

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE**

**NEUROTICHNOST U DĚTÍ Z MATEŘSKÝCH ŠKOL**  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Simona Šmolíková**

*Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání*

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

**Plzeň 2020**

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

V Plzni dne ..... 2020

.....  
vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Janě Miňhové, CSc. za odborné vedení mé práce, za její čas, podnětné rady a vlídný přístup. Současně děkuji Bc. Aleně Kašákové za trpělivost a ochotu, se kterou zodpovídala veškeré dotazy v době distančního vyučování. Dále bych tímto chtěla vyjádřit poděkování všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a poskytli tak potřebné informace pro zpracování praktické části mé práce. V neposlední řadě patří obrovské poděkování mé rodině, bez které bych tuto práci nemohla dokončit.

# ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická

Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Simona ŠMOLÍKOVÁ**  
Osobní číslo: **P15B0458P**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Psychologie se zaměřením na vzdělávání**  
Téma práce: **Neurotičnost dětí v MŠ**  
Zadávací katedra: **Katedra psychologie**

### Zásady pro vypracování

1. Zpracování teoretické části: terminologická analýza pojmů týkajících se neurotičnosti; charakteristika dětí předškolního věku; přehledové studie z výzkumů sledované problematiky; diagnostika neurotičnosti
2. Formulace cíle práce a pracovních hypotéz
3. Popis metodiky šetření
4. Zpracování praktické části: charakteristika zkoumané skupiny; sběr dat a jejich kvantitativní analýza; použití kvalitativních metod rozhovoru a pozorování; zpracování výsledků šetření
5. Formulace závěru

Rozsah bakalářské práce: **30 – 50 normostran**  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

1. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
2. LANGMEIER, J. et al. Vývojová psychologie. 2. akt. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
3. MIŇHOVÁ, J., LOVASOVÁ, V. Psychopatologie : pedagogické, právní a sociální aspekty. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2018, 237 s. ISBN: 978-80-7380-721-4.
4. SVOBODA, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-566-0.
5. ŘÍČAN, P. et al. Dětská klinická psychologie. 4. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.**  
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **2. dubna 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2020**



**RNDr. Miroslav Randa, Ph.D.**  
děkan



**Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.**  
vedoucí katedry

---

**OBSAH**

ÚVOD .....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 POJMY NEUROTICISMUS A NEUROTICKÁ PORUCHA .....	10
1.1 NEUROTICISMUS.....	10
1.2 NEUROTICKÁ PORUCHA.....	10
1.2.1 Sigmund Freud jako průkopník pojmu neuróza .....	11
1.2.2 Neopsychoanalytické pohledy na neurózy.....	13
1.2.3 Průkopníci na domácí scéně .....	15
1.2.4 Současné definice pojmu neurotická porucha a neuroticismus .....	16
2 NEUROTICKÉ PORUCHY U DĚTÍ .....	17
2.1 ETIOLOGIE NEUROTICKÝCH PORUCH .....	17
2.2 OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	17
2.2.1 Postoje a přístupy učitele mateřské školy.....	19
2.3 NEUROTICKÉ PORUCHY U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU .....	19
2.3.1 Neurotické poruchy spánku .....	19
2.3.2 Mluvní neurózy.....	21
2.3.3 Tikové poruchy .....	22
2.3.4 Neurovegetativní a somatické poruchy.....	22
2.3.5 Neurotické poruchy vázané na úzkost a fobie .....	23
2.4 METODY DIAGNOSTIKY NEUROTICISMU U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU .....	28
2.5 NÁPRAVA NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST .....	31
3 CÍL VÝZKUMU.....	31
3.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	31
3.2 VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY .....	31
3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	32
3.4 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	33
3.4.1 Anamnestický dotazník.....	33
3.4.2 Dotazník zaměřený na postoje učitelů/učitelek z mateřských škol .....	36
4 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A DISKUZE .....	45
ZÁVĚR.....	47
RESUMÉ .....	48

---

SEZNAM LITERATURY .....	49
Seznam jiných zdrojů .....	51
SEZNAM GRAFŮ .....	53
SEZNAM PŘÍLOH .....	54
PŘÍLOHY .....	I

## ÚVOD

*„Chválit a povzbuzovat dítě je stokrát účinnější než hrozit a trestat.“*

Orison Swett Marden

Jak velká pravda je uložena ve výroku slavného amerického spisovatele, jistě pocítí každý rodič. Otázkou, již se však ve své bakalářské práci pokusím zodpovědět, je, jak moc se s výše uvedeným citátem ztotožňují také pedagogičtí pracovníci mateřských škol a zda se jím při práci s předškolními dětmi řídí.

Poznatky z oblasti sociální psychologie dokládají nezpochybnitelná fakta o důležitosti zařazení do společnosti, tedy socializace, a jak markantní roli v tomto procesu hraje prostředí, v němž dítě vyrůstá. V nejranějších životních etapách je takovým prostředím rodina a o něco později už dítě formuje také kolektiv přátel a přirozené autority, tedy mateřská škola. Dítě se v průběhu předškolního vzdělávání učí důležitým návykům z nejrůznějších oblastí, snaží se sociálně adaptovat a najít si své místo v kolektivu.

Jak ale jednat v případě, kdy si dítě své místo vynucuje agresivitou, hyperaktivitou nebo neutichajícím pláčem? Jak postupovat v případě, že se dítě odmítá separovat od milované osoby, je úzkostné, odmítá jíst či jeví známky mutismu? A jak se jako učitelka/učitel v mateřské škole zachovat, pokud si dítě téměř každý den stěžuje na nejrůznější somatické obtíže, má tiky nebo se pravidelně pomočuje? Základním cílem mé bakalářské práce je přesvědčit pedagogický personál mateřských škol a popřípadě širokou veřejnost, aby si zkusili uvedené dotazy zodpovědět a aby si uvědomili, kolik stresu a nepříjemných pocitů je možno na předškolní děti přenést v případě, že s nimi nebudeme jednat správně. Současně je také nesmírně důležité hledat příčiny maladaptace a k dětem s neurotickými poruchami přistupovat s patřičnou obezřetností, neboť je zde reálné riziko přenesení poruchy do dospělosti.

Teoretická část mé práce uvádí historické pozadí související s neurotickými poruchami a také přehled jednotlivých poruch zaměřený na ty, které nejčastěji postihují již děti v mateřských školách.

Praktická část obsahuje dotazník vlastní konstrukce, na jehož základě budou identifikovány postoje učitelek/učitelů mateřských škol k neurotickým dětem.



Součástí mělo být také krátkodobé strukturované pozorování a rozhovor v několika zařízeních předškolního vzdělávání, nicméně vzhledem ke karanténní situaci, která ochromila chod většiny podniků a školských zařízení, nebylo možné získané výsledky podložit také touto metodou.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 POJMY NEUROTICISMUS A NEUROTICKÁ PORUCHA

#### 1.1 NEUROTICISMUS

Pojem neuroticismus jako první uvedl britský psycholog s německými kořeny Hans J. Eysenck (Lovasová, 2017). Hřebíčková konstatuje, že Eysenck se také velmi podrobně věnoval zkoumání osobnosti a jako ostrý kritik psychoanalýzy a rysový teoretik vytvořil vlastní teorii osobnosti, kde neuroticismus tvořil jednu ze základních složek. Byl uváděn jako osobnostní rys, který odlišuje jedince náchylné k psychickému vyčerpání od jedinců odolných (Hřebíčková, 2011). Říčan však uvádí, že neuroticismem rozumíme přímo vlastnosti odvozené z příznaků neurotika, tedy člověka, který již nějakým druhem „neurózy“ přímo trpí (Říčan, 2007).

Hartl definuje neuroticismus jako dimenzi osobnosti, která je charakteristická svým klinickým obrazem nervové slabosti, tento faktor je poté součástí celé řady osobnostních testů jako např. H. J. Eysencka, R. B. Catella a jiných (Hartl, 1993).

Neurotickou poruchu Hartl ve stejném díle interpretuje jako funkční nervové onemocnění bez organického nálezu a její příčiny vidí např. v chybném sociálním učení v dětství, v konfliktních interpersonálních vztazích či ve vytvoření neadaptabilních způsobů chování na zátěžové situace a jejich odrazu v dospělosti (Hartl, 1993).

#### 1.2 NEUROTICKÁ PORUCHA

Pod pojmem neurotická porucha (dříve neuróza) rozumíme stav duševní nepohody, který s různou intenzitou ovlivňuje život daného jedince.

Z psychologického hlediska byl tento jev zkoumán až na počátku 18. století, kdy tomuto konceptu dal v roce 1769 vzniknout skotský lékař a chemik William Cullen (Ocisková, Praško, 2015).

Podle Cullena se jednalo o všechny symptomy a projevy, které nelze fyziologicky vysvětlit, a napsal: *„Na tomto místě navrhuji, abychom pod pojmem „neurózy“ chápali všechna nevysvětlitelná ovlivnění smyslů a emocí, která nesouvisí s hyperpyrexíí jako primární chorobou. Nesouvisí s lokálními afekcemi jednotlivých orgánů, ale s obecným ovlivněním nervového systému a s těmi faktory, které mají především vliv na smysly a emoce.“* (Cullen, in Ocisková, Praško, 2015, s. 15).

V daných souvislostech je podle mého názoru vhodné zmínit anglického lékaře, konkrétně psychiatra Jamese Cowlese Pricharda. Psychopatologií, a tedy i neurotickou poruchou se velmi úzce zabýval ve svém pojetí tzv. „morálka šílenství“ (Boyer, 2014). Jednalo se o koncept, který říkal, že emoce i vůle člověka může být velmi snadno napadena a patologicky ovlivňována, i přestože intelekt zůstane zcela neporušen. Z Boyerových studií o americkém náboženství a kultuře se dále dozvídáme, že Prichard vnímal morální šílenství spíše jako přirozený výsledek sobectví a individualismu, ale především jako dostupné předchůdce k obraně neodolatelného impulsu (Prichard, in Boyer, 2014).

### **1.2.1 SIGMUND FREUD JAKO PRŮKOPNÍK POJMU NEURÓZA**

V 18. století, kdy pojem „neuróza“ vznikl, nebyl ještě zdaleka vnímán a chápán jako dnes. Bezesporně nejvýznamnější osobou, která se zasloužila o vznik pojmu „neuróza“ do podvědomí lidské mysli, je Sigmund Freud.

Podvědomí lidské mysli je zde velmi příznačný pojem, neboť Sigmund Freud téměř celý svůj život zasvětil zkoumání lidské mysli, kdy podvědomí, jež on nazýval nevědomí, hrálo jednoznačně prim (Markus, 2002). Markus také uvádí, že *„jsou to právě dva lidské pudy, které jsou středem Freudovy psychoanalýzy: prvním je ničení vlastního nebo cizího bytí – pud smrti a tím druhým radost z rozmnožování – „libido“, jež je u zrodu každého života“* (Freud, in Markus, 2002, s. 11).

Díky teorii psychoanalýzy, které dal Sigmund Freud tímto vzniknout, se můžeme dozvědět, že nejvíce jsme paradoxně ovlivňováni tím, co do našeho vědomí vůbec vpuštěno není, tedy tím, co tvoří obsah lidského nevědomí.

Svémi výzkumy definoval Sigmund Freud také tři vrstvy osobnosti, konkrétně vrstvu nazvanou superego, která stojí nad zbylými dvěma vrstvami. Člověka omezuje v pozitivním slova smyslu vrstva ego, která je tvořena našimi názory, postoji, přesvědčeními a zkušenostmi, a nejnižší postavená je osobnostní vrstva id, tedy pudové síly, kterými je člověk hnán a které má superego za úkol potlačovat.

Nutno také zmínit, že Freud viděl hlavně konflikt dvou protichůdných sil jako zásadní příčinu „neuróz“ a v této souvislosti mluvil o tzv. oidipovském komplexu, tedy o nevyřešených konfliktech z dětství, kdy pohnutky z osobnostní vrstvy „id“ nemohly být plně realizovány, docházelo tak opět k potlačování pudů.

Konečně se tak dostáváme k jádru věci. Sigmund Freud jako zakladatel psychoanalýzy, kterou se snažil vysvětlit patologické procesy v mentálním životě jedince, zjistil, že právě boj mezi osobnostními vrstvami „id“ a „superego“ vede ke vzniku „neuróz“, neboť člověk tímto potlačuje svou přirozenost (Markus, 2002).

Současně také veškeré nechtěné vzpomínky a špatné myšlenky člověk odsouvá do nevědomí proto, aby ulevil svému vědomí, nicméně i tímto dochází k postupnému rozvíjení neuróz (Markus, 2002).

Potvrdit a rozšířit tyto teze si můžeme také v jednom z vědeckých článků norského psychologa Jona Slevolda, kde píše o třech teoriích vzniku neuróz, které Freud od počátku svého zkoumání zastával. První hovoří o obraně organismu před psychickým traumatem, tedy vytěsnění. Nebylo novým zjištěním, že životní události mohou způsobit člověku trápení, přičemž přelomovým objevem zde byl fakt, že tyto události mohou v konečném důsledku způsobit nemoci (Sletvold, 2016).

V roce 1895 Freud dále rozvíjí své myšlení a příčiny „neuróz“ nachází také v sexuální oblasti, kdy tvrdí, že velké množství neuróz je zapříčiněno neuspokojeným libidem (Sletvold, 2016). Tato teorie byla dále zkoumána, hodnocena a samozřejmě i kritizována mnohými psychology, nicméně nikdo ji nikdy nekritizoval otevřeně. Výjimkou byl norský profesor psychologie Harald Schejlderup (Sletvold, 2016), jenž byl neochvějně přesvědčen, že příčiny neuróz tkví vždy jen v traumatech, které si člověk nese z dětství například vinou utlačující výchovy.

Jiní psychologové byli touto teorií fascinováni jako například rakousko-americký psychiatr Wilhelm Reich. Z dalších zahraničních obdivovatelů Sigmunda Freuda bych také ráda zmínila dvojici švýcarských psychologů Karen E. Starr a Lewis Aron, kteří kořeny Freudových sexuálně orientovaných teorií dále vysvětlují ve svých vědeckých pracích. Freud se ve svém inovativním úsilí rozloučil s tehdejšími obvyklými procedurami a začal léčit především mluvením a interpretováním snů (Starr a Aron, 2013, in Sletvold, 2016).

Poslední z teorií pak nabyla svého největšího významu v období první světové války, kdy nejvýznamnější psychická traumata pramenila z pocitu absolutní bezmoci (Sletvold, 2016). V pozdějších stadiích svého bádání se Freud nápadně často vracel zpět hlavně ke své první teorii vytěsněných traumat (Sletvold, 2016).

Prostřednictvím svých výzkumů a tvrzení otevřel Sigmund Freud dveře neznámé, dosud jen velmi málo probádané oblasti lidského vědění.

