naděje NONSTOP – tel. 547 212 333**
- **Krizové centrum pro děti a dospívající** – Hapalova 4, Brno – Řečkovice, tel. 541 229 298, 723 006 004, css.sspd@volny.cz, ambulantní i lůžkové služby
- **Krizové centrum Ostrava** – Ruská 94/29, Ostrava – Vítkovice, tel. 596 110 882-3, 732 957 193, krizovecentrum@kriceos.cz

NÁZEV	ČÍSLO	PROVOZNÍ DOBA
LINKA PRVNÍ PSYCHICKÉ POMOCI	116 123	nonstop, zdarma chat: 12 - 17 denně
- krizová linka pro dospělé - chat: www.linkapsychickepomoci.cz/chat/		
BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ	116 006	nonstop, zdarma
- linka pomoci obětem kriminality a domácího násilí		
LINKA CENTRA LOCIKA	601 500 196	pondělí – středa 9 - 11 a 15 - 17 Chat: pondělí 9 - 12; úterý 13 - 17; čtvrtek 13 - 17; e-mail: odpověď do 2 dnů
- pomoc pro děti ohrožené domácím násilím - chat: https://elinka.internetporadna.cz/linky/detstvi-bez-nasilii		
- e-mail: poradna@centrumlocika.cz		
ANONYMNÍ LINKA DŮVĚRY PRO ALKOHOLIKY A JEJICH RODINY	724 307 775	čtvrtek: 8 - 22
- lidé závislí na alkoholu a jejich příbuzní		
LINKA BEZPEČÍ	116 111	nonstop, zdarma chat: denně 9 – 13 a 15 - 19, e-mail: odpověď do 3 dnů
- pro všechny děti z celé ČR do 18 let a pro studující do 26 let, zcela anonymní - chat: www.linkabezpeci.cz/sluzby/chatuj-s-nami/		
- e-mail: pomoc@linkabezpeci.cz ,		
MODRÁ LINKA	608 902 410 731 197 477	denně od 9 do 21; chat: pondělí, středa 15-21; čtvrtek, pátek 9-12; sobota a neděle 18-21
- pro děti i dospělé - chat: https://chat.modralinka.cz/ - e-mail: help@modralinka.cz , Skype: modralinka		
RODIČOVSKÁ LINKA	606 021 021	pondělí až čtvrtek 9 - 21; pátek 9 - 17; chat: neděle 18 - 22
- rodiče, prarodiče, příbuzní, pedagogové, všichni, kteří mají nějakou starost o děti - e-mail: pomoc@rodicovskalinka.cz		
- chat: https://chat.rodicovskalinka.cz/LBCS-war/PUBLIC/clientlogin.jsp		
LD CKI BOHNICE	284 016 666	nonstop
- linka krizového centra PN Bohnice		
PRAŽSKÁ LINKA DŮVĚRY	222 580 697	nonstop chat: pondělí až čtvrtek 9 - 21; pátek 9 - 15; sobota 14 -20
- e-mail: linka.duvery@csspraha.cz - chat: http://www.chat-pomoc.cz/secured-chat/		
LD DĚTSKÉHO KRIZOVÉHO CENTRA	777 715 215 241 484 149	nonstop, zdarma
- pro děti i dospělé - skype: ld_dkc - chat: www.elinka.internetporadna.cz - e-mail: problem@ditekrize.cz		
LINKA EDA	800 405 060	denně 9 – 20, zdarma
- pro pečující a blízké, kterých se týká téma dětí s postižením, vážnou diagnózou či po těžkém úrazu - chat: https://eda.cz/cz/co-delame/linka-eda/podrobnosti-ca1037 - e-mail: linka@eda.cz		pondělí až pátek 9 - 15

LINKA RIZIKA KYBERPROSTORU	778 510 510	nonstop
- patří pod LD Dětského krizového centra - pro všechny problémy zažité v kyberprostoru		
LINKA ANABELL (problematika poruch příjmu potravy)	774 467 293	Pondělí 8 – 16; Úterý 10 - 18; Středa – pátek 8 - 16
- telefonická krizová pomoc pro problematiku spojenou s okruhem poruch příjmu potravy		

