

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Faktory neurotizace dětí

Michaela Kopecká

Plzeň 2012

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra filozofie

Studijní program Humanitní studia

Studijní obor Humanistika

Bakalářská práce

Faktory neurotizace dětí

Michaela Kopecká

Vedoucí práce:

Mgr. Lada Veverková, Ph.D.

Katedra filozofie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2012

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, červen 2012

.....

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce Mgr. Ladě Veverkové, Ph.D. za poskytnuté informace, rady a připomínky, jež mi velice pomohly při zpracování této práce.

ÚVOD	6
2 DEFINICE NEUROTICKÝCH PORUCH	8
3 DRUHY NEUROTICKÝCH PORUCH	10
3.1 NEUROTICKÉ PORUCHY NESPECIFICKÉ PRO DĚTSKÝ VĚK.....	10
3.1.1 <i>Fobické úzkostné poruchy</i>	10
3.1.2 <i>Jiné úzkostné poruchy</i>	12
3.1.3 <i>Obsedantně - kompulzivní porucha</i>	14
3.1.4 <i>Posttraumatická stresová porucha</i>	15
3.2 NEUROTICKÉ PORUCHY SPECIFICKÉ PRO DĚTSKÝ VĚK.....	15
3.2.1 <i>Poruchy příjmu potravy</i>	16
3.2.2 <i>Poruchy spánku</i>	17
3.2.3 <i>Poruchy vyměšování</i>	17
3.2.4 <i>Tiky</i>	18
3.2.5 <i>Mluvní neurózy</i>	19
3.2.6 <i>Neurotické návyky</i>	20
3.2.7 <i>Psychomotorický neklid</i>	21
3.2.8 <i>Separční úzkostná porucha v dětství</i>	21
3.2.9 <i>Sociální úzkostná porucha v dětství</i>	21
3.2.10 <i>Porucha sourozenecké rivality</i>	22
3.2.11 <i>Reaktivní porucha příchyllosti v dětství</i>	22
3.2.12 <i>Dezinhibovaná příchyllost v dětství</i>	22
4 PŘÍČINY ÚZKOSTNÝCH PORUCH	23
5 TERAPIE NEUROTICKÝCH PORUCH	31
5.1 TERAPIE NEUROTICKÝCH PORUCH NESPECIFICKÝCH PRO DĚTSKÝ VĚK.....	31
5.1.1 <i>Fobické poruchy</i>	31
5.1.2 <i>Jiné úzkostné poruchy</i>	32
5.1.3 <i>Obsedantně-kompulzivní porucha</i>	33
5.1.4 <i>Posttraumatická stresová porucha</i>	35
5.2 DĚTSKÁ PSYCHOTERAPIE	35
5.2.1 <i>Poruchy příjmu potravy</i>	36
5.2.2 <i>Poruchy spánku</i>	37
5.2.3 <i>Poruchy vyměšování</i>	37
5.2.4 <i>Mluvní neurózy</i>	37
5.2.5 <i>Neurotické návyky</i>	38
5.2.6 <i>Psychomotorický neklid</i>	38
ZÁVĚR	40

RESUME	42
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	43

Úvod

V této práci se chci zaměřit na faktory neurotizace u dětí, přičemž se nebudu omezovat pouze na vliv rodiny, ale zaměřím se na komplexní obraz všech možných faktorů, které se vyskytují například i v rámci školního prostředí. Problém neurotizace dětí si zaslouží pozornost, jelikož některé z těchto neuróz mohou zůstat v člověku až do dospělosti, kdy už je jejich léčba složitější. Pokud tedy nebudeme věnovat dostatečnou pozornost a péči diagnostice neuróz u dětí, mohli bychom se dočkat skutečného „boomu“ neuróz v jejich dospělém věku. Tento názor je všeobecně známější, ačkoliv není jediný. Podle některých autorů, a například také podle MKN-10, se úzkostné poruchy v dětství a dospělosti objevují nezávisle na sobě. Ať už je pravdivý jeden či druhý z názorů, a i kdybychom uznali, že dětské neurózy se v pozdějším věku nijak neprojeví, stejně si jejich diagnostika a léčba zaslouží pozornost, jelikož ochrana dětské psychiky by se měla stát jednou z priorit celé psychologicko-terapeutické praxe.

Svou práci formálně rozčlením do čtyř kapitol, které následně krátce představím.

První kapitola bude zaměřena na samotnou problematiku neuróz a na definice neuróz podle jednotlivých autorů. Touto kapitolou bych chtěla uvést čtenáře do základní problematiky a také vymezit okruh zájmu své práce.

Druhá kapitola bude věnována podrobnému rozdělení neuróz na jednotlivé druhy. Zde také uvedu rozdělení neuróz na specifické a nespecifické pro dětský věk. Rozčlenění úzkostných poruch z této kapitoly usnadní pochopení kapitoly třetí, kterou věnuji možným příčinám úzkostných poruch. Jelikož na otázku příčin neuróz není snadné najít jasnou odpověď a v podstatě ani neexistuje žádný ucelený názor, nebo vzorec, podle kterého by neurózy vznikaly, budu v této kapitole využívat větší množství zdrojů. Ve třetí kapitole bude také uvedena diagnostika neuróz a s ní spojené projevy.

Poslední kapitola bude věnována terapii. V této kapitole se budu zabývat řešením problému, který nastiňovaly kapitoly předešlé. Zde se budu věnovat nejprve terapii úzkostných poruch nespecifických pro dětský věk, jelikož i ty se mohou u těchto dětí vyskytovat a dále se pak věnuji speciálně dětské terapii u neuróz specifických pro dětský věk. Dále bude tato kapitola naznačovat i možnou prevenci a to v rámci školy.

Cílem mé bakalářské práce bude charakteristika neuróz, jejich etiologie a klinického obrazu, se zvláštním zřetelem na neurózy v dětském věku. Metodou bude zejména

komparace jednotlivých dostupných děl. Má práce tedy nebude vycházet z žádného výzkumu, ale z analýzy jednotlivých děl, která budou uvedena v konečné podobě poznámkového aparátu a seznamu literatury.

1 Definice neurotických poruch

Definice neurotických poruch existuje mnoho, avšak jejich autoři se vesměs shodují na tom, že za neurotické poruchy jsou považovány psychické či psychosomatické potíže, které nejsou považovány ani za nemoc ani za součást osobnosti, a přitom člověka omezují v jeho životě.¹ Problematické je samotné označení neurotických poruch. Spojení „neurotické poruchy“ používá Mezinárodní klasifikace nemocí, spojení „úzkostné poruchy“ najdeme v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch. Pojem neuróza je jejich starší označení, které se ale dodnes v praxi používá.² Ve své práci používám všechny tři výrazy jako synonyma.