### **1.2.2 NEOPSYCHOANALYTICKÉ POHLEDY NA NEURÓZY**

Karen Horneyová

Neopsychoanalýza přinesla do učení o neurotických poruchách a neuroticismu nové principy, a proto je vhodné představit si i některé následovníky S. Freuda (Miňhová, Lovasová, 2018).

Karen Horneyová byla psycholožka a psychiatrička obrovského významu, pocházející z rodiny norského námořního kapitána. Pro svou životní dráhu se rozhodla opravdu mladá a sama říkala, že když nemůže být krásná, rozhodla se být chytrá (Rubins, 1978, in O'Connel, 1980).

Pro účely mé bakalářské práce je však klíčové, že se Karen Horneyová řadí mezi nejvýraznější představitele tzv. neopsychoanalýzy. Freudovým učením a studii byla velmi ovlivněna, nicméně se od jeho původních tvrzení zřetelně odchýlila, za což sklídila obdiv i kritiku. Nesouhlasila s Freudovou biologickou teorií, kdy je vše hnáno pudovou silou „id“, a tvrdila, že základní motor pro člověka je bezpochyby potřeba seberealizace (Gudan, 2008).

Původní psychoanalytickou teorii Horneyová interpretovala z pohledu současné společnosti, především se však orientovala na ženskou část populace (O'Connel, 1980).

Tvrdila, že muži jsou ve společnosti vnímáni jako dominující, superiorní vrstva a ženy v podstatě výlučně díky nim nabývají pocitu nezbytnosti a bezpečí. Popisovala klasický model rodiny, kdy žena má jasně předurčené místo, z něhož se lze jen velmi obtížně vymanit. Kvůli těmto zakořeněným společenským dogmatům, která si každý nese v nevědomé oblasti své mysli, žena automaticky zaujímá podřazené místo ve společnosti (O'Connel, 1980).

V knize americké psycholožky Agnes O'Connel *Psychology of women quarterly* můžeme číst také o dalším konceptu Horneyové, který pojednává o jednom ze způsobů boje proti úzkosti, a sice pohybu k lidem, pohybu od lidí a pohybu proti lidem. Přitom malé děti nejčastěji zaujímají postoj pohybu k lidem pro zmírnění úzkosti, pohybu proti lidem pak zaujímají jedinci bojující s agresí a pohyb od lidí je pak příznačný pro stadium rezignace a svobody (O'Connel, 1980).

Osobně se však nejvíce ztotožňuji s konceptem, který vypovídá o typickém lidském „měl bych“, které opět úzce souvisí s postavením žen v lidské společnosti. Horneyová mluví o tzv. „teroru měl bych“. Pojednává zde o faktu, že člověk je neustále nevědomě utlačován společenskými koncepcemi, jedná tak jen podle toho, co by měl udělat, aby společnosti vyhověl (O'Connel, 1980). V této teorii vidím velkou nadčasovost a myslím, že platí v plném znění i v dnešní společnosti, to znamená téměř 70 let po jejím vzniku.

### **Harry Stack Sullivan**

Dalším vlivným neopsychoanalytikem 20. století byl bezesporu také americký psychiatr Harry Stack Sullivan (Stern, 2013). Jeho signifikantní koncepce vyvěrají opět ze základů, které psychoanalýze položil Sigmund Freud, ovšem také Sullivan své přístupy do značné míry odklonil od původního učení a vytvořil tak explicitnější teorii. Značně ho inspirovala také koncepce George Herberta Meada o symbolickém interakcionalismu, kde se setkáváme s významem vztahů ve společnosti (Evans, 1996).

Pro ucelenější historické zařazení bych také ráda zmínila rovněž americkou psychiatricku Claru Thompson (Plhánková, 2006). Vztah s touto ženou byl pro Sullivana osudový, přestože zůstal na přátelské úrovni. Oba zmiňovaní měli totiž velkou slabost pro tzv. „osamocené = lonely ones“, jak říkali pacientům trpícím schizofrenií (Evans, 1996).

Sullivan jako první americký autor dal vzniknout rozsáhlejší teorii osobnosti, kterou označujeme jako interpersonální teorii psychiatrie (Seitl, 2012). Tvrdil, že neexistuje něco takového jako jednotná osobnost, neboť člověk se skládá z několika osobností, které jsou ve vzájemné interakci, a pokud jsou tyto interakce napjaté, může poté docházet k různým „neurózám“ a úzkostem. Právě tak, že naslouchal dílčím hlasům lidské mysli, léčil ve své praxi schizofrenii (Seitl, 2012).

### **Erich Pinchas Fromm**

Erich Pinchase Fromm patřil mezi zakladatele Mezinárodní federace psychoanalytických společností (Funk, 2013). Stejně jako výše zmiňovaní psychologové byl i Fromm představitelem kulturní neopsychoanalýzy, jež klade důraz na mezilidské vztahy a odmítá pudy jako rozhodující sílu (Nakonečný, 1997).

Fromm označuje pět hlavních potřeb každého člověka: potřebu vztaženosti, potřebu transcendence, potřebu zakořeněnosti, potřebu identity a potřebu orientačního rámce. Správně integrovaný člověk má pak tyto potřeby v rovnováze a je schopen zralého a důvěrného vztahu (Drapela, 1998).

Fromm aplikoval zásadu uzdravující moci lásky na terapii, kterou vymezil jako „*pokus pomoci pacientovi, aby získal, či obnovil svou schopnost milovat. Není-li dosaženo tohoto cíle, nelze docílit ničeho jiného než povrchních změn*“ (Fromm, 1950, in Drapela, 1998, s. 87).

### **1.2.3 PRŮKOPNÍCI NA DOMÁCÍ SCÉNĚ**

Z českých autorů minulého století, kteří se touto problematikou zabývali, bych ráda zmínila Švancarů, který se v této souvislosti zaměřil na jednotlivé vývojové fáze v životě. Tvrdil, že různé patogenetické faktory různě dopadají na klinický obraz dětí a dospělých, neboť pro správný vývoj dítěte je nutné, aby určité faktory na dítě působily až po morfologické zralosti jednotlivých orgánů v těle, v opačném případě dojde k patologickým projevům. Na tomto systému fungují i neurotické poruchy (dříve neurózy), k patologii dochází, když CNS ještě není dostatečně zralá pro vyrovnání se s působením výše zmíněných faktorů (Švancara, 1980).

#### 1.2.4 SOUČASNÉ DEFINICE POJMU NEUROTICKÁ PORUCHA A NEUROTICISMUS

Při definování výše zmíněných pojmů bych ráda upozornila na fakt, že přestože se v klinické i znalecké praxi stále často můžeme setkat s pojmem „neuróza“, v současné 10. revizi Mezinárodní klasifikaci duševních poruch se tohoto pojmu jako nosologické jednotky již neužívá, nýbrž se používá pojem „neurotická porucha“ (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 123).

Nutno brát na zřetel rovněž bibliografické prameny, jež uvádějí dva pojmy, které je třeba vymezit a diferencovat, a sice neurotická porucha a neuroticismus. Pro tyto koncepce existuje nepřehledné množství definic, avšak většina z nich se shoduje na usnadňujícím vlivu neuroticismu pro vznik neurotické poruchy.

Z našich autorů uvádím definici profesora Vymětala, který tyto pojmy nahradil slovy úzkost a úzkostnost. *„Nadměrná úzkostnost může být rizikovým faktorem pro vznik určitého onemocnění, z jiného hlediska však příznakem již vzniklé choroby, případně signálem toho, že nežijeme v souladu se sebou samými a zanedbáváme rozvoj vlastní osobnosti“* (Vymětal, 2004, s. 91).

I jiní domácí autoři upouštějí od původního pojmu neuroticismus a zavádějí svůj vlastní. Například Kohoutek mluví o tzv. psychické tenzi, kterou lze diagnostikovat asi u 20–30 % naší populace. *„Výskyt a intenzita této tenze je dána psychickým i tělesným stavem dítěte a podmínkami sociálního prostředí, které na dítě působí“* (Kohoutek, 2007, s. 171). A právě zvýšená tenze vede podle Kohoutka k celému výčtu neurotických poruch, jako jsou fobie, somatoformní poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha a řada dalších (Kohoutek, 2007).

Češková poruchy F40-49 podle MKN 10 formuluje jako ty související s psychickými příčinami, a proto je v těchto případech důležitá identifikace psychologických aspektů (in Svoboda, Češková, Kučerová, 2015).

Některé cizojazyčné zdroje chápou neuroticismus jako výsledek působení negativních vlivů na člověka, jenž je považován za predispozici k duševním poruchám (Yosuff et al., 2020), nebo jako lidskou zvláštnost, která je obecně spojena se sklonem k negativním emocím, vyšší úrovní vzrušení, starostí a úzkostí, což má za následek zvýšené riziko klinické úzkosti a deprese (Saylik, 2018).



## 2 NEUROTICKÉ PORUCHY U DĚTÍ

### 2.1 ETIOLOGIE NEUROTICKÝCH PORUCH

Autoři publikací, které se zabývají výše zmiňovanou problematikou, se shodují, že není možné jednoznačně určit věkovou hranici, kdy neurotické poruchy vznikají. Velmi záleží na charakteru dané neurotické poruchy a na prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, například známky anticipační úzkosti jsou patrné již u dětí v druhé polovině prvního roku života (Říčan, Krejčířová et al., 1997). Oproti tomu prvotní projevy generalizované úzkostné poruchy pozorujeme spíše u adolescentů, případně dospělých jedinců, byť její základy mohou být položeny již ve velmi raných obdobích života (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006).

Obecně však platí, že neurotické poruchy jsou charakterizovány přítomností tělesných nebo duševních obtíží, pro které však nebyl zjištěn organický podklad (Pugnerová, Kvintová, 2016).

#### **Etiologie neurotických poruch podle Pugnerové**

Stejně jako u celé řady dalších psychických poruch můžeme příčiny vzniku neurotických poruch rozdělit na dva základní zdroje, a sice vnitřní a vnější. V případě vnitřních příčin hovoříme o psychickém stavu člověka, například o vývojové úrovni či typu temperamentu, k vnitřním příčinám rovněž řadíme tělesný stav, kdy úraz, operace, únava a další můžou také výrazně pomoci ke vzniku neurotické poruchy. Vnější zdroje jsou vázány na prostředí, ve kterém člověk, tedy i dítě žije. Mezi prostředí, které nejčastěji ovlivňuje vývoj dítěte, řadíme školu a rodinu (Pugnerová, Kvintová, 2016). Konkrétním pohledům, ke kterým se přiklánějí autoři zabývající se problematikou neurotických poruch u dětí, se více věnuji v následující podkapitole.

### 2.2 OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

*„Předškolní období trvá od 3 přibližně do 6 let. Dětské myšlení je stále ještě prelogické a egocentrické, vázané na subjektivní dojem a aktuální situační kontext. Překonání této bariéry je jedním z významných úkolů předškolního období a předpokladem k nástupu do školy, který je důležitým vývojovým mezníkem“ (Vágnerová, 1999, s. 75).*

Z výše uvedené citace je zřejmé, že dítě předškolního věku má před sebou celou řadu důležitých vývojových segmentů, jejichž překonáním ovšem v konečném důsledku posílají rodiče do školních lavic člověka, který je schopen základních logických operací.

Některé prameny vymezují předškolní období od 3 až do 7 let, Langmeier dokonce uvádí, že v širokém slova smyslu se předškolním obdobím označuje celé období od narození (někdy i včetně vývoje prenatálního) až do vstupu do školy (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Domácí i zahraniční zdroje se v této problematice svorně shodují, že z pohledu sklonů k neuroticismu, a tedy i neurotickým poruchám, představují předškolní děti ohroženou skupinu, současně se překrývají i v názorech na jednoznačně převažující vliv rodičovské výchovy.

Například studie Terryho Fawa a Garyho S. Belkina potvrzují domněnku, že každý rodič by rád přišel na jakýsi „správný“ způsob, jak vychovávat své dítě, avšak žádný univerzální neexistuje, neboť každý rodič a každé dítě má své charakteristické vlastnosti a předpoklady (Faw, Belkin, 1989).

Krejčířová poté vidí příčiny strachu a fobií v bohaté fantazii a magickém myšlení předškolních dětí, ty většinou v této fázi svého vývoje nejsou schopny odlišit fantazii od reality, a tak je velmi snadné si utvořit nejrůznější druhy fobií. Není-li tato dětská neurotická porucha posilována, má převážně přechodný charakter a člověk si ji nenese s sebou do dospělosti (Říčan, Krejčířová, 1997). Z toho vyplývá, že spousta neurotických poruch je v dětském věku naprosto fyziologická a klíčovou roli zde hraje vhodná rodičovská výchova a vliv prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Tyto faktory mohou poruchy potlačit, či rozvinout (Říčan, Krejčířová, 1997).

V tomto kontextu bych ráda obohatila text o citaci předního klinického psychologa Jana Vymětala, s jehož slovy se absolutně ztotožňuji a jež se jako rodič snažím mít na paměti každý den. Řekl: „*Dětství si člověk v sobě nese celý život, neboť základy jeho osobnosti se vytvoří již v dětství a v dospívání*“ (Vymětal, 2004, s. 29).

Za nevyhnutelné považuji zde zmínit hledisko S. Freuda, který stál za premisou, že je to právě ono předškolní období, kdy vzniká tzv. NADJÁ (jako složka osobnosti dodržující společenské normy) a také ideální JÁ, kdy se utvářejí první představy o ideálním chování, ideální osobnosti, ke kterému člověk později směřuje (Freud, in Šulová, 2010).

### 2.2.1 POSTOJE A PŘÍSTUPY UČITELE MATEŘSKÉ ŠKOLY

Následující podkapitola, jež je žádoucím základem celé mé bakalářské práce, je věnována teoretickému úvodu, kde se pokusím vysvětlit důležitost a zodpovědnost učitelské profese v mateřské škole. Pro tento účel jsem si zvolila publikaci paní Syslové, která velmi srozumitelným způsobem objasňuje tuto problematiku.

Syslová tvrdí, že každá činnost lidského poznání a vědění má určitou váhu, každá má však jinou úroveň složitosti a náročnosti a podle toho zpravidla bývá oceňována jak společensky, tak finančně. Z tohoto hlediska může být činnost pedagoga v předškolním vzdělávání poněkud podceňována, neboť tímto stadiem projde každý z nás, každý tak má osobní zkušenost, a mylně se proto může domnívat, že není třeba žádných speciálních kompetencí. Pravda však je, že dítě v předškolním věku je velmi citlivé na vnější podněty a přístup pedagoga může výrazně ovlivnit jeho budoucí vývoj (Syslová, 2017).

Děti přicházejí do mateřské školy z rozdílných zázemí, s rozdílnými zvyklostmi a vzorci chování, které si osvojily doma, učitel/ka mateřské školy musí pracovat s vědomím těchto individuálních zvláštností a snažit se s dítětem navázat pozitivní vztah (Syslová, 2017).

