

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

ÚZKOSTNÉ PORUCHY V DĚTSKÉM VĚKU
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kristýna Svobodová

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná.

Plzeň, 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Úzkostné poruchy v dětském věku* vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce PhDr. Lenky Novotné. Současně prohlašuji, že jsem uvedla v příloženém seznamu všechny použité zdroje.

V Plzni dne 30. 06. 2017

.....
Kristýna Svobodová

Ráda bych poděkovala PhDr. Lence Novotné za trpělivost a ochotu při odborných konzultacích v průběhu psaní této bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala své rodině a svému příteli za jejich podporu a porozumění v průběhu celého studia. Dále bych chtěla poděkovat všem těm, kteří mi pomohli a umožnili zrealizovat výzkumné šetření.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická

Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna SVOBODOVÁ**

Osobní číslo: **P14B0307P**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Psychologie se zaměřením na vzdělávání**

Název tématu: **Úzkostné poruchy v dětském věku**

Zadávací katedra: **Katedra psychologie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr a studium literatury
2. Zpracování teoretické části práce: vymezení emocí a jejich charakteristika, etiologie a symptomatologie, úzkost a strach, klasifikace úzkostných poruch, specifické fobie
3. Výzkumná část práce: výzkum pubescentů se zaměřením na poruchy emocí
4. Příprava předvýzkumu (ověření dotazníkového šetření), realizace výzkumného šetření
5. Shrnutí výzkumu
6. Závěr



Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce: **60**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.
2. PRAŠKO, Ján. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
3. VYMĚTAL, Jan. Úzkost a strach u dětí: [jak jim předcházet a jak je překonávat]. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.
4. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1049-8.


Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Lenka Novotná**
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **20. června 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2017**


RNDr. Miroslav Randa, Ph.D.
děkan




Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Plzni dne 17. srpna 2016

OBSAH

Úvod	2
I TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1 VÝVOJ DÍTĚTE V OBDOBÍ PUBESCENCE	4
1.1 OBDOBÍ PUBESCENCE	4
1.2 TĚLESNÝ VÝVOJ V OBDOBÍ PUBESCENCE	6
1.3 ZMĚNY V OBDOBÍ PUBESCENCE.....	7
1.3.1 Rozvoj poznávacích procesů.....	7
1.3.2 Změny v emoční oblasti.....	9
1.3.3 Vlastní identita a sebe pojetí	11
1.3.4 Vliv sociálního prostředí v období pubescence	12
2 ÚZKOST A STRACH.....	14
2.1 EMOČNÍ STRÁNKA LIDSKÉ OSOBNOSTI.....	14
2.2 VYMEZENÍ STRACHU A ÚZKOSTI	15
3 ÚZKOSTNÉ PORUCHY	19
3.1 VYMEZENÍ ÚZKOSTNÝCH PORUCH A JEJICH ETIOLOGIE	19
3.2 KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH.....	20
3.3 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY	22
3.4 PANICKÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA	24
3.5 GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA	25
3.6 OBSEDANTNĚ KOMPULSIVNÍ PORUCHA	27
3.7 DEPRESE A SUICIDÁLNÍ PORUCHA	29
4 LÉČBA PSYCHICKÝCH PORUCH.....	32
4.1 LÉČBA ÚZKOSTNÝCH PORUCH	32
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
1 CÍLE A METODY VÝZKUMU	36
2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	38
3 PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	39
4 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	42
ZÁVĚR.....	44
RESUMÉ	45
RESUMÉ	46
SEZNAM LITERATURY	47
INTERNETOVÉ ZDROJE	49
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ	50
PŘÍLOHY	I

ÚVOD

Úzkost je pocit, který prožívají lidé od počátku věků. Její vymezení bylo z počátku velmi široké a až na začátku devatenáctého století se začala popisovat jako stav vyvolaný kombinací psychologických a sociálních příčin, jež se projevují v somatické oblasti. V dnešní době je strach a úzkost považována za nezbytnou složku při utváření osobnosti jedince. Úzkost je zcela běžnou reakcí jedince. Projevuje se v době, kdy jedinec není v nebezpečí. Úzkost jedince upozorňuje na možný výskyt nebezpečí. Strach je typický v okamžiku, kdy se jedinec ocitá v nebezpečné situaci. Jistá míra úzkosti je běžná a pro život člověka důležitá, avšak v okamžiku, kdy míra úzkosti překročí pomyslnou hranici a začne být pro člověka obtěžující či neúnosná, mění se úzkost běžná v úzkost patologickou.

Téma úzkosti a úzkostných poruch je velice zajímavé a obsáhlé. Vývoj lidské osobnosti je velmi složitý proces, který probíhá v průběhu celého života. Za nejzásadnější považují období pubescence. Děti v tomto období prochází mnoha změnami a to v oblasti tělesné a psychické a mění se povaha sociálních vztahů. Vzhledem k tomu, že všechny změny, ke kterým v tomto krátkém období dojde, jsou celkem zásadní, mohou být zdrojem úzkosti, je-li tato úzkost neúnosná a trvá-li dlouho, může se změnit v úzkostnou poruchu.

V teoretické části práce se budeme zabývat popisem vývojového období pubescence. Pokusíme se blíže charakterizovat pojmy úzkost a strach a jejich vliv na lidský organismus. Zaměříme se na úzkostné poruchy, jejich etiologii a symptomatologii. V závěru teoretické části se budeme zabývat vybranými léčebnými postupy, uplatňovanými při léčbě úzkostných poruch.

V praktické části se zaměříme na výzkum úzkostných poruch u dětí v období pubescence. Sběr dat potřebných k výzkumu proběhl za pomoci jediné výzkumné metody. Byl použit standardizovaný dotazník, který zjišťuje míru úzkosti u dětí. Výzkum byl proveden u žáků šestých a sedmých tříd. Cílem výzkumu bylo zjistit míru úzkosti u dětí ve vývojovém období pubescence.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJ DÍTĚTE V OBDOBÍ PUBESCENCE

V této kapitole si probereme vývoj dětského organismu z pohledu změn psychických a tělesných. V závěru této kapitoly se zaměříme na vliv sociálního prostředí na vývoj dětského organismu.

1.1 OBDOBÍ PUBESCENCE

Jedná se o nejdynamičtější období vývoje, ve kterém u jedince dochází k mnoha tělesným, psychickým a sociálním změnám. Tyto změny jsou ve většině případů podmíněny biologicky. Svou neméně důležitou roli mají faktory psychické a sociální. Toto období je vymezeno jako přechod mezi dětstvím a dospělostí, tedy mezi desátým a dvacátým rokem života. O dospívání se dá říci, že je to proces, u kterého se oba konce neustále rozšiřují, doba dětství se neustále zkracuje, a naopak doba dospívání se prodlužuje. Na základě tohoto faktu můžeme tedy předpokládat, že doba pro rozvoj všech potřebných potencií je dostatečná. [1]

U dětí se v tomto období projevuje velmi nápadná snaha o zbavení se nálepky „dítě“ a stát se v co možná nejkratším čase nezávislým dospělým jedincem. Na stranu druhou děti v tomto období nechtějí přebírat odpovědnost za své činy, chování a jednání.

Období dospívání je dle Marie Vágnerové vymezeno jako „*Období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralější formu identity*“. [2]

„*J. Taxová zdůrazňuje, že jde o přechod od závislosti k nezávislosti, od nesamostatnosti k samostatnosti, od vnější motivace k vnitřní autoregulaci osobnosti*“. [3]

Pro vývojové období dospívání je typická variantnost v rychlosti dozrávání jednotlivých procesů ať už procesů biologických či procesů psychických. Jsou patrné variantní rozdíly mezi chlapci a dívkami a zároveň i mezi jedinci téhož pohlaví. U dívek dochází k nástupu puberty zhruba o jeden a půl až dva roky dříve než u chlapců. [3]

Dospívání z pohledu různých teorií dle Marie Vágnerové. Marie Vágnerová ve své knize *Vývojová psychologie Dětství, dospělost, stáří* uvádí několik pohledů na dospívání.

Prvním z nich je pohled Sigmunda Freuda, který nazval toto období jako genitální stádium. Freud patřil k psychoanalytikům a zastával názor, že v období dospívání dochází

k oživení sexuálního pudu. Tedy, že sexuální potřeby stále určují směr, jakým se jedinec bude v životě ubírat, ale dochází ke změně objektu sexuální touhy. Objektem již nejsou členové rodiny. Touhy tedy přestávají být incestního charakteru. Novým objektem se stává jiná dívka či chlapec v okolí dospívajícího. U jedince zároveň dochází ke změně v charakteru těchto vztahů, jedinec přestává být egocentrický a úzce zaměřený na vlastní uspokojení, začíná ve vztahu k druhým lidem i něco poskytovat.

Anna Freudová (1946), na rozdíl od svého otce považovala období dospívání za jedno z nejdůležitějších období ve vývoji jedince. Podle ní v tomto období dochází k růstu pudových tendencí a následnému porušení rovnováhy mezi id a egem. Proto je třeba tento problém kompenzovat a do popředí se dostávají dva regulační mechanismy, jimiž jsou intelektualizace a asketismus. Intelektualizace přeměňuje sexuální puzeň na energii, díky které jedinec produkuje intelektuální činnost. Asketismus je mechanismus, díky kterému jedinec dokáže potlačit své pudy bez následné substituce.

Erik Erikson (1994), podle něho je pro dospívání charakteristické hledání vlastní identity, bojem s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém a své pozici ve společnosti. Na rozdíl od Freuda klade důraz na osamostatnění od rodiny z pohledu psychosociálních aspektů.

Nyní budeme hovořit o dětech ve věku od jedenácti do patnácti let. Toto životní období je podle většiny autorů rozděleno do dvou etap.

Jednou z nich je období prepuberty. Prepuberta má své typické projevy, mezi které patří přítomnost prvních pohlavních znaků. Také v tomto období dochází ke zrychlenému růstu do výšky. Období prepuberty končí u dívek nástupem menarche a u chlapců výskytem noční poluce. U dívek k zakončení fáze prepuberty dochází zhruba mezi jedenáctým a třináctým rokem života u chlapců zhruba o jeden až dva roky později.

Druhou etapou je období vlastní fáze puberty. Puberta nastupuje po ukončení prepuberty a trvá až do okamžiku, kdy je dosaženo reprodukční schopnosti. První menstruaci u dívek a období první noční poluce u chlapců nelze brát za dovršení pohlavního vývoje. K tomu dochází zhruba za dobu jednoho až dvou let od zaznamenání těchto jevů, kdy v průběhu této doby dojde ke zpravidelnění a ustálení pohlavních projevů u dívek i chlapců. O období vlastní puberty hovoříme mezi třináctým a patnáctým rokem života.

Posledním vývojovým obdobím v rámci dospívání je období adolescence. Toto období je vymezeno věkem zhruba od patnácti do dvaceti dvou let. Pro období adolescence jinak nazývané taky jako mladiství je typické dovršení pohlavní zralosti, změna postavení jedince ve společnosti, tělesný růst a vytváření hlubších erotických vztahů. [4]

1.2 TĚLESNÝ VÝVOJ V OBDOBÍ PUBESCENCE

Tělesný vývoj je jedním z výrazných projevů období pubescence, a to hlavně v období prepuberty. V období prepuberty dochází k výraznému růstu, jež je patrný především u údů. Nejpatrnější jsou změny u délky končetin, oproti tomu růst trupu je výrazně pomalejší. Uvádí se, že dolní končetiny tvoří zhruba 60 % z celkové délky těla, děti nám během několika měsíců vyrostou ze všech šatů, z dítěte baculatého se stává dítě s postavou výrazně vysokou a hubenou. Této fázi vývoje se také jinak přezdívá druhé vytahování. Vzhledem k tomu, že v tomto období dochází ke změnám obličeje, kdy mohutní dolní čelist a vzniká tak zvaná přehnaně prodloužená pubertální forma obličeje, na které přechodně dominuje přerostlý velký nos, je patrná velká disproportionace postavy. Všechny tyto jevy vyústí v potřebu dětí své údy dostatečně používat. To má za následek, že děti mají potřebu přepínat svůj tělesný aparát přílišnou námahou v podobě běhů o závod, tělesných ataků na život a na smrt apod. Růst probíhá ve velmi krátkém časovém úseku a je značný, proto je důležité těmto dětským bojům zabránit, nebo je alespoň eliminovat. Děti mimo jiné doslova zakopávají o své dlouhé končetiny, vráží do všeho kolem sebe, a to hlavně v okamžiku, kdy se necítí dobře. Jejich pohyb působí neohrabaně a nemotorně.

V období samotné puberty již končetiny nerostou takovou rychlostí jako dopsud, dochází však k nápadným změnám v obličeji. Výraz tváře se stává hrubší, brada je vystouplá, výrazně rostou lící kosti, a to vše má za následek dětský výraz očí doprovázený podstatně dospělejším obličejem než kdy dříve. Do popředí se dostává růst trupu, z dříve disproportionální postavy se stává postava harmonická. Na základě správného fungování žláz s vnitřní sekrecí se začínají projevovat pohlavní znaky jako je růst ňader, zaoblení boků, růst ochlupení a vousů. Vzhledem k tomuto faktu dochází k diferenciaci typických forem obou pohlaví. [5]

„Pohlavní znaky projevující se v dospívání jsou:

- 1. primární (vývoj pohlavních orgánů)*
- 2. sekundární (vzhledové odlišení muže a ženy, např. růst svalů, vousů a ochlupení u mužů)*
- 3. terciální (činnost srdce, mozku apod.)*
- 4. kvartérní (psychosexuální založení člověka, odlišné zaměření psychiky u obou pohlaví).“ [3]*

„P. Říčan (1990), ranější dospívání chlapců nebývá tak zatěžující jako předčasné tělesné dospívání dívek“. [4]

S tímto tvrzením se dá souhlasit, protože bylo prokázáno, že dívky, které dospívají rychleji a jsou více vyvinuté, se snaží realitu popírat a zakrývat.

1.3 ZMĚNY V OBDOBÍ PUBESCENCE

V této části práce se zaměříme na zvláštnosti, ke kterým dochází u dítěte v oblasti dětské psychiky. Mezi tyto změny patří především změna v oblasti prožívání, dále si probereme rozvoj poznávacích procesů, a zaměříme se i na utváření a rozvoj vlastní identity jedince.

1.3.1 ROZVOJ POZNÁVACÍCH PROCESŮ

V minulosti proběhlo hned několik příčných studií, které bohužel mají své nedostatky, neberou v potaz změny ve společnosti. Výsledky některých těchto studií hovoří o tom, že intelektový rozvoj dosahuje svého vrcholu v patnácti až šestnácti letech. Jiné hovoří o tom, že následný vývoj není zcela zastaven, ale jen značně zpomalen. Nikdy však nebylo prokázáno, kdy vývoj končí, a tedy v jaké fázi vývoje jedince dosahuje svého konečného vývoje. Lze však tvrdit, že dospívající jedinec se k vrcholu intelektového vývoje blíží více než lidé věku staršího, a to hlavně v oblasti tvořivého a pružného myšlení.

Děti v období jedenácti až dvanácti let již dokáží tvořit logické závěry, ale jen za předpokladu, že jim jsou předkládány jevy konkrétní, představitelné. Jsou-li jim

předloženy jevy z roviny abstraktní, nedokáží je logicky vyhodnotit. Jedná se tedy o logické myšlení založené na základu systematickosti a pravidelnosti.