Miňhová definuje neurózu jako funkční poruchu, při níž nedochází k anatomickým změnám mozkové tkáně, a která se projevuje poruchou adaptace člověka na vnější prostředí, má také řadu nepříjemných duševních i tělesných příznaků a je včasnou a správně zaměřenou terapií odbouratelná.³

Ve slovníku psychologie je neuróza definovaná jako duševní porucha vyvolaná psychogenně, jejíž vznik souvisí se situací, kterou člověk vnímá jako velmi stresující. Znakem je prožívání veliké úzkosti a pacientův náhled choroby.⁴

Kratochvíl píše, že *„Diagnózu neurotické poruchy dostane člověk tehdy, když trpí tělesnými nebo duševními obtížemi, pro které při lékařském vyšetření nebyl zjištěn organický podklad, tj. prokazatelné poškození příslušných orgánů nebo mozku.“*⁵ Neurotici neztrácejí soudnost, a ani jejich počínání není pro společnost nepochopitelné. Kořeny neurotických poruch připisuje Kratochvíl vnitřním, nebo vnějším konfliktům, které často souvisejí s mezilidskými vztahy a rodinným zázemím a ovlivňují další vývoj i osobnostní vlastnosti jedince.⁶

Vágnerová ve své publikaci definuje neurózy takto: *„Neurózy jsou funkční psychické poruchy, které jsou ve významné míře psychosociálně podmíněné a projevují se specifickými, psychickými a somatickými příznaky. Nejsou spojeny s nálezem v oblasti nervového či jiného orgánového systému.“*⁷ Pro neurózy je charakteristické narušení subjektivního prožívání, tedy změna emocí, která může ovlivnit také fyziologické reakce,

¹ ŠKODA, *Neurózy a jejich výskyt v populaci*, s. 7.

² VÁGNEROVÁ, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 201.

³ MIŇHOVÁ, *Psychologie pro právníky*, s. 73-74.

⁴ HARTL, *Psychologický slovník*, s. 354.

⁵ KRATOCHVÍL, *Jak žít s neurózou*, s. 11.

⁶ KRATOCHVÍL, *Jak žít s neurózou*, s. 11.

⁷ VÁGNEROVÁ, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 201.

chování i uvažování. Základem těchto problémů je pocit ohrožení, úzkost, strach a pocit napětí., a tyto pak spouštějí obranné mechanismy, a jelikož je vlivem velkého přetížení změněno uvažování, jejich obranné reakce problémy řeší neúčelně, a proto vedou k neurotickým projevům. Souhlasí s Kratochvílem, že neurotičtí pacienti nemají vážně pozměněno vnímání reality, ani svým chováním neporušují žádné sociální normy, ačkoliv se může jevit nápadně a poněkud neobvykle.⁸

Praško popisuje úzkostné poruchy následovně: „*Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím.*“ Úzkost je buď trvalá, nebo se objevuje jen při typických situacích či náhlých atakách. Příznaky jsou často natolik obtěžující, že ovlivňují a omezují pacientův soukromý i pracovní život.⁹

⁸ VÁGNEROVÁ, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 201-202.

⁹ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 10.

2 Druhy neurotických poruch

Tradičně se oddělují neurotické poruchy specifické pro dětský věk od neurotických poruch, které postihují převážně dospělé (neurotické poruchy nespecifické pro dětský věk). Pro toto rozdělení uvádí MKN-10 několik důvodů. Předně jde o výzkumy, které prokazují, že většina neurotických poruch v dětství se postupem času upravuje a děti se stávají v dospělosti zdravými a obráceně, že mnoho neurotických poruch dospělých začíná až v dospělosti, aniž by jim předcházely nějaké neurózy v dětství. U dětských neuróz nemusí být vždy zasaženy stejné duševní mechanismy jako u neuróz dospělých, a konečně neurotické poruchy jsou v dětství méně zřetelně vymezeny než ty v dospělosti.¹⁰ Tento názor podporuje také Miňhová tvrzením, že u dospělých bývají neurózy plně rozvinuty, zatímco u neurotických dětí bývají patrné jeden či dva chorobné příznaky, poměrně izolované.¹¹

2.1 Neurotické poruchy nespecifické pro dětský věk

Neurotické poruchy dělí mezinárodní klasifikace nemocí do několika kategorií, z nichž nejdůležitější jsou:

2.1.1 Fobické úzkostné poruchy

Za fobickou poruchu se považuje ta, která je vyvolána strachem z určité konkrétní situace nebo předmětu, které okolí přijímá zcela normálně, beze strachu. Postižený se svým strachům vyhýbá nebo je přijímá s pocitem velké hrůzy a odporu. Fobická úzkost má různé stupně síly, od mírného pocitu nepříjemnosti, až po pocit příšerného děsu. Pacient na sobě často pozoruje tyto příznaky – neobvykle silné bušení srdce, pocity na omdlení a často se druhotně přidružují také strach ze zbláznění, ztráty sebekontroly a ze smrti. Úzkost se projevuje obvykle už při pouhé myšlence na nenáviděnou fobickou situaci a nezmizí ani tehdy, když se postižený přesvědčí, že jeho okolí neshledává situaci nijak nebezpečnou. Fobická neuróza je téměř vždy doprovázená depresí a tato deprese fobickou úzkost často prohlubuje.¹² Kratochvíl píše, že pacient trpící fobickou úzkostí má nepřiměřený strach z určité konkrétní situace nebo předmětu. Ačkoliv je jeho strach iracionální, nedokáže ho překonat a snaží se příslušné situaci nebo předmětu vyhýbat. Fobie mohou být projevem nějakého vnitřního konfliktu, častěji ale vznikají po prožití nějaké nepříjemné situace nebo

¹⁰ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 209-210.

¹¹ MIŇHOVÁ, *Psychopatologie pro právníky*, s. 106.

¹² MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 116-117.

zážitku. Některé fobie člověku nijak zvlášť nevadí, protože se s jejich spouštěči denně neseťkává, jiné dokáží život značně znepríjemnit.¹³

Podle MKN-10 spadá pod fobické úzkostné poruchy agorafobie, sociální fobie a specifické fobie.

Agorafobie je termín pro několik vzájemně se překrývajících fobií. Pacient má strach z otevřených prostranství, kde je velký počet lidí. Má totiž obavu, že se z tohoto rozlehlého a přeplněného místa nedokáže dostat do bezpečí, kdyby to bylo z nějakého důvodu zapotřebí. Často proto nevycházejí z domu, pokud to není nezbytné nebo necestují samotní.

Sociální fobie znamená strach ze společnosti nebo konkrétněji ze zvědavých a pátravých pohledů ostatních lidí. Na rozdíl od agorafobiků snáší sociofobici hůře než dav malou skupinku lidí.