*„Pokud se učiteli nepodaří vytvořit s dítětem kvalitní vztah, může tím snížit jeho sebedůvěru a pěstovat tak v dítěti úzkost, strach a stres. Tyto obranné mechanismy mohou následně bránit v objevování nových věcí a exploraci dítěte a zablokovat učení se novému a sociálnímu učení“* (Syslová, 2017, s. 79).

## 2.3 NEUROTICKÉ PORUCHY U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

### 2.3.1 NEUROTICKÉ PORUCHY SPÁNKU

*„Poruchy spánku jsou v dětském věku časté, projevují se obtížemi při usínání, neklidným, přerušovaným spánkem nebo předčasným buzením“* (Pugnerová, Kvitová, 2016, s. 122).

Do této kategorie můžeme zařadit nespavost, noční můry, noční děsy, náměsíčnost apod.

**Nespavost**

Jedná se o neurotickou poruchu osobnosti, kdy je za základní symptom považována neschopnost usnout. Přestože dítě přes den na spánek často myslí a cítí se unavené, při usínání pociťuje úzkost, která mu brání akt dokončit. Časté rodičovské selhání spočívající v ochotě vnímat tuto poruchu jako psychologickou a řešit ji vhodnými výchovnými prostředky vede k jejímu prohloubení (Faw, Belkin, 1989).

Podle Říčana, Krejčířové a kol. je pro poruchy usínání stěžejní období tzv. magického myšlení, tedy období kolem 4.–5. roku života, kdy neschopnost usnout může být symptomem emočního přetížení nebo přechodného nárůstu úzkosti. Současně zastávají názor, že možnou překážkou může být také silná separační anxiety, neboť spánek vždy představuje psychologickou separaci (Říčan, Krejčířová et al., 1997).

**Noční můry**

Jde o poměrně časté sny v dětství, jež charakterizují negativní emoce a častá probuzení (Schredl et al., 2009). Tvrzení vychází z výsledků longitudiální studie četnosti výskytu nočních můr v životě dítěte a případné korelace mezi touto četností a psychopatologií v dospělosti.

U dětí s neurotickými poruchami tohoto parasomnického typu je vždy nutné vyloučit, že se nejedná o organickou etiopatogenezi, případně provést příslušná vyšetření ve spánkové laboratoři, neboť v krajních případech je zde možnost poranění při pádu. K léčbě je pak vhodná podpůrná psychoterapie, avšak dětem předškolního věku k jejich zklidnění mnohdy stačí přítomnost rodičů při usínání (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

**Noční děsy**

Noční děsy jsou stavy probíhající v non-REM fázi spánku, při nichž si dítě na žádný ze snů nepamatuje, přesto se v průběhu spánku s intenzivním křikem zvedá.

Je třeba odlišovat noční děsy od živých snů s úzkostným obsahem, na něž si dítě pamatuje i po probuzení. K těmto projevům dochází nejčastěji při zvýšené zátěži dítěte (Říčan, Krejčířová et al., 1997).

### 2.3.2 MLUVNÍ NEURÓZY

Miňhová, Lovasová uvádějí dva základní typy mluvních neuróz, a to konkrétně koktavost a mutismus (Miňhová, Lovasová, 2018).

#### **Koktavost**

Definic výše zmíněného pojmu bychom našli velké množství, pro mě osobně je nejlépe srozumitelná a zároveň nejvíce vypovídající definice prof. Lechty, který se koktavostí dlouhou dobu zabýval. Zastával názor, že jde o jeden z nejtěžších druhů narušení komunikační schopnosti, kdy nejviditelnějším a nejzjevnějším příznakem je nedobrovolná a nekontrolovatelná dysfluence při projevu doprovázená nadměrnou námahou a psychickou tenzí (Lechta, 2004).

#### **Mutismus**

Hartl jakožto další zástupce domácí scény vyložil mutismus jako synonymum pro němotu či oněmění. Příčinu lze vnímat jako náznak duševní či infekční choroby, jako projev negativismu nebo extrémního autismu, ale konečně také může vzniknout následkem duševního traumatu (Hartl, 1993). Specifický poddruh tvoří tzv. selektivní mutismus, který Hartl vztahuje primárně na osoby a definuje ho tak jako „*odmítání dítěte hovořit s určitou osobou, nebo osobami*“ (Hartl, 1993, s. 161).

Zahraniční zdroje se ve svých studiích spíše zaměřují na prostor, který by mohl takto postižené děti svazovat, a proklamují, že selektivní mutismus je relativně neobvyklá porucha, která však významně limituje daného jedince a způsobuje mu problémy s vyjadřováním např. ve škole, přestože doma je schopen naprosto normální komunikace (Capozzi et al., 2018).

#### **Jiné poruchy řeči**

Klenková uvádí i další typy poruch řeči u předškolních dětí jako například překotnou řeč neboli breptavost, poruchu výslovnosti hlásek neboli patlavost či poruchu zvuku řeči, tedy tzv. huhňavost. Tyto poruchy však zpravidla nesouvisejí se sklonem k neuroticismu, jde spíše o poruchy vývojového charakteru (Klenková, 2006).

### 2.3.3 TIKOVÉ PORUCHY

Podle délky trvání, četnosti a povahy projevů dělíme tikové poruchy na přechodnou tikovou poruchu, chronickou motorickou nebo vokální poruchu, či na nejzávažnější z uvedených, kombinovanou tikovou poruchu neboli tzv. Tourettův syndrom. Je pro své mnohočetné motorické a vokální tiky pro postiženého v různých sociálních situacích zvláště neúnosný (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

### 2.3.4 NEUROVEGETATIVNÍ A SOMATICKÉ PORUCHY

Neurotické poruchy tohoto typu jsou podle MKN 10 somatické obtíže představující poruchy, jejichž hlavními symptomy jsou mnohočetné, recidivující a často se měnící tělesné příznaky. Tyto symptomy se mohou projevovat na jakékoliv části těla, kdy i přes řadu vyšetření provedených obvodními lékaři a specialisty jsou výsledky negativní (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020). Problémy jsou především gastroinestacionálního, popřípadě kožního charakteru, tedy bolesti břicha, končetin, kloubů, pocity na zvracení, průjmy, mikční obtíže jako například enuresis nocturna nebo výskyt vyrážky (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006). Výsledky současných studií dokazují, že enuréza má silný genetický základ (Pugnerová, Kvintová, 2016).

Související vegetativní nervový systém (dříve autonomní nervový systém), který je neovladatelný lidskou vůlí, řídí funkce vnitřních orgánů, např. krevního řečiště, pankreatu, potních žláz, očí a dalších (Polach, 2015). Postižený proto pociťuje projevy jako nápadně zrychlený srdeční rytmus, nadměrné pocení, třes, horší artikulace apod. (Janíček, 2008).

Další zahraniční studie se zaměřuje již konkrétněji na jednu z nejčastějších psychosomatických obtíží postihující děti a dospívající, a sice na migrénu. Přestože etiopatogeneze není u všech subjektů stejná, často je rodina dítěte trpícího migrénou shledána dysfunkční (Guidetti et al., 2019).

Z českých autorů, kteří se věnovali této problematice u dětí, bych ráda zmínila Říčana, Krejčířovou a kol., díky nimž lze veškeré výše uvedené symptomy specifikovat právě na kýžené období předškolního věku, tzn. v případě kožních onemocnění se jedná zejména o atopický ekzém či bradavice, cévní dynamiku reprezentují migrénové bolesti hlavy a záchvatová onemocnění dýchacího ústrojí ústí v průduškové astma nebo psychogenní kašel (Říčan, Krejčířová et al., 1997).

Velmi pochopitelné a naprosto přesné shrnutí těchto defektů poskytuje významná osoba české psychiatrie Jiří Raboch, který popisuje tyto neurotické poruchy jako jedny z příčin zvýšené konzumace zdravotní péče a také podstatně se snižující kvality života postiženého (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

### 2.3.5 NEUROTICKÉ PORUCHY VÁZANÉ NA ÚZKOST A FOBIE

*„Úzkostné (neurotické) ladění osobnosti, které může být základem pro pozdější rozvoj některé z úzkostných poruch, mívá své kořeny nejen v našich genech, ale i ve způsobu, jakým jsme byli vychováváni a jakým žijeme“ (Janíček, 2008, s. 27).*

S výše citovaným souhlasí většina českých i zahraničních autorů, například Vymětal se ztotožnil s myšlenkou, že část kořenů pro úzkost si neseme v genech a část je ovlivněna prostředím, v němž vyrůstáme, ovšem poměr těchto dvou faktorů je podle Vymětala komplikované zcela exaktně určit, neboť již plod v matčině těle je ovlivňován prostředím, např. zvuky (Vymětal, 2004). Zahraniční přehledové studie se v tomto směru zaměřují na předškolní věk především proto, že v tomto období je možné včas detekovat úzkostné stavy a pozitivně tak ovlivňovat budoucí vývoj jedince.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020) nalezneme tři specifické diagnózy, které zaštiťují nepřiměřenou dětskou úzkost a strach: sociálně úzkostnou poruchu v dětství, separační úzkostnou poruchu v dětství a fobickou úzkostnou poruchu v dětství (in Vymětal, 2004).

#### **Sociálně úzkostná porucha v dětství**

Základní premisou je zde strach z cizích lidí (Říčan, Krejčířová et al., 1997). Tuzemští autoři se však rozcházejí v určování horní věkové hranice, kdy se uvedený jev stává patologickým, např. Krejčířová toleruje hranici 3 let (in Říčan, Krejčířová et al., 1997).

Malá uvádí, že strach z neznámého, tedy i z neznámých osob je považován za fyziologický v období mezi 2.–4. rokem života, kdy je úzkost velmi důležitá pro socializaci a akulturaci dítěte. Po 4. roce by měl strach z lidí ustupovat do pozadí, za patologický je pak považován stálý nebo navracející se strach z lidí a vyhýbání se jim (Malá, 2011).

Vymětal, který se úzkostmi hlouběji zabýval, udává dokonce období předškolního věku, tedy časový interval 3–6 let (Vymětal, 2004).

### **Separační úzkostná porucha v dětství**

Separační úzkostná porucha je také považována za fyziologický jev provázející ontogenezi v raném dětství, zde se ovšem zahraniční i domácí autoři naprosto shodují na údobí prvních patologických projevů, což zpravidla bývá kolem nástupu do mateřské školy.

Podle Vymětala zde hraje roli především postoj rodiče k dítěti, kdy za nejvíce ohrožující považuje hyperprotektivní styl výchovy s přílišnou péčí (Vymětal, 2004). Existuje mnoho výzkumů zaměřených na korelaci mezi jednáním rodičů a úzkostí dětí.

Například McBride a Belsky, kteří prováděli výzkumy separační úzkosti u matek malých dětí, vnímali výsledek jako prediktor kvality vazby mezi matkou a dítětem (in Wuyts et al., 2017).

### **Fobická úzkostná porucha v dětství**

V této souvislosti považuji za vhodné uvést do kontrastu termíny úzkost a fobie. Pro tento účel uvádím definici podle Miňhové, a sice úzkost a napětí jsou velmi nepříjemně prožívané pocity, často bez zjevné příčiny, které mobilizují adaptační schopnosti člověka, a tím je schopen lépe zvládat stres. Fobie se jako jev může objevovat jako vedlejší symptom úzkosti, jde však o neodůvodněnou, nesmyslnou obavu, která má svůj předmět (Miňhová, Lovasová, 2018).

K nejčastějším fobiím řadíme například: agorafobii, sociální fobii, kynofobii či obecněji zoofobii, logofobii, sitofobii, nyktofobii, hydrofobii, keraunofobii a další.

#### Agorafobie

*„Znamená abnormní obavy a chorobný strach nejen z velkých, ale i uzavřených prostor“* (Kohoutek, 2007, s. 173).

Raboch uvádí, že jde o slovo pocházející z řečtiny, kdy původní význam byl strach z tržiště (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006). Pro psychiatrické účely se výraz začal používat v roce 1872, kdy definoval patologický strach z otevřených prostor. Ač tento druh fobie není typický pro dětskou populaci, můžeme její známky pozorovat, například pokud dítě pociťuje úzkost v dopravních prostředcích nebo má strach opustit domov (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).



Ve starších publikacích bychom našli agorafobii a klaustrofobii diferencovaně, nicméně v současné literatuře se pod pojmem agorafobie skryjí oba zmiňované nutkavé strachy.

#### Sociální fobie

Miňhová, Lovasová definují sociální fobii jako strach navazovat sociální kontakty a vystupovat na veřejnosti, jenž se u dětí projevuje především trvalou uzavřeností, panickým strachem, že bude dítě vytrženo ze své nenápadnosti, tichou, těžko srozumitelnou mluvou, plačtivostí, negativismem a podobně (Miňhová, Lovasová, 2018).

Raboch ve své knize blíže specifikuje situace, při kterých se fobie může projevit, a také tělesné příznaky, jež ji doprovázejí, např. být terčem posměchu, jíst s přáteli či s rodinou, vystupovat na veřejnosti, být pozorován při různých činnostech, kdy dochází k bušení srdce, pocení, bolestem hlavy, nebo zvýšenému svalovému napětí (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

#### Specifické (izolované) fobie

##### *Školní fobie*

Výše uvedená fobie může také postihovat již děti předškolního věku a má rovněž velmi blízko k sociální fobii, o níž jsem se již zmiňovala.

Školní fobie má některé symptomy totožné s fobií sociální, jedná se například o plačtivost, negativismus, problémy s mluvou či obavy ze ztráty nenápadnosti. Některé projevy jsou však vázány přímo na školní prostředí jako vystupňovaný strach z evaluace nebo strach plynoucí z nutnosti na školní půdu vstoupit. (Miňhová, Lovasová, 2018).

##### *Zoofobie*

*„Patologický strach ze zvířat může být orientován na různé formy života od obrovských a nebezpečných bestí až po malá neškodná stvoření“ (Grof, 2004, s. 96).*

Ve spojení s touto fobií považuji za velmi zajímavou myšlenku, kterou ve svém díle uvedl Grof. Tvrdí, že zmiňovaná porucha má své perinatální a transpersonální kořeny, například strach z velkého zvířete může symbolizovat spolknutí (vlk) nebo těhotenství a kojení (kráva), symbolický význam s porodním procesem je možné najít při strachu z pavouků (arachnofobie), neboť pavouci chytají do svých sítí volně poletující hmyz, ten je následně omotán a usmrčen.

Strach z hadů (serpentofobie) podle této myšlenky souvisí pravděpodobně s falickým podtextem. Fobie z drobného hmyzu jako např. z mouchy (entomofobie) mohou mít kořeny v jejich zálibě v exkrementech a schopnosti šíření infekce, mají velmi blízko k fobii spojené s nutkavou potřebou mytí rukou (mysofobie) (Grof, 2004).