Na počátku pubescence se objevuje nový způsob myšlení, který J. Piaget nazývá jako tzv. systém formálních operací. Hovoříme tedy o zcela novém způsobu uvažování a myšlení nad situacemi z běžného života. Myšlení je již schopno odpoutat se od jevů konkrétních. Pubescent je tedy schopen přijmout fakt, že jevy kolem něj nejsou tvořeny jen znaky konkrétními, ale i znaky z roviny abstraktní. Jedinec dokáže tyto jednotlivé znaky propojovat, dokáže uvažovat nad jejich vzájemnými vztahy. Například u operací matematických či fyzikálních je schopen zaměnit konkrétní čísla za jiné znaky, jimiž jsou většinou písmena, a přesto dojít se správnému závěru. [1]

„Dospívající je nyní schopen velkého počtu myšlenkových kombinací, z nichž mnohé se ve skutečnosti ani nevyskytnou.“ [1]

Nejvýraznější posuny v myšlení lze podle J. Langmeiera a D. Krejčířové shrnout do několika bodů:

1. Pojmy, které bezprostředně nesouvisí se smyslovou zkušeností, dostávají svůj prostor a pubescent je nyní schopen nad nimi uvažovat a využít jich k utváření výstižnějších a přesnějších závěrů založených na logickém základu.
2. Jedinec se nespokojí s jediným způsobem řešení situace. Má potřebu hledat více způsobů řešení, které hodnotí a porovnává. Ty méně výhodné nahrazuje způsoby novými.
3. Objevuje se myšlení, které je schopno tvořit domněnky, které nejsou založeny pouze a striktně na reálném základu. Pubescent si všímá chování lidí ve svém okolí a kriticky jej hodnotí a srovnává s ideály a normami běžnými ve společnosti.
4. Samotné logické operace jedinec odpoutává od významového i věcného obsahu, přemýšlí nad nimi jako nad systémem v rovině abstraktní. Význam jednotlivých jevů není důležitý pro správný logický závěr.
5. Pubescent dokáže přemýšlet nad důvodem svého myšlení, chování a jednání. Dokáže přemýšlet o důvodech, díky kterým dospěl k závěrům, ke kterým dospěl.

U pubescentů díky těmto změnám v oblasti myšlení narůstá pocit větší jistoty v oblasti pochopení světa. Stávají se kritičtějšími k druhým lidem, ale i sami k sobě. Mají dost často pocit, že vše se dá vyřešit poměrně jednoduše a nerozumí tomu, proč v tom okolí vidí problém. Tato „přehnaná“ sebejistota pramení z nedostatečné životní zkušenosti. Nové dimenze dosahuje i myšlení o čase a prostoru. Do popředí se dostávají úvahy týkající se budoucnosti.

S přihlédnutím k faktu, že pubescent je schopen uvažovat více logicky se zvyšuje i kapacita paměti. To je způsobeno tím, že jedinec dokáže lépe propojit poznatky a zhodnotit jejich důležitost. Dokáže si vytvořit jakýsi systém, jak si poznatky snáze a déle udržet v paměti.

Jedinec nachází i nové způsoby práce se sebou samým, osvojuje si nové způsoby jak si lépe a déle udržet pozornost.

Vzhledem k nedostatečným životním zkušenostem se do myšlení promítají často i emoce, které zapříčiňují sklony k radikalismu. Ten se projevuje především v okamžiku, kdy si jedinec vydedukuje svou teorii o nějakém jevu v jeho okolí, v tuto teorii věří a je zcela přesvědčen o její pravdivosti. Jiný názor u lidí kolem sebe vnímá jako projev neschopnosti a neochoty přijmout něco nového. [1, 4]

„Rozdíly mezi způsobem uvažování prepubertálních školáků a dospívajících lze stručně vyjádřit takto: Dětství je charakteristické úsilím o poznání a pochopení světa, tj. jaký svět je; dospívání je typické potřebou a schopností uvažovat o tom, jaký by tento svět mohl být, resp. měl být.“ [4]

1.3.2 ZMĚNY V EMOČNÍ OBLASTI

Oblast prožívání neboli psychické aspekty projevující se v období pubescence jsou velmi rozmanité. Většinou se však hovoří o období plném emocionálních bouří a krizí. V období pubescence dochází k zásadním hormonálním změnám v organismu, což dává za vznik novým, silným vjemům a pocitům, se kterými mladý nezkušený jedinec neumí zcela dokonale zacházet. Tento fakt má za následek hned několik různých psychických projevů, mezi které patří především citová labilita. To se projevuje rychlými a prudkými změnami nálad. Toto střídání nálad je často bez zjevných vnějších podnětů, což v očích dospělých

vyvolává pocit, že jejich děti jsou rozmazlené, bez zásad správného chování a svými projevy obtěžují okolí.

Objevuje se také jev rychlého střídání fáze, kdy je jedinec aktivní a kdy je naopak aktivní málo nebo se u jedince dostaví stav totální nechuť k jakékoliv aktivitě.

Dalším častým jevem je emoční egocentrismus, což se dá popsat jako stav, kdy jedinec vnímá své vlastní pocity a prožívání jako něco, co jeho okolí není schopno prožívat. Své pocity považuje za výjimečné a jedinečné, pouze jemu vlastní.

Pubescent také nerad projevuje své city, má totiž pocit, že jeho city patří jemu, považuje je za soukromé a vysoce osobní. Vzhledem k faktu, že většina citů je pro dospívajícího nová a nemá v nich zcela jasno, dochází často k tomu, že jeho prezentace navenek nekoresponduje s jeho vnitřním stavem prožívání. Nejčastěji k tomuto jevu dochází v oblasti negativních emocí, kdy je jedinec smutný, stydí se, či si připadá trapně. K tomuto jednání jedince vede obava z nepochopení okolím.

U pubescentů se vyskytuje tendence své pocity znovu prožívat a analyzovat. Dost často ulpívají na svých negativních a problémových stavech. Dochází k opakovanému prožívání těchto prožitků, k tzv. emoční ruminaci. To může vést k častému výskytu špatné nálady a depresivnímu ladění. [2, 4]

M. Vágnerová hovoří ve své knize *Vývojová psychologie, Dětství a dospívání* o tom, že dospívající používá pro snazší vyrovnání se se všemi negativními a nepříjemnými pocity obranné strategie.

1. Mechanismus kyvadla: Jedinec, který dosáhl zralejší úrovně, se v době, kdy nový způsob řešení situace není zcela zafixován, vrací ke způsobům řešení z doby dřívější. Návrat k dětskému či infantilnímu chování, zabývá se hrou z období dětství, kterou již považuje za „hloupou“ mluví více s rodiči. Tento projev chování, byť jen občasný a krátkodobý působí na jedince pozitivně ve smyslu získání alespoň krátkodobého pocitu jistoty a zároveň dosažení emocionální relaxace.
2. Regrese na nižší vývojové stádium: K té dochází, je-li jedinec vystaven vyšší zátěži, jež není schopen zvládnout. Míra regrese je přímo úměrná subjektivní závažnosti zátěže. Trvá tak dlouho, jak dlouho jedinec potřebuje.

-
3. Únik do fantazie: Pokud se jedinec dostane do situace, kterou nedokáže sám vyřešit, uniká z reality do fantazijních představ, ve kterých se odpoutává od reality, prožívá role, jež ve skutečnosti nejsou reálné a snaží se je vyřešit, při řešení se odpoutává od logiky, času i prostoru, prostě všech reálných faktů, toto je velmi důležitý proces nezbytný pro další rozvoj vlastní identity jedince. [2]

1.3.3 VLASTNÍ IDENTITA A SEBE POJETÍ

Vlastní identita a sebepojetí jsou velmi důležité aspekty lidského života. Pokud nedojde ke správnému a dostatečnému rozvoji těchto aspektů, může to vést ke vzniku problémů spojených s psychickou nepohodou jedince. Je třeba si uvědomit, že jedinec v období pubescence prochází mnoha změnami, které pro něj nejsou jednoduché. Dost často mu dělá potíže se s těmito změnami vyrovnat.

V období pubescence dochází v životě jedince k mnoha zásadním změnám. Tyto změny zásadně mění identitu dospívajícího. E. Erikson považuje období pubescence a dospívání vůbec za období hledání a rozvíjení vlastní identity. Jedinec se snaží oprostit od dětského pojetí sebe samého. Musí se vyrovnat se všemi změnami, dostává se do zcela nových životních rolí, musí je přijmout a vyrovnat se s nimi. Dětské sebepojetí bylo založeno na tom, co si myslí okolí, na autoritách. Nyní dochází k seberealizaci. Jedinec hledá sám sebe, snaží se o dosažení své představy o tom, jaký by chtěl být.

Objevuje se zájem o hlubší a dokonalejší sebepoznání. Je tu patrná snaha přemýšlet o vlastní budoucí identitě. Vzhledem k faktu, že jedinec je schopen o sobě a své budoucnosti uvažovat a vytvářet různé možnosti v širších souvislostech, je schopen dát svým představám hlubší obsah.

Jsou změny, které i přes jedincovu snahu zastavit nelze např.: změna vzhledu, způsob prožívání, způsob uvažování apod. Všechny tyto změny nutí jedince k novému způsobu uvažování o sobě samém. Pubescent prožívá stavy nejistoty a dost často jedinec prožívá vnitřní konflikty, což vede k nespokojenosti s vlastní identitou a následným problémům se sebe akceptací.

Jedinec vlivem všech změn, které u něj nastaly, se začíná ve zvýšené míře zabývat sám sebou, chce o sobě vše vědět, prohlíží se v zrcadle, soustředí se na vlastní prožívání.

U pubescentů se projevuje zvýšená kritičnost k sobě i k okolí. Díky rozvoji poznávacích procesů dokáže jedinec o sobě uvažovat v širších souvislostech a většinou sám sebe a svůj současný stav nepovažuje za nejlepší. Kritičtí jsou především ke svému zevnějšku. Na vznik kritičnosti mají vliv změny v hodnocení vnímaného, ale i nároky okolního světa, se kterými se jedinec srovnává a čím více se vymyká, tím je kritičtější.

Sebepojetí dostává nový rozměr. Prostřednictvím introspekce se jedinec zaměřuje na své vlastní pocity, prožitky a myšlenky. Je však pravdou, že se dost často stává tato analýza velmi obtížnou a nedosažitelnou. Introspekce závisí na současném stavu jedince, je ovlivňována emocemi, které mají dopad na vnímání vlastní psychiky. Nedílnou součástí sebepojetí je sebeúcta, ta zahrnuje dvě složky:

1. aktuální pocity - progres v období pubescence
2. bazální sebeúcta

V období puberty je časté kolísání aktuální sebeúcty, které se odvíjí od současného psychického stavu jedince, od povahy situací, které jedince ovlivňují. Jsou to především takové situace, jimž není jedinec schopen odolávat. Sebeúcta je ovlivňována pubescentovými pochybnostmi o sobě samém, myslí si, že ho nikdo nebere vážně. Šance vymluvit dospívajícímu tuto domněnku je mizivá. Vliv vrstevnické skupiny je velmi důležitý pro rozvoj sebedůvěry. Podle toho, jak je jedinec hodnocen vrstevnickou skupinou hodnotí sám sebe. Současně je jedincovo sebehodnocení ovlivněno sebejistotou, je-li nízká, je pro jedince obtížné rozlišit, zda okolí reaguje na něj nebo je reakce okolí náhodná.

Svůj význam mají i fantazijní představy o sobě samém a tvorba ideálů o tom, jaký by měl jedinec být. Při snaze dosažení těchto ideálů vzniká frustrace z propasti mezi stavem současným a stavem vysněným. Na stranu druhou je to prostředek k vytvoření cílů a perspektiv, dosažitelnějších a reálnějších o sobě samém. [3, 4]

1.3.4 VLIV SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ V OBDOBÍ PUBESCENCE

Sociální prostředí je důležitým faktorem v utváření celé osobnosti, má tři základní složky, mezi které patří rodina, vrstevnická skupina a škola.

V tomto období hraje důležitou roli v životě pubescenta odpoutání se od pevných rodinných vazeb. Rodiče přestávají být jedinými autoritami v životě jedince, jsou odsunuti

a jejich názor je považován dospívajícím za nedůležitý. Pubescent přestává své rodiče považovat za nejmoudřejší, nechce již být stejný, jako jsou oni, má pocit, že mu rodiče nerozumí a ani rozumět nemohou tak jako dříve, a proto se stává k rodičům kritický. Dospívající se snaží se nalézt vlastní identitu, vymezit sám sebe a svou soběstačnost.

Vrstevnická skupina se v období pubescence stává velmi důležitou. Jedinec si kompenzuje odpoutání od rodiny tvorbou nových vztahů s vrstevníky, což mu dodává ztracenou jistotu. Skupina se pro něj stává oporou v procesu osamostatňování a místem pro vyjádření sebe samého. V rámci vrstevnické skupiny se jedinec dostává do interakce s ostatními členy skupiny, mezi nimiž začne fungovat jakási hierarchie, kdy každý jednotlivec má svou roli a postavení. Skupiny mají svá pravidla a normy, které její členové dodržují a tím si upevňují některé způsoby chování, potřebné pro snazší život ve společnosti. Vrstevnická skupina funguje jako prostor pro rozvoj myšlení, inteligence, komunikačních schopností apod. Má svou funkci při utváření individuální identity prostřednictvím přechodného jevu skupinové identity, jež funguje jako podpora v době, kdy individuální identita není zcela rozvinuta. Složení vrstevnické skupiny se v průběhu pubescence mění, na začátku je skupina tvořena převážně jedinci stejného pohlaví, postupem času se ale skupina stává větší a jsou v ní jedinci obou pohlaví.

Škola je prostředí, jež je důležité pro rozvoj jedince. Pubescent má ve škole roli žáka, která se postupně mění. Je nucen naučit se vyrovnávat s autoritami, což je velmi důležité a nezbytné. Jedinec se dost často dostává do konfliktu s autoritami, nesnaží se je však odstranit, ale vyrovnat se jim. Škola je prostředím, kde dospívající rozvíjí své schopnosti a dovednosti, učí se mnoha novým věcem. Děti zjišťují, že školí úspěšnost je prostředkem k dosahování cíle. Děti v pubescentním věku nastupují na druhý stupeň, který pro některé žáky může být zdrojem frustrace z nových učitelů, nových učebních postupů a všech změn, které sebou tento přechod přináší. Škola slouží mimo jiné jako místo, kde si jedinec osvojuje jisté způsoby chování, a to zejména v oblasti respektu. Jedinec se pro svůj budoucí život musí naučit přijímat a respektovat řád a normy. [1]

2 ÚZKOST A STRACH

V první části této kapitoly se budeme zabývat problematikou emocí a jejich vymezení. Důkladněji se zaměříme na úzkost a strach, na jejich funkci v běžném životě.

2.1 EMOČNÍ STRÁNKA LIDSKÉ OSOBNOSTI

Lucien Auger ve své knize Strach, obavy a jejich překonávání poukazuje na to, že emoce, ne všechny, ale jejich převážná většina má svůj původ v myšlenkách, kterými člověk žije svou mysl. Říká také, že každý jedinec vzhledem ke svým vlastnostem, zájmům, znalostem, způsobu vnitřního vnímání apod. produkuje emoce, které jsou odlišné od emocí ostatních lidí. Skutečnost, je pouhým spouštěčem emocí.