Specifické fobie charakterizuje strach z velmi specifických situací nebo předmětů. Mezi nejčastější patří strach z hmyzu, určitých zvířat, z výšek nebo létání, z uzavřených prostor, krve apod.¹⁴

Většina fobických poruch je častěji diagnostikována u žen, výjimkou je ovšem sociální fobie, která se vyskytuje u obou pohlaví ve stejné míře.¹⁵

2.1.1.1 Fobická úzkostná porucha v dětství

Různé strachy v raném dětství se vyskytují u většiny dětí. Strach může vyvolat široká škála předmětů a situací. Nejčastěji jsou popisovány obavy a úzkost z hmyzu, větších zvířat, lékařů či lékařského prostředí nebo hlasitých zvuků jako je například hrom. Většina těchto strachů postupem času sama vymizí, buď vypsáním dítěte, nebo přesvědčením ze strany rodičů, že tyto předměty nepředstavují žádné skutečné nebezpečí. Oproti dospělým jsou u dětí častěji popisovány prosté neboli monosymptomatické fobie. Mohou být výsledkem předchozí děsivé zkušenosti. Objekt vyvolávající strach je vždy něco konkrétního – auta, hromy, hadi, mnoho lidí na jednom místě atd. Tyto prosté fobie se svou etiologií liší od ostatních úzkostných poruch, protože nejsou obvykle doprovázeny obecnou nezralostí, jako tomu často u úzkostných poruch bývá. Prosté fobie jsou snáze pochopitelné na základě teorie učení a jsou také snáze ovlivnitelné behaviorální terapií.¹⁶

¹³ KRATOCHVÍL, *Jak žít s neurózou*, s. 27.

¹⁴ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 117-119.

¹⁵ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 117.

¹⁶ BARKER, *Základy dětské psychiatrie*, s. 71-72.

2.1.2 Jiné úzkostné poruchy

U jiných úzkostných poruch je důvodem úzkost, která není na rozdíl od fobií vázána na žádnou konkrétní situaci. Mezi hlavní jiné úzkostné poruchy patří panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha.¹⁷

2.1.2.1 Panická porucha

Základní charakteristikou panické poruchy je velmi silná úzkost, která není vázána na konkrétní situaci a nelze ji předvídat.¹⁸ Objevuje se spontánně, bez jakéhokoliv varování, jakoby z čista jasna. Záchvat začíná rozvojem intenzivního strachu, pocitem ztráty kontroly a dojmem, že se stane něco zlého. Provází ho řada nepříjemných somatických příznaků, jako je bušení srdce, bolest na hrudi, závrať a pocit dušení. Zpravidla trvá několik desítek minut, výjimečně hodin. Po ustání záchvatu přetrvává u pacienta většinou třes, vyčerpání a napětí, nebo může naopak nastat uvolnění a otupělost. Pacient se bojí, že se přestane ovládat, omdlí, zešílí nebo zemře. Snaží se tomu uniknout, chce utéct, ať je kdekoliv. Často má pocit infarktu, proto se nechává opakovaně odvážet na pohotovost, kde ale není zjištěn žádný somatický problém, vyjma zrychleného srdečního tepu a dechu. Přestává důvěřovat lékařům a je čím dál tím více vyděšen. Tato situace se v následujících týdnech může i několikrát zopakovat. Objevit se mohou také tzv. situační záchvaty, které se objeví například při vybavení si nějaké situace, zejména takové, při které již byl tento záchvat v minulosti prožít. Postižený se po této zkušenosti začne takovýmto situacím záměrně vyhýbat. Stejně tak se vyhýbá místům, ze kterých nemůže rychle uniknout nebo se dostat ke zdravotní pomoci.¹⁹

Panická porucha se zpravidla prvně objevuje mezi 15 a 24 rokem, méně často pak kolem 45 až 54 roku života. Pomoc vyhledávají nejčastěji jedinci kolem 34 let. Je přibližně dvakrát častější u žen než u mužů. Výzkumy ukázaly, že je také častější u lidí, žijících ve městech, vdov, rozvedených nebo lidí žijících osaměle.²⁰

2.1.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha

Typickým projevem je trvalá a všeobecná úzkost, která není omezená na žádné určité vnější okolnosti ani objekty a ani u žádných nepřevládá.²¹ Dříve nazývaná úzkostná

¹⁷ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 119.

¹⁸ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 119.

¹⁹ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 121-122.

²⁰ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 123-125.

²¹ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 119.

neuróza²² se týká především všedních záležitostí a jejich plnění nebo bezvýznamných tělesných projevů. Projevuje se především nadměrným přemítáním o starostech a stresujících myšlenkách. Postižení se často bojí o zdraví a bezpečí své nebo svých blízkých, mají přehnané obavy z neúspěchu, ztrapnění se apod. Tyto černé myšlenky pak vedou ke špatnému soustředění, k podrážděnosti a únavě. Z tělesných příznaků převládá svalové napětí, třes, nervozita, nadměrné pocení, závratě, bolesti hlavy, průjmy, bušení srdce a pocit sevření na hrudi a v krku. Úzkost se zhoršuje většinou ve chvíli, kdy má postižený volný čas – nedokáže se uvolnit, odpočívat, usnout, protože ho žádná činnost ani podněty neodvádí od hrůzných úzkostných myšlenek.²³ Jako způsob zmírnění těchto obav, se lidé snaží ujišťovat, že je všechno v pořádku. Vyhýbavé chování zde také existuje, ale je mnohem hůře zjištělné, než u ostatních úzkostných poruch, protože je skryté („Nesmím na to myslet!“). Toto chování postiženým velmi škodí, protože jim brání pořádně své myšlenky zhodnotit a uvědomit si, že i když přestane nad katastrofami přemýšlet, nestanou se.²⁴

V další své publikaci popisuje Praško několik společných sfér, o které se postižení strachují. Především jsou to obavy o vlastní zdravotní stav a o zdraví rodiny nebo přátel. Úzkost se často vynořuje už jen při zmínce jakýchkoliv nemocí.

Postiženým generalizovanou úzkostnou poruchou záleží hodně na tom, aby byli u svého okolí oblíbení a milovaní. V práci, nebo u dětí ve škole, se nejvíce obávají, že udělají závažnou chybu nebo, že práce není odvedená dostatečně precizně nebo že se nestihlo udělat vše, co bylo zadáno. Ve finanční oblasti je nejčastějším strašákem otázka dostatku peněz do budoucna, ačkoliv v danou chvíli jsou zabezpečeni dostatečně. Denní povinnosti s sebou přináší obavy, že se každou chvíli může něco zlého přihodit a postižený je stále ve stresu například z představy, že nestihne schůzku, nebude dobře vypadat, ztrapní se ve společnosti, nezvládne své každodenní úkoly atd. V pozadí těchto nadměrných obav jsou patrné tři druhy postojů, a to perfekcionismus, nadměrná zodpovědnost a pocit nekontrolovatelnosti. Perfekcionismus souvisí s představou, že věci nebudou vždy perfektní, stane se chyba atd., a to všechno by byla pro nemocného naprostá tragédie. Nadměrnou zodpovědností se myslí domněnka postiženého, že nebude-li se obávat, špatné věci se opravdu přihodí a vina padne na něj. Pocit nekontrolovatelnosti je pocit, že věci a

²² PONĚŠICKÝ, *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*, s. 30.

²³ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 68.