- **Výčet regionálních linek důvěry pro děti i dospělé (a aktuální informace o nich) naleznete na: <http://www.capld.cz/linky-duvery-cr>**

KRAJ	SLUŽBA	PROVOZNÍ DOBA	TELEFON
JIHOČESKÝ	LD České Budějovice	nonstop	387 313 030
JIHOMORAVSKÝ	Linka naděje (Psychiatrická klinika FN Brno)	nonstop	547 212 333
	LD Blansko (Diecézní charita Brno)	nonstop	516 410 668 737 234 078
	E-mailové poradenství: soslinka@blansko.charita.cz		
	Telefonická krizová intervence KC Spondea		541 235 511 608 118 088
	E-mailové poradenství: krizovapomoc@spondea.cz		
KARLOVARSKÝ	LD Karlovy Vary (Res vitae, o.s.)	Po – Pá: 18:00 - 6:00	353 588 080 723 963 356
KRÁLOVEHRADECKÝ	LD Hradec Králové (Dětské krizové centrum NOMIA)	Po – Pá: 18:00 - 6:00	604 271 521
LIBERECKÝ	LD Liberec (Centrum intervenčních a psychosociálních služeb)	nonstop	485 177 177 606 450 044
MORAVSKOSLEZSKÝ	LD Karviná (Centrum psychologické pomoci)	nonstop	596 318 080 777 499 650
	SKYPE LD Karviná: linka.duvery.karvina	nonstop	
	LD Ostrava	nonstop	737 267 939 596 618 908
E-mailové poradenství: linka.duvery@mnof.cz			
OLOMOUCKÝ	LD Olomouc	Po – Pá: 18:00 - 6:00 Víkendy a svátky nonstop	585 414 600
PARDUBICKÝ	LD Ústí nad Orlicí	nonstop	465 524 252
	SKYPE LD Ústí nad Orlicí: linka.duvery.uo	denně: 9:00 - 21:00	
	E-mail: mailto:napis@linkaduveryuo.cz		
PLZEŇSKÝ	LD Plzeň (LD Ledovec)	denně: 8:00 - 24:00	739 055 555 373 034 455
	E-mailové poradenství: ld@ledovec.cz		
PRAHA	Pražská linka důvěry	nonstop	222 580 697
	E-mailové poradenství: linka.duvery@csspraha.cz		
	Chat: www.chat-pomoc.cz/	Po-čt 9:00 – 21:00	

		Pá 9:00 – 15:00 So 14:00 – 20:00	
	Kontaktní linka (SOS Centrum Diakonie)	Denně 9:00 – 20:00	608 004 444 222 514 040
	E-mailové poradenství: linka.duvery@diakonie.cz Chat: https://elinka.internetporadna.cz/		
STŘEDOČESKÝ	LD Kladno	nonstop	777 684 444 312 684 444
	SKYPE LD Kladno: linka.duvery.kladno	denně: 8:00 - 20:00	
	E-mailové poradenství: poradenstvi@ldkladno.cz		
	LD Mladá Boleslav	Po - Pá: 9:00 - 18:00	326 741 481
	LD Kutná Hora	Po - Pá: 8:00 - 22:00 včetně svátků	327 511 111 602 874 470
ÚSTECKÝ	LD Ústí nad Labem (Spirála)	nonstop	475 603 390
	E-mailové poradenství: spirala.linkapomoci@volny.cz		
	Linka duševní tísně Most	nonstop	476 701 444
	SKYPE LDT Most: ldt.most E-mailové poradenství: ldt.most@mostknadeji.cz		
VYSOČINA	LD Střed	denně: 9:00 - 21:00	775 223 311 568 443 311
	E-mailové poradenství: linkaduvery@stred.info		
ZLÍNSKÝ	Linka SOS Zlín	nonstop	577 431 333 778 400 170
	E-mailové poradenství: sos@zlin.cz		

LEGISLATIVNÍ RÁMEC

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí výslovně určuje jako **povinnost různým institucím**, mimo jiné i škole a školskému zařízení, **nahlásit případ ohrožení zdraví nebo života dítěte, a to i tehdy, když se objeví pouze podezření na trestný čin.**

Například **navádění/nucení** k sebepoškozování či podněcování k suicidálnímu chování, podobně jako sexuální zneužívání, týrání apod., jsou trestnými činy, na něž se vztahuje oznamovací povinnost.