Emoce jsou jednou ze základních hybných sil v životě člověka. Odborná literatura hovoří o tom, že emoce, mezi které patří radost, smutek, strach, hněv a další jsou naprogramované. Jejich projevy jsou zapříčiněné vnitřní podstatou jedince, který není jen pouhým pozorovatelem okolního světa, ale jeho součástí.

Emotivní prožívání je nedílnou součástí lidské činnosti. Při činnosti, kterou člověk právě koná, hraje roli to, do jaké míry je činnost v souladu s uspokojením jeho vnitřních potřeb. Emoce lze vymezit dvěma póly, jejich krajní body jsou protikladné, buď ve smyslu kladném či ve smyslu záporném. Nelze však tvrdit, že všechny emoce jsou buď striktně kladné či striktně záporné. Téměř vždy se jedná o složitě zapletený protikladný systém, který tvoří konkrétní emoce. [6]

Alena Plháková ve své knize Učebnice obecné psychologie uvádí, že emoce jsou složeny ze tří vzájemně propojených složek:

1. Subjektivní fenologická komponenta:

- Emoce, neboli stav, který se vyznačuje citovou zabarveností, se dostavuje v okamžiku, kdy je narušen jinak klidný stav prožívání, to je doprovázeno subjektivně emocionálními prožitky, pro něž je typická pozitivně či negativně zabarvená pocitová složka.
- Pokud nás něco vyvede z míry, začínají se projevovat pocity, jakožto mentální prožitky. V 60. letech vymezil Silvan Tomkins devět vrozených primárních emocí, jež jsou vyjádřeny typickými projevy, mezi které patří zájem, radost, překvapení,

trýzeň (úzkost), strach, hněv, zahanbení (pokoření), hnus a odpor k nepříjemným pachům.

2. Výrazové chování:

- Jedná se o projev emocí, který je doprovázen gesty, mimikou obličeje nebo třeba projevem jakým je pláč.

3. Tělesná složka:

- Patří sem fyziologické změny, které jsou vyvolané excitací autonomního nervového systému a hormonální produkcí.

Některé zdroje uvádí jako čtvrtou složku důležitou pro utváření emocí je i stav vnitřního citového prožívání. Každý jedinec má jinak nastaven subjektivní hodnotový a interpretační žebříček hodnocení, co je pro jednoho důležité a emotivní, může být pro druhého zcela pomíjivé a zbytečné. Emoce jsou tedy subjektivní dimenze osobnosti. [7]

„emoce: biologicky účelné adaptace, evolučně starší, a proto silnější a hůře ovlivnitelné než rozumové procesy; spojovány s činností limbického systému; v zásadě jde o hodnotící reakce na podnět; zahrnují: fyziologické změny, prožitky libosti a nelibosti, motorické projevy, zaměřenost a vyšší či nižší pohotovost k jednání.“ [8]

„cit: (feeling, emotion) dle W McDougalla (1910) podmíněný pud, projevuje se v kategoriích libosti a nelibosti; dle W. Wundta (1911) má tři rozměry: a) libost-nelibost, b) napětí-uvolnění, c) rozrušení-uklidnění.“ [9]

S emocemi a city se každý z nás setkává denně, avšak vymezit je není vůbec jednoduché. Někteří autoři uvádí, že vymezit je samostatně nelze, jiní autoři se přiklání k názoru, že city jsou nadřazeny emocím. Tedy názor není jednotný a tak orientace v této problematice není vůbec jednoduchá. [10]

2.2 VYMEZENÍ STRACHU A ÚZKOSTI

Strach a úzkost jsou emoce objevující se ve všech etapách lidského vývoje. Jedná se o systém, který za normálních okolností podává organismu informaci o hrozcím

nebezpečí. Reakcí organismu na toto nebezpečí je poplachová reakce, která je způsobena fyziologickými změnami, k nimž dochází v zátěžové, stresové situaci.

Velmi často se objevuje mylná interpretace významu pojmů strach a úzkost. Nelze tvrdit, že strach a úzkost jsou jeden a tentýž projev emocí. Každý z těchto pojmů má svou vlastní charakteristiku.

Zatímco strach má v životě člověka regulační funkci, kdy jedinci nebrání ve vykonávání běžných činností, tak jedinec ve stavu úzkosti není schopen tyto běžné činnosti vykonávat.

Budeme-li hovořit o strachu, musíme říci, že zajišťuje obrannou funkci organismu. Díky strachu je jedinec schopen uvědomit si potencionální nebezpečí a hrozby, které mu při vykonávání určité činnosti hrozí. Na základě tohoto uvědomění se projevuje potřeba, provést taková opatření, jež povedou k úplné eliminaci či alespoň výraznému snížení tohoto nebezpečí. Jedinec, který tento sebezáchovný mechanismus postrádá, je nebezpečný nejen pro sebe, ale i pro své okolí.

O úzkosti se dá říci, že jejím základem je strach a z něj vyplývající uvědomění si, zvýšeného nebezpečí. K tomuto strachu se však připojují pochybnosti o sobě samém, o svých schopnostech a dovednostech. Jedinec trpící úzkostí si myslí, že není dostatečně kompetentní a schopný k vykonávání konkrétní činnosti, což mu zabraňuje činnost správně provést. Pokud jedinec i přes toto své vnitřní přesvědčení provede a souhrou nešťastných okolností dojde k nějaké katastrofě, dochází u jedince k posílení této úzkosti. To může mít za následek vyhýbání se takovéto činnosti či následné neschopnosti takovou činnost vůbec provádět. [6]

Alena Plháková ve své knize Učebnice obecné psychologie přistupuje ke strachu a úzkosti z trochu jiného pohledu.

O strachu hovoří jako o záporném citu, vznikajícím v nebezpečných situacích, v nichž je ohrožena sebezáchova nebo vlastní integrita. Strach nepramení jen z činnosti, ale může být jeho zdrojem i možnost ztráty. Jedinec má strach ze ztráty postavení, majetku či partnera. Intenzita strachu je různá, od mírných obav až po panickou hrůzu či děs. Strach je důležitý, protože evokuje jedince k úniku z nebezpečné situace, či vyhýbání se činností, které mohou vyvolat stav vlastního ohrožení. Pokud je jedinec zahrán do kouta, a nemůže z ohrožující situace uniknout, a tak se může se strach změnit v hněv.

Úzkost popisuje jako neurčitý pocit obavy či ohrožení, který se neváže k žádnému konkrétnímu objektu či události. Jedná se o velmi nepříjemný stav, kdy se jedinec necítí dobře, jedinec má sevřené hrdlo, úží se mu dech, zkrátka se dostává do úzkých. Nejzásadnější rozdíl mezi strachem a úzkostí spočívá v tom, že strach na rozdíl od úzkosti má svůj zřetelný původ, tedy příčina vnitřní nepohody je celkem zjevná, ale u úzkosti se tato příčina hledá velmi obtížně. [7]

J. Práško, J. Vyskočilová aj. Prášková ve své knize Úzkost a obavy popisují tzv. Bludné kruhy úzkosti. Úzkost má tři složky, které se vzájemně doplňují a díky jejich interakci vzniká úzkost:

"

- 1. Tělesné pocity: Tělesné napětí, třes, nepravidelné, ztížené dýchání, mravenčení a teplo v žaludku, pocení, bušení srdce, potřeba jít na toaletu apod.*
- 2. Chování: To, co uděláme, když se ocitneme v situaci, která v nás vzbudí úzkost. Může to být odkládání obtížných úkolů, vyhýbání se situacím, kde je nám úzko, zmatkování v zátěžové situaci, ujišťování se u druhých lidí, nařikání si apod.*
- 3. Myšlenky: Naše myšlenky, představy a přesvědčení, to, co si říkáme sami pro sebe, obrazy, které se nám vybavují o tom, co nám v této situaci hrozí. Mohou to být myšlenky vztažené k obávané situaci: „Co když dcera onemocní! Co když syn selže ve škole! Co když přijdeme o peníze, manžel o práci apod.“ nebo k vlastnímu zvládnutí situace: „Co když to nezvládnou, budu zmatkovat apod. [11]*

“



Obrázek 1 - Bludné kruhy úzkosti [11]

Jan Práško ve své knize Úzkostné poruchy Klasifikace, diagnostika a léčba uvádí typické příznaky úzkosti, které dělí na příznaky psychické a příznaky somatické:

Somatické příznaky:

- napětí ve svalech, zkrácení dechu, hyperventilace, bolesti v zádech, ve svalech, třes, cukání, roztřesenost, zvýšená unavitelnost, zvýšená hyperaktivita, tachykardie, pocení, červenání nebo blednutí, studená kůže, časté močení, průjem nebo zácpa, meteorismus, sucho v ústech, tlak v žaludku, regurgitace, nauzea, parestézie, obtíže s polykáním, „knedlík v krku“, víření v žaludku, píchání u srdce, sevření na hrudi, snížené libido

Psychické příznaky:

- pocit ohrožení, pocit napětí, strach, nadměrné obavy a starosti, katastrofické myšlenky a představy, traumatické vzpomínky, obtíže s koncentrací, nespavost, nadměrná bdělost a ostražitost, ospalost, lekavost, podrážděnost, pocit vnitřního chvění, depersonalizace a derealizace, pocit psychické únavy a vyčerpanosti, neschopnost odpočívat, záchvaty panické hrůzy, anticipační úzkost

Závěrem se dá o strachu a úzkosti říci, že se jedná o emoce, které jsou pro život jedince užitečné a potřebné, nesmí však dojít k tomu, že frekvence jejich výskytu bude natolik vysoká, že bude ohrožovat normální život jedince a fungování v něm. Pokud k tomu dojde, dostáváme se do oblasti patologie a hovoříme tedy o úzkostných poruchách.

[12]

3 ÚZKOSTNÉ PORUCHY

V této kapitole se zaměříme na úzkostné poruchy. Nastíníme si jejich klasifikaci a původ jejich vzniku. Probereme si některé konkrétní poruchy, typické pro období pubescence. V závěru kapitoly se pokusíme objasnit alespoň některé terapeutické postupy, které se uplatňují při léčbě psychických poruch.

3.1 VYMEZENÍ ÚZKOSTNÝCH PORUCH A JEJICH ETIOLOGIE

„Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím“. [12]

Úzkostné poruchy se vyskytují v průběhu celého lidského života. V každém vývojovém období se vyskytuje jiný soubor podnětů, který vzbuzuje pocit strachu a úzkosti. První známky se objevují již v prvním roce života dítěte, typická je separační úzkost a strach z cizích lidí. U dítěte se začíná projevovat mezi šestým a osmým měsícem života. Je to reakce na skutečné či potencionální odloučení dítěte od matky či jiné blízké osoby. Tato úzkost postupně klesá a kolem třetího roku života jsou děti schopny zvládnout odloučení, ale jen krátkodobé. Ve věku mezi třetím a šestým rokem života se objevují přechodné strachy a fobie. Většinou však tyto přechodné strachy a fobie postupně odezní. Je pravdou, že tyto přechodné faktory mohou být základem pro vznik pozdějších úzkostných poruch. Mezi tyto strachy patří hlavně strach ze psů, pavouků a jiných zvířat, ale i třeba strach z lékařů. V období mezi osmým a desátým rokem života se objevuje strach ze tmy, šumění větru a nejrůznějších okolních zvuků, které nejsou vysvětlitelné na první pohled. Ve věku pozdějším se objevují neurotické poruchy, které mají celkem specifický klinický obraz. V této práci se zaměříme jen na některé z nich, které se objevují u dětí a mládeže, a to na fobické úzkostné poruchy, obsedantně kompulsivní poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, depresivní poruchu, a také si probereme otázku suicidální poruchy. [13]

Na úzkost se dá nahlížet z mnoha pohledů, jedním z nich je přesvědčení, že každá úzkost má své kořeny ve strachu ze smrti. Filozofové tvrdí, že úzkost souvisí se svobodou. Lidský život je řízen pravidly a nařízeními, která jsou typická pro vyspělou společnost. Tato pravidla v každém z nás vzbuzují pocit zodpovědnosti za naše jednání. Svědomí, a to

hlavně výčitky svědomí jsou dalším faktorem, který přispívá ke vzniku úzkosti. Na úzkost se dá nahlížet i tak, že každá úzkost v životě je opakování úzkosti, která se projevila v okamžiku narození. Tato úzkost je každou další úzkostí opakovaně připomínána. Intenzita úzkosti je velmi rozličná, od úzkosti lehké, zcela přesně nezařaditelné až po úzkost tak silnou, že se začne jevit jako nezvládnutelná. Její propojenost s vnitřním neklidem je značná. U jedince se úzkost velmi často projevuje jako vnitřní potřeba něco dokončit, udělat, najít apod. Často to vede k somatizaci úzkosti do určité oblasti těla či orgánu. [14]

„Úvahy o příčinách úzkosti vedly Jamese a Langse k teorii, že vlastní příčinou subjektivního prožitku jsou somatické, především vegetativní změny, ke kterým po averzivních stimulech dochází. Stručně řečeno, nepláčeme, protože jsme smutní, nýbrž jsme smutní, protože pláčeme“. [14]

Úzkost má vliv na tělesné změny v organismu jako je tachykardie a zvýšený svalový tonus. Podněty vyvolávající úzkost často signalizují nebezpečí, ale vycházejí hlavně z předchozí zkušenosti nebo jsou získané z rodinného prostředí. Děti od svých rodičů částečně přebírají postoje v různých životních situacích, a hlavně způsoby řešení. Je-li matka či otec hodně úzkostný, je následkem tohoto faktu zvýšená úzkostnost dítěte i v běžných životních situacích. V dospělosti se projevuje úzkost s návazností na prožitá traumata v dětství. Nové situace jsou srovnávány s těmi dřívějšími. Úzkost se může stát i reflexivně podmíněnou (naučnou) na základě silně stresové či frustrační situace. Z fyziologického hlediska může při dlouhodobém či nadměrném stresu dojít k porušení regulace serotoninergních neurotransmisí, jež se patologicky uplatňují při vzniku a průběhu úzkostných poruch. Náchylnost k úzkostnému projevu dítě nezískává jen učením od svých rodičů, ale je i geneticky podmíněna. Z toho vyplývá, že jedinec, který je vystaven vysokému stresu, je více náchylný k úzkostné reakci. [14]

3.2 KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

Ve své knize Úzkostné poruchy, klasifikace, diagnostika a léčba uvádí Jan Práško klasifikaci úzkostných poruch v MKN - 10.

Veškeré úzkostné poruchy byly spojeny do jedné skupiny. Z historického hlediska byly zahrnuty do souhrnné skupiny neuróz. Většina úzkostných poruch má souvislost

s psychickými příčinami. Dříve v MKN - 9 se úzkostné poruchy rozlišovaly na úzkost, neurózu a fobii. MKN - 10 je již v členění úzkostných poruch dokonalejší a přesnější. Poruchy dělí na dvě velké skupiny, jimiž jsou fobické úzkostné poruchy a jiné úzkostné poruchy. Tyto obě skupiny zahrnují několik konkrétních, různých poruch. Jednotlivé poruchy se od sebe liší nejen symptomatologicky, ale i průběhem. Je tedy nutné pro každou z nich zvolit jinou formu farmakologické a psychoterapeutické léčby. Smíšená úzkostně - depresivní porucha se považuje za jednu z méně závažných poruch. U této poruchy se vyskytují symptomy úzkostné i depresivní současně. Obsedantně kompulzivní porucha má svou zvláštní kategorii. Posttraumatická stresová porucha je zařazena mezi reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení.

