

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická

Katedra psychologie

**PROBLEMATIKA NEUROTICHNOSTI DĚTÍ
NA 1. STUPNI ZŠ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Miroslava Šperlínová

Učitelství pro 1. stupeň ZŠ

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

Plzeň 2021

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

V Plzni, 23. března 2021

.....
vlastnoruční podpis

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Janě Miňhové, CSc. za její odborné vedení, cenné rady, připomínky a informace, které mi při zpracování diplomové práce velmi pomohly.

OBSAH

Seznam zkratk	5
Úvod	6
Teoretická část	7
1 Neurotické poruchy, jejich etiologie a symptomatologie	8
1.1 Historický vývoj pojmu „neurotická porucha“	8
1.2 Etiologie neurotických poruch	9
1.3 Klinický obraz neurotických poruch	9
1.3.1 Jednotlivé neurotické symptomy	10
1.3.2 Klasifikace neurotických poruch	10
1.3.3 Posttraumatická stresová porucha	17
2 Specifičnost neurotických poruch u dětí mladšího školního věku	19
2.1 Poruchy příjmu potravy	20
2.2 Poruchy spánku a somatické stesky	21
2.3 Neurotické návyky a tiky	21
2.4 Fobicko úzkostná porucha	22
2.5 Obsedantně-kompulzivní poruchy (ocd)	22
2.6 Poruchy vyměšování	23
2.7 Poruchy komunikace a řeči	23
2.8 Depresivní stavy	24
3 Psychologická charakteristika mladšího školního věku	25
3.1 Vývoj základních dovedností v mladším školním věku	25
3.2 Kognitivní vývoj v mladším školním věku	26
3.3 Emoční vývoj v mladším školním věku	27
3.4 Socializace dětí mladšího školního věku	28
4 Problémy spojené s neurotičností dětí ve škole	29
4.1 Osobnost neurotického dítěte ve školním prostředí	29
5 Přístup učitelů k dětem s neurotickou poruchou	31
6 Přehledové studie o realizovaných výzkumech k problematice neurotičnosti dětí na 1. stupni zš	33
Praktická část	35
7 Výzkumné šetření	36
7.1 Výzkumný cíl	36

7.2	Metody výzkumu.....	36
7.3	Charakteristika respondentů	37
7.4	Analýza dat z dotazníkového šetření.....	37
7.4.1	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	53
8	Kazuistiky.....	57
8.1	Kazuistika č. 1	57
8.2	Kazuistika č. 2	61
8.3	Kazuistika č. 3	63
	Závěr.....	67
	Resumé	69
	Summary	70
	Seznam použitých zdrojů.....	71
	Seznam internetových zdrojů	73
	Seznam tabulek.....	74
	Seznam grafů	75
	Přílohy	76

SEZNAM ZKRATEK

ADHD – Attention-Deficit Hyperactivity Disorder-porucha pozornosti s hyperaktivitou

OCD – Obsessive-compulsive disorder-obsedantně-kompulzivní porucha

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů

ÚVOD

Téma diplomové práce jsem si vybrala vzhledem ke své zkušenosti s neurotickou poruchou u dětí mladšího školního věku v rámci pracovní náplně (asistentka pedagoga). S neurotickou poruchou se při práci ve škole setkávám poměrně často, a z toho důvodu se o toto téma zajímám již delší dobu. Mým cílem bylo zjistit hlubší příčiny vzniku neuróz a jak dětem s touto poruchou ve školním prostředí pomoci. Vzhledem k současné epidemiologické situaci, kdy došlo k uzavření základních škol, jsem nebyla schopná výzkum neurotických symptomů u dětí realizovat. Byla jsem nucena provést výzkum pouze u pedagogů.

V teoretické části nejprve popisují jednotlivé neurotické poruchy, jejich symptomy a příčiny. Dále se zaměřuji na specifčnost neurotických poruch u dětí mladšího školního věku a vývojovou charakteristiku tohoto období. Na závěr teoretické části se zabývám problémy spojenými s neurotičností dětí ve školním prostředí a postojem pedagogů.

V praktické části zkoumám prostřednictvím on-line dotazníku zkušenost pedagogů na základní škole se žáky s neurotickou poruchou. Získané informace porovnávám pomocí grafů.

V závěru práce shrnuji získané informace a zamýšlím se na jejich praktickém využitím ve školním prostředí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEUROTICKÉ PORUCHY, JEJICH ETIOLOGIE A SYMPTOMATOLOGIE

1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ POJMU „NEUROTICKÁ PORUCHA“

„Termín „neuróza“ poprvé použil lékař William Cullenn roku 1789. Jeden z jeho následovníků, G.M.Beard (1839-1883) užil coby první termín „neurastenie“. Mínil tím soubor příznaků psychické i tělesné znalosti a vyčerpání nervového systému. Bylo to v roce 1895, kdy Sigmund Freud použil poprvé termín „úzkostná neuróza.“ (Novák, Lásková 2016, s. 37)

V současnosti se dle MKN - 10 používá termín „neurotická porucha“. Dříve se podle MKN-9 užíval termín „neuróza“ (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 123).

Pojem neuróza je velmi obsáhlý. Označujeme chování, které nemá jasnou organickou příčinu. Neurózu nelze začlenit do jedné homogenní kategorie. Někteří pacienti mají genetické dispozice, jiní ne. U některých vzniká neuróza v dětství, u jiných se projeví až v dospělosti. Rovněž délka trvání neurózy se u každého pacienta liší (Matoušek, 1986, s. 13).

Pokud není lékařem diagnostikováno poranění orgánů včetně mozku, a přesto člověk trpí duševními nebo tělesnými problémy, u kterých je vyloučena duševní porucha, může být jeho diagnózou „neuróza“ (Kratochvíl, 1988, s. 9).

U jednotlivých autorů se definice pojmu „neuróza“ značně liší. Miňhová, Lovasová (2018, s. 123) uvádějí definici Vondráčkovu (1972, s. 34): *„Neuróza je funkční, reverzibilní porucha vyšší nervové činnosti, která se projevuje poruchou adaptace na vnější prostředí a má řadu příznaků duševních a tělesných.“*

Höck a König, 1976 (in Matoušek 1986 s. 14) definují neurózu jako *„prožitkově podmíněnou poruchu ve vztahu mezi člověkem a jeho okolím, která má psychické nebo také tělesné příznaky nemoci.“*

I když se definice liší, autoři (Knobloch, 1956; Vondráček, 1972; Fischer, 1965; Dobiáš, 1974; Janík a Dušek 1974) se shodují na tom, že neuróza je:

- Funkční porucha, při které nejsou zjištěny anatomické změny v mozkové tkáni.
- Neuróza se dá léčit včasnou a konkrétní terapií.

- Neuróza je poruchou adaptace pacienta k okolnímu prostředí.
- Neuróza je soubor fyzických a psychických projevů, které jsou pacientem vnímány negativně (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 123-124).

1.2 ETIOLOGIE NEUROTICKÝCH PORUCH

Názory na etiologii neurotických poruch se v minulosti velmi proměňovaly a ani v současnosti nepanuje v této oblasti úplná shoda. Tato rozdílnost je zapříčiněna různým úhlem pohledu. Je možné se setkat se dvěma různými stanovisky, přičemž jsou obě extrémní a nesprávná. První z nich zdůrazňuje vliv vnitřních faktorů a podceňuje vliv výchovy a prostředí. Druhý naopak zcela popírá vrozené činitele (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 124).

„Autoři, kteří pojímají neurózu jako důsledek dispozice, uvažují spíše o genetických faktorech, které by hrály roli při jejím vzniku, než autoři, kteří vidí neurózu jako proces, jenž vzniká v důsledku konstelace nepříznivé konfliktogenní situace a neschopnosti osobnosti se s touto situací vyrovnat.“ (Zvolský, 1973, s. 74)

Někteří autoři zdůrazňují význam psychogenních vlivů, jiní spíše přikládají význam dispozičním faktorům, ale všichni se shodují na tom, že na vzniku neuróz mají zásluhu oba faktory. Pacient, který trpí neurózou, není pouhou obětí, ale také působí zpětně na své okolí, čímž se dostává zpět do svého neurotického prostředí. Velká většina novodobých teorií neuróz uvádí jako zdroj pacientových potíží konflikt, kdy se dostávají do střetu životní zájmy jedince a snaha o uspokojování potřeb. Důsledkem neřešitelnosti konfliktu se stává úzkost. Zásadní význam se v teoriích neuróz přikládá také k emocím. Buď je emoční napětí příliš vysoké, nebo naopak pacient nezažívá dostatek emoční energie, případně prožívá záporné emoce (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 127).

1.3 KLINICKÝ OBRAZ NEUROTICKÝCH PORUCH

„Neurotické poruchy mají jednak nespecifické, jednak specifické příznaky. Některé z nich jsou typické pro více forem neurózy, některé pouze jen pro určitou konkrétní formu neurotické poruchy.“ (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 129)

1.3.1 JEDNOTLIVÉ NEUROTICKÉ SYMPTOMY

Nejčastějšími symptomy neurotických poruch jsou (Matoušek, 1986 in Miňhová, Lovasová, 2018, s. 130):

- „bolest hlavy (cefalea) vzniká psychogenními faktory,
- poruchy denní životosprávy (anorexie, bulimie, neurotická zácpa nebo průjmky, poruchy usínání a spánku),
- tiky,
- enuresis nokturna vyskytující se hlavně u dětí,
- psychomotorický neklid a nesoustředěnost (hlavně v mladším školním věku),
- řečové poruchy: koktavost, mutismus,
- autostimulační a sebepoškozovací návyky,
- úzkosti,
- fobie,
- deprese“.

1.3.2 KLASIFIKACE NEUROTICKÝCH PORUCH

„Psychopatologie se snaží třídit duševní poruchy podle jasných kritérií. Jedním kritériem je závažnost onemocnění, kdy například normální smutná nálada ještě nemusí nutně znamenat poruchu emocí, vážnější stav pak znamená dlouhotrvající (více než 2 týdny) smutný a pesimistický pohled do budoucnosti, až po nejzávažnější psychotické depresivní stavy, kdy jedinec už není bez pomoci schopen ani vstát z vlastního lůžka, a navíc má třeba chorobné přesvědčení, že způsobil nějakou katastrofu.“ (Bedrnová a kol., 2015, s. 121)

a) ÚZKOSTNĚ FOBICKÁ PORUCHA

Tato porucha je charakterizována opakujícími se záchvaty masivní úzkosti, jejichž vznik nelze předvídat. Mají poměrně krátké trvání. Předpokládá se určitá genetická dispozice. Častými symptomy (ve studiích provedených u dětí a dospívajících) jsou: srdeční palpitace, návaly chladu nebo horka, pocit ztíženého dýchání, závratě, nevolnost, třes, pocit strachu apod.

➤ **Generalizovaná úzkostná porucha**

Tato porucha je charakterizována trvalou úzkostí, která se nevztahuje k určité situaci. Projevuje se při každodenních činnostech nebo mírných fyzických potížích. U dětí a dospívajících je charakteristická neopodstatněná obava z nedostatku vlastních schopností, neadekvátní sebeobviňování, stálá potřeba ujišťování se od okolí a fyzické obtíže bez reálného somatického základu. Počátek neurózy bývá často v dospívání, méně často dochází k rozvoji ve věku 4 až 7 let, což souvisí se zahájením předškolní nebo školní docházky. Do období dospívání je četnost poruchy stejná u dívek i chlapců, později je vyšší výskyt u dívek. Vznik může být buď akutní, nebo postupný a má často dlouhodobý charakter (Hort a kol., 2008, s. 218).

Rodiny dětí s úzkostnou poruchou vykazují zvýšený výskyt těchto poruch, poruch nálady a alkoholismu. Pravděpodobná je genetická predispozice i vliv výchovy (Hort a kol., 2008, s. 219).

Cimický (1995, s. 77) in Miňhová, Lovasová (2018, str. 132) uvádějí možnosti, jak se naučit zvládat svůj strach:

- Pacient by si měl říkat „zvládnou to“.
- Neměl by se vyhýbat tomu, z čeho má obavy.
- Snažit se myslet na to, jak bude hezké, až to dokážu.
- Pokud nevyhrají, je to příležitost ke změně.
- Naučím se relaxovat.

b) FOBIE

Fobie je iracionální strach z různých situací, který vyvolává někdy až panickou úzkost. Pro všechny fobické poruchy je typické vyhýbavé chování ve snaze zamezit styku s obávaným objektem nebo situací. Jedná se o nejčastější duševní poruchu. Fobie se vyskytují ve všech věkových kategoriích.

Fobická psychopatologie je velmi různorodá. Příčiny fobií se liší podle pohlaví, věku a rodinného zázemí (Hort a kol., 2008, s. 221).

Fobické úzkostné poruchy se dle Horta (2008, s. 223-227) dělí na:

➤ **Agorafobie**

Panický strach z rozlehlých otevřených prostor, z míst, odkud není možnost úniku, veřejných budov nebo velkého davu lidí. Při prožití některé z těchto situací se dostavuje velká úzkost a strach z nepříjemné indispozice. Nejčastější výskyt je v dospělosti, ve větší míře u žen než u mužů.

➤ **Sociální fobie**

Strach z pozornosti ostatních lidí a z vystoupení na veřejnosti. Vzbuzuje silnou až panickou úzkost, což vede k tomu, že se jedinec izoluje od okolí a vyhýbá se společnosti. Nejčastější výskyt je ve věku 11-15 let. Příčiny jsou různorodé a průběh je většinou chronický.

➤ **Specifické fobie**

Jsou spojeny s přítomností určitého objektu nebo situace, způsobují vyhubavé jednání a velkou úzkost. Tyto fobie jsou časté hlavně u žen. Ve velké míře se tyto fobie vyskytují v dětství, kde je však těžké rozeznat, zda se již jedná o fobii nebo o běžnou dětskou úzkost. Dětské fobie se většinou s věkem zmírňují.

c) OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA (OCD-OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER)

Jedná se o jedny z nejtěžších neuróz, které se velmi špatně léčí. Ve stejné míře postihují muže i ženy. Příčinou často bývá přísná výchova, kdy je dítě podřízeno autoritám, je neustále kontrolováno a negativně hodnoceno (Bedrnová a kol., 2015, s. 126).

Tato porucha je charakterizována subjektivním napětím, strachem, výskytem obsesí a kompulzí. Obsese jsou nutkavé myšlenky nebo představy, které vzbuzují úzkost. Kompulze jsou nutkavá jednání nebo psychické činnosti, které jedinci praktikují jako reakci na obsese. Toto jednání, které zmírňuje úzkost, je neadekvátní a nepřiměřené. Rizikovým obdobím pro počátek OCD je období dospívání a rané dospělosti (Hort a kol., 2008, s. 228).

Je předpoklad, že u dvou třetin těžkých OCD je organický základ. OCD je zřejmě zaviněná serotoninovou dysfunkcí a nízká hladina serotoninu je předpokladem těžké formy.

(Hort a kol., 2008, s. 230) uvádí následující členění OCD podle MKN-10:

- F42.0 Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace

- F42.1 Převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály)
- F42.2 Smíšené obsedantní myšlení a jednání
- F42.8 Jiné obsedantně kompulzivní poruchy

Nejčastěji se vyskytuje pět oblastí příznaků:

1. Strach ze znečištění spojený s rituály omývání
Pacient se obává špíny a znečištění, tráví hodiny omýváním se, bojí se na cokoliiv sáhnout ze strachu před nákazou.
2. Patologické pochyby spojené s rituály kontroly
Tato kontrola je většinou propojena s magickým rituálem, který se liší počtem, časem a vzorcem.
3. Neodbytné akty nebo myšlenky sexuální nebo agresivní povahy
Tato obsese se neustále opakuje, je spojená s rituálem modlení, shromažďováním předmětů a počítání.
4. Obsese přesnosti, symetrie, pořádku
Zahrnuje rituály přerovnávání, organizování nebo přehnaného uklízení.
5. Primární obsedantní zpomalenost
Je málo častá obsedantní porucha, která vyřadí pacienta z běžného života. Pacient provádí rituály po celý den a není schopen vykonávat jiné činnosti (Hort a kol., s. 230-231).

„Každý normální jedinec občas vykazuje určité obsedantně kompulzivní rysy. Většinou mají určitý rituální či ochranný význam (nešlápnout na ulici na kanál, abychom neměli smůlu, nepřekřížit cestu černé kočce, při odjezdu na dovolenou opakovaně kontrolovat, zda mám vše potřebné a zda je dům připravený k opuštění apod.). Nejedná se zde o neurózu, ale o rezidua dětského magického myšlení, které v nás přetrvává i do dospělosti. Patologie je pak jen otázkou míry obsedantního jednání a toho, nakolik překáží dotyčnému v životě.“
(Bedrnová a kol., 2015, s. 125)

d) DISOCIAČNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY

Základem této poruchy je disociace, jejímž příznakem je amnézie. Jedinec, který zažívá obtížnou stresovou situaci, ji dočasně vyčlení z paměti, aby se s ní mohl vypořádat. Zároveň dochází k tzv. konverzi, což znamená, že „psychický komplex pocitů, přání

a myšlenek je nahrazen tělesným příznakem, většinu omezením motorických či sensorických funkcí.“ (Zvolský, 1997, s. 114 in Miňhová, Lovasová, 2018, s. 135)

MKN-10 sem zařazuje tyto poruchy: asociativní amnézie, fuga, stupor, trans se stavy posedlosti, poruchy motoriky, křeče, poruchy citlivosti a senzoriality, smíšené a jiné poruchy (Ganserův syndrom, mnohočetná osobnost a rovněž přechodné poruchy, které se objevují v dětství a dospívání).

➤ **Disociativní amnézie**

Tato porucha se vyskytuje častěji u žen, má většinou náhlý začátek i konec. Jedná se o částečnou ztrátu paměti, která se váže na určité události a je pro pacienta traumatizující nebo stresující. Roli může hrát i zneužívání alkoholu a jiných návykových látek.

➤ **Disociativní fuga**

Je vzácná a objevuje se častěji u mužů. Příznačné pro ni je náhlé odcestování z místa, kde pacient žije a vytvoření nové identity. Dochází ke ztrátě paměti a vzpomínek na svoji minulost.

➤ **Disociativní stupor**

Znakem této poruchy je omezení pohybové aktivity nebo úplné znehybnění. Pacient je strnulý, nemluvný, bez jakékoliv reakce. Je nutné vyloučit jiné neurologické příčiny.

➤ **Trans a stavy posedlosti**

Při transu vstupuje pacient do jiného vědomí a prožívání. Jeho vnímání může být až halucinatorní. Emoční projevy bývají vypjaté. Pacient má pocit, že ho ovládá cizí síla, která kontroluje jeho psychiku i tělo. V méně rozvinutých oblastech světa je popisován větší výskyt této poruchy, bývá spojen se spiritismem a různými pověrami.

➤ **Disociativní poruchy motoriky**

Pacient může ochrnout nebo trpět třesy, částečnou ztrátou hybnosti, poruchou chůze, neschopností vzpřímeného postoje nebo koordinace pohybů. Řadí se sem také porucha či ztráta hlasu.

➤ **Disociativní křeče**

Jedná se o nejčastější disociativní poruchu v dětském věku. Svým symptomy připomíná epilepsii a je velmi obtížné ji od tohoto nemocnění odlišit.

➤ **Disociativní porucha citlivosti a senzorické poruchy**

Projevuje se různými a často neobvyklými změnami citlivosti, které neodpovídají realitě, ale spíše pacientovým představám. Může dojít také k výpadkům smyslových funkcí, jako je zrak, sluch, čich a chuť.