U **fyzických osob** je tento postup formulován jako právo, nikoliv jako povinnost.

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník stanovuje v § 364 až 368 povinnosti, jež má každá fyzická osoba v případě podněcování, schvalování, nadřívání, nepřekážení a neoznámení trestného činu. Paragrafy se vztahují na celou škálu trestných činů, oblast násilných činů páchaných na dětech a na týrání dítěte nevyjímaje (nestačí však podezření).

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění (§ 23). Člověka lze **hospitalizovat bez jeho souhlasu** v případě, že jeví známky duševní poruchy a **je nebezpečný sobě nebo svému okolí.**

ÚKOL PREVENCE V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

V prevenci v oblasti duševního zdraví platí, stejně jako v jiných oblastech primární prevence, že je třeba začít co nejdříve. Následující body tedy cílí jak na děti staršího školního věku a dospívající, tak na děti mladšího školního věku a předškoláky.

- podporovat **přijímání jinakosti a jedinečnosti** každého jedince. Působit na **zdravé klima třídy**, podporovat **respektující vztahy** mezi žáky a **otevřenou komunikaci**.
- posilovat **schopnosti** dětí a dospívajících **zvládat běžné životní situace**, které však **mohou způsobit** přirozenou psychickou **zátěž** (řešení konfliktu, komunikační dovednosti, zvládání stresu apod.)
- podporovat **uvědomování si spojitostí fyzického a duševního zdraví**
- **stavět péči o duševní a fyzické zdraví na stejnou úroveň**
- podporovat **schopnost rozeznávat a pojmenovávat vlastní emoce a psychické stavy**, naučit se efektivním způsobům jejich zvládnutí, **nabídnout alternativy k zacházení s náročnými životními situacemi**.
- zaměřovat se na **rozpoznávání vlastních silných stránek** a posilovat jejich rozvoj
- podporovat **schopnost říkat si o pomoc**, oslovovat druhé a umění účastnit se společných aktivit s nimi tak, aby byla naplněna potřeba sounáležitosti a smysluplnosti
- přispívat k **destigmatizaci** osob se zkušeností s duševním onemocněním
- podporovat téma duševní hygieny jak u žáků, tak pedagogických pracovníků, jako nezbytnou součást péče o své zdraví
- zavést a přijmout intervizi, supervizi a kontinuální vzdělávání pedagogů jako pravidelné a standardní metody podpory pedagogických pracovníků.

Ověřeno prostřednictvím poskytování podpory pedagogům a dospívajícím v rámci preventivního programu Blázníš? No a!



POUŽITÉ ZDROJE A DOPORUČENÁ LITERATURA, ODKAZY

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM – IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2000).

BAŠTECKÁ, B. (ed.). (2009). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.

BERTOLETE, J. M., Department of Mental Health, Social Change and Mental Health World Health Organization. (2000). *Mental and Behavioral Disorders Preventing Suicide: a resource for teachers and other school staff*. Geneva: WHO.

BIEDERMAN J, FARAONE SV. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Lancet 366(9481): 237–248.

BRIÉRE, F. N., ROHDE, P., SEELEY, J. R., KLEIN, D., LEWINSOHN, P. M. (2015). *Adolescent suicide attempts and adult adjustment*. *Depression and anxiety*. 2015. 32(4), 270276.

BPTK-Standpunkt [online](2013). *Politik für psychisch kranke Menschen. Handlungsbedarf in der nächsten Legislaturperiode*. [cit. 2. 11. 2018]. Dostupné z: <<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/nachrichten/bptk-standpunkt/20130524-bptk-standpunkt-politik-fuer-psychisch-krank-menschen.pdf>>.

DUDOVÁ, I. (2007). [online] *Současný pohled na dětskou a adolescentní psychiatrii*. *Psychiatrie pro Praxi*, 2007, (1), 29-31. [cit. 11. 10. 2018]. Dostupné z: <<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/07.pdf>>.

FOJTÍČEK, M., VRBOVÁ, A., RUBRICIUS, M., VÁGNEROVÁ, T., BACHOVÁ, M. (2012). *Normálně studuju. Příručka podporovaného vzdělávání pro žáky, studenty, jejich blízké a pedagogy*. Ledce: Ledovec.