„Úzkostné poruchy podle MKN-10 (1992)

F 40 Fobické úzkostné poruchy

F 40.0 Agorafobie

F 40.1 Sociální fobie

F 40.2 Specifické (izolované) fobie

F 40.8 Jiné fobické úzkostné poruchy

F 40.9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná

F 41 Jiné úzkostné poruchy

F 41.0 Panická porucha

F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha

F 41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha

F 41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy

F 41.8 Jiné specifikované úzkostné poruchy

F 41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná“ [12]

3.3 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Jedná se o poruchy, pro které je charakteristická úzkost a strach. Vnikají na základě běžných situací. Objevují se v různé intenzitě od nesnesitelné tísně až k děsu a panice. Většina pacientů si uvědomuje, že situace pro ostatní není ohrožující, ale nemůže si pomoci. Typickými příznaky jsou pocity na omdlení doprovázené somatickými projevy. Mezi fobické úzkostné poruchy patří agorafobie, sociální fobie a fobie specifické. [15]

Agorafobie byla dříve popisována jako fobie z otevřených prostor, je podle dnešní klasifikace popisována poněkud širěji. Patří sem situace, jako jsou pobyt doma, opuštění domova, nakupování, strach z uzavřených prostor, strach z čekání v řadě, z dopravní zácpy apod. Pacienti trpící agorafobií se obávají toho, že situace, ve které se ocitnou nelze opustit, aniž by to pro ně bylo to pro ně bylo zatěžující či ponižující. Typické je vyhýbání se těmito situacím. Postupně se průběh nemoci zhoršuje a může dojít až do stavu, kdy jedinec není schopen opustit svůj domov, ten se pro něj stává místem největší jistoty. Tento stav má velký dopad na jedincův každodenní život. Problémy se objevují jak v pracovním, tak soukromém životě, mezi tyto problémy patří ztráta zaměstnání, manželské problémy, finanční potíže apod.

Nejčastěji se vyskytuje tato porucha v období dospělosti, v dětství není tato fobie příliš běžná, ale objevit se samozřejmě může.

Při léčbě bývá nejúčinnější kognitivně behaviorální přístup a rodinná terapie, nejčastěji je potřeba přistoupit i k léčbě psychofarmaky. Základním cílem léčby je zbavení pacienta pocitů úzkosti a vyhýbavých způsobů chování.

Sociální fobie je považována za jednu z nejrozšířenějších fobií vůbec. U pacientů se nejčastěji projevuje strach z očekávání, strach ze strachu. Povaha zdroje úzkosti může být buď komplexní, kdy se jedinec bojí jakéhokoliv sociálního kontaktu, toho, co si o něm druzí budou myslet v určitých situacích, toho, když je od něj očekáván nějaký výkon nebo se může vztahovat jen k některým konkrétním situacím. Dopad sociální fobie na kvalitu lidského života je značný, tito lidé se často vyčleňují z běžného života, žijí sami, bez partnerů, bez dětí, nepracují, jsou na sociálních dávkách a mají problém s dokončením studia. Závažnost onemocnění může dosáhnout tak velkých rozměrů, že jedinec není schopen navázat žádný sociální kontakt. Vzhledem k povaze projevů, se často objevuje u pacientů pocit studu a ostychu, takže většina z nich nevyhledá odbornou pomoc. Sociální

fobie může být často důvodem suicidálního chování. Může se také rozvinout závislost na alkoholu. Sociální fobii trpí častěji ženy než muži.

Jedná se o poruchu, která může být podmíněna geneticky. Byla prokázána přítomnost poruchy u přímých příbuzných, svou roli hraje i vliv rodiny, hlavně v případech, kdy péče není dostatečná, nebo jsou rodiče k dítěti příliš kritičtí. Dále je porucha podmíněna i osobnostními faktory.

Při léčbě se uplatňují postupy psychoterapeutické i psychofarmakologické. Pro každého pacienta je však důležité nastavit speciální na míru šitý léčebný postup. Velmi důležitý je přístup pacienta k léčbě. Proto nelze jasně říci, který psychoterapeutický postup je nejúčinnější.

Specifické fobie jsou takové fobie, které mají svůj konkrétní podnět spouštějící úzkostnou reakci. Spouštěcí faktory se dají rozdělit do tří základních skupin. První z nich je skupina podnětů situačních například strach z létání, z výšek, z uzavřených prosto apod. Druhá skupina je specifikována jako strach ze zvířat, nejčastěji ze psů, koček, hadů, pavouků apod. Poslední skupinou jsou fobie z poranění. Do této skupiny patří strach z injekce, vrtání nebo trhání zubu, odběr krve apod. Dnes se také popisuje skupina nových podnětů vyvolávajících úzkost, patří mezi ně dva specifické podněty, jedním z nich je strach z pohlavních nemocí a druhým je strach ze záření. Pro pacienty trpící touto poruchou je typické vyhýbavé chování.

Intenzita projevů může dosáhnout paniky či děsu. Pacient zaměřuje pozornost směrem ke spouštěcí úzkosti, nebo k vlastním somatickým projevům jako je pocit na omdlení nebo palpitace. Pro spuštění úzkostné reakce není nutná přímá konfrontace s podnětem, pacientovi stačí pouhé pomyšlení na podnět své úzkosti a dostaví se u něho tzv. anticipační úzkost.

Fobie se nejčastěji vyskytují u žen. První specifické fobie se objevují nejčastěji u dětí, hlavně v předškolním věku. Většina z nich má však pouze přechodný charakter. To, zda se fobie stane trvalou či přechodnou je podmíněno zesilujícími či oslabujícími faktory, které na jedince působí. V období pubescence se vyskytují fobie spojené s psychosexuálními okolnostmi, společenskými situacemi a uznáním.

Pro zvolení nejvhodnější léčby specifických fobií je důležitým kritériem věk. U předškolních dětí je důležité do léčby zapojit rodinu. U pacientů starších se většinou

přistupuje také k psychofarmakologické léčbě. Z psychoterapeutických postupů je prokázána účinnost expoziční léčby, hypnózy a mnoha dalších. Každá fobie vyžaduje do jisté míry specifický psychoterapeutický přístup. [12, 16]

3.4 PANICKÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

„Poruchu lze charakterizovat opakovanými atakami masivní úzkosti, jejichž vznik je nepredikovatelný a trvání relativně krátké“. [17]

Jedná se o poměrně závažný stav, kdy se u jedince rozvine masivní úzkost (ataka) zcela náhle. Tato úzkost nemá žádnou konkrétní příčinu a poměrně rychle odezní. Svého vrcholu dosahuje úzkost zhruba do deseti minut a zcela odezní během dalších maximálně dvaceti minut od okamžiku, kdy dosáhla svého vrcholu. V okamžiku, kdy se ataka objeví, jedinec pociťuje náhlý silný pocit strachu. To vede k rozvoji pocitů, že se něco hrozného stane a pocitu ztráty kontroly. Dostavují se také nepříjemné tělesné stavy, jimiž jsou bušení srdce, bolesti na hrudi, pocity dušení, a to vše je doprovázeno pocitem depersonalizace a derealizace. Typické jsou vnitřní negativní pocity, kdy se jedinec obává, že omdlí, zemře, zešílí či se přestane ovládat. Panické ataky se mohou vyskytovat i v noci. Vzhledem k povaze atak objevovat se náhle a bez zjevných příčin je typické, že jedinci trpící touto poruchou trpí strachem z toho, kdy přijde další záchvat. Dost často se stává, že jedinci přisuzují vznik doprovodných tělesných pocitů infarktu, mrtvici či jiné závažné chorobě, a tak vyhledávají lékaře. Vyšetření nic neprokáží a pacient je odeslán domů s tím, že je zdrav. Což v případě opakované ataky v krátkém časovém úseku způsobuje rozvoj strachu a paniky. Tento fakt může být počátkem pro rozvoj hypochondrie, zejména když se záchvaty neustále opakují.

Výskyt v období dětství, není zcela prokázán. Bylo provedeno několik výzkumů, které prokazují, že u některých pacientů se objevovaly první příznaky již před desátým rokem života, u dalších v období mezi desátým a patnáctým rokem života. Avšak zcela typickým obdobím pro rozvoj panických atak je období mezi patnáctým a dvacátým čtvrtým rokem a druhé popisované období pro vznik panických atak je mezi čtyřicátým pátým a padesátým čtvrtým rokem. Tento typ onemocnění je podle průzkumů častější u žen.

Úzkost, kterou jedinec při záchvatech panických atak zažívá je obtěžující. To může vést k tomu, že se jedinec začne vyhýbat některým činnostem z běžného života, protože se bojí, aby u něj nestal stav paniky. U jedinců trpících touto poruchou je zvýšené riziko suicidálního chování a v případě, že je k této nemoci přidružena deprese, je riziko suicidálního chování ještě větší. Nejčastěji se panické poruchy projevují u jedinců, kteří žijí sami.

V případě, že je panická úzkostná porucha diagnostikována včas a je užito správných postupů v léčbě, je její léčba ve většině případů úspěšná. Zásadní roli v léčbě hraje farmakoterapeutický přístup doplněný o postupy psychoterapeutické, hlavně přístup kognitivně behaviorální. [12, 17]

3.5 GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Generalizovaná úzkostná porucha se v populaci vyskytuje velmi často. Její projevy jsou zcela typické a tím pádem je její diagnostika poměrně jednoduchá. Bohužel je nutno říci, že většina pacientů trpících touto psychickou poruchou neřeší původ svých potíží, nýbrž pouze symptomy.

Dodnes neexistuje žádná jednoznačná teorie popisující přesný původ vzniku jak akutní úzkostné poruchy, tak ani generalizované úzkostné poruchy. S. Freud vycházel z toho, že se jedná o konflikty v podvědomí, které se navenek projevují jako úzkostný stav. Představitelé teorií učení zastávají názor, že úzkostné projevy nejsou geneticky podmíněny. Jedinec reaguje na reálné či potencionální hrozby reakcemi získanými v procesu učení. Stav úzkosti také může vzniknout na základě prožívání náročných stresových situací, které jsou pro organismus stresující a ohrožující. Vzhledem k tomu, že byly prokázány úzkostné poruchy v příbuzenstvu osob trpících úzkostnou poruchou, je podpořen názor, že úzkostné poruchy jsou geneticky podmíněny. Z výše uvedeného vyplývá, že příčina vzniku není vždy zcela známa a nedá se tedy jednoznačně označit jeden konkrétní faktor spouštějící úzkostnou reakci. Dá říci, že se jedná o poruchu, která má multifaktoriální příčinu vzniku.

Mezi typické projevy generalizované úzkostné poruchy patří volně plynoucí úzkost, jež se projevuje v interakci s čímkoliv. Běžné denní činnosti jsou podnětem pro tuto úzkost, a tak se stávají pro jedince těžko zvládnutelné. Tím se radikálně mění jedincův

způsob života a jeho životní styl. Problémy se projevují v pracovním životě, životě partnerském i rodinném. Jedinec trpící generalizovanou úzkostnou poruchou se zabývá neustále dokola starostmi a stresujícími myšlenkami. Obsah těchto myšlenek je v podstatě katastrofický. Jedinec se obává o sebe, o své zdraví, o zdraví své rodiny a svých blízkých, obává se, aby se nestala nějaká katastrofa, pochybuje sám o sobě (zvládnou to, budu to umět, neztrapním se, nebudu vypadat blbě apod.). [11]

„Typické projevy generalizované úzkostné poruchy:

- *Nepřetržitě děláni si starostí - stresující katastrofické myšlenky*
- *Obavy z budoucího „neštěstí“*
- *Úzkostné napětí, vnitřní neklid, nervozita, podrážděnost*
- *Třes, chvění se*
- *Zvýšené svalové napětí, bolest nebo pálení*
- *Rychlá unavitelnost, malátnost a vyčerpanost*
- *Zkrácený, často zrychlený dech, někdy lapání po dechu*
- *Zrychlená srdeční činnost, bušení srdce*
- *Pocení, červenání, nebo naopak blednutí a studené vlhké ruce*
- *Sucho v ústech*
- *Závratě, sklony k omdlívání*
- *Pocity na zvracení*
- *Žaludek na „vodě“, bolesti žaludku, říhání, trávicí potíže, průjemy*
- *Návaly horka nebo chladu*
- *Časté močení*
- *Potíže s polykáním jídla, pocit knedlíku v krku*
- *Zvýšená bojácnost, lekavost*
- *Pocity stísněnosti, pocit že „se každou chvíli sesypu“*
- *Obtížné usínání, přerušovaný spánek bez pocitu zotavení*
- *Zhoršení soustředění“ [11]*

Vymezit a přesně určit příčinu a okamžik vzniku, kdy poprvé došlo u jedince k prvnímu projevu zvýšené úzkosti je dosti obtížné. Jedinec trpící generalizovanou úzkostnou poruchou se do kontaktu s úzkostí dostává již v období dětství, kdy se necítí dobře v kolektivu, dělá mu potíže zvládat stresové situace (např.: mluvit před spolužáky či zkoušení ve škole). K úplnému propuknutí generalizované úzkostné poruchy dochází v době, kdy se jedinec osamostatňuje. Generalizovaná úzkostná porucha může propuknout kdykoliv v průběhu života, je-li oslabena jedincova odolnost vůči stresu.

„Generalizovaná úzkostná porucha většinou vzniká na podkladě dlouhotrvajícího chronického stresu nebo se rozvíjí po závažné životní události u citlivých osob“. [18]

Léčba generalizované úzkostné poruchy se provádí kombinací několika přístupů. Pro mírnější formy poruchy postačí psychoterapeutická léčba, u stavů závažnějších je nutné zkombinovat léčbu psychoterapeutickou s léčbou farmakologickou. Z psychoterapeutických postupů je nejúčinnější kognitivně behaviorální terapie, terapie individuální a terapie rodinná. [11]

3.6 OBSEDANTNĚ KOMPULSIVNÍ PORUCHA

Obsedantně kompulzivní porucha je charakterizována přítomností subjektivní tenze, nepohody, úzkosti, strachu, obav, obsesí a kompulzí.

„Obsese jako opakující se nutkavé, vtíravé myšlenky, představy nebo impulzy jsou většinou neodbytné, zbytečné a úzkost vyvolávající.“

Kompulze jsou definovány jako nutkavé chování (např. kontrolování) nebo psychické aktivity (např. počítání), které nezletilí vykonávají jako reakci na obsese.“ [17]

Jedná se o poruchu, která se zpravidla poprvé objevuje v období pubescence a rané dospělosti. Dřívější výskyt, než v období pubescence nebývá běžný. Pokud se porucha přece jen projeví, je doprovázena příznaky kompulze.

Obsedantně kompulzivní porucha je členěna podle MKN - 10 do čtyř skupin, jimiž jsou: převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace, převážně nutkavé akty, smíšené obsedantní myšlenky a jednání, jiné obsedantně kompulzivní poruchy.