➤ **Jiné disociativní poruchy**

Patří sem mnohočetná porucha osobnosti, která je rozporuplně přijímaná a její studium probíhá zejména v posledních 20 letech. Trpí jí převážně ženy. Příznakem je výskyt více osobností v jedné osobě, které se střídají ve vedení a kontrole vědomí.

Mezi tyto poruchy se řadí také Ganserův syndrom. Původně byl popisován u trestně stíhaných jedinců. Objevuje se hlavně u osob, které se snaží vyhnout trestu, ale byl zaznamenán také u pacientů, kteří trpí tumory, epilepsií a paralýzou. Projevuje se neschopností správné odpovědi, postižený si nic nepamatuje, nepoznává čísla ani písmena (Hort a kol., 2008, s. 237-240).

e) **SOMATOFORNÍ PORUCHY**

Jedná se o poruchu, při níž pacient trpí nejrůznějšími fyzickými potížemi, které připomínají somatické onemocnění. Není však přítomen organický nález a všechny potíže jsou způsobeny psychickými problémy. Pacient se soustředí na své tělesné obtíže a vyhledává opakovaně lékařská vyšetření, přestože jejich výsledek je vždy bez nálezu. Závěrům lékařů však nevěří a má neustálý pocit, že je vážně nemocný. Jeho stav doprovází úzkost a depresivní pocity. Pacient se nakonec nevěnuje ničemu jiného než svému vlastnímu zdraví, což má negativní sociální dopad na jeho život. Somatoformní poruchy jsou v současnosti velmi časté a objevují se ve větší míře u žen než u mužů. Předpokládá se i určitá genetická dispozice (Vágnerová, 1999, s. 214).

Dle Horta a kol. (2008, s. 243-246) MKN-10 rozlišuje následující somatoformní poruchy: somatizační porucha, hypochondrická porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce, přetrvávající somatoformní bolestivá porucha a jiné somatoformní poruchy.

➤ **Somatizační porucha**

Projevuje se opakujícími se, proměnlivými tělesnými obtížemi, které mohou zasahovat nejrůznější části těla nebo orgány. Nemají organický základ. Pacient prochází různými odbornými lékařskými pracovišti, přičemž nedojde k jakémukoliv výsledku nebo závěru. Důsledkem je zhoršení sociální adaptace

a mezilidských vztahů. Studie naznačují vliv rodinného prostředí a genetiky v pediatrické somatizaci. V rodinách dětí, které trpí somatizační poruchou, bývá zjištěna častá nemocnost rodičů, více úzkostných potíží a rovněž abúzus návykových látek. Významnou roli při vzniku této poruchy hraje také sexuální zneužívání.

➤ **Hypochondrická porucha**

Charakterizuje ji dlouhotrvající stálá představa o vážné chorobě. Pacient pokládá běžné pocity za neobvyklé a podezřelé. Stejně přesvědčení může převládat ohledně domnělé fyzické deformace. Pacient není ochoten přijmout jakoukoliv odbornou radu nebo vysvětlení. Počátek poruchy bývá kladen do věku 16-17 let. Symptomy naznačují možný vztah k obsedantně-kompulzivní poruše. Pro obě poruchy je charakteristický chorobný strach z nemoci nebo zranění. Rozdíl je pouze v tom, že při obsedantně-kompulzivní poruše se pacient snaží tento strach potlačit.

➤ **Somatoformní vegetativní dysfunkce**

Pro určení diagnózy je dle MKN-10 třeba následujících příznaků:

- vegetativní aktivace (pocení, bušení srdce, atd.)
- doprovodné subjektivní potíže (tíže, pálení, atd.)
- strach z vážné poruchy, které nelze vyvrátit odborným vysvětlením
- nepřítomnost odpovídajících somatických potíží.

Poruchu je dále možné specifikovat podle zaměření na určitý orgán nebo systém (kardiovaskulární systém, oblast gastrointestinálního traktu, oblast respiračního systému, urogenitální systém a jiné orgány). Tato porucha bývá diagnostikována především v době dospívání.

➤ **Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha**

Jedná se o neustálou a tíživou bolest v jakékoliv části těla, kterou nelze vysvětlit fyzikálně. Její výskyt je uváděn ve spojení se specifickými emočními prožitky a psychosociálními potížemi. Psychologický vliv je pravděpodobný především tehdy, pokud:

- bolest následuje po stresující nebo traumatizující události,
- hendikepující vliv je neúměrný pacientově bolesti,
- z nemoci vyplývá určitý zjevný zisk,

- podle průběhu okolností je předpoklad pro zhoršení nebo nové vzplanutí bolesti.

Především u dětí je velmi obtížné odlišit tento typ poruchy od skutečného fyzického základu. Používají se nejrůznější alternativní postupy, jako jsou například fyziologické ukazatele, posuzovací škály projevů bolesti, dotazníky apod.

➤ Jiné somatoformní poruchy

Naleží sem poruchy, které mají vazby na specifické oblasti. Patří sem:

- pocity cizího tělesa v hrdle, obtížné polykání,
- psychogenní torticollis (nepřirozené stočení krčních svalů do strany),
- psychogenní svědění,
- dermatitidy,
- alopecie,
- psychogenní ztráta menstruace,
- skřípaní zubů,
- dysfunkce hlasivek.

V rámci terapie somatoformních poruch se jako nejproduktivnější ukazuje přístup zacílený na ovlivnění symptomů. Přitom je vhodné ponechat pacientovi kontakt s jeho odborným lékařem a psychiatrovi ponechat konzultační úlohu (Hort a kol., 2008, s. 243-246).

1.3.3 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Vágnerová charakterizuje tuto poruchu jako opožděnou nebo prodlouženou reakci na traumatizující událost, která je za hranicí obvyklé lidské zkušenosti. Důležitým symptomem je opakované prožívání traumatu, kdy se zážitek znovu vrací v myšlenkách nebo snech. Porucha se může objevit i se zpožděním po události, většinou do čtyř následujících týdnů. Diagnostikována bývá tehdy, pokud vznikne do šesti týdnů po události a trvá delší dobu než jeden měsíc. Pacient má pocit, že po této traumatizující zkušenosti již nic nebude jako dřív, že se mu definitivně změnil život. To vyvolává nejrůznější obranné mechanismy, jako je například snaha vyhnout se určitým podnětům nebo selektivní amnézie. Zásadním znakem této poruchy je trvalá úzkost a přecitlivělost. Může se objevit deprese, která v některých případech ústí až v sebevražedné tendence.

Častá je také emoční otupělost, ztráta motivace nebo pocit odcizení (Vágnerová, 1999, s. 210).

U dětí je klinický obraz poruchy ovlivněn věkem a úrovní vývoje. V dětském věku je porucha reakcí na závažný stres, jehož traumatizující vliv je pravděpodobné předpokládat u jakéhokoliv zasaženého dítěte. Klinické projevy odpovídají emoční, sociální a kognitivní úrovni vývoje. Tyto parametry jsou zásadní při následném plánování terapie. Pro určení diagnózy posttraumatické poruchy u dětí je zásadní přítomnost stresové události spolu se souborem specifických symptomů. Děti mohou mít na trauma zkreslené vzpomínky a zejména v raném věku nemusejí být schopny událost slovně popsat. Mezi symptomy se řadí také široké spektrum doprovodných příznaků, jako je úzkost, deprese, somatické potíže nebo poruchy chování (Hort a kol., 2008, s. 252).

Terapie posttraumatické poruchy zahrnuje především spojení psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, rodinné terapie a rovněž farmakoterapie. Zejména u dětí je využívána celá škála pomocných psychoterapeutických technik, jako je hraní rolí, kreslení nebo vyprávění. Dobrých výsledků dosahuje v některých případech také hypnóza.

Někdy je psychoterapie ztížena odmítáním o traumatu hovořit. V některých případech je nutná léčba antidepresivy (Hort a kol., 2008, s. 254-255).

2 SPECIFIČNOST NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

U dětí bývají příznaky neurotických poruch velmi proměnlivé a různorodé. Ovlivňují jejich tělesný i psychický stav. Velkou roli hraje úroveň vývoje. Některé poruchy vznikají v době, kdy jsou vývojové funkce ještě nezralé a tím pádem i náchylnější vůči zátěži. Dítě v raném věku často reaguje na stres nebo trauma vývojovou regresí. Dlouhotrvající a intenzivní prožitek úzkosti a strachu negativně ovlivňuje chování, myšlení i prožívání dítěte (Vágnerová, 1999, s. 202).

Na vzniku neurotických potíží u dětí se dle Vágnerové (2001, s. 110) podílejí dvě skupiny faktorů:

1. **Vrozené dispozice** – zásadní jsou především vrozené povahové rysy, stabilita reakcí, nervového systému a specifické rysy afektivního prožívání. Dispozici k neurotickým potížím mohou mít také děti s nezralým CNS.
2. **Vlivy vnějšího okolí** – nadměrná psychosociální zátěž, jako například stresy, traumata, neúměrné konflikty. Největší vliv má bezesporu rodina, později také škola a vrstevníci. Důležitá pro další vývoj diagnózy je reakce ostatních na neurotické projevy dítěte. Pokud se setká s nepochopením nebo dokonce s posměchem, maladaptivní vzorce se prohlubují.

Mezi neurotické poruchy dětského věku patří: (následující podle Vágnerové, 1999, s. 216)

- poruchy příjmu potravy,
- poruchy spánku a somatické stesky,
- neurotické návyky a tiky,
- fobická úzkostná porucha,
- školní fobie,
- obsedantně-kompulzivní poruchy,
- poruchy vyměšování,
- poruchy komunikace a řeči,
- depresivní stavy.

2.1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Tyto poruchy jsou spojeny s chybným rozumovým a emočním vztahem k jídlu. Jedná se rovněž o poruchu postoje vůči vlastnímu tělu a jeho nesprávné vnímání. Pacienti s touto poruchou jsou nadměrně soustředěni na své tělo, přičemž k němu mají rozporuplný, nebo dokonce negativní vztah. Jsou nezvratně přesvědčeni o tom, že jsou obézní. Zároveň jsou nepřiměřeni koncentrováni na jídlo. Stále na něj myslí, sbírají recepty, vaří, mluví o něm. S tím je spojené neustálé počítání a poměřování kalorií, hromadění a skrývání jídla apod. Příčiny poruch příjmu potravy jsou různé, objevují se psychické, sociální a biologické vlivy. Většinou je na vině kombinace vnitřních dispozic jedince a vnějších zátěžových faktorů (Vágnerová, 1999, s. 227).

Mentální anorexie

Pro tuto poruchu je typické omezování příjmu potravy, které následně vede k ubývání na váze. Dochází k dlouhotrvající podvýživě, což vede k podstatným fyzickým změnám. Časté je rovněž zneužívání diuretik, laxativ a anorektik. Přítomny jsou také psychické potíže, deprese nebo podrážděnost. Tato porucha postihuje převážně dospívající dívky a ženy v mladém věku. Začátek poruchy nastává nejčastěji mezi 14. - 15. rokem a mezi 17. - 18. rokem. Na vzniku se podílí více faktorů, svou roli hraje i společenský vliv, jako je kult zdravého a štíhlého těla, přehnané zaměření na úspěch a výkon. Porucha se objevuje téměř výlučně v bohatých zemích západního světa. Dívky, které jí trpí, bývají často nadprůměrně inteligentní, citžádostivé, se studijními ambicemi a perfekcionistickými rysy. Často se jedná o rodiny s hodnotami zaměřenými materiálně, na pracovní výkon a úspěch. Rizikovým faktorem vzniku poruchy je také výskyt alkoholismu a afektivních poruch v rodině. Léčba mentální anorexie musí být komplexní. Pokud není možná ambulantní léčba, je nutné přistoupit k hospitalizaci, kde lékaři zhodnotí stav výživy a hydratace. Pokud pacientka nespolupracuje a odmítá přijímat stravu, je třeba použít sondování. Součástí léčby musí být také psychoterapeutický přístup, jehož volba je vždy individuální a závisí na věku, motivaci pacienta a rovněž na fázi onemocnění. Součástí léčby je i farmakoterapie, především podávání antidepresiv (Hort a kol., 2008, s. 264-268).

Mentální bulimie

Porucha se projevuje nezvladatelnou touhou po jídlu, která vede k opakovaným záchvatům přejídání. To je následováno nutkavou potřebou zbavit se požitého jídla násilným neprirozeným způsobem, jako je vyvolání zvracení nebo užití projímadel a dalších prostředků. Porucha se vyskytuje u starších dospívajících dívek a mladých žen,

u mužů je spíše ojedinělá. Bulimie je většinou způsobena určitou psychosociální zátěží, v některých případech ji předchází mentální anorexie. Rozvoj potíží u bulimie je postupný, jedinec se časem dostává do stavu, kdy mu nemoc narušuje osobní život a vede k různým fyzickým potížím. Nemocní se dopředu zásobí velkým množstvím jídla, nosí si jídlo všude s sebou, kdyby je přepadl záchvat nevladatelné chuti. Jedí tajně, protože se za svoje chování stydí. Co se týče typických rysů osobnosti nemocných s bulimií, časté je nízké sebevědomí, nejistota, impulzivita a neschopnost se ovládat. Mají tendence se obviňovat z nedostatku vůle, trápí je jejich chování, které nejsou schopni ovládnout. Dochází ke vzniku úzkostí a depresí. Vztah okolí k nemocnému může být rozporuplný, blízcí se mu snaží pomoci, ale zároveň problém často zlehčují a mají na nemocného zlost, že sám sobě škodí a dělá hlouposti. Projevy nemoci mohou vyvolávat u okolí odpor, lhaní a skrývání jídla pak někteří odsuzují jako osobnostní úpadek. To vše vede k rozpadu rodinných vztahů a k postupné izolaci nemocného (Vágnerová, 1999, s. 234-235).

2.2 PORUCHY SPÁNKU A SOMATICKÉ STESKY

Poruchy spánku se mohou projevit v jakémkoliv věkovém období. Projevují se potížemi při usínání, přerušovaným a neklidným spánkem, časným buzením. Především ve školním období může tato porucha negativně ovlivnit výkon a chování dítěte, přičemž učitel zřídka zjistí skutečnou příčinu obtíží (Vágnerová, 2001, s. 114).

Somatické stesky mají souvislost s obranným mechanismem konverze. Děti, zejména úzkostné, často reagují na psychickou zátěž somatickými obtížemi. Jedná se například o trávicí nebo dýchací potíže, kašel či nejrůznější bolesti. Organismus dítěte tímto způsobem naznačuje neúnosnost psychické zátěže. Rizikem je, že rodiče nebo jiní dospělí často považují tyto potíže za výmysl dítěte jako prostředek k vyhnutí se určité situaci. Bolest je však v tomto případě skutečná a jedná se o mimovědomý proces (Vágnerová, 1999, s. 216).

2.3 NEUROTICKÉ NÁVYKY A TIKY

Neurotické návyky jsou spojené s určitým konáním, které dítě provozuje proto, aby se zbavilo úzkosti a napětí. Většinou se jedná o částečně nevědomou a automatickou pohybovou činnost. Mezi nejvíce rozšířené návyky patří okusování nehtů (onychofagie) nebo cumlání prstů, dále je to škrábání kůže nebo masturbace. Méně rozšířené je vytrhávání vlasů nebo jejich požívání (trichotillománie).

Neurotické tiky jsou bezúčelné, rychlé a bezděčné pohyby nejrůznějších částí těla, především svalů obličeje a horních končetin. Pohyby jsou neovladatelné vůlí a nedají se potlačit. Snaha o jejich potlačení vyvolá úzkost, neklid a napětí. Často dochází k upoutání pozornosti okolí a existuje riziko, že dospělí považují tiky na předvádění se a neuvědomí si, že dítě tyto pohyby neumí samo ovlivnit a kontrolovat (Vágnerová, 1999, s. 216).

2.4 FOBICKO ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Porucha se vyznačuje neadekvátní reakcí na strach nebo úzkost, které jsou vyvolané určitým podnětem nebo situací. Fobie je často u dětí spojena se strachem ze zvířat obecně, z hadů, koček a psů, hmyzu, pavouků, parazitů, špíny, krve, tmy, výšek, uzavřených prostor, ohně. V dospívání pak dochází ke vzniku sociální fobie. Potíže vedou k nepřiměřenému, vyhýbavému chování a omezují dítě při adaptaci na požadavky jeho okolí. Fobie se objevují v mladším věku a často poměrně rychle a někdy i samovolně odezní. Ve větším poměru postihují dívky než chlapce. Sociální fobie je oproti tomu častější u chlapců a je u ní větší riziko přechodu do chronicity. Pro léčbu je nejvíce využívána kognitivně-behaviorální psychoterapie, někdy je nezbytné nasazení antidepresiv nebo anxiolytik (Hort a kol., 2008, s. 259-260).

Školní fobie

Jedná se o jednu z nejběžnějších dětských fobií, která se rozvíjí po nástupu na základní školu. Charakterizuje ji nadměrný strach ze školy, kam dítě následně odmítá chodit. Příčinou je buď obava z opuštění domova, anebo strach ze školního neúspěchu a selhání. První možnost nastává většinou na začátku školní docházky, druhá spíše později, po negativní zkušenosti se školním prostředím. Dítě, které trpí touto fobií, většinou mívá i jiné somatické příznaky, jako je bolest hlavy a břicha, zvracení. Jedná se o děti spíše introvertní, samotářské, přecitlivělé. Pro tuto poruchu je typické, že se objevují výhradně v době, kdy má jít dítě do školy. Vyžaduje vždy konzultaci s odborníky (Vágnerová, 1999, s. 217).

2.5 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHY (OCD)

Tato porucha patří u dětí a dospívajících mezi tzv. internalizované poruchy, pro které je charakteristické napětí, strach, úzkost a přítomnost obsesí a kompulzí. Obsese jsou opakované nutkavé myšlenky nebo představy, které jsou neodbytné a vyvolávají pocit úzkosti. Děti se je snaží potlačit nebo odstranit jinými myšlenkami nebo činnostmi.

Kompulze jsou nutkavá chování nebo psychické aktivity, které děti provádějí jako reakci na obsese. Jedná se o rituály, které pomáhají vyhnout se určitým myšlenkám nebo událostem. Tyto aktivity jsou neadekvátní a přehnané. Prevalence se dnes udává kolem 3 %, často však jde o skrytou poruchu, která mnohdy není zachycena. Vyšší výskyt je u dospívajících než u mladších dětí. Podle některých autorů je o něco větší výskyt u dívek (60:40), jiní naopak udávají poměr 1:1. Podle studií se u dvou třetin těžších OCD předpokládá určitý organický podklad. OCD je zřejmě zaviněna dysfunkcí serotoninu a jeho nízká hladina je silným předpokladem závažné poruchy. Terapie OCD musí být vždy komplexní. Jako nejúspěšnější se ukazuje kognitivně-behaviorální terapie a podávání SSRI antidepresiv. Obě metody mají až 80 % účinnost (Hort a kol., 2008, s. 228-233).

2.6 PORUCHY VYMĚŠOVÁNÍ

Tato porucha se může objevit jako reakce na nepřiměřenou nebo dlouhotrvající psychickou zátěž. Jedná se o určitý stupeň regrese. Především jde o enurézu (pomočování), které bývá častěji noční, a vzácněji o enkoprézu (neschopnost ovládat vyměšování stolice). Touto poruchou trpí především chlapci. Je diagnostikována ve věku 5 a více let. Ve školním věku je pro postižené dítě zásadním problémem snížení jeho sociální pozice mezi spolužáky, stává se terčem posměchu a pohrdání. Proto dítě tuto poruchu před okolím tají (Vágnerová, 2001, s. 113).