#### *Kynofobie*

Tento druh fobie je obecně označován jako nepřiměřený strach ze psů (Kebza, 2009). U dětí může být způsoben předešlou negativní zkušeností, dítě po určité době může mít o kontakt se psy zájem, například pro účely canisterapie, ale jeho strach je silnější (Velemínský, 2007).

#### *Logofobie*

Tímto typem fobie se zabývají psychiatři a psychologové, kteří se ve své praxi věnovali, či věnují koktavostí například Klenková, Lechta, Sovák, neboť logofobií rozumíme spontánní odmítání hovořit z důvodu opakovaného komunikačního neúspěchu, kdy tento jev může vyústit až do odmítání společenského života (Klenková, 2006). „*Někteří považují logofobii za jednu z příčin koktavosti, jiní jsou toho názoru, že logofobie se vyvíjí teprve později, v průběhu koktání*“ (Sovák, 1988, s. 54).

#### *Sitofobie*

Patří mezi poruchy obživného (nutričního) pudu, v jehož důsledku člověk trpí strachem z jídla a jídlo následně odmítá (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015).

#### *Nyktofobie*

Obecně označovaná jako strach ze tmy, kterým jsou hlavně děti v průběhu vývoje fyziologicky, avšak velmi silně ohrožovány, má převážně krátkodobý charakter (Levos, Zacchilli, 2015).

#### *Hydrofobie*

Grof ve svých publikacích poukazuje na souvislosti mezi tímto patologickým strachem z vody a perinatálním obdobím, kdy voda sehrává v porodním procesu velmi důležitou roli (Grof, 2004).

Většina autorů zabývajících se touto problematikou se shoduje, že zde je klíčové, aby dítě nebylo vystaveno stresové situaci, kterou nervově nezvládne (například hozeno do vody), neboť by pak i dítě, které vodu vyhledávalo, mohlo začít praktikovat vyhýbavé chování (Hoch, 1980).

#### *Keraunofobie*

Fobie patřící do kategorie nepřiměřených strachů z přírodních jevů a úkazů (Kebza, 2009). Konkrétněji jde o chorobný strach z bouřek, hlavně ze zasažení blesky či elektrickým proudem (Hartl, 2004).

*„Všem fobiím je společné, že si pacient uvědomuje jejich přehnanost až nesmyslnost, nicméně jimi subjektivně velmi trpí“ (Pavlovský, 2009, s. 79).*

#### **Generalizovaná úzkostná porucha**

V naprosté většině případů se tato porucha vyskytuje až v pokročilejším věku, nicméně i přesto považuji za vhodné alespoň okrajově zmínit také uvedený druh úzkosti.

Neléčené úzkostné stavy z dětství mohou vyústit v dospělosti i v takovýto závažný problém (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015). Základním rysem této poruchy je generalizovaná trvalá úzkost, která se nepojí k žádné specifické události, nebo ke konkrétnímu podnětu (Zvolský, 1996). *„Její symptomy zahrnují prvky trvalého nerealistického a nadměrného úzkostného očekávání“ (Zvolský, 1996, s. 109).*

#### **Obsedantně-kompulzivní porucha**

*„Projevuje se tendencí k objektivně bezúčelnému, vtíravému myšlení, chování či jednání, rituálům apod., při snaze nemocného potlačit tyto tendence vznikají nepříjemné pocity, silná úzkost, pocity viny, stresu, odplaty“ (Hartl, 2004, s. 355).* Definice této poruchy se ve většině publikací překrývají, a tak si myslím, že Hartlovo vysvětlení nám danou problematiku dostatečně nastínilo. Důležité však je, že se klinický obraz obsedantně-kompulzivní poruchy v dětství a dospívání výrazně liší od dospělých (Říčan, Krejčířová et al., 2006). Kolem druhého roku života se výše uvedené chování projevuje fyziologicky a též normální hra dětí je ritualizovaná, aniž by nutně znamenala patologii. Pro děti s obsedantně-kompulzivní symptomatikou je typická nejistota, úzkost, perfekcionismus, ale též nadprůměrná inteligence či přehnaný, neopodstatněný strach o sebe a o své rodiče (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

## 2.4 METODY DIAGNOSTIKY NEUROTICISMU U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Svobodova bibliografie charakterizuje hlavní cíle neuropsychologického vyšetření, jakými jsou například:

- „*podrobný popis současného behaviorálního a funkčního stavu dítěte, specifika dysfunkcí a jejich hloubky, určení silných stránek jako východiska pro rehabilitaci, odhad premorbidní úrovně, včetně premorbidních osobnostních a emočních charakteristik dítěte, formulace hypotézy o etiologii postižení,*
- *sestavení plány léčby a rehabilitace*“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009, s. 207).

Většina psychologů, psychiatrů i pedagogů charakterizuje předškolní období v životě dítěte jako věk hry, kdy právě hra je jednou z nejvhodnějších diagnostických metod dětí předškolního věku. Podle Kucharské je sledování hry dětí v době předškolního vzdělávání velmi žádané a vlastně též nezbytné, dítěti dává prostor pro sebevyjádření (Mertin, Gillernová, 2015).

Langmeier rozdělil dětskou hru do tří forem, z nichž první se nazývá souběžná (paralelní) hra, která je typická pro děti kolem dvou let věku, děti po sobě sice pokukují, ale každé si hraje samo. Dalším stadiem je hra společná – asociativní, která je typická pro období vstupu do mateřské školy, a poslední je hra kooperativní, kde každé dítě má v konkrétní hře jasně přiřazenou roli, a za další typický rys se dá považovat organizovanost ve spolupráci (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Šírová uvádí, že jde o interaktivní formu vyšetření, jež si klade za cíl určit blízké vývojové možnosti každého dítěte, současně mluví o tom, že při postupu vyšetření je možné procházet následujícími podobami:

- „*dítě si samo hraje – dospělý pozoruje*“
- „*dítě si hraje s ostatními dětmi – dospělý pozoruje*“
- „*dítě si hraje s dospělým – jiný dospělý pozoruje*“
- „*dítě si hraje s dospělým, který současně pozoruje*“ (Mertin, Gillernová, 2015, s. 95).

Další diagnostickou metodou významnou pro období 3–7 let věku je kresba (Mertin, Gillernová, 2015).

Vágnerová označila kresbu v oblasti klinické psychologie za velmi oblíbenou a široce využívanou, neboť jde o příjemnou, pro děti přitažlivou činnost, z níž nebudou mít strach. Zároveň jde o velmi vypovídající klinický nástroj, což dokazuje fakt, že na příkladu u kresby lidské postavy můžeme zřetelně pozorovat změny plynoucí z fyziologického vývoje dítěte (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Pro účely mé bakalářské práce v souladu s kresbou jako klinickým nástrojem dle mého názoru velmi dobře poslouží longitudinální výzkum Kucharské a Májové z Univerzity Karlovy v Praze, kdy jedním z jejich tehdejších cílů bylo zjistit projevy úzkosti v kresebných diagnostických technikách.

Mezi projevy úzkosti reflektující se do kresby podle výše zmiňovaného výzkumu řadíme například zdůraznění levé strany papíru, u kresby postavy to může znamenat lépe propracované zdobení oděvu aj., dále pak extrémní pravidelnost, kdy obrázek působí neživotným dojmem, izolované extrémní tlaky jako nápadně zvýrazněný pásek či brýle, slabý tlak, kdy jsou čáry tenké a obrázek působí křehce, nebo ulpívavé znázorňování jednoho prvku tzv. perseverace (Kucharská, Májová, 2005).

## 2.5 NÁPRAVA NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ

### **Balcarova psychoterapie**

Balcar poskytuje ucelenou a vystihující definici psychoterapie, podle níž se jedná „o užívání psychologických prostředků k terapii, k dosažení prospěšné změny při poruchách životních funkcí člověka“ (Balcar, in Říčan, Krejčířová et al., 1997, s. 357). Psychologické prostředky, které jsou pro danou terapii zvoleny, pak působí na tzv. prožitkovou kvalitu pacienta, avšak pro péči o zdravý stav a vývoj dítěte se vedle psychoterapie v oblasti klinického lékařství uplatňují i další formy práce (in Říčan, Krejčířová et al., 1997). Rozlišujeme klinické psychologické poradenství, které zpravidla působí krátkodobě, a to obvykle v podobě intenzivních rozhovorů s dítětem a jeho blízkými, dále psychologické vedení, které dlouhodobě sleduje osobnostní vývoj a utváření vztahů dítěte, a vlastní psychoterapii, která si klade za cíl změnit poručený stav osobnosti (Říčan, Krejčířová et al., 1997).

**Terapie hrou**

*„U dětí ve věku od 3 do 12 let se používá terapie hrou, která je přirozeným prostředkem dětského sebevyjádření“ (Rezková, 1994, in Vymětal, 2007, s. 273).*

Terapie hrou je tedy nejčastějším druhem nápravy neurotických poruch, která se aplikuje při práci s předškolními dětmi. Je hojně využívána při práci s dětmi trpícími úzkostnými poruchami, s dětmi, které se nacházejí v náročné životní situaci či s dětmi, kterým dělá problém kontakt s lidmi. Děti se tak učí rozeznávat nejrůznější pocity, uvolňovat napětí, nahlížet na zátěžovou situaci s odstupem. Prostřednictvím hry se dítě lépe adaptuje na náročnější podmínky, které jsou na něj kladeny (Vymětal, 2007). Výše uvedený typ terapie je možné provádět individuálně i skupině, zde záleží na problému, jímž dítě trpí. Úkolem terapeuta je dítě emočně podporovat a poskytovat mu přiměřenou míru povzbuzení (Vymětal, 2007).

---

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 3 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumné části mé bakalářské práce je zjistit postoj učitelek/učitelů z mateřských škol k dětem s neurotickými symptomy. Poznatky tohoto výzkumu umožní částečný vhled do prostředí několika mateřských škol a současně mohou sloužit jako impuls k případnému zlepšení přístupu učitelek/učitelů a tím snížit jeden z neurotizujících faktorů dětí předškolního věku. V následující kapitole bych také ráda porovнала poznatky mého výzkumu s poznatky podobných výzkumů zaměřujících se na děti předškolního věku prováděných v dřívějších letech.

#### 3.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- Jaké jsou postoje učitelek/učitelů z mateřských škol k neurotickým dětem?
- Čím jsou tyto postoje nejčastěji ovlivněny?
- Které neurotické symptomy považují učitelky/učitelé z mateřských škol z pedagogicko-výchovného hlediska za nejnáročnější?
- Jaké metody používají učitelky/učitelé z mateřských škol v přístupu k neurotickým dětem?

#### 3.2 VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY

- Postoje učitelek/učitelů z mateřských škol k neurotickým dětem jsou jiné než k ostatním dětem.
- Postoje učitelek/učitelů z mateřských škol k neurotickým dětem jsou liberálnější/shovívavější než k ostatním dětem.
- Neurotický symptom, který učitelky/učitelé z mateřských škol považují z pedagogicko-výchovného hlediska za nejnáročnější, je úzkost.
- Neurotický symptom, se kterým se učitelky/učitelé z mateřských škol setkávají nejčastěji, je hyperaktivita.

Výzkum byl proveden kvantitativní formou výzkumného šetření, kde jako nástroj posloužil dotazník vlastní konstrukce v rozsahu anamnestického dotazníku s deseti otázkami, z nichž jedna byla otevřená a zbylých devět polouzavřených s možností volby (viz příloha č. 1).

### 3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

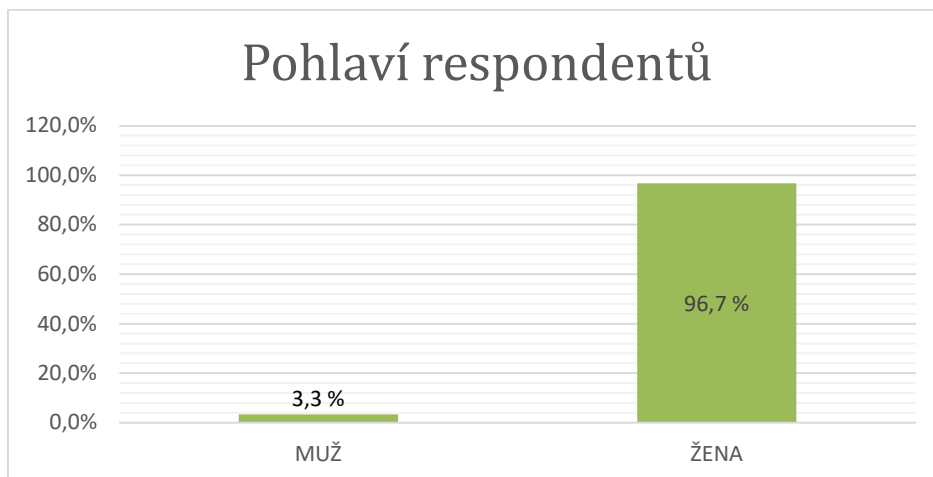
Sběr dat byl realizován pomocí dotazníků vlastní konstrukce, projekt bakalářské práce rovněž obsahoval metodu kvalitativního šetření jako další možnost sběru dat, a sice strukturované pozorování, kdy jsem za pomoci záznamového archu měla v průběhu několika dní pozorovat děti při dopoledním programu a po obědě vést krátký rozhovor s učitelkami/učiteli jednotlivých tříd. Za vzniklé situace, ve které se nacházela celá Česká republika, však nebylo možné opřít se ve výzkumu i o tuto metodu, neboť mateřské školy byly v době, kdy měl být výzkum realizován, kompletně uzavřené. Doufám však, že výše zmiňovaný dotazník pro výzkumné účely mé bakalářské práce bude dostatečně relevantním zdrojem, který přinese požadované poznatky.

Výzkumným vzorkem byli učitelky a učitelé z několika mateřských škol v Plzeňském kraji, konečný počet všech respondentů činil 32. Pedagogům byl rozdán anonymní dotazník s prosbou o jeho vyplnění. V samém úvodu dotazníku se osloveným dostalo vysvětlení, pro jaké účely poslouží a jakým způsobem se bude vyplňovat. Celkem obsahuje 10 otázek, z toho devět polouzavřených a jednu otevřenou. Závěrem bylo všem osloveným vyjádřeno poděkování za spolupráci. Před samotným zpracováním dotazníkového šetření uvádím, že anonymita je zaručena u charakteristiky výzkumného vzorku i ve zjištěných závěrech.