²⁴ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 79.

události kontrolovat nelze, proto se budou nemocní alespoň snažit kontrolovat své myšlenky, tedy obávat se.²⁵

2.1.2.3 Generalizovaná úzkostná porucha u dětí

Děti trpící generalizovanou úzkostnou poruchou jsou neustále napjaté, neposedné, neklidné a často silně zpožděné ve svém vývoji. Nejsou u nich výjimkou nejrůznější přechodné somatické potíže, jako je bolest hlavy, bušení srdce nebo problémy s dýcháním. Většina těchto dětí bývá velice nejistá, má o sobě velmi nízké mínění a bojí se případného neúspěchu natolik, že své povinnosti často dlouho odkládají a pak propadají panice nebo naopak jsou až extrémně připravení, perfekcionisté.²⁶

2.1.3 Obsedantně - kompulzivní porucha

Při obsedantně-kompulzivní poruše se postiženému vkrádají do mysli myšlenky, na nějaký úkon, který pak musí opakovaně vykonávat. Tyto myšlenky jsou velmi vtíravé a nežádoucí. Pacient se je většinou snaží potlačit, často bohužel bezúspěšně. Častým příznakem těchto myšlenek je potřeba něco čistit nebo přerovnávat, aniž by to bylo zapotřebí. Postižený si je vědom, že je tato činnost zbytečná, cítí však velké nutkání ji vykonat a nedokáže tomu odolat, přestože se velmi snaží. Tato porucha je stejně častá u mužů i žen. Počátky sahají obvykle do dětství nebo rané dospělosti. Opět je často doprovázena depresemi.²⁷ Kratochvíl popisuje projevy jako velmi nepříjemné a svízelné, ale ne nebezpečné. Pacient totiž vyhoví jen tomu, co považuje za mravné. Půjde si sice desetkrát po sobě umýt ruce, ale nikdy by nezačal například ubližovat dítěti.²⁸

2.1.3.1 Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí

Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí se nejběžněji objevuje okolo šestého roka života, avšak profesionální pomoc bývá vyhledávána ve většině případů až později. Je to způsobeno nejspíše tím, že některé „rituály“, které dítě opakuje, se dospělému nejeví jako nenormální. Je tedy nutné rozlišovat mezi mírnými a závažnými formami této poruchy.

²⁵ PRAŠKO, *Úzkost a obavy*, s. 19-20.

²⁶ KREJČÍŘOVÁ, ŘÍČAN, *Dětská klinická psychologie*, s. 168.

²⁷ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 121-122.

²⁸ KRATOCHVÍL, *Jak žít s neurózou*, s. 28.

Děti se často vyhýbají čárám na zemi, dotýkají se stojanů lamp a dodržují další zvyky hlavně okolo stravování, oblékání a ukládání se ke spánku.²⁹

2.1.4 Posttraumatická stresová porucha

Tato porucha je zpožděnou reakcí na nějakou vysoce traumatickou událost nebo situaci.³⁰ Praško upřesňuje, že se jedná zejména o události, které postihly větší počet lidí jako například zemětřesení, tsunami nebo výbuch bomby, ale může se jednat i o soukromá traumata jako znásilnění nebo autonehoda. Postiženému se ve chvílích klidu, ve snech nebo na místech připomínajících místo traumatu vybavují obrazy z prožitého neštěstí. Postižený se proto začíná těmto místům a věcem, které trauma asociují vyhýbat a omezovat se tak v běžném životě. Bývá pak přehnaně ostražitý, podrážděný, nesoustředěný a prostý pozitivních emocí.³¹

2.1.4.1 Posttraumatická stresová porucha u dětí

Hrodek doplňuje, že v dětském věku doprovází výjevy traumatu i obrazy situací, které traumatu předcházely nebo pocity naprostého zoufalství či bezmoci. Příznaky vyhýbání bývají u dětí silnější než u dospělých a mohou vést až k omezení veškerých zájmových aktivit včetně her. Existují dvě podoby dětského traumatu. První z nich je trauma jednorázové, které má podobu šokující události a jehož příznaky odpovídají typickým příznakům posttraumatické stresové poruchy (vyhýbavé chování, dotíravé vyjevování obrazů prožitého traumatu a projevy vegetativního systému). Druhým typem je trauma, které na dítě působí dlouhodobě (sexuální zneužívání, týrání apod.), a u kterého pozorujeme častěji poruchy chování, pozornosti a deprese než symptomy posttraumatické poruchy.³²

2.2 Neurotické poruchy specifické pro dětský věk

Hrodek a mezinárodní klasifikace nemocí uvádí tyto neurotické poruchy jako samostatné diagnózy, naproti tomu Matějček a Miňhová je řadí do kapitol o projevech.

Matějček uvádí tyto projevy úzkostných poruch. Poruchy příjmu potravy, poruchy spánku a poruchy vyměšování.

²⁹ KREJČÍŘOVÁ, ŘÍČAN, *Dětská klinická psychologie*, s. 172-174.

³⁰ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 125.

³¹ PRAŠKO, *Úzkost a obavy*, s. 37-38.

³² HRODEK, *Pediatric*, s. 566-567.

2.2.1 Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy se řadí nechutenství, přejídání, mentální anorexie, bulimie a ranní zvracení.

Nechutenství je u školních dětí velmi vzácné, častěji se vyskytuje u batolat a předškoláků.

Přejídání se vyskytuje ještě vzácněji a většinou značí citovou neuspokojenost dítěte, frustraci nebo deprivaci. Z těchto důvodů se častěji vyskytuje u dětí vyrůstajících v disfunkčních rodinách nebo v dětských domovech.

Mentální anorexie je patologické nechutenství, které nejčastěji postihuje dívky v pubertě, výjimečně i dívky před pubertou. Děvče trpící mentální anorexií má zkreslenou představu o svém těle, má pocit nadváhy a odmítá proto příjem potravy. V důsledku poruchy většinou přichází o menstruaci, zpomaluje se jí pulz a dýchání, snižuje tělesná teplota a mohou se objevovat i otoky na různých částech těla. Mnohdy jsou fáze hladovění vystřídány fázemi přejídání a tzv. vlčím hladem. Podle Miňhové patří mezi projevy dětských neuróz také bulimie.³³

Bulimie je porucha, při které se střídají epizody hltavého přejídání a následného zvracení nebo zneužívání projímadel, ve snaze potlačit výkrmný efekt požití potravy. Opět se častěji objevuje u dívek v pubertě, které touží po dokonalosti a jsou výrazně zaměřeny na svůj fyzický vzhled.³⁴

Ranní zvracení je nejčastější u dětí předškolního a mladšího školního věku (6-9 let). Ke zvracení dochází při nějakém větším napětí, které děti nedokáží dobře zvládnout. Patří sem zejména odchody z bezpečného domova do neznámého a nejistého prostředí mateřské školky nebo školy. Děti se bojí náhlé změny (z bezpečí do neznáma), je pro ně nejtěžší očekávání této změny, a po překročení prahu školní třídy napětí a úzkost brzy opadá. O víkendech a prázdninách jsou tyto děti zpravidla bez jakýchkoliv potíží. Rodičům se v této situaci radí děti do snídaně příliš nenutit a raději mu dát o to větší svačinu s sebou, kterou si dítě sní po opadnutí úzkosti a nervozity. Rodič by měl být po celou dobu příprav na odchod z domova rázný, sebejistý a rozhodný. Tím dává najevo, že má vše pevně v rukou a dítě je klidnější. Nejvíce nežádoucí je ranní shon, který dítě stresuje ještě více, proto je radno vstávat vždy s dostatečným předstihem.³⁵ MKN-10 přidává k projevům

³³ MIŇHOVÁ, *Psychopatologie pro právníky*, s. 109.

