

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE**

**NEUROTICISMUS U DĚTÍ ZÁKLADNÍ ŠKOLY A VÍCELETÉHO
GYMNÁZIA**
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dominika Kozová

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Plzeň, 2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne 23. 4. 2020

.....
Dominika Kozová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych tímto poděkovala doc. PhDr. Janě Miňhové, CSc. za vlídný přístup při konzultacích, věcné připomínky a odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji také Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za trpělivost a ochotné poskytnutí rad k výzkumné části práce. Dále chci poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, a především mé rodině za psychickou podporu.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	2
ÚVOD	3
TEORETICKÁ ČÁST	5
1 NEUROTICISMUS	5
2 NEUROTICKÉ PORUCHY	6
2.1 DEFINICE NEUROTICKÝCH PORUCH	6
2.2 ETIOLOGIE NEUROTICKÝCH PORUCH	7
2.3 KLINICKÝ OBRAZ NEUROTICKÝCH PORUCH	8
2.4 DĚLENÍ NEUROTICKÝCH PORUCH	9
2.4.1 Úzkostné poruchy	9
2.4.2 Obsedantně kompulzivní porucha (F42)	13
2.4.3 Reakce na závažný stres a poruch přízpůsobení (F43)	14
2.4.4 Disociativní (konverzní) poruchy (F44)	19
2.4.5 Somatoformní poruchy (F45)	22
2.4.6 Jiné neurotické poruchy (F48)	24
3 NEUROTICKÉ PORUCHY U DĚTÍ A MLADISTVÝCH	26
3.1 CHARAKTERISTIKA NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ A MLADISTVÝCH	26
3.2 PŘÍČINY VZNIKU NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ A MLADISTVÝCH	26
3.3 PROJEVY NEUROTICHNOSTI U DĚTÍ A MLADISTVÝCH	27
3.4 PREVENCE NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ A MLADISTVÝCH	28
4 VÝVOJOVĚ-PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU	29
4.1 ŠKOLNÍ VĚK	29
4.2 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK	30
4.3 PUBESCENCE	32
PRAKTICKÁ ČÁST	36
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	36
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	36
5.2 FORMULACE VÝZKUMNÝCH ÚKOLŮ	36
5.3 DEFINOVÁNÍ ZKOUMANÉHO VZORKU	36
5.4 KONCEPCE VÝZKUMU A METODY SBĚRU DAT	36
5.5 METODY PRÁCE S DATY	37
5.6 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
5.7 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
5.7.1 Celková charakteristika zkoumaného vzorku	38
5.7.2 Porovnání neurotických žáků na základní škole a na víceletém gymnáziu	41
ZÁVĚR A DISKUSE	52
RESUMÉ	54
SUMMARY	54
SEZNAM LITERATURY	55
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	57
PŘÍLOHY	
Příloha č. 1 Dotazník	

SEZNAM ZKRATEK

CNS	centrální nervový systém
OCD	obsedantně-kompulzivní porucha (z anglického obsessive-compulsive disorder)
PTSD	posttraumatická stresová porucha (z anglického Posttraumatic Stress Disorder)
SMODCH	směrodatná odchylka

Úvod

V této bakalářské práci se zaměříme na neuroticismus u dětí základní školy a víceletého gymnázia. Již zmíněné téma jsem si vybrala ze dvou důvodů. V první řadě mám k dětem blízký vztah a ráda bych, aby se má budoucí profese týkala právě dětí. V druhé řadě však proto, že mě problematika neuroticismu zajímá, jelikož je to dle mého názoru velmi aktuální téma.

Důvodů náchylnosti k neurotickým potížím je celá řada. Může se jednat o genetickou, organickou i konstituční podmíněnost, ale hlavně o to, že dnešní uspěchaná a stresující doba staví jedince do zátěžových a konfliktních situací, které mohou způsobovat duševní nerovnováhu, tedy vznik neurotické poruchy. Neurózy jsou považovány za lehčí formy poruch, ale myslím si, že i přesto by si zasloužily více pozornosti odborníků, jelikož jejich výskyt v populaci je čím dál častější. Je těžké odhadnout procento jedinců trpících neurotickými obtížemi, poněvadž mnoho z nich si své problémy buď neuvědomuje, anebo nevyhledá odbornou pomoc. Neuroticismus zjišťujeme asi u 15–20 % populace, do které mimo dospělých patří i mládež a děti.

Rozhodla jsem se problematiku neuroticismu vztáhnout právě na děti školního věku, protože si myslím, že bude zajímavé zjistit, jak stresory spojené se studiem a jinými faktory na základní škole a víceletém gymnáziu ovlivňují jejich osobnost a zároveň vznik této „nemoci“. Sociální a edukativní prostředí hraje v životě dítěte velkou roli a pokud se setkáme s nežádoucími podmínkami, které na děti působí, může se jednat o důvod zvýšeného neuroticismu.

Teoretická část mé bakalářské práce bude rozdělena do tří hlavních částí. První část bude patřit výkladu pojmu neuroticismus a následně se budeme zabývat samotnými neurotickými poruchami. Jejich definicemi, etiologií, klinickým obrazem a jejich klasifikací. Nebude chybět ani popis příznaků, prognózy a léčby neurotických poruch. V druhé části této práce budou charakterizovány neurotické poruchy u dětí a mladistvých. Třetí část se bude týkat vývojově – psychologické charakteristice dětí školního věku, kde se budu snažit popsat základní atributy tohoto období.

Praktická část této práce bude zahrnovat výzkum, který se zaměří na děti školního věku. Pomocí dotazníků se pokusíme zjistit míru neuroticismu u dětí základní školy a dětí víceletého gymnázia.

Výzkum bude probíhat na 3. ZŠ Beroun, Wagnerovo náměstí a na Gymnáziu Joachima Barranda v Berouně. Zajímat nás bude jakou měrou neuroticismu jsou postiženi žáci v mém zkoumaném vzorku. Dále, jestli se neuroticismus projevuje více u dětí na základní škole nebo spíše na víceletém gymnáziu a zda-li má v neurotičnosti žáků nějakou roli pohlaví a věk.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEUROTICISMUS

Pojem neuroticismus je dle psychologického lexikonu vymezen jako dimenze osobnosti příznačná přibližně klinickému obrazu neurastenie, což znamená podrážděnost, únavnost, duševní vypětí a slabost, která je součástí mnohých testů osobnosti. S tímto pojmem se setkáváme převážně u H. J. Eysencka. V roce 1947 to byl právě on, kdo přišel s tímto termínem a charakterizoval ho jako vrozenou dimenzi temperamentu (Lovasová, 2017).

Lovasová (2017) uvádí, že neuroticismus je vedle extravertze a psychoticismu jedním z faktorů osobnosti, které Hans Jürgen Eysenck vyčlenil. Osobu s nízkým neuroticismem označuje jako emočně stabilní, tudíž klidnou a vyrovnanou. Na druhé straně osobu s vysokým neuroticismem značí jako emočně labilní se sklonem k úzkostem a starostem. Neuroticismus se dle Eysencka (in Lovasová, 2017) projevuje úzkostí, depresiemi, iracionálními a kolísavými náladami, citovou, emoční vratkostí a menší frustrační tolerancí. S pojmem neuroticismus se můžeme setkat i u českých autorů. Dobiáš (1974) používá pro tento pojem souznačný výraz, a to „zvýšená emocionalita a instabilita“, Vondráček (1972) „neuropatie“ a Knobloch (1956) „neurotičnost“.

V literatuře se můžeme setkat s dvěma pojmy, které je důležité nezaměňovat mezi sebou. Jedná se o neuroticismus a neurózu. Na vztah mezi „neuroticismem“ a „neurózou“ (neurotickou poruchou) pohlížejí autoři různým způsobem.

V této práci budeme vycházet z Eysenckova pojetí, který neuroticismus charakterizuje jako tendenci a dispozici k neurotickému onemocnění. Na tomto základě můžeme říct, že neuróza je určitá psychická porucha a neuroticismus představuje jakousi možnou geneticky podmíněnou náchylnost k tomuto onemocnění. Jinými slovy by se dalo tvrdit, že neurotický člověk může, ale zároveň nemusí trpět neurotickou poruchou (Lovasová, 2017). I přesto, že se zvýšený neuroticismus významně podílí na vzniku neurotické poruchy, tak tento vliv zdaleka nestačí. Svůj podíl na etiologii neuróz mají i jiné faktory, které hrají svou roli. Příčinami a jednotlivými neurotickými poruchami se v práci budeme ještě dále podrobněji zabývat.

2 NEUROTICKÉ PORUCHY

2.1 DEFINICE NEUROTICKÝCH PORUCH

V dřívější době se dle deváté revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou se řídí termíny v oblasti medicíny, užíval pojem „neuróza“. V nynější desáté revizi MKN byl termín „neuróza“ nahrazen výrazem „neurotické poruchy“. Tyto dva pojmy mají, tudíž stejný význam. I přesto, že je tento termín kritizován a podrobován diskuzi, v klinické či psychiatrické praxi se však stále můžeme s pojmem „neuróza“ často setkat (Miňhová, Lovasová, 2018).

Není reálné neurotické poruchy popsat jedinou definicí. V literatuře se můžeme potkat s celou řadou vymezení tohoto pojmu. Ráda bych v následujícím textu uvedla alespoň některé z nich.

Podle Knoblocha (1956, s. 26) jsou neurózy „poruchou adaptace člověka k jeho okolí, zvláště společenskému, poruchou nejvyšších regulací a jemných koordinací funkcí somatických a vegetativně viscerálních.“

Definice Vondráčka (1972, s. 34) zní: „Neuróza je funkční, reverzibilní porucha vyšší nervové činnosti, která se projevuje poruchou adaptace na vnější prostředí a má řadu příznaků duševních a tělesných.“

V pojetí Fischera (1963, s. 63) je neuróza „onemocnění vyvolané poruchou CNS. Nese s sebou sníženou adaptační schopnost jedince na prostředí, v němž žije.“

Vágnerová (1999) tvrdí, že neurotické poruchy jsou funkčními poruchami (bez organických příčin). Vyznačují se narušenými emocemi, což může způsobit neobvyklé fyziologické reakce, prožívání a chování člověka.

Pfeifer (1995) tvrdí, že diagnózu neurotické poruchy lze přisuzovat člověku, který prožívá náročné životní změny. Nejčastěji podle něj těmito obtížemi trpí lidé mezi 25. a 40. rokem. Je to období kdy, se člověk musí vyrovnat s nároky dospělosti, nést určitou zodpovědnost, přijmout nové role a pozice. Mimo jiné jde o dobu hledání stálého partnera, budování profesní kariery nebo zakládání rodiny. Pro některé lidi to může být těžko zvladatelné. Takové nároky mohou vést k neurotickým potížím a důsledkům jako je například snížení výkonnosti nebo ztráta chuti k životu.

Vondráček a Holub (2003, s. 262) tvrdí, že neuróza je onemocnění, která nemá anatomický nález. Tato nemoc je dána funkční poruchou nervové činnosti, která se projevuje mnoha tělesnými i duševními příznaky. Autoři ve své knize upozorňují také na důležitý fakt „nemoc je vyléčitelná a nikdo na neurózu nikdy neumřel.“

Pohledy jednotlivých autorů na neurotické poruchy jsou velmi pestré a různorodé. V některých podrobnostech se liší, ale můžeme se všimnout i mnoha společných znaků. Shodneme se tedy na tom, že neurotická porucha je funkční duševní porucha, který vychází z náročné životní situace, negativně ovlivňuje chování a prožívání člověka a má řadu duševních a tělesných příznaků, které jsou subjektem pocíťovány nepříznivě. Objevuje se nadměrný a opakující se pocit úzkosti. Touto chorobou trpí velká část populace, ale naštěstí je považována za léčitelnou.

2.2 ETIOLOGIE NEUROTICKÝCH PORUCH

Názory na etiologii, stejně jako na definici neurózy, nejsou jednotné a ustálené. Hypotézy se v průběhu vývoje měnily a ani v dnešní době není řešení na tuto otázku vyjasněno.

Můžeme se setkat se dvěma extrémními názory při interpretaci etiologie neuróz. Jde buď o nadměrné zdůrazňování endogenních faktorů a pomíjení vlivu vnějšího prostředí nebo naopak naprosté odmítání vnitřních činitelů. Oba tyto názory jsou však nesprávné (Miňhová, Lovasová, 2018).

Vágnerová (1999) tvrdí, že každý člověk reaguje na podněty kolem sebe různým způsobem, což je dáno dědičnými předpoklady. Na druhou stranu svou roli hraje i vliv vnějších faktorů, to znamená, že je jedinec ovlivňován určitou zkušeností. Činitelé, které mohou způsobit riziko vzniku neurotických potíží lze rozdělit do dvou hlavních skupin: vrozené dispozice a vnější, psychosociální vlivy. Z hlediska biologického hraje při vzniku neuróz svou roli dědičnost. Podstatné jsou i vrozené temperamentové znaky, fungování vegetativního systému, stabilita psychických reakcí a individuální rysy.

Orel (2012) tvrdí, že jedním z rizikových faktorů může být funkční nezralost CNS a nadměrná aktivace sympatické části autonomního nervového systému.

Podle Vencovského a Dobiáše (1976) může dojít k neuróze i kvůli běžným životním situacím, pokud je založení nervové soustavy jedince velmi křehké. Na druhou stranu nečekané, silné a zdrcující zážitky mohou způsobit neurózu i u silného nervového typu.

Z pohledu Vágnerové (1999) mohou neurotické reakce vyvolat nepřiměřené nároky prostředí a špatná schopnost adaptace i v běžných podmínkách. Tyto podmínky se mohou zdát subjektivně nezvladatelné. Člověk se těmito nepříjemným a rušivým podnětům brání a zaujímá k nim většinou negativní postoj.

Neuróza podle Vondráčka (1972) může být reakcí na dlouhodobou frustrační situaci, traumatizující událost nebo duševní otřes způsobený úmrtím blízkého člověka či přírodní katastrofou.

Stanislav Kratochvíl (2006) uvádí jako možné příčiny vzniku neuróz například: úraz, přepracování, oslabení organismu, nedostatek energie, špatná životospráva nebo slabá nervová soustava.

Mezi další důvody zrodu neurotických poruch patří například přeplněná domácnost, špatné poměry v rodině, v erotických nebo přátelských vztazích, sebepodceňování, nedostatek lásky a sociálních vztahů nebo překážky v uskutečňování životních aspirací (Vencovský, Dobiáš, 1976).

Ať už jde o vnitřní nebo vnější události, většinou všechny nakonec vedou k jedné z hlavních příčin a tou je konflikt. Konflikt znamená střetnutí dvou a více protichůdných sil, potřeb, přání, tendencí na lidský organismus. Jestliže se tyto síly nedají po určitý čas řešit, je možné upadnout do úzkosti, bezradnosti, nejistoty nebo poplachu. Existují jak vnější konflikty, tedy většinou nějaké hádky nebo střety s lidmi v blízkém okolí, tak i vnitřní, které se odehrávají uvnitř nás (Vencovský, Dobiáš, 1976).

Etiologie neurotických poruch je opravdu velmi rozmanitá. Podle všech autorů je velká škála možných příčin vzniku, jak už z oblasti biologické, sociální, tak psychologické.

2.3 KLINICKÝ OBRAZ NEUROTICKÝCH PORUCH

Neurotické poruchy mohou mít nespecifické i specifické příznaky. Některé z nich mohou být typické pro více forem neurózy, jiné pouze pro jednu konkrétní (Miňhová, Lovasová, 2018).

Nejčastější symptomy neurotických poruch (Miňhová, Lovasová, 2018):

- bolesti hlavy či zad,
- porucha denní životosprávy,
- zlozvyky, tiky,
- vtíravé myšlenky,
- negativní emoce,
- porucha spánku,
- psychomotorický neklid a nesoustředěnost,
- řečové poruchy,
- fobie,
- úzkost a strach,
- deprese.

2.4 DĚLENÍ NEUROTICKÝCH PORUCH

2.4.1 ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Úzkost se definuje jako subjektivně prožívaný nepříjemný citový stav. Člověk prožívá opakovaný pocit strachu, úzkosti a napětí z obavy, která nemá přesný obsah. Připadá si jako by byl v nějaké nebezpečné pasti, z které není úniku a z toho důvodu se cítí bezradný. Tyto pocity bývají spojené s vegetativními projevy, jako je například bolest hlavy, bušení srdce, pocení, chvění nebo zrychlený dech. Ve chvíli, kdy se objeví úzkostná ataka, potřebuje mít jedinec vedle sebe blízkou osobu, která by mu poskytla oporu. Tento stav může být natolik silný, že pacient trpí utkvělou představou, že je vážně nemocný a umírá. Poté, co si vymůže okamžité lékařské vyšetření, se zjistí, že se o vážnou chorobu nejedná a nic mu nehrozí (Kratochvíl, 2000).

