

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**  
Katedra psychologie

# ÚZKOSTÉ PORUCHY V DOSPÍVÁNÍ

*Bakalářská práce*

Nikol Marhounová

Psychologie se zaměřením na vzdělávání (2009 - 2012)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, duben 2012

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická

Akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikol MARHOUNOVÁ**  
Osobní číslo: **P09B0824P**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Psychologie se zaměřením na vzdělávání**  
Název tématu: **Úzkostné poruchy v dospívání**  
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. Shromážďování odborné literatury o emočních poruchách a psychologie dospívání.
2. Zpracování teoretické části práce.
3. Příprava předvýzkumu (aplikace dotazníkového šetření).
4. Výzkumné šetření a jeho interpretace.
5. Závěr.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 90

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam odborné literatury:

1. PRAŠKO, J.: Úzkostné poruchy. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
2. VYMĚTAL, J. a kol.: Speciální psychoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000. ISBN 80-86123-15-4.
3. HORT, V., HRDLIČKOVÁ, M., KOCOURKOVÁ J., MALÁ E. a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7397-404-5.
4. PRAŠKO J., VYSKOČILOVÁ J., PRAŠKOVÁ J.: Úzkost a obavy. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-079-8.
5. ŘÍČAN P., KREJČÍŘOVÁ D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1049-8.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Lenka Novotná

Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: 20. května 2011

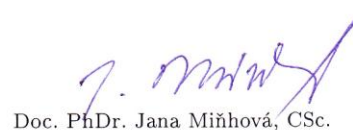
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. dubna 2012



Doc. PaedDr. Jana Coufalová, CSc.

děkanka





Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

vedoucí katedry

V Plzni dne 20. července 2011

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 10. dubna 2012

.....  
Nikol Marhounová

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce PhDr. Lence Novotné, která mi poskytla odborné rady a podporu, a to jak při psaní teoretické části a realizaci výzkumu, tak při konečné stylizaci práce. Mé díky patří rovněž 11. ZŠ v Plzni a Gymnáziu Ludřka Pika v Plzni a jejich studentům za spolupráci na výzkumu.

# Obsah

Úvod.....	8
I. Teoretická část .....	10
1 Pojetí úzkosti a strachu v psychologii.....	11
1.1 Historický vývoj pojetí úzkosti.....	11
1.2 Základní pojmy .....	13
2 Ontogeneze úzkosti a strachu.....	15
3 Dospívání .....	20
3.1 Tělesná proměna dospívajícího .....	22
3.2 Psychický vývoj v období dospívání .....	24
3.2.1 Kognitivní rozvoj.....	24
3.2.2 Emoční vývoj.....	26
3.2.3 Budování identity .....	27
3.3 Dospívající a společnost .....	28
3.3.1 Rodina.....	29
3.3.2 Vrstevnická skupina .....	31
3.3.3 Partnerství.....	33
4 Úzkostné poruchy.....	36
4.1 Panická porucha .....	37
4.2 Generalizovaná úzkostná porucha .....	41
4.3 Fobické úzkostné poruchy .....	44
4.3.1 Agorafobie .....	45
4.3.2 Sociální fobie.....	48
4.3.3 Specifické fobie .....	52
4.4 Obsedantně-kompulzivní porucha .....	55
4.5 Úzkostné poruchy v dětství.....	59
5 Psychoterapie úzkosti.....	64
II. Praktická část.....	66
1 Cíle a metody výzkumu.....	67

2	Charakteristika zkoumaného vzorku .....	68
3	Interpretace výsledků.....	69
	Závěr.....	76
	Resumé .....	78
	Resumé .....	79
	Seznam literatury.....	80
	Seznam příloh.....	83
III.	Přílohy .....	84

# Úvod

Úzkostné poruchy jsou v dnešní době čím dál častější. Jistá míra úzkosti je nutná pro přežití člověka. Čím dál více se ale stává, že je tato míra překročena a běžná úzkost se mění v úzkost patologickou, což se týká dětí, dospívajících i dospělých.

Práce je zaměřena na úzkostné poruchy v období dospívání. Toto období jsem si zvolila, jelikož si myslím, že je z hlediska vývoje a životních změn velmi důležité a zajímavé. Dospívající člověk prochází bouřlivými změnami, které postihují jeho psychiku stejně jako sociální vztahy a tělesnou konstituci. Všechny tyto změny přinášejí úzkost, se kterou je nutné se vyrovnat. To, že tento proces není lehký a je doprovázen mnoha problémy, vím ze své praxe, ve které se setkávám s mnoha dospívajícími, trpícími úzkostnou poruchou. Právě i má praxe byla jedním z důvodů, proč jsem si zvolila toto téma.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Cílem teoretické části je popsat vývojové období dospívání a zpracovat téma úzkostných poruch. V kapitole zaměřené na charakteristiku dospívání bych ráda popsala dospívání z pohledu jednotlivých psychologických teorií. Období dospívání se dělí na pubescenci a adolescenci, každá z těchto vývojových etap bude dále charakterizována především z hlediska fyziologických změn, kognitivního vývoje, emočního vývoje a vývoje sociálních vztahů.

Kapitolu zaměřenou na úzkostné poruchy bych ráda uvedla popisem historického pohledu na úzkostné poruchy a ontogeneze úzkosti. Předmětem této kapitoly budou však především úzkostné poruchy samotné. Do své práce zahrnuji popis a rozbor panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy, fobických úzkostných poruch, obsedantně-kompulzivní poruchy a úzkostných poruch vznikajících v dětství, mezi které patří především separační úzkostná porucha v dětství, fobická úzkostná porucha v dětství a sociální úzkostná porucha v dětství.

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit míru výskytu úzkostných poruch ve vývojovém období dospívání, a porovnání výskytu na základní škole a gymnáziu. Výzkumným vzorkem budou dospívající, konkrétně žáci 8. a 9. třídy základní školy a studenti tercie a kvarty gymnázia.



Metodou výzkumu je standardizovaný dotazník MHQ, který u respondentů zjišťuje přítomnost jednotlivých příznaků neurotických poruch, jejichž součástí jsou i poruchy úzkostné. Součástí práce budou také kazuistiky, které popisují případy úzkostných poruch z mé praxe.

# **I. Teoretická část**

# 1 Pojetí úzkosti a strachu v psychologii

Následující text se bude zabývat především přístupem jednotlivých psychologických škol k úzkosti a historickým vývojem jejího pojetí. Na závěr kapitoly budou objasněny pojmy, které jsou pro téma úzkostných poruch důležité.

## 1.1 Historický vývoj pojetí úzkosti

V literatuře se setkáváme se stavem úzkosti již tři tisíce let před Kristem v eposu O Gilgamešovi, a to konkrétně v podobě strachu ze smrti. (Praško, 2005)

Dále se se strachem a úzkostí setkáváme také v řecké mytologii, a to prostřednictvím boha Phoba, který dokázal nepříteli vnuknout strach a tím ho donutit, aby utekl ještě před bojem. A také skrze boha Pana, který děsil kolemjdoucí poutníky. Od jmen těchto dvou bohů jsou odvozeny termíny fobie a panika. Ve starověké literatuře jsou však výrazy spojené s úzkostí a strachem spíše neobvyklé, a to především z důvodu, že jednou z největších ctností starověkého člověka byla právě odvaha. (Praško, 2005)

J. Praško uvádí, že pravým opakem starověké literatury je, co se týče frekvence výrazů pro strach a úzkost, Bible. V Bibli se často píše o pocitech viny, úzkosti, bázně a o bohabojnosti. Křesťané spojují úzkost s hříšností a neschopností vyrovnat se s odpovědností. (Berrios a Link v Praškovi, 2005).

Termín úzkost se poprvé objevuje v polovině **18. století** v lékařské literatuře. Úzkostí a jí podobnými stavy se zabývalo mnoho lékařů a vědců<sup>1</sup>, kteří používali velmi různorodou terminologii. (Praško, 2005)

Do konce 18. století byly považovány příznaky úzkosti za projevy fyziologických onemocnění jako např. chorob trávicího systému nebo dýchací soustavy. Na počátku 19. století se však tento pohled změnil a se vznikem úzkostí začaly být spojovány také psychologické a sociální příčiny. (Praško, 2005)

Významnou osobností, zabývající se problematikou úzkostí, byl dánský teolog **Søren Aabye Kierkegaard** (1813- 1855). Tento myslitel jako první rozlišil strach, jako

---

<sup>1</sup> např. sir Richard Blackmore (1653-1729), Villiam Battie (1703-1776), James Vere (1700-1779), Boissiere de Sauvages, William Cullen (1710-1790), Benjamin Rush (1746-1813)

obavu z něčeho konkrétního a úzkost, která konkrétní objekt nemá<sup>2</sup>. Kierkegaard tvrdí, že chce-li se člověk vyhnout úzkosti, měl by hledat důvody svého jednání ve své individuální existenci. Z této myšlenky vychází dešinsanalýza. (Praško, 2005; Vymětal a kol., 2000)

Do dějin studia emocí se zapsal také **Charles Darwin** (1809- 1882), který jako jeden z prvních rozlišil úzkost a depresi. Této problematice se věnoval v díle *O vzniku druhů přírodním výběrem* (1859), ve kterém spojil depresi s prožitky z minulosti a úzkost s obavami z budoucnosti. (Praško, 2005)

Významným mezníkem vnímání úzkostných poruch byla druhá polovina 19. století, kdy se úzkostné stavy dostaly do psychiatrické nosologie. (Praško, 2005)

Zajímavou teorii, vysvětlující vznik úzkosti, vyslovil Heinrich **Wilhelm Neumann** (1814- 1884). Podle Neumanna vzniká úzkost ve chvíli, kdy nejsou dostatečně uspokojovány pudy a to zejm. pudy sexuální, a tím je narušen harmonický rozvoj osobnosti. Tato teorie předchází Freudově teorii z roku 1923. (Praško, 2005)

**Sigmund Freud** (1856- 1939) nahlížel na úzkost postupně třemi způsoby. Nejprve ji pokládal za fyziologický příznak nevybitého sexuálního napětí, dále ji dával do souvislosti se separací od matky, a nakonec považoval za její zdroj vnitřní konflikt mezi Id a Superegem.

Freud také jako první rozlišil úzkostnou neurózu a neurastenii, a popsal základní příznaky úzkostné neurózy: úzkostné očekávání (dnes generalizovaná úzkostná porucha) a úzkostné ataky (dnes panická porucha). (Praško, 2005)

Neurózami a tedy i úzkostmi se zabýval také Freudův žák **Alfred Adler** (1870 - 1937). Na rozdíl od Freuda však nepovažoval za rozhodující pro vývoj člověka sexuální pud, ale životní cíl, který je určován zejména potřebou sounáležitosti a potřebou sebeuplatnění (touze po moci). Podle Adlera má rozhodující podíl na vzniku neuróz sociální prostředí. Adler udává, že všechna selhání od neurotických až po kriminální jsou selháními kvůli nedostatku sociálního zájmu. K selháním vede právě křečovitá touha lidí po nadřazenosti. (Praško, 2005)

Úzkostnými poruchami se v návaznosti na I. P. Pavlova zabývali také **behavioristé**, kteří tvrdí, že neurotické chování je naučené, a tudíž ho můžeme přeučit nebo odučit. (Praško, 2005)

---

<sup>2</sup> Této problematice se věnoval zejm. v dílech *Strach a děs* (1843) a *Pojem úzkost* (1844).

## Shrnutí

Se symptomy úzkosti se setkáváme již v mytologii. Z toho lze odvodit, že úzkost provází lidský život již od pradávna. Do jisté míry je užitečná, překročí-li však její intenzita hranice, stává se velmi nepříjemnou a život zatěžující poruchou. Od poloviny 18. století, kdy byla úzkost poprvé popsána, prošlo její pojetí mnohými změnami. Příčinami i léčbou úzkostí se zabývaly a dodnes zabývají jednotlivé psychologické školy, z nichž si každá vytvořila svůj originální přístup k ní.

## 1.2 Základní pojmy

V této kapitole budou uvedeny základní pojmy související s úzkostí. Mnohé z nich se vzájemně doplňují a překrývají. Je důležité uvědomit si rozdíl a souvislost mezi úzkostí a strachem, úzkostí a úzkostností, a také pohlížet na úzkost jako jednu z emocí. Z tohoto důvodu je zapotřebí tyto pojmy definovat.

Hartl a Hartlová uvádějí, že **emoce (emotion)** jsou: „*široká škála citových prožitků a doprovodných fyziologických změn; biologicky účelné adaptace, evolučně starší, a proto silnější a hůře ovlivnitelné než rozumové procesy;... v zásadě jde o hodnotící, kladné či záporné reakce na podnět...*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 126)

J. Vymětal (2000) definuje emoce jako psychické stavy a děje, které doprovázejí duševní život každého člověka. Emoce mají vrozený základ a jsou doprovázeny fyziologickými změnami. Mezi emoce řadíme mimo jiné i strach a úzkost.

**Strach (fear)** je podle Hartla a Hartlové následující: „*nelibá emoce s neurovegetativním doprovodem: zpravidla zblednutí, chvění, zrychlené dýchání, bušení srdce, zvýšení krevního tlaku a pohotovosti k obraně či útěku; jde o normální reakci na nebezpečí nebo ohrožení; u člověka je strach vázán i na představitost, čímž se situace ohrožení množují; strach se vyvíjí s věkem, od jednoduchých úlekových reakcí kojence k reakcím na složitější situace, jaké způsobuje neznámé prostředí, nečekané smyslové podněty; postupně je strach spojován s prožitými zkušenostmi; sklon ke strachu souvisí i s konstitučními vlastnostmi člověka a s emocionální stabilitou/labilitou.*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 554)

J. Vymětal uvádí tuto definici strachu: „*Strach je averzivní reakcí na určitou poznanou (konkrétní) skutečnost, která v jedinci vyvolává prožitek ohrožení. Má signální a ochrannou funkci.*“ (Vymětal a kolektiv, 2000, s. 20)

Hartl a Hartlová uvádějí ve svém slovníku následující definici **úzkosti (anxiety)**: „*strach bez předmětu; nepříjemný emoční stav provázený psychickými i tělesnými znaky odpovídajícími strachu, aniž je známa příčina;...úzkost má různou intenzitu i délku trvání; jde o stav, který člověk špatně snáší, protože nelze použít mechanismy typu „útok nebo útěk“; k rozpouštění úzkosti slouží nejčastěji anxiolytika, léky, alkohol, nikotin nebo činnost zaměřená na úkol či problém, protože napětí nebo obava z nedosažení cíle je výhodnější než bezpředmětná úzkost; projevy úzkosti jsou velmi blízké projevům strachu, patří k nim: růst srdečního tepu, zvýšení krevního tlaku, zrychlené dýchání, potivost dlaní, rozšíření zorniček, sucho v ústech, žaludeční nevolnost, průjem, zvracení, časté močení, dále růst obecné dráždivosti, svalového napětí, zhoršená pohybová koordinace, snížená psychická koncentrace, zrychlený tok asociací, snížené uchování vjemů...“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 649-650)*

J. Vymětal ve speciální psychoterapii definuje úzkost takto: „*Úzkost je nepříjemný citový stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitou skutečnost, která ji vyvolává.*“ (Vymětal a kolektiv, 2000, s. 20)

J. Vymětal (2000) dále udává, že úzkost je původním naladěním lidského jedince a také reakcí na neznámé nebezpečí. Subjektivně bývá více nepříjemná než strach.

**Úzkostnost, anxiozita (anxiousness)**- je dle Hartla a Hartlové: „*stav bezpředmětného strachu, kdy jedinec cítí vnitřní napětí, neklid a obavy bez znalosti objektu, který je vyvolává; hlavní příznak úzkostných poruch a některých psychóz*“ (Hartl, Hartlová, 2020, s. 43)

J. Vymětal (2000) uvádí, že úzkostnost je osobnostní rys, který je součástí trvalejší charakteristiky člověka. Prezentuje připravenost člověka k bojácnému chování a prožívání. Úzkostnost je dána především konstitučně, ale také interpersonální zkušeností člověka, a to zejména v prvních letech života.

## 2 Ontogeneze úzkosti a strachu

Úzkost je nevyhnutelnou součástí lidského života. Během svého vývoje se člověk setkává s úzkostnými prožitky, které se učí zvládat. V. Vavrda dává vznik úzkosti do souvislosti s vývojovými úkoly jednotlivých období. Při každém dalším vývojovém kroku musí jedinec opustit dosavadní formu adaptace ve prospěch formy nové. Opuštění staré formy však vede ke ztrátě jistoty a vzniku úzkosti. (Vymětal, 2000)

Někteří odborníci diskutují o tom, zda člověk prožívá úzkost již v **prenatálním období**. Je známo, že vliv emočního ladění matky v těhotenství má vliv např. na předčasný porod, spontánní potrat nebo i zvýšenou hyperaktivitu u narozených dětí. Tento závěr však vychází pouze z pozorování. (Vymětal, 2000)

V. Vavrda zdůrazňuje význam poznatků etologů a výzkumů na zvířatech pro odhad období, kdy se úzkostné prožitky u jedince objevují poprvé. Vědci předpokládají, že úzkost prožívá jedinec už od samého narození. Pozorováním novorozenců to však potvrdit nelze, jelikož mají málo strukturované projevy, ve kterých se úzkost nedá odlišit od dalších emocí. Jedním z výrazných zdrojů úzkosti, který je přítomen již od narození, je vysoký význam péče okolí (především matky) pro samotné přežití dítěte. Dítě si pomocí úzkostného mechanismu zajišťuje, aby nedošlo k jeho ohrožení vzdálením pečující osoby. (Vymětal, 2000)

V **raném věku** prochází dítě fázemi, které mohou způsobovat úzkost. Úkolem daného vývojového období je najít správné mechanismy jejího zvládnání. V. Vavrda (2000) rozděluje rané období na fáze, které jsou typické svým vztahem k úzkosti.

První fází je tzv. **období nediferencované tenze**, které začíná s počátkem úzkostných prožitků, kdy je dítě schopno prožívat nepříjemnou tenzi, ale nedokáže rozlišit její jednotlivé podoby (např. hlad, zimu). S rostoucí schopností dítěte diferencovat a identifikovat své prožitky toto období končí. Tato fáze je typická tím, že matka nemá pro dítě podobu specifického objektu, nepozná její obličej. Matku však rozezná podle způsobu, jakým s ním nakládá. Schopnost matky poskytovat dítěti vhodnou péči je velmi důležitá pro navození pocitu základní důvěry, která je předpokladem pro zvládnání úzkostných situací a ohrožení v dalším životě.

Další fází je období mezi třetím a čtvrtým měsícem života, kdy pro dítě roste význam vnějšího prostředí. U dítěte lze pozorovat zvýšený zájem o okolí a úzkost způsobenou prudkým přiblížením objektu.

Mezi čtvrtým a šestým měsícem života začíná dítě užívat přechodové objekty, které mají vliv na zvládnání úzkosti. Přechodovým objektem bývá něco pro dítě uchopitelného a stále přítomného (např. lahev, plyšák). Tento objekt se stává pro dítě prvkem bezpečí a umožňuje mu čelit situacím, které navozují úzkost.

V raném období mají důležitý vliv na zvládnání úzkostí také pohádky a dětská hra. V dětské hře mohou být pozorovány závažné úzkost vzbuzující situace, které se dítě snaží právě prostřednictvím hry lépe uchopit a zpracovat. Hrůzy, které dítě vidá v pohádkách (např. strašidla, čarodějnice) jsou prospěšné v tom, že dávají konkrétní podobu nejasně tušeným hrozbám.

V šestém měsíci života se začíná u dětí projevovat **úzkost z cizích lidí**, která, vrcholí v desátém měsíci a kolem druhého roku začíná postupně slábnout. Úzkost z cizích je zmírňována přítomností známé osoby a pobytem ve známém prostředí. Odborníci dávají vznik úzkosti z cizích lidí do souvislosti s nově získanou schopností dítěte rozlišovat lidské obličeje. Dítě se naučí rozeznávat matku a vznikem úzkostné reakce se brání případné separaci od ní. Absence této reakce může znamenat neschopnost jedince rozlišovat lidi kolem sebe, což znemožňuje připoutání k mateřskému objektu.

Charakteristickou úzkostí raného období je **separační úzkost**, což je reakce dítěte na odloučení od pečující osoby. Separační úzkosti přímo předchází úzkost z cizích lidí, která signalizuje schopnost dítěte rozlišit pečující osobu od ostatních. Absence separační úzkosti může znamenat neschopnost odlišit matku od ostatních nebo nutnost se na matku nevázat. Separační úzkost může mít také patologickou podobu, která je podrobněji popsána v kapitole Úzkostné poruchy, v podkapitole Úzkostné poruchy v dětství.

Velký vliv na vývoj úzkosti má attachment, což je silná emoční vazba, která poutá jedince k jeho blízkým. Tato vazba se začíná formovat v raném období a projevuje se po celý život. Pouto dítěte k člověku, na kterém je závislé, mu pomáhá přežít. Kvalita tohoto prvotního attachmentu ovlivňuje kvalitu všech dalších vazeb, které člověk během života naváže.

**Předškolní a školní věk** je pro dítě obdobím velkých změn, které s sebou přináší také úzkost a nutnost nalezení mechanismů jejího zvládnání. V. Vavrda (2000) spojuje úzkosti v tomto období především s událostmi uvedenými v následujícím textu.



Jednou z případných změn, se kterými se dítě v tomto věku musí vyrovnat je **narození sourozence**. Nový sourozenec je dítětem vnímán jako rival, který se ho snaží připravit o matčinu péči a lásku. U staršího sourozence se může projevit regrese, nebo může docházet i k fyzickým útokům. Úzkost je ještě zvyšována obavou dítěte, že jeho reakce vyvolá u rodičů nevoli a zapříčiní jeho potrestání. Míra zátěže spojená s narozením sourozence je závislá na věku dítěte. Nejintenzivnější je mezi třetím a čtvrtým rokem života.

Mezi druhým a třetím rokem života si začínají děti uvědomovat **rozdíly mezi pohlavími**. Tato odlišnost a nutnost vyrovnat se s ní může způsobit poměrně silnou úzkost. Zjištění dítěte, že jsou někteří lidé odlišní, pravděpodobně vede ke zpochybnění vlastní pozice dítěte, a k otázkám, zda je v pořádku, že se liší.

Novou zkušeností předškolního věku je nástup do mateřské školy. Je-li dítě dostatečně zralé, přijme tuto dočasnou náhradu za mateřskou péči bez problémů. U nezralých dětí může však dojít k silným úzkostným reakcím, spojených s dočasnou regresí, samotářstvím, či agresí. Obdobný problém může nastat při zahájení školní docházky. Nástup do školy klade na dítě značné nároky. Dítě musí dosáhnout školní zralosti a to v rovině tělesné, intelektuální i sociální. Školní prostředí přináší dítěti změnu v podobě nových povinností či omezení volnosti pohybu, což se může být pro dítě rovněž zdrojem úzkosti.

Dalším fenoménem, se kterým se musí dítě vyrovnat je smrt. **Strach ze smrti** se objevuje zhruba mezi devátým a jedenáctým rokem. Dítě si začíná uvědomovat její definitivnost. Díky velkým vývojovým změnám v oblasti myšlení získává dítě schopnost hypotetického uvažování. Dochází mu, že by také mohlo zemřít, což vede k rozvoji úzkosti.

