

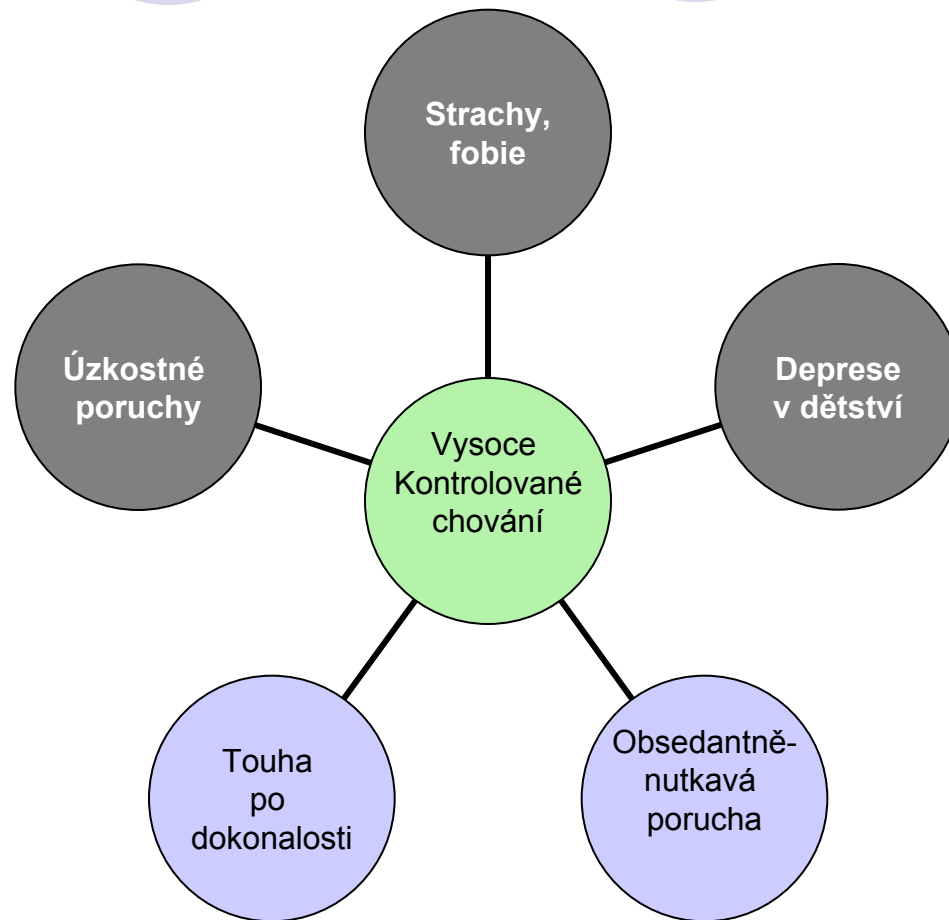


# Internalizované poruchy chování

VOJTOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti.*

Brno: MSD, 2010 ISBN 978-80-210-5159-1

# Internalizované (emocionální) poruchy



# Průvodní znaky



- Nejsou ve školách na chování dítěte/žáka vždycky viditelné;
- ovlivňují jeho prožívání školních událostí, vnímání stresů a různých výukových situací;
- týkají dětí/žáků všech věkových kategorií;

Vyznačují se dlouhodobými příznaky osamělosti, smutku a celkové nedůvěry ve vlastní perspektivu.

# Charakteristické znaky



- Většinou jsou reakcí na psychosociální stres způsobený událostmi, jako jsou např. kritické životní situace a zážitky spojené se zneužíváním, týráním, šikanou, dlouhodobou neuspokojivou situací, se špatnými školními výsledky, s krizovou situací v rodině apod...;
- Tendenci k úzkostným reakcím, ke strachu ze selhání v náročných situacích mívají citově labilní děti/žáci, které jsou ve vztahu k okolnímu světu zpravidla nejisté, zvýšeně sugestibilní, jejichž sebevědomí bývá nízké.

# Afektivní poruchy



- *Úzkostná porucha* bývá diagnostikována u dětí s dlouhodobě přehnanými, popř. nereálnými obavami, které ovlivňují jeho každodenní fungování.
- Úzkost je vnímaná jako negativní ladění celkového prožívání se somatickými symptomy obav a strachu

# Kategorizace úzkostných poruch

- separační úzkostná porucha v dětství;
- sociální úzkostná porucha,
- fobická úzkostná porucha v dětství

# Školní fobie – dilema kategorizace

- Nejde o záškoláctví – rozlišovat
- Dilema, zda patří k separační kategorii nebo fobické???