Úzkost není vázaná na určitý objekt, pokud se tedy obavy (strach) týkají konkrétní situace, které se lidé běžně nebojí, jedná se o fobii. Jedinec si uvědomuje nesmyslnost svého strachu, ale nedokáže ho ovládat (Svoboda et al., 2015).

Horney (2007) tvrdí, že pojem úzkost se dá používat jako synonymum ke strachu. Oba tyto pojmy mají totiž dosti společného, ale zároveň je mezi nimi rozdíl, proto je důležité umět je od sebe navzájem odlišit.

U všech poruch úzkostného ladění je nejvhodnější psychoterapie. Účelné je využívání kognitivně-behaviorální terapie, ale mnohdy je užitečná i hypnóza nebo relaxační techniky. Podle důkladného zvážení je vhodné psychoterapii doplnit i farmakoterapií. Nejčastěji se využívají benzodiazepiny, které účinkují rychle, proto jsou vhodné pro pacienty s akutní úzkostí. Benzodiazepiny se většinou nasadí ze začátku léčby a poté jsou výhodnější antidepressiva při dlouhodobé léčbě (Malá, Pavlovský, 2002).

Fobické úzkostné poruchy (F40)

Základem fobické úzkostné poruchy je fobie, tedy nějaká reakce v podobě strachu vycházející z úzkostného pocitu. Jak už jsem se zmínila, tento typ problému je vázán k určitému podnětu, lidem či situaci. Člověk má iracionální strach z něčeho, co pro něj ve skutečnosti vůbec nebezpečné není a nijak ho to neohrožuje. Vše se odehrává pouze v hlavě nemocného pacienta. Mohou nastat situace, kdy se jedinec trpící touto poruchou snaží svému strachu postavit, jelikož si uvědomuje své nepřiměřené chování. Bohužel se však někdy snaží své obavy překonat až přehnaným způsobem, což mu může ještě více uškodit (Vágnerová, 1999).

Agorafobie (F40.0)

Název agorafobie vznikl ze starořeckého slova fobos, tedy strach a agora, což znamená tržiště. Jedná se o druh strachu, který jedinec pociťuje z otevřených prostranství, z přeplněných míst, ze supermarketů, shluku lidí, z divadel, jízdy výtahem nebo cestování dopravními prostředky (Praško, 2005).

V případě agorafobie je podnětem vyvolávající pocit úzkosti přílišné vzdálení se od domova, kde se jedinec cítí v bezpečí. Úzkost nositele se zvyšuje s představou, že únik není reálný nebo že se ocitne v nepříznivé situaci a nikdo mu nepomůže. U tohoto pacienta je časté vyhýbavé chování. Nechce na sebe upoutávat pozornost a bojí se, co by tomu řekli lidé, kdyby viděli jeho ztrátu sebeovládání a paniku. Bojí se, že následkem může omdlít, neudrží stolici, začne ječet nebo dostane infarkt (Praško et al., 2008).

Sociální fobie (F40.1)

Sociální fobie se projevuje strachem z cizích lidí a zároveň ze sociálních situací, kde se postižení mohou stát objektem pozorování a následného posuzování, zesměšňování nebo ztrapňování. V případě, že se dotýčný v takové situaci ocitne, objevují se fyzické symptomy jako je třes rukou, pocení, červenání atd. Jedinci s touto poruchou mají obvykle nízké sebevědomí a strach z kritiky (Praško et al., 2008). Může jim to umožňovat jisté komplikace při navazování přátelských nebo partnerských vztahů, vzdělávání nebo pracovní kariéře. K překonání nejistoty a nepříjemných pocitů přistupují k radikálním řešením, jako je užívání alkoholu nebo prášků na uklidnění. Tato psychická porucha je velmi rozšířená a může začínat již v pubertě. Pokud není včasné identifikovaná a vhodně léčená může to pro postiženého jedince znamenat omezení v jeho životě (Praško, 2005).

Specifické (izolované) fobie (F40.2)

Specifická izolovaná fobie se symptomy příliš neodlišuje od jiných typů úzkostí (Praško et al., 2008). Tento druh poruchy obvykle spouští iracionální strach z konkrétních velice specifických objektů nebo situací. Úzkost a obavy se váží pouze s nimi, což znamená, že postižený trpí úzkostnými pocity pouze tehdy, když se s předmětem fobie dostane přímo do kontaktu nebo do potencionálního setkání. Obvykle nejde jen o přímý strach, ale strach z důsledků, které by mohly nastat. I přesto, že si pacient uvědomuje nesmyslnost svých obav, tak ani snaha o utvrzení, že se není čeho bát, nezabírá. Tyto nepříjemné pocity mohou vést k nadměrnému stresu, což následně způsobuje problémy v běžném životě. Z tohoto důvodu nastává vyhýbavé chování, kterým se snaží postižená osoba úzkost minimalizovat (Praško, 2005).

Specifické fobie lze rozdělit do několika subtypů (Praško, 2005):

- ze zvířat (například: bodavý hmyz, psi, kočky),
- z přírodních živlů (například: bouřka, voda, výšky),
- z injekcí, krve, zranění,
- z určitých míst (například: být ve výtahu, v letadle, na mostě, v uzavřeném prostoru),

- jiné (například strach z pohlavních nemocí, ze zvracení, z požívání určitých jídel nebo z hlasitých zvuků).

Existuje velké množství různých druhů fobií. Člověk může zažívat pocit strachu naprosto z čehokoli. Příkladem specifických fobií může být třeba (Praško, 2005):

- gefyrofobie (strach z mostů),
- aichmofobie (strach z ostrých předmětů),
- ailurofobie (strach z koček),
- klaustrofobie (strach z uzavřených prostor),
- brontofobie (strach z hromu),
- nyktofobie (strach ze tmy).

Jiné fobické úzkostné poruchy (F41)

Hlavním prvkem tohoto onemocnění je úzkost, která se neváže k žádnému specifickému podnětu ani situaci (Svoboda et al., 2015).

Panická porucha (F41.0)

Panická porucha neboli epizodická paroxyzmální úzkost se projevuje opakovanými masivními záchvaty úzkosti (paniky) (Svoboda et al., 2015). Tyto záchvaty přicházejí nečekaně, jako blesk z čistého nebe a jsou doprovázeny vegetativními projevy, jako je například bušení srdce, bolest na hrudi, závratě nebo pocity depersonalizace (neskutečnosti). Jednotlivé ataky většinou trvají 5 až 20 minut a nejsou vázány na určitou situaci nebo podnět. Při záchvatu dochází u pacienta ke strachu ze ztráty sebekontroly, nebo že se přihodí něco strašlivého (Praško, 2005).

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

Hlavním příznakem této poruchy je trvalá úzkost. Člověk zasažený touto nemocí se nadměrně zaobírá stresujícími myšlenkami a starostmi, které se týkají běžného každodenního života. Hlavní náplní těchto myšlenek je strach, že se někomu z blízkých něco přihodí, strach z neúspěchů v práci, obava o finanční prostředky, obava o zdraví svoje nebo svých dětí a podobně. To vede k nadměrné únavě, úzkostem, špatné koncentraci nebo tělesným potížím. Nejčastějšími tělesnými příznaky bývá bolest hlavy,

závratě, bušení srdce, nevolnost, průjem nebo třes. Jelikož lidé trpící generalizovanou úzkostnou poruchou mají potíže relaxovat a uvolnit se, nejčastěji se tyto potíže objevují v době dovolených nebo o víkendech. V době, kdy je člověk v klidu a má více času pro sebe, tak je mnohem těžší se oprostít od úzkostných myšlenek (Praško, 2005).

Směšeně úzkostná depresivní porucha (F41.2)

Již ze samotného názvu vyplývá, že pacienti smíšené úzkostné depresivní poruchy trpí příznaky jak úzkosti, tak deprese. Příznaky deprese a úzkosti však nejsou natolik zřetelné, aby došlo k určení diagnózy pro kteroukoli z poruch. Mezi typické příznaky patří bolest hlavy, pocity únavy, podrážděnost, problémy se spánkem, častý pláč nebo pesimismu (Svoboda et al., 2015).

2.4.2 OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA (F42)

Obsedantně kompulzivní poruchu můžeme často vidět ve zkráceném názvu OCD z anglického obsessive compulsive disorder. Tato porucha patří k častěji vyskytovaným nemocím v populaci a mohou jí trpět jak děti, tak dospělí. Přesněji řečeno obsedantně kompulzivní porucha zasahuje přibližně 2,5 % obyvatelstva (Jirků, 2018).

Pro tento druh poruchy jsou typické obsese a kompulze, které v člověku vyvolávají úzkost, tíseň a nepříjemný tlak. Obsese jsou vtíravé a opakované myšlenky, které pacient i přes svou snahu nemůže potlačit. Tyto obsedantní myšlenky se poté snaží zmírnit stereotypním jednáním podle určitých pravidel, kterému říkáme kompulze (Jirků, 2018).

Typické pro obsese je například strach ze špíny, z nakažení, z toho, že nebylo něco uděláno, strach ze smrti, nebo strach, že někomu ublíží. OCD se na rozdíl od některých psychotických onemocnění, liší tím, že si pacienti uvědomují, že tyto myšlenky jim do hlavy nevkládá nikdo jiný, ale že je vytváří jejich mysl (Jirků, 2002).

Což se týká kompulzí, tak pro tyto činy jsou typické určité kompulzivní rituály. Často to bývá opakování si v duchu určitou větu, mytí rukou přesně patnáct minut, desetkrát zkusit, jestli jsou opravdu zamčené dveře a tak podobně (Malá, Pavlovský, 2002).

Příčiny OCD nejsou přesně známy. Jednou z příčin může být pedantský vliv rodiny, kde probíhal přílišný důraz na čistotu, pořádek a celkové uspořádání. Existuje možnost i genetického podmínění, ale to není zcela prokázáno (Jirků, 2018).

Obsedantně kompulzivní porucha je chronické onemocnění, které může negativně ovlivnit všechny stránky pacientova života, proto je vhodné se ho snažit včas léčit (Malá, Pavlovský, 2018).

2.4.3 REAKCE NA ZÁVAŽNÝ STRES A PORUCH PŘIZPŮBENÍ (F43)

Dalo by se říct, že stres je stav živého organismu, který je vystaven nepřiměřené zátěži, a proto musí mobilizovat své rezervy k následné obraně.

Stresová reakce je opravdu starý mechanismus, což se týká vývoje. Jak už v minulých dobách, tak dnes je tato reakce velmi prospěšná a nezbytná pro náš život. Jistá míra stresu je pro náš organismus vhodná, protože upozorňuje před nebezpečím, dostává nás do pohotovosti a udržuje nás v ní do doby, dokud nebezpečí nepomine. Všeho samozřejmě moc škodí. Pokud stres trvá příliš dlouho a přidává na intenzitě, může způsobit potíže, jak psychické (například deprese, nebo úzkosti) tak i somatické (příkladem mohou být žaludeční vředy nebo porucha imunity) (Praško et al., 2003).

Spouštěčem stresových reakcí jsou stresory, které bývají individuální. Stresorem může být dlouhodobé zatížení nebo jednorázová záležitost v podobě traumatického zážitku. Může jít o ztrátu blízkého člověka, znásilnění, přepadení nebo činnost živlů (Vágnerová, 1999).

Vypořádání se se stresorem záleží na schopnosti adaptace a psychice jedince. Nadměrná zátěž může způsobit různé poruchy, které si dále popíšeme (Vágnerová, 1999).

Akutní reakce na stres (F43.0)

Jde o přechodnou duševní poruchu, která se projevuje jako reakce na nepříznivou, stresující událost. Po zahájení odezvy dochází poměrně k rychlému odeznění v průběhu několika hodin v horším případě i dnů (Vágnerová, 1999).

Pokud dojde k akutní stresové reakci, tak první fází bývá šok. V takovém případě dochází k jistému „ustrnutí“, což znamená, že člověk není schopen komunikovat ani se hýbat. V druhé fázi diferenciačního obranného stylu člověk může ještě více ustrnout nebo naopak začne být nadměrně hyperaktivní. Emoční projevy mohou být různorodé. Na jedné straně člověk nemusí pociťovat vůbec nic a na druhé straně může prožívat velkou směs pocitů. Objevují se pocity beznaděje, úzkosti, strachu nebo zloby. Mimo jiné se může vyskytovat porucha paměti v podobě částečné nebo úplně amnézie. Nechybí ani vegetativní projevy jako je například nadměrné pocení (Vágnerová, 1999).

Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) trpí minimálně 10% populace, kteří byli vystaveni nějaké traumatizující události, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost (Praško et al., 2003).

Traumatické události mohou být nejrůznějšího druhu. Nejčastější jsou to traumatické nehody, jako je například nějaké neštěstí při autohavárii nebo katastrofy, které jsou už většího rozsahu.

Katastrofy je možné rozdělit do tří základních kategorií:

Katastrofy způsobené člověkem, kam patří například (Praško et al., 2003):

- dopravní neštěstí (v autě, ve vlaku, v autobuse, v trolejbuse atd.),
- lodní nebo letecké katastrofy,
- kolapsy budov a mostů,
- výbuchy plynů a požáry,
- nukleární katastrofy.

Přírodní katastrofy, sem patří například (Praško et al., 2003):

- povodně a tsunami,
- zemětřesení,
- lesní požáry,
- výbuchy sopky,
- laviny.

Kriminální nebo teroristické katastrofy, se můžeme zařadit například (Praško et al., 2003):

- přepadení, znásilnění, kriminální činy,
- sexuální zneužívání,
- válka,
- útoky teroristů,
- mučení.

Příčinou posttraumatické stresové poruchy nemusí být vždy událost, která člověka ohrožuje na životě. Pokud v ní jedinec prožívá úzkost, bezmoc, ztrátu sebekontroly a duševní bolest, může pro něj být stejným spouštěčem. Za takové události můžeme považovat především nečekané úmrtí blízké osoby, zejména rodiče, partnera nebo dítěte, těžké operační zákroky, ztrátu zaměstnání, rozchod, rozvod nebo hrůzostrašné zážitky při experimentování s drogami. Posttraumatickou stresovou poruchu rozvíjí těžké životní události, ale k rozvoji velmi přispívá také zranitelnost a citlivost organismu jedince (Praško et al., 2003).

„Co je příčinou toho, že jeden člověk po setkání s určitým stresorem prožívá silnou stresovou reakci a má potíže adaptovat se a jiný ve stejné situaci nikoliv?“ (Praško et al., 2003, s. 51) Důvodů může být spousta. Velkou roli hraje vrozená zranitelnost, která je do velké míry způsobená dědičnými faktory, jako je například mozková dysfunkce nebo vrozené temperamentové vlastnosti. Další příčinou může být předčasné odloučení od matky, což způsobuje nedostatečný pocit bezpečí. Velkým faktorem je vliv výchovy. Úzkostná matka nebo otec fungují jako vzor pro dítě do budoucího života. Trestající, kritizující nebo odmítající výchovný styl či výchova k přehnanému perfekcionismu vede také k vyvinutí zranitelných a úzkostných postojů jak k sobě, tak ke druhým (Praško et al., 2003).

O posttraumatickou stresovou poruchu se jedná tehdy, pokud vzniká do šesti měsíců od kritické události a její trvání je delší než jeden měsíc. PTSD se totiž nemusí projevit záhy po konkrétní příhodě, někdy to může trvat čtyři týdny i déle (Vágnerová, 1999). U každého jedince se průběh poruchy může lišit. Někdo se s traumatizujícím zážitkem umí vypořádat lépe a příznaky postupně odeznějí samy, u jiného to může trvat roky nebo dokonce i celý život. Prožití traumatického zážitku ovšem nemusí vždycky znamenat, že se PTSD rozvine. Záleží na tom, jak těžký zážitek to byl a také na podpoře ostatních (Praško et al., 2003).

Prognózu může komplikovat i nějaký jiný problém, kterým jedinec trpěl ještě před traumatem. Většinou se jedná o depresi, užívání drog a alkoholu (Praško et al., 2003).

V každém případě ať už je člověk jakkoli silná osobnost s jakkoli kvalitními dispozicemi, vždy je důležité, aby se svěřil se svými prožitky někomu blízkému nebo vyhledal odbornou pomoc (Praško et al., 2003).

„Odborníci rozdělují příznaky posttraumatické stresové poruchy do čtyř hlavních skupin“ (Praško et al., 2003, s. 32):

- dotírající vzpomínky a sny,
- ztráta pozitivních emocí,
- vyhýbání se,
- zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.