FOLTOVÁ, L. (2012). *Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů*. *Čes. a slov. Psychiatrie*. 2012; 108(2): 72–79.

GOETZ, M. [online] (2005). *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric Pro praxi*. 2005; 5: 271-274. [citováno 15. 11. 2018]. Dostupné z: <<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/05/04.pdf>>.

HOLLIS, C. (2015). *Schizophrenia in children and adolescents*. *BJPsych Advances*, 21(5)

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., & kol. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

CHISHOLM, D. [online] (2019). *Integration of mental health into primary health care and other service delivery platforms*. 21. [citováno 10. 11. 2020]. Dostupné z: <https://www.integradz.sk/wp-content/uploads/2020/03/02_WHO_Chisholm.pdf>.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. (2003). *Sebevražedné chování – současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

KRCH, F., D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.

MACEK, P., SMÉKAL, V. (2002). *Utváření a vývoj osobnosti: Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Praha: Barrister & Principal.

MALÁ, E. (2007). *Dítě a stres*. Praha: Tigis.

MATĚJČEK, Z.(1994). *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál.

NISHIDA, A., SHIMODERA, S., SASAKI, T., RICHARDS, M., HATCH, S. L., YAMASAKI, S., & kol. (2014). *Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: Findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents*. Schizophrenia research, 159(2), 257-262.

PACLT, I. (2001).[online]. *Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku*. [cit. 8.10. 2018]. Psychiatrie pro praxi. 2001. 5. 212-215. Praha: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/en/artkey/psy-200105-0005.php>>.

PALÍŠEK, P. (2007). [online]. *Stresové situace a jejich zvládnání v období adolescence*. Psychiatrie, 11, 3, 148-156. [cit.12.12.2018]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2007/03/03_Palisek_PSYCHIATRIE_3_07.pdf>.

POLANCZYK, G. V., SALUM, G. A., SUGAYA, L. S., CAYE, A., ROHDE, L. A. (2015). *Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(3), 345-365.

POLANCZYK, G. V., DE LIMA M.S., HORTA B.L., BIEDERMAN J., ROHDE L.A. (2007). *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis*. Am J Psychiatry 164(6): 942–948.

PRAJSOVÁ, J., CHOMYNOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, Z., Kateřina PŘÍHODOVÁ, K. a CSÉMY, L. (2018). *Analýza projevů suicidálního chování u českých adolescentů: rizikové faktory pro suicidální myšlenky, plány a pokusy*. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Československá akademie věd, 2018, 62(1), 16-31. ISSN 0009-062X.

PRAŠKO, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.

ŘÍČAN, P. (1989). *Cesta životem*. Praha, Czechia: Panorama.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. (1995). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.

SCHONERT-REICHL, K. A., OFFER, D., HOWARD, K. I. (2013). *Seeking help from informal and formal resources during adolescence: Sociodemographic and psychological correlates*. Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies, 20, 165-178.

ŠUPA, J. (*sine data*). [online] *Metodika spolupráce Podpůrné sítě v rámci projektu Podporované vzdělávání*. Brno: Práh jižní Morava, z. s. [cit. 18. 12. 2018].

THORNICROFT, G. (2006). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj duševního zdraví

TRAIN, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál.

UHLÍKOVÁ, P.[online] (2012). *Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci - kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance?* *Pediatric Pro praxi*.2012; 13(6): 369–371.[cit. 8. 11. 2018]. Dostupné z:<<https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/03.pdf>>.

Návrh přílohy k Metodickému doporučení MŠMT č.j.: 21291/2010-28 - Psychická krize / duševní onemocnění

Webové stránky s podrobnějšími informacemi o ADHD:

www.addp.cz

www.nepozornidospeli.cz

www.adhdandyou.com

www.nepozornidospeli.cz (datum stažení 9.12.2020):

Ilustrace na úvodní stránce Pavel Botka.

Vzniklo díky finanční podpoře MZČR v rámci programu „Podpora zdraví, zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče“ a Magistrátu hlavního města Prahy v rámci programu „Akce celopražského významu“ v roce 2020.