„Emocionální faktory mohou hrát také svoji roli, zvláště u denního pomočování. Strach z použití školní nebo veřejné toalety nebo z močení na veřejnosti vede u některých dětí k tomu, že se pokoušejí vyhnout se močení nebo jej odložit na dobu, až budou mít k dispozici bezpečné místo. U některých dětí se závažnými poruchami chování může patřit močení na nevhodných místech k jejich obecně rebelujícím postojům.“ (Barker, 2007, s. 122)

2.7 PORUCHY KOMUNIKACE A ŘEČI

Mezi tyto poruchy patří koktavost a mutismus. Koktavost je porucha rytmu řeči. Projevuje se křečovitým opakováním slabik nebo celých slov, přičemž intenzita je úměrná momentálnímu psychickému napětí. Její výskyt je častější u chlapců než u dívek. Koktavost se zhoršuje se začátkem školní docházky, protože tato změna představuje většinou zvýšení psychické zátěže. Může být spojena pouze s určitou situací nebo prostředím. Jedná se v podstatě o specifickou reakci na nesespecifickou stresovou situaci.

Tato porucha dítě určitým způsobem stigmatizuje, vyvolává často posměšnou reakci okolí, a to dítěti způsobuje další psychickou zátěž. Může dojít až k rozvinutí logofobie, což je nepřiměřený strach z řeči. Koktavé děti trpí často méněcenností a nízkým sebevědomím, může dojít k odmítání školní docházky nebo k útekům ze školy.

Mutismus (nemluvnost) je neurotická porucha, která způsobuje výrazný útlum řeči. Dítě umí mluvit, ale z důvodu určité emoční překážky mluvit odmítá. Jedná se o projev strachu nebo napětí v konkrétní situaci nebo při kontaktu s určitým člověkem. Může jít rovněž o důsledek prožití traumatu. Dítě přestává mluvit náhle nebo postupně a ke komunikaci používá gesta, případně přestává komunikovat úplně. Mutismus většinou objevuje po nástupu do školy, vzácně po 8. roce věku. Postihuje častěji děti přecitlivělé, úzkostné, infantilní, s nízkým sebevědomím. Rozlišujeme mutismus totální, při kterém dítě nemluví vůbec, a mutismus selektivní, kdy dítě mluví pouze za určitých okolností nebo s určitými osobami (Vágnerová, 1999, s. 219).

2.8 DEPRESIVNÍ STAVY

Tento syndrom se projevuje výrazně smutnou a úzkostnou náladou, negativními myšlenkami, stísněností a netečností. U mladších dětí se objevuje výrazná a častá plačtivost. Dochází ke ztrátě zájmů, útlumu všech aktivit, zamlklosti. V dětském věku je většinou deprese vyvolána nějakým typem ztráty, což vede k velké psychické zátěži. Deprese se negativně odráží i ve škole, dítě se nezajímá o své výsledky, ztrácí motivaci k učení, nesoustředí se. Existuje riziko, že učitel tyto projevy pochopí nesprávně a dítěti vyčte neochotu pracovat. Měl by se proto vždy obrátit s radou na odborníky a neměl by se snažit tuto situaci řešit osobně (Vágnerová 2001, s. 112).

3 PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Období mladšího školního věku začíná v 6-7 letech a končí v 11-12 letech, v tomto věku dochází již k pohlavnímu dospívání a změnám v chování. (Langmeier, 2006, s. 117). J. Kuric (Kuric in Langmeier, 2006, s. 119) rozděluje dětství na dvě části podle vyspělosti dětí. První část jsou přibližně dva roky po nástupu do školy a druhá část do 10-11 let. V první části si děti zvykají na školní povinnosti, zatímco ve druhé se utváří jejich osobnost a postoj k životu. (Langmeier, 2006, s. 119).

„Aby dítě mohlo úspěšně zahájit proces vzdělávání, musí být pro školu zralé. Školní zralost bývá nejčastěji hodnocena na úrovni tělesné, kognitivní, emoční a sociální vyspělosti dítěte. Předpokládá se, že dítě je schopno zvládnout školní nároky nejen z rozumového hlediska, ale také že se dokáže soustředit na úkol, akceptovat školní řád a má dostatečnou motivaci pro školní práci.“ (Hort a kol., 2008, s. 37)

Podle Matějčka (1991) in Langmeier (2006, s. 119) je pro mladší školní věk charakteristický přechod mezi bezstarostným předškolním věkem a vyspělejším jednáním. Děti v mladším školním věku se neumí soustředit déle než 10 minut, nechají se snadno ovlivnit a při hře nerozlišují rozdílnost pohlaví. V tomto období je důležitá podpora rodičů a pedagogů, protože děti jsou v tomto přechodném období citlivější a zranitelnější vůči okolí. Oproti tomuto období je střední školní věk vyrovnanější.

Pedagogové se poměrně často obracejí na psychology s problémy spojenými s nedostatkem ctižádosti u dětí. Jedná se především o laxní přístup ke známám a úspěchu ve škole. Často je však apatie dítěte pouze obranným mechanismem vůči nadměrnému tlaku a nepřiměřeným ambicím rodičů (Matějček, 1991, s. 120).

3.1 VÝVOJ ZÁKLADNÍCH DOVEDNOSTÍ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU.

„Kvalitní školní vzdělávací programy by se měly zaměřovat na rozvoj konkrétních dovedností s pomocí pedagogických strategií, které využívají vývojový potenciál dítěte, nevyhýbat se klasickým výukovým technikám a zároveň klást důraz na růst osobnostních a socioemočních kompetencí, které jsou nedílnou součástí efektivního procesu učení,

profesní kariéry a celkové úspěšnosti sociálního začlenění. Celkový rámec kvality souvisí se zohledněním individuálních charakteristik každého dítěte.“ (Thorová, 2015, s. 204)

Pohybové schopnosti jsou do velké míry ovlivněny tělesným růstem, který bývá v tomto období harmonický a bez výraznějších výkyvů, naproti tomu v začátku a na konci období dochází k různě velkému zrychlení růstu. V této době se rovněž neustále zlepšuje hrubá i jemná motorika, dochází k růstu svalové hmoty, děti jsou obratnější a mají lepší tělesnou koordinaci. S tím souvisejí i lepší výsledky při nácviu psaní a kreslení. Svoji roli má však nejen věk, ale rovněž vhodné rodinné zázemí, které do velké míry ovlivňuje pokroky dítěte.

Fyzicky slabší děti nebo děti úzkostných rodičů nepodávají kvalitní fyzické výkony, a proto u nich opadá zájem o tělesnou aktivitu. To má nepříznivý dopad na jejich oblíbenost v dětské skupině a na sebevědomí. V některých případech je položen základ pro neurotické poruchy, někteří však zvládnou své nedostatky kompenzovat jinou dovedností, pro kterou mají vhodné předpoklady.

V mladším školním věku se vyvíjí také smyslové vnímání. Děti jsou více soustředěné, zvědavé a trpělivé. Učí se pozorovat věci do detailu a následně je i zhodnotit. Rovněž vnímání časoprostoru začíná dostávat svoji určitou podobu. Výrazným prvkem je v této době jejich představivost. Dále dochází k výraznému rozvoji řeči, která je hlavním faktorem pro zvládnutí školního učiva a také k úspěšnému poznávání světa. Opět však záleží na vedení a podpoře ze strany rodiny (Langmeier, 2006, s. 120).

„Období 6-11 let je většinou klidné a bezproblémové. V 1. třídě a také ve 3. a 4. třídě se mohou vyskytovat školní fobie, poruchy životosprávy (nechutenství, poruchy příjmu potravy), neurotické návyky, ale i enuréza. U 10 % dětí se vyskytuje koktavost. Některé neurotické projevy se mohou zafixovat, jiné mají sestupnou tendenci, jako např. pomočování, koktavost, ranní zvracení apod. Vzestupnou tendenci mají neurotické bolesti hlavy, neurastenie, hypochondrie apod.“ (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 51)

3.2 KOGNITIVNÍ VÝVOJ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU

Dítě v mladším školním období již rozumí pojmu času, chápe vzdálenost délku a směr. Dítě také umí rozlišit pravou a levou stranu. Zatím není schopno pracovat s abstrakcí, proto zatím neumí pochopit význam čísel. Dítě si umí představit pouze to, s čím už se setkalo.

Na rozdíl od předškolního věku dítě však již umí posoudit věci současně z různých hledisek.

V tomto období dochází k velkému zlepšení krátkodobé paměti. Dítě si umí zapamatovat 5 až 7 čísel, a přitom přichází na způsoby, jak si zjednodušit učení. S věkem se zlepšuje i dlouhodobá paměť. Děti si umějí seřadit informace podle důležitosti. V šesti letech si zapamatují jen základní informace, v sedmi až osmi letech jsou schopny přidat body, které do textu přirozeně patří.

Nástup do školy utváří osobnost dítěte, dítě se porovnává s jinými a také získává zpětnou vazbu od učitele vzhledem k chování a výkonu. To vše se zásadně podílí na vytváření jeho identity (Ptáček, Kuželová, 2013, s. 29).

3.3 EMOČNÍ VÝVOJ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU

Už před nástupem do školy jsou některé děti dominantnější, jiné se staví do podřízené pozice. V průběhu školní docházky dochází k zvětšování rozdílů a může dojít k panovačnému až násilnému chování nebo naopak k extrémní podřízenosti. Mezi vrstevníky se dítě učí lépe pochopit rozdílná přání a potřeby. Narůstá tak jeho dovednost sociálního porozumění. Současně s tím vzrůstá i jeho schopnost seberegulace. Dítě je schopné si samo určit vzdálenější cíle, u kterých je zapotřebí většího úsilí a vytrvalosti. Dle Langmeiera (2006, s. 131) je nárůst seberegulace výsledkem dvou faktorů, které se navzájem ovlivňují:

Emoční reaktivita – je z velké části dána geneticky, s přibývajícím věkem jsou emoce stálejší a k jejich ovládnutí není potřeba takového úsilí.

Volní ovládnutí emočních reakcí – emoční reakce malých dětí jsou vesměs automatické a děti je umějí ovládat jen omezeně, oproti tomu v období školního věku již dítě umí v závislosti na situaci tuto emoční reakci vůlí potlačit a kontrolovat. Tak se lépe soustředí na daný úkol a také vůlí určuje proces vnitřního prožívání.

Rozvoj v těchto oblastech přináší větší odolnost dětí vůči zátěži i lepší přizpůsobivost (Eisenberg, 2003 in Langmeier 2006, s. 131).

Rovněž emoční porozumění je u školních dětí na vyšší úrovni než v předškolním období. Dítě je již schopno rozeznat, že emoce a přání je možné před ostatními skrýt a rovněž umí pochopit protichůdné citové prožitky. Emoční vývin je však do značné míry ovlivněn konkrétní sociální zkušeností a při psychicky náročné situaci může u dítěte dojít

k emočnímu regresu. Stejně tak je dokázáno, že vývoj emočního porozumění je zpožděn u dětí zanedbávaných, ale také u dětí hyperprotektivních rodičů (Langmeier, 2006, s. 131).

3.4 SOCIALIZACE DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Dítě před začátkem školní docházky uznává takové normy chování, jaké mu předkládají dospělé autority. Proto přijme jakékoliv normy, aniž by uvažovalo o jejich správnosti. Dítě ještě nemá svůj názor a automaticky přijme za správné to, co vidí u dospělého. Socializace dítěte školního věku vzniká postupně. Větší význam získávají socializační požadavky školy a dochází k utváření takových schopností, které jsou pro dítě v tomto směru prospěšné. Dítě ve škole automaticky získá svoji roli bez ohledu na to, jakou by si přál. Každé dítě se zhostí této role odlišným způsobem a má k ní specifický postoj. Ten je dán mírou identifikace s touto rolí a také mírou sociální prestiže. Role školáka se rozděluje na dvě role:

Podřízená role žáka – je pevně dána školním řádem a v jejím rámci se vyvíjejí různé znalosti a dovednosti. Tato role utváří pozdější sebehodnocení dítěte a jeho budoucí uplatnění v životě. Školní děti by měly splňovat obecně přijatou normu, kterou si vytvořila společnost. Je tvořena souborem žádoucích vlastností, společnost od dítěte požaduje, aby tuto normu uznávalo. Dítě, které se podle této normy chová, je pozitivně hodnoceno. Dítě, které se chová odlišně, je hodnoceno negativně. Tím škola ovlivňuje vývoj dětské osobnosti.

Souřadná role spolužáka – způsob, jakým dítě tuto roli ovládne, je důležitý pro absolvování školní docházky i pro rozvoj budoucích sociálních vazeb. Důležitá je schopnost dosáhnout určité pozice a být akceptován dalšími lidmi na stejné úrovni. Proto je zkušenost ze školní skupiny tak důležitá (Vágnerová, 2000, s. 134-135).

4 PROBLÉMY SPOJENÉ S NEUROTICHNOSTÍ DĚTÍ VE ŠKOLE

Šestileté dítě prožívá přechod z mateřské školy na základní školu, kde je pro něj vše neznámé. Poznává novou paní učitelku a kolektiv spolužáků. Potřebuje se naučit udržet pozornost při výuce. Nová je pro něj i domácí příprava do školy a rovněž může vznikat tlak ze strany rodiny na výborné školní výsledky. Postupně se mohou dostavit školní neúspěchy, což je pro děti velmi stresující. Příčinou nemusí být nedostatečná příprava na školní vyučování, ale například specifické poruchy učení.

4.1 OSOBNOST NEUROTICKÉHO DÍTĚTE VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ

Pro dítě má velký význam pocit bezpečí a důvěry, ke kterému nejvíce přispívá stálost rodinného prostředí. Psychické napětí dítěte stupňují konflikty, které jsou nedořešené a mohou vést k neurotickým potížím. Toto riziko se zvyšuje s nástupem povinné školní docházky. Rodina by měla dítě na tuto změnu připravit a zajistit mu vhodné podmínky (Holub, Švancara, 1957, s. 14).

Základním rysem neurotických potíží jsou negativní změny v oblasti prožívání. Neurotické dítě má dispozice k větší citlivosti, emoční labilitě i malou odolnost vůči zátěži. To se projevuje značným kolísáním nálad i celkové aktivity. Dítě mívá nízké sebehodnocení, pocity méněcennosti a zvýšený pocit viny. To vše ovlivňuje i jeho chování vůči okolí. Změna prožívání ovlivňuje i význam a způsob uspokojování základních psychických potřeb. Vágnerová uvádí 4 druhy potřeb:

1. Potřeba stimulace je závislá na osobně vnímaném prožitku konkrétní zátěže. Dítě má často nechuť k neznámým situacím, cítí se úzkostné a nejisté. Jedná se o zvýšenou potřebu obrany v kontaktu s ohrožujícím podmětem.
2. Potřeba stabilního řádu je u neurotických dětí zvýšená, protože odbourává pocit nejistoty. Tomu by měl odpovídat i styl výuky. Nové učivo by mělo navazovat na existující znalosti a nemělo by se vymykat daným pravidlům.
3. Potřeba emoční jistoty je u neurotických dětí zvýšená. Potřebují dostatečnou citovou oporu, protože jsou vnitřně nejisté a mají nízké sebehodnocení. Vyžadují neustálé utvrzování o tom, že ony samy i svět nejsou tak špatné, jak se jeví. Získat

pozitivní hodnocení od okolí pro ně však není snadné, protože chování těchto dětí vyvolává u většiny lidí negativní pocity. Důvodem je to, že projevům těchto dětí není jednoduché porozumět.

4. Potřebu seberealizace nelze často dostatečně naplnit, protože neurotické děti jsou negativně ovlivněny svým pesimistickým pohledem na svět, obavou ze selhání a případně přijmou roli neúspěšného žáka (Vágnerová, 2001, s. 117).

Neuróza nezapříčiňuje sníženou inteligenci, ale změny prožívání negativně ovlivňují využití rozumových dovedností. Učitelům připadá nepochopitelný rozpor mezi schopnostmi dítěte a jeho výkonem. I při dobré inteligenci mívají zhoršený prospěch. Příčinou je mimo jiné kolísání pozornosti, která je narušena větší náchylností k rychlé únavě a trvalým psychickým napětím. Neuróza nepříznivě ovlivňuje i průběh myšlení. Dítě lpí na určitém řešení a není schopné myslet jiným způsobem.

Pro neurotické děti může být problematická sociální interakce s okolím, protože je ovlivněná nejistotou a obavami z nepříznivých reakcí ostatních. Tyto děti jsou často samotářské a izolují se. V dětské společnosti mohou jejich projevy vyvolat posměch a odmítnutí. Neurotické děti většinou nemají kamarády. V jejich postoji je patrná přecitlivělost až paranoia. Negativní dopad mají i poruchy komunikace, především neurotické změny řeči. Sem patří především společenské důsledky koktavosti, které mohou být natolik závažné, že u dítěte mohou vyvolat logofobii. Řečový projev neurotického dítěte přitom nemusí odpovídat jeho inteligenci a úrovni vývoje (Vágnerová, 2001, s. 117-118).

5 PŘÍSTUP UČITELŮ K DĚTEM S NEUROTICKOU PORUCHOU

Psychologové uvádějí, že pouze učitel s vyrovnanou psychikou a duševně zdravou osobností může ve třídě vytvořit vhodné klima a podporovat kladnou motivaci žáků ke škole a k učení (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 147).

Učitelé mají velký význam pro správný vývoj dětí. Miňhová, Lovasová (2018, s. 146) uvádí tyto hlavní oblasti:

„Učitel by měl být pro žáky modelem duševně zdravé osobnosti, být psychicky odolný a umět se vyrovnávat se stresem, učitel by měl být tvůrcem zdravých mezilidských vztahů a realizátorem hygienických zásad pedagogického procesu.“

Zásady přístupu k neurotickým dětem ve škole, tak jak je uvádí PPP ZLÍN:

- vyvarovat se příliš autoritativního a dominantního přístupu,
- ve třídě navodit přátelskou a klidnou atmosféru, rozvíjet spolupráci mezi spolužáky a zdravé vztahy,
- nekritizovat dítě, nepodceňovat ho a neříkat mu, že je neschopné,
- nalézt kladné stránky dítěte,
- výsledky dítěte neporovnávat s výkony ostatních, ale posuzovat podle jeho předešlých výkonů, mít nároky přiměřené jeho nadání,
- při zkoušení dát čas na rozmyšlenou, nenaléhat na okamžitou odpověď, umožnit opravu,
- zohlednit to, že některé děti dají přednost ústnímu zkoušení a jiné písemnému,
- dát dítěti najevo, že rozumíme jeho problémům, snažit se získat jeho důvěru a nezklamat ho,
- chválit a povzbuzovat, umožnit dítěti prožít úspěch,
- kritizovat ohleduplně a rozvážně, dítěti by měl být smysl našeho kritického postoje srozumitelný,
- umožnit dítěti vyniknout v aktivitě, která je u spolužáků pozitivně hodnocena,
- mluvit s ním o dosažených úspěších,
- rozvíjet jeho sebedůvěru, tvořivost a samostatné myšlení,

- snažit se vést dítě k větší samostatnosti, ukazovat mu budoucnost jako otevřenou možnost,
- být trpělivý, nečekat změnu ze dne na den,
- usilovat o změnu přístupu ostatních rodičů a učitelů (KPPP a ZDVPP ZLÍN, 2015).