Nejčastější příznak PTSD bývá rozpomínání na trauma. Lidi, kteří jsou postiženi touto poruchou, často trápí vtíravé myšlenky, které jsou natolik živé, že vyvolávají pocit úzkosti a bezmoci. Jelikož jsou tyto myšlenky bolestivé a vysilující, snaží se je postižený potlačit, takovému jevu říkáme takzvaně mentální vyhýbání (Praško et al., 2003).

Pokud byl prožitek opravdu silný, může dojít k takzvanému znovuprožívání. V takovém případě má jedinec pocit, jako by se trauma, které prožil, opět odehrávalo (Praško et al., 2003).

Traumatická událost se může vracet i v hrůzných snech. Jedinec může křičet ze spaní, náhle se probudit vylekaný, zpcený a s tlučícím srdcem (Praško et al., 2003).

Postižení jedince se snaží potlačit veškeré emoce a vzpomínky týkající se traumatického prožitku. Často mají pocit viny a obviňují sami sebe, že mohli něco říct nebo udělat jinak, aby příhodě zabránili (Praško et al., 2003).

Lidé, kteří prožili trauma, se snaží vyhýbat všemu, co by jim onen zážitek připomnělo. Vyhýbají se rozhovoru o traumatu, filmům, místům, lidem nebo článkům na podobné téma. Spouštěčem tedy bývá jakýkoli podnět, který nějak souvisí s prožitou událostí (Praško et al., 2003).

Dost často také dochází k vyhýbání se blízkému vztahu, což způsobuje osamělost. Postižení mají strach druhému projevit náklonnost a emoce, jelikož se bojí, že jim ublíží, i přesto že k tomu není opodstatněný důvod. S tím souvisí prožívaná emoční otupělost, která je způsobená celkovým vyčerpáním. Jedinci nejsou schopni se radovat ze života, přestávají se zabývat svými koníčky a věcmi, které jim dělali radost a vykonávají pouze nejnnutnější činnosti. Necítí pocit uspokojení, naplnění nebo vztahové emoce (Praško et al., 2003; Vágnerová, 1999).

Neustálá úzkost, napětí a stres vede k horšímu soustředění, k podrážděnosti, nadměrné bdělosti a konfliktům. Pacienti mají problém s ovládním vzhledem ke své zlosti a snadno tím vznikají hádky jak s cizími lidmi, tak s přáteli, s příbuznými nebo lidmi v práci (Praško et al., 2003).

Úzkostné emoce často doprovázejí i vegetativní příznaky. Mezi nejčastější patří bušení srdce, bolest břicha, zrychlené dýchání, svírání na hrudi, pocení, zvracení, bolesti zad nebo mravenčení v končetinách (Praško et al., 2003).

Základem léčení posttraumatické stresové poruchy je psychoterapie, která obvykle trvá šest až dvanáct týdnů. Psychoterapeutický přístup nabízí bezpečné prostředí, ve kterém člověk může sdělit vše co ho trýzní. Psychoterapie pomáhá úzkostnému jedinci pochopit změny, které se s ním dějí, zmírnit jeho pocity viny a studu i získat opět kontrolu nad svým chováním, myšlenkami a emocemi. Úkolem psychoterapie je mimo jiné, aby postižený dokázal přijmout trauma, které se odehrálo, a uměl se s ním vyrovnat natolik, aby mu nezasahovalo do jeho nynějšího života. Důležitá je individuální, skupinová, ale i kognitivně-behaviorální terapie. Její efekt mohou pozitivně ovlivnit i léky jako jsou benzodiazepiny a antidepresiva (Praško et al., 2003).

Poruchy přizpůsobení (F43.2)

Poruchy přizpůsobení se vyvíjí v době nepříznivých životních událostí a adaptace na významné životní změny. Postižený má pocit, že se s neočekávanou situací nedokáže vyrovnat a fungovat tak v běžném životě. Následkem toho se mohou u postiženého jedince objevit deprese, poruchy spánku, anxiozita nebo psychosomatické potíže (Malá, Pavlovský, 2018).

Nejčastěji jsou poruchou přizpůsobení ohroženi adolescenti. V tomto věku je zatěžuje sociální fungování a těžko se vyrovnávají s povinnostmi, které vyplývají z převzetí nových rolí. Symptomatika poruchy přizpůsobení v mladistvém věku je poměrně pestrá. Mohou se u nich objevit poruchy příjmu potravy, útoky z domova, ze školy, depresivní ladění, pití alkoholu, kouření, experimentování s drogami nebo nástup do nevhodného zaměstnání (Malá, Pavlovský, 2018).

2.4.4 DISOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY (F44)

Pro tyto poruchy, dříve označované také jako hysterické neurózy, je typická ztráta integrace mezi pamětí a vědomím, narušení koordinačních pohybů a vlastní identity (Probstová, Pěč, 2014; Vágnerová, 1999). Příčinou těchto projevů bývají traumatické zážitky, konflikty nebo neuspokojené potřeby. Jelikož se člověk s těmito problémy neumí vyrovnat, tak se je snaží potlačit, což pro něj funguje jako určitý druh obrany. Vytěsněné nepříjemné události bohužel však nezmizí, pouze se stanou nevědomými, což může způsobovat řadu tělesných obtíží (Vágnerová, 1999).

Dalo by se říct, že pojem disociace lze chápat jako obraný štít, který jedinec použije, aniž by si to uvědomoval a chránil se tak před svými nezpracovanými psychickými obsahy. Disociace se může vyskytovat i u stabilního a vyrovnaného jedince, pokud byl obětí nějakého neúnosného traumatu, jako je například znásilnění, přepadení, přírodní katastrofa, autonehoda, úraz nebo vážné onemocnění. Větším předpokladem pro výskyt disociativních příznaků je opakované prožívání traumatizace již v dětství (Svoboda et al., 2015).

Konverze představuje jakousi transformaci neúnosných myšlenek a přání do tělesných projevů (Vágnerová, 1999).

Disociace a konverze pomáhají jedinci k vyrovnání se se zátěží, protože jiným způsobem to nedokázal. I když příznaky těchto poruch mohou působit jako záměrná simulace, opak je pravdou. Postižený sám netuší, proč se tyto projevy u něj vyskytly. Můžeme ale říct, že mu přinášejí určité výhody v podobě osvobození se od úzkosti, získání sociálních výhod, v toleranci a menších nárocích, které jsou na něj kladeny. Laikům se může zdát, že jde o záměrnou strategii disponované osoby pro zisk již zmíněných „benefitů“, je tedy potřeba zdůraznit, že jde skutečně o nevědomé reakce (Vágnerová, 1999).

Některé disociativní příznaky mohou odeznít samovolně, vyskytují se ale často případy, kdy je nezbytná psychoterapie. Podstatou léčby je nalezení konkrétní příčiny a dosáhnout lepší psychické stability a reintegraci. Doporučuje se i podávání léku, většinou jde o antidepresiva či anxiolytika (Svoboda et al., 2015).

Disociativní amnézie (F44.0)

Disociativní amnézie zvaná též psychogenní, znamená náhlou poruchu paměti, která je většinou zapříčiněná nějakou traumatickou událostí. Většinou to bývají příhody určitého typu, jako je například zneužívání, kriminální činy nebo smrt blízké osoby. Jedná se o poruchy epizodické paměti projevující se neschopností vybavit si vzpomínku konkrétní události. Dříve získané znalosti a dovednosti jsou nepoškozeny (Svoboda et al., 2015). Paradoxní je, že amnézie může být doprovázená náhlými opakovanými vzpomínkami na prožitou událost, takzvanými „flashbacky“, což znamená určité záblesky minulosti (Probstová, Pěč, 2014).

Psychogenní amnézie bývá úplná nebo selektivní. Na rozdíl od organicky vzniklé amnézie můžeme tento druh poruchy ovlivnit například hypnotickou psychoterapií (Svoboda et al., 2015).

Disociativní fuga (F44.1)

Disociativní fuga neboli útěk je vzácné onemocnění, které se samostatně objevuje jen málokdy. Tento defekt většinou bývá součástí jiných poruch, typickým příkladem je mnohočetná porucha osobnosti. Disociativní fuga obvykle vzniká náhle, jako reakce na závažné psychické zátěže, což může být třeba ztráta jednoho z členů rodiny. Charakteristické jsou neočekávané útoky z místa svého bydliště, během kterých jedinec mění svou identitu a později si na nic z toho nevzpomíná. Cestování může probíhat na jakkoli dlouhou vzdálenost a trvání je nepředvídatelné. Nejčastěji jde o pár dní, ale může se jednat i o týdny nebo dokonce měsíce. Takto dlouhé odloučení od svého domova a práce může způsobit sociální a vztahové problémy, ale také ztrátu zaměstnání (Probstová, Pěč, 2014). Odeznění je postupné, může k němu přispět i hypnóza (Svoboda et al., 2015).

Disociativní stupor (F44.2)

Vznik disociativního stuporu taktéž souvisí s neočekávanou závažnou a stresující událostí. Stupor se objevuje náhle, může trvat hodiny, někdy i dny a většinou samovolně odezní. Pacient obvykle sedí nebo leží bez jakýchkoli pohybů a není schopný normálních a spontánních reakcí na podněty. Vzhledem k tomu, že má pacient otevřené oči, jeho

dýchání a svalový tonus je v normálu, znamená to, že dotyčný nespí a je při vědomí (Svoboda et al., 2015).

Trans a stav posedlosti (F44.3)

Tato porucha také nesouvisí s žádným tělesným onemocněním. Příčinou bývá nějaké psychické trauma nebo intrapsychický konflikt (Probstová, Pěč, 2014).

Trans je náhlá porucha vědomí a osobní identity a projevuje se somatickými příznaky jako je křik, ztráta rovnováhy nebo kolaps. Na rozdíl od transu je chování u stavu posedlosti mnohem komplexnější. Osoba, která trpí touto poruchou, mívá dojem, že je někým posedlá. Trpí představami, že do ní vstoupila jakási nadpozemská síla, která jí ovládá. Může se účastnit různých netypických sexuálních nebo náboženských aktivit. Ve většině případů na stavy transu a posedlosti dochází k úplné amnézii (Svoboda et al., 2015).

Disociativní poruchy motoriky (F44.4)

Člověk trpící poruchou motoriky není schopný vykonávat pohyby svobodnou vůlí. Jeho hybnost je narušená a může dojít k částečnému nebo úplnému ochrnutí určité části těla. Jeho mobilita připomíná neurologické onemocnění, ale příznaky nejsou typické pro postižení nervového systému (Svoboda et al., 2015).

Příklady poruch motoriky (Probstová, Pěč, 2014):

- astazie – neschopnost samostatně stát,
- abázie – bizarní chůze,
- afonie – nemožnost vydávat hlas,
- akineze – neschopnost pohybu.

Disociativní křeče (F44.5)

Pro disociativní křeče existuje mnoho pojmenování, ale za optimální se považuje psychogenní neepileptické záchvaty. Projevem se velmi podobají epileptickým záchvatům, ale můžeme je rozeznat podle toho, že u jedince nedochází k pomočení, pokálení, pokousání jazyka, k vážnému poranění při pádu a chybí i pěna u úst (Praško, 2011). Příčinou bývá silný negativní emoční zážitek a často doprovází depresivní a úzkostné poruchy (Svoboda et al., 2015).

Disociativní porucha citlivosti a poruchy senzorické (F44.6)

Tato porucha často mívá obraz, dystezií a anestezií. Pacienti si často stěžují na necitlivost dolní končetiny, jako by měli na noze punčochu, jde ale spíše o pacientovu představu než o nervové poškození. Zřídka se můžeme setkat funkční hluchotou, anosmií nebo slepotou (Svoboda et al., 2015).

Smíšené disociativní (konverzní) poruchy (F44.7)

Jedná se o kombinaci všech disociativních poruch, které se vyskytují u jednoho a toho samého člověka.

Jiné disociativní (konverzní) poruchy (F44.8)**Ganserův syndrom (F44.80)**

Ganserův syndrom je charakteristický regresivním chováním, nesprávnými, ale „přibližnými“ odpověďmi na otázky a dalšími disociativními příznaky. Je to vzácná porucha, která se vyskytuje většinou u vězňů jako reakce na vězeňské prostředí (Svoboda et al., 2015).

Mnohočetná porucha osobnosti (F44.81)

Můžeme říct, že jde o velmi vzácnou disociativní poruchu, jejímž základním znakem je přítomnost minimálně dvou různých identit v jednom jedinci. Každá osobnost je jedinečná se svými vlastnostmi, dovednostmi a vzpomínkami. Identity se mezi sebou nemísí, jelikož si nejsou vědomi vzájemné existence. Jednotlivé osobnosti střídavě ovládají chování postiženého a objevují se většinou ve specifických situacích. Změna jednotlivých osobností je vždy způsobená prožitým traumatem (Svoboda et al., 2015).

2.4.5 SOMATOFORNÍ PORUCHY (F45)

Jedná se o duševní poruchu, jejímž hlavním znakem jsou tělesné příznaky, které jsou jedincem subjektivně prožívané, ale bez objektivního lékařského potvrzení. Postižení se velice často stěžují na tělesné potíže i přesto, že výsledky vyšetření se vždy prokážou jako negativní (Probstová, Pěč, 2014).

Somatoformní porucha velice připomíná somatická onemocnění, ale jelikož chybí organický náález, nedají se za ně považovat. Potíže bývají způsobené velkým stresem

a psychickými problémy, kterým se tímto zvláštním způsobem postižený jedinec snaží bránit (Vágnerová, 1999).

Somatoformní poruchy se v dnešní době vyskytují poměrně často, ale ve větší míře spíše u žen. Celoživotní prevalence bývá u žen okolo dvou procent a u muže pět až desetkrát méně. Z velké části jsou tyto poruchy součástí depresivních a neurotických poruch (Probstová, Pěč, 2014).

Somatoformní poruchy se nejčastěji léčí antidepresivy, protože se osvědčily jako účinné, zejména v odstranění úzkostné a depresivní symptomatologii (Svoboda et al., 2015).

Somatizační porucha (F45.0)

Somatizační poruchy jsou typické pro rozmanité tělesné symptomy, které musí trvat alespoň dva roky. Problémy se mohou vyskytovat v kterékoli části těla nebo orgánové soustavě. Lokalizace může nastat například v zažívacím ústrojí (bolesti břicha, zácpa, průjem, zvracení) nebo v kardiovaskulárním systému (bolesti na hrudi). Bolesti zad, hlavy, problémy s močovým měchýřem a bolestivá menstruace jsou také jedny z hlavních příznaků (Probstová, Pěč, 2014).

Pacienti trpící touto poruchou se většinou chovají přehnaně dramaticky, jsou zahledění do sebe a snaží se manipulovat s lidmi ve svém okolí. Poměrně časté podrobování se různým vyšetřením a konzultacím i jejich neustále se měnící symptomy, které nejsou nijak potvrzené, jim mnohdy narušují jejich mezilidské vztahy (Svoboda et al., 2015).

Nediferencovaná somatizační porucha (F45.1)

Tato porucha je velmi podobná somatizační poruše, avšak nediferencovaná somatizační porucha se dá diagnostikovat teprve tehdy, vyskytuje-li se alespoň šest různých příznaků aspoň ze dvou orgánových systémů. Pacienti trpící touto nemocí bývají velmi úzkostní, naléhaví a svým lékařům přivádí frustrační pocity vzhledem k jejich permanentnímu bezvýslednému kontaktu (Probstová, Pěč, 2014).

Hypochondrická porucha (F45.2)

Hypochondrická porucha se projevuje opakovaným a nadměrným strachem o svůj zdravotní stav, který trvá nejméně šest měsíců. Postižený jedinec trpí bludnými představami, že má nějaké závažné onemocnění jako je například virus HIV, AIDS nebo

zhoubné nádory. Tyto mylné představy mu způsobují strach o vlastní život, proto velmi často vyhledává lékařskou pomoc. Veškerá snaha lékařů přesvědčit pacienta, že jeho zdravotní stav je zcela v pořádku, nepomáhá, jelikož postižený jedinec je velmi nedůvěřivý (Vágnerová, 1999).

Tuto poruchu velmi často doprovázejí pocity úzkosti a depresivní nálada, která je zapříčiněná především strachem z bolesti a předčasné smrti (Svoboda et al., 2015). Deprese však někdy mohou být natolik silné, že se nakonec jedinec pokusí o ukončení vlastního života sám, což může působit poněkud paradoxním dojmem (Probstová, Pěč, 2014).

Vzhledem k tomu, že se člověk s hypochondrickým charakterem nezabývá ničím jiným než vlastním zdravím, může to pro něj mít negativní sociální důsledky. Jedinec není schopný věnovat pozornost problémům ostatních lidí, nemá zájem o svou práci, přátele ani rodinu (Vágnerová, 1999).