V knize Dětská adolescentní psychiatrie E. Malá uvádí, že se příznaky dají rozdělit do pěti celkem úzce specifikovaných kategorií:

-
1. Rituály spojené s neustálým a dokola se opakujícím mytím, sprchováním a drhnutím rukou, protože strach ze špíny, bakterií a nejrůznějších zdrojů znečištění či infekce je tak vysoký, že jedinec má problém opustit koupelnu.
 2. Patologická potřeba kontroly, jedinec kontroluje, zda zavřel okno, vypl žehličku,
 3. Akty nebo myšlenky sexuální či agresivní povahy.
 4. Projev potřeby vše mít srovnané, uklizené, vyrovnané do komínků, vše má své určité místo.
 5. Obsedantní zpomalení v každodenní činnosti, celým dnem se prolínají rituály prováděné ve velmi pomalém tempu.

Tyto symptomy se projevují jak samostatně, tak v podobě kombinované. Běžným jevem je možný přechod od jednoho jevu ke druhému.

Okolnosti rozvoje poruchy jsou značně rozličné. Někdy se porucha rozvine bez přítomnosti vnější spouštěcí reakce, jindy je rozvoj poruchy podmíněn událostmi v okolí jedince. Jsou jimi zatěžující rodinné události nebo ztráta blízké osoby. Zdrojem mohou být i katastrofy a pohromy dějící se v okolním světě, o nichž se jedinec dozvídá prostřednictvím sdělovacích prostředků.

Mimo jiné se také uvádí, že pro děti trpící touto poruchou je typická potřeba zapojit do svých rituálů i rodiče, a v případě, že rodiče tyto rituály odmítají, je častou reakcí agrese a zloba.

U většiny pacientů s těžkou poruchou se předpokládá původ vzniku na základě organického poškození mozku. Dále je zvýšený výskyt obsedantně kompulzivní poruchy popisován u leváků. Také u jedinců, se sníženou hladinou serotoninu, čím je u jedince nižší hladina serotoninu, tím těžší je průběh onemocnění. Rozvoj poruchy je také spojován s dysfunkcí dopaminového systému.

Léčba jednoznačných poruch bývá jednoduchá a účinná, ale u kombinovaných poruch je léčba složitý a zdlouhavý proces. Co se týče léčby dětí, je velmi účinný kognitivně behaviorální přístup, nelze opomenout vliv rodiny a její zapojení do terapie. Některé závažnější stavy vyžadují i léčbu farmaky. [13, 17]

3.7 DEPRESE A SUICIDÁLNÍ PORUCHA

Depresivní syndrom, byl donedávna považován u dětí za něco nepravděpodobného.

„Děti jsou šťastné, hrají si, nemají naše starosti, pracovní zatížení, a ty jejich bolístky stačí jen pofoukat“ [17]

Dnešní zjištění však zcela převrací dosavadní postoje k některým projevům chování u dětí. Dříve byly projevy agrese a různé somatické stesky považovány za projevy spojené s poruchami chování. Nyní jsou spojovány s depresivním syndromem.

Nyní si uvedeme některé projevy, typické pro depresivní syndrom, jež se objevují u dětí. Zde je nutno podotknout, že u dětí nejsou projevy shodné jako u dospělých, tedy ne všechny. Mezi ty shodné patří neschopnost se radovat, nízké sebehodnocení, pocity viny, smutná a zoufalá nálada, podrážděnost, osamocenosť, hyperaktivita, agresivita, neklid, únava, zpomalené somatické a vegetativní projevy apod.

Deprese se může objevit v průběhu celého života. Je popisována u dětí ve všech vývojových obdobích. Její projevy jsou však rozličné.

V kojeneckém a batolecím období je vznik deprese spojen se separací dítěte od matky nebo jako důsledek psychické deprivace.

V období předškolním vyplývá z nedostatečné schopnosti jedince vyjádřit své pocity. A mezi nejčastější projevy v tomto období patří hlavně projevy somatických symptomů. Dítě trpí nejčastěji bolestmi hlavy a břicha. Děti ztrácí zájem o hru, vyčleňují se z kolektivu, objevuje se denní snění, v chování se projevují destruktivní a agresivní sklony.

Ve školním věku se nejčastěji objevují pocity méněcennosti, snižuje se sebehodnocení, dítě trpí pocity viny a pocitem bezmoci. U dítěte často dochází ke zhoršení prospěchu ve škole, dítě ztrácí zájem o nejrůznější činnosti. Negativní a depresivní ladění se projevuje nejčastěji ve hře a fantazii. V tomto období je již reálná hrozba suicidálního chování.

V období pubescence hovoříme o depresi, která může vést k suicidálnímu chování. Střídání a kolísání nálad je v tomto období typické. Proto se za nejjasnější signál problému, který je třeba řešit, považuje zhoršení školního prospěchu, nebo náhlý projev poruch chování. Vzhledem k tomu, že pubescent své pocity nesděluje, mohou být projevem

deprese i somatické obtíže. Deprese se dělí do dvou skupin. První z nich je deprese kognitivní. Mezi projevy patří negativní pohled na sebe, na svou aktuální situaci a budoucnost. Tato triáda je považována za zcela základní projevy. Existuje však i skupina dalších jiných projevů, jimiž jsou beznaděj, bezmoc, pocit vlastní neúčinnosti apod. Druhá porucha se nazývá deprese endogenní, mezi jejíž projevy patří především útlum, depresivní nálada a anhedonie.

K nejčastějším příčinám deprese u dětí patří depresivní zážitek, ztráta blízké osoby. Mezi ohrožené jedince patří i děti s poruchami učení, u kterých je deprese častým jevem.

Při léčbě depresivního syndromu se většina odborníků přiklání ke kombinovanému způsobu léčby pomocí psychoterapie a farmakoterapie. Nelze říci, který z psychoterapeutických přístupů je tím nejvhodnějším, protože je třeba vzít v úvahu mnoho proměnných. V zájmu dosažení co nejlepších léčebných výsledků, je někdy potřeba jednotlivé léčebné postupy individuálně střídat. [13, 17]

Suicidální chování: jedná se o takový způsob chování, jež má za následek smrt. Chování jedince je prováděno zcela vědomě, za účelem poškodit sám sebe. Zprvu se objevují suicidální myšlenky a tendence, na jejichž základě dochází k suicidálnímu pokusu. Pokud se jedinci tento pokus povede provést dokonale, vede to ke konečnému dokonalému suicidiu, jehož následkem je smrt jedince.

Existují dva sporné názory. Jedním z nich je názor, že sebevražda je tzv. bílá, tedy, že jejím spouštěčem není psychická porucha. Názor druhý staví na faktu, že jedinec páchající sebevraždu trpí psychickou poruchou.

Suicidální myšlenky a tendence se dají popsat jako projevy jedince, jehož myšlenky vykazují zaměřenost k sebevraždě. Jedinec o sebevraždě hovoří a uvažuje nad neefektivnějšími způsoby, jak sebevraždu správně provést.

Suicidální pokus je charakterizován jako samotný akt, provedený jedincem za účelem ukončení života.

Suicidální chování se dá popsat jako akt zaměřený na sebe samého. Tímto aktem má jedinec poškodit své zdraví natolik, aby následkem byla smrt.

Jedinec nemá vždy v úmyslu ukončit svůj život. Páchá-li sám na sobě sebepoškozující zranění, jež nemají mít za následek smrt, hovoříme o tzv. parasuicidiu.

Pokud jedinec neplánuje sebeпоškozování sám, hovoříme o uzavření suicidální dohody s druhou osobou, jež má v úmyslu ukončit svůj život ve stejnou dobu jako osoba první. Existuje skupina osob, páchajících sebevraždu, které mají ambivalentní postoj k životu, tedy postoj „chci žít, ale i zemřít“.

Fantazie je jedním z faktorů vedoucích jedince k sebevraždě. Mezi tyto fantazijní představy patří představy obsahující agresi obrácenou proti sobě samém, proti frustrujícímu objektu, fantazie spojována se ztracenou milovanou osobou, fantazie o pomstě či potrestání jiné osoby.

Pro suicidální chování není podmínkou uvědomění si významu smrti, proto se suicidální pokusy mohou objevit již v období mezi devátým a jedenáctým rokem života, avšak není v tomto období tak častá. Podstatně častější je v období mezi patnáctým a dvacátým rokem života. U chlapců je dokonalá sebevražda častější, zatímco u dívek převládají suicidální pokusy.

Příčiny vedoucí k tomuto chování jsou velmi rozličné. Jedná se o faktory vycházející jak z vnitřního psychického stavu jedince, tak i ze sociálního prostředí, jež jedince obklopuje. Mezi vnitřní faktory řadíme psychické poruchy a emoční stránku jedince. Mezi faktory vnější patří rodina a další sociální skupiny. Z toho vyplývá, že vznik suicidálního chování je způsoben kombinací mnoha různých faktorů.

Léčba suicidální poruchy je složitá. Vždy se řídí tím, které faktory jsou spouštěčem sebeпоškozujícího jednání. [13, 17]

4 LÉČBA PSYCHICKÝCH PORUCH

Vzhledem k faktu, že každá psychická porucha vyžaduje specifický přístup, nelze uvést v rámci této práce všechny léčebné postupy uplatňované v psychoterapii. Léčba může být prováděna buď prostřednictvím psychoterapeutických postupů, nebo pomocí léků, tzv. psychofarmak. Psychoterapeutické postupy se dělí na individuální, rodinné a skupinové.

Nejdůležitějším faktorem pro dosažení co nejlepšího výsledku při léčbě, je včasná diagnostika, což bývá velmi často obtížné. Vzhledem k přesvědčení lidí, že návštěva psychologa či psychiatra může být okolím vnímána negativně a jedincovu přesvědčení, že je zcela normální, a tak je návštěva takového odborníka zbytečná, vyhledávají lidé pomoc u odborníků, kteří se zabývají tělesnými projevy nemoci nikoliv jejím původem. Dalším důležitým faktorem úspěšné léčby je navázání dobrého vztahu mezi pacientem a terapeutem a vhodně zvolený terapeutický postup. Na úspěšnosti léčby se podílí také vlastní přístup pacienta, jeho ochota spolupracovat, brát léky. Role rodiny a její nápomoci při léčbě je také velmi důležitá, a to hlavně při léčbě dětských pacientů.

4.1 LÉČBA ÚZKOSTNÝCH PORUCH

Tato práce je zaměřena na vybrané úzkostné poruchy u dětí. Proto se nyní zaměříme na některé terapeutické postupy, uplatňované při léčbě výše popsaných psychických poruch. Základem každé úspěšné léčby je úvodní rozhovor. V rámci tohoto rozhovoru je třeba zjistit základní informace o pacientovy.

Jan Vymětal ve své knize Speciální psychoterapie uvádí, že pro stanovení správné diagnózy u úzkostných poruch je nutné u pacienta provést psychiatrickou anamnézu, anamnézu tělesných nemocí, podrobné tělesné vyšetření, základní laboratorní vyšetření a EKG. Dále je třeba zjistit typické situace vyvolávající úzkost. Charakter úzkostných stavů, tedy kdy, za jakých okolností, jakými tělesnými projevy se úzkostný stav projevuje, jaká je frekvence těchto stavů a jaké myšlenky za těchto situací pacient pociťuje. Jakým činnostem z běžného života se jedinec vyhýbá. Které faktory modifikují vznik úzkosti, strachu a starostí. Je nutné zjistit i informace o užívání léků a o konzumaci nápojů s kofeinem, jako je káva a čaj. Důležité je také zjistit, která oblast života je těmito stavy nejvíce postižena (pracovní, rodinná, volný čas).

Kognitivně behaviorální přístup, je poměrně mladý terapeutický postup. Začal se uplatňovat teprve od 70. let minulého století. Jak už název napovídá, jedná se o směr, který vychází ze dvou samostatných terapeutických přístupů, jimiž jsou přístup kognitivní a přístup behaviorální. Existují tři možná pojetí tohoto terapeutického přístupu. Prvním z nich považuje kognitivně behaviorální terapii za jednu z forem terapie behaviorální, pro kterou je typické brát v úvahu vnitřní psychické procesy při ovlivňování chování. Druhý přístup je založen na představě, že kognitivně behaviorální přístup je považován za součást kognitivní terapie, která se prostřednictvím změn v chování snaží nastavit nový způsob myšlení. Posledním způsobem pojetí je to, že kognitivně behaviorální přístup stojí v systému terapeutických přístupů samostatně. Samozřejmě vychází z přístupů kognitivního a behaviorálního, ale výrazně se od nich odlišuje. Nejzásadnější rozdíl není ani tak v otázce používaných metod, ale ve filosofickém východisku.

Jan Vymětal ve své knize Speciální psychoterapie uvádí, že základem kognitivně behaviorálního přístupu k úzkosti a strachu je předpoklad, že emoční reakce a chování člověka je ovlivňováno kognitivními faktory. Představitelé tohoto směru uvádí, že základem je vliv konkrétních myšlenkových obsahů na chování a prožívání člověka.

Původně bylo na myšlení nahlíženo jako na formu skrytého chování či vnitřní řeči. O myšlení se uvažovalo tak, že se dá ovlivnit stejnými postupy jako kterékoli jiné pozorovatelné chování. Na základě tohoto faktu se vyvinulo několik metod, které se zaměřují na změnu vnitřní řeči člověka. Mezi tyto metody patří nácvik očkování proti stresu, čímž se terapeut snaží připravit pacienta na vstup do obávané situace, se kterou se má vyrovnat, a to prostřednictvím mluvení k sobě samému. Dále sem patří nácvik řešení problémů. Cílem těchto postupů je naučit jedince orientovat se ve svých problémech, naučit se je definovat a formulovat, vytvářet alternativní řešení, rozhodovat se a ověřovat správnost svých rozhodnutí. Tyto nové poznatky se jedinec učí aplikovat v situacích, které v něm vyvolávají úzkost. Racionálně emotivní terapie se také zakládá na předpokladu, že reakce a způsoby chování vychází z přemýšlení nad situacemi, ve kterých se jedinec nachází. Tento přístup se zaměřuje na roli implicitních iracionálních přesvědčení ve vývoji emočních poruch. Iracionální představy, jako jsou „každý mě musí mít vždy a pořád rád; nesmím dělat chyby; nikdy nesmím vypadat trapně apod.“, jsou v určitých situacích zdrojem úzkosti. Cílem je, aby jedinec tyto své iracionální představy dokázal identifikovat a přestal je vnímat jako zdroje úzkosti, dokázal se s nimi vyrovnat.

Dá se usoudit, že většina terapeutických modelů, užívaných při léčbě úzkostných poruch bývá pojímána jako terapie kognitivní doplněná o některé metody z přístupu behaviorálního nebo naopak terapie behaviorální doplněná o některé metody z přístupu kognitivního.

Rodinná terapie, je celkem mladý terapeutický postup v psychoterapii. Začala se uplatňovat teprve v průběhu šedesátých let minulého století. V celkem krátkém čase došlo rychlému rozvinutí této terapeutické metody a dnes se jedná o jednu z nejvíce uplatňovaných léčebných metod při léčbě duševně, sociálně i tělesně nemocných dětí i dospělých. V rámci rodinné terapie existuje několik rozdílných přístupů, jež se navzájem značně liší, avšak jedno mají společné. Tímto společným rysem je to, že v centru pozornosti se nevyskytuje jedinec sám, jako je tomu u individuální psychoterapie, ale do centra pozornosti se dostává rodina jako jeden celek. Rodinná terapie považuje individuální poruchy dítěte nebo jiného člena rodiny úzce provázané s celkovou dynamikou rodiny. Projevy poruch jsou považovány za projev možných narušených sociálních vztahů v rámci rodiny. Terapie není omezena na to, že musí probíhat vždy a pouze za přítomnosti všech členů rodiny. Jsou situace, které je lépe probrat s jednotlivými členy rodiny zvlášť. Rodina je pro dítě zcela zásadní, tvoří nejzákladnější socializační prostředí, v němž se dítě vyskytuje.