Období **dospívání** je pro člověka mimořádně obtížnou etapou vývoje. Jedinec se podle V. Vavrdy (2000) musí vyrovnávat s mnoha změnami souvisejícími s pohlavním dozráváním, tělesnou proměnou, vývojem vztahů, zahájením pohlavního života a osamostatňováním se od rodičů. Tyto změny mohou být prožívány pozitivně, ale i negativně. Záleží na osobnosti jedince, postoji okolí a době nástupu změn v porovnání s vrstevníky. Vývojové období pubescence a adolescence je detailněji popsáno v kapitole Dospívání.

V období **dospělosti** je úzkost spojena především s rodičovstvím. Zdrojem úzkosti může být možnost neplánovaného početí, neschopnost počít nebo zdravotní stav budoucího

dítěte. Podle V. Vavrdu (2000) představuje i samotné rodičovství jednu z nejvíce zatěžujících situací v životě člověka.

U některých lidí může plynout úzkost z obavy z rodičovství nebo z toho, že nebudou dobrými rodiči. Zvláště rodiče, kteří jsou přecitlivělí na kritiku, mají strach, že jejich dítě nebude úspěšné, že bude opožděné ve vývoji, což by považovali za své selhání a předmět negativního hodnocení okolí. Dalším důvodem obavy z rodičovství může být nechuť omezit své zájmy a aktivity, dělit se s dítětem o partnerovu přízeň, u některých žen i strach ze snížení atraktivity. Tyto obavy mohou být také nevědomé, v takovém případě mohou vést k psychogenně podmíněným obtížím s početím. (Vymětal, 2000)

V období mladé dospělosti se jedinec setkává s krizí, která je spojena s první rekapitulací života. Člověk hodnotí, čeho v životě dosáhl, porovnává to s tím, čeho dosáhnout chtěl, a srovnává se také se svými vrstevníky. Stále častěji je tato krize prohloubena tlakem na volbu mezi kariérou a rodinou. Řešení tohoto konfliktu vede k úzkosti. Ke krizi přispívá také pocit jedince, že již učinil zásadní životní rozhodnutí a nemůže tedy nic změnit. Objevují se pochyby, zda si zvolil správnou cestu.

Ve vyšším věku dochází u lidí k **involučním změnám**, které podle V. Vavrdu (2000) vedou k úzkostným prožitkům. Změny organismu v tomto období vedou k poklesu nebo vymizení určitých schopností nebo funkcí.

Příkladem takovéto změny je klimakterium. Ukončení možnosti reprodukce je jednak spojeno s hormonálními změnami, které samy o sobě přináší nepříjemné emoční prožitky, jednak znamená pro ženu velký zásah do sebepojetí. U mužů je období pozdního středního věku spojeno s tzv. krizí padesátníků, kdy se muž odmítá smířit s nadcházející involucí a začne veřejně manifestovat svou zdatnost (např. náročnými sporty, mladými milenkami).

S věkem přichází snížení schopnosti podávat maximální pracovní výkony, tudíž i obava ze ztráty zaměstnání nebo z přeřazení na nižší pracovní pozici. Úzkost je u těchto lidí ještě zvyšována mírou pozornosti, kterou involučním změnám věnují. Samotný odchod do důchodu je výrazným zdrojem úzkosti. Člověk se musí vypořádat s přeorganizováním svých životních aktivit. Konec produktivního věku může výrazně narušit jeho sebepojetí, vyvolat pocity zbytečnosti, nenaplněnosti a ztrátu životního smyslu. Odchod do penze může mít vliv také na množství a intenzitu sociálních kontaktů.

Na sklonku života se člověk potýká s úzkostí zapříčiněnou ztrátou soběstačnosti, nebo tím, že tato situace může nastat. Případná závislost na okolí je jedincem vnímána jako

ohrožující. U starších lidí se objevuje také výrazná obava ze ztráty intelektových schopností. (Vymětal, 2000)

## **Shrnutí**

Celá lidská ontogeneze je protknuta událostmi, které způsobují úzkost. V dětství jsou úzkostné prožitky způsobené především závislostí na pečované osobě a postupným osamostatňováním se od ní. V dalším vývoji se člověk setkává s nutností naučit se plnit povinnosti a nést za sebe zodpovědnost. Jakmile se to naučí, přichází období reprodukce, kdy člověk naopak začíná nést odpovědnost za druhé, za své potomky. V pokročilejším věku přichází involuce a s ní se znovu objevuje úzkost z možné nesoběstačnosti a závislosti na okolí. Se všemi těmito psychickými a společenskými proměnami dochází v každém období také k proměně tělesného vzhledu. Každá vývojová etapa s sebou přináší změny a podněty k úzkosti. Překonání těchto úzkostí je pro člověka vždy vývojovým úkolem, jehož splnění mu umožňuje posunout se dál a rozvíjet svou osobnost.

Pokud však jedinec některou z úzkostí nezvládne (ať už díky genetické predispozici, nevhodné výchově, nebo vlivem nepříznivých okolností), může se stát patologickou. Těmto poruchám je věnována kapitola Úzkostné poruchy.

### 3 Dospívání

Období dospívání neboli adolescence je přechodem mezi dětstvím a dospělostí, tedy věkem mezi 10 a 20 lety. Tato doba je typická komplexní změnou osobnosti. Úkolem člověka v tomto období je zvládnout tuto složitou proměnu, dosáhnout přijatelného postavení ve společnosti a vytvořit si zralejší formu identity. Pro dnešní adolescenty je typická snaha rychle se zbavit sociální podřízenosti a dětských atributů, a co nejdříve dosáhnout svobody, ale také neochota přijímat zodpovědnost. Dle Vágnerové se dospívání neustále rozšiřuje oběma směry- dříve začíná a později končí. (Vágnerová, 2008)

M. Vágnerová ve Vývojové psychologii I. udává tři důležité pohledy na adolescenci. První pohled přináší **psychoanalytická teorie**, která zdůrazňuje důležitost pohlavního dozrávání a počátku sexuální aktivity (Freudova genitální fáze). Cílem tohoto období je překonání závislosti na rodičích, a to zejména vazeb sexuálního charakteru. Sexuálním objektem dospívajícího již není rodič, ale nahrazuje ho jiná dívka, či chlapec (druhé oidipovské období).

Anna Freudová udává, že pro dospívání je typické narušení osobnostní rovnováhy, se kterou se dospívající vyrovnávají dvěma obrannými mechanismy. Jednak intelektualizací, která transformuje sexuální puzení na intelektuální aktivitu, a asketismem, kterým dochází k potlačování pudových tendencí.

Pro **psychosociální teorii** je důležitý Eriksonův model epigenetického vývoje lidské osobnosti, ve kterém má jedinec v každém vývojovém stádiu splnit určitý vývojový úkol. V období dospívání je tímto úkolem hledání vlastní identity, a to prostřednictvím boje s nejistotou, pochybnostmi o vlastní osobě, ale také o vlastní pozici ve společnosti.

Podle **teorie sociálního učení** má každá společnost určitá očekávání, v souladu s kterými by se měl adolescent naučit chovat. Díky tomu získává dospívající nové role.

Každá z výše uvedených teorií se zaměřuje na určitý aspekt dospívání. Shrnutím lze dojít k závěru, že úkolem člověka v této životní fázi je odpoutat se od rodičů, nalézt vlastní identitu a ztotožnit se s novými rolami, které mu společnost jako adolescentovi přidělila.

Období dospívání se zpravidla dělí na dvě základní fáze. První fází je pubescence, kterou M. Vágnerová nazývá ranou adolescencí. Druhou fází je adolescence. M. Vágnerová ji nazývá pozdní adolescencí a V. Příhoda postpubescencí.

Fází **pubescence** si člověk prochází zhruba mezi 11. a 15. rokem života. V tomto období je nejnápadnější tělesné dospívání. Dochází však také ke změně způsobu myšlení (schopnost abstraktního uvažování) a změně emočního prožívání. Stále větší význam v životě pubescenta mají vrstevníci, význam rodiny naopak klesá. Pro toto období jsou typické první lásky, experimentace s partnerskými vztahy, ale také důležitost přátelství a potřeba odlišit se, projevující se specifickým životním stylem. (Vágnerová, 2008)

M. Vágnerová (2008) uvádí, že pro pubescenty je velmi důležité uspokojení potřeby jistoty. V tomto období přestává díky možnosti svobodnějšího rozhodování tuto potřebu saturovat rodina, což může pro dospívajícího znamenat zátěž, ale také výzvu k osobnostnímu rozvoji.

Další potřebou, která musí být podle M. Vágnerové (2008) saturována, je potřeba citové akceptace (potřeba přijatelné pozice ve světě). V tomto období si musí již člověk svou pozici něčím zasloužit, vydobýt si ji. Pubescent zjišťuje, že již není společností bezvýhradně přijímán bez ohledu na své chování. Úkolem tohoto období je tedy také dosažení nové přijatelné pozice a tím získání nebo potvrzení jistoty.

P. Říčan (2004) hodnotí období pubescence jako nejdramatičtější z celého života. Na dítě jsou kladeny čím dál větší nároky, požaduje se, aby zvládalo základy poznání přírody, techniky a společnosti včetně historie. Vstoupí-li dítě do této fáze vývojově nepřipravené, mohou ho čekat těžkosti v podobě problémů, způsobených psychickým strádáním, nebo může pubescencí proklouznout příliš lehce a tím ochudit svou osobnost. V pubescenci začínají být mezi dětmi také výraznější individuální rozdíly a to jak ve fyzickém, tak duševním vývoji.

V. Příhoda (1977) považuje pubescenci za nejpoutavější psychologické období. Termín pubescence považuje za výstižný, jelikož je odvozen od latinského pubesco (dospívám), které bylo utvořeno ze slova pubes (chmýří, vousy, ohanbí). Příhoda rozděluje období pubescence na dvě další období. Období do 13 let nazývá prepubertou, je to bouřlivější fáze, která končí ve 13. letech vyvrcholením pubescence. Dvouletí mezi 13. a 15. rokem nazývá pubertou.

**Adolescence** bývá datována přibližně mezi 15. a 20. rok života. V tomto období dochází obvykle k prvnímu pohlavnímu styku. Je to doba komplexnější psychosociální

proměny. Tato fáze je také typická emancipací od rodiny, stabilizací vztahů s rodiči, aktivnějším přístupem k seberealizaci a uvědomováním si možnosti ovládat vlastní život. Fáze pozdní adolescence je zaměřena na rozvoj vlastní identity, což se projevuje větší snahou o sebepoznání. (Vágnerová, 2008)

Podle V. Příhody (1977) je toto období charakteristické především vrůstáním do širší společnosti se současným uvolněním rodinného svazku.

E. Erikson s touto vývojovou fází spojuje termín adolescentní psychosociální moratorium, který označuje snahu adolescentů prodloužit přechodné období a oddalovat definitivní volbu spojenou s dospělostí. Říčan v tomto kontextu mluví o „kultu nezralosti“, který podporuje tendence k udržení výhod mládí.

P. Říčan (2004) uvádí, že adolescence neexistovala vždy a stále v některých kulturách neexistuje. Hranici adolescence posouvá Říčan v některých případech až k 23. roku, a to především u vysokoškoláků, kteří jsou sice fyzicky a psychicky zralí, ale tím, že studují a jsou ekonomicky závislí na rodičích se posouvá jejich plná sociální zralost.

## **Shrnutí**

P. Říčan označuje období pubescence za nejvíce dramatické, V. Příhoda o něm hovoří jako o nejpoutavějším. Není pochyb o tom, že tato fáze životního vývoje je velice intenzivní co se týče změn, a to jak tělesných, tak psychických. Úkolem pubescenta je tyto změny přijmout, vyrovnat se s nimi a vytěžit z nich co se dá.

Pro adolescenci je nejdůležitějším úkolem budování identity, které zahrnuje pochopení sebe samého, svých pocitů, a rozhodnutí, kam dál v životě směřovat. Toto období končí osamostatněním se od rodičů.

### **3.1 Tělesná proměna dospívajícího**

M. Vágnerová (2008) uvádí, že pubescence je velmi důležitým biologickým mezníkem, a to zejména díky získání schopnosti reprodukce.<sup>3</sup> V tomto období dochází

---

<sup>3</sup> Počátek dospívání je limitován geneticky, pravděpodobně se nemůže stále posouvat do nižšího věku. Sekulární akcelerace již pravděpodobně dosáhla vrcholu, nyní dochází ke stabilizaci. (Vágnerová, 2008)

k mnoha viditelným změnám- růstu postavy, změnám proporcí, k rozvoji sekundárních pohlavních znaků atd. Tyto změny zevnějšku jsou velmi intenzivně prožívány. Některý pubescent je na tyto změny pyšný, jiný se za ně stydí. Změna zevnějšku pubescenta je doprovázena také změnou chování jeho okolí. Sociální reakce na tyto tělesné změny ovlivňují sebepojetí pubescenta. V tomto věku také roste subjektivní význam zevnějšku. Pubescenti se více zaměřují na vlastní tělo a i ti nejatraktivnější mají o svém vzhledu pochybnosti.

Podle M. Vágnerové (2008) dívky dospívají dříve a jinak než chlapci. U dívek je nápadnější rozvoj **sekundárních pohlavních znaků**, navíc k těmto změnám dochází v nižším věku, z tohoto důvodu nesou dívky změny svého těla hůře než chlapci, u kterých tělesná změna probíhá nejprve formou růstu a rozvoje svalů. Rozvoj sekundárních pohlavních znaků není u chlapců tak zjevný.

P. Říčan dává tělesné změny v pubescenci do souvislosti především s dočasným prudkým zrychlením růstu, které je společné pro dívky i chlapce. Liší se pouze tím, že se u dívek objevuje zhruba v jedenácti letech, což je o dva roky dříve než u chlapců. V pubescenci se u obou pohlaví mění také tělesné tvary- rozšiřování ramen, boků apod. V tomto období dochází k růstové disproporcčnosti, kdy u paží, nohou a krku začne růst dříve než u trupu. Rostou také vnitřních orgány (včetně pohlavních) a mění se produkce hormonů, proto dochází k první menstruaci a první poluci. (Říčan, 2004)

I ve druhé fázi dospívání je tělesný vzhled součástí identity osobnosti. Na konci tohoto období jsou lidé se svým tělem většinou spokojenější. U fyzicky atraktivních lidí je vzhled velmi důležitou součástí identity, je oporou sebevědomí. Jedinec, který však fyzicky atraktivní není, je méně sebejistý, má menší sebehodnocení. Toto fyzické znevýhodnění může způsobit úzkost, zklamání, ale i obranné reakce ve formě vzteku, agrese či autoagrese. Zevnějšek se v tomto období stává cílem, ale i prostředkem k dosažení sociální akceptace. Z tohoto důvodu jsou adolescenti schopni vyvinout velké úsilí na vylepšení fyzického vzhledu. (Vágnerová, 2008)

M. Vágnerová spojuje tuto vývojovou etapu s tendencí k uniformitě, která sice znamená ztrátu individuality, ale především představuje jistotu, že bude člověk společností pozitivně hodnocen.

## Shrnutí

Období pubescence přináší intenzivní tělesný vývoj, který je některými pubescenty považován za pozitivní, jiní ho hodnotí negativně. V obou případech je však velkou změnou, se kterou se musí člověk vyrovnat a přijmout ji. Pubescenti začínají více zkoumat svůj zevnějšek, který se postupně stává součástí jejich identity.

## 3.2 Psychický vývoj v období dospívání

### 3.2.1 Kognitivní rozvoj

V období rané adolescence dochází ke změně způsobu uvažování. Jedinec je schopný přesahu konkrétní reality- podle Piageta je toto stádium **stádiem formálních logických operací** (formálně uvažovat znamená uvažovat nezávisle na obsahu). Člověk umí v této vývojové fázi již uvažovat hypoteticky, o různých možnostech i o těch nereálných. Dospívajícímu začíná být vlastní i abstraktní způsob uvažování, kdy se předmětem myšlení může stát cokoli, třeba i vlastní myšlení. To, že adolescent již není závislý na konkrétní realitě, mu umožňuje chápání různých teorií a řešení problémů jiným způsobem než do té doby. Se schopností abstrakce souvisí i schopnost induktivního uvažování. Dospívající již dovede své poznatky zobecnit. V adolescenci je rozvíjena i pružnost myšlení. (Vágnerová, 2008; Říčan, 2004)

Adolescent používá tzv. **hypoteticko-deduktivní myšlení**. Jeho poznávání přesahuje do oblasti, kterou nelze přímo pozorovat a na úroveň, která přesahuje jeho vlastní zkušenosti. (Vágnerová, 2008)

V době adolescence dochází ke změně vztahu k časové dimenzi. Významnou se stává především budoucnost, dokáže lépe plánovat a předvídat. (Vágnerová, 2008)

Adolescentem nově nabytá schopnost uvažovat hypoteticky se může stát zdrojem nejistoty. Dospívající přemýšlí o různých alternativách, které mnohdy ani reálně existovat nemohou, čímž se mění jeho postoj ke světu. Nic pro něj není jednoznačné. Tato změna v uvažování vede ke kritičnosti a k dočasnému posílení poznávacího egocentrismu, který, jak udává Vágnerová, charakterizoval Elkind následujícím způsobem: dospívající bývají nadměrně kritičtí a mají sklon polemizovat, podléhají klamu, že jejich úvahy jsou zcela výjimečné, jsou přecitlivělí a vztahovační. (Vágnerová, 2008)



V průběhu dospívání se začíná jedinec blížit vrcholu rozvoje **intelektových** schopností. Podle některých studií je dospívání obdobím, kdy dosahujeme maximální intelektové úrovně. Jiné studie tvrdí, že se intelekt rozvíjí i během dospělosti, ale už jen nepatrně a pomalu. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Dospívajícím se zvyšuje kapacita **paměti**. A to především proto, že používají účinnější strategie, které jim umožňují lépe udržovat informace v paměti. Učivo si dovedou vhodně rozčlenit a vybrat z něho podstatné informace, vytvářejí si nejrůznější mnemotechnické pomůcky. Při vybavování si z paměti začínají používat různé asociace, ale i logická odvození a deduktivní úvahy. V tomto období se rozvíjí především metapaměť, díky které si jedinec uvědomuje kapacitu vlastní paměti a lépe odhaduje své znalosti. (Vágnerová, 2008)

Podle M. Vágnerové přináší období dospívání rozvoj **pozornosti**. Dospívající si osvojuje různé strategie, které mu pomáhají s dokonalejším zaměřením a udržením pozornosti.

Adolescenti mají také sklon k **radikalismu**, který je obranou proti nejasnosti a mnohoznačnosti. Často ulpívají na jednom názoru, o němž odmítají pochybovat. Odlišný názor chápou jako projev neochoty či omezenosti. (Vágnerová, 2008)

V druhé fázi adolescence se podle M. Vágnerové myšlení zásadním způsobem nemění. Jedinec si v tomto vývojové období spíše zlepšuje, fixuje a zdokonaluje kognitivní funkce. Dochází k větší diferenciaci kognitivních schopností. Různí jedinci preferují různé způsoby uvažování, Vágnerová je dělí na dvě skupiny. První skupinu tvoří jedinci s převahou analytických schopností- umí systematicky a přesně logicky uvažovat, může u nich být nižší sociální inteligence. Ve druhé skupině jsou jedinci s převahou praktické, sociální inteligence- bývají oblíbení, empatičtí, zvládají emoce.

V tomto období se rozvíjí mimo jiné metakognice, což je schopnost odhadu vlastních schopností a dovedností. Tento rozvoj je podmíněn adolescentovou tendencí k introspekci. (Vágnerová, 2008)

## **Shrnutí**

Během dospívání dochází mimo jiné k výrazným změnám myšlení, rozvoji paměťových schopností a pozornosti. Člověk je v tomto období již schopný používat formální logické operace, hypoteticko-deduktivního myšlení a abstrakci. Nově nabytá

schopnost hypotetického myšlení s sebou však přináší nejistotu a nejednoznačnost. Obranou vůči této nejistotě bývá často názorový radikalismus.

### 3.2.2 Emoční vývoj

Emoční vývoj v dospívání je spojen především s hormonálními změnami, které jsou důvodem změn v citovém prožívání. Tyto změny se projevují větší citovou labilitou, podrážděností, přecitlivělostí, **emočním zmatkem**, impulzivitou, nedostatkem sebeovládání, komplexním negativismem a nízkou frustrační tolerancí. U citlivějších jedinců může docházet také k poruchám soustředění, větší unavitelnost a poruchám spánku. Citové prožitky dospívajícího jsou velmi intenzivní, jsou však krátkodobé a velmi proměnlivé. Dospívající většinou nejsou schopni vysvětlit příčinu svých prožitků a náladovosti, z čehož mohou být zmatení, což vede k ještě větším výkyvům v chování a zhoršování nálady. Tyto změny v prožívání často působí na okolí dospívajícího negativně a bývají příčinou konfliktů, což může u dospívajícího pocit nejistoty ještě prohlubovat. Tato nejistota může vést až k úzkosti. (Vágnerová, 2008; Říčan, 2004)

M. Vágnerová spojuje období dospívání také s **emočním egocentrismem**, který souvisí s tím, že dospívající začínají více přemýšlet o svých pocitech, jsou si jistí, že nikdo nemůže tak intenzivně prožívat jako oni. V tomto vývojovém období se člověk stává introvertnějším a nerad projevuje své pocity navenek, často však o svých pocitech přemýšlí a stále přemílá zejm. své negativní prožitky. Toto ulpívání na problému a negativních prožitcích se nazývá emoční ruminace.

Podle M. Vágnerové vyplývají z nevyrovnanosti a nejistoty dospívajícího výkyvy sebehodnocení, přecitlivělost na projevy okolí a vztahovačnost.

M. Vágnerová (2008) uvádí **obrané mechanismy**, které mohou pomoci dospívajícímu vyrovnat se se svými problémy:

- Mechanismus kyvadla: dospívající, který již dosáhl vyšší vývojové úrovně, se čas od času vrací k dětskému chování, což mu umožňuje relaxaci a prožitek chvilkového pocitu jistoty.
- Regrese na nižší vývojovou úroveň: regrese se dostaví, pokud dospívající nezvládá zátěž, které je vystaven.
- Únik do fantazie: umožňuje útěk z reality, prožívání rolí, které dospívající nemůže prožívat ve skutečnosti a experimentaci s různými situacemi.

V. Příhoda (1983) uvádí, že v období adolescence dochází k harmonizaci složky tělesné a složky citové, mizí citová labilita. Spojuje toto období s tendencí k marnivosti a s adolescentní osamělou touhou po něčem vzdáleném a nedosažitelném.

Podle M. Vágnerové dochází na konci období dospívání ke stabilizaci emočního prožívání. Přichází tzv. období vystřízlivění.

## Shrnutí

Dospívání je obdobím bouřlivých emocí. K výkyvům nálad, citové lability a přecitlivělosti většinou dochází v důsledku hormonálních změn, které jsou pro dospívání typické. Chování pubescenta bývá negativně hodnoceno okolím i jím samým. Nedokáže si však své emoční reakce vysvětlit a nedokáže je ani ovládnout. S emočními problémy mohou dospívajícímu pomoci obranné mechanismy, mezi které se řadí mechanismus kyvadla, regrese nebo únik do fantazie.

### 3.2.3 Budování identity

P. Říčan (2004) popisuje budování identity jako hledání Já. Tento proces je záležitostí celého lidského života. V raném věku jsou položeny základy identity, v dospělosti je identita ujasňována, upevňována, případně přetvářena. Ale právě adolescence je považována za vrchol osobního zápasu o identitu. Adolescent přemýšlí o tom, kým je, jaký je a jaké jsou jeho pocity. Snaží se přijít na to, kam patří, kam chce dále v životě směřovat, čemu věří a jaký je smysl jeho života.