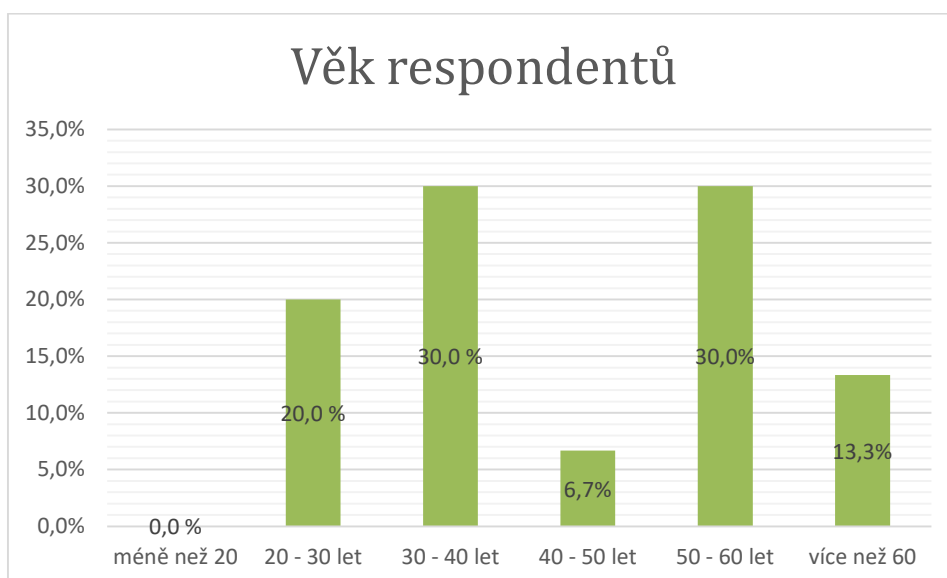
### 3.4 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

#### 3.4.1 ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK



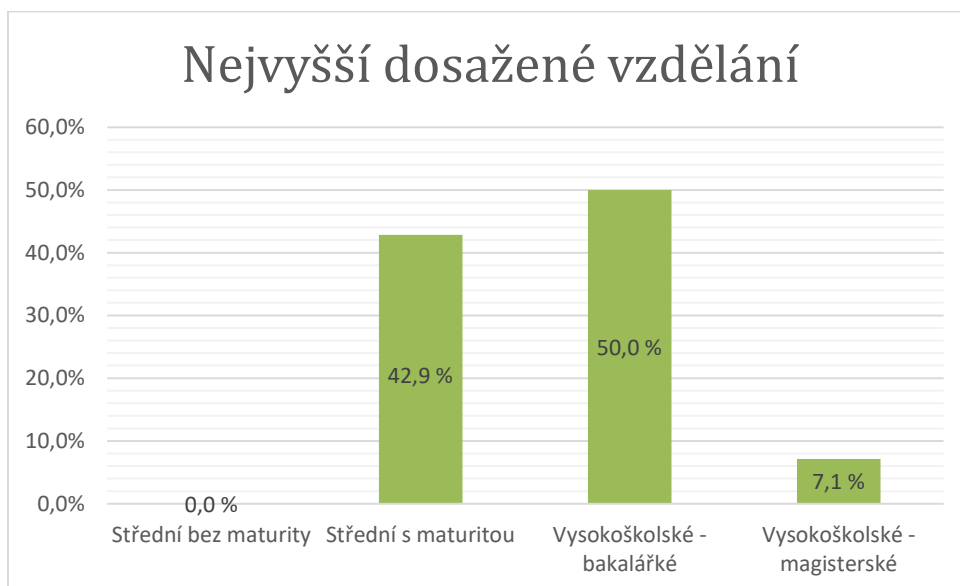
Graf 1: Pohlaví respondentů

Graf zobrazující pohlaví respondentů jasně potvrzuje současný trend, jímž je nesporně feminizace i v oblasti předškolního vzdělávání. Mnou oslovené mateřské školy tedy nebyly výjimkou, i zde byla téměř většina dotazovaných ženského pohlaví. Myslím si, že se jedná o standard, který vydrží i nadále, což plyne pravděpodobně z pověstné trpělivosti, kterou ženy s dětmi mají, větší empatií a zřejmě také z fixace dítěte na matku, tedy na ženu v raných etapách života.



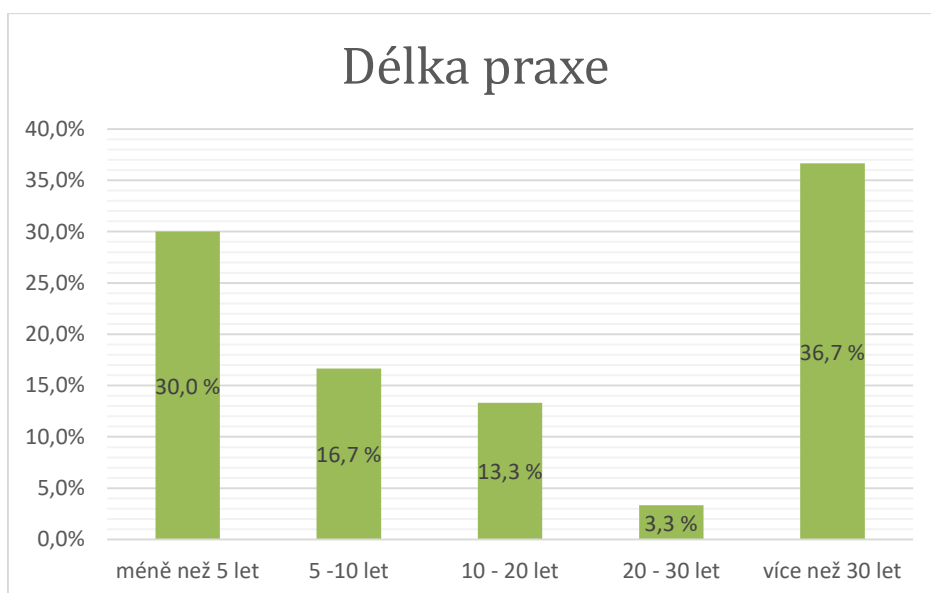
Graf 2: Věk

Věk respondentů byl velmi různorodou položkou, stejný počet respondentů dosáhl věku mezi 30–40 lety a 50–60 lety, o něco méně se pak pohybuje mezi 20–30 lety a za zmínku také stojí položka méně než 20, kam nezapadá žádný z mých respondentů. Tuto skutečnost přisuzuji faktu, že pro práci s předškolními dětmi je nutné dosáhnout určitého vzdělání a praxe, což u lidí mladších než 20 let není reálné.



Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Díky grafu týkajícího se stupně vzdělání zúčastněných respondentů se lze přesvědčit o tom, že nikdo neměl nižší vzdělání než střední s maturitou, o poznání menší procento dosáhlo vysokoškolského magisterského vzdělání, kdy se pravděpodobně jedná o ředitele a ředitelky oslovených mateřských škol. Nejvyšší procento, a to přesně polovina dotazovaných, dosáhla vysokoškolského – bakalářského vzdělání a jen nepatrně nižší procento středního s maturitou. Tento fenomén je způsobem pravděpodobně tím, že dané střední školy byly přímo zaměřeny na práci s dětmi, pravděpodobně šlo o střední pedagogické školy, po jejichž absolvování nebylo nutné dále se vzdělávat. Bakalářského titulu zřejmě byli nuceni dosáhnout ti učitelé a učitelky mateřských škol, jejichž maturitní vzdělání nebylo spojené s předškolní pedagogikou a nedosáhli tak potřebných kompetencí pro vykonávání této pozice.

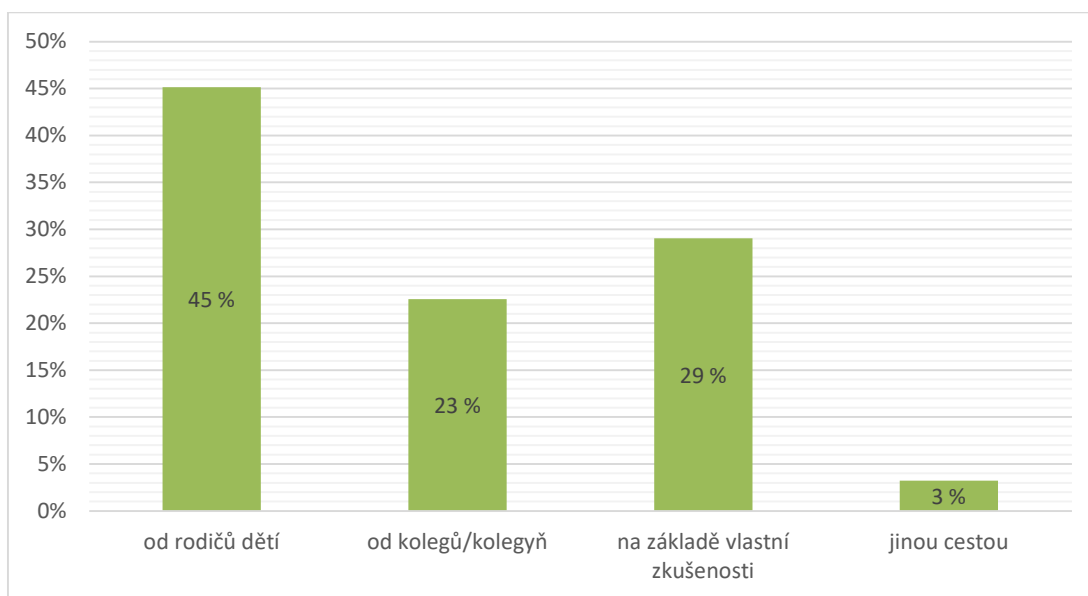


Graf 4: Délka praxe

Poslední bod anamnestického dotazníku se týkal délky praxe dotazovaných v oblasti předškolního vzdělávání. Zde mne poměrně překvapilo nejnižší procento, konkrétně 3,3 %, u možnosti 20–30 let, neboť jsem předpokládala, že právě tato položka bude na absolutním vrcholu. Nejfrekventovanější možností se tak stala praxe delší než 30 let, což velmi jasně koresponduje s věkem, který dotazovaní uvedli v jedné z předcházejících otázek. Druhou nejčastější možností byla praxe kratší než 5 let, což je vzhledem ke zvyšujícím se nárokům na vzdělání a praxi zcela pochopitelné. Podobné hodnoty zaznamenaly možnosti mezi 5–10 lety a 10–20 lety.

### 3.4.2 DOTAZNÍK ZAMĚŘENÝ NA POSTOJE UČITELŮ/UČITELEK Z MATEŘSKÝCH ŠKOL

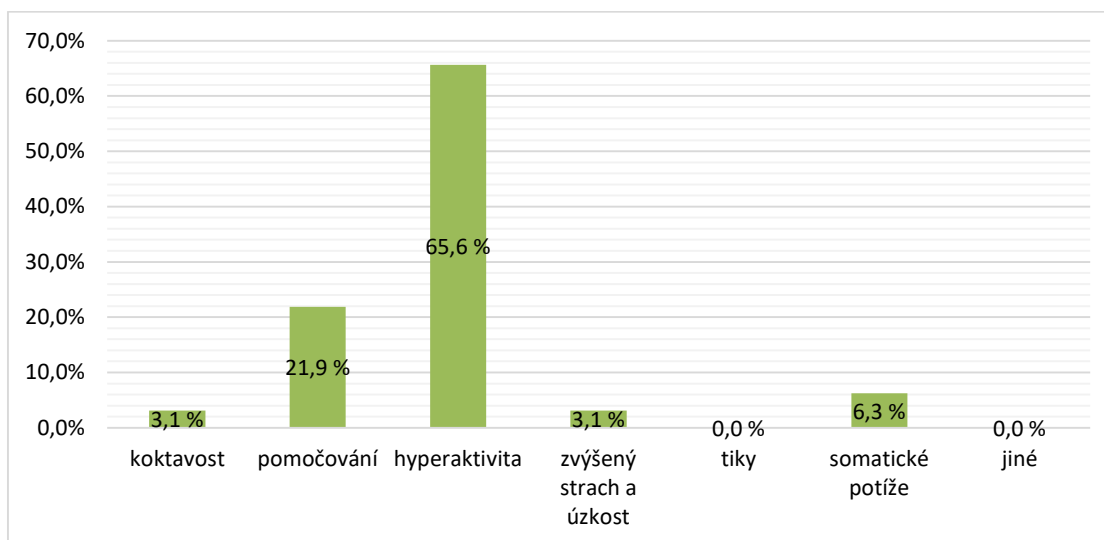
#### Jak jste byli informováni o neurotických symptomech u dětí ve Vaší třídě?



Graf 5: Jak jste byli informováni o neurotických symptomech u dětí ve Vaší třídě?

Z grafu č. 5 je patrné, že informovanost pedagogických pracovníků o neurotických symptomech dětí ve třídě pocházela od tří základních zdrojů. Hlavním z nich jsou rodiče, z nichž 45 % poskytuje základní vhled do chování dítěte, 23 % informací poskytli kolegové a 29 % respondentů symptomy rozeznalo na základě vlastních zkušeností. Jinou cestou byla informována pouhá 3 % dotazovaných. Osobně jsem nebyla daty plynoucími z první dotazníkové položky překvapena, neboť jsem předpokládala, že rodičům jakožto zdroji informací o dítěti bude patřit většinový podíl procent.

### Se kterými neurotickými příznaky se u dětí předškolního věku setkáváte nejčastěji?

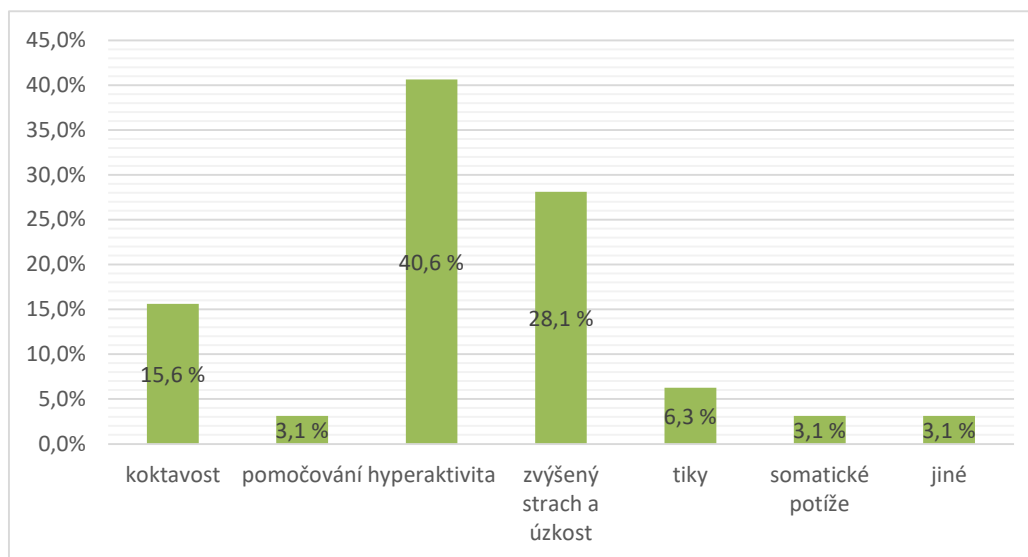


Graf 6: Se kterými neurotickými příznaky se u dětí předškolního věku setkáváte nejčastěji?

Uvedený graf naprosto přesně naplnil premisu, která byla na základě otázky č. 2 vytvořena, a sice že nejčastěji se vyskytujícím neurotickým příznakem bude hyperaktivita.