Somatoformní vegetativní dysfunkce (F45.3)

Toto onemocnění je velmi podobné předchozím poruchám, ale s výjimkou, že zde dochází k vegetativní aktivaci. Jedinec trpící touto poruchou má pocit subjektivních příznaků, které se většinou týkají kardiovaskulárních (neurocirkulační astenie), urgenitálních (například zánět močového měchýře nebo ledvin), gastrointestinálních (například škytavka, průjem, plynatost) nebo respiračních potíží (například hypoventilace) (Malá, Pavlovský, 2002).

Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4)

Příznakem této poruchy je velká, přetrvávající bolest, která se může vyskytovat v jakékoli části těla a nedá se nijak vysvětlit. Spojitost s touto poruchou mohou mít emoční konflikty, stres nebo psychosociální problémy. Tyto neobvyklé projevy jsou středem pozornosti jak samotného jedince, příbuzných tak i lékařů (Svoboda et al., 2015).

2.4.6 JINÉ NEUROTICKÉ PORUCHY (F48)

Neurastenie (F48.0)

Pro neurastenii je typická nadměrná únava, slabost, nesoustředěnost a duševní vypětí. Mohou se vyskytovat také tělesné příznaky, jako je porucha spánku, závratě nebo bolest hlavy. U neurastenie se rozlišují dva druhy – u prvního typu je projevem zvýšená únava

i z malého duševního vypětí, u druhého jde spíše o pocity fyzické slabosti a únavy bez velké tělesné námahy (Svoboda et al., 2015).

Depersonalizační a derealizační syndrom (F48.1)

Jde o změněné vnímání sebe sama, svých myšlenek, prožitků, pocitů a pohybů těla. U depersonalizace má jedinec pocit jakoby jeho myšlenky a pohyby těla nebyly jeho, cítí určitý pocit vzdálenosti. U derealizace postižený vnímá prostředí jako umělé, neskutečné, vzdálené, bezbarvé, jako „za sklem“, „ve snu“ nebo „na jevišti“. I přes všechny tyto prožitky si pacient uvědomuje realitu a ví, že je to pouze subjektivní dojem (Malá, Pavlovský, 2002).

3 NEUROTICKÉ PORUCHY U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

3.1 CHARAKTERISTIKA NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Rozdíl mezi dospělým neurotikem a neurotickým dítětem je takový, že dítě je nevinnější, zranitelnější, a primárně na někom závislé. Z toho vyplývá, že osobnost dítěte je vůči škodlivým vlivům v jeho prostředí mnohem náchylnější (Miňhová, 2018).

Dalším specifikem u dětské neurotičnosti tkví v tom, že neurotické příznaky nejsou takovým zdrojem trápení jako pro dospělé jedince. „Děti často trpí už druhotně tím, že k nim okolí zaujímá pro jejich příznak nevhodný postoj“ (Miňhová, Lovasová 2018, s. 139).

Diference také spočívá v klinickém obrazu neurotické poruchy. Dospělý neurotik má zpravidla plně rozvinout formu tohoto onemocnění, avšak u neurotického dítěte se většinou setkáváme s jedním nebo dvěma příznaky (Miňhová, Lovasová, 2018).

3.2 PŘÍČINY VZNIKU NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Fischer, Matoušek, Zvolský (in Miňhová, Lovasová, 2018) uvádějí za možné příčiny vzniku neurotických poruch tyto činitele:

- vrozené faktory (emoční dráždivost, typologické rozdíly, nervová labilita apod.),
- vývojová fáze (například zhoršená adaptace v období pubescence),
- nedostatečná psychohygienu (nedostatek spánku, přetěžování apod.),
- infekční choroby,
- nevhodná výchova.

Kohoutek (2019) tvrdí, že výskyt neurotičnosti může být dán tělesným i psychickým stavem dítěte nebo nevhodnými edukativními a sociálními podmínkami, které na dítě mají svůj vliv.

Specifickým činitelem, který může jedince predisponovat k neurotické poruše je tělesné a psychické týraní a zneužívání dětí, zejména nejbližšími lidmi v jejich okolí, které pro ně představovali zdroj bezpečí a jistoty (Kohoutek, 2019).

Dalšími příčinami může být neustálý tlak na výkon, nevhodná organizace činností dětí, zátěž, která vyplývá z provozování závodních sportů, nevhodný přístup k dětem, které jsou mimořádně nadané nebo konfliktové situace (Miňhová, Lovasová, 2018).

Časté konflikty v mladším školním věku (Miňhová, Lovasová, 2018):

- konflikt mezi učitelem a rodiči,
- konflikt mezi učitelem a žákem,
- konflikt mezi požadavky, které na dítě klade škola a jeho schopnostmi,
- konflikt mezi požadavky, které na dítě kladou rodiče a jeho schopnostmi.

Typické konflikty v pubescenci (Miňhová, Lovasová, 2018):

- změna tělesných tvarů a nerovnoměrnost růstu těla,
- emoční a hormonální změny,
- negativismus vůči dospělým,
- pocity méněcennosti a společenská nejistota,
- konflikty v oblasti erotické,
- konflikty v oblasti studijní nebo profesionální orientace.

3.3 PROJEVY NEUROTICHNOSTI U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Miňhová, Lovasová (2018) uvádějí u neurotičnosti dětí a mladistvých tyto příznaky:

- poruchy příjmu potravy (typické zejména u dívek v pubertě),
- průjem, závratě nebo zácpa,
- poruchy spánku,
- bolest hlavy, zad nebo břicha,
- enuresis nocturna (noční pomočování),
- tiky,
- mluvní neurózy (kocktavost, mutismus),

- neurotické návyky (okusování nehtů, trhání vlasů, dumlání prstů apod.),
- zvýšený sklon k fobiím (často jde o školní fóbiu – nepřiměřený strach ze školy), depresím, úzkostem, (častěji v období puberty),
- psychomotorický neklid (chvění rukou, houpání na židli, vrcení, klepání pomůckami apod.).

Pro diagnózu neurotičnosti stanovenou kvalifikovaným odborníkem není třeba, aby dítě vykazovalo všechny výše zmíněné symptomy.

3.4 PREVENCE NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Pokud bychom rádi u dětí předešli zvýšenému neuroticismu i neurotickým poruchám, je důležité zamezit konfliktům jak v rodinném, tak školním prostředí. Měli bychom usilovat o to, aby žáci měli vhodné učební, studijní i životní aspirace, zamezit nečekaným změnám životních situací a nepoměrným pocitům obav i nejistoty (Kohoutek, 2019).

4 VÝVOJOVĚ-PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU

4.1 ŠKOLNÍ VĚK

Nástup do školy je nejdůležitějším sociálním mezníkem. Pro dítě nastává nová životní fáze, která je doprovázená řadou sociálních změn včetně získání nové role v podobě školáka. Škola je velmi důležitá a nezbytná součást lidského bytí, která u dítěte ovlivňuje nejen rozvoj osobnosti, ale také sebehodnocení, sebepojetí a morální hodnoty. Školní věk představuje zásadní vstup do společnosti a řadu souvisejících změn, jako je například plnění svých povinností, řízení se pravidly a vstup do nových sociálních skupin (Vágnerová, 2012). Toto období dle Eriksona (2002) bývá označováno jako fáze píce a snaživosti, jejímž hlavním motivem je uspět a prosadit se.

Školní věk se dle Marie Vágnerové (2012) dělí na raný, střední a starší.

Raný školní věk je období začínající nástupem do školy, což znamená radikální změnu v životě. Trvá přibližně od šesti do devíti let. Ve středu zájmu dítěte je získávání znalostí, dovedností, snění o tom, jestli se jednou stane prezidentem, mistrem v karate nebo slavným vynálezcem. Hlavním prostředkem k tomu je právě škola, díky které je možné dojít až k těmto nejvyšším cílům (Říčan, 2014).

Střední školní věk bývá udáván od devíti do dvanácti let. Je to jeden z důležitých zlomů ve školní docházce. Dítě přechází na druhý stupeň základní školy nebo na nižší stupeň střední školy. Toto období se nazývá fází vyrovnané konsolidace a citové vyrovnanosti. Střední školní věk totiž nepřináší žádnou zásadní změnu v biologické ani sociální sféře, jde spíše o období klidu a pohody (Vágnerová, 2012).

Starší školní věk trvá do konce školní povinné docházky, přibližně do patnácti let. Toto období je charakteristické pro první fázi dospívání, takzvanou pubescenci. Projevuje se zejména změnou v prožívání, uvažování a snahou osamostatnit se (Vágnerová, 2012).

Děti ve školním věku jsou ve fázi vývojové integrace. Stále rostou, vyvíjejí se a získávají lepší koordinaci (Allen, Marotz, 2002).

Dle Pavla Říčana (2014) se školní věk dělí na takzvaně mladší školní věk, tedy období střízlivého realismu a pubescenci, což považuje za čas lásky. Tohoto rozdělení bych se v této kapitole bakalářské práce ráda nadále držela.

4.2 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

Růst u dětí v mladším školním věku je stále rychlý, ovšem ve srovnání s předškolním věkem se relativně zpomaluje. Kromě růstu dochází také k většímu objemu na váze, sexuálnímu dozrávání a objevují se tělesné pubertální znaky. V souvislosti s těmito tělesnými změnami dochází mezi dětmi k sexuální a romantické náklonnosti, což vede k častým hrám se sexuálním motivem (Blatný, 2016).

Dítěti roste druhý chrup, mění se postavení čelisti, tvar obličeje i rtů. Rysy začnou být výraznější a podobat se více dospělé osobě (Říčan, 2014).

Mozek a nervová soustava se stále vyvíjí. Pro tento druh vývoje je v období mladšího školního věku charakteristická velká proměnlivost, takzvaná plasticita. Plasticita způsobuje silné vnímání okolních vlivů, které se mohou odrazit ve funkci mozkových struktur. Mimo jiné je presumpcí učenlivosti, citlivosti a přináší také riziko zranitelnosti negativním působením prostředí. Pro zdravý vývoj mozku je důležité, aby dítě bylo celé dětství doprovázeno dostatečně různými a příjemnými vjemy a podněty. Na druhé straně je potřeba zabránit negativním vlivům v podobě násilí a nedostatečné rodičovské lásky a péče, která zdravý vývoj dítěte může dosti znemožnit (Blatný, 2016).

Jemná a hrubá motorika v daném období je znatelně lepší. Děti dokážou udržet rovnováhu i koordinaci, jsou rychlejší, mají přesnější pohyby a jejich jednotlivé části těla jsou znatelně pružnější a obratnější (Blatný, 2016).

Zrakové a sluchové vnímání začíná být na větší úrovni, která je důležitá pro zvládnutí školních povinností. Vnímání se stává diferencovanější a integrovanější. Tento proces je ve vzájemném působení s globálním vývojem rozumových schopností (Vágnerová, 2012).

Proměna dětského uvažování je postupná a myšlení mladšího školáka je vázáno na realitu. Děti v tomto věku začnou používat strategie uvažování, řízení se zákony logiky a respektování vlastností poznávané reality (Vágnerová, 2012). Piaget (1999) nazval toto období, které probíhá mezi jedenáctým a dvanáctým rokem, fází konkrétních logických operací.

Přechod mezi předškolním a mladším školním věkem zvyšuje udržení pozornosti, která je nezbytná k úspěchu ve vzdělávání. Kromě pozornosti se zlepšuje i pracovní paměť (Blatný, 2016).

V Mladším školním věku je také důležitý rozvoj metakognice. Jde o poznávací procesy, které monitorují a řídí samostatnou kognitivní činnost. Děti se tak postupně dokážou vyznat ve vlastní pozornosti, paměti i myšlení. K důležitým dovednostem metakognice patří i odhad vlastního výkonu a schopnost zhodnotit vlastní kompetence (Blatný, 2016).

Toto období přináší zdokonalování i ve všech jazykových sférách: fonologii, sémantice, pragmatice, syntaxi i v metalingvistice. Dochází k zvětšení slovní zásoby, zlepšení slovních spojení, výrazů a definic. Jejich vyjadřování připomíná více dospělého člověka, který umí rozpoznat nedorozumění, opravit vlastní mluvený projev a zároveň vysvětlit své myšlenkové pochody (Blatný, 2016).

Narůstajícím věkem se zlepšuje regulace vlastních emocí. Zvládají se lépe vypořádat s náročnými životními situacemi, jako jsou například konflikty, frustrace a ovládat svůj hněv i agresi. Děti dokážou lépe zvládat a vyjadřovat své pocity. Velký vliv na emoce mají však zvyky v rodině. Veškeré znalosti, přesvědčení a chování, které se vztahují k emocím, děti přebírají od svých rodičů, které si nesou dál ve svém životě a ovlivňují jejich budoucí vývoj (Blatný, 2016).

V období mladšího školního věku dítě přechází z prekonvenční morálky na konvenční. Jde o zásadní posun v braní zřetele na druhé lidi. Dítě chce začít být považováno za hodné a spoluprací s dospělými jedinci tak získat jejich respekt a uznání. Kolem desátého roku života začínají mimo jiné dodržovat řád, pravidla a zákony (Blatný, 2016).

V tomto věku si děti začínají uvědomovat vlastní identitu a roste komplexita i abstraktnost jejich sebepojetí. Dochází také k uvědomování genderových rozdílů, což se projevuje například v dětských hrách (Blatný, 2016).

Jak už jsem zmínila, mladší školní věk je doba začínající povinné školní docházky, což znamená, že si dítě začíná budovat určité sebehodnocení. Narůstá vnímání vlastních úspěchů a neúspěchů, což dále vede k pojetí o vlastních silných a slabých stránkách. Sebehodnocení v tomto věku může být někdy velmi křehké. Důležité je dítěti dávat pozitivní zpětnou vazbu a snažit se ho co nejvíce motivovat, ale zároveň ho naučit, že

neúspěch je součástí života a je potřeba umět se nevzdávat a zvládat překážky (Blatný, 2016).

Škola zabírá dítěti většinu dne, o to víc se pro něj stává vzácnější volný čas, který využívá většinou ke hře. Ve školním věku začíná být hra převážně o napodobování skutečnosti (Říčan, 2014).

V sociálním světě dítěte začíná mít větší, stabilnější a hlubší význam přátelství. Děti tráví s přáteli hodně času a společná hra utužuje jejich vztah. Podstatným aspektem kromě hry začíná být důvěra, vzájemná výpomoc, solidarita, spravedlnost a odpovědnost. Dítě také začíná být členem různých sociálních skupin, které na něj mohou mít jak pozitivní, tak negativní vliv (Blatný, 2016).

V mladším školním věku jsou pro dítě sociální skupiny důležité, avšak zájem o sexualitu není nijak silný. Dochází spíše ke vzniku izosexuálních skupin, kdy se dívky a chlapci od sebe vzájemně separují (Říčan, 2014).

Přestože vrstevníci sehrávají v tomto období pro dítě velkou roli, podstatnější úkol sehrává jeho rodina, ve které vyrůstá. Rodinné hnízdo by se mělo stávat ochranným prostředím ve světě, který je někdy plný složitých elementů, jako jsou přetvářky, přehnané nároky nebo honba za mocí a úspěchem. Lidské vztahy jsou mnohem důležitější než prestiž nebo vysoká zdatnost v práci, což by se pro dítě mělo stát základní lekcí, kterou dostane od své rodiny (Říčan, 2014).

Rodina by měla být místem, kde se dítě učí upřímné otevřenosti, pravdivosti, srdečnosti, reciprocitě a sounáležitosti. Rodina by měla pro dítě představovat oázu, ve které se mu dostane důvěry, péče, rad, fandění a dle potřeby i mírného popostrčení, když postrádá odvahu (Říčan, 2014).

Vývoj dítěte v mladším školním věku je strukturován řadou linií, které se vzájemně prolínají, proto se nedá vyjádřit jednou větou, o co se v celku jedná (Říčan, 2014).

4.3 PUBESCENCE

Pubescence je věková fáze, která je pro nás klíčová, jelikož se v této fázi nachází děti zkoumaného vzorku praktické části, která je součástí této práce.

Období pubescence neboli čas první lásky se vymezuje přibližně od jedenáctého do patnáctého roku. Jedná se o jeden z nejdramatičtějších úseků z celého života, který je plný zajímavých zvrátů a proměň (Říčan, 2014).