6 PŘEHLEDOVÉ STUDIE O REALIZOVANÝCH VÝZKUMECH K PROBLEMATICE NEUROTIČNOSTI DĚTÍ NA 1. STUPNI ZŠ

1. Přehledová studie:

Reakce rodičů na negativní emoce dětí: Souvislost s regulací emocí u dětí s úzkostnou poruchou

Výzkum prokázal, že rodičovské reakce na emoce dětí hrají významnou roli ve vývoji regulace dětských emocí a jejich přizpůsobení. Tato studie porovnávala reakce rodičů na negativní reakce dětí v rodinách úzkostných a neúzkostných dětí (ve věku 7-12 let) a zkoumala vztah mezi reakcemi rodičů a dětskou regulací emocí. Výsledky prokázaly, že děti s diagnózou úzkostné poruchy měly výrazně větší potíže s regulací řady negativních emocí a byly považovány svými rodiči za více emočně negativní a labilní. Výsledky také ukázaly, že matky úzkostných dětí je málo podporovaly v době jejich negativní emoční odezvy. Podpurné a nepodporující rodičovské reakce na negativní emoce dětí mají zásadní vztah k dětské negativitě a labilitě (Hurrell a kol., 2015).

2. Přehledová studie:

Chyby v interpretaci jako faktor zranitelnosti u dětí rodičů s úzkostnou poruchou

Děti rodičů s úzkostnou poruchou mají vyšší riziko vzniku úzkostné poruchy než děti rodičů bez úzkostné poruchy. Rodičovská úzkost není považována za samotný rizikový faktor, ale je pravděpodobné, že bude přenesena pomocí jiných mechanismů například kognitivních faktorů. Studie zkoumá, zda děti rodičů s úzkostnou poruchou interpretují určité situace stejně jako rodiče s diagnózou úzkostné poruchy. Studie také zkoumá, zda tyto interpretace mohou být vysvětleny poruchou rodičů nebo úrovní dětské úzkosti.

Celkem se této studii zúčastnilo 44 dětí rodičů s panickou poruchou, 27 dětí rodičů se sociální úzkostnou poruchou, 7 dětí rodičů s kombinovanou poruchou a 84 dětí rodičů bez úzkostné poruchy. Rodiče a děti vyplnili diagnostický test poruch souvisejících s dětskou úzkostí. Děti provedly dva úkoly s různým scénářem.

Děti rodičů s panickou poruchou vykazovaly výrazně více negativních interpretací panických a sociálních scénářů. Tyto interpretace byly vysvětleny rodičovskou diagnózou

panické poruchy a úrovní dětské úzkosti. Oproti tomu nebyly nalezeny u dětí rodičů se sociální úzkostnou poruchou (Van Niekerk a kol., 2018).

3. Přehledová studie:

Kvalita života dětí s obsedantně kompulzivní poruchou (OCD) před a po léčbě

V porovnání s dospělými trpícími OCD je velmi málo známé, jak velký vliv na kvalitu života má léčba u dětských pacientů s OCD. Cílem této studie bylo posoudit, jak velký vliv na kvalitu života měla kognitivně behaviorální terapie u dětí a dospívajících s OCD ve srovnání s obecnou populací, a prozkoumat faktory spojené s potenciálními změnami kvality života po léčbě. Kvalita života byla hodnocena u 135 dětí a dospívajících (ve věku 7-17, průměr 13 let, 48,1 % žen) před a po čtrnácti terapeutických sezeních. Bylo použito sebehodnocení a hodnocení od pečovatелů prostřednictvím dotazníku. Kvalita života byla srovnána se vzorkem běžné populace a stejného věku a pohlaví. Před léčbou byla kvalita života výrazně nižší u dětí s OCD ve srovnání s běžnou populací. Po terapiích se kvalita života výrazně zlepšila. Komorbidita, rodinné prostředí a psychosociální funkce nebyly spojeny se změnami v kvalitě života po léčbě. Bylo prokázáno, že hodnocení kvality života u dětí s OCD je spolehlivé a podává dostatek informací. Výsledky studie podporují aplikaci hodnocení kvality života u dětí a dospívajících s OCD jako významné měřítko úspěšnosti léčby (Weidle a kol., 2015).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 VÝZKUMNÝ CÍL

Cílem výzkumu je zjistit zkušenosti pedagogů základních škol s neurotickou poruchou u dětí a rovněž, zda mají možnost se v daném tématu proškolit a získávat nové informace. Dílčím cílem bylo zjistit příčiny vzniku neurotických poruch u vybraných dětí.

K dosažení cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Kolik pedagogů má zkušenost s neurotickou poruchou u dětí?
2. Jak se podle pedagogů projevuje dítě s neurotickou poruchou?
3. Mají pedagogové negativní pocity z neurotických žáků, popřípadě jaké?
4. Do jaké míry jsou pedagogové informováni o neurotických poruchách?
5. Jak berou podle pedagogů spolužáci dítě s neurotickou poruchou?
6. Zvyšují se vědomosti a zkušenosti pedagogů o neuroticismu u dětí mladšího školního věku s rostoucí délkou praxe?

7.2 METODY VÝZKUMU

Výzkum byl uskutečněn pomocí metody kvantitativního výzkumu. „*Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.*“ (Hendl, 2005, s. 46)

Jako metoda sběru dat kvantitativní části výzkumu bylo použito dotazníkové šetření. „*Dotazník bývá definován jako metoda pro hromadné shromažďování dat (informací) pomocí písemně zadávaných otázek (položek dotazování). Je to jedna z nejpoužívanějších metod výzkumu v pedagogice, psychologii, sociologii, ve výzkumu veřejného mínění aj. V pedagogickém výzkumu je dnes aplikována zejm. pro zjišťování názorů a postojů žáků, učitelů, rodičů aj.*“ (Průcha, 1995, s. 43)

Dotazník vlastní konstrukce byl tvořen uzavřenými otázkami, které byly navrženy na základě výzkumných otázek. K jednotlivým výzkumným otázkám se váže více položek v dotazníkovém šetření.

K vyhodnocení výzkumných dat z dotazníkového šetření byly použity metody popisné statistiky.

Vzhledem k nepříznivé epidemiologické situaci v souvislosti s covidem-19 nebylo možné zajistit více respondentů, a proto nebyla provedena statistická analýza.

7.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

Dotazníky byly rozeslány on-line formou pedagogům 4 základních škol. Odpovídali pouze pedagogové vyučující na prvním stupni běžných základních škol. Celkem bylo rozesláno 80 dotazníků, z nichž se vrátilo 54 vyplněných. Větší návratnost nebylo možné zajistit vzhledem k důvodům uvedeným v bodě 7.2.

7.4 ANALÝZA DAT Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Data jsou zpracována pomocí bodového třídění. Jeho výsledkem je frekvenční tabulka, která obsahuje: hodnotu znaku (x_i), absolutní četnost (n_i) a relativní četnost (p_i). Hodnota znaku je přehledem všech obměn, které proměnná získává. Další důležitou informací z frekvenční tabulky je tzv. absolutní četnost. Ta uvádí, kolikrát se určitá hodnota v souboru vyskytuje. Součet absolutních četností odpovídá velikosti souboru n (Borůvková, 2013, s. 19).

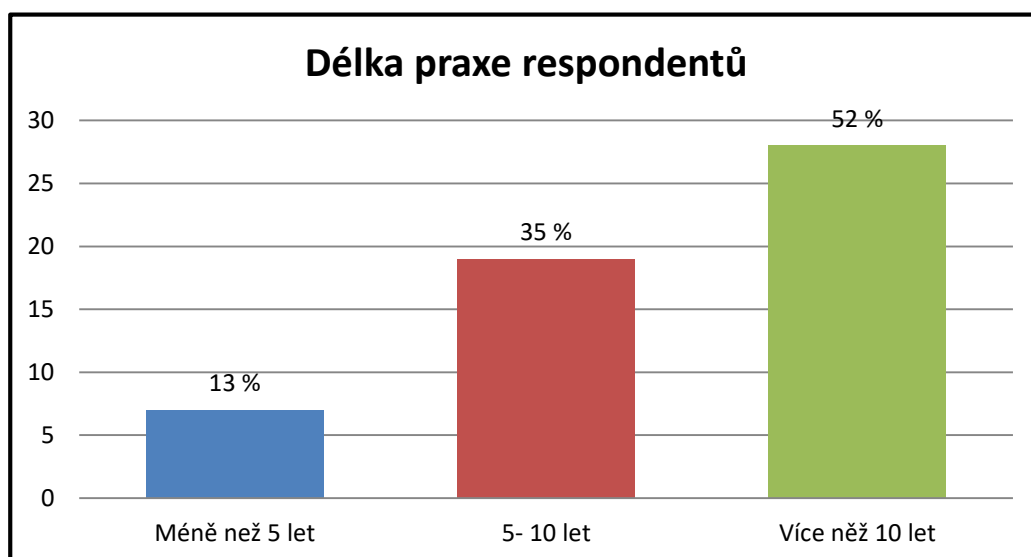
Otázka č. 1

Jak dlouho pracujete ve školství jako pedagog?

Tabulka 1 - Délka praxe respondentů

Věková skupina (x_i)	n_i	P_i
Méně než 5 let	7	13 %
5-10 let	19	35 %
Více než 10 let	28	52 %
Celkem	54	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 1 - Délka praxe respondentů

Z 54 dotazovaných respondentů bylo nejvíce s délkou praxe nad deset let a to 28 (52 %). Praxi v rozhraní pěti až deseti let mělo 19 (35 %) dotazovaných a nejméně bylo v kategorii s praxí do pěti let, jichž bylo pouze 7 (13 %).

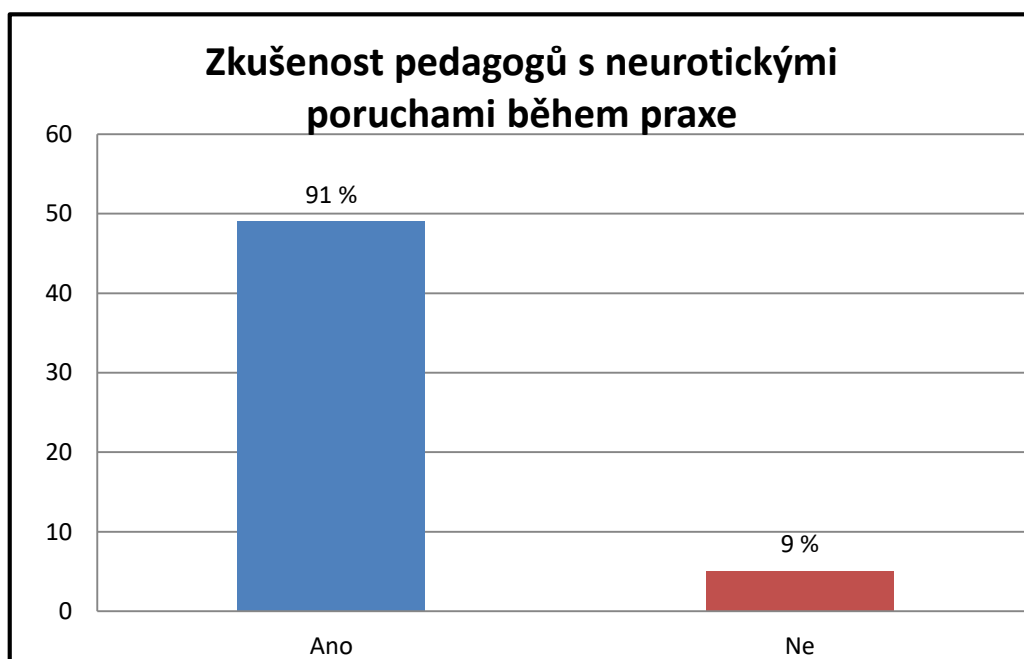
Otázka č. 2

Setkali jste se za svou pedagogickou praxi s neurotickými poruchami u svých žáků?

Tabulka 2 - Zkušenost pedagogů s neurotickými poruchami během praxe

Zkušenosti pedagogů s neurotickými poruchami během praxe (x_i)	n_i	P_i
Ano	49	91 %
Ne	5	9 %
Celkem	54	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 2 - Zkušenost pedagogů s neurotickými poruchami během praxe

Zkušenosti s neurotickými poruchami během praxe mělo 49 (91 %) respondentů a 5 (9 %) dotazovaných nemělo žádnou zkušenost.

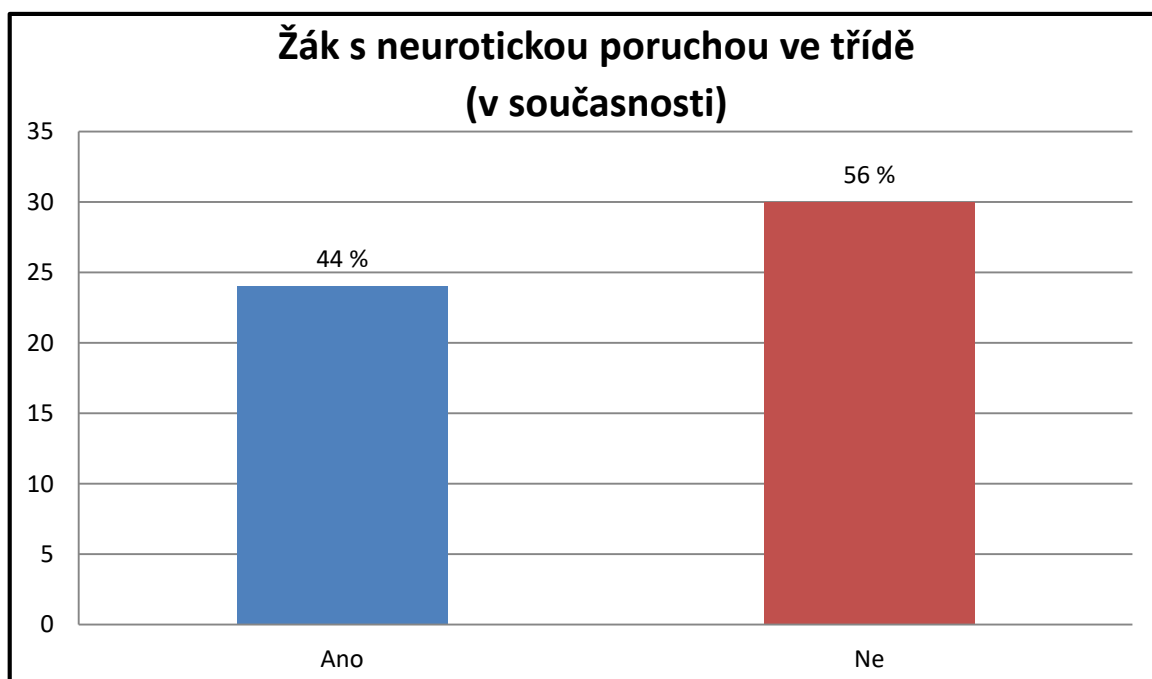
Otázka č. 3

Máte v současné době ve třídě žáka s neurotickou poruchou?

Tabulka 3 - Žák s neurotickou poruchou ve třídě (v současnosti)

Zkušenosti s neurotičností (x_i)	n_1	P_1
Ano	24	44 %
Ne	30	56 %
Celkem	54	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 3 - Žák s neurotickou poruchou ve třídě (v současnosti)

Žák s neurotickou poruchou se v současné době nachází u 24 (44 %) respondentů. Dalších 30 (56 %) respondentů mělo žáka s neurotickou poruchou v minulých letech.

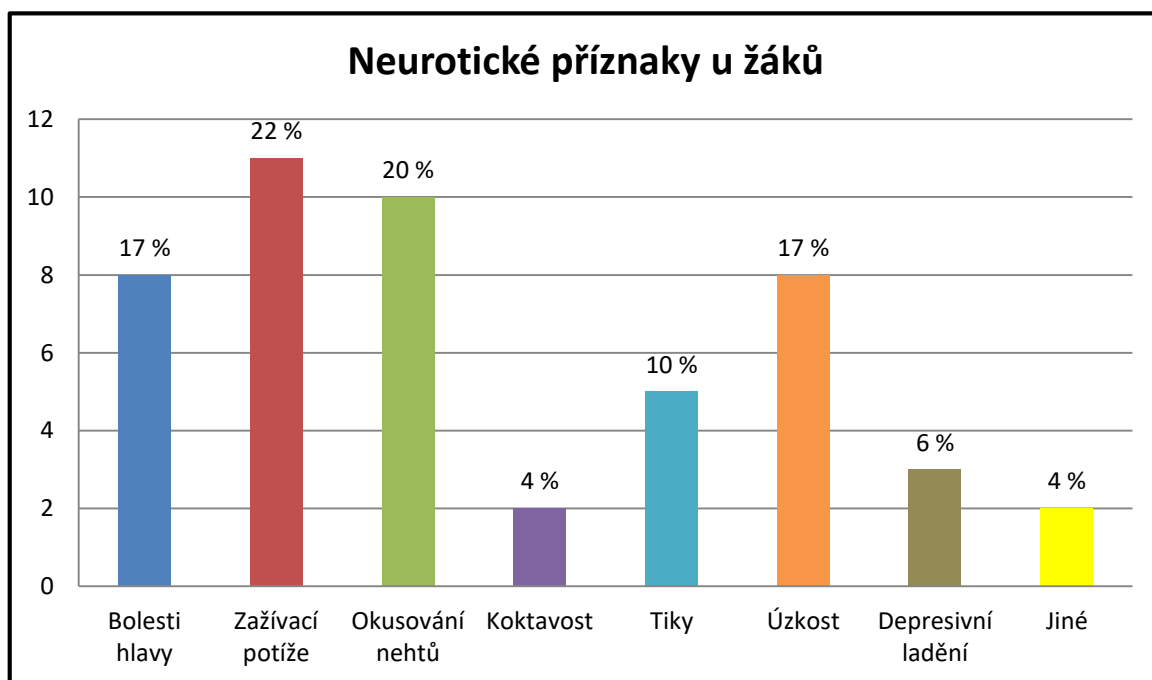
Otázka č. 4

Prosím popište, které z těchto neurotických příznaků se u žáka projevují?

Tabulka 4 - Neurotické příznaky u žáků

Neurotické příznaky u žáků (x_i)	n_i	P_i
Bolesti hlavy	8	17 %
Zažívací potíže	11	22 %
Okusování nehtů	10	20 %
Koktavost	2	4 %
Tiky	5	10 %
Úzkost	8	17 %
Depresivní ladění	3	6 %
Jiné	2	4 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 4 - Neurotické příznaky u žáků

Výzkum ukázal, že 11 (22 %) respondentů má nebo mělo žáka/y se zažívacími obtížemi, na druhém místě bylo okusování nehtů u 10 (20 %) respondentů, úzkost a bolesti hlavy u 8 (17 %) respondentů. Na čtvrtém místě byly tiky u 5 (10 %) respondentů. Další v pořadí bylo depresivní ladění u 3 (6 %) respondentů, následovala koktavost a jiné příznaky měli 2 (4 %) respondenti.

Byla potvrzena domněnka, že nejvíce jsou mezi příznaky zastoupeny zažívací potíže.