Pochopitelně je nezbytné vědět, zda se nejedná o doprovodný symptom jiného onemocnění či jiné poruchy, např. ADHD, nicméně s hyperaktivitou jako neurotickým příznakem se nejčastěji setkává až 65,6 % respondentů, o poznání menší procento, a to téměř 22 %, pak pozoruje u dětí čtenější pomočování jako příznak neurotické poruchy. Zbývající 3,1 % všech oslovených pedagogických pracovníků předškolního vzdělávání pak nejčastěji pozoruje kocktavost, zvýšený strach a úzkost a o něco více procent náleží somatickým potížím jako neklamnému symptomu neuroticismu.

### Které z neurotických symptomů považujete z pedagogicko-výchovného hlediska za nejnáročnější?



Graf 7: Které z neurotických symptomů považujete z pedagogicko-výchovného hlediska za nejnáročnější?

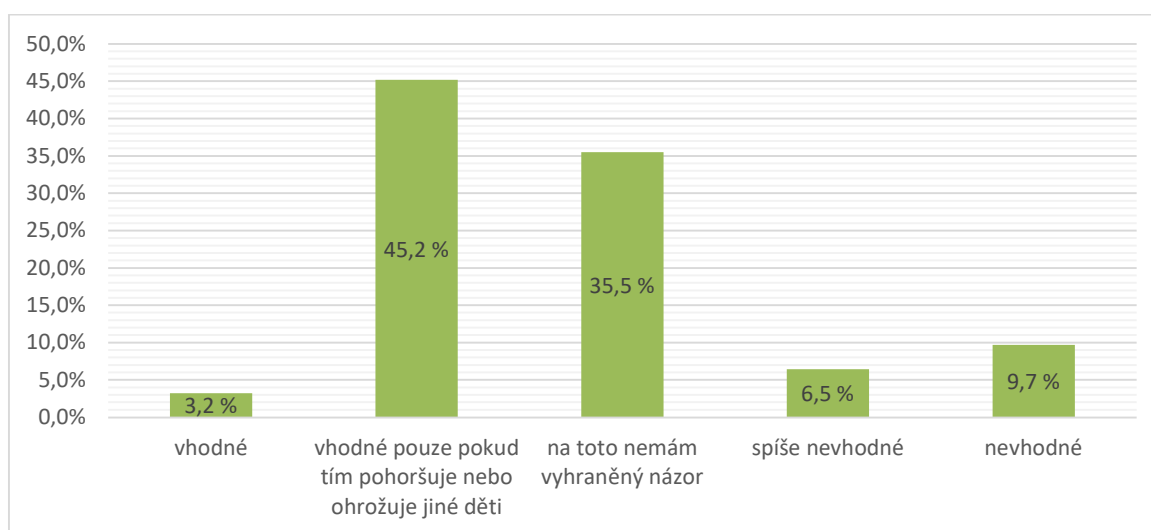
Výše uvedenému grafu opět dominuje hyperaktivita, tentokrát jako z pedagogicko-výchovného hlediska nejnáročnější neurotický symptom, označilo ji 40,6 %. Dalších 28,1 % respondentů považuje za nejnáročnější neurotický symptom zvýšený strach a úzkost, a to pravděpodobně z toho důvodu, že dítě se může přestat podílet na společných aktivitách celé třídy, být plačtivé či podléhat záchvatům paniky. Větší procento náleží také kockavosti jako nejnáročnějšímu neurotickému symptomu, konkrétně 15,6 %. Může totiž být velmi náročně s takovým dítětem komunikovat a logopedická cvičení zde nebudou příliš účinná, proto učitelé/učitelky mateřských škol mohou některé druhy terapie rodičům pouze doporučit. Zbýlé symptomy už nemají tak hojné zastoupení, avšak stále považují za vhodné zmínit tiky, kterým náleží 6,3 %. Myslím si, že úskalí tiků jako neurotické poruchy spočívá v tom, že děti mateřských škol mohou velmi citlivě reagovat na posměch svých spolužáků, plynoucí z bezúčelných pohybů drobného svalstva.

**Jak reagujete v případě, že dítě vyžaduje pomoc s činnostmi, které by v jeho věku už mělo zvládat samo (např. 6leté dítě vyžaduje pomoc s oblékáním)? (- otevřená otázka)**

Odpovědi na jedinou otevřenou otázku celého mého dotazníku se do značné míry překrývaly. Většinový postoj dotazovaných se v tomto případě shodoval v hledání vhodné motivace pro dítě, většinou pomocí hry např. „Schválně, kdo se oblékne dříve?“ Kromě motivace a chválení za každou maličkost, která se dítěti povede, je pro většinu oslovených pedagogických pracovníků v takových případech důležitá komunikace s rodiči.

Vyžadují důslednost a komunikaci s dítětem a také intenzivní procvičování procesu, který pro dítě představuje problém. Většina respondentů pak upřednostňuje předně děti motivovat, případně si promluvit s rodiči, pokusy vést dítě k větší samostatnosti a v krajním případě pomoci. Ojediněle se vyskytovaly také názory, kdy je zapotřebí dítěti pomoci za jakékoliv situace, což učitelky/učitelé omlouvali individuálním přístupem, který je nutný v takových případech zvolit, nebo naopak nepomáhat mu v žádném případě i za cenu toho, že daná aktivita zabere více času než obvykle a bude tak mít dopad na celou třídu. Nejvíce mě však zaskočila odpověď, která se při vyhodnocování dotazníků vyskytla jen jednou, a sice že je možné poprosit o pomoc kamarády. Přestože nejsem žádný odborník, nepovažuji toto řešení za vhodné, neboť si myslím, že mnoho dětí trpících neurotickými příznaky by mohlo potom situaci vnímat jako své osobní selhání, kdy mu museli pomoci kamarádi ze třídy a v krajních případech by takové jednání mohlo vést k nepřiměřenému sebehodnocení, tedy podceňování sebe sama.

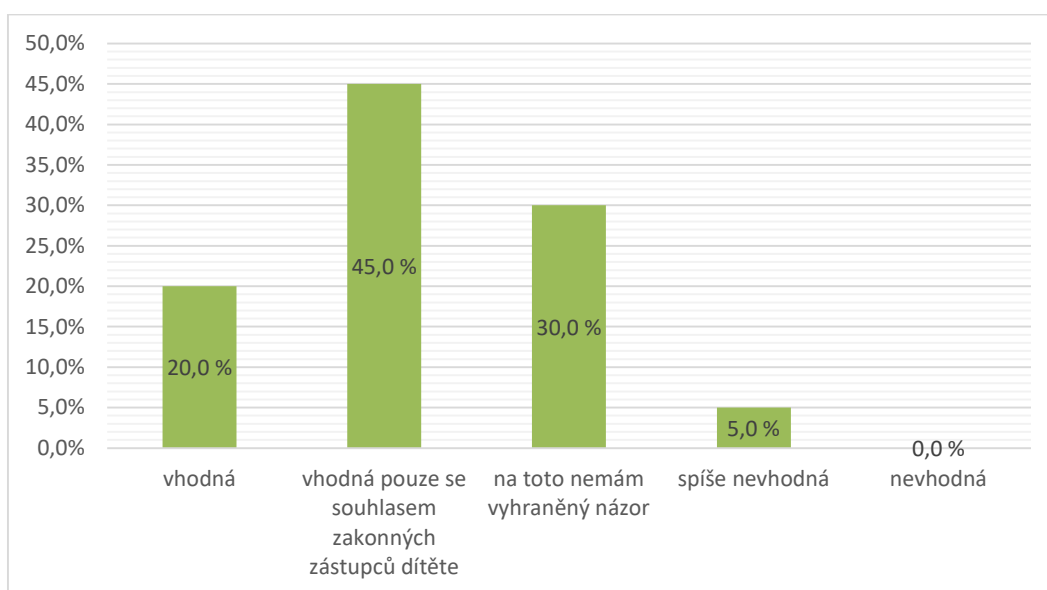
#### **Napomínat dítě, které upozorňuje na své genitálie, považují za:**



Graf 8: Napomínat dítě, které upozorňuje na své genitálie, považují za

Při procházení odborné literatury na téma neurotičnost u dětí jsem zjistila, že sahání či jiné upozorňování na vlastní genitálie je velmi častým znakem zvýšené hladiny neuroticismu zejména u předškolních dětí, proto jsem tuto otázku zařadila také do vlastního dotazníku. Významné procento všech dotazovaných, tedy 45,2 % považuje napomenutí v takové situaci za vhodné jen za předpokladu, že tím dítě pohoršuje, či ohrožuje ostatní děti. Na řešení podobné situace nemá vyhraněný názor 35,5 %, dalších 9,7 % respondentů pak jakékoliv napomínání považuje za nevhodné, a to zřejmě proto, že neurotické děti bývají velmi citlivé na napomínání obzvláště před ostatními dětmi ze třídy. Napomínání v takové situaci považuje za spíše nevhodné 6,5 % oslovených a pouze 3,2 % všech dotázaných pedagogických pracovníků mateřských škol považuje napomínání v této situaci za vhodné.

**Odmítá-li s Vámi dítě předškolního věku komunikovat, pak je Vámi vedená/zajištěná pedagogicko-výchovná intervence:**



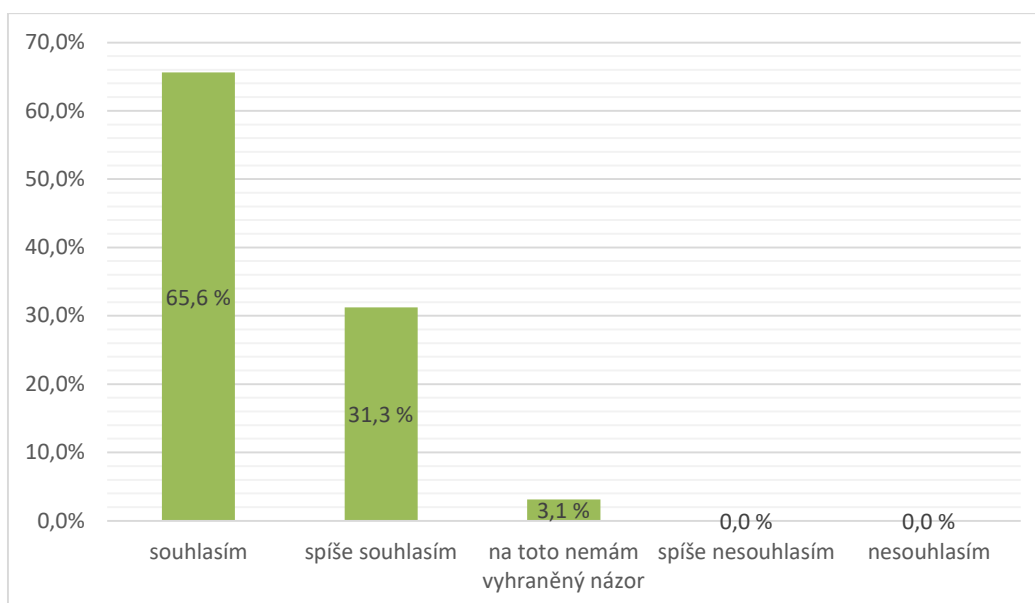
Graf 9: Odmítá-li s Vámi dítě předškolního věku komunikovat, pak je Vámi vedená/zajištěná pedagogicko-výchovná intervence

Devátý graf zachycuje řešení další modelové situace, přičemž nejvíce dotazovaných, a sice 45 %, souhlasí s tím, že pedagogicko-výchovná intervence v případě, že dítě odmítá komunikovat, je vhodná, avšak pouze se souhlasem zákonných zástupců dítěte.



Učitelky mateřských škol z 30 % nemají na řešení situace vyhraněný názor, avšak až 20 % z nich považuje pedagogicko-výchovnou intervenci při nedostatečné komunikaci za vhodný zásah, a to i bez souhlasu zákonných zástupců dítěte. Důvodem je zřejmě to, že ze své pozice mají dostatečné kompetence k takovému řešení. Zbývajících 5 % oslovených pak takové jednání považuje za spíše nevhodné.

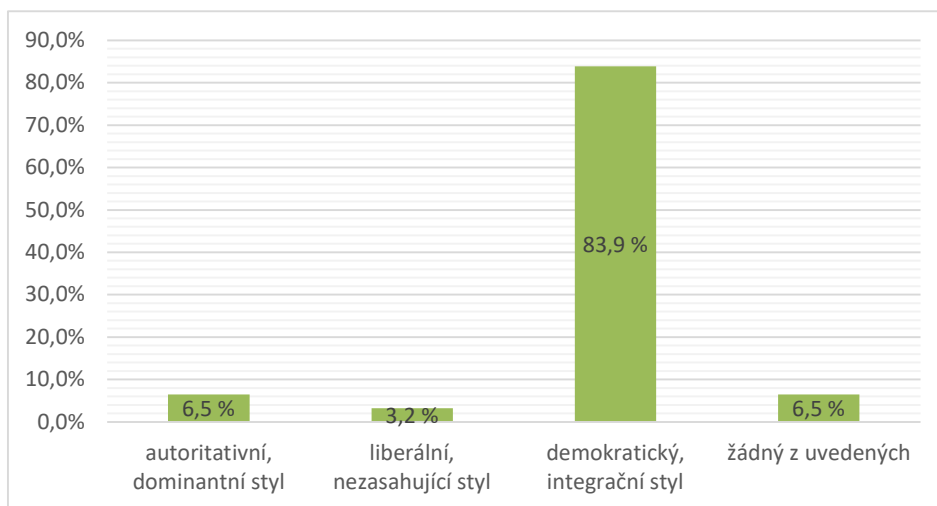
**Pokud dítě předškolního věku odmítá jídlo, pak je nutné si s ním promluvit a zjistit příčiny nechutenství.**



Graf 10: Pokud dítě předškolního věku odmítá jídlo, pak je nutné si s ním promluvit a zjistit příčiny nechutenství

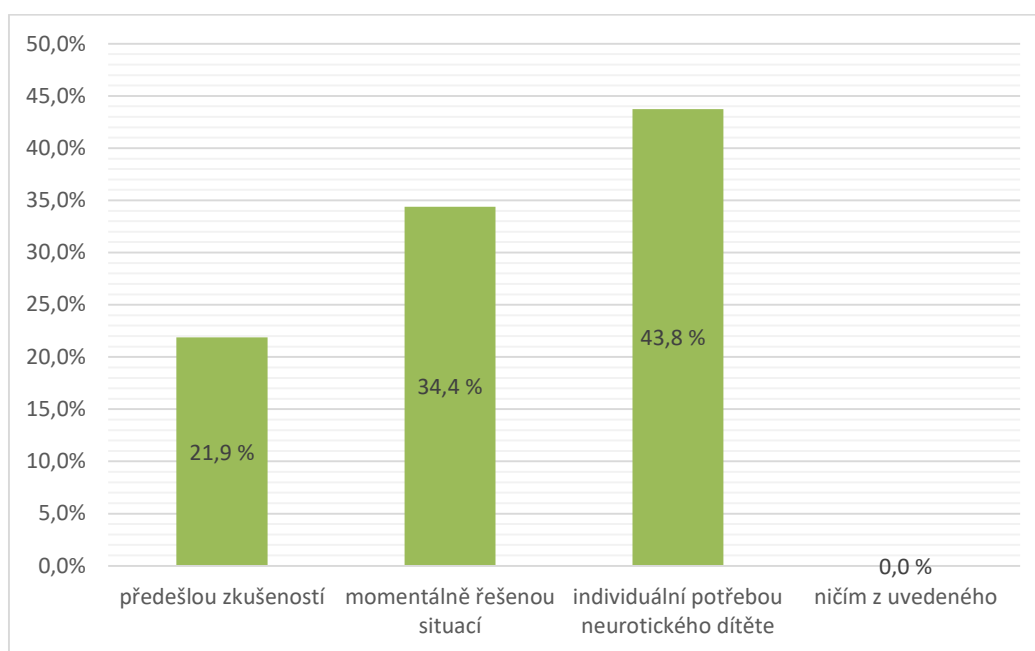
Z grafu č. 10 je zřejmé, že případy, kdy dítě odmítá jídlo, naprostá většina oslovených učitelek mateřských škol řeší tím, že si s dítětem promluví a snaží se mu porozumět, v číslech je to konkrétně 65,6 %. Přes 30 % s takovým řešením spíše souhlasí a téměř 3,1 % dotazovaných nemá na řešení výše uvedené situace vyhraněný názor.