Podle M. Vágnerové (2008) závisí rozvoj identity na vývoji kognitivních schopností a na úrovni emoční zralosti. Je ovlivněn také socializací. Rozvoj identity souvisí s úsilím o hlubší **sebepoznání**. Všechny složky identity se nerozvíjí stejně rychle ani stejným způsobem. Adolescent je postaven do situace mnohonásobné proměny a nejistoty, se kterou se musí vyrovnat. S tím, jak se stále více pozoruje, poznává své nové vlastnosti a přemýšlí o svých emocích, přichází nutnost **sebeakceptace**. Musí začít sám sebe přijímat takového jaký je. P. Říčan se k tomu vyjadřuje následovně: „*Adolescent u sebe objevuje nové vlastnosti, které vznikají v tomto období, a uvědomuje si i vlastnosti, které měl už dříve, ale nikdy si jich nevšímal, nepřemýšlel o nich. Toto objevování a uvědomování mu přináší příjemná překvapení...Znamená to však často i ztrácat iluze*

*o sobě, třeba o svých uměleckých schopnostech nebo o sportovním nadání.*“ (Říčan, 2004, s. 221) Výsledky poznávání sebe sama však často nebyvají plně akceptovány, v takovém případě usiluje dospívající o změnu nebo rozvoj určitých vlastností a schopností.

Prostředkem sebepoznání bývá v adolescenci hodnocení jiných lidí a srovnávání se s nimi. Vytváření nové identity s sebou přináší odmítnutí původních identifikačních vzorů a hledání jiných, které jsou aktuálně vhodnější a atraktivnější. (Vágnerová, 2008)

M. Vágnerová udává, že v adolescenci dochází k posunu sebepojetí, které se tak stává konzistentnějším, diferencovanějším, integrovanějším a méně ovládaným aktuálními podněty. Důležitou součástí sebepojetí je citový vztah k sobě samému a porozumění vlastním emocím. Sebeobjevování dále ovlivňuje sebeúctu, která je v období dospívání zranitelná, a výkon, kterým si adolescent potvrzuje své kompetence a s nimi i sebeúctu.

## **Shrnutí**

Budování identity je jedním z nejdůležitějších úkolů tohoto období. Adolescent buduje svou identitu prostřednictvím sebepoznávání, na základě kterého se dozvídá spoustu nových informací o svých vlastnostech a schopnostech. Dalším důležitým krokem při budování identity je sebeakceptace, tedy přijetí tohoto nově objeveného já. Právě od toho, jak adolescent tyto kroky zvládne je odvozena jeho identita.

## **3.3 Dospívající a společnost**

Dospívání bývá považováno za období druhého sociálního narození. V rané adolescenci dochází ke změně sociálního postavení, a to zejm. díky ukončení povinné školní docházky, volbě dalšího vzdělávání či povolání a získání občanského průkazu. (Vágnerová, 2008)

Podle M. Vágnerové (2008) se v období rané adolescence mění vztahy dospívajícího s ostatními lidmi. Dochází k experimentaci s mezilidskými vztahy. Pubescent je kritický a netolerantní k sobě, k vrstevníkům, ale i k autoritám. Dožaduje se spravedlnosti a rovnoprávnosti. V. Příhoda uvádí, že pocitu rovnoprávnosti s dospělými nabývají pubescenti mimo jiné také na základě fyziologických změn: *„Prodloužení tělesné výšky, význačné změny somatické, jmenovitě ve vnitřní sekreci a v činnosti gonád, jakož i překotný myšlenkový rozvoj přeměňují v období pubescence od základu člověkův poměr*

*k věcem i k lidem. Pubescent již nevzhlíží k dospělým zdola, nýbrž počíná se na ně dívat horizontálně, ba ke konci období části i shora, zvláště na matku. Tato změna perspektivy je důležitá svými důsledky pro vzbuzení vědomí rovnocennosti.“ (Příhoda, 1977, s. 362)*

Podle V. Příhody (1977) tato tendence pubescenta vyrovnávat se dospělému spoluutváří pubescentovo sebevědomí. Dospívající si stále uvědomuje převahu dospělého, ale požaduje rovnocennost v chování a svobodu rozhodování.

Období pozdní adolescence je spojeno zejména s přechodem do dospělosti. Jedinec začíná být akceptován jako dospělý a vyžaduje se od něj i odpovídající chování. Důležitý je v tomto období také vstup do prvního zaměstnání, čímž se adolescent dostává do nových sociálních situací, kterým se musí přizpůsobit.

V životě adolescenta hrají velmi výraznou roli vztahy v rodině, vrstevnické skupině a později i partnerské vztahy.

### **3.3.1 Rodina**

V období rané adolescence je rodina stále velmi důležitým sociálním zázemím. Postupně však dochází ke změnám v rodinných vztazích, a to především díky procesu emancipace, kterým by měl adolescent projít. Odpoutání od rodiny je jedním z úkolů adolescence<sup>4</sup>. Mění se citová vazba k rodičům, a pocit jistoty, který poskytovala, se přesouvá do symbolické roviny. (Vágnerová, 2008)

P. Říčan (2004) uvádí, že i přes odpoutávání se od rodiny, zůstává pro pubescenta vztah k rodičům tím nejdůležitějším.

Rodiče si uvědomují dospívání dětí a kladou na ně stále větší požadavky, neradi jim ale přiznávají více práv a větší svobodu. (Vágnerová, 2008)

Podle M. Vágnerové bývají dospívající často velmi kritičtí a rádi hodnotí. Postupně zjišťují, že jejich rodiče nejsou všemocní a neomylní. Rodiče tímto ztrácejí výsadní postavení.

P. Říčan k problematice kritiky a vzpoury v období dospívání dodává: „*Pubescentní vzpoura je normální stadium a má svůj vývojový smysl. Usnadňuje vymanění z dětské citové závislosti (a pozdější vytvoření nového, zralejšího citového vztahu), je zkouškou vlastních sil.“ (Říčan, 2004, s. 182)*

---

<sup>4</sup> Vágnerová dále uvádí, že pokud není naplněna adolescentova potřeba emancipace, může se projevovat brzkým odchodem z rodiny, nebo setrváním v infantilní roli.

M. Vágnerová (2008) se zmiňuje o zdánlivém konfliktu potřeb rodičů a dětí, ke kterému v průběhu dospívání dítěte dochází. Rodiče mají potřebu uchovat si svou autoritu, jelikož je významnou součástí jejich identity. Dospívající naopak usilují o uspokojení potřeby osamostatnit se. Díky rozdílným potřebám rodičů a dítěte dochází k napětí, které mění kvalitu i kvantitu jejich interakce.

M. Vágnerová (2008) udává, že co se týče chování k dětem, jsou mezi matkami a otci jisté rozdíly. Matky jsou více emotivní, častěji žádají a prosí. Otcové častěji mocensky výchovně zasahují, ale dokážou lépe přijmout dospívajícího jako partnera.

M. Vágnerová (2008) charakterizuje vztah dospívajícího k matce především odmítáním nadměrného opečovávání. Vztah matky k dospívající dceři a vztah matky k dospívajícímu synovi není však zcela totožný. Mezi matkou a dcerou existuje většinou společenství vzájemné opory, které však může být v období adolescence narušeno vzájemnou rivalitou, která plyne z potřeby dcery zdůraznit své kvality v oblasti ženské role. K synovi bývá matka méně kritická. Syn si ve vztahu k matce rozvíjí svou mužskou dominanci. Aby si potvrdil svou mužskou identitu, potřebuje se od matky odpoutat, proto se snaží neuvědoměle matku odpudit.

Vztah otce a dospívajícího dítěte se také mění. Problémy v tomto vztahu mohou pramenit zejména z odmítání autoritářských projevů otce. Stejně jako matčin, má i otcův vztah k synovi odlišná specifika než vztah k dceři. Ve vztahu otce a syna je důležitý důraz na mužskou identitu a na lojalitu. Dospívající syn se však potřebuje osamostatnit a postupně dává přednost spíše společnosti vrstevníků. Synovi v tomto období stačí vědomí, že kdyby bylo potřeba, může s otcem počítat. K dospívajícím dcerám mívají otcové určitý odstup. Často jsou v rozpacích a nevědí, jak s dcerou jednat. Pomocí udržování odstupu se také mohou bránit vnitřně nepřijatelnému pocitu, že jim dcera připadá atraktivní.

Během pozdní adolescence, zejména v jejím závěru dochází k separaci ze závislosti na rodině, stabilizují se vzájemné vztahy, rodiče přijímají adolescentovo osamostatnění a adolescent by si měl s rodiči vytvořit pozitivní vztah. Konfliktů s rodiči postupně ubývá a má-li adolescent odlišný názor, nehádá se a rozpory spíše ignoruje. (Vágnerová, 2008)

Podle M. Vágnerové vidí adolescent u svých rodičů model určitého způsobu života, o kterém přemýšlí, hodnotí ho a kritizuje: „*Adolescentům se hodnoty a životní styl rodičovské generace často jeví ubohé a prázdné, jejich snažení nesmyslné a vzájemné vztahy pokrytecké a neupřímné.*“ (Vágnerová, 2008, s. 357) Kritika rodičů však v tomto

období už není negací z principu, jak tomu bývá u pubescentů, ale spíše hledáním budoucího způsobu života a dalšího směřování.

M. Vágnerová (2008) se ve své knize zmiňuje také o adolescentní neofilii, která se projevuje adolescentovým hledáním jiných postojů, hodnot a způsobu chování než vidí u starší generace. V pozdní adolescenci člověk mění své postoje k hodnotám, přemýšlí o nich a přesvědčuje se o jejich významu na základě vlastních zkušeností.

Rodinný život adolescenta ovlivňuje také případný sourozenecký vztah, jehož významnost je dána mírou shody pohlaví a věku. Vývojové změny dospívajícího mohou tento vztah narušit. Pokud je mezi sourozenci větší věkový rozdíl a každý ze sourozenců je tedy na různém vývojovém stupni, zvyšují se rozdíly mezi nimi a přestávají si rozumět. Emancipace od rodiny se může projevovat mimo jiné pubescentovou tendencí k odpoutání od sourozence. Vztah k sourozenci také pomáhá rozvíjet sebepojetí pubescenta, záleží však na sourozenecké konstelaci. Starší sourozenec mívá na dospívajícího větší vliv než mladší, jelikož se s ním mladší sourozenec identifikuje, napodobuje ho, považuje ho za vzor, nebo se od něj naopak snaží co nejvíce odlišit. Je-li však dospívajícím starší sourozenec, bývá k mladšímu často nevraživý, obtěžuje ho jeho přítomnost, nebo se k němu začne chovat autoritativně v rámci experimentace s budoucí rodičovskou rolí. Jsou-li oba sourozenci stejně staří, mohou vytvořit koalici, v rámci které si poskytují oporu v osamostatňování. (Vágnerová, 2008)

## **Shrnutí**

V období pubescence začíná proces emancipace od rodičů. Význam rodiny postupně klesá. Mění se pubescentova citová vazba k rodičům, často dochází ke konfliktům. Rodiče bývají terčem hodnocení a kritiky ze strany pubescenta. Během adolescence již dochází k postupné separaci od rodiny. Vztahy mezi rodičem a adolescentem se pomalu stabilizují a vylepšují.

### **3.3.2 Vrstevnická skupina**

Dospívající se postupně osamostatňuje od rodiny a začíná se orientovat na vrstevnickou skupinu, která je pro něj podle M. Vágnerové (2008) přínosná hned z několika důvodů. Vrstevnická skupina představuje pro dospívajícího člověka oporu při vytváření individuální identity, které pro pubescenta znamená nejistotu. Tuto nejistotu

překonává především díky skupinové identitě získané členstvím ve skupině. **Skupinová identita** se stává součástí individuální identity, která je v tomto období velmi nestabilní. Přijetí skupinové identity tedy snižuje pubescentův pocit nejistoty. V. Příhoda se k této problematice vyjadřuje následovně: „*Snad pocit nejistoty, úzkosti z tolika neznáma a novosti a vtíravý dojem neporozumění a osamocení vede pubescenty k sdružování, k životu v těsném, ba smečkovém společenství s intenzitou, jaké nemohlo znát dítě, netušící nástrahy životní vážnosti, ani postpubescent, který se umí prohloubit v občasně samotě.*“ (Příhoda, 1977, s. 383) Dospívající v rámci vrstevnické skupiny mimo jiné srovnává své zkušenosti s rodiči, a podle zkušeností ostatních vrstevníků upravuje své požadavky na rodiče. P. Říčan označuje vztah k vrstevníkům za jednu z hlavních hybných sil pubescentního vývoje.

V období dospívání se musí člověk naučit vybojovat si své postavení, což je dalším úkolem vrstevnické skupiny. Dospívající již nemá více méně jasně dané postavení jako v rodině. Ve vrstevnické skupině si své postavení musí získat. Toto postavení je dáno především mírou oblíbenosti a vlivem jedince. Oblíbený bývá zejména ten, kdo je solidární, spontánní v sociálním kontaktu, dokáže ostatním potvrdit jejich hodnotu, umí jim porozumět a přijmout je. Větší vliv mívají ti jedinci, kteří mají dobré rozumové schopnosti a vysokou sociální inteligenci. (Vágnerová, 2008)

M. Vágnerová udává, že pro dospívajícího je velmi důležité být součástí nějaké vrstevnické skupiny. Pokud se mu to nedaří je schopen se vrstevníkům vnucovat, uplácet je nebo se různě vlichocovat. Potřeba být akceptován je tak silná, že se jedinec dokáže dokonce vzdát svých hodnot a připojit se k partě, kterou by si nezvolil, měl-li by na výběr.

V průběhu dospívání se mění podoba vrstevnické skupiny. Nejprve jsou skupiny organizovány podle pohlaví, zhruba ve 13 letech začínají chlapci a dívky utvářet společné skupiny, ve kterých dochází ke vzniku prvních lásek. (Vágnerová, 2008)

Stejně jako socializace v rodině vede k osamostatňování, tak i socializace ve vrstevnické skupině vede k postupné individualizaci. Vliv vrstevnické skupiny začne mírně opadat po 16. roce života. Jedinec se začne od vrstevnické skupiny odpoutávat a postupně se zaměřuje na individuální vztahy. Potřeba hlubšího přátelství je během dospívání velmi silná. Přátelství je zdrojem emoční podpory a porozumění, je charakteristické vzájemností a intimitou. Existence hlubšího přátelství posiluje sebevědomí a sebejistotu dospívajícího. (Vágnerová, 2008)



Příhoda se o úloze přátelství v životě adolescenta vyjadřuje následovně: „*Mají úlohu přímo biologickou, neboť dávají oporu člověku právě v době, kdy počíná sám kormidlovat v životě a cítí se osamělý a bezradný..... Vrstevník je pubescentovi blízký, neboť požívá tytéž zmatky a jeví tutéž sklonnost posilnit se a nabýt sebedůvěry sdílením intimních zážitků, starostí, nesnází a smutků.*“ (Příhoda, 1983, s. 66)

Specifickou vrstevnickou skupinou je podle M. Vágnerové (2008) školní třída. V této vrstevnické skupině tráví jedinec hodně času, nelze ji opustit a najít si nějakou více vyhovující. Pozice ve školní třídě je velmi důležitou součástí osobní identity dospívajícího. V tomto věku bývá pozitivně oceňována především dobrá úroveň rozumových schopností a ochota pomoci ostatním.

M. Vágnerová (2008) ve své publikaci udává, že velikost školní třídy přispívá k tomu, aby se její členové dále sdružovali do podskupin. V tomto období nejsou již podskupiny tolik děleny podle pohlaví, začíná se projevovat zájem o druhé pohlaví. Postupně dochází také k rozčlenění skupin podle očekávaného sociálního postavení (podle budoucího směřování a předpokládané profesní role).

## **Shrnutí**

V průběhu dospívání nabývá na významu vrstevnická skupina. Dospívající díky ní může přijmout skupinovou identitu, která mu pomůže překonat nejistotu způsobenou nestabilitou identity vlastní. V prostředí vrstevnické skupiny je pubescent navíc nucen naučit se vybojovat si postavení. Kolem šestnáctého roku života začíná význam vrstevnické skupiny klesat. Adolescent se přeorientovává spíše na individuální vztahy.

### **3.3.3 Partnerství**

Během dospívání začíná člověk experimentovat s partnerskými vztahy. Zpočátku jde jen o projevy zvědavosti. Postupně dochází k rozvoji erotických pocitů, které se v první fázi dospívání projevují především formou autoerotiky<sup>5</sup> nebo fantazijních prožitků.

V pubescenci podle M. Vágnerové (2008) předchází prvnímu párovému kontaktu virtuální párování, kdy dává skupina vrstevníků dva jedince dohromady. Dosáhnou-li tyto dva schůzky, považuje se chození za potvrzené. Pár bývá většinou při prvních schůzkách

---

<sup>5</sup> Masturbace je podle Vágnerové první sexuální zkušeností v období pubescence.

rozpačitý. Náplní schůzek bývají návštěvy různých akcí, držení za ruku, někdy také zkoušení doteků a líbání. V této fázi nejde o hlubší vztah, ale o potvrzení efektivity použitých strategií. Navazování předpartnerských vztahů může být motivováno vnitřními (okouzlení), ale i vnějšími podněty (tlak vrstevnických norem).

V. Příhoda považuje první zamilování za událost, která značí počátek pubescence. P. Říčan (2004) označuje první lásku za platonickou, při níž pubescent miluje spíše očima než tělem.

Podle M. Vágnerové se v adolescenci stává partnerský vztah skutečnou potřebou, není již pouhým projevem sociálního tlaku. V tomto období zahrnuje již i sexualitu. Pro adolescenta může být partnerství zdrojem sebepoznání a rozvoje sociálních dovedností (např. altruismu).

M. Vágnerová (2008) uvádí typické fáze, kterými prochází milostný vztah v období adolescence. První fáze je fází zamilovanosti, která je typická potřebou mít partnera na blízku, a provází ji pocity vzrušení a euforie. Partner je mnohdy pro zamilovaného pouze objektem projekce přání a představ. V této fázi někdy dokonce nemusí k navázání skutečného vztahu ani dojít. Zamilovaný může prožívat vztah jen v podobě představ. V druhé fázi navazuje adolescent vztah, začíná s někým chodit. Někdy může mít toto chození charakter pouhé experimentace, jindy může být romantickou láskou. Romantická láska podléhá idealizaci partnera i samotného vztahu. Vágnerová k idealizaci milostného vztahu dodává následující: *„Mnohé zamilované páry podléhají iluzi, že jeho další rozvoj není ovlivnitelný ničím jiným než jejich vlastní láskou, která má absolutní moc, a proto překoná všechny překážky....objevuje se pocit výlučnosti, jejich vtať se jim jeví jako jediná pravá láska.“* (Vágnerová, 2005, s. 384)

M. Vágnerová i P. Říčan hovoří o adolescenci jako o polygamním stadiu sexuálního vývoje, kdy dochází k častému střídání partnerů a vztahy se často navazují z pouhé zvědavosti. I v tomto stádiu však někteří adolescenti vstupují do dlouhotrvajících vztahů, někdy až několikaletých.

## **Shrnutí**

Během pubescence se objevují první pokusy o navázání partnerského vztahu. Takovéto vztahy začínají často pouhou zvědavostí. Během dospívání se rozvíjí a jejich charakter se mění. V adolescenci jsou navazovány již vážné vztahy, které jsou většinou i intimní povahy. Partnerské vztahy navázané v období dospívání slouží spíše pro

získávání dovedností a schopností, které jsou využitelné později v dalších partnerských vztazích.

## 4 Úzkostné poruchy

Obavy a úzkost jsou běžnou součástí lidského života, ve kterém mají důležitou funkci. Pomáhají člověku připravit se na hrozící nebezpečí. Někdy ovšem mohou dosáhnout patologické podoby. Mohou se stát chronickými, nepřiměřenými vzhledem k situaci apod. V této chvíli přestávají být člověku ku prospěchu a naopak mu začínají život znepříjemňovat.

J. Kocourková uvádí, že patologická úzkost vede k narušení psychosociální adaptace v důležitých životních aktivitách (pracovních, rodinných, sexuálních apod.). Vznik patologické úzkosti je závislý na mnohých faktorech, jako je osobnost, věk, pohlaví nebo životní okolnosti. Patologická úzkost se může projevovat více způsoby. Buď přímo jako symptom úzkosti, nepřímo v jiných neurotických symptomech nebo jako osobnostní rys (např. úzkostnost nebo závislost). (Vymětal, 2000)

Patologická úzkost je nejdůležitějším symptomem spojujícím všechny úzkostné poruchy. Úzkostné poruchy mají poměrně vysokou komorbiditu, jsou si v mnohém podobné, ale každá má svá důležitá specifika. J. Praško (2005) uvádí, že každý druhý případ úzkostné poruchy je spojen s ještě minimálně jednou duševní poruchou, nejčastěji s další úzkostnou poruchou nebo depresí.

Na problematiku úzkostných poruch je zaměřena celá řada odborných publikací. Z českých autorů se tímto tématem zabývá především Ján Praško. Praško publikuje odborné knihy pro lékaře, psychiatry a psychology, ale i literaturu pro pacienty, kteří jednotlivými poruchami trpí. Mezi další autory, publikující na toto téma, patří například J. Vymětal nebo J. Kocourková.

Úzkostné poruchy jsou zahrnuty do Desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Jsou zařazeny do kapitoly Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99), konkrétně do oddílu Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 - F48). Úzkostné poruchy, které jsou specifické pro dětský věk, jsou zařazeny do oddílu Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání (F90 - F98).

Následující text bude zaměřen na nejdůležitější úzkostné poruchy, mezi které patří panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, fobické úzkostné poruchy, obsedantně-

kompulzivní porucha a úzkostné poruchy v dětství. Další úzkostnou poruchou je také smíšená úzkostně-depresivní porucha. Smíšená úzkostně-depresivní porucha (*Mixed anxiety and depressive disorder*) je v MKN-10 označena jako **F41.2**. Bývá diagnostikována u lidí, kteří trpí **příznaky úzkosti i příznaky deprese**<sup>6</sup>. Ani jedny z příznaků však nejsou tak silné, aby mohlo být diagnostikováno jedno z těchto onemocnění zvlášť. Tato porucha nebyla ještě hlouběji prostudována, proto nebude v tomto textu dále rozebírána.

## 4.1 Panická porucha

Panická porucha (*Panic disorder*) neboli paroxysmální epizodická úzkost, v MKN-10 označena jako **F41.0**, je velmi nepříjemná a život omezující úzkostná porucha. Přítomnost tohoto onemocnění má vážné psychosociální důsledky jako např. ztrátu zaměstnání či rodinné problémy. Podle výzkumů, které uvádí J. Praško (2005), se celoživotní prevalence panické poruchy pohybuje mezi **1,4-3,5 %** populace. Výskyt ojedinělých záchvatů se objevuje u 7-9 % lidí. Často však dochází k tomu, že není porucha rozpoznána a tudíž ani léčena.