Toto období není pro pubescenta vůbec jednoduché. Dochází k vychýlení psychické rovnováhy a k mnoha tělesným proměnám, z nichž nejvýznamnější důležitost zaujímá pohlavní dospívání (Říčan, 2014). Mohli bychom si tedy položit otázku: „Jedná se stále o dítě nebo už dítětem není?“

Začíná docházet k velkému posunu v rozumovém vývoji, který mění jeho pohled na svět, na sebe samého i na vlastní život. Je velice zvědavý, klade si mnoho otázek o smyslu života a jeho myšlení má nový rozlet. Můžeme pozorovat pokroky v jeho kognitivních schopnostech, introspekci i emočním vývoji. Lépe chápe vlastní individualitu ve společnosti a dochází tak k utváření dospělejší identity i sebeúcty. Mění se jeho vztah k vrstevníkům, rodičům i jiným autoritám. Čekají ho těžká rozhodování, například volba jeho budoucího povolání nebo studijního oboru. Toto životní stádium není pro pubescenta nijak jednoduché, jelikož se toho za pouhé čtyři roky v jeho bytí odehrává příliš mnoho (Říčan, 2014).

V období pubescence není možné přehlédnout takzvaný růstový spurt, což znamená, že u dívek i chlapců dojde k prudším změnám v jejich výšce. Kromě tělesného růstu započíná růst dospělého ochlupení, vnějších pohlavních znaků, ale také vnitřních orgánů, kde se jedná především o vaječníky u dívek a varlata u chlapců. Zvyšuje se produkce ženského hormonu estrogeneru a mužského hormonu zvaného testosteron. Jelikož vlivem těchto dvou hormonů vaječníky produkují zralá vajíčka a varlata zdravé spermie, může po jejich spojení již dojít ke stvoření nového člověka. K tomuto dozrání dochází kolem patnáctého roku. Nedílnou součástí dospívání je i první menstruace u dívek a první poluce u chlapců, což jsou velmi důležitá znamení pohlavního zrání (Říčan, 2014).

Jak už jsem se zmínila, u pubescentů dochází k větší rozumové vyspělosti a tomu odpovídá i jejich volný čas. Někteří se stanou velkými čtenáři, jiní holdují bojovým hrám nebo sportu, táboří nebo se zajímají o krásu umění (Říčan, 2014).

Pubescence je považována za etapu takzvaného „vulkanismu“ a „hormonální bouře“. Temperament se u jedinců projevuje mnohem výrazněji než v dětství a v následujících

obdobích. V tomto stádiu musíme u pubescenta počítat s emocionální nestálostí, která jeho samotného může zaskočit a připadat mu nenormální. Reakce „dítěte“ bývají podrážděné, jeho nálady jsou labilní a často se střídají. Převažují u něj spíše negativní emoce nad kladnými. Dospívající je zmatený, má pocit nejistoty a nerozumí tomu co se to s ním najednou děje. U jedinců, kteří jsou citlivější, může nastat porucha koncentrace, problémy se spánkem nebo úzkost (Říčan, 2014).

Všechny tyto bouřlivé a nové změny, které se v dospívajícím odehrávají, jsou velmi náročné, proto se není čemu divit, když se u nich objeví výbuchy destruktivního chování, nepokoje nebo násilí. I přesto, že jsou tyto přechody u pubescentů pochopitelné, je důležité, aby rodiče nebo vychovatelé takové chování nepodporovali. Je třeba dát najevo, že to není v pořádku, ale zároveň se snažili pochopit, co jejich potomek zrovna vnitřně prožívá (Říčan, 2014).

Přestože můžeme pozorovat výraznou citovou kolísavost, je očividné, že oproti předchozím obdobím stoupá míra sebekontroly a ubývá citová bezprostřednost (Říčan, 2014).

Mimo jiné je pro pubescenta další těžkou zkouškou přijmout svou tvář, tělo, povahu i veškeré své schopnosti. Jedná se o věk, kdy jedinec začne zkoumat sám sebe, jak už tělesně, tak duševně, zejména pokud mu začne záležet na druhém pohlaví. Zajímá ho, jakou má postavu, rysy, úsměv, tvar uší, jak daleko jsou od sebe jeho oči nebo kde je jaké mateřské znaménko. V takové chvíle nastane jedna ze dvou možností, buď se bude sám sobě líbit, nebo se zhrozí (Říčan, 2014).

Mezi dvanáctým a čtrnáctým rokem mají pubescenti nižší sebejistotu a jsou velmi vztahovační. Hodně záleží na tom, jak si dovedou sami sebe vážit a jaké sebevědomí získali v minulých stádiích (Říčan, 2014).

Vztah k rodičům se začíná měnit. Dospívající přestávají být na nich tolik závislí a vytvářejí si vazby spíše se svými vrstevníky, kteří se v jejich vývoji stávají hybnou silou. Nastává doba pubescentního negativismu, kdy dochází ke vzdoru vůči autoritám. Dítě zastává poněkud jiné názory a stanoviska než jeho rodiče nebo vyučující. Jak však tvrdí Říčan (2014, s. 182) „pubescentní vzpoura je normální stádium a má svůj vývojový smysl.“

Velmi typické pro tento věk je první zamilovanost, která však bývá spíše platonická. První láska je často náhlá, nevinná a tajná, jelikož pubescent nemá ze začátku dost odvahy se vyslovit (Říčan, 2014).

Častým jevem je také autosexualita, pubescentní masturbace. Jedinci v tomto věku jsou velmi zvědaví a rádi experimentují, jak se svým tělem, tak i což se týká heterosexuálních vztahů. Různé pokusy na pomezí přátelství a erotiky je pro zdravý vývoj v pořádku. Pokud dojde k překročení této hranice, považujeme to za poněkud předčasné (Říčan, 2014).

V rozmezí od jedenácti do patnácti let dochází k získávání mnoha cenných a eminentních zkušeností. Nabíráním těchto zkušeností začíná cesta, která vede od dětství směrem k dospělosti (Říčan, 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Za hlavní výzkumný problém praktické části této bakalářské práce jsme určili otázku: „Prokazuje se neuroticismus více u dětí základní školy nebo víceletého gymnázia?“

5.2 FORMULACE VÝZKUMNÝCH ÚKOLŮ

Byly stanoveny tři jednotlivé úkoly výzkumu, které jsou zároveň i jeho cíli:

1. Zjistit, jak velké procento neurotických dětí se nachází ve zkoumaném vzorku
2. Zjistit, zda se neuroticismus projevuje více u dětí základní školy nebo víceletého gymnázia
3. Zjistit, zda má v neurotičnosti žáků nějakou roli pohlaví a věk

5.3 DEFINOVÁNÍ ZKOUMANÉHO VZORKU

Zkoumaný vzorek v tomto výzkumu tvoří žáci běžné základní školy, a to konkrétně ze 6., 7., a 8. třídy a zároveň víceletého gymnázia, kde se jedná o primu, sekundu a tercii. Celkem se tohoto výzkumného šetření zúčastnilo 150 žáků, 75 na základní škole a 75 na víceletém gymnázia. Obě tyto školy se nacházejí v Berouně.

5.4 KONCEPCE VÝZKUMU A METODY SBĚRU DAT

Celá koncepce výzkumu probíhala kvantitativní metodou sběru všech dat. Data ve výzkumném šetření byla získána pomocí dotazníku. Konkrétně se jedná o dotazník s názvem B- J.E.P.I., což je československá experimentální verze dotazníku E.P.Q. /Junior/ od H. J. Eysencka a Sybil B. G. Eysenckové. Na základě porovnání se ukázalo, že jsou oba dva dotazníky téměř totožné. Dotazník B- J.E.P.I. byl doplněn úvodní stranou, která obsahovala vlastně vytvořené otázky.

Tento dotazník obsahuje celkem 78 otázek, které se týkají zejména chování, jednání a pocitů osob (respondentů). Dotazník kromě neuroticismu měří také škálu

psychoticismu, extroverze a lži skóre. Dotazník se samozřejmě zadává konstrukčně celý, ale ze 78 otázek, jež dotazník obsahuje, nás zajímaly pouze ty, které měří hladinu neuroticismu a takzvaného lži skóre (lži skóre jsou škály, které měří tendenci dotazovaných se přetvařovat a stylizovat se tak do lepšího světla).

Tabulka č. 1: Počet otázek, které nás v dotazníku zajímaly

Počet otázek měřící neuroticismus	21	Počet otázek měřící lži skóre	20
-----------------------------------	----	-------------------------------	----

Zdroj: vlastní zpracování

Otázky vlastní tvorby v dotazníku zjišťovaly základní anamnestická data žáků. Jednalo se o 6 údajů, kterými byly věk, pohlaví, ročník, jméno školy a pololetní známka na vysvědčení z matematiky, českého jazyka a anglického jazyka.

5.5 METODY PRÁCE S DATY

Pro shromáždění veškerých dat, která byla získána z dotazníků, byl použit Microsoft Excel, což je skvělý kalkulátor a nástroj pro datovou vizualizaci a analýzu. V tomto tabulkovém procesoru bylo s daty dále pracováno.

Pro vyhodnocení těchto nahromaděných dat v Microsoft Excelu byla použita základní popisná a statistická analýza. V rámci popisné statistiky byla použita směrodatná odchylka a aritmetický průměr. Odečtením a přičtením směrodatné odchylky k aritmetickému průměru byly získány tři základní kategorie neuroticismu – podprůměrný, průměrný a nadprůměrný, které sloužily jako jádro k dalším výpočtům. Do těchto kategorií jsme poté roztřídily hrubé skóre (získané výsledky z dotazníků jednotlivých žáků). Pro přehlednější posudek byli poté žáci, kteří spadali do podprůměrného a průměrného neuroticismu spojeni a nazváni jako stabilní a ti, kteří dosahovali nadprůměrného neuroticismu jako neurotičtí. Následně byly pro vyjádření četností jednotlivých znaků ve vztahu ke stabilitě a neurotičnosti použity tabulky a procentuální sloupcové grafy, které jsou doplněny slovní interpretací. Dále byla některá data ověřena testem nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku pomocí aplikace od Milana Kábrta. (Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>). Tuto metodu jako adekvátní a dostačující pro ověření dat, jsme zvolily po předešlé konzultaci s Mgr. Vladimírou Lovasovou, Ph.D.

5.6 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkum probíhal takovým způsobem, že v každé škole bylo v papírové formě rozdáno 75 dotazníků, tedy 25 dotazníků v každé třídě. Po vyplnění byly všechny dotazníky vybrány a mohlo se s nimi dále pracovat. S distribucí dotazníků pomáhali pedagogičtí pracovníci jednotlivých škol.

5.7 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.7.1 CELKOVÁ CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

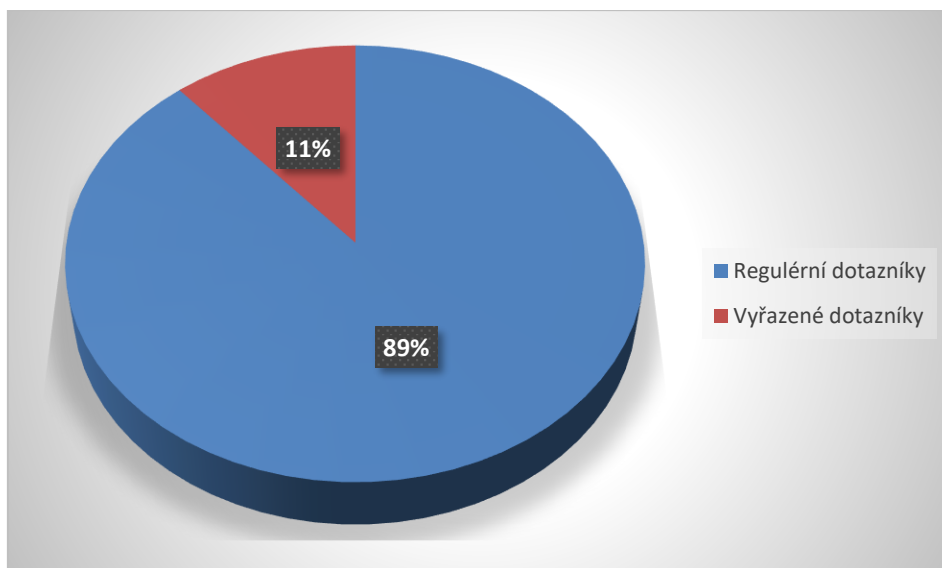
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 150 žáků ze základní školy a víceletého gymnázia v Berouně.

Tabulka č. 2: Školní třídy, které byly do výzkumu zapojeny

Základní škola	Víceleté gymnázium
6. třída	Prima
7. třída	Sekunda
8. třída	Tercie

Zdroj: vlastní zpracování

V každé škole bylo vybráno 75 dotazníků, což znamená, že návratnost byla 100 %. Nicméně ačkoli má respondent po přečtení každé otázky v dotazníku na výběr pouze ze dvou uzavřených odpovědí ANO/NE, byla jsem velmi překvapená, že žáci nebyli schopni touto formou odpovědět. V dotazníku jsme se tedy mohli setkat s řadou vepsaných odpovědí typu nevím, možná, jak kdy nebo nechci odpovídat. Tyto dotazníky, stejně jako dotazníky s vysokými hodnotami lži skóre jsme museli vyřadit, aby byla zajištěna validita výzkumu. S těmito dotazníky, kterých bylo celkem 17, nebylo nadále pracováno, a proto budeme vycházet pouze ze zbývajících 133 dotazníků.



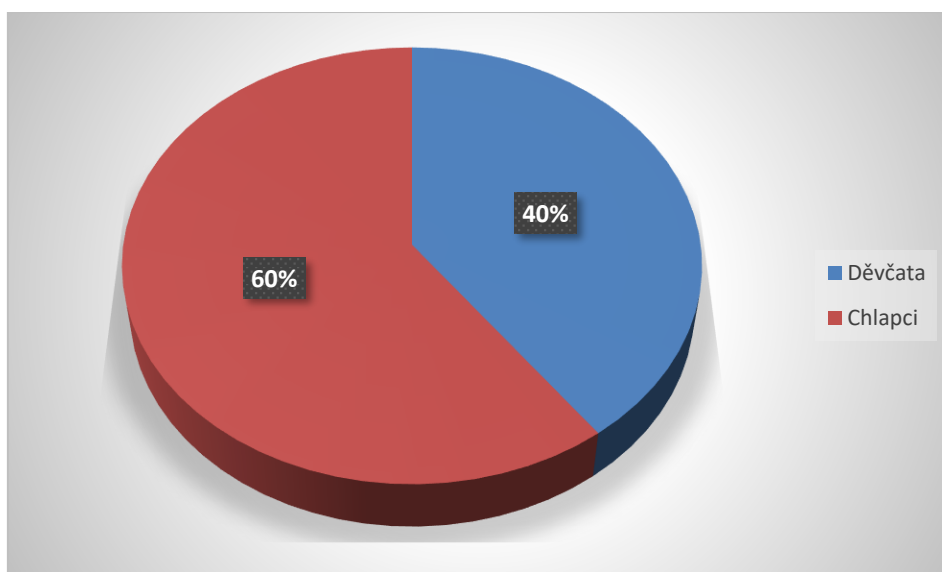
Graf č. 1: Počet regulérních a vyřazených dotazníků (Zdroj: vlastní zpracování)

Pohlaví

Tabulka č. 3: Pohlaví ve zkoumaném vzorku

Pohlaví	Počet zkoumaných studentů
Děvčata	53
Chlapci	80

Zdroj: vlastní zpracování



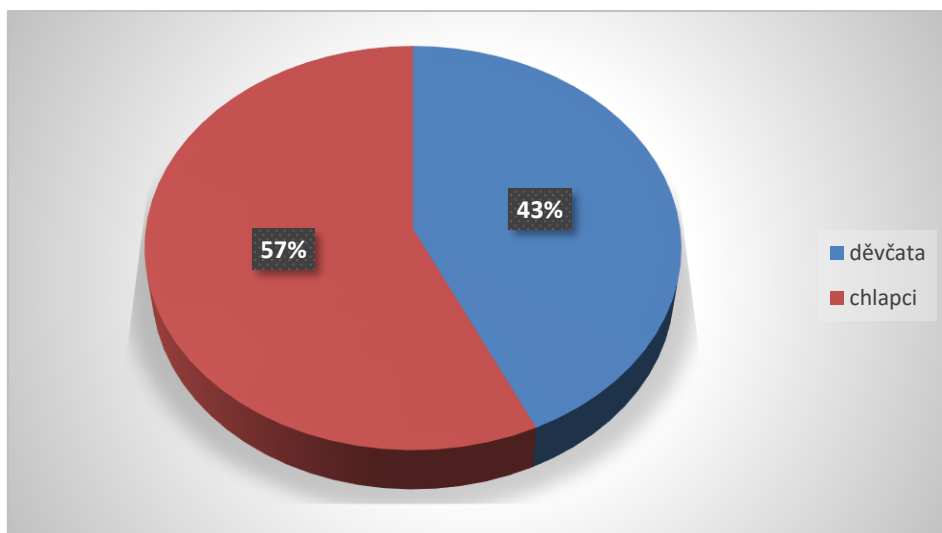
Graf č. 2: Počet děvčat a chlapců ve zkoumaném vzorku (Zdroj: vlastní zpracování)

Na tomto grafu můžeme jasně vidět, že celkově bylo ve zkoumaném vzorku 40 % děvčat a 60 % chlapců, což znamená, že chlapci nad děvčaty mají větší převahu.