³⁴ HRODEK, *Pediatric*, s 568-569.

³⁵ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 138-139.

dětských úzkostných poruch piku, což je vytrvalé požívání nepoživatelných a nestravitelných látek, nejčastěji hoblin, hlíny, vlasů a různých barviv.³⁶

2.2.2 Poruchy spánku

Do poruch spánku spadají problémy s usínáním, probouzení se během noci a noční děsy.

Mnohé úzkostné děti mají **problémy s usínáním**, protože se bojí zavřít oči a ztratit tak kontakt se svým okolím a přehled o něm. Ze stejného důvodu se bojí také tmy a příliš tmavého prostředí. V cizím prostředí bývá problém s usínáním ještě vyhrocenější, protože ztrácejí pocit relativního bezpečí domova. V těchto případech se doporučuje omezit co nejvíce ukládání dětí ke spánku mimo domov, dodávat dětem odvalu přítomností rodiče, který na dítě bude polohlasně mluvit a jemně se jej dotýkat, což dává dítěti pocit, že nad ním a jeho okolím někdo bdí a ono se tedy může bezstarostně oddávat klidnému spánku.

Projevem úzkosti je také **probouzení se během noci**, kdy děti často utíkají k rodičům do postele. Rodiče by je v jejich blízkosti měli nechat usnout a dospat do rána nebo je po usnutí přenést zpět na jejich lůžko. Rozhodně by dítě neměli rázně odhánět, lepší je postupné přivykání na samostatné spaní.

Noční děs se projevuje formou nervového záchvatu. Kromě úzkosti ho mohou spouštět a umocňovat přílišné citové napětí, vzrušení a silnější zážitky strachu v průběhu dne. Dítě při nočním děsu sebou zmítá, kope, rozhazuje rukama, křičí apod. Jeho vědomí je oblužené, takže lidi kolem sebe nepoznává, nereaguje na ně a nekomunikuje s nimi. Po chvíli se začne postupně uklidňovat, až znovu usne. Ráno si svůj záchvat většinou vůbec nepamatuje.³⁷

2.2.3 Poruchy vyměšování

Mezi poruchy vyměšování jako projevy úzkostných poruch patří neorganická enuréza a enkopréza.

Enuréza je definována jako přetrvávající neuvědomělé vypouštění moči v noci nebo ve dne, které s ohledem na věk dítěte je nutné pokládat za abnormální, a které není důsledkem nedostatečného ovládnutí měchýře vlivem nějaké neurologické poruchy nebo anomálie močového traktu.³⁸ Matějček určuje hranici na dovršených čtyřech letech života dítěte. Rozlišuje se noční a denní enurézu, která se ale u školních dětí téměř nevyskytuje.

³⁶ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 220.

³⁷ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 140-141.

³⁸ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 217-218.

Úzkostlivé děti se nejčastěji ve dne pomočují z kraje zahájené školní docházky, kdy se bojí jít na záchod v neznámém prostředí, nebo kdy se stydí požádat učitelku o dovolení. Méně časté jsou případy, ve kterých dítě moč nebo i stolici úmyslně zadržuje. Noční enuréza se vyskytuje mnohem častěji a její příčiny nejčastěji tkvějí v emoční oblasti. Zejména pak v rodinných konfliktech, přetěžování dítěte, kladení přemrštěných nároků nebo žárlivosti na mladší sourozence. Po vyřešení těchto problémů noční enuréza zpravidla mizí.³⁹

Enkopréza je popsána jako opakované volní bezděčné vyměšování stolice normální konzistence, v nepřijatelném věku a na nepřijatelných místech.⁴⁰ Hranici tvoří opět čtyři roky života. Enkoprézy se ve srovnání s enurézami objevují mnohem vzácněji. Stolice mívá normální konzistenci, přesto ji dítě nedokáže kontrolovat a uvolňuje ji v nevhodnou dobu a na nevhodných místech.⁴¹ Nebo ji kontrolovat dokáže, ale je ke kontrole z nějakého důvodu neochotné. Buď to může být následkem konfliktu mezi dítětem a autoritou nebo z důvodu neurotického zadržování ve škole, kdy je dítěti enuréze trapné požádat o svolení jít na toaletu nebo se tam samotné bojí stejně jako při denní enuréze. MNK-10 udává, že při vážnější poruše může být enkopréza doprovázena rozmazáváním stolice po těle nebo po nejbližším okolí.⁴²

Míňhová uvádí mimo poruch denní životosprávy (poruchy příjmu potravy, poruchy spánku a poruchy vyměšování) ještě další projevy dětských neuróz, a sice tiky, mluvní neurózy, neurotické návyky a psychomotorický neklid.⁴³

2.2.4 Tiky

Tiky jsou mezinárodní klasifikací nemocí popsány jako poruchy bez známého organického původu, jejichž hlavním rysem jsou bezděčné, napohled bezúčelné a často opakované pohyby, které nejsou následkem žádného neurologického onemocnění. Mohou se týkat jakýchkoliv částí těla, avšak nejčastější jsou tiky mimických svalů, jako je mrkání, popotahování nosem, kroucení koutky úst nebo povytahování obočí. Mezi nejběžnější tiky jiných svalových skupin patří vykrucování krku, šubání rameny nebo vytřepávání nohou. Mohou se vyskytovat samostatně i ve skupině více tiků probíhajících najednou nebo po sobě.⁴⁴ Tiky se objevují nejčastěji v období kolem pátého a šestého roku života a poté v pubertě. V těchto obdobích totiž dochází k zrychlenému fyzickému růstu a k přechodnému

³⁹ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 142-144.?

⁴⁰ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 218.

⁴¹ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 142-147.

⁴² MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 218-219.

⁴³ MIŇHOVÁ, *Psychopatologie pro právníky*, s. 110.