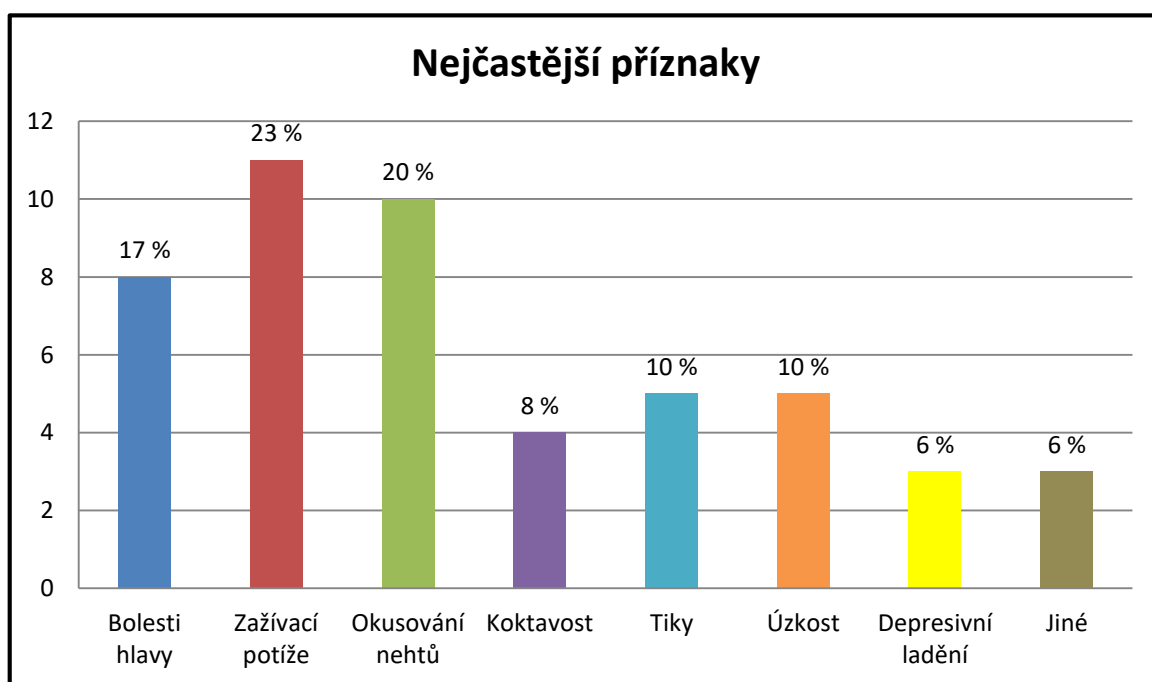
Otázka č. 5

Které z příznaků neurotických poruch byly nejčastější?

Tabulka 5 - Nejčastější příznaky

Nejčastější příznaky (xi)	n ₁	P ₁
Bolesti hlavy	8	17 %
Zažívací potíže	11	23 %
Okusování nehtů	10	20 %
Koktavost	4	8 %
Tiky	5	10 %
Úzkost	5	10 %
Depresivní ladění	3	6 %
Jiné	3	6 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 5 - Neurotické poruchy u žáků

Výzkumem bylo zjištěno, že mezi nejčastější poruchy uvedlo 11 (23 %) respondentů zažívací potíže, dále okusování nehtů sdělilo 10 (20 %) respondentů, na třetím místě byly bolesti hlavy u 8 (17 %) respondentů, na čtvrtém místě byly tiky a úzkost u 5 (10 %) respondentů. Následovala koktavost u 4 (8 %) respondentů. Depresivní ladění a jiné příznaky uvedli 3 (6 %) respondenti.

Mezi jiné příznaky uvedli respondenti trhání a konzumaci vlasů a záchvaty vzteku.

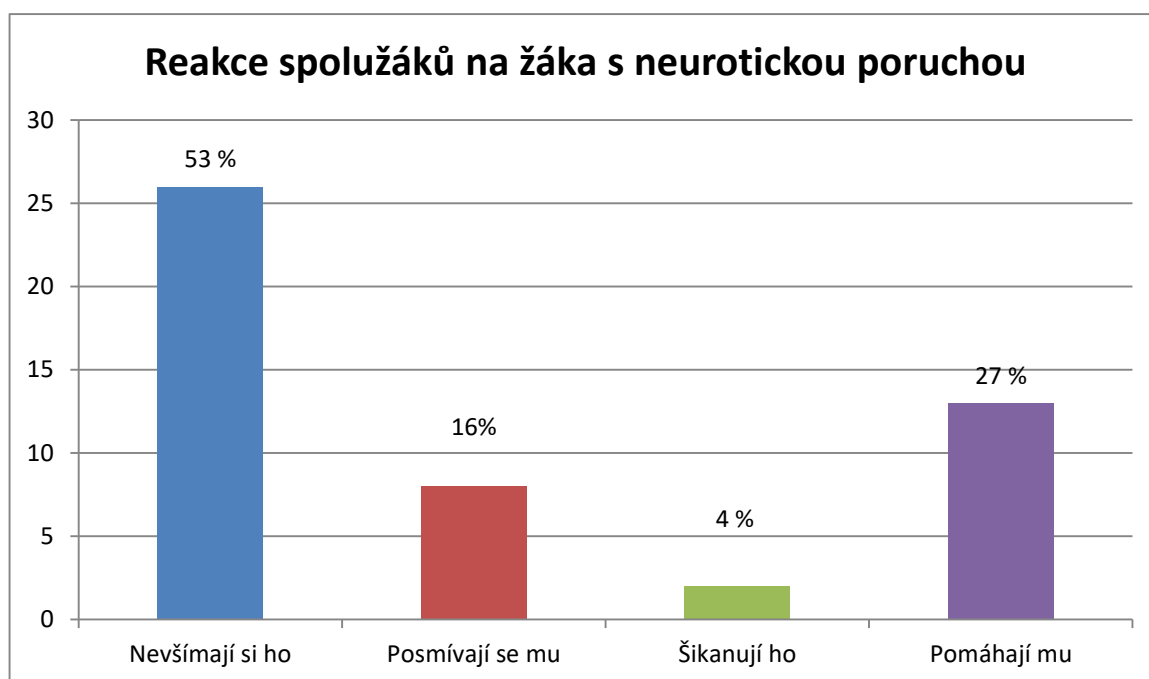
Otázka č. 6

Jak reagují žáci na spolužáka s neurotickou poruchou?

Tabulka 6 - Reakce spolužáků na žáka s neurotickou poruchou

Reakce spolužáků na žáka s neurotickou poruchou (x_i)	n_1	P_1
Nevšímají si ho	26	53 %
Posmívají se mu	8	16 %
Šikanují ho	2	4 %
Pomáhají mu	13	27 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 6 - Reakce spolužáků na žáka s neurotickou poruchou

Nejvíce respondentů 26 (53 %) odpovědělo, že žáci si spolužáka nevšímají, u 13 (27 %) respondentů ve třídě žáci spolužákovi pomáhají. Jen 8 (16 %) respondentů uvedlo, že se žáci spolužákovi posmívají. Pouze 2 (4 %) respondenti mají zkušenosti se šikanou žáka s neurotickou poruchou.

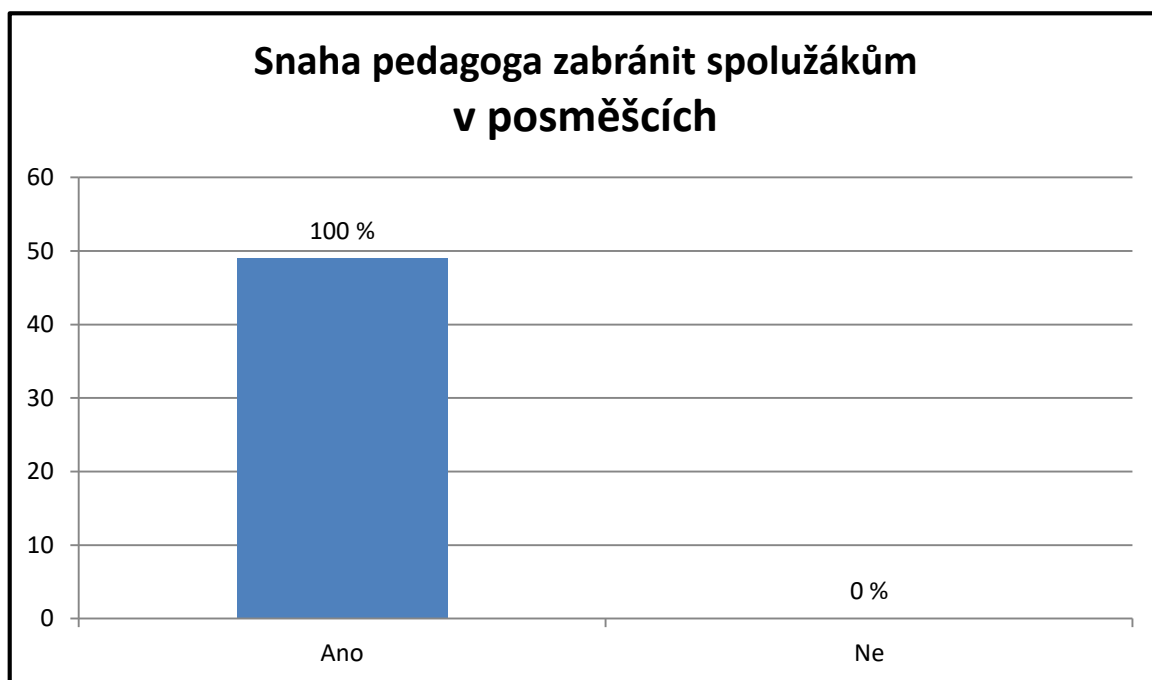
Položka č. 7

Pokud je dítě vystaveno posměškům svých spolužáků, snažíte se tomu nějak zabránit?

Tabulka 7 - Snaha pedagoga zabránit spolužákům v posměšcích

Snaha zabránit spolužákům v posměšcích (x_i)	n_i	P_i
Ano	49	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 7 - Snaha zabránit spolužákům v posměšcích

Na tuto otázku odpovědělo, dle očekávání, všech 49 (100 %) respondentů kladně.

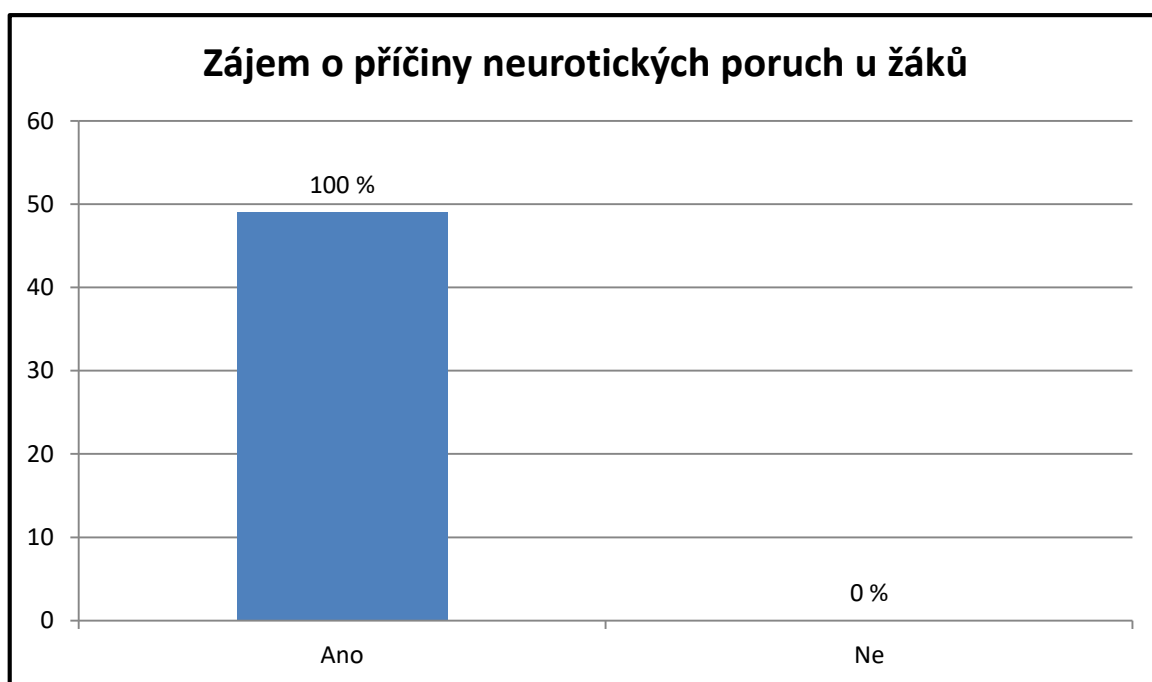
Položka č. 8

Zajímáte se o příčiny jejich neurotické poruchy?

Tabulka 8 - Zájem o příčiny neurotických poruch u žáků

Zájem o příčiny neurotických poruch u žáků (x_i)	n_1	P_1
Ano	49	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 8 - Zájem o příčiny neurotických poruch u žáků

Všichni respondenti 49 (100 %) shodně odpověděli, že se zajímají o příčiny neurotických poruch u žáků.

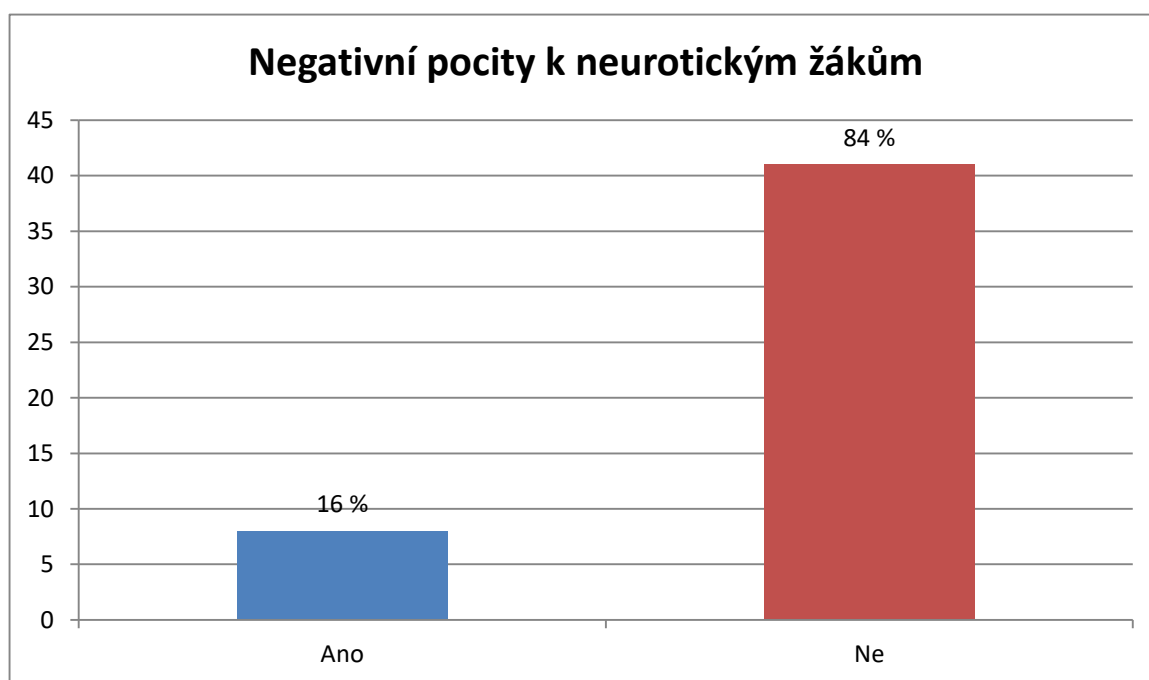
Otázka č. 9**Vyvolává ve Vás neurotický žák negativní pocity? Případně jaké?**

Tato otázka se skládá ze dvou částí. V první části se dotazují na negativní pocity a v druhé části měli respondenti blíže specifikovat, o jaké negativní pocity se jedná.

Tabulka 9 - Negativní pocity k neurotickým žákům

Negativní pocity k neurotickým žákům (x_i)	n_i	P_i
Ano	8	16 %
Ne	41	84 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat

**Graf 9 - Negativní pocity k neurotickým žákům**

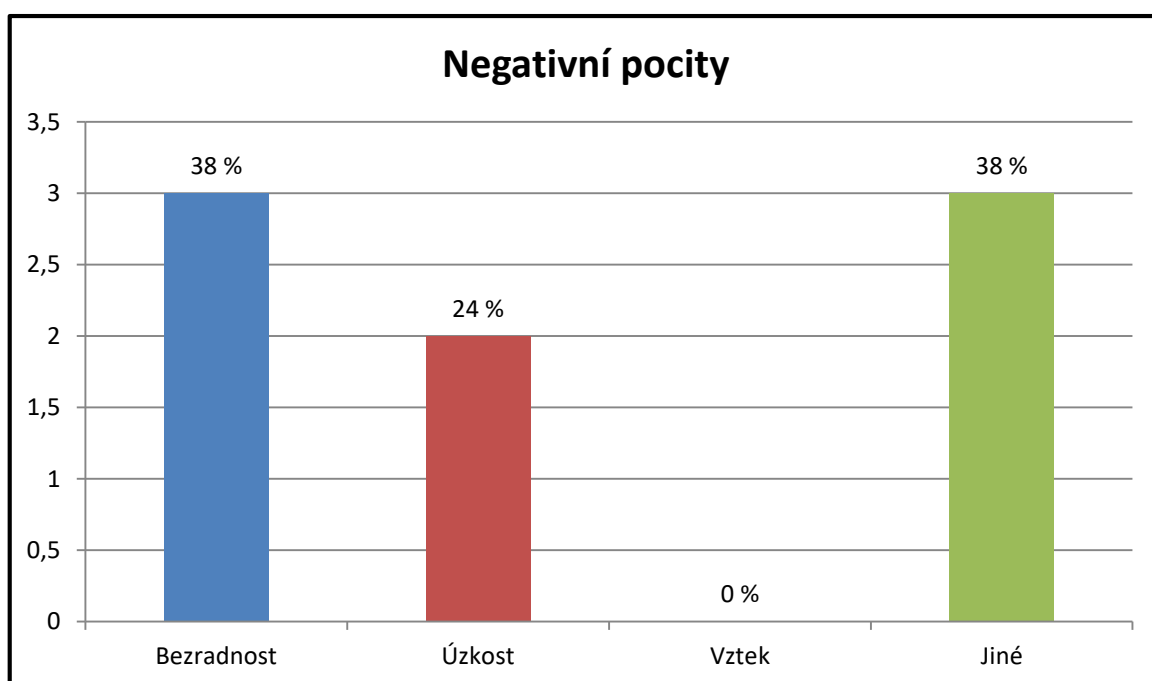
Negativní pocity vůči žákovi s neurotickou poruchou nemá 41 (84 %) respondentů. Naopak 8 (16 %) respondentů uvedlo, že v něm neurotický žák vyvolává negativní pocity.

Především bezradnost a jiné negativní pocity uvedli 3 (38 %) respondenti, úzkost pociťují 2 (24 %) respondenti. Mezi jiné negativní pocity zařadili respondenti smutek a lítost. Vztek nepociťuje žádný z respondentů. Viz tabulka a graf č. 10.