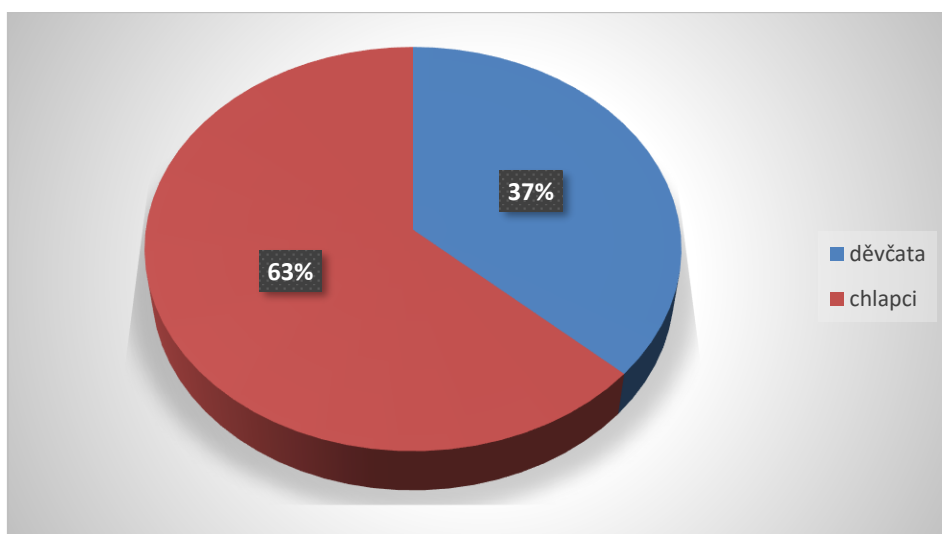
Tabulka č. 4: Pohlaví na jednotlivých školách

Pohlaví	Druh školy	
	Základní škola	Víceleté gymnázium
Děvčata	28	25
Chlapci	37	43

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 3: Počet děvčat a chlapců na základní škole (Zdroj: vlastní zpracování)



Graf č. 4: Počet děvčat a chlapců na víceletém gymnáziu (Zdroj: vlastní zpracování)

Předchozí grafy nám ukazují, že na obou školách je větší převaha chlapců.

Věkový faktor

Tabulka č. 5: Průměrný věk zkoumaného vzorku

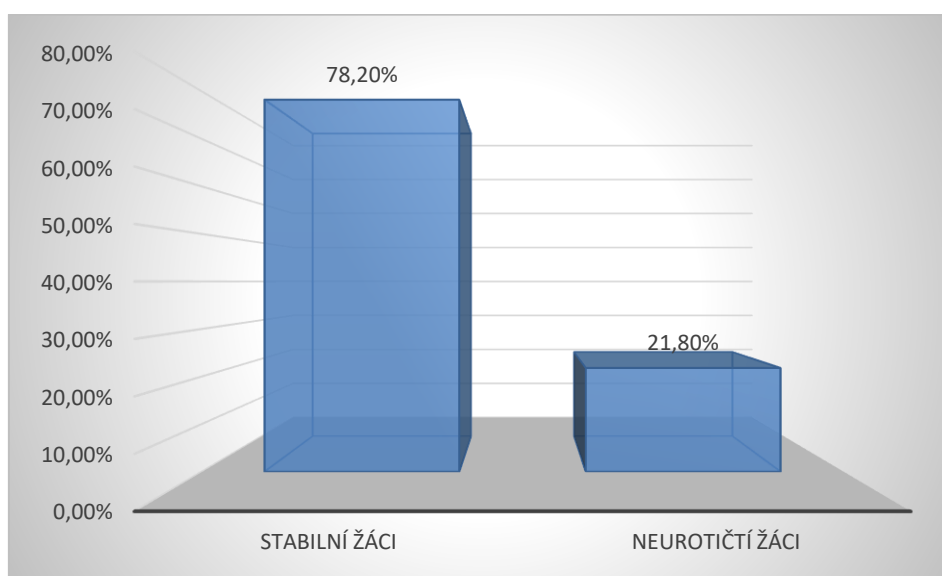
Základní škola		Víceleté gymnázium	
6. třída	11,96	Prima	11,84
7. třída	12,96	Sekunda	12,96
8. třída	13,96	Tercie	13,96

Zdroj: vlastní zpracování

Z této tabulky můžeme vyčíst, že průměrný věk námi zkoumaného vzorku na obou školách byl téměř totožný. Věkové rozmezí se pohybovalo mezi 11–14 lety.

5.7.2 POROVNÁNÍ NEUROTICKÝCH ŽÁKŮ NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE A NA VÍCELETÉM GYMNÁZIUM

Celkově zvýšená hladina neuroticismu byla zjištěna u 29 žáků ze 133.



Graf č. 5: Celkový počet stabilních a neurotických žáků (Zdroj: vlastní zpracování)

Z výše uvedeného grafu č. 5 je zřejmé, že neurotickými obtížemi trpí celkem 21,80 % žáků. Neurotické příznaky se mohou objevovat v určitých stresujících a těžkých obdobích i u lidí, kteří neurotiky nejsou. Přesto je neurotiků, lidí, u kterých je dlouhodobě nemožné přehlédnout nepřizpůsobivé jednání s velmi charakteristickými symptomy a potížemi v populaci opravdu mnoho (Dušek et al., 1981). Existují různé názory autorů na to, kolik procent neurotických jedinců se v populaci nachází. Někteří autoři tvrdí, že se jedná o 15 až 20 % neurotiků, jiní, že dokonce o 20 až 40 %. Je velmi těžké k této problematice získat

objektivní data, jelikož je mnoho jedinců, kteří se stydí své problémy přiznat anebo si ani neuvědomují, že mají nějaké potíže a s jejich chováním není něco v pořádku. Tím pádem dochází k tomu, že tito lidé nevyhledají odbornou pomoc. Neurotik se totiž na rozdíl od psychotika bez jeho vědomého souhlasu léčit nedá.

Bohužel, je tedy téměř nemožné porovnat procento neurotických žáků v mém zkoumaném vzorku s lidmi v běžné populaci. Avšak lze alespoň odhadovat, že množství neurotických žáků se příliš neliší od neurotických jednotlivců mezi obyvateli.

Tabulka č. 6: Celkový průměr a směrodatná odchylka neuroticismu na obou školách

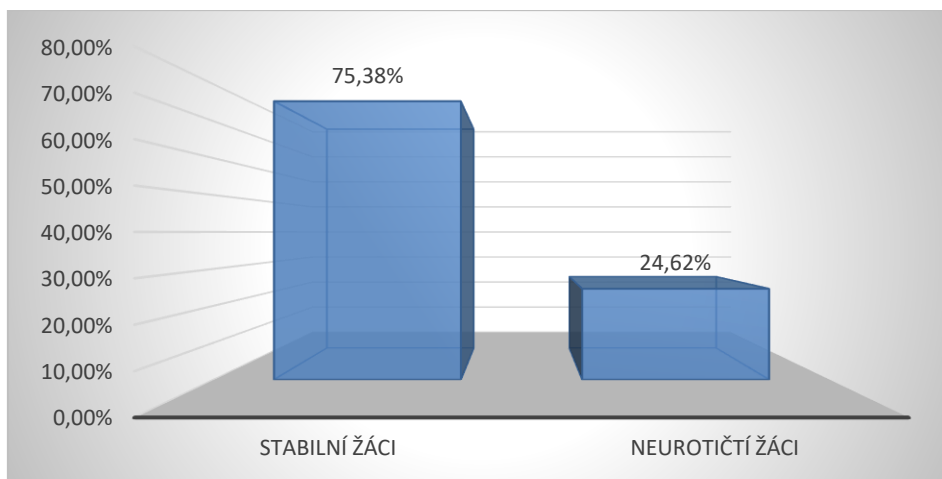
Druh školy	Průměr	Smoch
Základní škola + víceleté gymnázium	11,44	3,74

Zdroj: vlastní zpracování

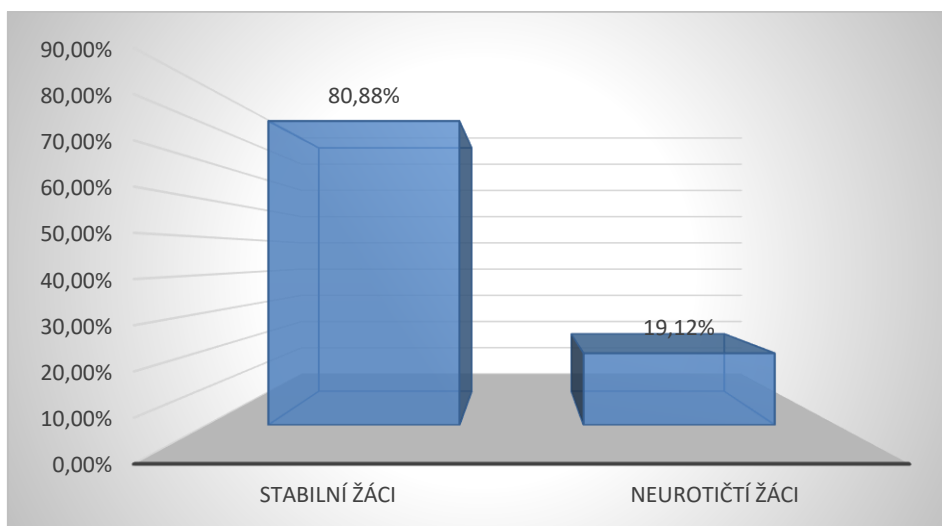
Tabulka č. 7: Počet stabilních a neurotických žáků na základní škole a víceletém gymnáziu

Druh školy	Počet respondentů	Počet stabilních žáků	Počet neurotických žáků
Základní škola	65	49	16
Víceleté gymnázium	68	55	13
Základní škola + víceleté gymnázium	133	104	29

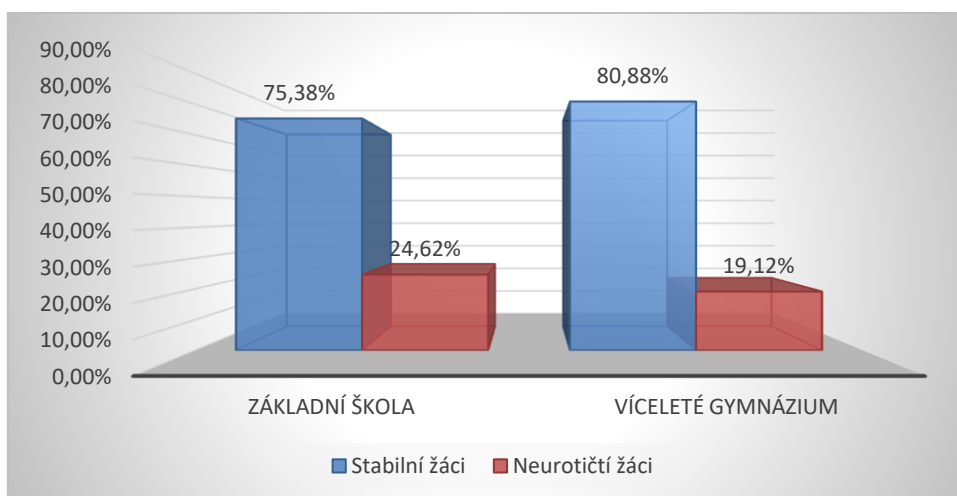
Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 6: Počet stabilních a neurotických žáků na základní škole (Zdroj: vlastní zpracování)



Graf č. 7: Počet Stabilních a neurotických žáků na víceletém gymnáziu (Zdroj: vlastní zpracování)



Graf č. 8: Počet stabilních a neurotických žáků na základní škole a víceletém gymnáziu (Zdroj: vlastní zpracování)

Když porovnáme počet neurotických žáků na jednotlivých školách, zjišťujeme, že vyšší procento se nachází na základní škole. Konkrétně se jedná o 24,62 % neurotických žáků, kdežto na víceletém gymnáziu jich je pouze 19,12 %.

Může být hned několik příčin toho, proč jsou žáci na základní škole více neurotičtí než na víceletém gymnáziu. Dle Miňhové a Lovasové (2018) existují totiž faktory, které působí na duševní rovnováhu žáků, například: složení třídy, počet dětí ve škole, interpersonální vztahy ve třídě nebo osobnost učitele.

Tabulka č. 8: Průměr a směrodatná odchylka neuroticismu na jednotlivých školách

Druh školy	Průměr	Smodch
Základní škola	11,68	3,79
Víceleté gymnázium	11,22	3,68

Zdroj: vlastní zpracování

Stanovené hypotézy:

H_0 : Mezi počtem stabilních a neurotických jedinců, kteří navštěvují základní školu a víceleté gymnázium není statistický rozdíl.

H_1 : Mezi počtem stabilních a neurotických jedinců, kteří navštěvují základní školu a víceleté gymnázium je statistický rozdíl.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 0.591$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha)}; df = 3.841$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

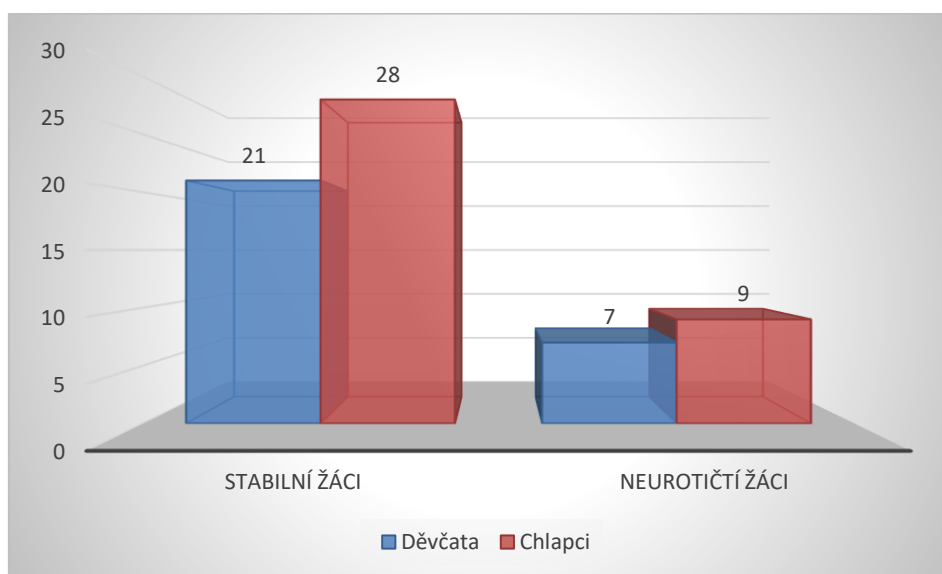
Z toho vyplývá, že přijímáme hypotézu (H_0) a zamítáme hypotézu (H_1).

Pomocí statistického zpracování docházíme tedy k závěru, že rozdíl mezi počtem stabilních a neurotických jedinců na základní škole a víceletém gymnáziu není statisticky významný na hladině významnosti 5 %. Testové hodnoty na základní škole vyšly náhodně.