**Který z níže uvedených pedagogicko-výchovných přístupů využíváte při kontaktu s neurotickými dětmi nejčastěji.**



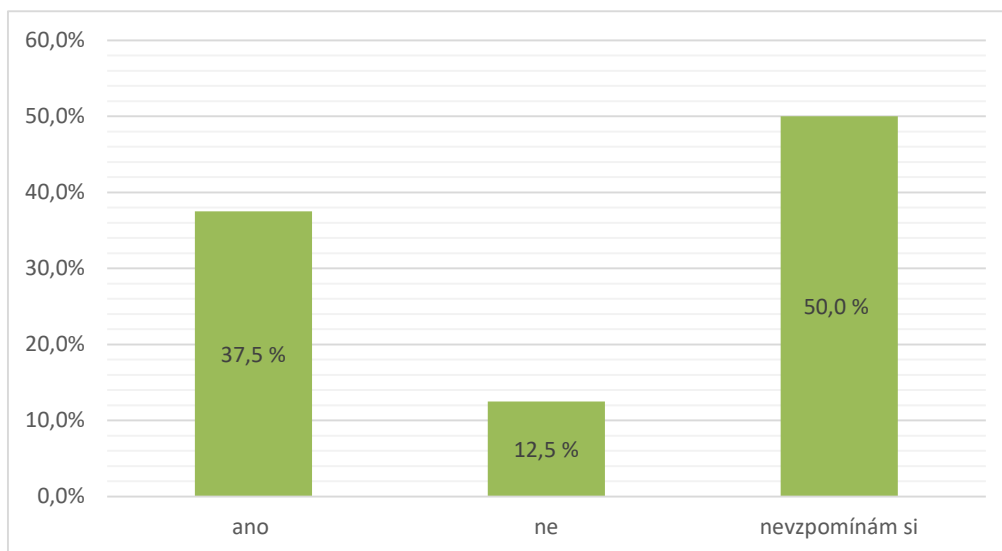
Graf 11: Který z níže uvedených pedagogicko-výchovných přístupů využíváte při kontaktu s neurotickými dětmi nejčastěji

Následující graf č. 11 již na první pohled působí velmi nerovnoměrně. Důvodem je 83,9 % procent dotazovaných, kteří při kontaktu s neurotickými dětmi využívají demokratický, integrační styl, tedy vše se snaží řešit domluvou, nic ani nepřikazovat, ani nezakazovat, o všem diskutovat. Dalších 6,5 % oslovených učitelek mateřských škol raději volí cestu jasných pokynů a vyžaduje jejich přesné plnění, tedy autoritativní, dominantní styl. Ke stylu, který dítě žádným způsobem nelimituje, důraz je zde kladen na svobodnou vůli dítěte – jedná se o liberální, nezasahující styl, se přiklání 3,2 % dotázaných. Zbývajících 6,5 % oslovených pak nepoužívá při kontaktu s neurotickým dítětem žádný z výše uvedených stylů. U této otázky došlo k situaci, kdy jedna z dotazovaných nevyplnila žádnou z kolonek, avšak zanechala zde krátký odkaz, že velmi záleží na konkrétní situaci, v níž se s dítětem s neurotickými sklony ocitne, a také na konkrétním dítěti, proto není schopna jasně označit pedagogicko-výchovný přístup, který využívá nejčastěji.

**Čím je nejčastěji ovlivněna volba Vašeho pedagogicko-výchovného stylu?**

Graf 12: Čím je nejčastěji ovlivněna volba Vašeho pedagogicko-výchovného stylu?

Z grafu č. 12 je patrné, že při volbě pedagogicko-výchovného stylu se učitelky mateřských škol nejčastěji opírají o individuální potřebu neurotického dítěte, a to až 43,8 %. Tato skutečnost plyne pravděpodobně z faktu, že každé dítě je jiné, a i přestože se může jednat o neurotickou poruchu stejné povahy, děti mohou reagovat různými způsoby. Pro 34,4 % respondentů je rozhodujícím faktorem momentálně řešená situace, neboť je nutné pedagogicko-výchovný přístup volit adekvátně situaci. Poměrně vysoké procento dotazovaných, konkrétně 21,9 %, považuje za užitečný nástroj heuristické myšlenkové operace, kdy volí pro rozhodování předešlou zkušenost, která se v minulosti osvědčila.

**Dopustil/a jste se v průběhu své praxe v mateřské škole pochybení při komunikaci s neurotickým dítětem?**

Graf 13: Dopustil/a jste se v průběhu své praxe v mateřské škole pochybení při komunikaci s neurotickým dítětem?

Z posledního grafu vyplývá, že přesně polovina dotazovaných, tedy 50 % si nevzpomíná na pochybení, kterého by se při komunikaci s neurotickým dítětem dopustili. Avšak 37,5 % respondentů přiznalo, že si jsou schopni zpětně vybavit situaci, kdy s neurotickým dítětem nejednali správně. Pouhých 12,5 % oslovených učitelek/učitelů mateřských škol si není vědomo jakéhokoliv pochybení, kterého by se při práci s dětmi s neurotickými sklony dopustilo. Jeden z respondentů dokonce uvedl krátké vysvětlení své odpovědi, a sice že se nikdy nedopustil žádného pochybení při práci s neurotickými dětmi, neboť se nikdy neseťkal s dítětem, se kterým by vůbec nebylo možné komunikovat, či se s ním efektivně domluvit.

#### **4 SHRnutí VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A DISKUZE**

Porovnání počátečních hypotéz se skutečnými výsledky dotazníkového šetření bylo velice obohacující. Na základě získaných dat je možné tvrdit, že přístup pedagogů působících v mateřských školách k dětem vykazujícím některý z neurotických symptomů je skutečně jiný než k ostatním dětem. K tomuto názoru mne vedou výsledky otázky č. 8, kdy pouze nízké procento dotazovaných odpovědělo, že při komunikaci s neurotickým dítětem nepoužívají žádný z uvedených vybraných pedagogicko-výchovných stylů. Naprostá většina oslovených se snaží najít si k takovým dětem individuální přístup. Co však ze získaných poznatků není možné potvrdit, je premisa, že učitelky a učitelé mateřských škol jsou k neurotickým dětem shovívavější a liberálnější než k ostatním dětem.

Liberální, nezasahující styl využívá při komunikaci s neurotickými dětmi pouze 3,8 % všech dotazovaných. Nejčastěji se učitelky a učitelé mateřských škol snaží v duchu demokratického, integračního pedagogicko-výchovného přístupu s dítětem s neurotickými příznaky domluvit na řešení konkrétní situace. Na základě získaných dat je také možno zamítnout další z mých předpokladů, a sice že z pedagogicko-výchovného hlediska za nejnáročnější neurotický symptom budou oslovení pedagogičtí pracovníci považovat úzkost, neboť otázka č. 3 a její graf jasně ukazují, že takovým symptomem je pro většinu z nich hyperaktivita. Zvýšený strach a úzkost jsou pro svou náročnost umísťovány na druhou pozici. Dle mého názoru je tento fakt ovlivněn také nezpochybnitelnou skutečností, že hyperaktivita je na nejvyšší pozici také, co se četnosti výskytu neurotických symptomů týče.

#### **Srovnání s výsledky předešlých výzkumů**

Myslím si, že k dosažení co možná nejlepších poznatků je dobré si výsledky mé práce srovnat s výsledky prací předešlých a jinými výzkumy týkajícími se problematiky neuroticismu u předškolních dětí. K tomuto účelu jsem prošla hned několik výzkumů, abych zjistila, nakolik se situace změnila a co k případným změnám mohlo vést.

Jako první nabízím srovnání mého dotazníkového šetření s dotazníkovým šetřením diplomové práce z roku 2011 (Bezděková, 2011). Diplomová práce si kladla za cíl poznat a případně pochopit pohledy učitelů mateřských škol na problémové děti, přičemž výzkumná část byla založena na rozhovorech s učiteli a na výsledcích dotazníkového šetření.

Celkově bych řekla, že dotazník byl koncipován velmi podobně jako dotazník mé vlastní konstrukce, právě díky tomu se mi také nabízela možnost srovnání výsledků. Ve zmiňované studii jsem našla několik bodů, které mě ve srovnání s výsledky mé průřezové studie velmi překvapily. Jedním z překvapivých výsledků je fakt, že nejčastější odchylkou chování, se kterou se učitelé setkávají, je agresivita, která zaujímala nadpoloviční většinu výsledných dat, a hyperaktivita, která s nespornou převahou dominuje mým výsledkům, zaujímala pouze 10% podíl.

Obě studie však potvrzují, že přístup k dítěti s problémovým chováním či psychickou poruchou je nejlepší řešit přímo s rodiči, kteří dítě znají a mohou tak navrhnout nejlepší způsob interakce, nejlepší cestu, jak ho motivovat, či způsoby, jakými je vhodné dítě kárat (Bezděková, 2011).

Další zajímavé informace pro srovnání či rozšíření mých tezí poskytuje bakalářská práce z roku 2017, ve které se autorka zabývala strachem u dětí daného předškolního věku (Gottwaldová, 2017).

Cílem empirické části této práce bylo zjistit názory rodičů a učitelek/učitelů na objekty strachu, s nimiž předškolní děti bojují. I v této studii data prokázala, že prvním subjektem, na který se učitelky/učitelé z mateřských škol obrací v případě, že dítě přestává zvládat svůj strach a projevuje znaky maladaptace, jsou rodiče, což celkem logicky koresponduje také s mými výsledky. Dále bych však ráda zmínila, že výše zmíněné studie uvádějí, že nejobvyklejším druhem strachu, se kterým se při své praxi učitelky/učitelé mateřských škol setkávají, je strach z odloučení od rodičů, neboť děti mají obavy z toho, že je rodiče z mateřské školy nevyzvednou, že je nenajdou. Tuto skutečnost uvádím především proto, že se domnívám, že právě tento druh strachu je primárním spouštěčem separační úzkostné poruchy, jež hojně postihuje děti nastupující do mateřských škol (Gottwaldová, 2017).

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou neurotičnosti dětí z mateřských škol. Fenomén současnosti je stále narůstající počet osob s neurotickými poruchami, a to jak u dětí, tak dospělých, způsobený vlivem hektické doby náročné na centrální nervový systém jedince. Úvodní kapitola popsala historický původ neurotických poruch, dříve „neuróz“, ale také tendence k jejich vzniku, tedy neuroticismu.

Dále jsem se zaměřila na jednotlivé neurotické poruchy, jejichž zastoupení je hojně zaznamenáváno také v mateřských školách. Praktická část mé práce pak nabídla náhled na postupy, které učitelky/učitelé mateřských škol využívají při kontaktu s neurotickým dítětem. Dotazník sloužící jako výzkumná sonda jsem vytvořila sama na základě prostudovaného materiálu týkajícího se sledovaného tématu. Po jejich vyhodnocení se mi podařilo získat poměrně jasný přehled o přístupech, které jsou v zařízeních používány. Důležité je, že pokud dítě prokazatelně trpí neurotickou poruchou, odráží se tento fakt i na jednání učitelek/učitelů v mateřské škole. Ti se z větší části snaží dítěti pomoci a také chápat jeho nestandardní projevy chování. S dítětem převážná většina pedagogických pracovníků jedná demokraticky a případné projevy maladaptace či neurotické poruchy jsou víceméně připraveni plasticky řešit.

Základním cílem bakalářské práce bylo zjistit postoje učitelek/učitelů mateřských škol k neurotickým dětem, aby se tak případně snížil jeden z neurotizujících faktorů. Zjištěná data převážně korespondují s doporučeními odborníků pro práci s neurotickými dětmi. Je nutné mít na paměti, že učitel a rodič by měli jednoznačně spolupracovat. V případě, že se u dítěte projevují známky neuroticismu, měl by pedagogický pracovník jednat citlivě a obezřetně, např. dítě nikdy před kolektivem nezesměšňovat, nenutit dítě do jídla, s dítětem mluvit a snažit se mu co nejvíce porozumět. V neposlední řadě je dobré mít na paměti, že každé dítě je jiné, přestože dvě děti mohou trpět stejnou neurotickou poruchou, nikdy není dobré slepě aplikovat tentýž vzorec chování, byť byl úspěšný. Vždy je nutné zajistit dítěti individuální a přátelský přístup.

---

## RESUMÉ

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo poskytnout hlubší pohled do postojů učitelek a učitelů mateřských škol k dětem s neurotickými symptomy. Tato práce je rozdělena do dvou základních částí. Teoretická část popisuje historické pozadí neurotických poruch a popis několika z nich. Praktická část je založena na dotazníku vlastní konstrukce, kde jsem se pokoušela zjistit, jak učitelky a učitelé řeší problematické situace s neurotickými dětmi. Některé výsledky byly překvapující, některé z nich byly víceméně očekávané. Pro mě jako pro autorku práce je nejdůležitější, že se respondenti zamysleli nad svým jednáním k neurotickým dětem a možná se mi tak podařilo snížit jeden z neurotizujících faktorů předškolních dětí. V závěrečné diskuzi jsem se pokoušela o srovnání výsledků mého šetření s výsledky podobně zaměřených výzkumů, které byly rovněž orientovány na děti z mateřských škol.