Tabulka 10 - Negativní pocity

Negativní pocity (x_i)	n_i	P_i
Bezradnost	3	38 %
Úzkost	2	24 %
Vztek	0	0 %
Jiné	3	38 %
Celkem	8	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 10 - Negativní pocity

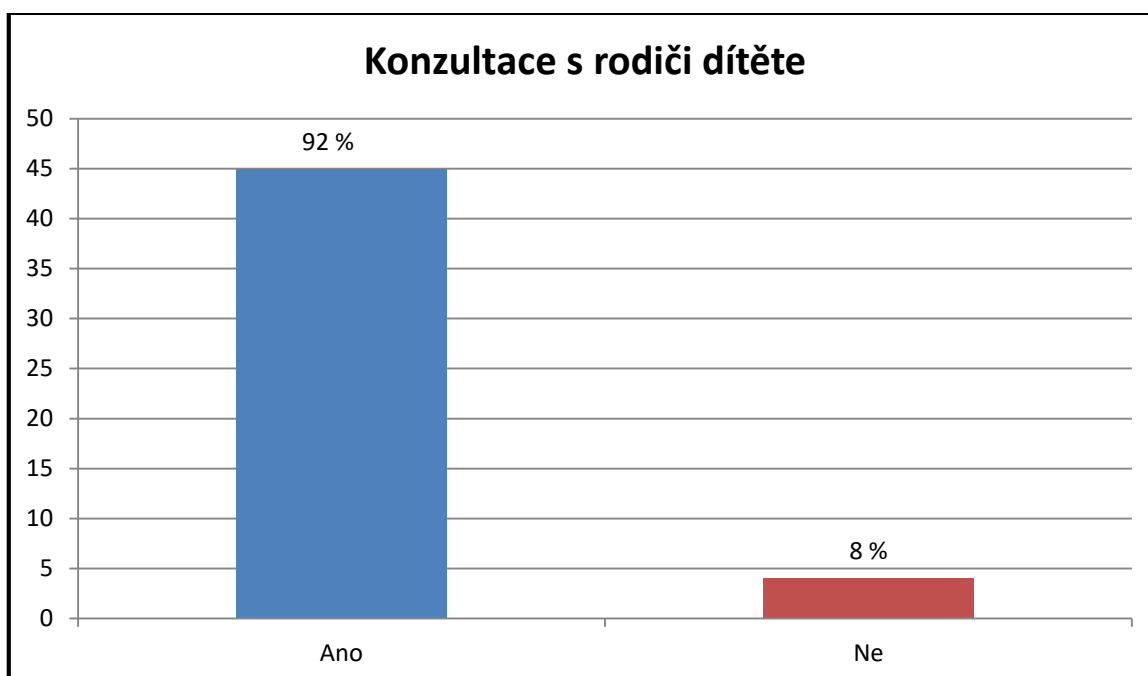
Otázka č. 10

Konzultujete s rodiči příznaky neurotické poruchy jejich dítěte?

Tabulka 11 - Konzultace s rodiči dítěte

Konzultace s rodiči dítěte (x_i)	n_i	P_i
Ano	45	92 %
Ne	4	8 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 11 - Konzultace s rodiči dítěte

S rodiči konzultuje neurotické poruchy žáků většina respondentů, tzn. 45 (92 %). Nekonzultují 4 (8 %) respondenti, což je v současném moderním školství velmi překvapující.

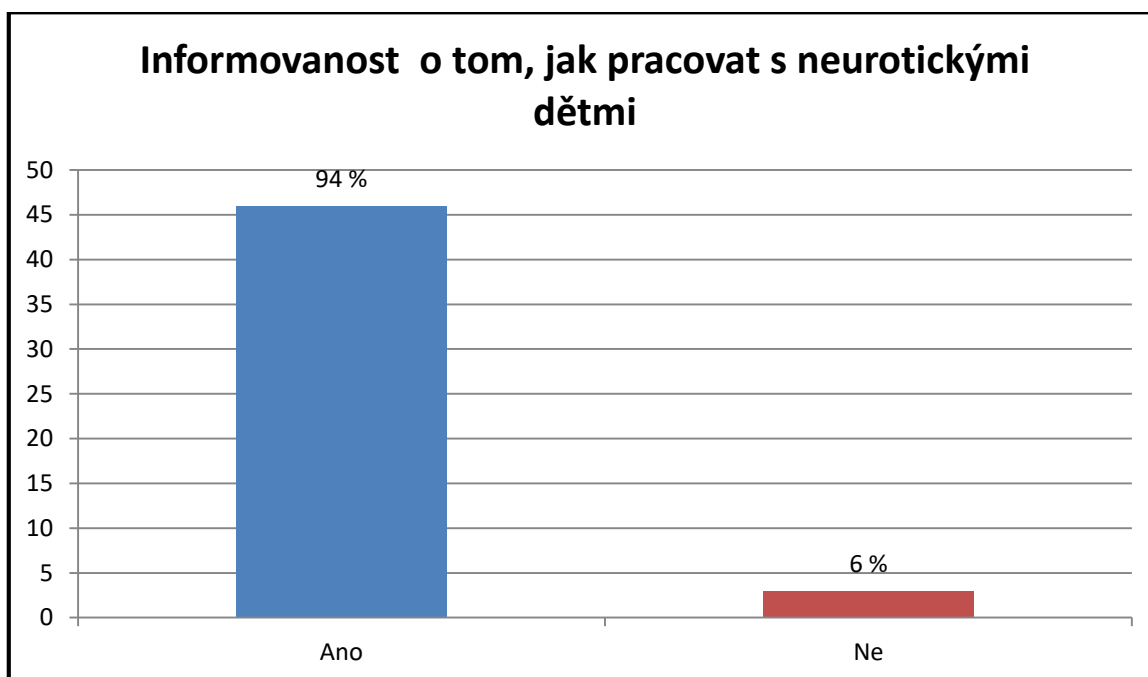
Otázka č. 11

Víte, jak s dětmi s neurotickými poruchami při vyučování i mimo vyučování pracovat?

Tabulka 12 - Informovanost o tom, jak pracovat s neurotickými dětmi

Informovanost o tom, jak pracovat s neurotickými dětmi (x_i)	n_i	P_i
Ano	46	94 %
Ne	3	6 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 12 - Informovanost o tom, jak pracovat s neurotickými dětmi

Většina dotazovaných, tj. 46 (94 %) respondentů uvedlo, že ví, jak pracovat s neurotickými dětmi a 3 (6 %) respondenti odpověděli záporně.

Důvodem by mohl být nedostatek informací k dané problematice.

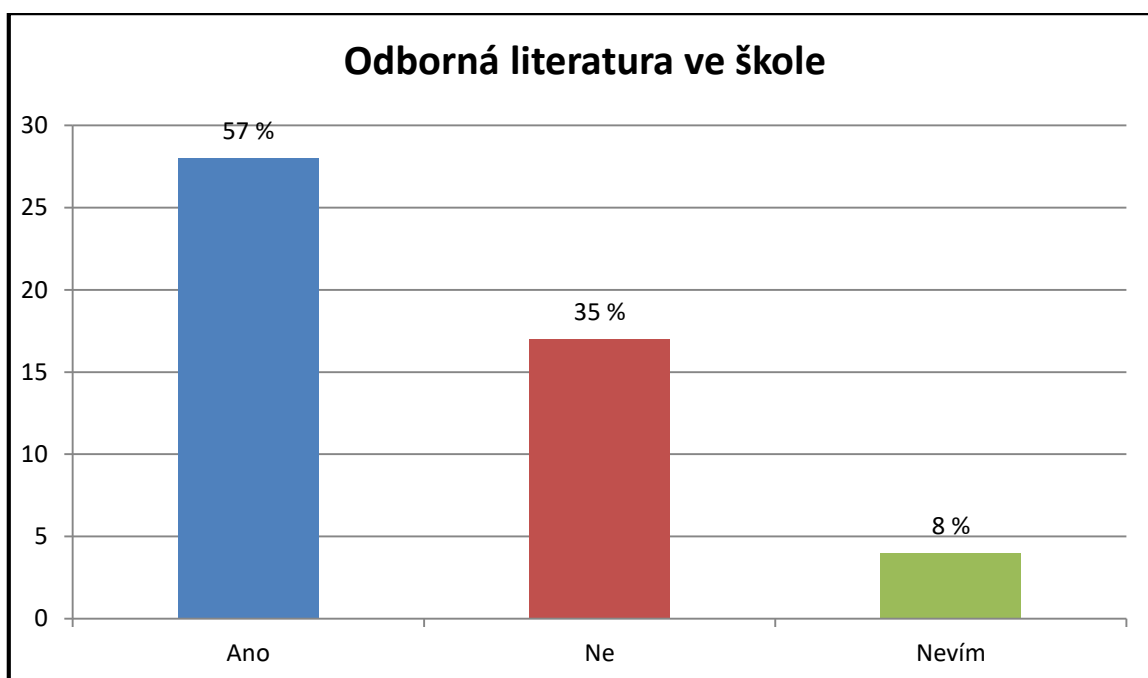
Otázka č. 12

Máte ve škole odbornou literaturu, která se zabývá neurotickými poruchami dětí?

Tabulka 13 - Odborná literatura ve škole

Odborná literatura ve škole (x_i)	n_i	P_i
Ano	28	57 %
Ne	17	35 %
Nevím	4	8 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 13 - Odborná literatura ve škole

Odbornou literaturu má ve škole 28 (57 %) respondentů a 17 (35 %) respondentů literaturu nemá. Pouze 4 (8 %) respondenti uvedli, že neví, zda se v jejich škole odborná literatura nachází. Vysvětlením by mohl být nedostatek zájmu o danou problematiku nebo naopak dostatek vlastní literatury.

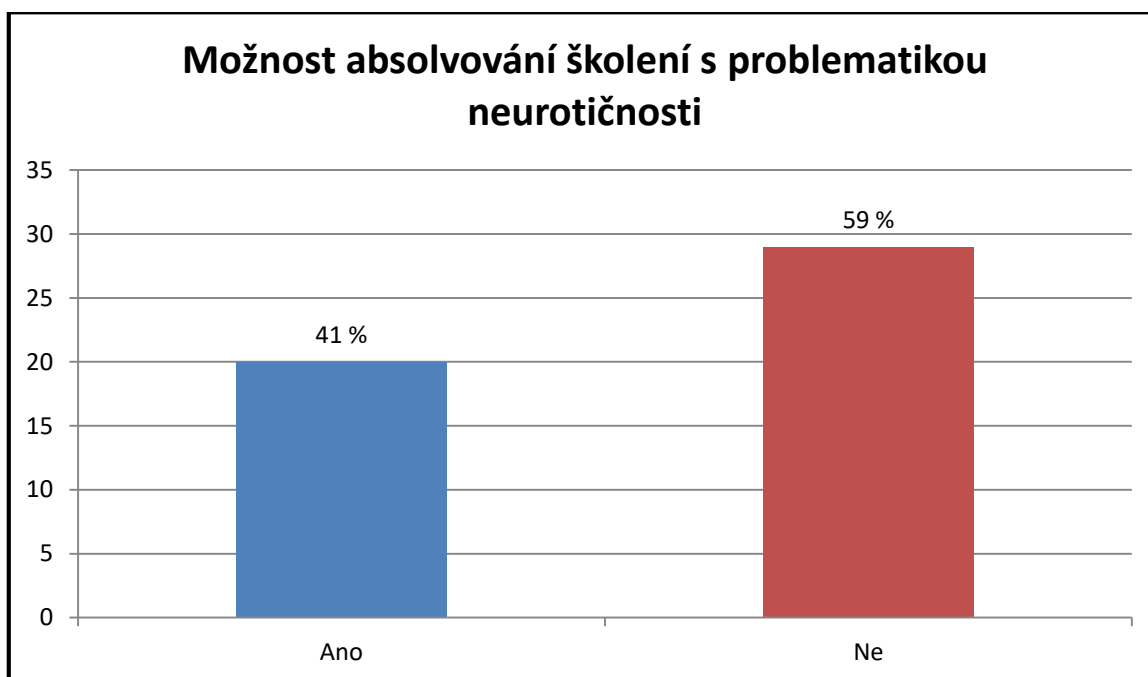
Otázka č. 13

Měl/a jste možnost absolvovat některé ze školení zabývajících se neurotickými poruchami dětí?

Tabulka 14 - Možnost absolvování školení s problematikou neurotičnosti

Možnost absolvování školení s problematikou neurotičnosti (x_i)	n_i	P_i
Ano	20	41 %
Ne	29	59 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat

**Graf 14** - Možnost absolvování školení s problematikou neurotičnosti

Možnost absolvovat školení zabývajících se neurotickými poruchami dětí mělo 20 (41 %) respondentů, zatímco 29 (59 %) respondentů uvedlo, že nemělo možnost žádným školením projít.

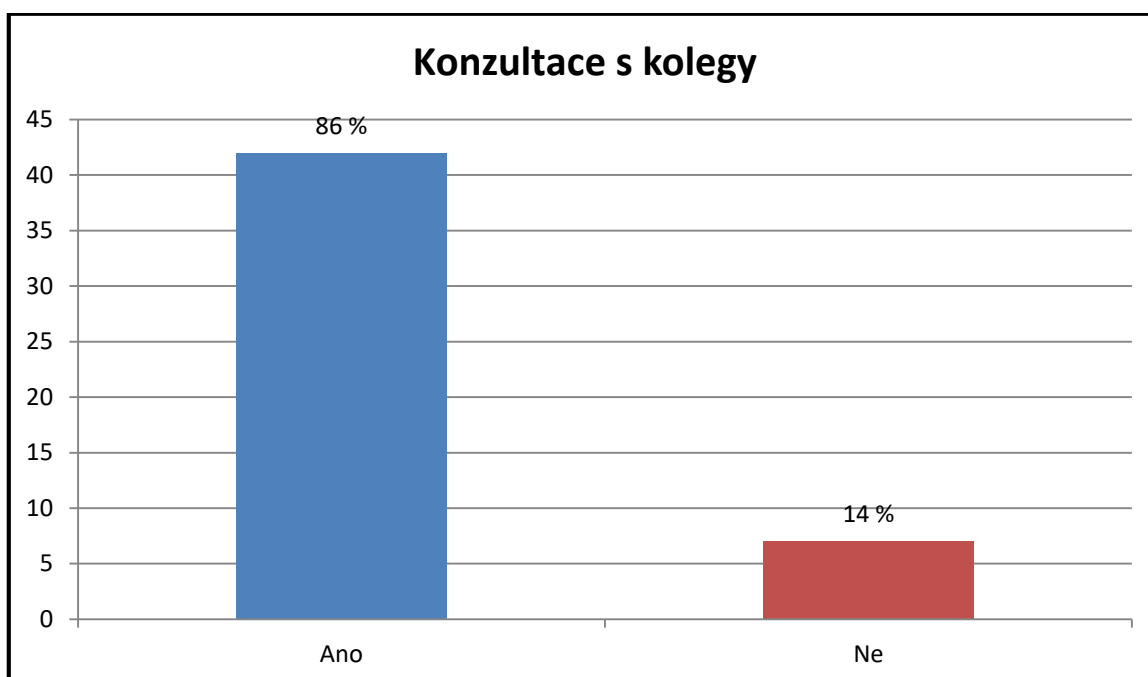
Otázka č. 14

Konzultuje s kolegy chování neurotických dětí při jejich hodinách?

Tabulka 15 - Konzultace s kolegy

Konzultace s kolegy (xi)	n ₁	P ₁
Ano	42	86 %
Ne	7	14 %
Celkem	49	100 %

Zdroj: vlastní analýza dat



Graf 15 - Konzultace s kolegy

S kolegy konzultuje chování neurotických žáků 42 (86 %) respondentů a 7 (14 %) respondentů bohužel tuto problematiku nekonzultuje.

7.4.1 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Výzkumná otázka č. 1

Kolik pedagogů má zkušenost s neurotickou poruchou u dětí?

- K této výzkumné otázce byly využity otázky č. 2, 3 z dotazníkového šetření.

Na základě šetření bylo zjištěno, že valná většina respondentů má za svoji praxi zkušenost se žákem s neurotickou poruchou (91 %) z toho 44 % respondentů má v současné době ve třídě žáka s neurotickou poruchou.

Výzkumná otázka č. 2

Jak se podle pedagogů projevuje dítě s neurotickou poruchou?

- K této výzkumné otázce byly využity otázky č. 4, 5 z dotazníkového šetření.

Podle respondentů trpělo nejvíce neurotických žáků zažívacími obtížemi (22 %). Dalším neurotickým projevem bylo okusování nehtů (20 %), bolesti hlavy a úzkost mělo 17 % žáků. Následovaly tiky (10 %), depresivní ladění (6 %), koktavost a jiné potíže (4 %). Mezi jiné potíže respondenti uvedli pomočování a přecitlivělost. Neurotická porucha ve školním prostředí se tedy projevuje převážně zažívacími potížemi.

Výzkumná otázka č. 3

Mají pedagogové negativní pocity z neurotických žáků, popřípadě jaké?

- K této výzkumné otázce byla využita otázka č. 9 z dotazníkového šetření.

Z výzkumu je patrné, že 84 % respondentů nemá negativní pocity vůči neurotickým žákům. Zbývajících 16 % naopak má negativní pocity, jako je bezradnost 38 %, úzkost 24 % a jiné 38 %, kam zařadili respondenti smutek, lítost a strach.

Výzkumná otázka č. 4

Do jaké míry jsou pedagogové informováni o neurotických poruchách?

- K této výzkumné otázce byly využity otázky č. 8, 10, 11, 12, 13 z dotazníkového šetření.

Výzkumem bylo prokázáno, že o příčiny neurotických poruch se zajímá 100 % respondentů. Jak pracovat s dětmi s neurotickou poruchou ví 94 % respondentů a 57 % má k dispozici odbornou literaturu. Bylo velkým překvapením, že 35 % pedagogů nemá ve škole odbornou literaturu a pouze 41 % mělo možnost absolvovat odborné školení.

Vzhledem k relativně velkému počtu neurotických dětí ve školách by školy měly pedagogy podporovat ve vzdělávání a umožnit jim absolvovat potřebná školení. Rovněž by měly zajistit odbornou literaturu.

S rodiči konzultuje potíže dětí 92 % respondentů a pouze 8 % nekonzultuje. Kontakt s rodiči je důležitý z toho důvodu, že pedagogové potřebují od rodičů zpětnou vazbu a rovněž doplňující informace k chování dítěte.

Výzkumná otázka č. 5

Jak berou podle pedagogů spolužáci dítě s neurotickou poruchou?

- K této výzkumné otázce byly využity otázky č. 6, 7, 14 z dotazníkového šetření.

Spolužáci reagují ve třídě na žáka s neurotickou poruchou tak, že si ho nevšímají (53 %) a 27 % procent žákovi pomáhá. Přesto se najdou žáci, kteří se mu posmívají (8 %) nebo ho dokonce šikanují (2 %). Všichni dotazovaní pedagogové se snaží tomuto negativnímu chování zabránit a 86 % respondentů konzultuje s kolegy chování neurotických žáků.

Výzkumná otázka č. 6

Zvyšují se vědomosti a zkušenosti pedagogů o neuroticismu u dětí mladšího školního věku s rostoucí délkou praxe?

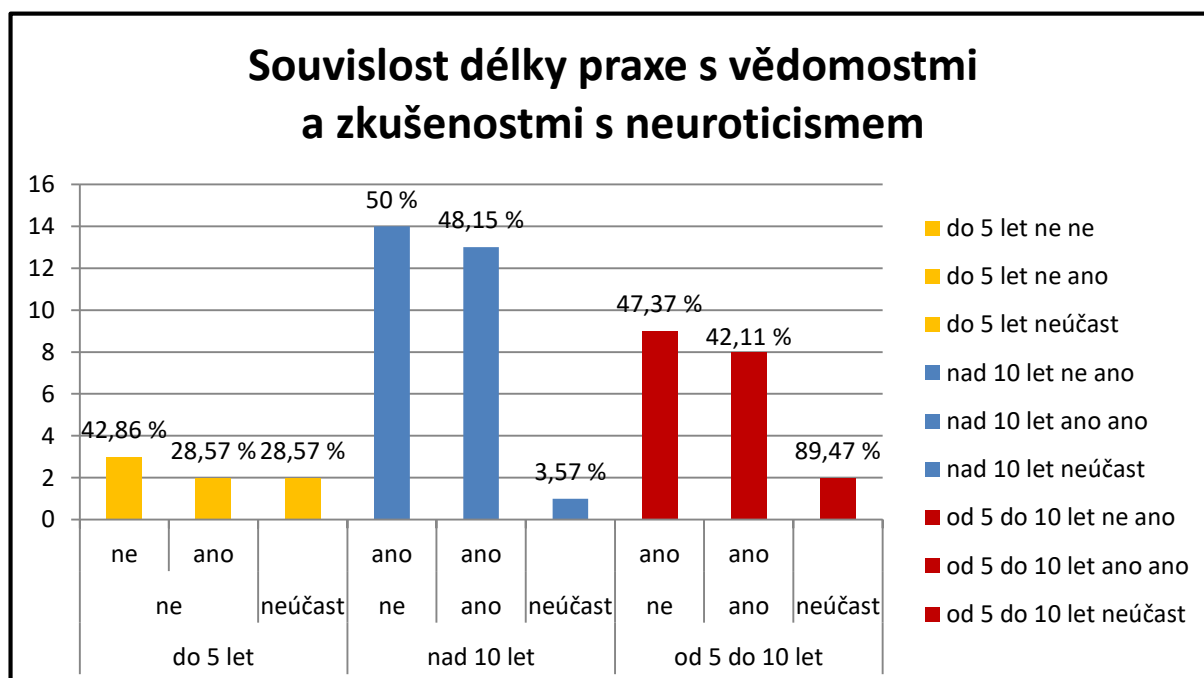
- K této výzkumné otázce byly využity otázky č. 2, 11, 13 z dotazníkového šetření.