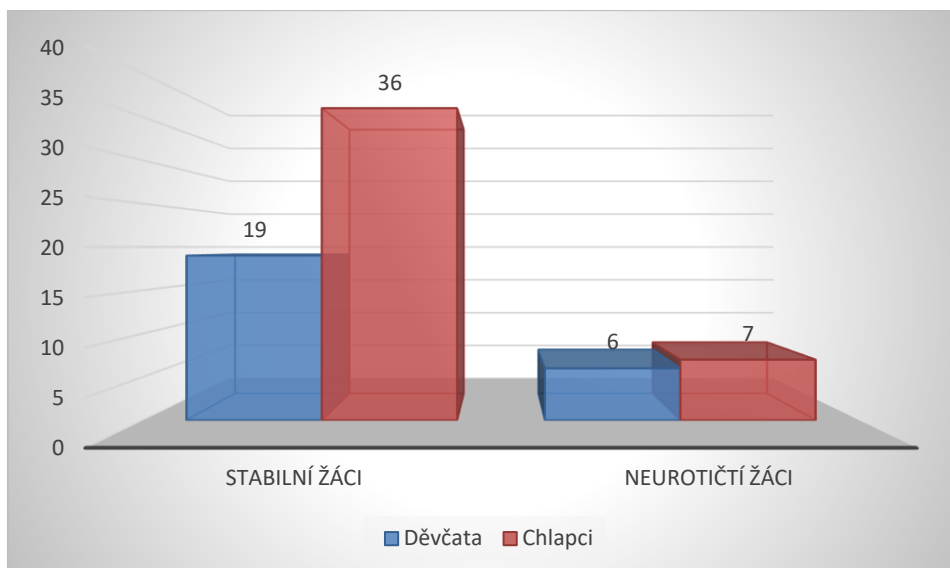
Tabulka č. 9: Neuroticismus, stabilita a pohlaví na obou školách

Druh školy	Celkový počet děvčat	Počet stabilních děvčat	Počet neurotických děvčat	Celkový počet chlapců	Počet stabilních chlapců	Počet neurotických chlapců
Základní škola	28	21	7	37	28	9
Víceleté gymnázium	25	19	6	43	36	7
Základní škola + víceleté gymnázium	53	40	13	80	64	16

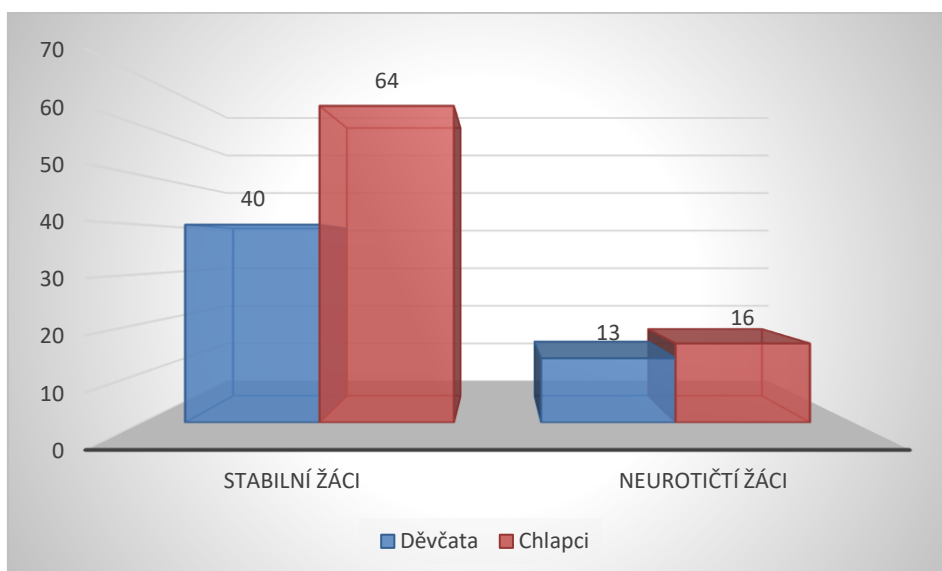
Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 9: Počet stabilních a neurotických žáků dle pohlaví na základní škole (Zdroj: vlastní zpracování)



Graf č. 10: Počet stabilních a neurotických žáků dle pohlaví na víceletém gymnáziu (Zdroj: vlastní zpracování)



Graf č. 11: Celkový počet stabilních a neurotických žáků dle pohlaví (Zdroj: vlastní zpracování)

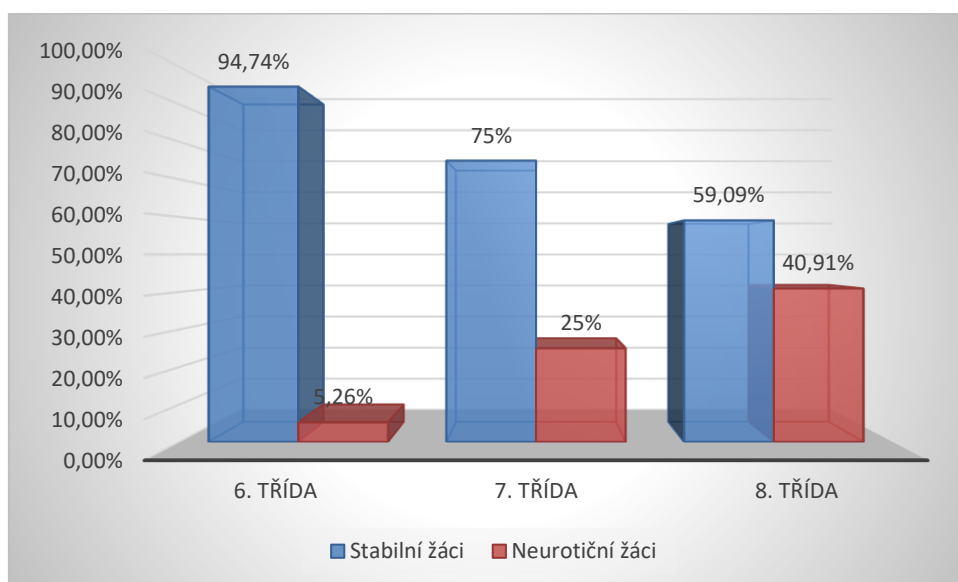
Pokud se podíváme na tabulku i grafy výše, tak vidíme, jak je to s četností neurotických i stabilních žáků dle pohlaví.

Tabulka č. 10: Převedené četnosti stabilních a neurotických žáků dle pohlaví do procentuálních hodnot

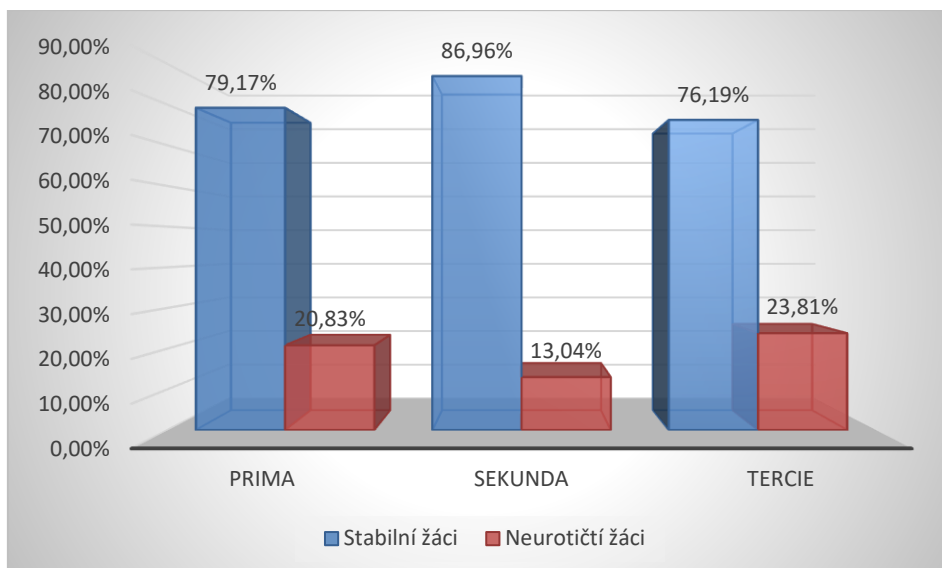
Druh školy	Počet stabilních děvčat v %	Počet neurotických děvčat v %	Počet stabilních chlapců v %	Počet neurotických chlapců v %
Základní škola	75 %	25 %	75,68 %	24,32 %
Víceleté gymnázium	76 %	24 %	83,72 %	16,28 %
Základní škola + víceleté gymnázium	75,47 %	24,53 %	80 %	20 %

Zdroj: vlastní zpracování

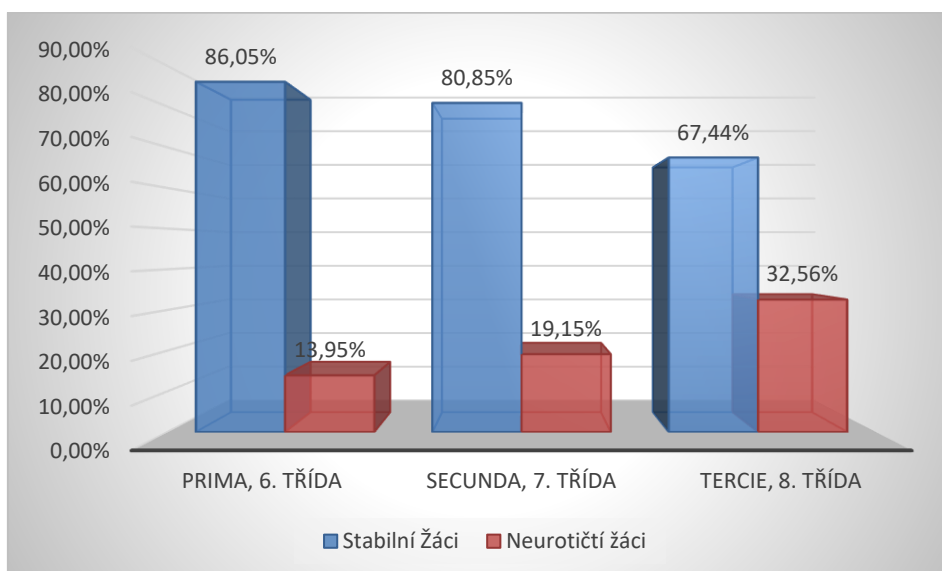
V tabulce č. 8 můžeme vidět, že děvčata prokazují větší známky neurotičnosti než chlapci. To tedy potvrzuje dosavadní výzkumy, ve kterých bylo zjištěno, že ženské pohlaví má větší sklony k neuroticismu než mužské a dosahuje tak vyššího skóre. Jak uvádí Matoušek (in Lovasová, 2017) hlavním důvodem je především větší zaměřenost žen na emoční stránku vztahů.



Graf č. 12: Počet stabilních a neurotických žáků dle věkového faktoru na základní škole (Zdroj: vlastní zpracování)



Graf č. 13: Počet stabilních a neurotických žáků dle věkového faktoru na víceletém gymnáziu
(Zdroj: vlastní zpracování)



Graf č. 14: Celkový počet stabilních a neurotických žáků dle věkového faktoru na obou školách
(Zdroj: vlastní zpracování)

Na tomto grafu si můžeme všimnout, že se nejvíce neurotických žáků ze všech studijních ročníků obou škol vyskytuje v tercii a v 8. třídě, kde se průměrný věk pohybuje kolem 14 let. Tento výsledek není nijak zvlášť překvapivý. Žáci se v tomto věku blíží k vrcholu dospívání, takzvané rané adolescenci, která bývá také označována jako pubescence. Toto období je jednou z nejbouřlivějších etap v lidském životě, proto není divu, že jsou jedinci více náchylní k psychické nestabilitě, tedy neuroticismu.

Pokud se ovšem zaměříme na každou třídu zvlášť, tedy na tercii víceletého gymnázia a na 8. třídu základní školy, můžeme se mezi těmito třídami všimnout značného rozdílu v počtu neurotických žáků, viz grafy uvedené výše. V tercii je 23,81 % žáků se zvýšenou neurotičností, zatímco v 8. třídě se jich nachází celkem 40,91 %. Příčinou může být konflikt v oblasti studijní a profesionální orientace. Žáci základní školy se v tomto věku na rozdíl od žáků víceletého gymnázia začínají rozhodovat o dalším profesním směřování. Tím pádem se někteří jedinci snaží získat dobré známky na vysvědčení k přijímacím řízením na střední školu, což znamená, že jsou pod určitým tlakem.

Tabulka č. 11: Průměr a směrodatná odchylka neuroticismu jednotlivých ročníků na základní škole

Ročník	Průměr	Smoch
6. třída	10,79	3,98
7. třída	10,83	3,95
8. třída	13,36	2,71

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 12: Průměr a směrodatná odchylka neuroticismu jednotlivých ročníků na víceletém gymnáziu

Ročník	Průměr	Smoch
Prima	12,21	3,2
Sekunda	10,09	3,51
Tercie	11,33	4,02

Zdroj: vlastní zpracování

Stanovené hypotézy:

H_0 : Mezi počtem stabilních a neurotických žáků dle věkového faktoru na základní škole a víceletém gymnáziu není statistický rozdíl.

H_1 : Mezi počtem stabilních a neurotických žáků dle věkového faktoru na základní škole a víceletém gymnáziu je statistický rozdíl.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 8.993$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha); df} = 11.07$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Z toho vyplývá, že přijímáme hypotézu (H_0) a zamítáme hypotézu (H_1).

Pomocí statistického zpracování docházíme tedy k závěru, že rozdíl mezi počtem stabilních a neurotických žáků dle věkového faktoru na základní škole a víceletém gymnáziu není statisticky významný na hladině významnosti 5 %.

Tabulka č. 13: Průměrná známka z českého jazyka, matematiky a anglického jazyka u stabilních a neurotických žáků 8. třídy

8. třída	Český jazyk	Matematika	Anglický jazyk
Stabilní žáci	2,53	2,84	2,38
Neurotičtí žáci	2,33	2,44	2,11

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 14: Průměrná známka z českého jazyka, matematiky a anglického jazyka u stabilních a neurotických žáků tercie

Tercie	Český jazyk	Matematika	Anglický jazyk
Stabilní žáci	2,3	2,18	1,68
Neurotičtí žáci	1,4	1,8	1

Zdroj: vlastní zpracování

Jelikož respondenti v dotaznících uváděli pololetní známku ze tří hlavních předmětů, pro zajímavost jsme těchto informací využili k tomu, abychom porovnali studijní výsledky stabilních a neurotických žáků v ročnících, kde byl neuroticismus nejvíce prokázán. Vycházíme-li z předpokladu, že neuroticismus způsobuje horší koncentraci, výpadky paměti, neschopnost logického uvažování a větší unavitelnost, dalo by se předpokládat, že jedinci trpící těmito symptomy budou vykazovat horší školní prospěch.

Avšak po přepočtu průměrné známky z jednotlivých předmětů zjišťujeme, že žáci vykazující známky neuroticismu měli průměrnou známku ve všech předmětech lepší než žáci stabilní.

ZÁVĚR A DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo poskytnutí pohledu na problematiku neuroticismu, a to především se zaměřením na děti školního věku. Snaha vysvětlit a přiblížit co tento termín znamená a jaká úskalí může přinášet. Existují různé názory autorů na to, kolik procent neurotických jedinců se v populaci nachází, ale většina z nich se shoduje v tom, že neuroticismus je závažný problém, který se vyskytuje v běžné populaci čím dál častěji. Toto stanovisko potvrdil i počet neurotických žáků ve výzkumném šetření, jelikož 21,80 % není zrovna malé číslo.

Pokud se zaměříme na diferenci neurotičnosti žáků na víceletém gymnáziu a základní škole, tak zjistíme, že žáci na základní škole jsou neurotičtí o něco více. Tento fakt může být velice překvapivý, jelikož mnozí z nás by se mohli domnívat, že to bude přesně naopak. Potencionální důvody toho výsledku jsme zmiňovali již výše, viz graf č. 8. Roli může hrát skutečnost, že na základní škole je více žáků, což může způsobovat například zhoršenou možnost individuálního přístupu k jednotlivcům. Dále na tom mohou mít podíl interpersonální vztahy ve třídě nebo osobnost vyučujícího a jeho celkové vystupování. Nejdůležitějším předpokladem pro odůvodnění zjištěného faktu je, že žáci víceletého gymnázia jsou na rozdíl od žáků základní školy přijímáni dle výsledků přijímacích zkoušek. Z toho vyplývá, že na víceletém gymnáziu jsou třídy složeny z homogenních skupin, což znamená, že všichni žáci jsou na podobné úrovni. Naopak složení tříd na základní škole bývá velmi různorodé.

Co se týká faktoru pohlaví, tak o něco horších výsledků dosahovala děvčata, což je v souladu s dosavadními výzkumy, že ženské pohlaví je k neuroticismu více náchylné. Jak už jsem se zmínila dle Oldřicha Matouška (in Lovasová, 2017) je zásadním důvodem především větší zaměřenost žen na emoční stránku vztahů. Jelikož se dívky v našem zkoumaném vzorku nacházejí v období pubescence, je tato jejich emoční stránka o to složitější. Dle Marie Vágnerové (2012) je dospívání doprovázeno hormonální změnou a ta stimuluje proměny v oblasti citového prožívání. Jejich projevy mohou být méně přiměřené, emoční ladění kolísavější a citové prožitky mohou být velmi intenzivní, ale zároveň krátkodobé a proměnlivé. Dochází k větší labilitě, dráždivost a tendenci reagovat přecitlivěle. Dívky v tomto věku častěji pláčou a někdy ani neví proč, trápí se a mají

„deprese“, protože vidí, jak někdo trpí nebo se chová nespravedlivě. Všechny tyto zvraty v emoční oblasti jsou pro dospívající děvčata náročnější na psychiku a mohou způsobovat stres, který vede k zvýšené neurotičnosti.