Pro panickou poruchu jsou typické **opakované a nepředvídatelné záchvaty těžké úzkosti**, které nejsou omezeny na žádnou konkrétní situaci. Při záchvatu dochází k pocitu silného strachu, často strachu z omdlení, smrti, ztráty kontroly nebo zešílení. Záchvat bývá spojen i se **silnými tělesnými reakcemi**. Dochází k bušení srdce, bolesti na hrudi, pocitu dušení, nadměrnému pocení, suchu v ústech, svalovému třesu, závratím, někdy i pocitům depersonalizace nebo derealizace. U některých pacientů se během ataky nemusí projevovat tělesné příznaky, jiní naopak trpí pouze tělesnými příznaky a prožitek úzkosti u nich chybí. Většinou se však u atak panické poruchy objevují pocity úzkosti i fyziologické projevy. Ataka trvá obvykle 5-20 minut. Na panický záchvat většinou navazuje permanentní strach z dalšího záchvatu (Praško, 2005; Vymětal, 2000; Zvolský, 1997)

Ve studiích **panické poruchy u dětí a adolescentů** se objevují podobné nebo stejné symptomy jako u dospělých, Vl. Hort (2000) však navíc přidává mrazení nebo návaly horka, nauzeu,<sup>7</sup> parestezii<sup>8</sup> a zalykání se.

---

<sup>6</sup> Diagnostická kritéria smíšené úzkostně-depresivní poruchy podle APA viz. Příloha č. 6.

<sup>7</sup> Nauzea je pocit nevolnosti spojený s nucením na zvracení (Hartl, Hartlová, 2010)

Podle J. Praška (2005) se lidé po panické atace často domnívají, že šlo o infarkt nebo mrtvici a vyhledávají pomoc na pohotovosti, kde však zjistí, že jejich somatický náález je v normě. Pacient začne trpět trvalým strachem z dalšího záchvatu a nechává si provádět celou řadu různých somatických vyšetření. Hrozí rozvoj sekundární hypochondrie, ale také vyhýbavého chování a tím i agorafobie.

J. Praško uvádí, že panická porucha nejčastěji propuká mezi **15. a 24. rokem** a objevuje se dvakrát častěji u žen než u mužů. J. Kocourková a Vl. Hort uvádějí výskyt u žen dvakrát až třikrát častěji než u mužů. Podle výzkumů se panická porucha vyskytuje častěji u lidí žijících ve městech, u vdov, rozvedených lidí, lidí s nedokončeným vzděláním, nebo lidem, kteří byli v dětství zneužíváni.

Údaje o výskytu panické poruchy v dětství a adolescenci nejsou jednotné. Studie jsou většinou retrospektivní. 18 % dospělých pacientů trpících panickou poruchou uvádí, že se začala projevovat již před 10. rokem života, 7 % uvádí, že mezi 10. a 15. rokem. (Praško, 2005; Hort, 2000)

Pro **diagnózu**<sup>9</sup> panické poruchy je nutný periodický výskyt panických záchvatů, které začínají náhle a nejsou spojeny s žádnou specifickou situací. Záchvat musí mít alespoň čtyři tělesné nebo psychické příznaky typické pro panickou poruchu. (Praško, 2005; Zvolský, 1997)

Při diagnostikování panické poruchy je nejprve nutné provést psychiatrické a tělesné vyšetření. Následně se zjišťují okolnosti vzniku a rozvoje panické poruchy a případný výskyt vyhýbavého chování. Je důležité získat informace o tom, jak panický záchvat probíhá - čím se vyznačuje prožívaná úzkost, jaké se objevují fyziologické reakce, jak pacient záchvaty zvládá a jak ho panická porucha omezuje či neomezuje ve všech sférách života. (Praško, 2005)

Stejně jako většina úzkostných poruch, je i panická porucha nejvíce **komorbidní** s dalšími úzkostnými poruchami nebo s depresemi. Nejčastější komorbidní poruchou je agorafobie (50-70 %), deprese<sup>10</sup>, sociální fobie (zhruba u třetiny pacientů) a generalizovaná úzkostná porucha. Sekundárně se může rozvinout alkoholismus nebo závislost na drogách. (Praško, 2005)

---

<sup>8</sup> Parestezie je „kvalitativně změněná citlivost cití, patologicky nepříjemné až bolestivé pocity jako svědění nebo mravenčení na kůži, ve svalech, kostech aj.“ (Hartl, Hartlová, 2010, s.392)

<sup>9</sup> Diagnostická kritéria MKN-10 pro Panickou poruchu viz. Příloha č. 1.

<sup>10</sup> Trpí-li pacient vedle panické poruchy také depresemi, zvyšuje se riziko suicidia až na 50 %.

Názory na **etiopatogenezi** panické poruchy nejsou jednotné. Různé pohledy nabízí biologické hledisko, psychosociální model nebo teorie učení. Různí autoři přisuzují jednotlivým faktorům různou váhu.

Genetické studie podle J. Praška (2005) ukazují zvýšený výskyt panické poruchy mezi příbuznými. Další výzkumy ukazují na lehkou **heritabilitu**, a to kolem 30-40 %. Někteří autoři uvádějí, že panická porucha je z 50 % ovlivněna geneticky a z 50 % enviromentálně.

J. Kocourková (2000) naopak tvrdí, že je v etiopatogenezi kladen větší důraz na genetické a neurobiologické faktory než na psychosociální okolnosti.

**Neurologické výzkumy** poukazují na souvislost panické poruchy s dysregulací periferního i centrálního nervového systému. J. Praško uvádí Kleinův předpoklad, že lidé trpící panickou poruchou mají nízký práh pro pocity dušení. Falešný pocit dušení pak spouští panické záchvaty. Klein to dává do souvislosti s existencí centra v retikulární formaci mozkového kmene, aktivovaného v situacích ohrožení dušením.

J. Praško (2005) zdůrazňuje také existenci a vliv panikogenů. **Panikogeny** jsou látky, které indikují paniku. Tyto látky lze rozdělit na respirační panikogeny, které způsobují paniku stimulací respirace (např. kysličních uhličitý, laktát sodný), a na neurochemické panikogeny, které působí přes neurotransmiterové systémy (např. yohimbin, kofein).

Psychologické teorie staví teorie biologické až na druhé místo. Nejvýznamnějšími psychologickými pohledy na patogenezi panické poruchy je pohled psychoanalytický, behaviorální a kognitivní. **Psychoanalytický model** spojuje panickou poruchu se ztrátou rodiče v dětství a se separační úzkostí. Záchvaty paniky vznikají podle tohoto modelu na základě neúspěšné obrany proti úzkost způsobujícím podnětům. Podle **behaviorálního modelu** je úzkost naučenou reakcí, a to buď napodobováním rodičovského chování, nebo prostřednictvím klasického podmiňování. **Kognitivní model** považuje panické záchvaty za důsledek trvalého sklonu interpretovat běžné tělesné pocity spojené se stresem jako katastrofální. (Praško, 2005)

Za základní cíl **léčby** panické poruchy je považována eliminaci panických záchvatů a vyhybavého chování. Léčbu dělí na akutní (do 12 týdnů) a udržovací (12-18 měsíců). Při léčbě panické poruchy se přihlíží k její závažnosti a komorbiditě. Většinou je léčena **psychofarmaky společně s psychoterapií**. Pro farmakologickou léčbu se nejčastěji volí

benzodiazepiny a antidepresiva, používají se však i další léky. Jednotlivá psychofarmaka mohou být také kombinována. (Praško, 2005; Hort, 2000)

Účinnost různých druhů psychoterapií není blíže prozkoumána, data o účinnosti léčby panické poruchy jsou jen u kognitivně-behaviorální psychoterapie. Každá z psychoterapeutických škol pracuje s panickou poruchou jiným způsobem. **Psychodynamická psychoterapie** vytvořila tzv. na paniku orientovanou psychodynamickou psychoterapii, která je zaměřena na strach z opuštění a na práci s příznaky panického a vyhubavého chování. **Behaviorální léčba** pracuje s reálnou expozicí fobické situaci. Tento léčebný postup vychází z předpokladu, že je-li člověk vystaven obávanému podnětu dostatečně dlouho, jeho úzkost klesá. **Kognitivní terapie** pracuje s tzv. kognitivní rekonstrukcí, která spočívá v učení pacienta nalézat racionální důvody a řešení panických myšlenek a tím se uklidnit. (Praško, 2005)

Nejpoužívanější je **kognitivně-behaviorální terapie**, která kombinuje metody behaviorální a kognitivní terapie. Nevýhodou této terapie je však to, že ji 10-15 % pacientů na základě její náročnosti odmítá. KBT se provádí většinou ambulantně v rozsahu 5 až 20 sezení a to s frekvencí jednou až dvakrát za týden. Práce s klientem začíná **edukací**, kdy je poučen o panické poruše a je mu doporučena k nastudování vhodná literatura. Dále se pacient učí zvládat panické záchvaty pomocí zklidňujícího **kontrolovaného dýchání**. Navazuje nácvik **relaxace** a **kognitivní rekonstrukce**. Pokračuje se systematickou prací s životními problémy. (Praško, 2005)

VI. Hort (2000) uvádí kognitivně-behaviorální terapii také jako nejvhodnější pro děti a adolescenty.

J. Praško (2005) ve své knize píše také o problémech, které znesnadňují léčbu panické poruchy a vedou k jejím nedostatečným účinkům. Mezi tyto faktory patří velmi závažná symptomatologie a výrazné agorafobické vyhubavé chování na počátku léčby, nízký socioekonomický status, nižší vzdělání, delší trvání onemocnění, omezená sociální síť, úmrtí rodičů, rozvod a porucha osobnosti.

## Shrnutí

Pro panickou poruchu jsou specifické náhlé a opakované záchvaty úzkosti, které nejsou vyvolávány žádnou konkrétní situací, tudíž nejsou předvídatelné. Tyto záchvaty jsou spojeny s velmi silnými fyziologickými příznaky, které často vedou k tomu, že se postižený nechá hospitalizovat s podezřením na infarkt. Panická porucha se začíná



nejčastěji projevovat v adolescenci a má velice vážné psychosociální důsledky. Vedou se diskuze o tom, zda má na vznik poruchy větší vliv dědičnost nebo prostředí. Léčí se nejčastěji kombinací farmakoterapie a psychoterapie.

## 4.2 Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha (*Generalized Anxiety Disorder - GAD*), v MKN-10 označena jako **F41.1**, je diagnózou poměrně novou, ale frekventovanou. Co se týče frekvence výskytu, řadí ji J. Praško mezi psychiatrickými poruchami na pátou pozici (celoživotní prevalence **5 až 15 %**). J. Praško (2005) dále tvrdí, že je v současnosti léčena pouze jedna třetina lidí trpící GAD, jelikož se svými symptomy přicházejí za všeobecným lékařem a jen málu z nich je doporučena psychiatrická léčba. Podle J. Kocourkové (2000) jsou projevy generalizované úzkostné poruchy nejméně specifické a plynule se prolínají s jinými úzkostnými poruchami.

Za typický projev generalizované úzkostné poruchy je považována **všeobecná volně plynoucí úzkost**, která se týká běžných každodenních záležitostí, a přílišné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami a obavami, které často vedou k úzkostnosti, podrážděnosti a únavě. Lidé trpící tímto druhem úzkostné poruchy mají často problém se uvolnit, odpočinout si, většinou i usnout. (Praško, 2005; Vymětal, 2000; Zvolský, 1997)

Mezi **tělesné příznaky** doprovázející generalizovanou úzkostnou poruchu je řazeno především svalové napětí, roztřesenost, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, pocit sevření na hrudí, bušení srdce, nadměrné pocení a zažívací potíže s průjmy. (Praško, 2005; Zvolský, 1997)

L. Propper uvádí, že pro děti a adolescenty trpící generalizovanou úzkostnou poruchou je typická nereálná obava z nedostatečných schopností a z nesouhlasu s jejich chováním, nepřiměřené sebeobviňování, nadměrná potřeba uklidňování a ujišťování a neschopnost se uvolnit. (Hort, 2000)

Generalizovaná úzkostná porucha může propuknout v každém věku, nejčastěji se tak však stává kolem **16. až 25. roku života**<sup>11</sup>. U žen se tato porucha vyskytuje dvakrát častěji než u mužů. Symptomy se mohou začít projevovat postupně nebo může dojít

---

<sup>11</sup> J. Vymětal uvádí, že GAD nejčastěji začíná mezi 16. a 18. rokem života.

k rychlému nástupu poruchy, jako důsledku náročné životní situace. (Praško, 2005; Vymětal, 2000)

L. Propper klade začátek GAD do období dospívání, kdy dochází ke zvýšenému porovnávání s vrstevníky, a z toho plynoucích pocitů méněcennosti. V mladším věku dochází ke vzniku GAD jen výjimečně a to většinou ve spojení s nástupem do kolektivních zařízení. Podle L. Proppera je do období adolescence tato porucha stejně četná u dívek i chlapců, později začne převažovat u žen. (Hort, 2000)

Při **diagnostice**<sup>12</sup> generalizované úzkostné poruchy vycházíme z toho, že příznaky GAD se vždy zabývají budoucím ohrožením. Dále je nutné se zabývat základními rysy GAD jako jsou nadměrné a nekontrolovatelné starosti a obavy, týkající se více než jedné oblasti života, a doprovodné fyziologické příznaky. Tyto příznaky musí trvat déle než šest měsíců, a musí být vyloučena jiná onemocnění, mající příznaky stejné nebo podobné. Při diagnostice je důležité kromě kompletní anamnézy, tělesného vyšetření a laboratorního vyšetření, získat také podrobný popis obav a starostí a tělesných reakcí na ně. K diagnostice GAD se používají sebesposuzovací dotazníky a posuzovací stupnice. (Praško, 2005; Zvolský, 1997)

GAD je často **komorbidní**, podle J. Praška snad nejčastější ze všech psychiatrických poruch. Mezi nejčastější komorbidní poruchy patří sociální fóbie (16-59 %), specifická fóbie (21-55 %), panická porucha (3-27 %) a deprese (8-39 %). Zhruba u 50 % lidí trpících GAD se vyskytuje také porucha osobnosti, nejčastěji vyhýbavá porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti, nebo závislá porucha osobnosti. (Praško, 2005)

**Etiopatogeneze** generalizované úzkostné poruchy není zcela jasná. Podle J. Praška mají na etiopatogenezi vliv genetické a biologické faktory, výchova a životní události.

J. Praško (2005) dává vznik generalizované úzkostné poruchy také do vztahu s narušenými rodinnými vazbami, nedostatečnou rodičovskou péčí nebo naopak overprotektivitou. Důležitým faktorem jsou zde také negativní zkušenosti v dětství, které vedou k výrazně vyšší incidenci GAD v dospělosti.

Podle L. Proppera se objevuje GAD navíc častěji u rodin s nereálným očekáváním a u rodin nadměrně vyhovujících nepřiměřeným požadavkům dítěte. Více jsou ohroženy také děti prvorozené, děti z menších a uzavřenějších rodin, z vyšších společenských vrstev a rodin zaměřených na výkonnost. (Hort, 2000)

---

<sup>12</sup> Diagnostická kritéria MKN-10 pro Generalizovanou úzkostnou poruchu viz. Příloha č. 1.

Na problematiku vzniku generalizované úzkostné poruchy lze nahlížet také z pohledu různých psychologických škol a modelů. J. Praško (2005) pro tento účel vybral jako nejdůležitější pohled psychoanalytický, kognitivní a kognitivně-behaviorální.

Podle **Freuda** (tedy psychoanalytického pohledu) zažívá člověk s úzkostnou poruchou permanentní fluktuující úzkost, jelikož jeho obranný mechanismus nefunguje správně. U zdravých lidí slouží úzkost jako informace pro ego o možných nevědomých ohroženích pocházejících z id. Díky této informaci ego prostřednictvím vhodných obranných mechanismů nedovolí proniknutí do vědomí.

**Kognitivní model** se dívá na úzkost jako na špatný způsob zpracování informací. Lidé trpící GAD zpracovávají běžné podněty a události katastroficky. Tento model rozlišuje dva typy starostí. První typ je zaměřen na vnější události a tělesné příznaky, u druhého typu dochází k metakognici a hodnocení vlastních myšlenek a starostí (meta-starosti), zejm. těch úzkostných. Je-li hodnocení negativní, postižený se snaží tyto myšlenky potlačit, tím vzniká skryté vyhýbavé chování<sup>13</sup>.

**Kognitivně-behaviorální model** předpokládá vrozené dispozice k zranitelnosti, které jsou základem maladaptivního učení v dětství. Podle KBT modelu vzniká úzkostnost buď prostřednictvím imitace rodičů, nebo je výsledkem maladaptivních postojů. KBT model také pracuje s tím, že jedinec trpící úzkostností má zažitá určitá nepodložená často negativní schémata, týkající se vlastní hodnoty a výkonnosti, přijetí okolím a kontroly. Tato schémata se začínají projevovat až s příchodem negativní životní události a způsobují vznik úzkostné poruchy. V důsledku špatného kognitivního stylu neumí lidé trpící GAD systematicky řešit své problémy, neumí vybírat z priorit, protože jich mají příliš mnoho, a mají problém s určitými sociálními dovednostmi (snášení kritiky apod.)

**Léčba** GAD by měla být vždy dlouhodobá. Tuto úzkostnou poruchu lze léčit prostřednictvím psychoterapie, psychofarmak nebo kombinací obojího. Cílem léčby je vždy zmírnění úzkosti, odstranění zabezpečovacího a vyhýbavého chování a zlepšení života ve sféře rodinné i pracovní.

Jako **psychofarmaka** jsou nejčastěji doporučována anxiolytika a antidepresiva. Za nejúčinnější psychoterapii GAD je považována kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická psychoterapie a skupinová dynamická psychoterapie, relaxace a biofeedback. Na základě výzkumů se J. Praško nejvíce přiklání k **terapii kognitivně-**

---

<sup>13</sup> Zjevné vyhýbavé chování (jako např. u fobií) se u GAD nevyskytuje.

**behaviorální.** Tato terapie je účinná jak krátkodobě, tak dlouhodobě. A je účinnější než nedirektivní a podpůrná psychoterapie.

J. Praško (2005) udává, že trpí-li pacient lehkou formou generalizované úzkostné poruchy, může mu pomoci i jednoduchá podpůrná psychoterapie. U těžších forem GAD je zapotřebí kombinace s psychofarmakoterapií, nebo využití systematického psychoterapeutického přístupu.

Při **léčbě dětí a dospívajících** trpících GAD, doporučuje L. Proper rodinnou terapii, u starších dětí individuální terapii, kognitivně-behaviorální terapii a využití neverbálních technik (relaxace) a herní terapie. (Hort, 2000)

## Shrnutí

Generalizovaná úzkostná porucha je charakteristická volně plynoucí úzkostností a silnými obavami zaměřenými do budoucnosti. Nejčastěji se začíná projevovat v adolescenci. Lidé trpící GAD, mají pravděpodobně k této poruše predispozice. Porucha se však obvykle spouští až na základě nepříznivých životních událostí. Léčba této poruchy může být psychoterapeutická, farmakoterapeutická nebo kombinovaná.

## 4.3 Fobické úzkostné poruchy

V MKN-10 mají fobické úzkostné poruchy (*Phobic anxiety disorder*) označení **F40**. Jsou to poruchy poměrně časté a dobře identifikovatelné. Věnuje se jim celá řada studií a publikací. Klinicky je lze třídit na agorafobii, sociální fobii a specifické fobie.

VI. Hort popisuje fobii následovně: „*Fobii rozumíme iracionální strach z nejrůznějších objektů a situací, který vyvolává silnou úzkost (někdy až panické povahy).*“ (Hort, 2000, s. 221)

U fobických úzkostných poruch je úzkost vyvolána **konkrétními situacemi**, které však pro člověka nejsou reálně nebezpečné. Úzkost vyvolaná fobií může mít různou intenzitu. Tato fobická úzkost má klasické somatické projevy úzkosti. Člověk, který jí trpí, může mít pocit, že omdlí nebo zemře. Strach při fobii je zaměřen především na **anticipaci možných důsledků**, které mohou nastat, než na vlastní podnět. S těmito poruchami je spojena častá a intenzivní anticipační úzkost. Pravidelně se objevuje vyhybavé chování. Fobickou poruchou podle studií trpí **5-10 %** lidí. Výskyt může být však u jednotlivých

věkových období různý. V dětství a dospívání může dosahovat až 15 %. (Vymětal, 2000; Hort, 2000)

### 4.3.1 Agorafobie

Agorafobie (*Agoraphobia*) je v MKN-10 označena jako **F40.0**. Příznaky shodující se se symptomy agorafobie, byly popsány již v Hippokratových pracích. Samotný pojem agorafobie vznikl v roce 1871, kdy jej poprvé použil a poruchu detailně popsal psychiatr C. Westphal. Tato porucha bývá často spojena s panickou poruchou (až v 50 % případů). Agorafobie může být hodnocena od lehké přes střední až po těžkou. Následky se zřetelně projevují v životě postiženého, při nejtěžších formách agorafobie není pacient dokonce schopen opouštět domov. Onemocnění agorafobií může vést ke ztrátě zaměstnání, manželským problémům, závislosti na návykových látkách a tím i zvýšení rizika sebevraždy. Celoživotní prevalence této poruchy se objevuje u **2,9-6,7 %** populace. (Praško, 2005; Hort, 2000)

Agorafobie byla popisována jako **strach z otevřených prostor**, tato porucha se však vztahuje i na strach z obchodů, z dopravních prostředků, uzavřených prostor nebo míst, kde je mnoho lidí, ale i na strach opouštět domov, nebo v něm zůstat sám. Tento strach vychází z pacientova pocitu, že výše popsané situace jsou pro něj ohrožující. (Praško, 2005; Vymětal, 2000; Zvolský, 1997)

U člověka trpícího agorafobií se v ohrožujících situacích projevují **typické příznaky úzkosti** a to jak psychické (strach, panika, stud, obavy o život), tak fyziologické (bušení srdce, zrychlené dýchání, atd.).

Podle J. Praška (2005) je agorafobie charakteristická strachem pobývat na místech, odkud není možný únik v případě nevolnosti či záchvatu paniky, nebo na místech, kde není dostupná pomoc. S tím je spojeno také vyhýbavé chování a nevolnost, úzkost či panika při vystavení této obávané situaci.

Nejčastějšími fobickými situacemi u agorafobie jsou podle J. Praška dopravní prostředky (metro, autobus, výtah, letadlo, loď, pohyblivé schody apod.), nakupování, volná prostranství (parkoviště, náměstí, široké ulice), sály (kina, restaurace, skladiště), tunely, podchody, mosty, samotné vzdálení se od domova, čekání ve frontě, dopravní zácpa, neznámá místa nebo pobyt bez mobilního telefonu.

J. Praško (2005) datuje nejčastější počátek projevů agorafobie mezi **23. a 29. rok** života. Může se však objevit v kterémkoli věku. Tato fobie se vyskytuje dvakrát až třikrát častěji u žen než u mužů. U 30-40 % pacientů příznaky plně vymizí, u 50 % zůstává lehké postižení, u 10-20 % vede porucha k invaliditě.

Podle Vl. Horta (2000) je u dětí agorafobie nejméně častou fobickou poruchou.