## CIZOJAZYČNÉ RESUMÉ

The main aim of my bachelor thesis was to provide a deeper view into the attitudes of preschool teachers towards children with neurotic symptoms. This paper is divided into two basic parts, the first is theoretical description of the history of neurotic disorders and also description of some of particular types. The second part is based on questionnaire of my own construction, where I tried to find out how teachers from nursery schools usually solve problematic situations with neurotic children. Some of the results are surprising, some of them I probably expected. The most important thing for me was to make teachers of preschoolers think about their behaviour towards neurotic children, maybe decrease some inappropriate attitudes and thanks to it decrease one of the neurotising factors of the preschool children. At the end of my thesis I tried to compare results of my research with another results from very similar researches connected with children from nursery schools.



## SEZNAM LITERATURY

1. ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmir, 2006. ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
2. DRAPELA, V. J., 1998. *Přehled teorií osobnosti*. 2. opr. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-251-3.
3. FAW, T., BELKIN, G., 1989. *Child Psychology United States of America*: McGraw Hill, Inc. ISBN 0-07-020112-9.
4. GROF, S., 2004. *Psychologie budoucnosti: poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Perla. ISBN 80-902156-6-1.
5. HARTL, P., 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.
6. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2009. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-7367-569-1.
7. HARTL, Pavel, 1993. *Psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Jiří Budka, Slovník. ISBN 80-901549-0-5.
8. HOCH, Miloslav., 1980. *Učte děti plavat*. Praha: Olympia. Sport a zdraví. 134 s. ISBN 27-007-80.
9. HŘEBÍČKOVÁ, Martina, 2011. *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3380-7.
10. JANÍČEK, J., 2008. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-366-6.
11. KEBZA, V., 2009. *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta. ISBN 978-80-213-1971-4.
12. KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-2.
13. KOHOUTEK, R., 2007. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 978-80-210-4434-0.
14. KUCHARSKÁ, A. a L. MÁJOVÁ, 2005. eds. *Dětská kresba v psychologickém výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7290-217-2.
15. LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
16. LECHTA, V., 2004. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-867-8.
17. LOVASOVÁ, Vladimíra, 2017. *Souvislosti neuroticismu*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0675-3.
18. MARKUS, G., 2002. *Sigmund Freud a tajemství duše: životopis*. Přeložila Eva ČERVINKOVÁ. Praha: Paseka. ISBN 80-7185-447-6.
19. MERTIN, V. a I. GILLERNOVÁ, 2015. eds. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0977-5.

20. MIŇHOVÁ, J. a V. LOVASOVÁ, 2018. *Psychopatologie: pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-721-4.
21. NAKONEČNÝ, M., 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0625-7.
22. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
23. PAVLOVSKÝ, P., 2009. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2618-2.
24. PLHÁKOVÁ, A., 2006. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0871-X.
25. PUGNEROVÁ, M. a J. KVINTOVÁ, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5452-9.
26. RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a D. JANOTOVÁ, 2006. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4., rozš. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.
27. ŘÍČAN, P., 2007. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.
28. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ et al., 1997. *Dětská klinická psychologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-512-2.
29. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ et al., 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
30. SEITL, M., 2012. *Poznávání interpersonálních charakteristik osobnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3320-2.
31. SOVÁK, M., 1988. *Výchova koktavého dítěte doma i ve škole*. Praha: SPN. ISBN 14-598-88.
32. SVOBODA, M., D. KREJČÍŘOVÁ a M. VÁGNEROVÁ, 2009. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-566-0.
33. SVOBODA, M., E. ČEŠKOVÁ a H. KUČEROVÁ, 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.
34. SYSLOVÁ, Z., 2017. *Učitel v předškolním vzdělávání a jeho příprava na profesi*. Brno: MuniPress. ISBN 978-80-210-8476-6.
35. ŠULOVÁ, L., 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1820-3.
36. ŠVANCARA, J., 1980. *Diagnostika psychického vývoje*. 3. uprav. a přeprac. vyd. Praha: Avicenum. 395 s. ISBN
37. VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-308-4.
38. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
39. VELEMÍNSKÝ, M., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.

40. VYMĚTAL, J., 2004. *Úzkost a strach u dětí: [jak jim předcházet a jak je překonávat]*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-830-9.
41. VYMĚTAL, Jan, 2007. *Speciální psychoterapie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.
42. ZVOLSKÝ, P., 1996. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-203-6.

## SEZNAM JINÝCH ZDROJŮ

1. BEZDĚKOVÁ, J., 2011. *Problémové děti v mateřské škole z pohledu učitele*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Anna Kucharská. Dostupné také z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120066780>
2. Boyer, J., 2014 'Religion, "Moral Insanity," and Psychology in Nineteenth-Century America', *Religion & American Culture*, 24(1), pp. 70–99. doi: 10.1525/rac.2014.24.1.70.
3. CAPOZZI, F. et al., 2018. Children's and Parent's Psychological Profiles in Selective Mutism and Generalized Anxiety Disorder: A Clinical Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 27(6), 775–783, doi: 10.1007/s00787-017-1075-y.
4. Česká a slovenská psychiatrie [online]. Copyright © [cit. 25.06.2020]. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2011\\_2\\_99\\_105.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2011_2_99_105.pdf)
5. FUNK, R., 2013 'Erich Fromm and the intersubjective tradition', *International Forum of Psychoanalysis*, 22(1), pp. 5–9. doi: 10.1080/0803706X.2011.592510.
6. GOTTWALDOVÁ, E., 2017. *Strach u dětí předškolního věku*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Veronika Smetanová. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/ntornj/22066841>
7. GUDAN, E., 2008. Karen Horney And Personal Vocation. *The Catholic Social Science Review*. 13, 117–127, doi: 10.5840/cssr20081310.
8. GUIDETTI, V. et al., 2019 'Migraine in childhood: an organic, biobehavioral, or psychosomatic disorder?', *Neurological Sciences*, 40(1), pp. 93–98. doi: 10.1007/s10072-019-03827-1.
9. Harry Stack Sullivan: Interpersonal Theory and Psychotherapy - F. Barton Evans, 1996 - Knihy Google. Knihy Google [online] Dostupné z: [https://books.google.cz/books?id=9\\_GUnVqJYYoC&pg=PA36&lpg=PA36&dq=Sandor+Ferenczi+sullivan&source=bl&ots=36IO3sl4ih&sig=ACfU3U1Vtb9m6ULjJoTEPvs0FQlx7OmZRw&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwiFu7Cqr](https://books.google.cz/books?id=9_GUnVqJYYoC&pg=PA36&lpg=PA36&dq=Sandor+Ferenczi+sullivan&source=bl&ots=36IO3sl4ih&sig=ACfU3U1Vtb9m6ULjJoTEPvs0FQlx7OmZRw&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwiFu7Cqr)
10. LEVOS, J. and T. L. ZACCHILLI, 2015. Nyctophobia: From imagined to realistic fears of the dark. *Psi Chi Journal of Psychological Research*. 20(2), 102–110. ISSN 2164-8204.
11. Neurodevelopmental Disabilities: Clinical Care for Children and Young Adults - Knihy Google. Knihy Google [online]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=OVhE9nn505AC&pg=PA53&dq=lvar+Asbj%C3%B6rn+F%C3%B8lling&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwi3oITf1pzqAhULQEEAHYSOCJoQ6AEwBHoECAQQAg#v=onepage&q=lvar%20Asbj%C3%

12. O'CONNELL, A. N., 1980. Karen Horney: Theorist in Psychoanalysis and Feminine Psychology. *Psychology of Women Quarterly (PWQ)*. 5(1), 81–93, doi: 10.1111/j.1471-6402.1981.tb01035.x.
13. PSYCHOLOGY'S FEMINIST VOICES, 2020. Timeline: Women, Gender, Feminism, and Psychology in the United States and Canada. *Feministvoices.com* [online]. © 2020 [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <http://www.feministvoices.com/past-timeline/>
14. SAYLIK, R., 2018. Neuroticism related attentional biases on an emotion recognition task. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 20(2), 1, doi: 10.5455/apd.295458.
15. SCHREDL, M. et al., 2009. Longitudinal Study of Nightmares in Children: Stability and Effect of Emotional Symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev*. 40(3), 439–49, doi: 10.1007/s10578-009-0136-y.
16. SLETVOLD, J., 2016. Freud's Three Theories of Neurosis: Towards a Contemporary Theory of Trauma and Defense. *Psychoanalytic Dialogues* 26, 460–475, doi: 10.1080/10481885.2016.1190611.
17. STERN, D. B., 2013. Field Theory in Psychoanalysis, Part I: Harry Stack Sullivan and Madeleine and Willy Baranger. *Psychoanalytic Dialogues*. 23(5), 487–501, doi: 10.1080/10481885.2013.832607.
18. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020. MKN-10. *Uzis.cz* [online]. © 2020 [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
19. VIII. Vegetativní nervový systém a jeho poruchy, krátkodobý a dlouhodobý stres – Obecná Patologická Fyziologie. Obecná Patologická Fyziologie – Bernášková K., Polách J. [online]. Dostupné z: <http://patfyz.cz/viii/>
20. WUYTS, D. et al., 2017. The Role of Separation Anxiety in Mothers' Use of Autonomy Support: An Observational Study. *J Child Fam Stud*. 26, 1949–1957, doi: 10.1007/s10826-017-0707-7.
21. YUSOFF, N. et al., 2020. Emotional Substrates in Neuroticism: The Reactions to Arousal-evoking Stimuli of Various Strengths. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 19(2), 262–267, doi: 10.3329/bjms.v19i2.45005.

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Pohlaví respondentů.....	33
Graf 2: Věk .....	33
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání .....	34
Graf 4: Délka praxe .....	35
Graf 5: Jak jste byli informováni o neurotických symptomech u dětí ve Vaší třídě? .....	36
Graf 6: Se kterými neurotickými příznaky se u dětí předškolního věku setkáváte nejčastěji? .....	37
Graf 7: Které z neurotických symptomů považujete z pedagogicko-výchovného hlediska za nejnáročnější?.....	38
Graf 8: Napomínat dítě, které upozorňuje na své genitálie, považuji za .....	39
Graf 9: Odmítá-li s Vámi dítě předškolního věku komunikovat, pak je Vámi vedená/zajištěná pedagogicko-výchovná intervence.....	40
Graf 10: Pokud dítě předškolního věku odmítá jídlo, pak je nutné si s ním promluvit a zjistit příčiny nechutenství .....	41
Graf 11: Který z níže uvedených pedagogicko-výchovných přístupů využíváte při kontaktu s neurotickými dětmi nejčastěji.....	42
Graf 12: Čím je nejčastěji ovlivněna volba Vašeho pedagogicko-výchovného stylu?.....	43
Graf 13: Dopustil/a jste se v průběhu své praxe v mateřské škole pochybení při komunikaci s neurotickým dítětem?.....	44

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník vlastní konstrukce

## PŘÍLOHY

### DOTAZNÍK VLASTNÍ KONSTRUKCE

Vážené respondentky, vážení respondenti,

dotazník, který se Vám právě dostal do rukou, je určen pro učitele mateřských škol. Jsem studentka oboru psychologie se zaměřením na vzdělávání Pedagogické fakulty Západočeské univerzity v Plzni a tento dotazník poslouží pro výzkumné účely praktické části mé bakalářské práce. Veškeré položky budou vyplňovány bez časového omezení a naprosto anonymně. První část dotazníku je anamnestická, kde vyplníte pouze nejzákladnější informace o sobě, zde správnou odpověď označíte křížkem. Druhá část je zaměřena na informovanost o neurotických symptomech u dětí z mateřských škol a na postoje učitelů/učitelek k neurotickým dětem. U otevřených otázek Vás prosím o krátké souvětí, kde shrnete zkušenosti z praxe. U polouzavřených otázek, kde máte na výběr z několika možností, vždy vyberte právě jednu, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

#### Anamnestický dotazník

Pohlaví:  muž  žena

Věk:  méně než 20 let

20–30 let

30–40 let

40–50 let

50–60 let

více než 60 let

Nejvyšší dosažené vzdělání:

střední bez maturity

střední s maturitou

vysokoškolské – bakalářské

vysokoškolské – magisterské

Délka praxe:  méně než 5 let  5–10 let  10–20 let  20–30 let  více než 30 let

#### Postoje učitelů z mateřských škol k neurotickým dětem

1. Jak jste byli informováni o neurotických symptomech u dětí ve Vaší třídě?

- od rodičů dětí
- od kolegů (kolegyň)
- na základě vlastní zkušenosti
- jinou cestou

- 
2. Se kterými neurotickými příznaky se u dětí předškolního věku setkáváte nejčastěji?
- křivost
  - pomočování
  - hyperaktivita
  - zvýšený strach a úzkost
  - tiky (opakované, neúčelné pohyby drobných svalových skupin)
  - somatické potíže (bolesti břicha, bolesti hlavy apod.)
  - jiné
3. Které z neurotických symptomů považujete z pedagogicko-výchovného hlediska za nejnáročnější?
- křivost
  - pomočování
  - hyperaktivita
  - zvýšený strach a úzkost
  - tiky
  - somatické potíže (bolesti břicha, bolesti hlavy apod.)
  - jiné
4. Jak reagujete v případě, že dítě vyžaduje pomoc s činnostmi, které by v jeho věku už mělo zvládat samo (např. 6leté dítě vyžaduje pomoc s oblékáním)?
5. Napomínat dítě, které upozorňuje na své genitálie považuji za:
- vhodné
  - vhodné pouze pokud tím pohoršuje, či ohrožuje ostatní děti
  - na toto nemám vyhraněný názor
  - spíše nevhodné
  - nevhodné
6. Odmítá-li s Vámi dítě předškolního věku komunikovat, pak je Vámi vedená/zajištěná pedagogicko-výchovná intervence:
- vhodná
  - vhodná pouze se souhlasem zákonných zástupců dítěte
  - na toto nemám vyhraněný názor
  - spíše nevhodná
  - nevhodná



- 
7. Pokud dítě předškolního věku odmítá jídlo, pak je nutné si s ním promluvit a zjistit příčiny nechutenství.
- souhlasím
  - spíše souhlasím
  - na toto nemám vyhraněný názor
  - spíše nesouhlasím
  - nesouhlasím
8. Který z níže uvedených pedagogicko-výchovných přístupů využíváte při kontaktu s neurotickými dětmi nejčastěji?
- autoritativní, dominantní styl
  - liberální, nezasahující styl
  - demokratický, integrační styl
  - žádný z uvedených
9. Čím je nejčastěji ovlivněna volba Vašeho pedagogicko-výchovného stylu?
- předešlou zkušeností
  - momentálně řešenou situací
  - individuální potřebou neurotického dítěte
  - ničím z uvedeného
10. Dopustil/a jste se v průběhu své praxe v mateřské škole pochybení při komunikaci s neurotickým dítětem?
- ano
  - ne
  - nevzpomínám si

Děkuji Vám za spolupráci.