Znaky:

- dítě/žák mívá ve škole závažné problémy, které často končí dlouhodobou nemocí spojenou s absencí,
- vážné emoční rozladění, nadměrná bázlivost, nevyrovnanost nálad, výbuchy vzteku, stížnosti na nevolnost (ranní nevolnosti),
- dítě/žák často zůstává doma s vědomím rodičů – jednodenní absence atd.
- chování dítěte/žáka neprovází jiné problémové chování.



## **Intervence** - behaviorální východiska

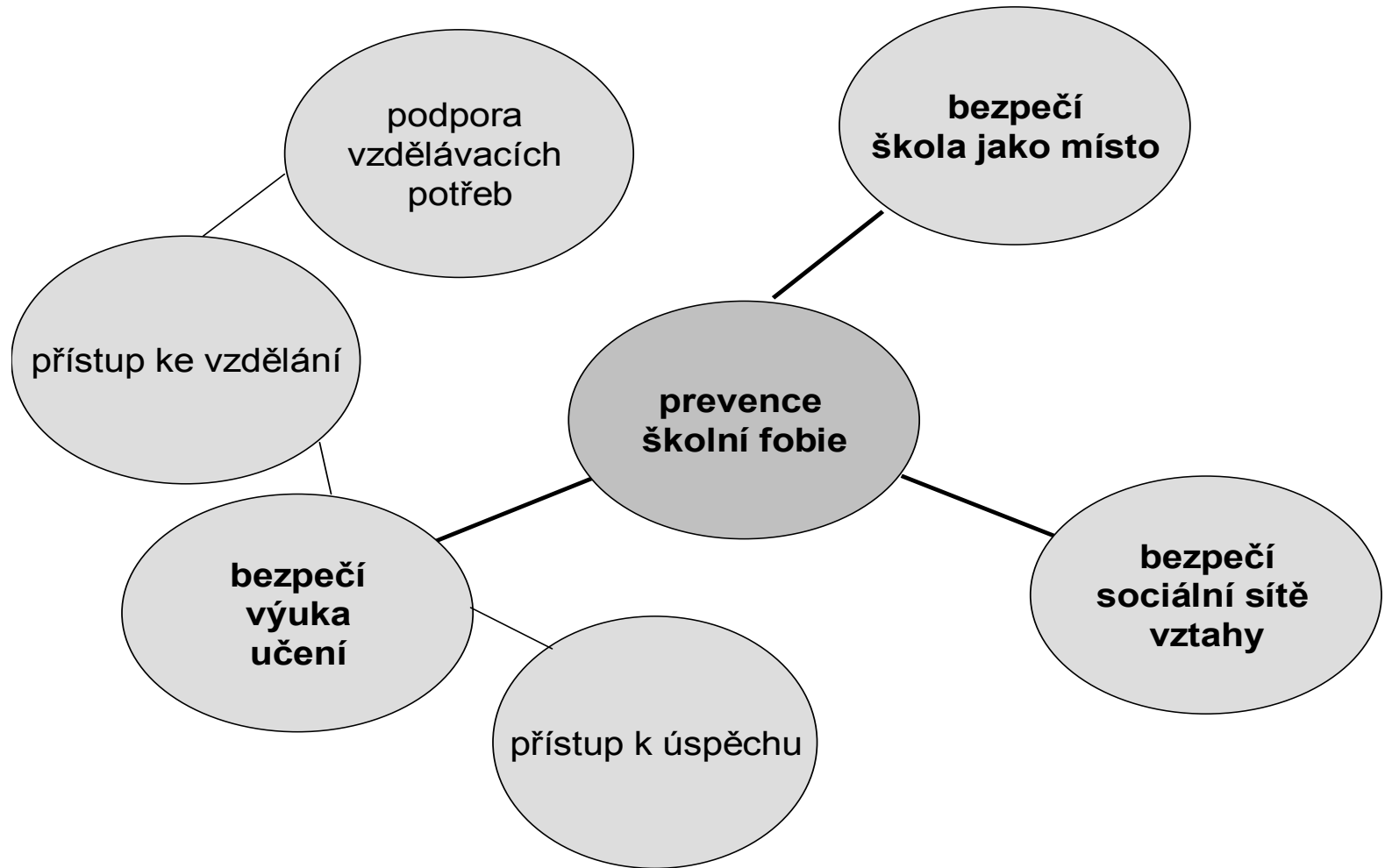
Cílem je postupné oslabování vztahu mezi negativním prožíváním a školou.