⁴⁴ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 216.

oslabení organismu. Tiky jsou jen málo uvědomované, téměř nepotlačitelné a velmi rychlé. Většinou netrvají déle než jednu sekundu.⁴⁵ Hrodek upřesňuje, že se tiky sice nedají potlačit, ale dají se oddálit či zmírnit, a to například zaměstnáním dítěte nějakou pro něj zajímavou činností. Ve spánku se výskyt tiků také omezuje.⁴⁶ Původci tiků bývají u dětí hlavně neurotizující okolnosti v jejich prostředí, jako jsou přemrštěné nároky příliš ambiciózních rodičů, přetěžování dítěte ve škole nebo v mimoškolních zájmových aktivitách (sport, hra na hudební nástroj atd.) a napětí mezi vztahy v kolektivu vrstevníků. První pomoc a prevence proti tikům je určitě dostatek pohybu, který uvolní přebytečné napětí v těle. Nikoliv však takového, do kterého by se dítě muselo nutit. Aktivita by měla být spontánní a pro dítě pokud možno co nejzábavnější.⁴⁷ MNK-10 zmiňuje vedle tiků motorických tiky vokální, které mají obvykle podobu různého syčení, pokašlávání, popotahování a poštekávání, v komplexnější variantě je to opakování vlastních nebo zvláštních slov, zejména společensky nepřijatelných. Motorické i vokální tiky se mohou vyskytovat samostatně nebo společně. V takovém případě se tiková porucha nazývá Tourettův syndrom.⁴⁸

2.2.5 Mluvní neurózy

Mezi projevy mluvní neurózy patří koktavost a neurotický mutismus.

Koktavost, neboli balbuties, je označována za neurózu řeči, pro kterou je typické křečovitě prodlužování začátku mluvního projevu, což velmi ztěžuje artikulaci. Podle MKN-10 je koktavostí „*Řeč, která je charakterizována častým opakováním nebo protahováním zvuků nebo slabik a slov, nebo častým váháním a přestávkami, které narušují rytmický tok řeči.*“⁴⁹ Symptomy mají různý stupeň závažnosti podle stupně zátěže, která je na dítě v danou dobu uvalena. Obecně se dětem hůře komunikuje s cizími lidmi, v neznámém prostředí, za neobvyklých situací a o ne zcela běžných tématech. Fyziologické příčiny koktavosti tkví v nevyzrálé nervové soustavě. Přítěžujícími okolnostmi jsou samozřejmě špatné rodinné prostředí, stres ve škole, nezapadnutí mezi vrstevníky nebo narození mladšího sourozence, kdy koktání může být projevem regrese nebo žárlivosti.⁵⁰

⁴⁵ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 282.

⁴⁶ HRODEK, *Pediatric*, s. 571.

⁴⁷ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 282-283.

⁴⁸ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 216-217.

⁴⁹ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 220.

⁵⁰ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 169-170.

Neurotický mutismus znamená útlum řečové funkce dítěte, které se mluvit již naučilo, ale následně, nejčastěji vlivem nějaké nepříznivé situace, oněmělo. Dítě buď nemluví absolutně s nikým, nebo častěji pouze s vybranými lidmi. Takovému mutismu se říká elektivní a bývá nejběžněji zaměřen proti lidem mimo rodinu, učitelům nebo vybraným členům rodiny (např. mluví pouze se ženami). Terapie mutismu je samozřejmě obtížná, přesto terapeuti ovládají mnoho triků, které jim pomáhají dítě rozmluvit. Z těch nejnámějších je to například mluvení na dítě šeptem, což je pro mutistické děti snazší a dobrý začátek, nebo přizvání k terapii zdravé dítě, se kterým mutistické dítě naváže kontakt snáze než s terapeutem.⁵¹ MKN-10 zmiňuje jako projev neurózy také breptavost, která je charakterizována jako zrychlený tok řeči s výrazným narušením plynulosti a srozumitelnosti obsahu. Dítě se často přeříkává, střídá pomlky s výbuchy řeči a věty bývají často agramatické.⁵²

2.2.6 Neurotické návyky

Matějček popisuje neurotické návyky jako skupinu neestetických a společensky nežádoucích zlovyků, jejichž vykonáváním se dítě zbavuje svého vnitřního napětí.⁵³ Mezinárodní klasifikace nemocí jako „*Volní opakované, stereotypní, nefunkční (a často rytmické) pohyby, které nejsou součástí žádného rozpoznatého psychiatrického nebo neurologického chorobného stavu*“.⁵⁴ Nejčastěji se vyskytují v předškolním období a směrem do puberty jich postupně ubývá. Miňhová dělí neurotické návyky na autostimulační a sebepoškozovací. Autostimulační jsou ty návyky, které způsobují dítěti příjemné pocity a uklidnění, jako je například dumlání palce nebo nakrucování vlasů na prsty. Mezi sebepoškozovací návyky pak spadá okusování nehtů, vytrhávání vlasů, mlácení hlavou o zeď apod.⁵⁵ Mezi další projevy patří šťourání v nose, tahání za ušní lalůčky, dloubání se do dlaní, škrábání se na obličej, houpání, kroucení a luskání prsty.⁵⁶ Hrodek se ve své publikaci podrobněji zmiňuje o vytrhávání vlasů a dodává, že jej ostatní návyky, jako je dumlání prstů nebo okusování nehtu, často doprovází. Zajímavé je, že při časnějším začátku poruchy (před šestým rokem života) se vytrhávání vlasů týká stejně tak

⁵¹ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 170-173.

⁵² MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 221.

⁵³ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 174-176.

⁵⁴ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 220.

⁵⁵ MIŇHOVÁ, *Psychologie pro právníky*, s. 110.

⁵⁶ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 279-281.

dívek jako chlapců, při pozdějším nástupu (okolo třinácti let) se vyskytuje výrazně častěji u dívek.⁵⁷ Neurotické návyky jsou na rozdíl o tiků více méně vědomé a ovlivnitelné.⁵⁸

2.2.7 Psychomotorický neklid

Projevy neklidného dítěte jsou obecně známé. Patří sem vykřikování, neustálé poutání pozornosti, neschopnost vydržet chvíli v klidu, pobíhání, vrtění se na židličkách, šoupaní nohama pod lavicí, otáčení se na spolužáky za nimi, netrpělivost a neschopnost dotáhnout zadané úkoly do konce atd. Nejčastěji se objevuje ze začátku školní docházky. Dítě může být sice neklidné pořád stejně, ale v mateřské škole se to díky relativně časté možnosti svobodného pohybu tolik neprojevívá. Se změnou prostředí a pravidel po nástupu do školy začíná být dítě nevybité a neklid je tak u něj nápadnější. Mezinárodní klasifikace nemocí dodává, že neklidní školáci nebývají v kolektivu spolužáků příliš oblíbení, a to pro svou netrpělivost, vykřikování odpovědí předčasně a kázeňskými prohřešky, které zpravidla nepáchají úmyslně, nýbrž jako důsledek své přehnané impulsivnosti a neposednosti. Pro tyto děti je také typická zvýšená úrazovost.⁵⁹

MKN-10 uvádí ještě další typy úzkostných poruch specifických pro dětský věk a jejich projevů. Jde o separační úzkostnou poruchu, sociální úzkostnou poruchu, poruchu sourozenecké rivality, reaktivní poruchu přichylnosti a dezinhibovanou přichylnost.

