Příloha č. 8

Program – psychická krize/duševní onemocnění žáka

Tento Program je součástí Minimálního preventivního programu ZŠ a MŠ Prostějov

pro školní rok 2024/2025

Krizový plán pro řešení psychické krize/duševního onemocnění žáka

schválen pedagogickou radou dne 30. 8. 2024

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 soustředíme na ty jevy, jež mohou úzce souviset se školním prostředím.

Duševní zdraví zahrnuje emocionální, psychickou a sociální pohodu. Světová zdravotnická organizace ho definuje jako: „stav pohody (wellbeing), 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.“ Naše duševní zdraví ovlivňuje to, jak přemýšlíme, co cítíme a jak konáme, když se vypořádáváme se životem. Určuje také, jak zvládáme 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. Přechod mezi stavem zdraví a nemoci 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 zvládání každodennosti. Během dospívání je prospěšné osvojovat si pro to zdravé strategie a dovednosti, které souhrnně označujeme jako socio-emoční učení

**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 resilience, 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 zvládání krizové situace trvá obvykle 4–6 týdnů.“

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 spirituální spojenou s hledáním a realizací smyslu vlastního života. 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 u kompromisům předchozí generace. U takovýchto jedinců může být část dospívání zvláště bouřlivá.

**Pedagog by si měl všímat následujících projevů:**

* **Obtíže ve vykonávání každodenních aktivit považovaných za normální pro dítě daného věku**
* **Obtíže v porozumění instrukcím**
* **Obtíže v sociálních interakcích • Snížená schopnost vyrovnávat se se změnou**
* **Obtíže nebo zvláštnosti v komunikaci**
* **Restriktivní nebo repetitivní (opakující se) vzorce v chování, v zájmech, v aktivitách**
* **Nadměrný strach, úzkost nebo vyhýbavost vůči specifickým situacím nebo objektům (např. vůči odloučení od rodičů nebo pečujících osob, vůči určitým sociálním situacím, konkrétním zvířatům včetně hmyzu, výškám, uzavřeným prostorům, stopám poranění nebo krvi aj.)**
* **Změny ve spánkovém režimu**
* **Náhlý nevysvětlitelný pokles zájmu o dosud se zájmem vykonávané aktivity**
* **Opoziční nebo pozornost vyžadující chování**
* **Nadměrná aktivita (výrazný problém zůstat v klidu, např. nadměrné běhání dokola, nadměrné mluvení nebo psychomotorický neklid)**
* **Nadměrná nepozornost**
* **Nadměrná impulzivita**
* **Opakované a kontinuální vyrušování ostatních (v hovoru, činnostech)**
* **Náhlé změny v chování k vrstevníkům včetně stažení se do sebe nebo vzteku**
* **Opakovaně se vyskytující nevysvětlitelné fyzické symptomy (bolest hlavy, břicha, nevolnost)**
* **Extrémní stydlivost**
* **Časté změny nálad bez zjevné příčiny**
* **Časté výbuchy vzteku**
* **Opakované vzdorovité chování**
* **Rozvratné chování ve třídě**
* **Chování porušující stanovená pravidla nebo normy**
* **Fyzická agrese**
* **Neochota nebo přímé odmítání chodit do školy**
* **Jinak nevysvětlitelná nízká výkonnost ve škole**
* **Izolace od ostatních**
* **Extrémní beznaděj a zoufalství**
* **Přítomnost myšlenek, plánů nebo činů sebepoškozování/sebevražednosti nebo jejich výskyt v minulosti dítěte.**

Výše uvedené projevy ohrožení dítěte, resp. projevy poruch chování a emocí by měli znát všichni pracovníci školy. Všichni pracovníci školy by měli být informováni o tom, jak v případě výskytu některého z projevů postupovat. Informovanost pracovníků školy by měla být pravidelně aktualizována na začátku nového školního roku. Efektivním způsobem řešení informovanosti pedagogů je začlenění této agendy do činnosti školního poradenského pracoviště (ŠPP). Školní metodik prevence, popř. školní psycholog by měl mít vytvořený informační materiál o projevech ohrožení dítěte a vhodném postupu a na začátku každého školního roku by měl s jeho obsahem seznamovat všechny pedagogy. Je užitečné, pokud je např. ve sborovně informace o projevech ohrožení dítěte a vhodném postupu pro učitele vizualizována formou infografiky či jinak přehledně zpracované informace.

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 komorbiditu13, 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.

**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, depersonalizace. Někteří jedinci se po prožité panické atace domnívají, že se jednalo o infarkt nebo mrtvici a vyhledávají pomoc na pohotovosti. Tady (i opakovaně) zjišťují, že je jejich somatický nález 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.