„Rodinná terapie představuje profesionálně vedený pokus navodit psychologickými metodami prospěšné změny v narušené rodinné soustavě. Chorobné příznaky jednotlivých členů rodiny nevznikají výlučně na individuálním podkladě, ale objevují se, berou na sebe svou specifickou podobu, udržují se a v příznivém případě mizí v rámci sociálních vztahů a interakcí v rodině“. [20]

Farmakoterapie je považována v dnešní době za důležitou součást celého léčebného procesu. Proti sobě stojí dvě skupiny odborníků, kdy jedna skupina se přiklání k názoru, že farmakoterapie je především u středně těžkých až těžkých stavů nezbytná. Proti nim stojí druhá skupina odborníků, jež tvrdí, že farmakoterapie je nežádoucí. V dnešní době je k dispozici nepřehledné množství léků s různými účinky. [16, 20]

II PRAKTICKÁ ČÁST

1 CÍLE A METODY VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo pokusit se zjistit míru úzkosti v období pubescence u žáků 6. a 7. tříd základní školy. Konkrétně se jedná o žáky ve věku jedenáct až patnáct let. Věkové skupiny čtrnáct a patnáct let jsou zastoupeny méně početnou skupinou, ale našemu šetření tento fakt nikterak nevádí.

V tomto šetření bylo použito jediné výzkumné metody, které bylo podrobena 157 respondentů. Míra úzkosti u dětí byla porovnávána z hlediska dvou základních kritérií, kterými jsou věk a pohlaví. Výsledky byly vzhledem k velikosti vzorku prezentovány pomocí grafů a tabulek.

Výzkumnou metodou v této bakalářské práci bylo voleno dotazníkové šetření, konkrétně se jedná o standardizovaný dotazník.

Dotazník je v dnešní době velmi využívaná metoda v humanitních oborech. Využívají jej v hojné míře studenti ve svých závěrečných pracích, uplatňuje se také ve vědecké praxi jako metoda, díky níž se shromažďují data, které mají statistický charakter. Je to psaná forma rozhovoru. Je méně časově náročný, dává možnost sběru dat na dálku a není tak finančně náročný. Dotazník může být předložen větší skupině respondentů, není omezen na individuální zadání. Nevýhodou je to, že respondenti mohou přeskakovat otázky, nebo některé vynechat, v takovém případě se metoda stává neobjektivní. Má-li být výsledek dotazníku směrodatný, musí být dotazník předkládán v písemné podobě a přiměřeném grafickém zpracování. Nesmí být předkládán dětem mladším deseti let, u dospělých osob by mohl nastat problém u mentálně retardovaných jedinců. Důležitým faktorem pro směrodatnost dotazníku je kladná motivace respondentů.

Šetření bylo provedeno pomocí standardizovaného dotazníku: Dotazník dětské manifestované úzkosti (verze pro děti), který mi byl doporučen vedoucí práce. Dotazník je postaven na 51 otázkách. Dotazník posuzovací škály pro učitele byl obohacen o otázky zjišťující depresivní afekt a projevy chování spojené se sebevraždou. Dále je přidán soubor otázek týkajících se separační úzkosti a sociální úzkosti. Tato škála otázek je důležitá pro detekci deprese, což je častá porucha u dětí. Všechny tyto otázky nám dávají úplnější údaje o manifestované úzkosti ve školách. Odpovědi na otázky jsou hodnoceny čtyřbodovou škálou, tedy za každou odpověď může respondent získat jeden až čtyři body. Hodnotící škála je: Vůbec ne - 1 bod; Trochu - 2 body; Dost - 3 body; Velice - 4 body. Respondent

tedy může získat hodnocení mezi 51-204 body. Toto bodové rozmezí je rozděleno do devíti tříd. Čím vyšší je počet dosažených bodů, tím vyšší je míra úzkosti.

2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumné šetření proběhlo v 6. a 7. třídách základních škol. Tedy u žáků ve věku od jedenácti do patnácti let, což odpovídá období puberty.

Tabulka 1 - Počet respondentů z jednotlivých základních škol

Třída	28. ZŠ Plzeň		ZŠ Vejprnice		ZŠ Generála Janka		Celkem
	6.	7.	6.	7.	6.	7.	
Dívky	10	16	18	17	15	3	79
Chlapci	14	6	13	17	18	10	78
Celkem	46		65		46		157

Tabulka 1 zobrazuje, že do výzkumného šetření se zapojily tři základní školy z České republiky. Dvě základní školy z Plzně: 28. základní škola a Základní škola a mateřská škola Vejprnice, a jedna základní škola z Ostravy. Základní škola Ostrava - Mariánské Hory, Generála Janka. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 157 respondentů, z toho bylo 79 dívek a 78 chlapců.

Zadávání dotazníků v 6. a 7. třídě na 28. základní škole v Plzni jsem měla možnost provést osobně. Všechny děti v obou třídách se tohoto úkolu zhostili bez větších problémů. V 6. třídě se výzkumného šetření zúčastnilo 9 dívek a 16 chlapců. V 7. třídě se šetření zúčastnilo 16 dívek a 6 chlapců. Na začátku bylo provedeno seznámení se způsobem, jak správně dotazník vyplnit a jak chápat hodnotící škálu dotazníku. Několik dětí se dotazovalo na ochranu osobních údajů a na informace ohledně použití výsledků získaných z dotazníků. Vyplnění dotazníku dětem zabralo zhruba 15-20 minut.

Během šetření nebyly otázky ohledně významu jednotlivých otázek. Jen některé děti měly problém s rozhodováním u otázek, jako jsou: Vždycky jsem na lidi milý (á). Nikdy se nerozzlobím apod.

V ostatních dvou školách jsem neměla možnost dotazníky zadat, takže proběhla instruktáž, jak s dotazníkem pracovat a následně dotazníkové šetření provedli kantoři z výše uvedených škol a poté mi vyplněné dotazníky byly doručeny nazpět.

3 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Data získaná na základě vyhodnocení dotazníků podle výše popsaných kritérií, budou prezentována pomocí tabulek, které zaručí vyšší přehlednost. Tabulky budou doplněny o prezentaci výsledků pomocí grafů. Výsledky jednotlivých respondentů jsou uvedeny v příloze jako příloha č. 9.

Tabulka 2 - Rozdělení respondentů do jednotlivých hodnotících kategorií podle pohlaví

p. bodů	počet respondentek	%	počet respondentů	%
178 a více	1	1,3	0	0,0
165-177	0	0,0	0	0,0
152-164	1	1,3	1	1,3
141-151	2	2,5	1	1,3
115-140	29	36,7	21	26,9
103-114	12	15,2	14	17,9
90-102	31	39,2	27	34,6
77-89	3	3,8	12	15,4
76 a méně	0	0,0	2	2,6

V tabulce 2 jsou ukázány rozdíly mezi mírou úzkosti u dívek a u chlapců. U dětí se nejčastěji vyskytla podprůměrná míra úzkosti. U dívek je to 39,2% a u chlapců 34,6%. Druhá nejčastější je průměrná míra úzkosti. U dívek 36,7% a u chlapců 26,9%. Jako třetí nejčastější míra úzkosti je lehce podprůměrná úzkost. U dívek 15,2% a u chlapců 17,9%. V ostatních kategoriích je patrný rozdíl mezi výsledky dívek a chlapců. U dívek je pořadí míry úzkosti následující: míra úzkosti výrazně podprůměrnou trpí 3,8% dívek, mírou úzkosti lehce nadprůměrnou trpí 2,5% dívek, mírou úzkosti nadprůměrnou trpí 1,3% dívek. Dále se v průběhu šetření ukázalo, že jedna dívka trpí mimořádně výraznou úzkostí, nedá se však vyloučit, milné pochopení hodnotící škály, nebo náhodné zvolení odpovědi. U chlapců je pořadí míry úzkosti odlišné, a to hlavně v kategorii výrazně podprůměrné úzkosti, která se podle výsledků vyskytuje u 15,4% chlapců. U chlapců se vyskytují i respondenti spadající do kategorie velice výrazné podprůměrné úzkosti, do této kategorie patří 2,6% chlapců, ani zde se nedá vyloučit, mylné pochopení hodnotící škály, či náhodné

vyplnění dotazníku. Míru úzkosti lehce nadprůměrnou a nadprůměrnou vykazují 1,3% chlapců.

Tabulka 3 - Průměrné hodnoty získaných bodů v závislosti na věku respondentů

Věk	Počet respondentů	Průměr	Modus
11	21	106,5	102
12	70	107,4	95
13	57	109,4	92
14	8	100,9	nelze hodnotit
15	1	nelze hodnotit	nelze hodnotit
Σ	157		

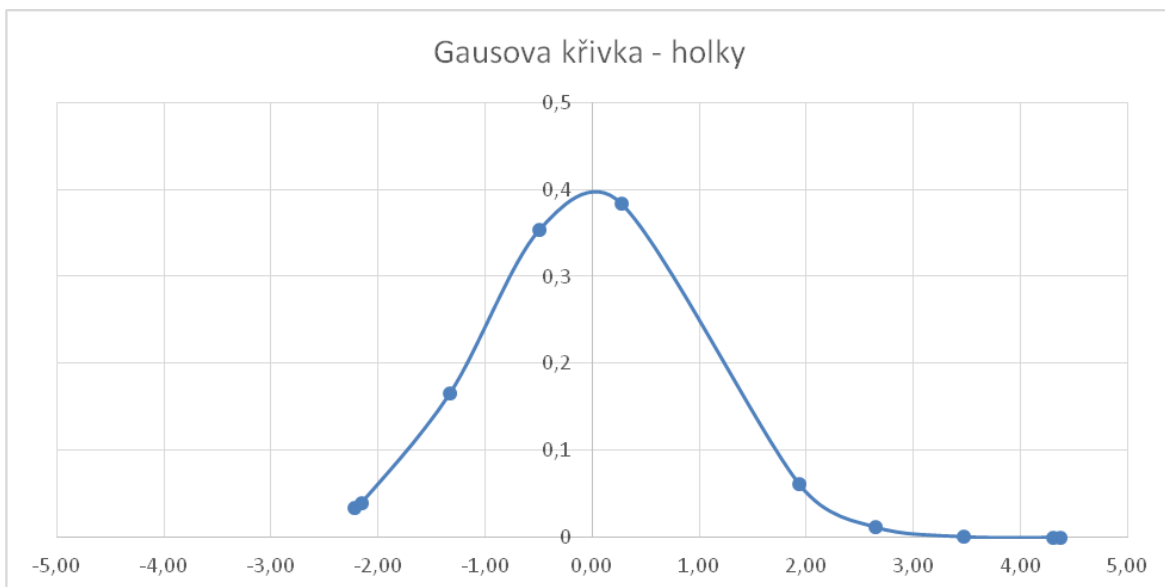
Výsledky prezentované v tabulce 3 uvádí počty respondentů, rozdělené podle věku. Vzhledem k velkým rozdílům v počtu respondentů v jednotlivých kategoriích, se nedá zcela přesně říci, ve které věkové skupině jsou děti nejvíce ohroženy úzkostí. Dá se jen soudit, že děti třináctileté jsou ohroženy úzkostí více, než děti dvanáctileté a děti jedenáctileté jsou více ohroženy úzkostí, než děti čtrnáctileté. Patnáctiletý respondent se vyskytuje ve skupině jediný, a tak nelze tento výsledek vyhodnotit. Ve věku jedenáct, dvanáct a třináct let jsou nejčastěji objevující se výsledky, které spadají do kategorie podprůměrné úzkosti.

Tabulka 4 - Srovnání míry úzkosti mezi jednotlivými školami

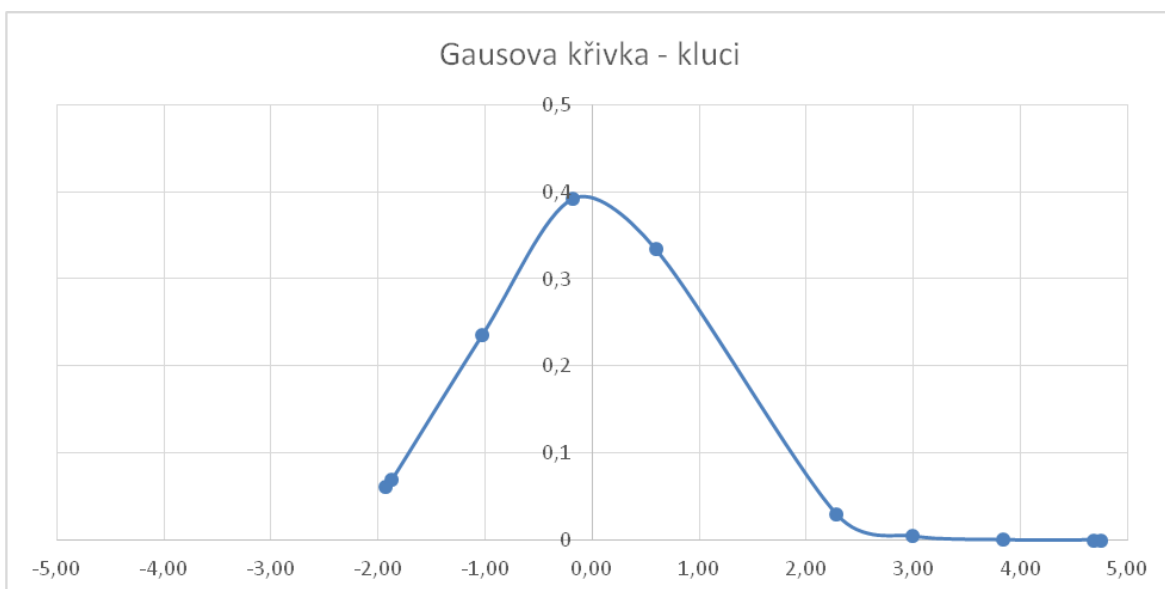
	počet respondentů	průměr	modus
28 ZŠ	46	106,1	98
ZŠ Vejprnice	65	110	101
ZŠ Ostrava	46	106,5	100

Tabulka 4 zobrazuje míru úzkosti na jednotlivých školách, které se zapojili do tohoto výzkumného šetření. Z tabulky se dá vyčíst, že nejvyšší míra úzkosti se prokázala na ZŠ Vejprnice, kdy nejčastějším výsledkem je 101 bodů. Na 28. ZŠ v Plzni je nejčastější bodový zisk z testu 98 bodů a na ZŠ v Ostravě je to 100 bodů. Nejčastěji objevující se hodnoty všech tří škol spadají do kategorie podprůměrné úzkosti, avšak průměrné hodnoty

spadají do kategorie lehce podprůměrné úzkosti. Rozdíl mezi jednotlivými školami je téměř zanedbatelný.



Obrázek 2 - Gaussova křivka - holky



Obrázek 3 - Gaussova křivka - kluci

Na výše zobrazených grafech je zobrazena Gaussova křivka pro obě pohlaví. Na jednotlivých grafech lze z Gaussovy křivky konstatovat, že výsledek funkcí střední hodnoty a rozptylu ukazuje o normálnosti rozdělení. Míru pravděpodobnosti zkoumaných vzorku a tedy i pravděpodobnosti správnosti výsledků.