2.2.8 Separační úzkostná porucha v dětství

Separační úzkostná porucha se projevuje u dítěte nadměrnou úzkostí při odloučení od rodičů (popř. jiných osob, ke kterým chovají citovou náklonnost), a to ve věku, ve kterém to již není přípustné (školní věk). Dítě se bojí, že už se s rodiči nikdy neshledá, např. že odejdou a už se nevrátí, že se ztratí, nebo že jej unesou. Z těchto důvodů odmítají chodit do školy, nechtějí zůstat doma samotné nebo usínat bez rodičů nablízku. Obvyklé bývají také noční můry z odloučení a výskyt tělesných příznaků (bolesti žaludku a hlavy, zvracení atd.) a úzkostných projevů (pláč, vztek, apatie atd.) při opouštění rodičů.⁶⁰

2.2.9 Sociální úzkostná porucha v dětství

Tato porucha je diagnostikována tehdy, když se dítě bojí neznámých lidí nebo se jim vyloženě vyhýbá, a to ve věku, ve kterém to již není akceptovatelné. Může jít o jejich

⁵⁷ HRODEK, *Pediatric*, s. 570.

⁵⁸ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 279-282.

⁵⁹ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 203.

⁶⁰ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 210.

vrstevníky, dospělé osoby nebo o obojí. Dítě se natolik vyhýbá sociálním vztahům, že může dojít až k úplné izolaci, což zcela jistě naruší jeho další vývoj.⁶¹

2.2.10 Porucha sourozenecké rivality

U většiny dětí dochází po narození sourozence k určité formě emoční poruchy, která ale často postupem času slábne. V některých případech však může být žárlivost a rivalita pozoruhodně velká a trvalá. Projevuje se nadměrnou soutěživostí mezi sourozenci o přízeň rodičů a okolí, přičemž sourozenci se k sobě chovají negativisticky, jsou vůči sobě agresivní a nepřátelští. Není nezvyklé, dochází-li u staršího sourozence k regresi, ztrátě získaných dovedností, neposlušnosti a poruchám usínání a spánku.⁶²

2.2.11 Reaktivní porucha přichylnosti v dětství

Tato porucha vzniká u dětí do pěti let věku, o které je velmi nevhodně pečováno, a které reagují na rodiče silně protichůdně nebo ambivalentně. Nejvýraznější je toto chování při loučení nebo setkávání. Děti odvracejí zrak, zarytě hledí do země, chtějí navázat kontakt, ale zároveň se odvrací, jsou nadměrně obezřetní, bázlíví a nereagují na konejšení. Porucha může být doprovázena zpomaleným tělesným růstem a špatným prospíváním a často přímo souvisí se zneužíváním, týráním nebo jiným hrubým zacházením. Při předání dítěte do normálního citově stabilního prostředí se stav dítěte obecně zlepšuje.⁶³

2.2.12 Dezinhibovaná přichylnost v dětství

Dezinhibovaná přichylnost je definovaná jako druh přehnaného sociálního zapojování, který vzniká během prvních pěti let života a má tendenci přetrvávat, i když se životní podmínky výrazně změní. Zprvu se projevuje abnormální přítulností, později neustálým vyžadováním pozornosti a nekriticky přátelským chováním. Syndrom se často objevuje u dětí, jež byly vychovávány v ústavech, nebo v jejich výchově docházelo k častým změnám vychovávajících osob. Tyto děti mívají také problémy s navazováním vztahů s vrstevníky.⁶⁴

⁶¹ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 211.

⁶² MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 212.

⁶³ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 214.

⁶⁴ MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, s. 215.

3 Příčiny úzkostných poruch

Podle Praška neexistuje žádný jednoduchý a jednotný názor na vznik úzkostných poruch. Jisté však je, že vznikají jako reakce na vážné stresující události, které člověk chápe jako ohrožující a zásadní. Takovou událostí může být například úmrtí v rodině, vážné onemocnění sebe samého nebo blízké osoby, pobyt ve vězení, rozvod nebo sňatek, těhotenství atd. Další z faktorů vzniku je nepochybně dědičnost, protože v rodinách postižených se vyskytují úzkostné poruchy častěji než v běžné populaci. Souvisí s tím jistě i zděděná náchylnost k obavám a větší citlivost ke stresorům. Co se úzkostných poruch týče, nedá se zpravidla určit jedna příčina vzniku. Nejčastěji bývá za původce označena kombinace různých faktorů.⁶⁵

Praško uvádí seznam nejčastějších stresorů a jejich dělení. Rozděluje je na stresory vztahové (neshody v rodině, nevěra, žárlivost, děti v pubertě, nesoulad v sexuálním životě apod.), stresory pracovní a výkonové (nízký příjem, konflikty na pracovišti, nesmyslnost pracovní činnosti, workoholismus atd.), stresory související s životním stylem (nevhodné bydlení, absence zájmů, izolace od druhých lidí, nezáživný životní styl apod.) a stresory související s nemocemi, závislostmi a handicapem (např. nemoc nebo handicap v rodině, stárnutí rodičů, hazard, užívání drog a alkoholu).⁶⁶

První příznaky se u lidí trpících úzkostí objevují již v dětství, kdy se dítě nedokáže dobře zařadit do kolektivu vrstevníků nebo často zažívá různé zátěžové situace jako např. zkoušení ve škole nebo šikana. Úzkost se většinou projeví naplno až v době dospívání a odpoutávání se od rodičů a kdykoliv během života při vypjatých situacích, které oslabují psychickou odolnost jedince. Velký vliv na rozvoj úzkostné poruchy má také výchova. Děti, které jsou vychovávány úzkostlivými rodiči, jsou rozhodně náchylnější k obavám a stresu než ostatní.⁶⁷ Matějček dodává, že vedle úzkostlivých rodičů mají také negativní vliv rodiče, kteří jsou vybaveni psychicky zcela jinak než jejich dítě, pro jeho úzkostnost nemají pochopení, a proto dítě odmítají či zcela zavrhnou.⁶⁸ Náchylnější jsou také ty děti, které jsou rozmazlovány nebo naopak ty, které jsou často strašeny nebo opuštěny rodiči (hlavně matkou) a předčasně umístěny do jeslí nebo mateřských škol. Stejně může působit i odloučení od rodičů při nástupu na ZŠ, pokud dítě ještě není dostatečně zralé. Takové děti si nedokážou vytvořit představu bezpečného světa, jsou nedostatečně otužilé vůči běžným stresorům a mají neustálý pocit ohrožení. Nejhrůznější bývají následky dětí

⁶⁵PRAŠKO, *Úzkost a obavy*, s. 21.

⁶⁶PRAŠKO, *Úzkost a obavy*, s. 24-26.

⁶⁷PRAŠKO, *Úzkost a obavy*, s. 21-22.