Zaměříme-li se na věkový faktor, tak zjistíme, že nejvíce neurotické děti se vyskytují v primě a v 8. třídě, kde se průměrný věk pohybuje kolem 14 let. Tento výsledek se dal ovšem předpokládat. Jak už jsem se totiž zmínila v teoretické části této práce, jedná se o věk v období pubescence, kdy se dítě začne více měnit v dospělého jedince. Tělesné dospívání začne být poněkud nápadnější a tím, jak se mění zevnějšek, nastává i změna v sebepojetí a chování ke svému okolí. Dochází ke změně ve způsobu myšlení a emočního prožívání. Pubescent se snaží odpoutávat z návaznosti na rodiče, což může vést ke ztrátě starých jistot, a naopak ke snaze orientovat se v nové situaci a potřebě nové stabilizace. Přichází první lásky a experimenty s partnerskými vztahy. Mění se životní styl, zájmy i hodnoty (Vágnerová, 2012). Pubescenti také v tomto věku věnují větší pozornost svému vzhledu, což může zejména u dívek vést k poruše příjmu potravy, například k mentální anorexii nebo bulimii. Všechny tyto nové změny a vnitřní konflikty, které se v dospívajícím odehrávají, jsou velmi náročné, a jak už víme, neuroticismus může vzniknout tělesným a psychickým stavem jedince nebo podmínkami sociálního prostředí, ve kterém se pohybuje.

Tato práce by mohla být pro společnost přínosem k objasnění problematiky a uvědomění si, že neuroticismus je v populaci čím dál častější problém, a to jak u dospělých, tak i u dětí a mladistvých.

RESUMÉ

Tématem této bakalářské práce je neuroticismus u dětí základní školy a víceletého gymnázia. V popředí zájmu je tedy především problematika neuroticismu a neurotických poruch. Celá práce je rozdělena do dvou hlavních částí, části teoretické a praktické. Teoretická část je nejprve zaměřena na výklad pojmu neuroticismus a následně se zabývá samotnými neurotickými poruchami, jak u dospělých jedinců, tak u dětí a mladistvých. Zaobírá se jejich definicemi, etiologií, klinickým obrazem a také klasifikací. Nechybí ani popis příznaků, prognózy a léčby neurotických poruch. Následně věnuje pozornost vývojově – psychologické charakteristice dětí školního věku, což je období, do které spadají žáci základní školy i víceletého gymnázia. Cílem praktické části je zkoumání celkového procenta neurotických dětí v mém výzkumném vzorku. Dále nás zajímá, jestli existuje rozdíl mezi měrou neuroticismu u dětí základní školy a víceletého gymnázia a zda-li v tom má nějakou roli pohlaví a věk.

SUMMARY

The topic of this bachelor thesis is neuroticism in children of primary school and multi - year grammar school. The present bachelor thesis deals mainly with the issue of neuroticism and neurotic disorders. The work is divided into two main parts, the theoretical part and practical part. The theoretical part of the thesis focuses first on the interpretation of the notion neuroticism and then deals with the neurotic disorders themselves, both in adults and children and adolescents. It deals with their definitions, etiology, clinical picture and classification. There is also a description of symptoms, prognosis and treatment of neurotic disorders. Subsequently, it pays attention to characterize of children of school age (the period of life which pertains to children in elementary school and multi - year grammar school) from the viewpoint of developmental psychology. The aim of the practical part is to examine the total percentage of neurotic children in my research sample. We are also interested in whether there is a difference between the degree of neuroticism in primary school children and a multi-year grammar school, and whether gender and age have any role in it.

SEZNAM LITERATURY

ALLEN, Eileen K. a Lyn R. *MAROTZ. Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-614-4.

BLATNÝ, Marek. *Psychologie celoživotního vývoje.* Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-2462-3.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy.* Edited by Mojmír Svoboda. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073671549.

DUŠEK, Karel, Karel CHROMÝ a Eva MALÁ, Eva. *Psychiatrie.* Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1981. 280 s.

ERIKSON HOMBURGER, Erik. *Dětství a společnost.* Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-380-8

FISCHER, Jan. *Dětská psychiatrie.* Praha: SPN, 1963.

HORNEY, Karen. *Neurotická osobnost naší doby.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-219-5.

HORNEY, Karen. *Neuróza a lidský růst.* Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-080-7.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou.* 3., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-478-8.

LOVASOVÁ, Vladimíra. *Souvislosti neuroticismu.* Vyd. 1. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. ISBN 9788026106753.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ. *Psychopatologie: pedagogické, právní a sociální aspekty.* Plzeň: Aleš Čeněk, 2018. ISBN 978-80-7380-721-4.

NEUROTICISMUS a neurotické závady a poruchy | Psychologie v teorii a praxi. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1904/neuroticismus-zvysena-psychosomaticka-tenze-i>

OREL, Miroslav. *Psychopatologie.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-2473737-9.

- PFEIFER, Samuel. *Slabé nésti*. Vyd. 1. Ostrava: Jupos, 1995. ISBN 80-85832-03-6.
- PIAGET, Jean. *Psychologie inteligence*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-309-9.
- PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Specifické fobie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-300-0.
- PRAŠKO, Ján. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.
- PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
- STRAKOVÁ JIRKŮ, Lucie. *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících: příručka pro terapeuty, psychology i rodiče: pohled kognitivně behaviorální terapie*. Vyd. 1. Praha: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88163-89-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN: 978-80-246-2153-1.
- VENCOVSKÝ, Eugen a Jan DOBIÁŠ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1976.
- VONDRÁČEK, Vladimír a František HOLUB. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. 4. vyd., v Columbusu 2. Bratislava: Columbus, 2003. ISBN 80-7249-139-3.
- VONDRÁČEK, Vladimír. *Speciální psychiatrie*. Praha: SPN, 1972.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Počet otázek, které nás v dotazníku zajímaly	37
Tabulka č. 2: Školní třídy, které byly do výzkumu zapojeny	38
Tabulka č. 3: Pohlaví ve zkoumaném vzorku	39
Tabulka č. 4: Pohlaví na jednotlivých školách	40
Tabulka č. 5: Průměrný věk zkoumaného vzorku	41
Tabulka č. 6: Celkový průměr a směrodatná odchylka neuroticismu na obou školách	42
Tabulka č. 7: Počet stabilních a neurotických žáků na základní škole a víceletém gymnáziu	42
Tabulka č. 8: Průměr a směrodatná odchylka neuroticismu na jednotlivých školách	44
Tabulka č. 9: Neuroticismus, stabilita a pohlaví na obou školách	45
Tabulka č. 10: Převedené četnosti stabilních a neurotických žáků dle pohlaví do procentuálních hodnot	47
Tabulka č. 11: Průměr a směrodatná odchylka neuroticismu jednotlivých ročníků na základní škole	49
Tabulka č. 12: Průměr a směrodatná odchylka neuroticismu jednotlivých ročníků na víceletém gymnáziu	49
Tabulka č. 13: Průměrná známka z českého jazyka, matematiky a anglického jazyka u stabilních a neurotických žáků 8. třídy	50
Tabulka č. 14: Průměrná známka z českého jazyka, matematiky a anglického jazyka u stabilních a neurotických žáků tercie	50

Seznam grafů

Graf č. 1: Počet regulérních a vyřazených dotazníků (Zdroj: vlastní zpracování)	39
Graf č. 2: Počet děvčat a chlapců ve zkoumaném vzorku (Zdroj: vlastní zpracování)	39
Graf č. 3: Počet děvčat a chlapců na základní škole (Zdroj: vlastní zpracování)	40
Graf č. 4: Počet děvčat a chlapců na víceletém gymnáziu (Zdroj: vlastní zpracování)	40
Graf č. 4: Celkový počet stabilních a neurotických žáků (Zdroj: vlastní zpracování)	41

Graf č. 6: Počet stabilních a neurotických žáků na základní škole (Zdroj: vlastní zpracování)	43
Graf č. 7: Počet Stabilních a neurotických žáků na víceletém gymnáziu (Zdroj: vlastní zpracování)	43
Graf č. 8: Počet stabilních a neurotických žáků na základní škole a víceletém gymnáziu (Zdroj: vlastní zpracování)	43
Graf č. 9: Počet stabilních a neurotických žáků dle pohlaví na základní škole (Zdroj: vlastní zpracování)	45
Graf č. 10: Počet stabilních a neurotických žáků dle pohlaví na víceletém gymnáziu (Zdroj: vlastní zpracování)	46
Graf č. 11: Celkový počet stabilních a neurotických žáků dle pohlaví (Zdroj: vlastní zpracování)	46
Graf č. 12: Počet stabilních a neurotických žáků dle věkového faktoru na základní škole (Zdroj: vlastní zpracování)	47
Graf č. 12: Počet stabilních a neurotických žáků dle věkového faktoru na víceletém gymnáziu (Zdroj: vlastní zpracování)	48
Graf č. 14: Celkový počet stabilních a neurotických žáků dle věkového faktoru na obou školách (Zdroj: vlastní zpracování)	48

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Jmenuji se Dominika Kozová a studuji obor Psychologie se zaměřením na vzdělávání na Pedagogické fakultě v Plzni. V nynější době píši bakalářskou práci na téma Neuroticismus u dětí základní školy a víceletého gymnázia. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění dotazníků, které budou využity jako podklad k vypracování praktické části mé práce. Vámi vyplněné dotazníky jsou anonymní a informace z nich získané budou sloužit pouze pro studijní účely. Předem Vám děkuji za Vaši ochotu i čas, který s vyplňováním dotazníku strávíte.

Jaká byla Tvoje známka z českého jazyka na pololetním vysvědčení?

Jaká byla Tvoje známka z matematiky na pololetním vysvědčení?

Jaká byla Tvoje známka z anglického jazyka na pololetním vysvědčení?

Věk: Třída:

Pohlaví:

Škola:

T-21/čes.

TZ

B - J. E. P. I.

Návod:

Předkládáme Ti několik otázek týkajících se Tvého chování, toho, jak se cítíš a co děláš. Každá otázka má dvě možnosti pro odpověď: ANO nebo NE. Přečti si pozorně každou otázku a rozhodni se, zda s ní souhlasíš nebo nesouhlasíš. V případě, že souhlasíš, zakroužkuj ANO. Jestliže nesouhlasíš, zakroužkuj NE.

Nezdržuj se příliš dlouho u jednotlivých otázek a nezapomeň, že máš odpovědět na každou otázku.

1. Odpovíš obyčejně pohotově, když s tebou někdo mluví? ano ne
2. Cítíš se často velmi nepříjemně bez zjevné příčiny? ano ne
3. Máš radost, když se Ti podaří někoho zesměšnit? ano ne
4. Porušil jsi už někdy školní řád? ano ne
5. Máš mnoho různých zájmů a zálib? ano ne
6. Jsi někdy tak neklidný, že neposedíš na jednom místě? ano ne
7. Baví tě dělat si z jiných lidí legraci? ano ne
8. Řekl si už někdy o někom něco nepěkného nebo hanlivého? -ano ne

Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p.,
Bratislava, 1988

- 2 -

- | | | |
|---|-----|----|
| 9. Máš rád takové situace, ve kterých musíš rychle jednat? | ano | ne |
| 10. Často lituješ, že jsi udělal něco, co jsi neměl dělat? | ano | ne |
| 11. Chtějí se ti někteří lidé pomstít za to, co jsi neudělal? | ano | ne |
| 12. Pokazil nebo ztratil jsi už něco, co ti nepatřilo? | ano | ne |
| 13. Jsi raději sám, než s druhými dětmi? | ano | ne |
| 14. Říkají o tobě, že jsi velmi citlivý? | ano | ne |
| 15. Vadí ti, když musíš být ve společnosti jiných dětí? | ano | ne |
| 16. Vytahuješ se trochu někdy? | ano | ne |
| 17. Jsi rád, když je kolem tebe rušno? | ano | ne |
| 18. Jsi někdy obzvlášť veselý nebo smutný, bez vysvětlitelné příčiny? | ano | ne |
| 19. Dokážeš se bavit ve veselé společnosti? | ano | ne |
| 20. Sníš vždy všechno, co máš na talíři? | ano | ne |
| 21. Dal bys přednost čtení zajímavé knihy před výletem s veselou společností? | ano | ne |
| 22. Máš strach z něčeho hrozného, co by se mohlo stát? | ano | ne |
| 23. Stáva se často, že si kamarádi nebo kamarádky s tebou přestanou hrát? | ano | ne |
| 24. Předstíral jsi už někdy, že neslyšíš, když na tebe volali? | ano | ne |
| 25. Raději na společném večírku tiše sedíš, než abys vystupoval před ostatními? | ano | ne |
| 26. Míváš takové myšlenky, které ti brání usnout? | ano | ne |
| 27. Jsi často účastníkem bitek nebo šarvátek? | ano | ne |
| 28. Dodržíš vždy to, co slíbíš? | ano | ne |
| 29. Máš ve zvyku rychle se rozhodovat? | ano | ne |
| 30. Je mnoho věcí, které tě dokážou rozlobit? | ano | ne |
| 31. Máš pocit, že se hádáš častěji než většina dětí? | ano | ne |

- 3 -

- | | | |
|---|-----|----|
| 32. Vzal sis už někdy víc, než ti patřílo? | ano | ne |
| 33. Chodíš velmi rád na procházky s kamarády? | ano | ne |
| 34. Míváš pocit, že tě už všechno přestává bavit? | ano | ne |
| 35. Dokážeš se bavit žertíky, které by mohli někomu ublížit? | ano | ne |
| 36. Dokážeš vždy zachovat tajemství? | ano | ne |
| 37. Když se seznamuješ s novými kamarády, začínáš obvykle hovořit jako první? | ano | ne |
| 38. Trápíš se dlouho nad tím, že jsi udělal hloupost? | ano | ne |
| 39. Rozčilují se dospělí často bez příčiny nad tvým chováním? | ano | ne |
| 40. Umyješ si vždy ruce před jídlem? | ano | ne |
| 41. Rozhoduješ se často okamžitě? | ano | ne |
| 42. Ťěžko se soustřeďuješ při nějaké hře nebo práci? | ano | ne |
| 43. Používáš s oblibou neslušné výrazy a nadávky? | ano | ne |
| 44. Omluvíš se vždy, když jsi byl na někoho zlý? | ano | ne |
| 45. Rád bys pátral ve starém zámku, o kterém se povídá, že v něm straší? | ano | ne |
| 46. Cítíš někdy, že ti tlouče srdce? | ano | ne |
| 47. Trápíš se velmi, pokud ublížíš lidem, které máš rád? | ano | ne |
| 48. Sedíš ve třídě vždy tiše, dokonce i když tam není učitel? | ano | ne |
| 49. Máš veselou a živou povahu? | ano | ne |
| 50. Dráždí tě, když jsi kritizován nebo napomínán? | ano | ne |
| 51. Činí ti potěšení občas trápit zvířata? | ano | ne |
| 52. Splníš si nejdříve povinnosti a až potom si začneš hrát? | ano | ne |

- 4 -

- | | | |
|---|-----|----|
| 53. Dokážeš pobavit skupinu dětí? | ano | ne |
| 54. Těžko večer usínáš, když máš nějaké trápení? | ano | ne |
| 55. Hodíš občas odpadky na zem jednoduše proto, že se ti chce? | ano | ne |
| 56. Poslechneš obyčejně na první slovo? | ano | ne |
| 57. Pracuješ raději sám než ve společnosti druhých dětí? | ano | ne |
| 58. Točí se ti někdy hlava? | ano | ne |
| 59. Myslíš si, že nejlepší je nikomu nedůvěřovat? | ano | ne |
| 60. Jsi vždy tiše, když dospělí hovoří? | ano | ne |
| 61. Máš rád bojové a hlučné hry? | ano | ne |
| 62. Polekáš se, když kolem tebe náhle přeběhne pes? | ano | ne |
| 63. Máš ve zvyku kreslit nebo psát po zdech kresbičky nebo nápisy, které někoho zesměšňují? | ano | ne |
| 64. Byl jsi už někdy drzý na své rodiče? | ano | ne |
| 65. Máš rád podivné a neobvyčejné věci? | ano | ne |
| 66. Cítíš se často osamocený a opuštěný? | ano | ne |
| 67. Máš hodně kamarádů nebo kamarádek? | ano | ne |
| 68. Máš ve škole častěji různé těžkosti než jiné děti? | ano | ne |
| 69. Míváš často děsivé sny? | ano | ne |
| 70. Vyhledáváš často zábavná setkání? | ano | ne |
| 71. Jsi často unavený a nevíš proč? | ano | ne |
| 72. Vykládáš rád svým kamarádům vtipy nebo veselé historky? | ano | ne |
| 73. Jsou na tebe rodiče hodně přísní? | ano | ne |
| 74. Rozlobíš se, když musíš někde déle čekat? | ano | ne |
| 75. Myslí si o tobě jiní lidé, že jsi velmi živý? | ano | ne |
| 76. Vyhýbáš se zábavným setkáním? | ano | ne |
| 77. Potřebuješ často povzbuzení svých blízkých? | ano | ne |
| 78. Bylo ti nepříjemné odpovídat na naše otázky? | ano | ne |