4 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

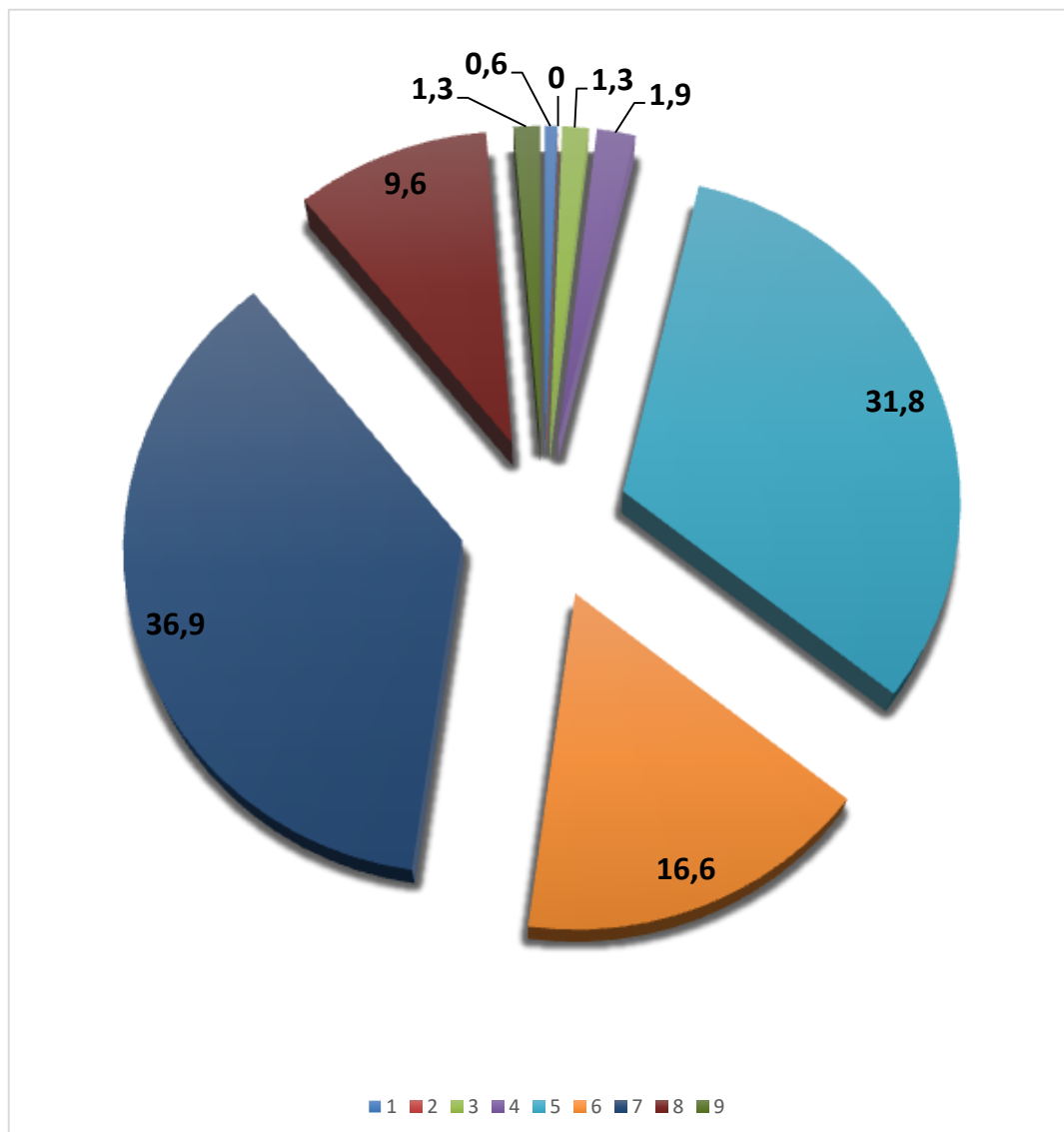
Výše popsané výsledky ukazují, že míra úzkosti je u dívek vyšší, než u chlapců. Při srovnání jednotlivých základních škol nebylo prokázáno, že by na některé ze škol byla patrná vyšší úzkost než na škole jiné. Domnívám se, že rozdíl mezi školami je dán rozdílným počtem respondentů. Ukázaly se rozdíly v míře úzkosti v závislosti na věku, podle výsledku.

K lepší orientaci si v rámci shrnutí výzkumu uvedeme tabulku číslo 5 pro přehlednější orientaci v informacích získaných z výzkumného šetření, kterou doplníme grafem.

Tabulka 5 - Rozdělení respondentů do jednotlivých hodnotících kategorií

p. bodů	počet respondentů	%
178 a více	1	0,6
165-177	0	0
152-164	2	1,3
141-151	3	1,9
115-140	50	31,8
103-114	26	16,6
90-102	58	36,9
77-89	15	9,6
76 a méně	2	1,3

Tabulka 5 zobrazuje míru úzkosti souhrnně v celém výzkumném souboru. Vyplývá z ní, že nejčastěji děti trpí podprůměrnou mírou úzkosti, tedy 36,9% respondentů, průměrnou mírou úzkosti trpí 31,8% respondentů, lehce podprůměrnou úzkostí 16,6% respondentů, výrazně podprůměrnou úzkostí 9,6% respondentů, 1,9% respondentů vykazuje míru úzkosti lehce nadprůměrnou a 1,3% respondentů vykazuje míru úzkosti silně nadprůměrnou a velice výrazně podprůměrnou.



Obrázek 4 - Četnost v jednotlivých kategoriích udávajících míru úzkost

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že míra úzkosti u většiny dětí, které se zapojili do dotazníkového šetření, není vysoká. 96,2% respondentů trpí mírou úzkosti průměrnou a nižší. Zbylé 3,8% respondentů se pohybuje v horní polovině hodnotící škály.

ZÁVĚR

Jak bylo již zmíněno v úvodu práce, strach a úzkost jsou zcela běžné stavy, které zažívá každý z nás. Pro lidský organismus jsou důležité, protože se objevují v situacích, kdy je jedinec ohrožen nějakou zátěžovou situací. Pokud je míra úzkosti přiměřená, jsou tyto stavy pro jedince prospěšné. Vývojová psychologie vnímá jistou míru úzkosti jako jeden z předpokladů potřebný ke správnému vývoji některých stránek lidské osobnosti.

Výskyt úzkostných poruch v populaci není nikterak zanedbatelný. Úzkostné poruchy se nevyskytují jen v dospělé populaci, ale trpí jimi i děti. Na základě tohoto faktu jsem zvolila téma úzkostných poruch v dětském věku. Konkrétně jsem se zaměřila na poruchy u dětí v období pubescence.

Tématem úzkostných poruch se dnes zabývá mnoho odborníků z oblasti psychologie a psychiatrie. Nejvíce využitým zdrojem informací v této práci byly publikace od J. Práška, které jsem doplnila o poznatky dalších autorů, jimiž jsou J. Vymětal, P. Langmeier, P. Řičan a mnoho dalších. V bakalářské práci jsem se zabývala popisem úzkostných poruch. Konkrétně jsem se zaměřila na poruchy, které nepostihují jen dospělé, ale i děti. Mezi tyto poruchy patří fobické úzkostné poruchy, panická úzkostná porucha, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně kompulzivní porucha, suicidální porucha a deprese.

Cílem práce bylo zjistit míru úzkosti u dětí v období pubescence. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření u žáků šestých a sedmých tříd. Do výzkumného šetření se zapojila 157 respondentů ze třech základních škol v České republice. Vzhledem k tomu, že byla užitá jediná výzkumná metoda, získaná data jsou pouze orientační povahy.

Bylo zjištěno, že většina respondentů, kteří se zapojili do výzkumného šetření, netrpí vyšší mírou úzkosti než je úzkost průměrná. Největší procento respondentů spadá do kategorie lehce podprůměrné úzkosti. Ve výzkumném vzorku se vyskytli i respondenti trpící mírou úzkosti vyšší než je úzkost průměrná, tito respondenti tvoří jen malé procento z celkového počtu, ale ne zcela zanedbatelné. Na základě zjištěných informací považuji za prospěšné, aby na školách působili školní psychologové, kteří by průběžně sledovali výskyt vybraných poruch u dětí, a následně dětem poskytli odbornou pomoc.

RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývá úzkostnými poruchami u dětí v období pubescence. Teoretická část práce je dělena do čtyř kapitol. V úvodu teoretické části je popsáno vývojové období pubescence. Jsou zde nastíněny změny v oblasti tělesného vývoje, rozvoje poznávacích procesů, změny v emoční oblasti, změny v sebepojetí a vliv sociálního prostředí na vývoj jedince. Zabýváme se pojmy strach a úzkost, jejich vymezením a vlivem na emoční stránku lidské osobnosti. V oblasti patologie jsou vymezeny úzkostné poruchy, jejich etiologie a popis vybraných úzkostných poruch, jež jsou typické pro vývojové období pubescence. V závěru teoretické části jsou probrány některé vybrané léčebné postupy uplatňované při léčbě úzkostných poruch.

Výzkum proběhl pomocí standardizovaného dotazníku, jehož cílem bylo zjistit míru úzkosti v období pubescence u žáků 6. a 7. tříd základní školy, u 157 respondentů.

RESUMÉ

This bachelor thesis deals with anxiety disorders among children and pubescents. The theoretical part is divided into four chapters. The introduction to the theoretical part describes four development stages of pubescence, including changes in physical development, progress in cognitive functions, changes in emotions, changes in self-perception and the influence of social environment on one's development. We deal with the definitions of fear and anxiety and their influence on one's emotions. In the area of pathology, anxiety disorders are defined, as well as their etiology and the description of selected anxiety disorders that are typical for pubescence. The theoretical part concludes with some medical treatments applied on anxiety disorders.

The research was done with the help of standardized questionnaire, which aimed towards determination of extent of anxiety between elementary students in 6th and 7th grade. The total number of respondents was 157.

SEZNAM LITERATURY

- [1] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
- [2] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
- [3] NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. ISBN 978-80-261-0115-4.
- [4] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- [5] LIEVEGOED, B. C. J. *Vývojové fáze dítěte*. Praha: Baltazar, 1992. ISBN 80-900307-7-7.
- [6] AUGER, Lucien. *Strach, obavy a jejich překonávání*. Praha: Portál, 1998. Rádci pro život (Portál). ISBN 80-7178-231-9.
- [7] PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1387-3.
- [8] HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
- [9] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675691.
- [10] *Kapitoly z obecné psychologie pro učitele*. 4., nezm. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 1994. ISBN 8070431245
- [11] PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-079-8.
- [12] PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
- [13] ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
- [14] ULČ, Igor. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha, 1999. Pro praktické lékaře. ISBN 80-7169-790-7.
- [15] VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

-
- [16] VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí: [jak jim předcházet a jak je překonávat]*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.
- [17] HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [18] PRAŠKO, Ján. *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-631-1.
- [19] ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie: příručka pro studenty*. Vyd. 2., dopl. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-406-9.
- [20] LANGMEIER, Josef, Jan ŠPITZ a Karel BALCAR. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
- [21] PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky I: Vývoj člověka do patnácti let*. Vydání 4. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. 416 s.
- [22] *Kapitoly z obecné psychologie pro učitele*. 4., nezm. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 1994. ISBN 8070431245
- [23] RUBINŠTEJN, Sergej Leonidovič. *Základy obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1967.
- [24] PACLT, Ivo a Jakub FLORIAN. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada, 1998. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-506-8.
- [25] CLAUSS, Günter a Heinz EBNER. *Základy statistiky pre psychologov, pedagógov a sociológov*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1988, 501 s.
- [26] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [1] OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5., dostupné na: http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/41metodologie_vedecko-vyzkumne_cinnosti.pdf
- [2] Dotazník jako průzkumná metoda. *Rudolfkohoutek.blog.cz* [online]. Brno: R. Kohoutek, 2010 [cit. 2017-06-29]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/dotaznik-jako-pruzkumna-metoda>
- [3] Dotazník je.. *Dotaznik-online* [online]. Brno: AccArt, 2007 [cit. 2017-06-29]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/index.htm>

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ

Obrázek 1 - Bludné kruhy úzkosti [11]	17
Obrázek 2 - Gaussova křivka - holky	41
Obrázek 3 - Gaussova křivka - kluci	41
Obrázek 4 - Četnost v jednotlivých kategoriích udávajících míru úzkost.....	43
Tabulka 1 - Počet respondentů z jednotlivých základních škol.....	38
Tabulka 2 - Rozdělení respondentů do jednotlivých hodnotících kategorií podle pohlaví.	39
Tabulka 3 - Průměrné hodnoty získaných bodů v závislosti na věku respondentů.....	40
Tabulka 4 - Srovnání míry úzkosti mezi jednotlivými školami	40
Tabulka 5 - Rozdělení respondentů do jednotlivých hodnotících kategorií.....	42

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Diagnostická kritéria MKN - 10 pro agorafobii

Příloha 2 - Diagnostická kritéria MKN - 10 pro sociální fobii

Příloha 3 - Diagnostická kritéria MKN - 10 pro specifické fobie

Příloha 4 - Diagnostická kritéria MKN - 10 pro panickou úzkostnou poruchu

Příloha 5 - Diagnostická kritéria MKN - 10 pro generalizovanou úzkostnou poruchu

Příloha 6 - Diagnostická kritéria MKN - 10 pro obsedantně kompulzivní poruchu

Příloha 7 - Depresivní syndrom adolescentů

Příloha 8 - Dotazník dětské manifestované úzkosti

Příloha 9 - Výsledky jednotlivých respondentů

Příloha 1

Diagnostická kritéria MKN - 10 pro agorafobii

Zřetelně a jednoznačně vyjádřený strach nejméně ze dvou následujících situací, nebo vyhýbání se jim:

- (1) pobyt v davu;
- (1) pobyt na veřejném prostranství;
- (2) cestování bez doprovodu;
- (3) opuštění domova;

A. V zátěžové situaci se musí alespoň jednou společně vyskytnout nejméně dva příznaky úzkosti, přičemž jeden z nich musí patřit do skupiny příznaků vegetativního podráždění:

Příznaky vegetativního podráždění:

- (1) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls;
- (2) pocení;
- (3) chvění nebo třes;
- (4) sucho v ústech;

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha:

- (5) obtížné dýchání;
- (6) pocit zalykání se;
- (7) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku;
- (8) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše).

Příznaky týkající se duševního stavu:

- (9) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy;
- (10) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace);
- (11) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí;
- (12) strach ze smrti.

Celkové příznaky:

- (13) návaly horka nebo chladu;
- (14) pocity znecitlivění nebo mravenčení.

B. Vyhýbání se nebo úzkostné příznaky způsobují výraznou emoční nepohodu a jedinec si uvědomuje, že tyto pocity jsou přehnané nebo nesmyslné.

C. Příznaky jsou omezeny na obávané situace nebo se v nich převážně vyskytují nebo při jejich očekávání.

D. Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria: Strach nebo vyhýbání se (kritérium A) nejsou výsledkem bludů, halucinací nebo jiných poruch, jako jsou organické duševní poruchy, schizofrenie a příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně-kompulzivní porucha, ani důsledkem ve společnosti tradujících pověr.