**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. 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. Sociální fobie se nejčastěji objevuje ve věku 11–15 let, a může být spojena se školní docházkou. Tady bývá vyhýbavé chování spojené s kritickými situacemi značně omezeno – do školy se „musí“.

Děti i dospívající mívají nejčastěji problémy s vystupováním před ostatními – s hlasitým čtením, prezentací projektům individuálními sportovními a uměleckými výkony. Strach doprovází i zkoušení před tabulí nebo pobyt ve školní jídelně či používání WC.

**Mezi duševní onemocnění, se kterými se v adolescentní psychiatrii můžeme také často potkat, patří úzkostné poruchy, schizofrenní psychózy, bipolární afektivní poruchy, unipolární deprese, schizofrenie, bipolární poruchy, depresivní poruchy, fobické úzkostné poruchy a závislostní poruchy.**

Uvedená onemocnění se často vyskytují v kombinacích. 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. Deprese je označována za významný rizikový faktor zvyšující možnost sebepoškozování a suicidalitu (sebevražednost).

**Sebepoškozování v dospívání**

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. Se sebepoškozováním se setkáváme ve formě škrábanců, řezání, záměrného popalování, vytrhávání vlasů, patří sem i polykání léků či předmětů.

**Suicidalita v dospívání**

Faktory sebevražedného chování u adolescentů pocházejí z jejich sociální oblasti (dysfunkční rodina, alkoholismus rodičů, neuspokojivé sociální vazby).“ Suicidální myšlenky jsou pro dospívání typické.

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 zneužívání alkoholu a drog. Nelze jednoznačně odlišit sebepoškozování, které nesouvisí se suicidální aktivitou a uvádí se, 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.

**Poruchy příjmu potravy v dospívání**

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

**Užívání návykových látek v dospívání**

Značná část 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. 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 prostředkem pro nakládání s negativními emocemi.

**Disharmonický vývoj osobnosti**

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

**Varovné příznaky psychické krize**

Specifické projevy v chování nebo prožívání mladých lidí, které stojí za pozornost v souvislosti s eskalací psychické krize jsou následující:

● nestálá nálada

● vysoká popudlivost, podrážděnost

● rigidní myšlení a neflexibilní vzorce zvládání 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 riziková chování u dospívajících neobjevují jednotlivě, osamoceně. Stejně tak se nezřídka u dětí a dospívajících vyskytují spolu s nějakou poruchou chování či psychickou nepohodou.

**Možnosti a limity podpory ze strany pedagoga a školy**

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. 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.

**KRIZOVÉ LINKY S CELOSTÁTNÍ PŮSOBNOSTÍ**

* Linka bezpečí 116 111

Nonstop pro děti a studenti do 25 let včetně

Chat: https://chat.linkabezpeci.cz - denně 09:00-13.00 a 15:00-19:00

E-mailové poradenství: [pomoc@linkabezpeci.cz](mailto:pomoc@linkabezpeci.cz)

Kontaktní e-mail: [info@linkabezpeci.cz](mailto:info@linkabezpeci.cz)

Rodičovská linka: 606 021 021 PO-ČT, 09:00-21:00, PÁ 9:00-17:00 rodinné a výchovné poradenství pro rodiče, prarodiče a ostatní členy rodiny, pedagogy a další dospělé, kteří jednají v zájmu dítěte

Chat: https://chat.rodicovskalinka.cz/ - NE: 17:00-21:00

E-mailové poradenství: [pomoc@rodicovskalinka.cz](mailto:pomoc@rodicovskalinka.cz)

Web: https://www.linkabezpeci.cz/ Korespondenční adresa: Linka bezpečí, z.s., Ústavní 95, 181 02 Praha 8 – Bohnic

* Nonstop pro ohrožené děti a dospívající 241 484 149, 777 715 215

Chat: http://elinka.internetporadna.cz/

Provozní doba chatu: PO, ST, PÁ 14:00-18:00, SO a NE: 9:00-13:00 a 14:00-18:00

E-mailové poradenství: problem@ditekrize.cz

Kontaktní e-mail: ld@ditekrize.cz Web: <https://www.ditekrize.cz>

**VYBRANÉ WEBOVÉ STRÁNKY VĚNUJÍCÍ SE DUŠEVNÍMU ZDRAVÍ**

• Národní ústav duševního zdraví

• Opatruj.se

• Psychoportál

• Národní portál psychiatrické péče

• Duševní zdraví (edu.cz)

• Reforma psychiatrie

• Asociace dětské a dorostové psychiatrie

• Na rovinu

• Nepanikař

• Nevypusť duši

• Fokus Praha

Program – psychická krize/duševní onemocnění žáka jako přílohu č. 8. Minimálního preventivního programu zpracovala:

**Mgr. Kateřina Macáková a Mgr. Jitka Suchánková,**

**školní metodici prevence**