**Diagnostika**<sup>14</sup> začíná vždy somatickým vyšetřením, které vyloučí možná fyziologická onemocnění. Provede se psychiatrická anamnéza a použijí se dotazníky např. na zjištění vyhýbavého chování či posouzení stupně úzkosti. Při podezření na úzkost je navíc pacient dotazován na situace, které u něj vyvolávají strach, na průběh strachu, na tělesné reakce, na způsoby zabezpečování proti strachu, na případnou anticipační úzkost a na to, jak porucha omezuje pacientův život. K základnímu vyšetření dále patří **vytvoření hierarchie strachů** a vyhýbavého chování. Důležité je také zjistit detaily katastrofických kognicí, tělesných reakcí a okolností rozvoje fobie. (Praško, 2005)

J. Praško uvádí, že se u agorafobie objevuje **komorbidita** s jinou psychickou poruchou v 84 % případů. Nejčastější je komorbidita s panickou poruchou (50-90 %) a s depresivní poruchou (40-80 %). Komorbidita s depresivní poruchou výrazně zvyšuje riziko sebevraždy.

V **etiopatogenezi** agorafobie hraje velkou roli dědičná dispozice spolu s vlivy učení v dětství a s vlivem aktuální zátěžové situace. Předpokládá se, že etiopatogeneze agorafobie je velmi podobná etiopatogenezi panické poruchy. (Praško, 2005; Vymětal, 2000)

J. Praško (2005) ve své knize uvádí etiopatogenezi agorafobie z pohledu jednotlivých psychologických teorií:

Podle **psychoanalytické teorie** je základem vzniku agorafobie traumatická separace v dětství, kdy osamělost na veřejných prostranstvích znovuoživuje dětský strach z opuštění. Typickým obranným mechanismem je potlačení, přenos, vyhýbaní a symbolizace.

Podle **teorie učení** může agorafobie vznikat při přímém podmiňování (naučení se strachu z vlastní zkušenosti, podmíněným spojením mezi panickým záchvatem a agorafobickou situací) nebo při zástupném podmiňování (strach je naučen nepřímo, sledováním strachu u ostatních, získáním informací či poučením). Operantním podmiňováním ve formě vyhýbavého chování je agorafobie dále udržována.

---

<sup>14</sup> Diagnostická kritéria MKN-10 pro agorafobii viz. Příloha č. 3.

Podle **kognitivně-behaviorálního modelu** je na počátku vzniku agorafobie nepříjemný zážitek, který je spojený se silným pocitem úzkosti. Tato silná úzkost se později začne opakovat v situacích, které jsou podobné situaci původní. Postižený člověk začne úzkost anticipovat a začne se ohrožujícím situacím vyhýbat.

**Léčba** agorafobie bývá podle J. Praška velmi rychlá a účinná. K léčbě se nejčastěji používá **farmakoterapie** (SSRI) a kognitivně-behaviorální psychoterapie. Úspěšnost farmakologické léčby je velmi vysoká (50-70 %), často však dochází k relapsům po vysazení medikace (u 40-60 % pacientů během jednoho roku). U psychoterapie jsou relapsy podstatně méně časté (u 10-15 % pacientů).

Cílem léčby agorafobie je odstranění vyhýbavého chování, snížení úzkosti v obávaných situacích a zabránění nového vzniku úzkosti.

Při **kognitivně-behaviorální terapii** se začíná edukační částí, kdy je klient seznámen s agorafobií. Následuje kognitivní rekonstrukce, jejímž účelem je rozpoznání, ovládnutí a změna automatických myšlenek. Nejúčinnější metodou při léčbě agorafobie je expozice in vivo<sup>15</sup>, kdy je klient vystavován právě těm situacím nebo objektům, kterých se obává a tudíž se jim i vyhýbá. Pro tuto fázi terapie je nutný také dechový trénink a aplikovaná relaxace. Dále terapie navazuje řešením problémů souvisejících s poruchou a přípravou pacienta na samostatný život. (Praško, 2005)

J. Praško pokládá kognitivně-behaviorální psychoterapii za vysoce účinnou. Účinnost další psychoterapeutických přístupů nebyla hlouběji zkoumána. Jejich využití se předpokládá spíše při řešení mezilidských problémů způsobených příznaky agorafobie, než u léčby samotných symptomů.

Při terapii je také velmi důležité zaměřit se na práci s rodinou a její poučení. Často totiž péče rodinných příslušníků sice klientovi ulevuje, na druhou stranu však posiluje jeho vyhýbavé chování. (Praško, 2005)

---

<sup>15</sup> Expozice in vivo může být soustředná (dlouhá kontinuální expozice) nebo rozdělená (krátká přerušovaná), dále může být stupňovitá (postup od nejlehčích po nejobtížnější situace) nebo intenzivní (vystavení rovnou té nejobávanější situaci). Při expozici může být povolen kontrolovaný odchod, nebo je doporučována výdrž i přes silnou úzkost. Bylo také experimentováno s tím, zda je lepší při expozici odvrácení pozornosti, a nebo její plné zaměření na zdroj úzkosti. Zaměření pozornosti na zdroj úzkosti se nakonec ukázalo být efektivnější.

## Shrnutí

Agorafobie souvisí se strachem z míst, které pacient považuje za ohrožující. Často to bývají otevřené prostory, místa kde je hodně lidí, nebo místa odkud se nedá rychle odejít. Při pobytu na těchto místech, pociťuje pacient silnou úzkost, někdy až návaly paniky. Z tohoto důvodu se jim začne vyhýbat. Při nejtěžší formě agorafobie není člověk schopný vycházet z domu. Tato porucha negativně ovlivňuje všechny složky života. Nejčastěji propuká mezi 23. a 29. rokem života. Při vzniku agorafobie vstupují do interakce genetické predispozice a vlivy prostředí. Léčba je volena podle závažnosti obtíží a případné komorbidity. Jsou-li obtíže lehké, může být porucha léčena pouze psychoterapií. Při těžších obtížích a komorbiditě se doporučuje kombinace s psychofarmaky.

### 4.3.2 Sociální fobie

Sociální fobie (*Social phobia*) má v MKN-10 označení **F40.1**. Tato porucha se nejvíce promítá do sociálních interakcí postiženého, může vést až k úplné **sociální izolaci**. J. Praško (2005) uvádí studii, která zjistila výskyt sociální fobie u **13,3 %** populace.

Sociální fobie je charakteristická **silným strachem ze sociálních situací**, ze kterého většinou pramení vyhýbavé chování. Pokud není tato porucha vhodně léčena, omezuje člověka v normálním životě<sup>16</sup> - omezuje ho ve vzdělávání, práci, i partnerských vztazích. Člověk trpící sociální fobií se cítí ve společnosti napjatý a nervózní, sám sebe hodnotí negativně a předpokládá, že je středem pozornosti a negativního hodnocení okolí. (Praško, 2005; Vymětal, 2000; Zvolksy, 1997)

Podle J. Kocourkové může být sociální fobie **generalizovaná** (vztahující se na všechny sociální kontakty), nebo **izolovaná** (spojena pouze s konkrétními situacemi). (Vymětal, 2000)

J. Praško (2005) uvádí nejčastější příznaky sociální fobie. Patří mezi ně např. strach ze ztrapnění se, strach jíst před lidmi, strach z veřejných projevů, strach před autoritou, strach navázat konverzaci, strach říci ne atd.

U dětí se podle VL. Horta (2000) projevuje sociální fobie např. strachem z hlasitého čtení před třídou, z hudebních a sportovních výkonů, z mluvení s dospělými, ze

---

<sup>16</sup> Podle Praška dosahují lidé trpící sociální fobií nižšího vzdělání než by odpovídalo jejich inteligenci, a žijí daleko častěji bez partnera, zůstávají tedy také častěji bezdětní.



zahájení konverzace, ze psaní na tabuli, z dělání testů, z odpovídání na otázky ve třídě, z fotografování, z používání veřejného WC, nebo z jedení ve školní jídelně.

Pacienti se často obávají toho, že se před druhými něčím zesměšní, že si o nich budou lidé špitat. Díky těmto scénářům se lidé trpící sociální fobií raději obávaným situacím vyhýbají, jsou-li jim však vystaveni, dojde u nich k úzkostné reakci, ve výjimečných případech i k záchvatu paniky. Tím se původní strach ze zesměšnění prohloubí o strach z ještě většího zesměšnění kvůli projevům úzkosti.

Podle Vl. Horta (2000) nebývá u dětí rozvinuté vyhýbavé chování do takové míry jako u dospělých. Děti nemají tolik možností se obávaným situacím vyhýbat. Potlačení vyhýbavého chování dochází ke stresu.

Obavy ze sociálních situací jsou rozšířené i ve zdravé populaci. Týká se to především strachu z vystupování a projevů na veřejnosti. Touto **sociální úzkostí** trpí zhruba **40 %** populace. Zhruba 80-90 % lidí měla během života období, kdy se nadměrně styděla. (Praško, 2005)

Sociální fobie tvoří 30 % všech fobií (je to druhá nejčastější fobie) a 18 % všech úzkostných poruch. J. Kocourková datuje počátky sociální fobie do období **adolescence**. Podle J. Praška je průměrný věk počátku sociální fobie 15 let. Vl. Hort umístil výskyt prvních projevů této poruchy do věkového rozmezí 11-15 let. Tato porucha se objevuje stejně často u mužů i u žen. Děti trpící sociální fobií mají velký deficit sociálních dovedností, více negativní samomluvy a vrstevníky jsou méně příznivě přijímáni. Trpí-li sociální fobií rodiče, zvyšuje se u adolescenta pravděpodobnost rozvoje sociální fobie, deprese, závislosti a dalších úzkostných poruch. (Praško, 2005; Vymětal, 2000; Hort 2000)

Sociální fobie bývá často spojena se **sebevražedným chováním**, a to především je-li komorbidní s další poruchou. V takovém případě jsou pokusy o sebevraždu až šestkrát častější než u ostatních.

Pro **diagnostikování**<sup>17</sup> sociální fobie je nutná přítomnost strachu ze sociálních situací, vyhýbavého chování a alespoň dvou příznaků úzkosti při vystavení obávané situaci. (Praško, 2005)

J. Praško (2005) popisuje následující postup při diagnostice sociální fobie. Nejprve je nutné začít klasickou psychiatrickou anamnézou a zjištěním přesných situací, které vyvolávají strach, průběh a další aspekty prožívané úzkosti a strachu. Součástí vyšetření je

---

<sup>17</sup> Diagnostická kritéria MKN-10 pro sociální fobii viz. Příloha č. 4

také tvorba hierarchie strachů v návaznosti na konkrétní sociální situace. Zjišťuje se podoba katastrofických myšlenek a tělesných reakcí.

J. Praško (2005) uvádí, že asi 60 % pacientů, kteří trpí sociální fobií, trpí ještě alespoň jednou psychickou poruchou. **Komorbidita** je tedy velmi vysoká. Nejčastěji je sociální fobie komorbidní se specifickou fobií (59 %), agorafobií (45 %), generalizovanou úzkostnou poruchou (43 %), dystymií (21 %), zneužívání alkoholu (19 %).

Vznik sociální fobie ovlivněn mnoha faktory. Do interakce vstupují **faktory biologické, spouštěcí a udržovací faktory psychosociální a dispozice získané v raném dětství**. Sociální fobie je do určité míry dědičná, nebo také způsobena neurotransmitterovou dysfunkcí. (Praško, 2005; Vymětal, 2000)

J. Praško (2005) předkládá také pohledy jednotlivých psychologických škol:

**Psychoanalytická teorie** předpokládá pro vznik fobie rozvoj kompromisní formace, která umožňuje řešit zakázané sexuální a agresivní přání. Poté dojde k aktivizaci obranných reakcí (projekce, popření, vyhybání), které vedou ke vzniku fobie. Strach z vystupování na veřejnosti je zde chápán jako skytá obava, že nepřijde vytoužený úspěch a obdiv ze strany okolí. Podle této teorie může být sociální úzkost také důsledkem nadměrné kritičnosti, zraňování, posmívání a ztrapňování dítěte ze strany blízkých.

**Behaviorální teorie** chápe sociální fobii jako naučený strach, který mohl vzniknout přímým podmiňováním, modelováním nebo vlivem informací. Sociální fobie je důsledkem opakovaných zraňujících zkušeností. Mezi důležité behaviorální mechanismy způsobující sociální fobii patří expozice sociálně-traumatickým událostem, učení od sociálně úzkostných rodičů nebo informační přenos. U pacientů trpících touto poruchou se předpokládají maladaptivní komunikační dovednosti, které mohou způsobovat negativní reakce okolí, čímž se stávají zraňujícími a navozují úzkost.

**Kognitivní teorie** vychází z předpokladu, že člověk trpící sociální fobií chápe sebe jako neschopného, a myslí si, že okolí nedokonalé lidi znehodnocuje. Tito lidé neustále posuzují sami sebe a mají posun v implicitní paměti pro informace, které jsou pro ně zraňující (zejména týkají-li se sociální oblasti) a dokonce i neutrální informace interpretují negativně.

U sociální fobie může být zvolena **léčba farmakoterapeutická** (nejčastěji pomocí SSRI) nebo **psychoterapeutická** (volbou číslo jedna zde bývá kognitivně-behaviorální psychoterapie). Zvolena může být také kombinace obou léčebných postupů, a to především u depresivních pacientů a u těžké formy sociální fobie. Cílem léčby je snížení úzkosti

v sociálních situacích do takové míry, aby pacienta v běžném životě neomezovala. (Praško, 2005)

J. Praško (2005) ve své knize podrobně popisuje průběh a metody léčby pomocí **kognitivně-behaviorální psychoterapie:**

Pacientovi je vždy nutné nejprve vysvětlit model sociální fobie a smysl jednotlivých léčebných metod.

Lidé trpící touto poruchou mají často behaviorální deficity (např. špatný oční kontakt, obtíže s udržováním konverzace). Z tohoto důvodu je součástí terapie také nácvik sociálních dovedností, který probíhá ve skupině formou hraní rolí, a postupuje od nejjednodušších ke složitějším sociálním dovednostem. Tato metoda u pacienta významně redukuje vyhýbavé chování.

Další důležitou metodou je kognitivní rekonstrukce, kdy se pacient zaměřuje na své většinou automatické negativní myšlenky, prohlubující úzkost a snaží se je racionálně vysvětlit.

Velice účinnou a nezbytnou metodou léčby je expozice. Expozicím in vivo mohou předcházet expozice ve fantazii<sup>18</sup>, které pacientovi pomáhají připravit se na určité situace, které ho čekají. Pacient si je může přehrávat v různých variantách. Při expozicích in vivo se postupuje od nejjednodušších sociálních situací po nejtěžší (obtížnost sociální situace může být v tomto případě dána např. počtem osob, pohlavím a věkem osob nebo jejich autoritou).

Terapii je také vhodné doplnit o nácvik relaxace, která před nebo po složité sociální situaci pomůže pacientovi s navozením sebekontroly.

Podle Vl. Horta (2000) je nejlepší opřít terapii sociální fobie o kombinaci psychosociálních metod - metod individuální, behaviorální a skupinové psychoterapie, relaxace a popř. farmakoterapie.

## **Shrnutí**

Typickým projevem sociální fobie je silný strach ze sociálních interakcí. Člověk trpící touto poruchou má pocit, že je stále středem pozornosti a předmětem hodnocení okolí. Je přesvědčený o tom, že se chová hrozně, že se určitě ztrapní a bude terčem

---

<sup>18</sup> Často používanou formou expozice ve fantazii je flooding (zaplavení), kdy je pacientem vytvořen scénář vůbec nejtěžší sociální situace i s nejhroší možnou reakcí okolí. Tento scénář je pak opakovaně využíván k expozicím v imaginaci.

výsměchu. Z tohoto důvodu se obává situací, kdy by měl být mezi více lidmi, a těmto situacím se snaží vyhnout. Projevy této poruchy nejčastěji začínají v období adolescence. Na vzniku sociální fobie má určitý podíl genetická dispozice, největší vliv však mají negativní zkušenosti, ať už vlastní nebo cizí. Sociální fobie může být léčena farmakoterapií, psychoterapií nebo kombinací obojího. Z psychoterapie je nejčastěji používána terapie kognitivně-behaviorální.

### 4.3.3 Specifické fobie

Specifické neboli izolované fobie (*Specific phobia*) mají v MKN-10 označení **F40.2**. Jedná se o **iracionální strach z konkrétního objektu nebo situace**. Je to poměrně častá psychická porucha, postihuje kolem **11,3 %** populace. Jelikož je tato porucha tak častá, nedochází k tak silné stigmatizaci, což vede k tomu, že se za ni postižení méně stydí a méně často vyhledávají lékaře. Samotné postižení poruchou je méně stigmatizující než její případná léčba. Některé druhy specifické fobie mají určitý vztah k nebezpečí, z tohoto důvodu bývají i pro zdravou populaci pochopitelné. Tento druh fobie oproti ostatním poruchám poměrně málo omezuje život člověka (je zde však nutné přihlídnout ke specifikům jednotlivých specifických fobií), jelikož se pocit úzkosti vztahuje pouze ke konkrétním situacím, kterým se dá většinou poměrně dobře vyhnout. (Praško, 2005, Vymětal, 2000)

Specifické fobie se vyznačují **iracionálním strachem z určitého objektu nebo situace**, který pacienta zahlcuje a vede k nadměrnému stresu. Prožívané pocity se mohou pohybovat od mírného pocitu nepohody až po děs. I u této úzkostné poruchy se nacházejí tři základní komponenty - anticipační úzkost, jádrový strach a vyhýbavé chování. Pacient trpící touto poruchou se při záchvatu strachu může zaměřit buď na samotný objekt strachu, nebo na prožívané fyziologické reakce, které mohou vést až k druhotnému strachu ze smrti. (Praško, 2005; Zvolský, 1997)

J. Praško (2005) uvádí ve své knize dvojí **dělení specifických fobií**:

Lze rozlišit fobie, které se vztahují k reálnému nebezpečí, reakce pacienta je jen příliš přehnaná. Jde např. o fobii z cestování lodí, letadlem, nebo fobii z bouřky. Na druhou stranu jsou fobie, u kterých reálné nebezpečí nehrozí. Do této skupiny patří např. fobie z myší, koček nebo tmy.

Specifické fobie lze také rozdělit do subtypů na fobie přírodní (bouřka, výšky atd.), fobie ze zvířat (hmyz, psi, myši atd.), z injekcí, krve a zranění, z určitých míst (pobyt v letadle, výtahu, na mostě) a jiné (zvracení, nemoci, hlasitých zvuků apod.). Mezi jednotlivými subtypy jsou rozdíly ve věku počátku příznaků a ve fyziologických reakcích na podněty.

J. Kocourková dělí specifické fobie do tří skupin - na fobie situační (např. strach z létání, výšek), fobie ze zvířat (např. pavouci, hadi) a fobie z poranění (např. injekce, zubař). (Vymětal, 2000)

J. Praško (2005) uvádí příklady z klasifikace jednotlivých druhů specifické fobie podle označení objektu fobie. Uvádí následující pojmy: zoofobie (fobie ze zvířat), arachnofobie (fobie z pavouků), entomogobie (strach z hmyzu), ophidofobie (fobie z hadů), ailurofobie (fobie z koček), ornitofobie (strach z ptáků), anthrofbie (strach z květin), nyktofobie (strach ze tmy), aichmofobie (fobie z ostrých předmětů), brontofobie (strach z hromu), gefyrofobie (fobie z mostů), klaustrofobie (strach z uzavřených prostor).

Podle J. Praška vzniká tato porucha nejčastěji **v dětství nebo rané dospělosti**. Věk se však může lišit podle jednotlivých subtypů fobie. Tato porucha se vyskytuje u žen dvakrát častěji než u mužů. Některé fobie, které začaly v dětství, mohou v dospělosti samy vymizet, některé se oslabí, a některé zůstávají do dospělosti.

Nedostane-li se člověk trpící specifickou fobií do kontaktu s obávaným objektem, neobjevují se u něj většinou žádné příznaky. Z čehož vyplývá, že některé druhy této poruchy nemusí vážněji zasahovat do života člověka. (Praško, 2005)

Vl. Hort (2000) pokládá za doménu specifických fobií dětství, kdy je zejména v předškolním věku, určitá subklinická úroveň symptomů běžná. Více než 40 % předškolních dětí trpí různými strachy a úzkostmi. V adolescenci začínají mít fobie souvislost s psychosexuálními okolnostmi, společenskými situacemi a uznáním.

Specifické fobie se **diagnostikují**<sup>19</sup> na základě toho, že se jedná o strach z ohraničených objektů, situací a důsledků setkání s nimi. Tento strach bývá přehnaný, nerealistický a velmi pevný.

Při diagnostickém vyšetření je pacient dotazován na úzkost, kterou prožívá a na všechny její aspekty, na vyhýbavé chování a na to, jak moc a jakým způsobem omezuje fobie jeho život. Proběhne psychiatrické vyšetření a rozpozná se předmět fobie. Lze použít

---

<sup>19</sup> Diagnostická kritéria MKN-10 pro specifické fobie viz. Příloha č. 5.

i různé dotazníky, které zjišťují míru úzkosti, vyhýbavého chování apod. Důležité je také vytvoření **hierarchie strachů**. (Praško, 2005)

U specifických fobií je velmi velká **komorbidita**. Další úzkostnou nebo depresivní poruchou trpělo v některé fázi života kolem 83,4 % lidí, trpících specifickou fobií. Tato porucha je nejčastěji komorbidní s agorafobií, unipolární depresí, dystymií, sociální fobií, obsedantně-kompulzivní poruchou a panickou poruchou. (Praško, 2005)

J. Praško uvádí, že řada fobií má základ již v dobách, kdy se lidstvo teprve utvářelo. Kdy strachy jako např. strach z hadů, blesků nebo výšek měly velký význam pro přežití a objevují se tedy ve všech kulturách.

Fobie jsou naučeným chováním, které vzniklo díky životním zážitkům, které lze ale identifikovat jen u velmi málo pacientů. O **genetických faktorech**, které by mohly ovlivňovat vznik specifických fobií, se stále vedou diskuze. Praško se přiklání k názoru, že genetické predispozice vytvářejí základ pro vyšší rychlost klasického podmiňování při konfrontaci s ohrožujícím objektem. (Praško, 2005; Vymětal, 2000)

J. Praško (2005) popisuje přístupy některých psychologických modelů ke vzniku specifických fobií.

**Psychodynamický pohled** spojuje vznik fobie s úzkostí z odvety druhého rodiče a kastrace, které jsou trestem za incestní a sexuální přání. Freud v tomto mechanismu předpokládal přenesení afektu na jiné méně důležité objekty nebo situace, které jsou postižením využity k symbolizaci původního zdroje strachu.

**Teorie učení** chápe specifickou fobii jako výsledek podmíněné reakce, která vzniká asociací podmíněného podnětu, v tomto případě fobického objektu, s nepodmíněným podnětem, zde negativní zkušeností. Fobie se dále udržuje pomocí operantního podmiňování. Někteří psychologové hovoří o tom, že se strach učí hlavně nápodobou a imitací rodičů či vrstevníků.

Při **léčbě** specifických fobií se používají nejrůznější psychoterapeutické metody, v některých případech se kombinují s psychofarmaky. Z dlouhodobého hlediska není však **farmakoterapie** pokládána za příliš účinnou, doporučuje se pouze při komorbiditě s další úzkostnou nebo depresivní poruchou nebo při nedostatečné efektivitě expoziční léčby. Cílem léčby je zmírnění nebo odstranění vyhýbavého chování a návrat pacienta do normálního života bez omezení. (Praško, 2005)

J. Praško (2005) uvádí jako první účinnou metodu léčby specifických fobií **systematickou desenzibilaci**. Před samotným začátkem systematické desenzibilace se

pacient naučí relaxační techniku. V relaxovaném stavu se pak ve fantazii vystavuje obávanému objektu, a to podle předem vypracované hierarchie. Za nejúčinnější metodu považuje expoziční léčbu s protahovaným a opakovaným kontaktem s obávanými objekty. Jako další možnou metodu uvádí **hypnózu**.