K vyhodnocení 6. výzkumné otázky byla využita kontingenční tabulka a do vztahu byly použity otázky č. 1, 11 a 13. Otázka číslo jedna se zabývala délkou praxe respondentů. Otázkou č. 11 byli respondenti dotazováni, zda ví, jak pracovat s dětmi s neurotickou poruchou a v otázce č. 13 zda měli respondenti možnost absolvovat školení. Z 54 respondentů se nezúčastnilo 5 dotázaných, protože se ve svojí praxi s neurotickou poruchou nesetkali.

Tabulka 16 - Souvislost délky praxe s vědomostmi a zkušenostmi s neuroticismem

Popisky řádků	Souvislost délky praxe s vědomostmi a zkušenostmi s neuroticismem
do 5 let	7
ne	5
ne	3
ano	2
neúčast	2
nad 10 let	28
ne	14
ano	14
ano	13
ano	13
neúčast	1
od 5 do 10 let	19
ne	9
ano	9
ano	8
ano	8
neúčast	2
Celkový součet	54

Zdroj: vlastní analýza dat

**Graf 16** - Souvislost délky učitelské praxe s vědomostmi a zkušenostmi s neuroticismem

Ve výzkumu odpovídalo 7 respondentů s praxí do pěti let. Z toho 5 (71,43 %) respondentů nemělo možnost absolvovat školení, přesto 2 (28,57 %) respondenti vědí, jak pracovat s neurotickými dětmi a 3 (42,86 %) respondenti nevědí. Dva respondenti (28,57 %) se nezúčastnili našeho výzkumu, protože se s neurotickým dítětem doposud neseťkali.

Respondentů s praxí pět až deset let odpovídalo 19. Z toho 9 (47,37 %) respondentů nemělo možnost zúčastnit se školení a 8 (42,11 %) respondentů absolvovalo školení, přesto všech 17 (89,47 %) respondentů ví, jak pracovat s neurotickým dítětem. Dva respondenti (10,53 %) se nezúčastnili našeho výzkumu, protože se s neurotickým dítětem doposud neseťkali.

Ve výzkumu odpovídalo 28 respondentů s praxí nad deset let. Jeden respondent (3,57 %) se nezúčastnil, protože se s neurotickým dítětem ve své praxi neseťkal. Respondentů, kteří neměli možnost absolvovat školení, bylo 14 (50 %). Školení se zúčastnilo 13 (46,43 %) respondentů a všech 27 (96,42 %) odpovídajících respondentů ví, jak pracovat s neurotickým dítětem.

Z výzkumu vyplývá, že vzrůstající délka pedagogické praxe má vliv na zvyšující se vědomosti a zkušenosti s neurotičností dětí mladšího školního věku.

8 KAZUISTIKY

„V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.“ (Hendl, 2005, s. 104)

Následující kazuistiky neboli případové studie popisují děti s různými neurotickými poruchami a z odlišného sociálního prostředí. Zákonní zástupci dětí souhlasili s použitím rozhovorů a údajů do diplomové práce a byli obeznámeni se změnou osobních dat.

8.1 KAZUISTIKA Č. 1

ÚVOD

Michal 10 let, nar. 2011. Navštěvuje 3. třídu ZŠ. Vyrůstá v pěstounské rodině, kam se dostal ve věku 2 let a 8 měsíců. Do té doby byl v dětském domově, kam byl umístěn ve 14 měsících po odebrání biologickým rodičům, kteří ho prokazatelně týrali. Jeho současná pěstounská rodina je úplná a má dva starší sourozence. Již v mateřské škole u něj byly pozorovány obtíže s adaptací v dětském kolektivu, psychomotorický neklid, neochota spolupracovat a agresivita vůči dětem, nerespektování autorit, obtíže s dodržováním hygienických a provozních pravidel. Vystřídal postupně 3 mateřské školy.

Michalova matka je Češka, otec je vietnamského původu a není zapsán v rodném listě. Michal má krátké černé vlasy, kulatý obličej a je sportovní postavy.

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA

Michalovi bylo v pedagogicko-psychologické poradně diagnostikováno ADHD s poruchou chování a opoziční chování vůči autoritám. Dochází k pedopsychiatrovi, který u chlapce zjistil symptomy neurotické poruchy.

Michal má poruchu attachmentu, poruchu adaptace – nerespektuje pravidla a autoritu učitele. Chlapec je impulzivní, emočně nestabilní, motorický neklidný, má poruchu pozornosti. V jeho projevech jsou samovolné pohyby dolních a horních končetin (podupávání, ťukání prsty). Byla mu diagnostikována insomnie-noční děsy a problémy s usínáním. Kromě neurotičnosti mu byly diagnostikovány znaky citové deprivace.

POZOROVÁNÍ DÍTĚTE

Chlapec je spontánní, pohotový, rychle se dostavuje únava. Je u něj patrný psychomotorický neklid, který se projevuje vstáváním z místa a stupňuje se s postupující únavou. Je impulzivní a emočně nestabilní – časté výbuchy vzteku, kope do věcí... Koncentrace pozornosti je oslabená. Řeč je bez nápadnosti, slabší slovní zásoba.

Ve třídě ruší výklad učitelky, mluví nahlas, během hodiny vstává z místa a chodí k dětem, které pracují, začne si s nimi povídat. Nečeká na jejich odpověď a pokračuje v chůzi po třídě. Michal sedí vzadu v poslední lavici u okna a po vystřídání několika spolužáků s ním v současné době sedí spolužačka Jana, kterou má rád. Jeho asistentka je mu nápomocna.

Na Michalovi se podepsalo týrání v raném dětství a následný pobyt v dětském domově, kde neměl individuální péči a nebyl k nikomu citově „přimknutý“. Neumí navazovat kamarádství, ani se začlenit do kolektivu. K cizím lidem a neznámým místům je nedůvěřivý, má strach. Při návštěvě městské knihovny, při výkladu paní knihovnice, se schoval v odpočinkovém koutku do polštářů, aby nebyl vidět. Do konce akce s ním zůstala paní asistentka a byl ponechán v klidu.

Nechce si připravovat na vyučování. Je velmi rychlý a svoji práci mnohdy ukončí dřív, než učitelka stihne vysvětlit zadání. Zlobí se, že nemá výrobek správně, po upozornění odmítá svou chybu napravit. Je velmi nesoustředěný a nejistý. Nevěří si a nechce zažít pocit neúspěchu. V hodinách čtení často listuje a je na jiné stránce, než kde pracují ostatní. Špatně se orientuje v textu a v úkolech.

V matematice je velmi šikovný. Odmítá dělat učitelkou řízené úkoly a raději začne pracovat na jiné stránce. Je nutné ho vracet, aby splnil i příklady, které vynechal. Při čtení mu asistentka musí zakrýt text pro lepší orientaci a soustředění. Při psaní do písanky přeskakuje řádky. Vzhledem ke své diagnóze má napsat pouze jedno slovo podle předlohy. Ostatní děti píšou slova dvě. Největším problémem jsou pro něj diktáty. Nerad je píše, a pokud nemá dobrou náladu, gumuje tak, až sešit protrhne. Na upozornění asistentky nereaguje. Někdy mu tento výlev vzteku stačí a dokáže se uklidnit. V hodině je schopen tleskat, ťukat perem do stolu. Jindy pokračuje kopáním do tašky nebo hlasitým nadáváním. S asistentkou odchází na chodbu, kde se prochází a má čas se uklidnit. Pokud se ho snaží někdo zklidnit v době jeho emočního záchvatu, reaguje negací a přidává na síle a křičí. Někdy tluče hlavou do stěny.

Nemá rád, když ho někdo z dětí napomíná. Děti jsou poučeny, aby Michalovi řekly, když se jim něco nelíbí. Michal začátkem školního roku chodil kolem dětí, bral jim věci z lavice a házel je na zem. Teď už to nedělá, zapůsobilo časté domlouvání ze strany asistentky.

Když se špatně vyspí a je unavený, je v negaci proti sobě - hlásí špatné známky, přestože dostal jedničky. Odsekává, provokuje a při dotazu na to, kdo chybí, nahlásí sebe.

Pokud je chlapec nesoustředěný a neplní si svoje úkoly, musí vše dodělat doma. Paní učitelka s asistentkou píše Michalovi do notýsku, jak proběhl den. Maminka podle informací ze školy nastaví odměny nebo trest. Trestem je zákaz počítače.

Po nasazení medikace na konci druhé třídy dochází k velkému zlepšení, jak v navazování vztahů ve třídě se spolužáky, tak v jeho soustředění a práci. Chodí si povídat s dětmi, má velmi rád sousedku v lavici a nelibě nese, když za ní někdo přijde. Jen se mračí, nevyvolává spory jako začátkem roku, kdy děti schválně provokoval a chtěl, aby mu ublížily. Pořád převládá strach z neznámého prostředí a jeho nízké sebevědomí je potřeba postupně posilovat.

ROZHOVOR S DÍTĚTEM

S Michalem jsme si začali povídat o škole a kamarádech. Náš rozhovor probíhal spontánně a za pochodování Michala po třídě. Nevydrží sedět a nemá rád, pokud ho někdo nutí sedět a odpovídat na otázky. Sdělila jsem mu, proč se ho ptám a že si jeho odpovědi napíšu. Ujistil se, že to není na známky. Témata otázek jsem volila, aby mu byla blízká a abych ho neuvedla do stresové situace. V době našeho rozhovoru byl velmi nervózní a ze začátku mi odpovídal jen slovem ne. Až když jsem si s ním chvíli povídala, uvolnil se a odpovídal celou větou. Maminka mi následně sdělila, že v době rozhovoru se Michal těšil k tetě, kterou má moc rád, a proto byl velmi nervózní.

Moje otázky se týkaly témat:

- škola a předměty,
- kamarádi,
- vztah k paní učitelce,
- co dělá nejraději.

Jeho odpovědi byly spontánní a stručné. Dlouho se nerozmýšlel, často odbíhal od tématu a začal mi vyprávět, co ho právě zaujalo.

Ohledně školy mi sdělil, že do ní chodí, protože musí. Není v ní rád. Podle jeho slov by byl raději doma. Přesto jsem zaznamenala zmínku o matematice, která byla aspoň trochu pozitivní. Tělocvik je pro něj naprosto nezajímavý.

Se spolužáky se nekamarádí, má rád jen Janu. Pak vyjmenoval ještě dva kluky Radima a Eliáše. Víc vychází s dívkami, s chlapci dochází ke konfliktům.

Paní učitelka je podle něj hodná a vyrozuměla jsem, že ji má rád.

Baví ho pomáhat mamince krmit zvířátka. Má rád svoje psy, a hlavně si hraje s kočkou, které říká Grázl. Rád hraje počítačové hry a přiznal, že je má pouze, když je hodný.

Náš rozhovor proběhl rychle. Michal se moc nesoustředil, přesto se mi podařilo zjistit aspoň pár odpovědí.

PŘÍČINY VZNIKU ONEMOCNĚNÍ

Michal nevyrostal v úplné rodině. Matka je alkoholička. Byl jí soudně odebrán a má s ním zákaz styku. Průběh jejího těhotenství a porodu mi není znám. Chlapec byl fyzicky i psychicky týrán. Nedostalo se mu láskyplné péče. Poté byl umístěn do dětského domova, kde citově strádal. V raném věku došlo k psychické újmě, kdy nebyly uspokojeny jeho sociální a biologické potřeby.

VÝCHOVNÝ A TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP

Michal má ve škole i v pěstounské rodině stanovená jasná pravidla. Jejich dodržováním je mu umožněno mít pevný řád a určité jistoty, které ke svému vývoji potřebuje. Je nutná úzká spolupráce rodiny a školy. I nadále by měl ve škole pracovat dle individuálního plánu za podpory asistenta. Je třeba pomáhat mu v navazování kamarádských vztahů, vést ho ke zklidnění relaxací a komunikovat s ním v klidu, informace mu opakovat. Je důležité pokračovat v návštěvách psychologa.

PROGNÓZA

Michal je ve své pěstounské rodině šťastný. Dostává lásku a učí se ji opětovat. Dříve nebyl schopen nechat se obejmout. Dnes chodí k pěstounské mamince pro pomazlení sám. Celé dva roky po příchodu do rodiny Michal neustále křičel ze spaní. Teď má svůj pokojíček a spí celou noc. S rodinou jezdí na dovolené a výlety. I ve škole došlo ke zlepšení. Jen je potřeba mu neustále pomáhat a mít s ním velkou trpělivost. Pokroky jsou a je šance, že se jeho chování vylepší natolik, že jednou nebude na své rodině úplně závislý.

8.2 KAZUISTIKA Č. 2

ÚVOD

Janě je 8 let a navštěvuje druhou třídu ZŠ. Má jednu sestru (10 let), která chodí do pátého ročníku stejné školy a mladšího bratra (5 let), který je ještě v mateřské školce. Vyrůstá v úplné rodině a žije společně v rodinném domě. Maminka pracuje jako prodavačka a tatínek pracuje jako obchodní zástupce. Děti tráví s rodiči hodně času, jezdí na společné výlety a mají spolu hezké vztahy.

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA

Těhotenství proběhlo bez komplikací a porod byl přirozenou cestou. Psychomotorický vývoj odpovídal přiměřeně věku. Okolo třetí roku přestala Jana mluvit. A to jak s cizími lidmi, tak i s vlastní rodinou. Předtím nebyly žádné problémy a rovněž vývoj řeči probíhal normálně. Vše začalo po úmrtí matčina bratra. Po této události začala Janička komunikovat pouze neverbálně. Rodiče nejprve pokládali tento stav za přechodný a s lékaři jej neřešili. Doufali, že tento problém odezní s nástupem do mateřské školky. Mezitím se narodil mladší bratr a došlo posunu, kdy Jana začala komunikovat alespoň s maminkou. Rodiče ani tehdy nezačali problém řešit s pomocí odborníků. S nástupem do mateřské školy, po třetím roce, Janička začala komunikovat s dětmi, ale pouze pokud nebyl v dohledu žádný dospělý. Jejím dalším pokrokem bylo, že začala komunikovat s tatínkem a sourozenci.

Jana po celou dobu docházky do mateřské školy nebyla na žádném vyšetření. Až po nástupu do první třídy rodiče navštívili na žádost paní učitelky psychologickou poradnu. Tam byl dívce diagnostikován selektivní mutismus a navrhována dlouhodobá psychoterapie. Medikace v tomto případě nebyla nasazena. Psycholog doporučil rovněž rodinnou terapii.

Na základní školu nastoupila Jana v řádném termínu, aniž by rodiče požádali o odklad. V první třídě začala komunikovat s dětmi a našla si kamarády, stále však odmítala komunikovat s dospělým.

POZOROVÁNÍ DÍTĚTE

Jana je drobné postavy, má dlouhé hnědé vlasy. Na první pohled působí zakřiknutě a drží se spíše stranou od kolektivu. Když má u sebe kamarádku, je upovídaná a veselá. Pokud ji osloví dospělí, skloní hlavu a dívá se do země. Sedí ve třetí lavici u okna se svojí kamarádkou. Při hodině je pracovitá a plní všechny zadané úkoly. Je chytrá, bystrá

a jediné, co ji omezuje, je její porucha. Pro komunikaci používá paní učitelka písemnou formu. Pokud od Jany něco chce, řekne jí to a ona to napíše na papír. Ústní zkoušení není možné. Dorozumívání znesnadňují spolužáci, kteří mluví místo ní v situaci, kdy je vyzvána suplujícím učitelem, aby něco řekla. Psycholog navrhl, aby paní učitelka používala pro komunikaci s dívkou maňásky, ke kterým bude Jana mluvit, a používat je jako prostředníky. Tato metoda se u Jany neujala a nevedla ke zlepšení situace. Osvědčilo se, že za Janu mluvila její spolužačka, které šeptala svoje odpovědi. Čtení z čítanky tatínek doma nahrával a posílal paní učitelce. Jediný případ, kdy Jana promluvila nahlas, byl při hudební výchově, pokud zpívala celá třída, zpívala i ona.

PROGNÓZA

U Jany došlo k výraznému zlepšení v době koronavirové pandemie, kdy probíhalo distanční vyučování. Po několika týdnech začala komunikovat se svojí paní učitelkou online. Avšak pouze bez přítomnosti kamery. Jana se sama hlásila, odpovídala na otázky a aktivně se účastnila výuky. Komunikace pokračuje i po návratu k prezenční výuce. Jana je schopna mluvit se svojí třídní učitelkou a učitelkou angličtiny. Ve třídě odpovídá na otázky, ale zatím sama nepřijde vyprávět svoje zážitky jako jiné děti. K ostatním dospělým je stále nedůvěřivá a nemluví s nimi. Z tohoto důvodu s ní nebylo možné udělat rozhovor.

V případě Jany je velká šance, že postupem času porucha zcela vymizí a že bude schopna normální komunikace se svým okolím. Stále dochází do psychologické poradny.

8.3 KAZUISTIKA Č. 3

ÚVOD

Katce je čtrnáct let, chodí do osmého ročníku základní školy. Bydlí s matkou a mladším bratrem (10 let). Rodiče se rozvedli, když bylo Katce devět. Katka rozvod poměrně špatně nesla a začala mít problémy ve škole, došlo i na záškoláctví. Objevily se u ní depresivní stavy. Kolem 10. roku nastaly u Katky potíže s příjmem potravy, což časem vyústilo v diagnózu mentální anorexie. Katka přerušila na rok školní docházku a podstoupila dlouhodobou psychoterapeutickou léčbu. Nyní je Katka ve fázi, kdy opět začala chodit do školy, ale stále přetrvávají potíže se vztahem k jídlu a je nutný dohled lékaře i psychiatra.

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA

Těhotenství matky proběhlo bez potíží, porod přirozenou cestou bez komplikací. Vývoj v raném věku byl v normě, Katka byla v některých oblastech spíše dopředu, brzo se naučila chodit i mluvit. V mateřské školce ani na začátku školní docházky se u ní nevyskytly žádné zdravotní problémy. K obratu došlo po rozvodu rodičů, kdy začala trpět psychickými potížemi. Katka nedokázala přijmout, že otec si našel jinou ženu a odešel od rodiny, začala trpět depresemi nebo úzkostmi a insomnií. Ve škole se jí rapidně zhoršil prospěch, přestala mít zájem o učení. Odmítala chodit do školy, trpěla bolestmi břicha a hlavy. Objevilo se u ní záškoláctví. Matka s ní začala navštěvovat psychologa a později soukromou psychoterapeutku, kam pravidelně docházely. Časem došlo ke zlepšení a Katka mohla ukončit terapii a vrátit se k běžnému životu.