Riziko: podceňování potřeby intervence:

Efektivita: včasnost, komunikace, pozitivní motivace, postoje, verbalizace strachů, režim, plánování kroků výuky a učení...



# Prevence školní fobie



# Prognóza



- Mezi dětmi v psychiatrické léčbě je podle literatury až 3,5-8 % dětí s intenzivními nebo výraznými projevy strachu, fobie nebo úzkosti.
- Přibližně 3,5 % dětí v průběhu svého života zažívá nějakou klinickou fobii, s vrcholem mezi 10.-14. rokem života. Odhady výskytu školních fobií se výrazně liší: od 0.04 % do 8 %

# Dětská deprese

Riziko: mnohdy dobře skrývaná

## Symptomy:

přetrvávající depresivní nálada;  
nechutenství, nebo naopak přejídání,  
špatný spánkový režim,  
nedostatek energie,  
zvýšená podrážděnost.

## Ve škole:

nápadně malá odezva  
na lákavé aktivity a  
stimuly;  
nízká sebeúcta,  
nedostatek pozornosti;  
nedůvěra v možnost  
ovlivňovat věci kolem  
sebe.

# Formy dětské deprese



## Útlumová:

- depresivní nálada,
- neschopnost prožívat pozitivní city a radost (anhedonie),
- zvýšená unavitelnost,
- snížená psychomotorická aktivita

## Kognitivní

- depresivní nálada spojená
- s pocity viny,
  - beznaděje,
  - podrážděností a
  - sebevražednými úvahami

# Negativní myšlení při dětské depresi

<b>Zaměření reflexe</b>	<b>Osobní výkon</b>	<b>Schopnost ovlivnit události</b>
Minulost	Pocity viny a studu	Obava z opakování chyb
Přítomnost	Pocity selhání	Pocity bezmoci
Budoucnost	Očekává horší perspektivu	Pocity beznaděje

# Znaky dětské deprese



- U dětí mívá deprese dlouhé trvání v opakovaných epizodických atakách.
- 1-2% dětí a 4-8% adolescentů
- Výskyt u dětí nad patnáct let: snížení výskytu u chlapců - hypotéza, že chlapci své strachy vybíjí v externalizovaných způsobech chování.
  - zvýšení výskytu u děvčat – hypotéza, souvislost s věkem - uzavírají se do sebe.

Dlouhodobá deprese trvající přes dva roky zvyšuje úzkostnost dětí a snižuje jejich sebevědomí (Kauffman, 2005).

Do dospělosti depresivní stavy přetrvávají u 70 % dětí

# Intervence – vysoká individualizace

Potřebuje:

- podrobnou diagnostiku sociálních, emocionálních a kognitivních dispozic a kompetencí,
- analýzu biografických krizových událostí se zřetelem na symptomy depresivních stavů,
- vyhodnocení aktuálních sociálních vazeb.
- Léčba medikací není v případě dětských depresí aktuální, léky podávané dospělým nejsou u dětí účinné (Kauffman, 2005, Elliot, Place, 2002),
- Význam psychologické nebo/a (speciálně)pedagogické intervence
  - je proto jedinou cestou, jak posílit jeho fungování v běžných denních situacích a jak mu zprostředkovat otevřenou perspektivní budoucnost.

# Příklady modelů intervence depresivního chování u dětí

**Behaviorální intervence:** pracuje s rolemi, se sociálními kompetencemi, s participací v prosociálních aktivitách, s kauzálními faktory, se sebestrosováním a sebekontrolou.

**Kognitivní intervence** - založena na předpokladu, že chování a nálada je důsledkem myšlení, takže jeho změna může navodit změnu chování



# Prointervenční model diagnostiky dětské deprese

Předpokladem je vyloučení vazby deprese na jinou poruchu.

Diagnostická hodnocení postupně reflektují následné oblasti:

- úroveň míry aktivity dítěte/žáka,
- deficity sociálních kompetencí,
- deficity sebekontroly,
- charakteristika depresivních projevů,
- úroveň míry sebevědomí a celkového pocitu neštěstí,
- omezení v sebevědomí a funkčnosti sociálních vztahů.

Na prvním místě tohoto modelu stojí míra aktivity dítěte/žáka a na druhém sociálních kompetencí.