J. Praško (2005) popisuje praktickou aplikaci **kognitivně-behaviorální terapie** na léčbu specifických fobií. Za velmi důležitý a základní krok léčby považuje empatii, vyslechnutí bez znevažování. Terapie začíná informování o specifické fobii, vysvětlením používaných metod a povzbuzením. Nejúčinnější metodou je odstupňovaná expozice, která zbaví fobie během pěti až deseti sezení 80-90 % pacientů. U některých pacientů se doporučuje nejprve expozice v představách<sup>20</sup>, u některých se provádí rovnou in vivo, hodně motivovaní pacienti mohou být léčeni zaplavením. Další metodou, která může být při terapii použita, je modelování. Při modelování se terapeut vystaví objektu, kterého se pacient obává, a pak vyzve pacienta, aby jeho chování opakoval.

Terapii je nutné modifikovat podle věkového období, ve kterém se pacient nachází. Vl. Hort (2000) uvádí, že u předškolních dětí bývá volena především rodinná terapie. U starších dětí a adolescentů bývá doporučován multimodální přístup, tedy využití psychoterapeutických metod a spolupráce s rodiči, rodinným lékařem a školou.

## **Shrnutí**

Pro specifické fobie je charakteristický iracionální strach z konkrétních předmětů nebo situací. Člověk, který touto poruchou trpí, si často uvědomuje, že jeho strach je přehnaný, přesto si však nedokáže pomoci. Specifické fobie mívají většinou základ v dětském věku. Při léčbě specifických fobií se používá metoda systematické desenzibilace, hypnóza, nebo kognitivně-behaviorální terapie.

## **4.4 Obsedantně-kompulzivní porucha**

Obsedantně-kompulzivní (*OCD - obsessive-compulsive disorder*) porucha má v MKN-10 označení **F42**. Podle J. Kocourkové je to čtvrtá nejčastější psychická porucha, je těžko léčitelná a často vede k invaliditě.

---

<sup>20</sup> U některých typů fobií je možná pouze expozice ve fantazii - např. u fobie z létání, bouřky.

První zmínky o symptomatice této poruchy pocházejí již z 2. tisíciletí před naším letopočtem. Její název pochází z počátku 19. století. Podrobně ji popsal P. Janet v roce 1903. Tato porucha je řazena mezi úzkostné poruchy, jelikož v ní úzkost hraje velmi významnou roli. Její výskyt u dospělých se pohybuje kolem **3 %**, u dětí je to **1-2 %** a u adolescentů až **4 %**. (Hort, 2000; Říčan, Krejčířová, 2006; Vymětal, 2000)

Obsedantně-kompulzivní porucha se vyznačuje především obsesemi a kompulzemi. Obsese jsou **vtíravé myšlenky**, představy a impulzy, které způsobují úzkost. Úzkost je v tomto případě spojena jednak s obsahy obsesí, jednak s pocity bezmoci a ztráty sebekontroly. Kompulze je **nutkavé chování**, které snižuje úzkost způsobenou obsesemi. Pacient je nucen provádět rituálně a přesně určité úkony. Kdyby tyto úkony neprovedl, vedlo by to ke zvýšení napětí a úzkosti. (Hort, 2000; Říčan, Krejčířová, 2006; Vymětal, 2000)

E. Malá uvádí členění obsedantně-kompulzivní poruchy dle MKN-10, které je rozděleno podle procentuálního zastoupení symptomů (Hort, 2000):

- Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace (F42.0)
- Převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály) (F42.1)
- Smíšené obsedantní myšlení a jednání (F42.2)
- Jiné obsedantně-kompulzivní poruchy (F42.3)

E. Malá také poukazuje na to, že u pacientů trpících obsedantně-kompulzivní poruchou se nejčastěji objevuje **pět základních příznaků** (Hort, 2000):

Obava ze znečištění spojená s rituálním omýváním se objevuje u 55 % pacientů. U dětí a adolescentů se tato obava objevuje až v 83 % případů. Lidé trpící tímto symptomem se bojí rozličných infekcí, nákazy, špíny a bakterií, proto tráví mnoho času nekonečným smýváním této špíny.

Dalším klasickým příznakem poruchy jsou patologické pochyby spojené s rituály kontroly, které se objevují u 80 % pacientů. Pacienti mají potřebu několikrát kontrolovat správnost provedení nejrůznějších činností a ani opakovaná kontrola je neujistí, že je vše v pořádku. Jedná se např. o opakované kontrolování vypnutí spotřebičů nebo zamknutí zámku.

Mezi příznaky patří i neodbytné činnosti či myšlenky sexuální nebo agresivní povahy, kterými trpí kolem 25 % pacientů. Tyto myšlenky a akty jsou spojeny s neustálým obviňováním se a strachem pacienta.



Určitá skupina pacientů trpí také obsedantní přesností, symetrií a pořádkem. Tato obsese nutí pacienta neustále něco přerovnávat, přeorganizovávat a uspořádat.

Posledním příznakem, který se u obsedantně-kompulzivní poruchy objevuje, je primární obsedantní zpomalenost, která brání pacientovi v běžném fungování, jelikož má úplně celý den ritualizovaný a vše mu trvá celé hodiny.

J. Kocourková uvádí, že obsedantně-kompulzivní porucha začíná nejčastěji ve středním školním věku a rané adolescenci. Malá datuje nejčastější počátek projevů poruchy mezi **20. a 26.** rok života. (Hort, 2000; Vymětal, 2000)

Většina zdrojů uvádí, že se obsedantně-kompulzivní porucha vyskytuje stejně často u mužů jako u žen. E. Malá udává poměr mezi muži a ženami 4:6. Podle J. Kocourkové se však tento poměr v adolescenci liší. Údajně se v tomto období objevuje častěji u chlapců než u dívek. J. Kocourková však v novějších publikacích uvádí, že současné výzkumy tuto převahu nepotvrzují. (Hort, 2000; Říčan, Krejčířová, 2006; Vymětal, 2000)

Obsedantně-kompulzivní porucha začíná ve více než 50 % případů náhle, často v souvislosti se zátěžovou situací, jako je např. stěhování, těhotenství, smrt nebo rozvod. J. Kocourková považuje za spouštěcí faktor také zúzkostňující zážitky v souvislosti s percepcí násilí, katastrof apod. a to i prostřednictvím masmédií. (Vymětal, 2000; Říčan, Krejčířová, 2006)

Obsedantně-kompulzivní poruchu lze podle E. Malé **diagnostikovat**<sup>21</sup> na základě přítomnosti charakteristických symptomů: vtíravého myšlení a nutkavého chování, pocitů, že tyto myšlenky a akty nejsou vlastní, snahy kompulze potlačit a u dětí navíc zhoršení školního výkonu a vztahů se spolužáky. (Hort, 2000)

Dítě trpící touto poruchou lze poznat také podle typického chování. J. Kocourková uvádí, že jsou to většinou nejisté, úzkostné, perfekcionistické, pseudodospělé děti bez humoru. Často bývají nadprůměrně inteligentní. Podle E. Malé se tyto děti stávají v pubescenci nápadnými svými znalostmi astronomie, meteorologie, kalendářů a jízdních řádů. (Říčan, Krejčířová, 2006; Hort, 2000)

E. Malá uvádí, že se obsedantně-kompulzivní porucha vyskytuje jako **komorbidní** u 40 % fobicko-úzkostných poruch, 30 % depresivních poruch, 35 % alkoholových závislostí, 25 % drogových závislostí a 12 % schizofrenií. Symptomy obsedantně-kompulzivní poruchy se poměrně často vyskytují také u fobií, nejčastěji u školní fobie (v 35 % případů) a u sociální fobie (v 27 % fobií).

---

<sup>21</sup> Diagnostická kritéria MKN-10 pro obsedantně-kompulzivní poruchu viz. Příloha č. 7.

J. Kocourková uvádí, že se v **etiopatogenezi** obsedantně-kompulzivní poruchy uplatňují všechny základní přístupy.

**Biologický přístup** potvrzuje vliv dědičnosti, regulace neurotransmiterů a specifické činnosti mozku. E. Malá zdůrazňuje, že u dvou třetin těžkých obsedantně-kompulzivních poruch je určitý organický podklad, související nejčastěji s porodním traumatem, toxickými a infekčními procesy v centrální nervové soustavě, či po úrazech hlavy. E. Malá považuje za nejpravděpodobnější příčinu této poruchy serotoninovou dysfunkci.

**Psychoanalytický model** spojuje vznik obsedantně-kompulzivní poruchy se specifickými vývojovými okolnostmi, kdy dochází u dítěte k regresi od oidipovské fáze do fáze anální. (Vymětal, 2000)

J. Kocourková tvrdí, že u lidí trpících touto poruchou dochází k předčasnému rozvoji ego funkcí s přetrváváním magického myšlení. Vztahy k druhým osobám podléhají v této fázi vývoje často silné citové ambivalenci. Spojení anální vývojové fáze s nácvikem hygienických návyků, úklidu a kontrolování chyb přináší lepší porozumění symptomatice obsedantně-kompulzivní poruchy. (Vymětal, 2000; Říčan a Krejčířová, 2006)

E. Malá uvádí, že se obsedantně-kompulzivní porucha dá úspěšně léčit pomocí **farmakoterapie** (používáním SSRI antidepresiv) a **kognitivně-behaviorální terapie**. Oba druhy terapie mají úspěšnost až 80 %. (Hort, 2000)

Při kognitivně-behaviorální terapii je velmi důležité vytvořit na základě pacientových obsesí a kompulzí individuální strukturovaný program, a seznam situací podle míry obav, které v pacientovi vyvolávají. Pacient je po důkladné edukaci těmto obavám postupně vystavován. Nejprve probíhají expozice v představách, později in vivo. (Hort, 2000)

J. Kocourková doporučuje používat při psychoterapii dětí, trpících touto poruchou kognitivně-behaviorální a psychodynamický přístup, v kombinaci s rodinnou terapií a léčbou prostředím. (Říčan a Krejčířová, 2006)

## **Shrnutí**

Obsedantně-kompulzivní porucha se projevuje vtíravými myšlenkami a nutkavým chováním. Lidé trpící touto poruchou jsou často posedlí hygienou, systematickým pořádkem a neustálým překontrolováním již zkontrolovaného. Uvědomují si nesmyslnost svých myšlenek a svého jednání, ale neumí si pomoci. Ztráta sebekontroly ještě více

posiluje jejich úzkost. Tato porucha vzniká nejčastěji mezi 20. a 26. rokem života a to většinou náhle důsledkem nepříznivé životní situace. V léčbě je velmi úspěšná farmakoterapie a kognitivně-behaviorální terapie.

#### **4.5 Úzkostné poruchy v dětství**

Úzkost a strach je normálním fyziologickým a adaptivním fenoménem. Každé vývojové období je typické určitými podměty vzbuzujícími úzkost, se kterými se dítě musí vyrovnat, což se dá chápat také jako vývojový úkol daného období. Úzkost se však může stát patologickou a to v případě, kdy trvá příliš dlouho, je příliš intenzivní, nebo narušuje další vývoj dítěte. (Říčan a Krejčířová, 2006; Hort, 2000; Vymětal, 2000)

J. Kocourková rozebírá normální průběh dětských úzkostí s ohledem na vývojové období. V kojeneckém věku nedokáže dítě ještě dobře rozlišit strach a úzkost od pocitů bolesti a nespokojenosti. V batolecím období se objevuje separační úzkost a strach z cizích lidí, kolem třetího roku však vymizí. V předškolním období trpí děti řadou specifických fobií (např. ze zvířat, lékařů), které jsou však jen přechodné a v průběhu dalšího vývoje vymizí. Věk kolem deseti let je typický zvýšenou úzkostností, jelikož dítě v tomto věku pochopí fenomén smrti a její nezvratnosti. (Říčan a Krejčířová, 2006; Vymětal, 2000)

J. Kocourková popisuje projevy dětské úzkosti, které mohou být buď skryté v psychosomatických problémech, nebo se mohou projevovat jako neklid a zlobení. Úzkost se u dětí projevuje také v jídle, kdy dítě odmítá určitý druh stravy, nebo trpí nechutenstvím. Další oblast, ve které lze vyzorovat u dítěte úzkost je spánek. Úzkostné dítě má problémy s usínáním, trápí ho noční můry a noční děsy. Dobrým indikátorem úzkosti u dítěte jsou také tzv. dětské neurotické návyky, do kterých lze zahrnout např. okusování nehtů. (Říčan a Krejčířová, 2006; Vymětal, 2000)

Mezi dětské úzkostné poruchy lze zahrnout separační úzkostnou poruchu, fobickou úzkostnou poruchu a sociální úzkostnou poruchu.

U sociální úzkostné poruchy a u separační úzkostné poruchy uvedu případy, se kterými jsem se setkala během praxe.

**Sociální úzkostná porucha v dětství** (*Avoidant disorder of childhood*) neboli vyhýbavá porucha má v MKN-10 označení **F93.2**. Jedná se o **strach z cizího prostředí a cizích lidí**. Tento strach je obvyklý v druhé polovině prvního roku života a částečně i během raného dětství, do tří let by měl však vymizet. Může se ale stát nepřiměřeným

a přetrvat i do dalších let, v tomto případě ho lze považovat za patologický. (Hort, 2000; Vymětal, 2000)

Sociální úzkostná porucha vzniká před šestým rokem života a je častější u dívek než u chlapců. Pociťování úzkosti při kontaktu s cizími lidmi může vést k vyhýbavému chování a k významnému narušení rozvoje sociálních dovedností dítěte. Tuto úzkost může dítě pociťovat v přítomnosti cizích dospělých, i cizích dětí. Není-li porucha včas léčena, může dojít k rozvoji elektivního mutismu, nebo sociální fobie. Jako nejvhodnější terapie je doporučena terapie rodinná, kognitivně-behaviorální a nácvik relaxačních technik. (Hort, 2000; Vymětal, 2000)

Nyní uvedu příklad, se kterým jsem se setkala během své praxe v poradně.

**Příklad: Sociální úzkostná porucha v dětství komorbidní se specifickou fobií**

*Chlapec Honza trpí sociální úzkostnou poruchou, ke které je připojena navíc specifická fobie, a to především z lékařů a ze tmy.*

*Honza žije již tři roky pouze s matkou, s otcem však udržuje pravidelné kontakty. Rozvod rodičů nesl velmi těžce. Chlapec má ještě mladšího bratra.*

*Honza se narodil v září 1998. Chlapec je z rizikového těhotenství. Porod proběhl 14 dní před termínem. Dítě mělo nižší Apgar skóre, silnou a dlouhou novorozeneckou žloutenku s fototerapií. V kojeneckém věku byl chlapec 6 týdnů velmi tichý a stále spal. Později však došlo k výrazné změně. Honza začal stále plakat, špatně spal (potíže s usínáním do 4 let), často se budil, vyžadoval stálou pozornost matky a fyzický kontakt s ní.*

*Před nástupem do školy byl chlapec vyšetřován v souvislosti s obtížemi v komunikaci. Chlapec vůbec nekomunikoval s cizími lidmi, byla mu diagnostikována hrubá forma elektivního mutismu. Později byl vyšetřován v PPP se závěrem podezření na organické postižení CNS nasedající na introverzní temperament s následným zpomalením osobnostního zrání, sníženou přizpůsobivostí, nervozitou, úzkostností a kolísavým výkonem.*

*Na začátku školní docházky trpěl chlapec silnými bolestmi hlavy, pravděpodobně v souvislosti s psychickým vypětím. Do 6 let se téměř denně pomočoval v noci. Podle matky mu pomohla antidepresiva, která užíval po dobu dvou let.*

*V domácím prostředí je Honza samostatný, někdy i upovídaný, ale jinde se téměř neprojevuje, říká jen to nejnnutnější. Někdy prožívá v kontaktu s cizí osobou až záchvaty paniky, kvůli čemuž je na sebe následně naštvaný. Sám říká, že se do školy nebojí chodit*

ani tak kvůli známám, jako kvůli dětem. Dříve většinou chlapec nekomunikoval vůbec. Spontánně téměř nekomunikuje ani dnes, není schopný o něco požádat, zeptat se, oslovit někoho, pozdravit. Jeho řečový projev je extrémně tichý. Postupně se však vše s věkem zlepšuje, v komunikaci mu pomáhá docházení do skauta.

Celkově je chlapec vysoce úzkostný, přecitlivělý, perfekcionista, zodpovědný. Dlouho přemýšlí, než se odhodlá něco říci, aby to nebylo špatně. Prožívá velký strach (dříve až záchvaty paniky s výraznými fyziologickými projevy) z lékařů a lékařských zákroků. Nyní se již situace zlepšuje.

Chlapci byla na základě vyšetření doporučena konzultace na dětské psychiatrické ambulanci.

M. Vágnerová (2000) považuje **školní fobii** (*School phobia*) za jednu z nejtypičtějších pro dětský věk. Školní fobie se projevuje **nadměrným strachem ze školy** a odmítáním do školy chodit. Možnou příčinou může být strach z neúspěchu ve škole. S touto fobií jsou spojeny také fyziologické příznaky, jako jsou bolesti hlavy, břicha, nebo ranní zvracení. Všechny tyto symptomy se objevují jen v době, kdy má jít dítě do školy.

**Separáční úzkostná porucha v dětství** (*Separation anxiety disorder of childhood*) je v MKN-10 označena jako **F93.0**. Jedná se o nejběžnější úzkostnou poruchu v dětském věku. Separáční úzkost začínají děti pociťovat mezi šestým a osmým měsícem života. Jedná se o strach z odloučení od blízké osoby, nebo přímo o odloučení. Tato úzkost se však postupně snižuje a kolem třetího roku života by mělo být dítě schopné vydržet na krátkou dobu bez matky. Někdy se však tato úzkost stane patologickou a vážně zasahuje do dalšího vývoje dítěte. Začátek poruchy bývá často spojen se **stresovou událostí** nebo velkou životní změnou jako je například stěhování, rozvod rodičů, úmrtí blízké osoby, nemoc dítěte nebo alkoholismus v rodině. (Říčan a Krejčířová, 2006; Hort, 2000; Vymětal, 2000)

Děti trpící touto patologickou formou mají často až nereálné obavy, že se blízké osobě něco stane, že je opustí, že se pro ně nevrátí. Z důvodu těchto silných obav dítě odmítá chodit do školy, jakkoli se vzdalovat od blízké osoby, být doma samo, nebo dokonce jít spát. Tato úzkost je často doprovázena silnými **fyziologickými příznaky**, kdy dítě trpí nauzeou, zvracením, bolestmi hlavy nebo bolestmi břicha. Výjimečné u těchto dětí nejsou ani noční můry. (Říčan a Krejčířová, 2006; Hort, 2000; Vymětal, 2000)

Projevy této úzkostné poruchy začínají podle J. Kocourkové kolem sedmého a osmého roku života. L. Propper však uvádí, že k nejvyšší incidenci dochází v jedenáctém

roce života. Výskyt této poruchy je stejně častý u dívek i u chlapců. Celková prevalence je **3,5 až 5,4 %**. (Hort, 2000)

V **etiopatogenezi** této poruchy vstupuje podle J. Kocourkové do interakce genetický faktor spolu s naučenými vzorci chování.

Při **terapii** separační úzkostné poruchy je nejprve nutné, aby se dítě vrátilo co nejdříve do školy, a aby se začalo s nácvikem postupné separace od blízké osoby. Je vhodné, aby dítě do školy odváděla nějaká neutrální osoba (nikoli osoba, na které je dítě závislé). Při terapii je nutná kvalitní spolupráce terapeuta, rodiny, školy a pediatra. Krejčířová uvádí jako nejvhodnější léčebný postup kombinaci rodinné, behaviorální a individuální dynamické psychoterapie. (Říčan a Krejčířová, 2006; Hort, 2000; Vymětal, 2000)

Nyní uvedu další příklad ze své praxe.

**Příklad: Separační úzkostná porucha**

*Dívka Kristýna trpí separační úzkostí, projevující se odmítáním opustit matku a chodit do školy. Separační úzkost je doprovázena psychosomatickými projevy, v poslední době především bolestmi břicha. U dívky je zřejmá dlouhodobá fixace na matku.*

*Kristýna pochází z úplné rodiny. Oba rodiče jsou vysokoškolsky vzdělání a zaměstnaní na vysokých pozicích. Kristýna má ještě mladší sestru.*

*Dívka se narodila v lednu 1998. Porod proběhl ve 40. týdnu, poporodní adaptace byla bez patologií.*

*V kojeneckém věku byla Kristýna hodně plačtivá, často se v noci budila, stále vyžadovala pozornost a přítomnost matky.*

*Problémy se začaly projevovat ve třech letech při nástupu do MŠ. Kristýna byla stále nemocná, měla sníženou imunitu. Adaptovala se obtížně, hrozně plakala při odloučení od matky. Nechtěla do MŠ chodit, ale chtěla být doma s matkou. Hned po 14 dnech onemocněla a pak již byla nemocná skoro pořád. Matka si musela prodloužit mateřskou a být s dcerou ještě rok doma.*

*Problémy pokračovaly i po nástupu do 1. třídy ZŠ. Kristýna v té době často prosila rodiče, zda by nemohla mít domácí výuku. Matka ji musela vodit až do třídy. V 1. třídě dívka prožívala výrazné obavy z paní učitelky (doma až návaly paniky). Po celou 1. třídu byla prakticky pořád nemocná. Od 2. třídy již měla novou paní učitelku ráda, ale stejně chodila do školy nerada, což trvá dosud.*

*Přibližně před třemi lety si dívka začala stěžovat na bolesti břicha, které trvají dosud. Lékařská vyšetření neprokázala žádnou fyziologickou příčinu. Bolesti se objevují ráno po probuzení spolu s nevolností, která trvá cca do oběda, odpoledne již zcela odezní. Poměrně často ji musí rodiče vyzvednout během dopoledne ve škole, popř. dívka do školy neodejde vůbec. Rodiče dívky ani učitelka nezjistily žádnou souvislost s písemkami či zkoušením ve škole. Dívka spí bez obtíží, ale večer má potíže s usínáním, zatímco ráno by potřebovala více spát.*

*Ve volném čase chce být dívka nejlépe doma s rodinou, nevyhledává společnost vrstevníků a nemá potřebu kontaktu ani s oblíbenou kamarádkou.*

*V rodině se dívka cítí nejvíc v bezpečí, má pocit, že venku je to pro ni nebezpečné. Je výrazně fixovaná na matku od raného věku až dosud. Během dne často volá matce, aby jí sdělovala všechno, i maličkosti, co se udály mezitím, co spolu nejsou.*

*V rodinném prostředí nebo i jinde v přítomnosti matky nepůsobí úzkostně, přestože úzkostná a přecitlivělá je, i paní učitelka ji vnímá jako zvýšeně úzkostnou.*

*U jakékoli činnosti má velkou potřebu povídat si s matkou o tom, co ji zrovna zajímá, ale i o škole a spolužácích. Matka musí přečíst a zhlédnout to samé, co četla dcera, aby si o tom mohly povídat.*

*Rodičům byl doporučen trpělivý a citlivý přístup. Je vhodné zajistit, aby měla Kristýna pravidelný denní režim, s dostatkem spánku, odpočinku a pohybového uvolnění. Důležité je také podporovat ji v kontaktech s vrstevníky. Kristýně byla doporučena konzultace na dětské psychiatrické ambulanci.*

**Fobická úzkostná porucha v dětství** (*Phobic anxiety disorder of childhood*) má v MKN-10 označení **F93.1**. Jedná se o **strach ze zcela konkrétní situace nebo předmětu**. V předškolním věku dochází ke vzniku mnoha různých fobií<sup>22</sup>, které však poměrně rychle vymizí. Tyto fobie mohou způsobit až extrémní úzkost, mohou trvat příliš dlouho nebo vést k vyhubavému chování, což snižuje schopnost adaptace dítěte a ztěžuje jeho další rozvoj. Ve chvíli, kdy je úzkost dítěte takto nepřiměřená, je nutné začít s terapií. L. Propper v tomto případě doporučuje využití kognitivně-behaviorální terapie, především metody expozice a systematické desenzitizace. (Hort, 2000; Vymětal, 2000)

---

<sup>22</sup> Vágnerová uvádí, že tyto strachy vznikají kvůli tomu, že dítě hodnotí určitou situaci nesprávně a očekává nebezpečí i tam, kde žádné není. Cituje také Matějčka, který považuje za podnět k rozvoji strachu pohádky, strašidelné příběhy, nešetná vyprávění dospělých a drastické situace.