Přítomnost nebo chybění panické poruchy (F41.0) při většině agorafobických situací může být specifikována použitím pátého kódového čísla:

F40.00 *Bez panické poruchy*

F40.01 *S panickou poruchou*

Zdroj: Práško, 2005, str. 285

Příloha 2

Diagnostická kritéria MKN - 10 pro sociální fobii

- A. Musí být přítomen jeden z následujících znaků:
- (1) Pacient má výrazný strach, aby nebyl středem pozornosti nebo aby se nechoval trapným nebo ponižujícím způsobem;
 - (2) Nápadně se vyhýbá situacím, kde by byl středem pozornosti nebo kde by měl strach z trapného nebo ponižujícího chování.
Tyto strachy se projevují v sociálních situacích, jako je např. jídlo nebo mluvení na veřejnosti, setkávání známých jedinců na veřejnosti nebo účast v malých skupinách (např. večírky, schůze, třída).
- B. Od začátku poruchy se musí někdy projevit alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci, jak jsou definovány pod F 40.0, kritérium B, a to společně s alespoň jedním z následujících příznaků:
- (1) Červenání se nebo třes,
 - (2) Strach ze zvracení,
 - (3) Potřeba nebo strach z močení nebo defekace.
- C. Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmito příznakům a jedinec si je vědom, že jsou přehnané a nesmyslné.
- D. Příznaky se omezují na obávané situace nebo na jejich očekávání, nebo v těchto situacích převažují.
- E. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka: Příznaky uvedené pod kritérii A a B nevyplývají z bludů, halucinací ani jiných poruch, jako jsou např. organické duševní poruchy, schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně-kompulzivní porucha a nejsou sekundárním projevem kulturních pověr.

Zdroj: Práško, 2005, str. 287

Příloha 3

Diagnostická kritéria MKN - 10 pro specifické fobie

- A. Musí být přítomen jeden z následujících znaků:
- (1) Výrazný strach ze specifických věcí nebo situací, které nejsou zahrnuty v agorafobii nebo v sociální fobii;
 - (2) Zřetelné vyhýbání se specifickým věcem nebo situacím, které nejsou zahrnuty v agorafobii nebo sociální fobii.
Mezi nejčastější věci a situace patří zvířata, ptáci, hmyz, výšky, hrom, létání, malé uzavřené prostory, pohled na krev nebo zranění, injekce, návštěva u zubního lékaře a nemocnice.
- B. Příznaky úzkosti v obávaných situacích, jak jsou definovány pod F40.0, kritérium B, se musí od začátku poruchy občas projevit.
- C. Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmito příznakům a jedinec si je vědom, že jsou přehnané a nesmyslné.
- D. Příznaky se omezují na obávanou situaci nebo na její očekávání.
Pokud je to žádoucí, mohou být specifické fobie dále rozděleny na:
- fobie ze zvířat (např. hmyzu, psů);
 - fobie z přírodních živlů (např. bouřek, vody);
 - fobie z krve, injekce a zranění;
 - fobie z určitých míst (např. výtahů, tunelů);
 - jiné typy fobií.

Zdroj: Práško, 2005, str. 343

Příloha 4

Diagnostická kritéria MKN - 10 pro panickou úzkostnou poruchu

- A. U jedince se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí a které se často vyskytují spontánně (tj. epizody nelze předvídat). Ataky paniky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.
- B. Panická ataka je charakterizována všemi následujícími znaky:
- (1) je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu;
 - (2) začíná náhle;
 - (3) dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut;
 - (4) musí být přítomny alespoň čtyři z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):
 - Příznaky vegetativní aktivace**
 - (a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep;
 - (b) pocení;
 - (c) chvění nebo třes;
 - (d) sucho v ústech.
 - Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha**
 - (e) obtížné dýchání;
 - (f) pocit zalykání se, pocity duševní;
 - (g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku;
 - (h) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše).
 - Příznaky týkající se duševního stavu**
 - (i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy;
 - (j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace);
 - (k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí;
 - (l) strach ze smrti.
 - Celkové příznaky**
 - (m) návaly horka nebo chladu;
 - (n) pocity znecitlivění nebo mravenčení.
- C. Nejčastější užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako je např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady ani somatoformní poruchy.
- Rozsah jednotlivých variací, pokud jde o obsah a tíži, je tak veliký, že se mohou specifikovat pátým znakem dva stupně – středně těžký a těžký:
- F 41.00 Středně těžká panická porucha**
Alespoň čtyři panické ataky v období čtyř týdnů.
- F 41.01 Těžká panická porucha**
Alespoň čtyři panické ataky za týden po dobu čtyř týdnů.

Zdroj: Práško, 2005, str. 126

Příloha 5

Diagnostická kritéria MKN - 10 pro generalizovanou úzkostnou poruchu

- A. Výrazné napětí, strach z každodenních problémů – trvají nejméně šest měsíců.
- B. Přítomny nejméně čtyři z následujících, nejméně jeden z příznaků vegetativního podráždění:
- Příznaky vegetativního podráždění:**
- (1) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls;
 - (2) pocení;
 - (3) chvění nebo třes;
 - (4) sucho v ústech.
- Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha:**
- (5) obtížné dýchání;
 - (6) pocit zalykání se;
 - (7) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku;
 - (8) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše).
- Příznaky týkající se duševního stavu:**
- (9) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy;
 - (10) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace);
 - (11) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí;
 - (12) strach, že zemře;
- Celkové příznaky:**
- (13) návaly horka nebo chladu;
 - (14) pocity znecitlivění nebo mravenčení.
- Příznaky napětí:**
- (15) napětí, pobolívání nebo bolesti ve svalech;
 - (16) neklid a neschopnost se uvolnit;
 - (17) pocity podráždění, nesnesitelného napětí nebo duševního přepětí;
 - (18) pocity „knedlíku v krku“ nebo obtíže s polykáním.
- Další nespecifické příznaky:**
- (19) přehnaná reakce na malé překvapení nebo vyrušení;
 - (20) obtíže s koncentrací, nebo „prázdnost v hlavě“ z důvodů strachu nebo úzkosti;
 - (21) neustálé podráždění;
 - (22) obtíže s usínáním kvůli strachu.
- C. Porucha nesplňuje kritéria pro panickou poruchu, fobické, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchu nebo hypochondrickou poruchu.
- D. Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria: Úzkostná porucha není způsobena somatickou poruchou, jako je hyperthyreóza, organickou poruchou nebo poruchou vyvolanou psychoaktivní látkou, jako je silná konzumace amfetaminu nebo abstinenční syndrom po odnětí benzodiazepinů.

Poznámka: U dětí a adolescentů je rozsah obtíží, kterými se projevuje generalizovaná úzkost, často chudší než u dospělých, a často jsou méně výrazné příznaky vegetativního podráždění.

Příloha 6

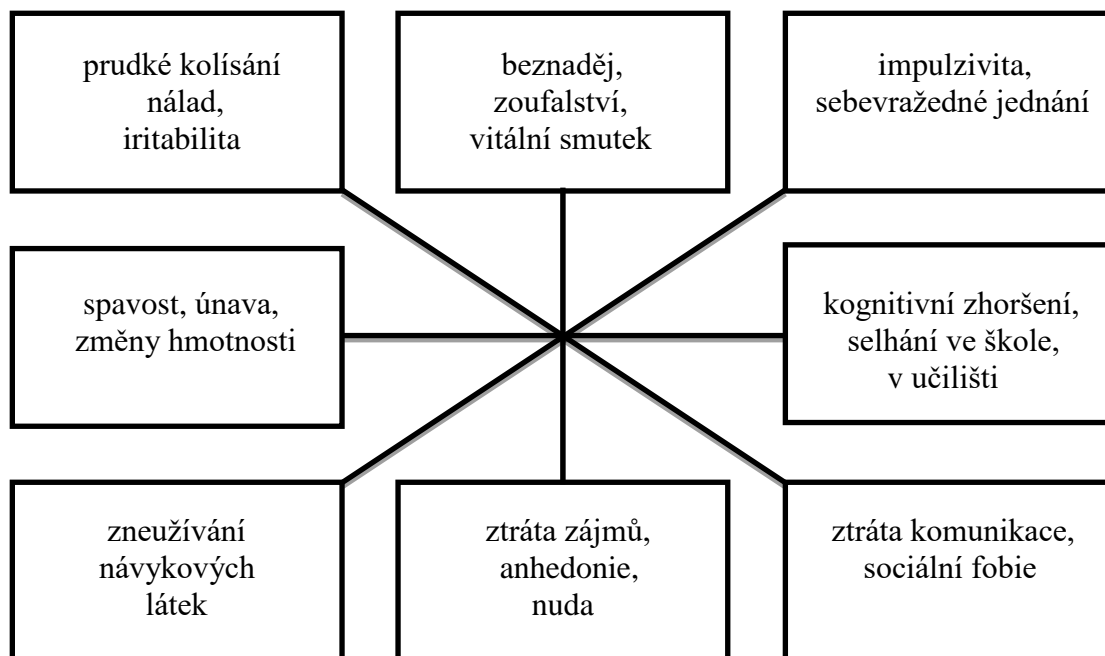
Diagnostická kritéria MKN - 10 pro obsedantně kompulzivní poruchu

A.	Po dobu alespoň 2 týdnů jsou po většinu dnů přítomny buď obsese, nebo nutkavé jednání (nebo obojí).
B.	Obsese (myšlenky, nápady nebo představy) a nutkavé jednání mají společné následující rysy, které všechny musí být přítomny: <ol style="list-style-type: none">1. Pacient musí uznávat, že vznikají v jeho vlastní mysli a nejsou vyvolány jinými osobami nebo vnějšími vlivy.2. Jsou nepříjemné a opakují se a musí být přítomna alespoň jedna obsese nebo kompulze, která je považována za přehnanou nebo nesmyslnou.3. Pacient se snaží jim odolávat (avšak rezistence na dlouhotrvající obsese nebo kompulze může být minimální). Musí být alespoň jedna obsese nebo kompulze, které se pacient neúspěšně brání.4. Prožívání obsedantní myšlenky nebo provedení kompulzivního činu není samo o sobě příjemné. (Toto by se mělo odlišit od dočasné úlevy od napětí a úzkosti.
C.	Obsese nebo kompulze vyvolávají tíseň nebo narušují sociální nebo individuální činnosti pacienta, obvykle ztrátou času.
D.	Nejčastěji používaná vylučovací doložka. Obsese nebo kompulze nejsou výsledkem jiných duševních poruch, jako jsou například schizofrenie nebo příbuzné poruchy (F20-F29), nebo poruchy nálady (afektivní poruchy) (F30-F39).
Diagnóza se může dále specifikovat následujícím čtvrtým znakem:	
F42.0 Převážně obsedantní myšlenky a ruminace F42.1 Převážně nutkavé jednání (obsedantní rituály) F42.2 Smíšené obsedantní myšlenky a jednání F42.8 Jiné obsedantně-kompulzivní poruchy F42.9 Obsedantně-kompulzivní porucha nspecifikovaná	

Zdroj: Vymětal, 2007, str. 327 – 328

Příloha 7

Depresivní syndrom adolescentů



Zdroj: Hort, 2008, str. 200

Příloha 8

Dotazník dětské manifestované úzkosti

DOTAZNÍK DĚTSKÉ MANIFESTOVANÉ ÚZKOSTI
(VERZE PRO DĚTI)

VĚK:POHLAVÍ:

TŘÍDA:ŠKOLA:

Záznam	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velice
Dělá mi potíže soustředit se na cokoli				
Znervózním, když mě někdo pozoruje při práci				
Mám pocit, že musím být ve všem nejlepší				
Snadno se začervenám				
Mám rád (a) všechny lidi, které znám				
Někdy cítím, jak mi rychle tlučí srdce				
Občas je mi tak, že by se mi chtělo křičet				
Přál (a) bych si být někde hodně daleko odtud				
Zdá se mi, že jiným dětem jde dělat různé věci snáze než mě				
Ve hrách častěji vyhrávám, než prohrávám				
Tajně se bojím mnoha věcí				
Cítím, že ostatním se nelíbí to, jakým způsobem dělám různé věci				
Cítím se sám (sama), a to i tehdy, když jsem s jinými lidmi				
Těžko se rozhoduji				
Znervózňuje mě, když mi věci nejdou tak, jak bych si přál (a)				
Většinu času se bojím				
Vždycky jsem na lidi milý (á)				

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velice
Mám obavy z toho, co o mě řeknou rodiče				
Někdy mi dělá potíže popadnout dech				
Snadno se rozzlobím				
Vždycky se slušně chovám				
Potí se mi ruce				
Musím chodit na záchod častěji než většina lidí				
Jiné děti jsou šťastnější než já				
Mám starosti, co si o mě asi ostatní lidé myslí				
Mám potíže s polykáním				
Mívám obavy z věcí, na kterých, jak se pak ukáže, ani tak moc nezáleží				
Moje city je snadné zranit				
Mívám obavy, z toho, jestli dělám ty správné věci				
Jsem vždycky hodný (á)				
Bojím se, co se stane v budoucnosti				
Večer se mi nechce jít spát				
Bojím se, jak mi to půjde ve škole				
Když mi někdo nadává, lehce tím zraní moje city				
Jsem vždycky na každého milý (á)				
Vždycky mluvím pravdu				
Často se cítím osamělý (á), i když jsem s jinými lidmi				
Mám pocit, že mi někdo každou chvíli může říct, že dělám věci špatně				
Bojím se tmy				
Těžko se soustředuji na svou školní práci				
Nikdy se nerozzlobím				
Často mi bývá špatně od žaludku				
Mívám strach, když si mám večer jít lehnout				
Často udělám věci, o kterých si pak přeji, abych je nikdy neudělal (a)				

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velice
Mívám bolesti hlavy				
Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo				
Nikdy neříkám věci, které bych neměl (a) říkat				
Snadno se unavím				
Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky				
Mívám zlé sny				
Jsem nervózní				

Zdroj: Paclt, Floriam, 1998, str. 328 - 331

Příloha 9

Výsledky jednotlivých respondentů - počet dosažených bodů

	28. ZŠ	ZŠ Vejprnice	ZŠ Ostrava
1	92	107	106
2	115	126	113
3	94	128	87
4	139	127	85
5	100	130	100
6	93	103	94
7	101	109	102
8	124	109	80
9	123	94	96
10	123	93	99
11	119	80	101
12	119	87	102
13	107	108	95
14	115	94	100
15	100	92	162
16	95	92	130
17	89	137	119
18	95	136	133
19	93	132	122
20	94	125	122
21	102	123	126
22	125	116	100
23	123	115	92
24	118	108	84
25	108	104	129
26	143	103	120
27	116	110	113
28	120	124	91
29	97	112	80
30	96	142	85
31	96	101	116
32	85	117	116
33	153	95	118

	28. ZŠ	ZŠ Vejprnice	ZŠ Ostrava
34	98	93	128
35	117	101	128
36	113	102	113
37	106	101	96
38	96	93	97
39	101	99	95
40	98	127	100
41	81	117	94
42	84	115	118
43	73	114	110
44	117	183	98
45	86	126	102
46	98,0	126	102
47		113	
48		108	
49		94	
50		99	
51		75	
52		144	
53		120	
54		110	
55		111	
56		105	
57		104	
58		96	
59		100	
60		101	
61		82	
62		115	
63		99	
64		81	
65		120	