Ve věku kolem jedenácti let Katka začala mít opět problémy s příjmem potravy. Ve škole přestala chodit na obědy, doma omítala vše, co matka uvařila. Začala se pravidelně vážit a počítat kalorie, neustále studovala články o dietách a hubnutí. Při rozhovorech s matkou tvrdila, že má nadváhu, a že potřebuje zhubnout. Tento pocit byl přitom neadekvátní, protože Katka byla vždy hubené postavy a s váhou nikdy problém neměla. Matka se obrátila na Katčinu psychoterapeutku, která navrhla znovu zahájit společná pravidelná setkání. Katka však tentokrát jakoukoliv terapii odmítala, tvrdila, že s příjmem potravy problémy nemá. Vše došlo až do stadia, kdy Katka za den snědla jeden bílý jogurt a kousek jablka. To se podepsalo na jejím tělesném stavu natolik, že byla stále unavená, trpěla nespavostí, byla plačtivá, odmítala komunikovat. Zhubla až na kritickou váhu 30 kg. Po poradě s dětskou lékařkou matka Katku (i přes její protesty) odvezla do nemocnice, kde byla komplexně vyšetřena, byla jí podána enterální výživa, nasazena

režimová dietní opatření a postupně došlo k úpravě stavu. Poté byla převezena do psychiatrické léčebny, kde na uzavřeném oddělení absolvovala tříměsíční pobyt. Zde probíhala skupinová i individuální terapie, fyzioterapie, relaxační techniky, arteterapie a podpůrná farmakoterapie. Katka se po absolvování léčby vrátila domů a její stav se stabilizoval, začala opět jíst a byla schopna se vrátit do školy. Stále docházela na psychoterapii. Ke zhoršení stavu došlo v době, kdy si matka našla nového přítele. Katka opět začala trpět nechutenstvím a došlo k úbytku váhy. Nebyla však nutná hospitalizace a postačila ambulantní léčba.

Období relativní pohody a klidu střídá období úzkostí, smutku a plačivosti, kdy Katka vykazuje tendence k hladovění a odmítání jídla. Je pod stálým dohledem dětské lékařky, psychiatra a dochází na psychoterapii.

ROZHOVOR S DÍTĚTEM

Katka je pohledná dívka vysoké postavy, má dlouhé světlé vlasy a modré oči. Při setkání mluví většinou sebejistě, občas se zahledí do země a trvá jí dlouho, než odpoví. Působí na mě velmi citlivě a empaticky. Rozhovor trval asi dvě hodiny a ke konci se k nám připojila Katčina matka, která poskytla doplňující informace ohledně Katčiny terapie a zdravotního stavu. S Katkou má hezký vztah, obě jsou si velmi podobné jak vzhledem, ale zdá se i povahově. Katčina matka je pro dceru ochotná udělat cokoliv, jejím cílem je to, aby Katka všechny své problémy překonala a mohla žít v budoucnu spokojený a samostatný život.

Katky jsem se nejdříve ptala na její dětství a rodinu, přičemž nejvíce času nám zabralo téma rozvodu rodičů, se kterým se Katka stále ještě zcela nevyrovnala. S otcem se sice stýká, ale pouze jednou měsíčně a jen tehdy, pokud není přítomna jeho nová manželka, se kterou odmítá jakýkoliv kontakt a bere ji jako příčinu rozvodu. Dětství Katka považuje jinak za šťastné, měla spoustu kamarádek a již od školky byla mezi dětmi velmi oblíbená. S mladším bratrem má dobrý vztah, Katka se o něj od jeho narození ráda starala. Bratr jí má velmi rád a těžce nese její současné potíže. Pro Katku je její bratr jedním z hlavních důvodů, proč se chce dát znovu do pořádku a vyléčit se. Matka je pro Katku nejdůležitější člověk v životě, někdo, kdo jí vždy podal pomocnou ruku a nenechal ji padnout až na úplné dno, přestože Katka se k ní nechovala vždy nejlépe a často její pomoc odmítala.

Na základní školu Katka vzpomíná se smíšenými pocity. Nejprve chodila do školy ráda, zejména kvůli spolužákům a hodné paní učitelce, ale poté, co se u ní začaly objevovat

následkem rozvodu psychické potíže, škola se jí zprotivila a začala ji brát jako něco, co musí absolvovat z povinnosti, ale bez radosti a motivace k úspěchu. Katka vypráví, jaký problém jí dělalo samotné vstávání z postele a příprava do školy. Vše jí připadalo zbytečné, neměla náladu ani na své spolužáky, se kterými si dřív rozuměla. Kamarádky se s ní časem přestaly bavit, protože jakoukoliv jejich snahu o kontakt Katka vytrvale odmítala, raději se stáhla do své ulity a s nikým nekomunikovala.

Při otázce, kdy Katka začala přemýšlet o tom, že je podle svého názoru tlustá a že chce zhubnout, Katka odpovídá, že chtěla být dokonalá, možná doufala, že ji díky tomu budou mít rodiče více rádi a dají se třeba znovu dohromady. Nejprve své úzkosti řešila přejídáním a nadměrnou konzumací sladkého. Pak se začala bát, že ztloustne, nikomu se nebude líbit a nikdo ji kvůli tomu nebude mít rád. Tento postoj si v sobě upevnila natolik, že začala pátrat po různých dietách a možnostech, jak rychle zhubnout. Vážila se několikrát denně a svoji váhu si zapisovala spolu s přijatými kaloriemi. Stále jí však připadalo, že váží moc a že musí jíst méně a méně, aby shodila co nejdříve za co nejkratší dobu. Časem se dostala do fáze, kdy se rozhodla, že přestane jíst úplně. V tomto stavu ji matka nechtěla nechat, a tak se jí snažila po dobrém i po zlém dostat k lékaři.

Katka nechtěla o něčem takovém slyšet, zdálo se jí, že okolí její stav zveličuje a že je schopna si se vším poradit sama. Následkem podvýživy začala mít zanedlouho fyzické potíže, trpěla bolestmi žaludku, bolestmi kloubů, vypadáváním vlasů, suchou a rozpraskanou kůží. Matka se začala obávat o Katčin život a rozhodla se, že ji do nemocnice dostane i proti její vůli. Katka protestovala, ale už se cítila tak špatně, že neměla sílu odporovat.

Po přijetí do nemocnice se Katce svým způsobem ulevilo, protože zodpovědnost za její život najednou převzal někdo jiný a ona jen poslouchala pokyny ostatních. Její fyzický stav se pomalu zlepšoval, ale psychicky na tom nebyla stále dobře. Měla pocit, že ať se stane cokoliv, už na ničem nezáleží a její život nemá žádný smysl. Připadalo jí, že pouze všem způsobuje potíže, matce, bratrovi i celému svému okolí. Teprve po převozu do psychiatrické léčebny a zásluhou terapií začala vnímat celý svůj problém komplexně a její deprese a smutky začaly pomalu ustupovat.

Když se po třech měsících Katka vrátila domů, byla schopna se po dlouhé době normálně najíst, přestože stále jedla dietně a některé potraviny nemohla sníst vůbec. Terapie jí pomohly přijmout sebe samu takovou, jaká je, a respektovat své tělo.

Katka ví, že zatím nemá vyhráno. Její velkou předností je, že svou nemoc zná, snaží se o ní mluvit, a především si ji umí přiznat, což ještě před nedávnem neuměla. Během svého boje s mentální anorexií udělala s podporou rodiny, lékařů a psychoterapie obrovský pokrok. Je odhodlaná nad ní zvítězit, přestože ví, že ji čeká ještě dlouhá cesta. Když se Katky ptám, čemu by se chtěla věnovat v budoucnu, vypráví, že díky tomu, co prožila, by chtěla vystudovat sociální obor a najít si práci v této oblasti.

ZÁVĚR

Tématem diplomové práce je neuroticismus žáků na prvním stupni základních škol. Cílem práce bylo zjistit míru zkušenosti učitelů s těmito žáky, jejich postoje vůči nim a informovanost ohledně těchto poruch. Dalším záměrem bylo zjistit, jaké příčiny mají vliv na vznik neurotických poruch u dětí v případových studiích.

Přestože nemohl být původní záměr kvůli covidové situaci realizován, byly všechny stanovené cíle naplněny.

Výzkum ukázal, že většina učitelů na prvním stupni základních škol má zkušenost s neurotickým žákem, případně má tohoto žáka v současnosti ve třídě. Podle očekávání roste zkušenost s neurotickou poruchou spolu s délkou praxe. Potíže svých žáků učitelé konzultují s kolegy i s rodiči. Z výzkumu dále vyplynulo, že učitelé (kromě osmi) nezažívají při kontaktu s neurotickým žákem žádné negativní pocity. Pokud se tyto pocity vyskytovaly, pak šlo nejčastěji o bezradnost a úzkost. Agresivní pocity nezažívá žádný z učitelů. Pokud se u učitelů tyto negativní pocity vyskytnou, měli by mít možnost o nich hovořit s odborníky a vnitřně je zpracovat. Učitelé se rovněž snaží zabránit negativním reakcím spolužáků vůči neurotickým žákům.

Z výzkumu jsem rovněž zjistila, že více jak polovina učitelů neměla možnost absolvovat školení na téma neuroticismu u žáků mladšího školního věku. Vyšší možnost absolvovat školení měli učitelé s delší praxí (pět let a více), nejnižší učitelé s krátkou praxí (do pěti let). Dle mého názoru je tedy důležité zajistit učitelům možnost se ohledně tohoto tématu proškolit a nabídnout jim ze strany školy možnost se dále vzdělávat. Toto vzdělávání je zásadní zejména pro začínající učitele s krátkou praxí, kteří nemusejí mít dostatek informací, jak s neurotickými žáky pracovat.

Výzkumem byl prokázán nedostatek odborné literatury na téma neurotických poruch, kterou část učitelů nemá ve škole k dispozici. Přestože nadpoloviční většina může tuto literaturu ve škole využít, myslím si, že by ji měli mít k dispozici všichni učitelé, kteří s neurotickými žáky pracují.

Z kazuistik vyplývá, že společným faktorem vzniku neurotické poruchy u dětí je traumatizující zážitek a k jejich úspěšné rekonvalescenci je důležité dobré sociální zázemí.

Domnívám se, že je zapotřebí dětem s neurotickou poruchou poskytnout co nejvíce podpory při jejich vzdělávání, a to může jen pedagog znalý problematiky neurotičnosti

u dětí. Proto je důležité, aby se pedagogové o danou problematiku dostatečně zajímali a byli otevřeni inovativním metodám a formám učení.

RESUMÉ

Tato diplomová práce se zabývá problematikou neurotičnosti dětí na 1. stupni základní školy. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je definován termín „neuróza“ a jsou zde popsány jednotlivé neurotické poruchy, jejich etiologie a symptomatologie. Dále je popsána charakteristika mladšího školního věku, neurotické poruchy ve školním prostředí a přístup učitelů k dětem s touto poruchou. V praktické části je zkoumána prostřednictvím kvantitativního výzkumu zkušenost učitelů na základní škole se žáky s neurotickou poruchou a jejich informovanost ohledně tohoto tématu. K dotazování byly použity on-line dotazníky s uzavřenými otázkami. Součástí práce jsou rovněž kazuistiky dětí s různými neurotickými poruchami.

Klíčová slova:

- neuroticismus
- mladší školní věk
- postoje učitelů

SUMARRY

This diploma thesis deals with the issue of neuroticism of children at the primary school. The work is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part defines the term “neurosis” and describes the individual neurotic disorders, their aetiology and symptomatology. Furthermore, the characteristics of younger school age, neurotic disorders in the school environment and the approach of teachers to children with this disorder are described. In the practical part, the experience of primary school teachers with the pupils with neurotic disorders and their awareness of this topic is examined through the quantitative research. Online questionnaires with closed questions were used for the questioning. This work also includes case reports of children with various neurotic disorders.

Key words:

- neurotics
- younger school age
- teacher’s attitudes

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARKER, Philip, 2007. *Základy dětské psychiatrie*. 7. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-955-9.
2. BEDRNOVÁ, Eva a Daniela PAUKNEROVÁ a kol., 2015. *Management osobního rozvoje. Duševní hygiena, sebeřízení efektivní životní styl*. 2. vyd. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-381-6.
3. BORŮVKOVÁ, Jana, 2013. *Základy statistiky-dotazníkové šetření*. Jihlava: vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-87035-80-1.
4. FISCHER, Jan, 1959. *Konflikty a neurosy u dětí*. Praha: SZN.
5. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-628-5.
6. HOLUB, Václav a Josef ŠVANCARA, 1957. *Neurosy v dětském věku s hlediska výskytu, etiologie a prevence*. Praha: SZN.
7. HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana a kol., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.
8. KRATOCHVÍL, Stanislav, 1988. *Jak žít s neurózou*. 2. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
9. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
10. MATĚJČEK, Zdeněk, 1991. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN. ISBN 80-04-24526-9.
11. MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ, 2018. *Psychopatologie. Pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-721-4.
12. NOVÁK, Tomáš a Hana LÁSKOVÁ, 2016. *Peklo v duši. Deprese a mánie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9397-4.
13. NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ, 2012. *Vývojová psychologie*. Západočeská univerzita. ISBN 978-80-261-0115-4.
14. PRŮCHA, Jan, 1995. *Pedagogický výzkum. Uvedení do teorie a praxe*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-132-3.

15. PTÁČEK Radek a Hana KUŽELOVÁ, 2013. *Orientační hodnocení psychického vývoje dítěte pro sociální práci*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN 978-80-7421-059-4
16. THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha, Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
18. VÁGNEROVÁ, Marie, 2001. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-488-8.
19. VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.
20. ZVOLSKÝ, Petr, 1973. *Genetika v psychiatrii*. Praha: Avicenum.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

1. HURRELL, Katherine, HUDSON Jennifer, SCHNIERING, Carolyn, 2015. Parental reactions to children's negative emotions: relationships with emotion regulation in children with an anxiety disorder. In: *Journal of Anxiety Disorders* [online] January, 29, 72-82, [cit. 20.3.2021]. ISSN: 0887-6185. Dostupné z:
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618514001698>
3. Krajská pedagogicko-psychologická poradna a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků Zlín, 2015. *Jak předcházet neurózám u dětí* [online]. KPPP a ZDVPP Zlín [cit. 20.3.2021]. Dostupné z: <https://poradnazl.cz/index.php/mmall>
4. VAN NIEKERK, Rianne, KLEIN, Anke, VAN DAM, Esther, Allart a kol., 2018. Biases in Interpretation as a Vulnerability Factor for Children of Parents With an Anxiety Disorder. In: *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry* [online] July, **57**, 462-470, [cit. 20.3.2021]. Dostupné z:
5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856718302259#!>
6. WEIDLE, Bernhard, IVARSSON, Tord, THOMSEN, Per Hove a kol., 2015. Quality of life in children with OCD before and after treatment. In: *European Child & Adolescent psychiatry* [online] 20 December **24**, 1061–1074 [cit. 20.3.2021]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-014-0659-z>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Délka praxe respondentů	38
Tabulka 2 - Zkušenost pedagogů s neurotickými poruchami během praxe.....	39
Tabulka 3 - Žák s neurotickou poruchou ve třídě (v současnosti)	40
Tabulka 4 - Neurotické příznaky u žáků	41
Tabulka 5 - Nejčastější příznaky.....	42
Tabulka 6 - Reakce spolužáků na žáka s neurotickou poruchou	43
Tabulka 7 - Snaha pedagoga zabránit spolužákům v posměšcích	44
Tabulka 8 - Zájem o příčiny neurotických poruch u žáků	45
Tabulka 9 - Negativní pocity k neurotickým žákům.....	46
Tabulka 10 - Negativní pocity.....	47
Tabulka 11 - Konzultace s rodiči dítěte	48
Tabulka 12 - Informovanost o tom, jak pracovat s neurotickými dětmi	49
Tabulka 13 - Odborná literatura ve škole.....	50
Tabulka 14 - Možnost absolvování školení s problematikou neurotičnosti.....	51
Tabulka 15 - Konzultace s kolegy.....	52
Tabulka 16 - Souvislost délky praxe s vědomostmi a zkušenostmi s neuroticismem	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Délka praxe respondentů.....	38
Graf 2 - Zkušenost pedagogů s neurotickými poruchami během praxe	39
Graf 3 - Žák s neurotickou poruchou ve třídě (v současnosti)	40
Graf 4 - Neurotické příznaky u žáků	41
Graf 5 - Neurotické poruchy u žáků	42
Graf 6 - Reakce spolužáků na žáka s neurotickou poruchou.....	43
Graf 7 - Snaha zabránit spolužákům v posměscích	44
Graf 8 - Zájem o příčiny neurotických poruch u žáků.....	45
Graf 9 - Negativní pocity k neurotickým žákům	46
Graf 10 - Negativní pocity	47
Graf 11 - Konzultace s rodiči dítěte.....	48
Graf 12 - Informovanost o tom, jak pracovat s neurotickými dětmi	49
Graf 13 - Odborná literatura ve škole	50
Graf 14 - Možnost absolvování školení s problematikou neurotičnosti.....	51
Graf 15 - Konzultace s kolegy	52
Graf 16 - Souvislost délky učitelské praxe s vědomostmi a zkušenostmi s neuroticismem	55

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník	I
--------------------------------------	----------

PŘÍLOHA č. 1 – Dotazník

1. Jak dlouho pracujete ve školství jako pedagog?

- a) méně než 5 let b) 5-10 let c) více než 10 let

2. Setkali jste se za svou pedagogickou praxi s neurotickými poruchami u svých žáků?

ANO/NE

3. Máte v současné době ve třídě žáka s neurotickou poruchou?

ANO / NE

Pokud v současné době nemáte ve třídě žáka s neurotickými poruchami, popište prosím v následujících otázkách žáka, se kterým jste se setkali dříve.

4. Prosím popište, které z těchto neurotických příznaků se u žáka projevují. Vyberte prosím jednu odpověď.

- a) bolesti hlavy b) zažívací potíže c) okusování nehtů
d) koktavost e) tiky f) úzkost g) depresivní ladění h) jiné, specifikujte:

5. Které z příznaků neurotických poruch byly nejčastější? Vyberte prosím jednu odpověď.

- a) bolesti hlavy b) zažívací potíže c) okusování nehtů
d) koktavost e) tiky f) úzkost g) depresivní ladění h) jiné, specifikujte:

6. Jak reagují žáci na spolužáka s neurotickou poruchou?

- a) nevšímají si ho b) posmívají se mu c) šikanují ho d) pomáhají mu

7. Pokud je dítě vystaveno posměškům svých spolužáků, snažíte se tomu nějak zabránit?

ANO/NE

8. Zajímáte se o příčiny jejich neurotické poruchy?

ANO/NE

9. Vyvolává ve Vás neurotický žák negativní pocity? Případně jaké?

ANO/NE

a) bezradnost b) úzkost c) vztek d) jiné, specifikujte

10. Konzultujete s rodiči příznaky neurotické poruchy jejich dítěte?

ANO/NE

11. Víte, jak s dětmi s neurotickými poruchami při vyučování i mimo vyučování pracovat?

ANO/NE

12. Máte ve škole odbornou literaturu, která se zabývá neurotickými poruchami dětí?

ANO/NE/NEVÍM

13. Měl/a jste možnost absolvovat některé ze školení zabývající se neurotickými poruchami dětí?

ANO/NE

14. Konzultujete s kolegy chování neurotických dětí při jejich hodinách?

ANO/NE