## 5 Psychoterapie úzkosti

Při postižení úzkostnou poruchou je pro pacienta velmi důležitá včasná a přesná diagnostika onemocnění a volba vhodné psychoterapie. Diagnostika jednotlivých úzkostných poruch a rozdíly mezi nimi byly popsány již v kapitole Úzkostné poruchy. Tato kapitola se bude věnovat také jednotlivých psychoterapeutickým přístupům k léčbě úzkostných poruch.

Úzkostné poruchy mohou být léčeny různými psychoterapeutickými postupy. Každý psychoterapeutický přístup má rozmanité metody léčby. V následujícím textu budou popsány metody rogersovské psychoterapie, psychoanalytické psychoterapie a logoterapie.

Postupy užívané v **behaviorální a kognitivně-behaviorální** terapii byly již popsány přímo v kapitole Úzkostné poruchy. Je nutné pouze zdůraznit, že tento přístup považuje za hlavní udržovací faktor úzkostné poruchy vyhýbavé chování. Proto je terapie zaměřena především na změnu vyhýbavého chování.

Základem **rogersovské psychoterapie** je terapeutův vztah k pacientovi. Terapeut musí pacienta bezvýhradně akceptovat, být vůči němu vysoce empatický a autentický (v každém okamžiku zůstává terapeut sám sebou, jeho projev a komunikace jsou jasné a odpovídají jeho prožívání). Rogersovský přístup se při léčbě úzkostných poruch zaměřuje na inkongruenci, což je vnitřní rozpor mezi sebepojetím a zkušenostmi jedince. Právě výskyt inkongruence bývá důvodem pro volbu tohoto druhu psychoterapie. Terapie mívá formu individuální a skupinovou. U dětí je hlavní léčebnou metodou volná hra. Dospívajících a dospělých trpících úzkostí projdou při léčbě čtyřmi fázemi. První fází je preterapie, ve které je pacient informován o podmínkách a pravidlech léčby. Ve druhé fázi pomáhá pacientovi terapeut najít způsoby, jak zvládat symptomy úzkosti a strachu. Třetí fáze je nejdelší. Pacient hledá zdroje svých nesnází, rozebírá vztahy ke svým blízkým a hledá způsoby jak překonat inkongruence. V poslední fázi je terapie ukončena. Hlavní metodou léčby je u této věkové skupiny rozhovor. (Vymětal, 2000)

V. Vavrda uvádí, že **psychoanalytická psychoterapie** chápe úzkost jako přirozený jev, který není patologický. Patologické mohou být pouze mechanismy, kterými se jedinec



snaží úzkost zvládat. Psychoanalytická psychoterapie nevytvořila žádné metody přímo pro práci s úzkostmi. Základním prostředkem léčby je především porozumění emočnímu prožitku, který vzniká v terapeutické dyádě, a který je důležitý pro další činnost. V. Vavrda píše o psychoanalytické léčbě úzkosti následující: *„Jedinými našimi nástroji jsou tedy terapeutova schopnost snést a zpracovat úzkost, kterou v terapii prožívá, a pomoc pacientovi v růstu jeho schopnosti uchopení a porozumění vlastním prožitkům.“* (Vymětal, 2000, s. 199)

K léčbě úzkostných poruch může být zvolena také **logoterapie**. K. Balcar považuje za základní cíl logoterapeutických postupů naučení pacienta svobodněji a odpovědněji přistupovat k životním skutečnostem, a tím mobilizovat své duchovní zdroje a překonat duševní i tělesné vlivy, které nadměrnou úzkost zesilují nebo udržují. Logoterapie užívá k léčbě úzkostných poruch tři metody. První metodou je paradoxní intence, při které využívá pacient schopnost sebeodstupu. Pacient vyslovuje paradoxní přání, ve kterém si přeje, aby se mu přihodilo právě to, čeho se obává. Toto přání si neustále opakuje, až dojde k omezení úzkosti. Druhou metodou logoterapie je dereflexe, která se snaží odvést pozornost pacienta od přílišné sebereflexe. Pacient se má zaměřit na uskutečňování hodnotných a smysluplných cílů, které pak ruší přehnané soustředění se na sebe. Třetí metodou je postojová změna. Změna postoje směřuje k zaujetí aktivního a konstruktivního postoje i k negativním skutečnostem v životě. Dereflexe pomáhá pacientovi se s těmito skutečnostmi vyrovnat. K. Balcar píše o logoterapii úzkostných poruch následující: *„Logoterapii v těchto oblastech psychogenních poruch pokládáme vůči jiným psychoterapeutickým přístupům za mnohdy rovnocennou alternativu, podle povahy případu někdy i za podstatně účinnější...“* (Vymětal, 2000, s. 238)

## **II. Praktická část**

## **1 Cíle a metody výzkumu**

Cílem mého výzkumu je zjistit frekvenci výskytu úzkostných poruch v období dospívání, konkrétně u čtrnáctiletých a patnáctiletých dětí. V tomto šetření bude použita pouze jedna výzkumná metoda a omezený počet respondentů, z tohoto důvodu půjde spíše o orientační průzkum.

Jedním z dalších cílů šetření je porovnání výskytu úzkostných poruch a jejich symptomů u dětí na základní škole a na gymnáziu. Frekvence výskytu bude porovnávána také mezi chlapci a dívkami a mezi jednotlivými třídami základní školy a gymnázia.

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila dotazníkové šetření, konkrétně dotazník MHQ. V psychologickém výzkumu je dotazník nejčastěji používanou metodou. Podle J. Ferjenčíka se jedná o standardizované interview předložené v písemné podobě. Výhodou dotazníku je jednodušší kvantifikace sebraných dat, úspora času a nižší finanční náklady. Mezi nevýhody patří menší pružnost, jelikož se dotazník nedá přizpůsobit tak, aby byl srozumitelný úplně všem a navíc se nedají pokládat doplňující otázky. Data sebraná pomocí dotazníku jsou také méně věrohodná. Nevěrohodnost se dá omezit pomocí zařazení lžiskóre. (Ferjenčík, 2010)

Dotazník by měl být vždy především srozumitelný, přehledný, jednoduše vyplnitelný, ale také náležitě graficky upravený. Otázky musí být formulovány jednoznačně, srozumitelně a stručně. Je nutné ptát se na to, co skutečně potřebujeme zjistit. Otázky musejí odpovídat cílům výzkumu. Je velmi důležité vyhnout se sugestivním otázkám, které již dopředu napovídají, jak by měl respondent odpovědět. Existují čtyři typy otázek, které lze v dotazníkovém šetření použít. Mezi základní typy patří otázky otevřené, uzavřené a škálové. Otevřené otázky umožňují respondentovi odpověď volně formulovat. Uzavřené otázky nabízejí výběr z možností. Jsou-li v dotazníku použity škálové otázky, respondent na škále vybírá, do jaké míry se s nabízenou odpovědí ztotožňuje. Dalším typem otázek jsou polouzavřené otázky, které v sobě kombinují uzavřené a otevřené otázky. (<http://www.dotaznik-online.cz/index.htm>; <http://www.ssvp.wz.cz/Texty/dotaznik.html>)

Pro svůj výzkum jsem zvolila standardizovaný dotazník MHQ (Middlesex Hospital Questionnaire), který v roce 1966 vytvořili Crown a Crisp. Někdy je označován také

názvem Crown-Crisp Experiential Index (CCEI). Na českou populaci byl tento dotazník standardizován prof. L. Hanzlíčkem. (Brabcová, 2010)

Dotazník MHQ obsahuje 48 otázek a 9 otázek, které udávají lžiskóre. Otázky zjišťují u respondenta dispozice k šesti různým neurotickým poruchám. Zjišťují přítomnost anxiety, fobie, obsesí a kompulzí, somatické projekce, deprese a hysterie. Odpovědi na otázky jsou při vyhodnocování bodovány na škále 0-1-2. U každé z poruch lze dosáhnout maximálního skóre 16. Pro zjišťování frekvence výskytu úzkostných poruch se zaměřím především na výskyt anxiety, obsesí a kompulzí, fobie a somatické projekce.

## 2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum jsem provedla u dětí z osmé a deváté třídy, to znamená ve věku 14 - 16 let. Tato věková skupina se nachází zhruba uprostřed období dospívání, na hranici puberty a adolescence.

**Tabulka č. 1: Počet respondentů**

	8. třída	9. třída	Tercie	Kvarta	Celkem
Dívky	6	9	14	13	42
Chlapci	13	9	16	17	55
Celkem ve třídě	19	18	30	30	97

Tabulka č. 1 udává, že bylo šetření provedeno na gymnáziu a na základní škole celkem u 97 respondentů. Z toho bylo 42 dívek a 55 chlapců.

První část průzkumu proběhla v tercii a kvartě na Gymnáziu Lud'ka Pika v Plzni. Obě třídy byly učiteli hodnoceny jako průměrné, bez výrazných kázeňských problémů. V tercii bylo 14 dívek a 16 chlapců. Z počátku byla třída při testování neklidná, bylo nutné zodpovědět několik doplňujících otázek, které se týkaly dotazníku. Několik dětí se zajímalo o ochranu osobních údajů a o to, jak bude s výsledky dotazníků nakládáno. První respondenti začali odevzdávat dotazníky zhruba po 12 minutách, jednalo se především o chlapce. Dívkám zabralo vyplňování dotazníku cca 18-20 minut. V kvartě bylo při testování přítomno 13 dívek a 17 chlapců. Třída již od počátku plně spolupracovala. V této třídě trvalo vyplňování dotazníků dívkám i chlapcům zhruba stejně dlouho tj. cca 18 - 25 minut.

Druhá část výzkumu proběhla v osmé a deváté třídě na 11. základní škole v Plzni. Testovaná osmá třída je učiteli označována za velmi problémovou. Objevují se zde kázeňské problémy, podezření na šikanu a potíže se začleněním nového žáka do kolektivu. V této třídě bylo během testování přítomno 19 žáků, z toho 6 dívek a 13 chlapců. Průzkum byl v této třídě poměrně náročný. Žáci měli k dotazníkům mnoho otázek, spouště slov nerozuměli. Z tohoto důvodu probíhalo testování dlouho. První žák odevzdal vyplněný dotazník již po 10 minutách, poslední žák po 27 minutách. Také devátá třída 11. ZŠ je považována za třídu problémovou. Zde se týkají problémy především nepřipravenosti na výuku, vykřikování při hodině a vyrušování. V této třídě bylo přítomno 18 žáků, z toho 9 dívek a 9 chlapců. Testování proběhlo bez větších potíží. Dotazníky byly odevzdávány v rozmezí 15 - 25 minut bez větších rozdílů mezi chlapci a dívkami.

Ve všech testovaných třídách se našlo několik dětí, které se zajímaly o ochranu svých údajů a o nakládání s daty získanými z dotazníků. Často byl pro děti problém vybrat si z odpovědí, které byly pouze pólové, a nebyla u nich nabídnuta třetí středová možnost. Nežádka jsem se setkala s tím, že děti nerozuměly některým z otázek, respektive některým slovům, která byla obsažena v otázkách (např. celnice, svědomitý, blýsknout se před ostatními, puntičkář).

### 3 Interpretace výsledků

Data získaná z dotazníku MHQ byla seskupena do tabulek, které umožňují lepší srovnání výsledků jednotlivých škol a pohlaví. Výsledky dotazníků jednotlivých respondentů jsou uvedeny v tabulce č. 8, která je umístěna v přílohách (viz. Příloha č. 8).

**Tabulka č. 2: Výskyt, průměrné skóre a modus jednotlivých neurotických poruch**

	Počet respondentů [%]	Průměrné skóre	Modus
Anxieta	22,7	5,6	3
Fobie	17,5	5,2	6
Obsese, kompulze	4,1	5,4	3
Somatická projekce	24,7	6,3	5
Deprese	16,5	4,8	6
Hysterie	38,1	7,6	7

Tabulka č. 2 udává výskyt, průměrné skóre a modus jednotlivých neurotických poruch ve zkoumaném vzorku respondentů. Z této tabulky lze vyčíst, že z neurotických

poruch se u dospívajících nejčastěji objevuje hysterie (38,1 %). Procento výskytu hysterie je poměrně vysoké, což však v období dospívání není nijak neobvyklé. Pokud respondent získá u hysterie 8 a méně bodů, je to v normě. Průměrné skóre hysterie ve zkoumaném vzorku bylo 7,6. Nejčastěji se objevovalo skóre 7. Cílem mého výzkumu je zjistit míru výskytu úzkostných poruch, proto se v této práci nebudu hysterií více zabývat.

Druhý nejvyšší výsledek se objevil u somatické projekce (24,7 %). Toto procento je též poměrně vysoké. Znamená to, že se u respondentů často objevují tělesné symptomy, které odpovídají somatickým projevům neurotických poruch. Somatická projekce je v normě, pokud dosahuje maximálně skóre 8. Průměrné skóre u zkoumaného vzorku je 6,3. Nejčastěji se v dotaznících objevovalo skóre 5.

Třetí nejfrekventovanější jsou u dospívajících symptomy anxiety. Zvýšené skóre u anxiety mělo 22,7 % respondentů. Normou je, pokud anxiety dosahuje skóre 8 a méně bodů. Podle výsledků je průměrné skóre u adolescentů 5,6. Největší počet respondentů má skóre 3.

Čtvrtý nejčastější výskyt byl zaznamenán u fobie (17,5 %). Což je o hodně vyšší procento než udávají epidemiologické studie u dospělých (5-10 %). U dětí a adolescentů se však mohou výsledky lišit, protože dospívající prochází mnoha vývojovými změnami. V tomto období může výskyt fobií dosahovat až 15%. U dotazníku MHQ se považuje za normu, je-li respondentovo skóre maximálně 7. Průměrné skóre u zkoumaného vzorku bylo 5,2. Nejčastěji se u fobie objevovalo skóre 6.

Symptomy deprese se objevily u 16,5 % respondentů, což odpovídá výsledkům rozsáhlejších studií<sup>23</sup>. Za normu je považováno, dosáhne-li respondent maximálně skóre 7. Respondenti dosáhli u deprese průměrného skóre 4,8. Nejčastěji se u zkoumané skupiny objevovalo skóre 6. Deprese nepatří mezi úzkostné poruchy, proto jí nebudu ve své práci dále zmiňovat.

Nejméně často se u dospívajících účastníků průzkumu objevily obsese a kompulse (4,1 %). Toto procento odpovídá epidemiologickým nálezům u adolescentů uváděným v literatuře. Maximální skóre u obsese a kompulse, které ještě odpovídá normě, je 10. Průměrné skóre u zkoumaného vzorku je 5,4. Nejčastěji získávali respondenti skóre 3.

---

<sup>23</sup> Podle E. Malé se depresivní porucha vyskytuje u 15-20 % adolescentů. (Hort, 2000)

**Tabulka č. 3: Porovnání míry výskytu neurotických symptomů u dívek a chlapců**

	Dívky [%]	Chlapci [%]
Anxieta	38,1	10,9
Fobie	26,2	10,9
Obsese, kompulse	2,4	5,5
Somatická projekce	38,1	14,5

V tabulce č. 3 je porovnávána míra výskytu úzkostných poruch a somatické projekce u dívek a chlapců. Z této tabulky vyplývá, že anxieta, fobie a somatická projekce je výrazně častější u dospívajících dívek než u chlapců. Obsese a kompulse jsou oproti tomu zhruba dvakrát častější u chlapců, což je podle J. Kocourkové (2000) v období adolescence běžné. V novější publikaci však J. Kocourková toto tvrzení vyvrací a udává mezi dívkami a chlapci poměr 1:1. U dívek se nejčastěji objevuje anxieta (38,1 %) a somatická projekce (38,1 %). Fobie se objevuje u 26,2 % dívek. Obsese a kompulse u 2,4 %. U chlapců je nejčastější výskyt somatické projekce (14,5 %). Méně často se u nich objevuje anxieta a fobie (10,9 %). Obsesemi a kompulsemi trpí chlapci v 5,5 % případů.

Výrazně nižší výskyt anxiety a fobie u chlapců, spolu s tím, že se u chlapců somatická projekce objevuje téměř o 4 % častěji než anxieta a fobie, by mohlo být způsobeno tím, že se u chlapců psychické problémy projevují více somaticky. Dalším důvodem by mohl být to, že jsou chlapci v tomto období méně psychicky vyspělí než dívky, proto nejsou schopni tak dobré introspekce a náhledu na své prožívání.

**Tabulka č. 4: Porovnání výskytu neurotických symptomů na základní škole a gymnáziu**

	ZŠ [%]	Gymnázium [%]
Anxieta	24,3	21,7
Fobie	18,9	16,7
Obsese, kompulse	2,7	5,0
Somatická projekce	32,4	20,0

Tabulka č. 4 porovnává výskyt úzkostných poruch a somatické projekce na základní škole a gymnáziu. Z této tabulky je zřejmé, že se anxieta, fobie a somatická projekce vyskytují častěji na základní škole než na gymnáziu. U dospívajících studujících

na gymnáziu se obsese a kompulse objevují zhruba dvakrát častěji než u žáků základní školy.

Výrazný rozdíl mezi základní školou a gymnáziem se objevil pouze u somatické projekce, která se projevuje u 32,4 % žáků základní školy a 20 % studentů gymnázia.

Na základní škole je nejčastější právě somatická projekce. U 24,3 % žáků se objevují symptomy anxiety. Fobie byla zjištěna u 18,9 % žáků. Nejméně časté jsou v této zkoumané kategorii obsese a kompulse, které se projevují u 2,7 % žáků.

U studentů gymnázia se nejčastěji projevují symptomy anxiety (21,7 %). U 20 % studentů byla zjištěna somatická projekce. Fobie se objevila u 16,7 % dospívajících, studujících na gymnáziu. Stejně jako u žáků základní školy jsou i u studentů gymnázia nejméně časté obsese a kompulse.

**Tabulka č. 5: Výskyt neurotických symptomů v jednotlivých třídách základní školy a gymnázia**

	ZŠ		Gymnázium	
	8. třída [%]	9. třída [%]	Tercie [%]	Kvarta [%]
Anxieta	26,3	22,2	23,3	20,0
Fobie	10,5	27,8	20,0	13,3
Obsese, kompulse	5,3	0,0	10,0	0,0
Somatická projekce	36,8	27,8	20,0	20,0

V tabulce č. 5 je porovnáván výskyt úzkostných poruch v jednotlivých třídách základní školy a gymnázia.

Anxieta se nejvíce vyskytuje u žáků 8. třídy základní školy (26,3 %), dále u žáků tercie (23,3 %) a 9. třídy (22,2 %). Nejmenší výskyt byl zjištěn u žáků studujících v kvartě (20 %). Anxieta je zároveň nejčastější úzkostnou poruchou, zjištěnou u žáků tercie.

Fobie byla nejčastěji zjištěna u žáků 9. třídy základní školy (27,8 %), druhý nejvyšší výskyt je u žáků tercie. Podstatně méně často se fobie objevuje u žáků kvarty (13,3 %) a 8. třídy základní školy (10,5 %). Fobie je spolu se somatickou projekcí nejčastější poruchou u žáků 9. třídy.

Obsese a kompulse se ve všech čtyřech třídách objevují ze všech symptomů nejméně často. V tercii byly zjištěny u 10 % a v 8. třídě u 5,3 % respondentů. V 9. třídě ani v kvartě se neobjevily u žádného z respondentů. Z toho vyplývá, že se obsese a kompulse vyskytují u 8,6 % čtrnáctiletých, avšak u nikoho z patnáctiletých.



Somatická projekce se nejčastěji objevuje u žáků 8. třídy základní školy (36,8 %). Druhý nejčastější výskyt byl zjištěn u žáků 9. třídy (27,8 %). U studentů tercie a kvarty se objevuje somatická projekce stejně často, a to ve 20 % případů. U žáků 8. třídy je somatická projekce nejfrekventovanějším symptomem úzkostnosti. Také u žáků kvarty je somatická projekce spolu s anxiétou nejčastěji zjištěným problémem.

Dvě ze čtyř zkoumaných úzkostných poruch se objevují nejčastěji u žáků 8. třídy základní školy. Tento výsledek by mohl mimo jiné souviset s problémovým kolektivem a napjatou atmosférou ve třídě.

**Tabulka č. 6: Průměrné skóre a modus jednotlivých neurotických symptomů na základní škole a gymnáziu**

	ZŠ		Gymnázium	
	Průměrné skóre	Modus	Průměrné skóre	Modus
Anxieta	6,0	7	5,4	8
Fobie	5,8	6	4,9	4
Obsese, kompulse	5,5	7	5,3	3
Somatická projekce	6,6	9	6,1	5

Tabulka č. 6 udává průměrné skóre a modus jednotlivých úzkostných poruch na základní škole a gymnáziu.

Na základní škole bylo u všech poruch zjištěno vyšší průměrné skóre než na gymnáziu. Rozdíly jsou však jen nepatrné. Největší rozdíl je u fobie. Na základní školy dosáhla průměrného skóre 5,8 a na gymnáziu 4,9. To znamená, že rozdíl zde činí pouhých 0,9 bodu.

Na základní škole se u anxiety objevovalo nejčastěji skóre 7, na gymnáziu 8. Obě tyto hodnoty jsou v normě a rozdíl mezi nimi je malý.

U fobie bylo na základní škole nejčastěji zjištěno skóre 6, na gymnáziu 4. Také zde jsou obě hodnoty v normě.

Větší rozdíl byl zjištěn u obsese a kompulse. U žáků základní školy se nejčastěji objevovalo skóre 7, u studentů gymnázia skóre 3. Obě tyto hodnoty jsou však stále v normě.

Velký rozdíl byl zaznamenán také u somatické projekce. Na gymnáziu se nejčastěji objevovalo skóre 5, které je v normě. Nejčastějším skórem na základní škole bylo skóre 9, které však normu již převyšuje.

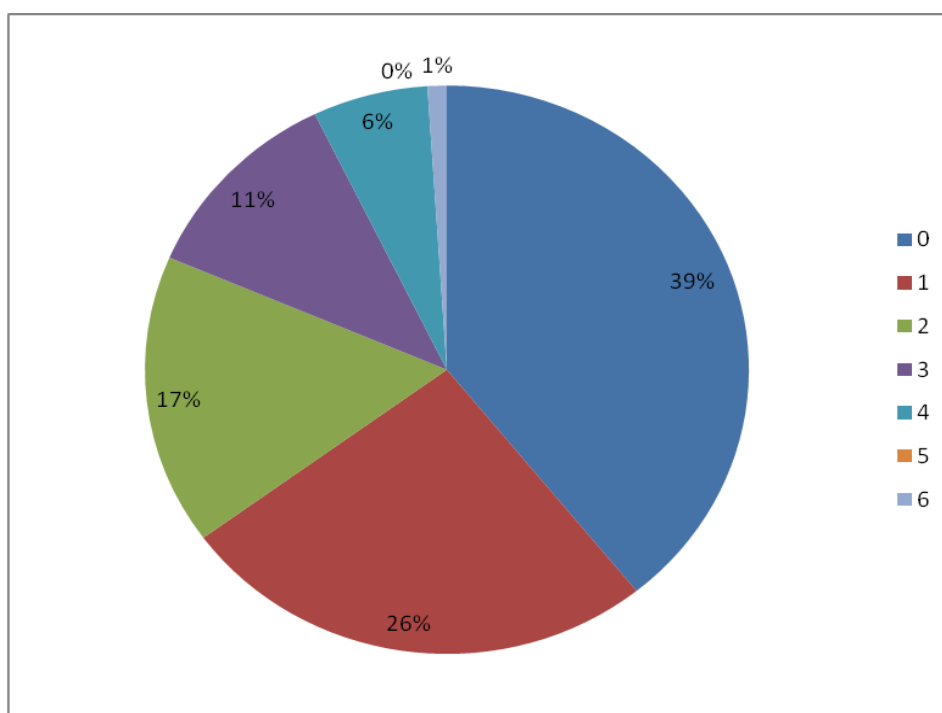
**Tabulka č. 7: Skóre věrohodnosti a frekvence podhodnocení a nadhodnocení**

	Podhodnocení [%]	Norma [%]	Nadhodnocení [%]	Průměr	Modus
Skóre věrohodnosti	55,7	44,3	0	2,4	3

Výsledky skóre věrohodnosti jsou významným ukazatelem validity dotazníku. Maximální skóre u věrohodnosti, které lze v dotazníku získat je 9. Pohybuje-li se skóre od nuly do dvou, jedná se o podhodnocení. Dosahuje-li skóre hodnoty 4-6, jde o normu. Je-li hodnota vyšší než šest, dotazník je nadhodnocen a tudíž je považován za nevalidní a je z výzkumu vyřazen.

Z tabulky č. 7 vyplývá, že žádný z dotazníků nebyl nadhodnocen. V normě bylo 44,3 % dotazníků. Podhodnoceno bylo 55,7 % dotazníků, což je velmi vysoký počet. Tato anomálie může být dána specifiky vývojového období, ve kterém se respondenti nacházejí. Podhodnocení může vycházet z hyperkritičnosti sebe samých, která je pro dospívání typická.

**Obrázek č. 1: Četnost poruch u respondentů, testovaných pomocí dotazníků MHQ**



Na obrázku č. 1 je znázorněno u kolika respondentů se objevilo jaké množství neurotických poruch, testovaných pomocí dotazníku MHQ. Je zřejmé, že u největšího

počtu respondentů (39 %) se neobjevila žádná z testovaných poruch. U 26 % respondentů se objevila jedna porucha. Dvě poruchy byly zjištěny u 17 % procent testovaných, tři poruchy u 11 %. U žádného z respondentů se neobjevilo pět poruch. Jeden respondent trpí symptomy všech testovaných neurotických poruch.

### **Shrnutí výsledků výzkumu**

Míra výskytu úzkostných poruch je u dospívajících poměrně vysoká. Nejčastěji se u nich objevuje somatická projekce a symptomy anxiety. Také fobie, obsese a kompulse jsou v daném vývojovém období frekventovanější než v období jiném. Výsledky mého průzkumu se, co se týče frekvence úzkostných poruch, většinou shodují s výsledky rozsáhlejších a dlouhodobých studií, nebo se k nim alespoň blíží.

Mezi výsledky dívek a chlapců se objevily poměrně velké rozdíly. U dívek se téměř všechny úzkostné poruchy a jejich symptomy objevují podstatně častěji. Výjimku však tvoří obsese a kompulse, které se častěji objevily u chlapců, což však odporuje většinovému názoru, který tvrdí, že by se měly objevovat u obou pohlaví přibližně stejně často.

Míra výskytu úzkostných poruch na základní škole se nijak podstatně neliší od míry výskytu ve stejné věkové kategorii na gymnáziu. Výjimku však tvoří somatická projekce, která se objevila výrazně častěji u žáků základní školy.

Z výsledků skóre věrohodnosti je zřejmé, že více než 55 % dotazníků bylo podhodnoceno, což může souviset s charakterem sebepojetí dospívajícího.

Největší podíl respondentů, testovaných pomocí dotazníku MHQ, netrpí žádnou ze zkoumaných poruch. Nejvíce respondentů, u kterých se některý z problémů objevil, trpí právě jednou poruchou. Se zvyšujícím se počtem souběžně působících poruch se snižuje počet respondentů, kteří jimi trpí. Výjimkou je souběh pěti nemocí, kterým netrpí nikdo.

## Závěr

Téma úzkostných poruch se ukázalo být ještě zajímavějším, než jsem očekávala. Úzkostnými poruchami se zabývá mnoho odborné literatury. Nejrozsáhlejší a nejpodrobnější jsou pravděpodobně práce J. Praška, ze kterých jsem čerpala ve své práci nejvíce. Práci jsem doplnila o poznatky z knihy V. Horta, ve které jsou rozebrány úzkostné poruchy v dětském věku a v dospívání. Samotné období dospívání jsem zpracovala především na základě knih M. Vágnerové a P. Řičana.

Důležitým poznatkem, který jsem si odnesla ze studia literatury je, že úzkost je do jisté míry užitečná. Překročí-li však její intenzita hranice, stává se poruchou, která člověka silně zatěžuje a znepríjemňuje mu život. Pro jistá vývojová období je úzkost dokonce důležitá. Její překonání pak znamená pro rozvoj člověka krok vpřed. Mezi úzkosti, se kterými se v průběhu života vyrovnává snad každý člověk v dětském věku, patří úzkost z cizích lidí, separační úzkost, úzkost způsobená narozením sourozence a strach ze smrti. V průběhu života se přidává úzkost způsobená involučními změnami. Pokud se člověku nepodaří z jakéhokoli důvodu zvládnout tyto stavy, může dojít k tomu, že se rozvine úzkostná porucha. Ve své práci jsem popsala ty nejčastější, mezi které patří panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, fobické úzkostné porucha a obsedantně-kompulzivní porucha.

Všechny tyto poruchy mají svá specifika, ale mnohé je spojuje. Vždy se objevuje patologická úzkost spolu se silnými fyziologickými projevy, které jsou někdy tak silné, že mohou připomínat infarkt. Jednotlivé poruchy popisují z hlediska etiologie a etiopatogeneze. Do popisu zahrnují rovněž klinický obraz, diagnostická kritéria a léčebné postupy. K léčbě úzkostných poruch bývá nejčastěji doporučována kognitivně behaviorální terapie v kombinaci s psychofarmaky. Účinné mohou být však i další psychoterapeutické přístupy, mezi které patří např. rogersovská psychoterapie, psychoanalytická psychoterapie a logoterapie. Některé z úzkostných poruch jsem doplnila o kazuistiky ze své praxe.

Cílem praktické části mé práce bylo zjistit míru výskytu úzkosti v období dospívání. Pomocí standardizovaného dotazníku MHQ jsem provedla průzkum u žáků 8. a 9. třídy základní školy a u studentů tercie a kvarty na gymnáziu. Dohromady bylo

testováno 97 respondentů. Zajímalo mě, zda se bude míra úzkosti na jednotlivých školách lišit. Předpokládala jsem, že bude buď stejná, nebo bude větší u gymnazistů, kteří jsou více zatíženi školními povinnostmi a rozsahem učiva. Ukázalo se, že je to přesně naopak. Rozdíly mezi mírou úzkosti na základní škole a na gymnáziu nejsou nijak podstatné, mírně vyšší frekvenci úzkostných poruch jsem však zaznamenala na základní škole.

Průzkum ukázal, že se u dospívajících velmi často objevuje somatická projekce (24,7 %). Anxieta byla zjištěna u 22,7 % respondentů a fobie v 17,5 % případů. Nejméně časté byly obsese a kompulze (4,1 %).

Ukázalo se, že úzkostné poruchy jsou v období dospívání výrazně častější u dívek než u chlapců. Výjimku tvoří pouze obsese a kompulze, které se častěji objevily u chlapců.

Vzhledem k šíři zkoumaného vzorku a použití pouze jednoho dotazníku jsem očekávala, že se budou mé výsledky pouze blížit výsledkům udávaným v odborné literatuře. Míra výskytu úzkostných poruch, kterou jsem zjistila, však u většiny úzkostných poruch odpovídá míře, zjištěné dalšími výzkumy.

Zjistila jsem, že se alespoň jeden z testovaných neurotických symptomů objevuje u 61 % respondentů. U 18 % respondentů se objevují tři a více symptomů. Toto procento je podle mého alarmující. Domnívám se, že výsledek tohoto průzkumu poukazuje na nutnost přítomnosti školních psychologů na školách, kde by prováděli obdobné průzkumy jako je tento, a mohli tak eliminovat potíže, kterými trpí velké procento dospívajících.

## Resumé

Tématem této bakalářské práce jsou úzkostné poruchy v období dospívání. V teoretické části jsou rozebrána specifika tohoto vývojového období, a to z hlediska tělesných proměn, kognitivního rozvoje, emočního vývoje a vztahu dospívajícího ke společnosti. Teoretická část je rovněž zaměřena na úzkostné poruchy. Je zde zmíněn vývoj pojetí úzkosti v psychologii a popsána ontogeneze úzkosti. Hlavní kapitola této části se zabývá charakteristikou jednotlivých úzkostných poruch, jejich diagnostikou a léčbou. Některé z poruch jsou doplněny o kazuistiku.

Druhá část bakalářské práce je praktická a je zaměřena na výzkum. Cílem výzkumu bylo zjistit míru výskytu úzkosti v období dospívání za pomoci standardizovaného dotazníku MHQ. V této části jsou popsány použité výzkumné metody spolu s charakteristikou zkoumaného vzorku. Součástí práce je rovněž interpretace výsledků.

## Resumé

The topic of this bachelor thesis is anxiety disorders during maturation. In the theoretical part there are specifics of this developmental period covered from the point of view of the body changes, cognitive development, emotional growth and the relationship to the society during the process of becoming mature. The theoretical part also deals with anxiety disorders. In this part, development of the concept of anxiety is mentioned and the ontogenesis of the anxiety disorders is described. The main chapter of this part is focused on characteristics of different anxiety disorders, their diagnostics and treatment. Case studies are added to some of the disorders.

The second part of the bachelor thesis is practical one and deals with the research. The goal of the research is to find out the rate of presence of anxiety in the period of maturation with the standardized questionnaire MHQ. In this part of the thesis, the research methods are described together with the characteristics of the tested sample. A part of this thesis is also an interpretation of the results and comparison of the results of the primary school students with the results of the grammar school students.

## Seznam literatury

BRABCOVÁ, Dana, Jana MIŇHOVÁ, Jiří KOHOUT, Marta ZÁRYBNICKÁ a Blanka ŠESTÁKOVÁ. Vliv pojetí doléčovacího programu na dispoziční k neuroticizmu u pacientů, kteří prodělali srdeční koronární onemocnění. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2010, 9(6). Dostupné z: <http://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2010/06/03.pdf>

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Editor Mojmir Svoboda. Praha: Portál, 2006, 317 s. ISBN 80-736-7154-9.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Překlad Petr Bakalář. Praha: Portál, 2010, 255 s. ISBN 978-807-3678-159.

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Vydání čtvrté. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HORT, Vladimír; HRDLIČKA, Michal; KOCOURKOVÁ, Jana. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7397-404-5.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 3. rozš. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006, 134 s. Právnícké učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 80-86898-70-9.

NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HRÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie pro učitele*. Vyd. 1. Plzeň: Vydavatelství Západočeské univerzity, 1998, 82 s. ISBN 80-708-2473-5.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál, 2005. 414 s. ISBN 80-7178-997-6.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Specifické fobie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 219 s. ISBN 978-807-3673-000.



PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Jana; VYSKOČILOVÁ, Jana. *Úzkost a obavy*. Praha: Portál, 2006. 232 s. ISBN 80-7367-079-8.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky I: Vývoj člověka do patnácti let*. Vydání 4. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. 416 s.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky II: Vývoj člověka od patnácti do třiceti let*. Vydání 3. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. 232 s.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem : Vývojová psychologie*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ, Dana, a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. 608 s. ISBN 978-80-247-1049-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000, 444 s. ISBN 80-717-8496-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2008. 468 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

VYMĚTAL, Jan, a kol. *Speciální psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000. 480 s. ISBN 80-86123-15-4.

VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. 182 s. ISBN 80-7178-830-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní klasifikace nemocí: desátá revize*. 2. vyd. Praha, 2011. ISBN 978-80-904259-0-3.

ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80-718-4203-6.

## Internetové zdroje

Dotazník. *Dotazník-online* [online]. © 2007 [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/index.htm>

Dotazník. KOHOUTEK, Rudolf. *Specializacní Studium Vychovného Poradenství* [online]. 16.5.2005 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: <http://www.ssvp.wz.cz/Texty/dotaznik.html>

Obsedantně-kompulzivní porucha a její léčba. *ZDN* [online]. 3.9.2010 [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/obsedantne-kompulzivni-porucha-a-jeji-lecba-454083>

Standardisation of Gujrati Version of Middlesex Hospital Questionnaire. *INDIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. National Center for Biotechnology Information* [online]. 1981 [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013166/>

## Seznam příloh

**Příloha č. 1** - Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou poruchu

**Příloha č. 2** - Diagnostická kritéria MKN-10 pro generalizovanou úzkostnou poruchu

**Příloha č. 3** - Diagnostická kritéria MKN-10 pro agorafobii

**Příloha č. 4** - Diagnostická kritéria MKN-10 pro sociální fobii

**Příloha č. 5** - Diagnostická kritéria MKN-10 pro specifické fobie

**Příloha č. 6** - Diagnostická kritéria smíšené úzkostně-depresivní poruchy podle APA

**Příloha č. 7** - Diagnostická kritéria MKN-10 pro obsedantně-kompulzivní poruchu

**Příloha č. 8** - Tabulka č. 8 - Výsledky dotazníků jednotlivých respondentů

## **III. Přílohy**

## Příloha č. 1

### Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou 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 dušení;
- (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: Praško, 2005, s. 126

## Příloha č. 2

### Diagnostická kritéria MKN-10 pro generalizovanou úzkostnou poruchu

- A. Výrazné napětí, strach, obavy 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 č. 3

#### Diagnostická kritéria MKN-10 pro agorafobii

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

- (1) pobyt v davu;
- (2) pobyt na veřejném prostranství;
- (3) cestování bez doprovodu;
- (4) 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: Praško, 2005, s. 258

## Příloha č. 4

### 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, potkávání 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 příznaky 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: Praško, 2005, s. 287



## Příloha č. 5

### 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 těmto 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: Praško, 2005, s. 343

## Příloha č. 6

### **Diagnostická kritéria smíšené úzkostně-depresivní poruchy podle APA**

- A. Trvalá nebo vracející se dysforická nálada trvající nejméně jeden měsíc.
- B. Dysforická nálada je doprovázena po dobu nejméně jednoho měsíce čtyřmi (nebo více) z následujících příznaků:
  - (1) obtíže s koncentrací nebo pocit „prázdná v hlavě“;
  - (2) poruchy spánku (obtíže s usínáním nebo udržením spánku nebo neklidný, nedostatečný spánek);
  - (3) únava nebo malá energie;
  - (4) podrážděnost;
  - (5) obavy;
  - (6) snadné pohnutí k slzám;
  - (7) nadměrná bdělost (ostražitost);
  - (8) anticipace horšího (selhání);
  - (9) beznaděj (pronikavý pesimismus do budoucna);
  - (10) nízké sebevědomí nebo pocitu bezcennosti.
- C. Příznaky způsobující klinicky významné obtíže nebo zhoršení ve výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí.
- D. Příznaky nejsou způsobeny přímými fyziologickými účinky substance (například návykové látky nebo léku) nebo somatického onemocnění.
- E. Všechny následující podmínky:
  - (1) nikdy nebyla splněna kritéria pro velkou depresivní poruchu, dystymní poruchu, panickou poruchu nebo generalizovanou úzkostnou poruchu;
  - (2) v současnosti nejsou splněna kritéria pro kteroukoliv jinou úzkostnou poruchu nebo poruchu nálady, včetně úzkostné poruchy nebo poruchy nálady v částečné remisi;
  - (3) příznaky nelze přiřadit k jiné duševní poruše.

Zdroj: Praško, 2005, s. 225

## Příloha č. 7

### 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:

1. Pacient musí uznávat, že vznikají v jeho vlastní mysli a nejsou vyvolávány 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 činnost pacienta, obvykle ztrátou času.

D. Nejčastěji používaná vylučovací doložka. Obsese nebo kompulze nejsou výsledkem jiných duševních poruch, jako jsou např. 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 nespecifikovaná

Zdroj: Obsedantně-kompulzivní porucha a její léčba. ZDN [online]. [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/obsedantne-kompulzivni-porucha-a-jeji-lecba-454083>

Příloha č. 8

**Tabulka č. 8- Výsledky dotazníků jednotlivých respondentů**

			An	Fo	Ob	SP	De	Hy	SV	
Gymnázium	Tercie	dívky	resp. č. 1	9	3	7	5	7	6	4
		resp. č. 2	8	4	4	13	6	9	2	
		resp. č. 3	9	10	5	8	4	7	1	
		resp. č. 4	7	9	9	8	4	7	1	
		resp. č. 5	4	5	2	5	1	7	2	
		resp. č. 6	8	8	3	5	4	9	4	
		resp. č. 7	10	6	3	8	5	13	1	
		resp. č. 8	14	8	12	13	10	10	4	
		resp. č. 9	3	2	4	6	2	7	6	
		resp. č. 10	12	7	8	10	9	9	1	
		resp. č. 11	5	5	4	4	4	7	3	
		resp. č. 12	8	6	7	10	8	5	4	
		resp. č. 13	3	2	6	5	4	5	5	
		resp. č. 14	0	6	3	0	0	9	2	
		chlapci	resp. č. 15	3	6	6	5	2	9	1
		resp. č. 16	1	4	3	2	6	6	4	
		resp. č. 17	0	5	7	3	5	5	1	
		resp. č. 18	1	3	9	8	3	6	1	
		resp. č. 19	9	4	7	9	2	8	2	
		resp. č. 20	0	3	4	5	0	7	3	
		resp. č. 21	0	2	3	2	0	5	3	
		resp. č. 22	3	4	2	2	1	7	0	
		resp. č. 23	3	6	3	4	6	5	3	
		resp. č. 24	8	2	4	3	5	5	2	
		resp. č. 25	4	8	8	7	5	8	3	
		resp. č. 26	9	4	3	4	11	8	3	
		resp. č. 27	8	8	12	13	3	10	1	
		resp. č. 28	6	6	3	6	5	6	1	
		resp. č. 29	8	4	11	6	5	9	2	

	kvarta	dívky	resp. č. 30	3	4	2	6	3	7	4
			resp. č. 31	4	4	7	5	1	8	2
			resp. č. 32	3	6	6	3	1	4	6
			resp. č. 33	8	3	2	10	5	15	1
			resp. č. 34	12	1	5	11	8	11	1
			resp. č. 35	10	2	7	8	5	7	3
			resp. č. 36	12	3	5	9	6	7	1
			resp. č. 37	10	6	4	7	8	4	3
			resp. č. 38	1	5	3	3	1	7	4
			resp. č. 39	6	1	2	3	3	7	3
			resp. č. 40	2	7	8	5	1	3	3
			resp. č. 41	1	3	0	4	0	9	2
			resp. č. 42	8	8	5	10	8	7	2
		resp. č. 43	6	5	9	7	9	8	3	
		chlapci	resp. č. 44	9	5	8	5	9	12	0
			resp. č. 45	7	4	3	8	4	11	1
			resp. č. 46	7	5	3	4	6	14	1
			resp. č. 47	1	5	7	8	2	3	2
			resp. č. 48	4	4	5	5	3	7	1
			resp. č. 49	1	3	4	3	6	9	3
			resp. č. 50	0	4	3	2	2	11	0
			resp. č. 51	0	3	6	6	4	6	4
			resp. č. 52	10	9	0	7	6	11	1
			resp. č. 53	4	3	2	5	1	8	2
			resp. č. 54	4	5	4	3	2	8	1
			resp. č. 55	6	8	10	5	5	9	3
			resp. č. 55	7	9	9	9	6	9	2
			resp. č. 57	1	5	5	3	4	10	3
			resp. č. 58	1	6	10	11	4	5	4
			resp. č. 59	6	3	5	8	5	16	0
resp. č. 60	5		5	6	6	3	11	3		
ZŠ	osmá třída	dívky	resp. č. 61	7	7	5	7	6	9	2
			resp. č. 62	13	4	4	9	6	11	0
			resp. č. 63	6	7	7	5	6	6	3
			resp. č. 64	10	4	6	9	8	9	1

devátá třída	chlapci	resp. č. 65	12	10	7	13	9	7	1	
		resp. č. 66	7	11	7	9	10	3	2	
		resp. č. 67	2	1	2	6	7	12	3	
		resp. č. 68	7	6	3	4	7	4	3	
		resp. č. 69	7	3	6	5	6	7	2	
		resp. č. 70	9	7	1	10	6	6	1	
		resp. č. 71	3	6	12	2	6	3	6	
		resp. č. 72	11	5	10	12	6	2	3	
		resp. č. 73	6	7	8	6	6	5	6	
		resp. č. 74	3	4	2	3	5	4	3	
		resp. č. 75	8	6	6	5	8	12	2	
		resp. č. 76	7	6	3	8	5	11	3	
		resp. č. 77	7	5	2	9	7	5	2	
		resp. č. 78	0	3	1	0	0	3	2	
		resp. č. 79	5	3	4	8	4	8	2	
	dívky	resp. č. 80	13	6	10	7	10	10	1	
		resp. č. 81	10	6	8	10	7	13	1	
		resp. č. 82	11	6	6	9	7	11	3	
		resp. č. 83	5	8	5	3	13	12	1	
		resp. č. 84	8	3	5	7	5	8	2	
		resp. č. 85	6	11	10	9	4	7	2	
		resp. č. 86	8	10	7	9	8	9	3	
		resp. č. 87	2	7	7	6	2	9	3	
		resp. č. 88	9	13	7	4	6	9	1	
		chlapci	resp. č. 89	3	4	4	13	2	6	2
			resp. č. 90	1	5	3	4	2	3	3
			resp. č. 91	3	6	9	5	6	5	4
			resp. č. 92	4	8	5	3	5	5	2
			resp. č. 93	5	2	6	7	3	13	5
resp. č. 94	2		2	3	7	1	7	2		
resp. č. 95	3		3	4	4	4	3	1		
resp. č. 96	0		4	4	7	2	3	3		
resp. č. 97	0		6	6	0	1	2	6		

	zvýšené hodnoty, nadhodnocení
	podhodnocení