⁶⁸MATEJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 295.

zanedbávaných, týraných a sexuálně zneužívaných. Zvýšenou úzkostlivostí trpí také děti, které se musely emočně nebo jinak starat o své rodiče, například při nervovém zhroucení matky po rozvodu, při těžké nemoci atd.⁶⁹ K problematice porušení hierarchie rodič-dítě se krátce vyjadřuje také Michalčáková, která k němu kromě dítěte v roli důvěrníka a opatrovníka řadí ještě hyperprotektivní nebo naopak silně autoritářskou výchovu.⁷⁰ V dospělosti jsou úzkostlivější lidé s pesimistickým pohledem na svět, s nízkým sebevědomím, lidé, kteří špatně podávají i snášejí kritiku, lidé, kteří neumějí říkat ne a lidé, kteří mají potřebu nadměrné chvály a podpory od druhých.⁷¹

Krowatschek uvádí tyto příčiny úzkostných poruch v dětském věku: vliv genů, krizové životní události a vliv okolí.

Geny mají podle něj dvojitý vliv. Za prvé jsou v našem genotypu zakódovány strachy a úzkosti pro celou populaci stejné, jako je například strach z odloučení od matky, který se vyskytuje u všech dětí okolo dvou let, a za druhé mají geny podíl na rozvoj abnormální úzkosti. V nejbližší rodině pacienta (u rodičů a sourozenců) bývá postižena až jedna třetina příbuzných. Může se jednat o neurotickou poruchu stejného typu, ale rozhodně to tak nemusí být ve všech případech.

Mezi **krizové životní události** spadají ty zážitky, které vyvolávají u dětí neobvykle silný stres. Asi nejčastěji se jedná o ztrátu blízké osoby či zvířete nebo o silnější změny v život dítěte. Autor uvádí jako nejčastější krizové události nehodu blízké osoby, změnu školního kolektivu, přestěhování, rozvod rodičů a narození sourozence. Dodává, že je velmi důležité, jak budou rodiče při těžké situaci reagovat. Měli by být vyrovnaní a klidní a dětem poskytovat jakousi oázu klidu a pomyslnou vrbu, které se mohou se svými starostmi bez obav svěřit.

Působení **vlivu okolí** může vyvolat mnoho obav a úzkostí. Patří sem hlavně působení rodičů, učitelů a vrstevníků. Všechny tyto osoby mohou strach v dětech zesilovat a utužovat, aniž by si to samy uvědomovaly. Může jít například o okřiknutí dítěte při pokusu o pohlazení velkého psa, které v dítěti vyvolá při příštím setkání se psem strach. Pomocí přehnané úzkostnosti se děti mohou také snažit vydobýt více pozornosti od svého okolí. Zesilování úzkosti také podporují ti rodiče, kteří své děti nepřiměřeně chrání a při sebemenším náznaku úzkosti je ze spouštěcí situace vyvedou a nedají jim tak šanci na přivyknutí a otužení. Úzkost může být také naučená. Mají-li rodiče chorobný strach

⁶⁹ PRAŠKO, *Úzkost a obavy*, s. 21-22.

⁷⁰ MICHALČÁKOVÁ, *Strach a obavy v období rané adolescence*, s. 62.

⁷¹ PRAŠKO, *Úzkost a obavy*, s. 21-23.

z pavouků, je velmi pravděpodobné, že ho budou mít i jejich potomci, a to nejen geneticky, ale i odkoukaným chováním (hysterie při vyhazování, odpor k pavučinám atd.). Negativní vliv na děti má často také dvojí sdělení rodičů. Na jednu stranu dítě podporují v osamostatnění, na stranu druhou mu pořád volají a kontrolují ho, čímž dávají najevo svou nejistotu, která velmi znejistí i dítě. S tímto souvisí přehnaná péče, kdy rodiče dětem se vším pomáhají a neučí je samostatnosti. Dětem to dává signál nedůvěry, oslabuje to jeho sebevědomí a vyčleňuje ho to z kolektivu vrstevníků. Opakem jsou rodiče příliš nároční a kritičtí, které nezajímá, co jejich děti umí, ale naopak co ještě neumí a je třeba je to urychleně doučit. Tyto děti se sice většinou dobře učí, ale mají nízké sebevědomí a neumějí přijímat chválu, protože na ní nejsou od rodičů zvyklé. Zvýšené nároky se nemusejí nutně týkat pouze školních úspěchu, časté jsou také případy rodičů přehnaně tlačících děti do sportu nebo hry na hudební nástroj. Rodiče si tím často plní skrze děti své nesplněné sny nebo chtějí, aby děti pokračovaly v jejich šlépějích. Škola má také velký vliv na úzkostnost žáků. Může jít o přehnané nároky učitelů nebo obtížnost učebního plánu, šikana mezi dětmi nebo obávaný učitel. Takový učitel dítě buď vědomě, nebo nevědomě shazuje svými průpovídkami a podrývá tak jeho sebevědomí i postavení ve třídě, což v dítěti také vyvolává strach a odpor ke škole.⁷²

Balcar a kolektiv shrnují Krowatschekovy vlivy okolí do úseku sociálních vztahů, jejichž narušení je významným patogenním činitelem. Dodávají, že velmi nebezpečné je pohybování se v jakémsi bludném kruhu, kdy společnost negativně působí na dítě, dítě se jí straní a to opět vyvolává negativní reakci společnosti. Dítě tak dostává nálepkou asociála, se kterou se často vnitřně ztotožní a je velmi těžké ji odstranit.⁷³

Ve školním prostředí s tímto souvisí pojem naučená bezmocnost, kdy je školák učitelem zaškatalkovaný jako podprůměrný a je také podle toho neustále špatně hodnocen. Školák tak ztrácí motivaci a chuť se učit a roli podprůměrného žáka přijme.⁷⁴

Krowatschek krátce zmiňuje také tělesné příčiny neuróz. Patří sem vedlejší účinky některých léků, které mohou symptomy úzkosti zesilovat nebo působení kofeinu na nervový systém dítěte. Kofein obsahují kolové limonády, ledové čaje i některé druhy čokolád, takže je radno tyto u dětí velmi oblíbené pochutiny omezit, což také není zcela snadný úkol vzhledem k velkým počtům školních bufetů a automatů, které jsou zásobeny

⁷² KROWATSCHEK, *Do školy beze strachu*, s. 31-42.

⁷³ BALCAR, *Dětská psychoterapie*, s. 18-19.

⁷⁴ HUNT, *Psychologický slovník*, s. 158.

převážně těmito druhy potravin. Rozčilení a nervozitu také spouští některé nemoci, např. zvýšená činnost štítné žlázy může způsobit panický záchvat.⁷⁵

Michalčáková doplňuje, že velké nároky nemusí mít na dítě pouze rodiče či učební plán, ale i úspěšnost vrstevníků, vedle kterých se dítě cítí méněcenně, a tudíž se stahuje do sebe a utlumuje aktivity, ve kterých jim není schopno plnohodnotně konkurovat.⁷⁶ Zajímavé je také zjištění, že na vznik úzkosti má vliv mimo jiné pohlaví dítěte nebo přesněji jeho genderová role. Autorka uvádí ve své knize výsledky testů, ve kterých byly srovnávány výsledky papírových dotazníků a testů z laboratoře, kde byly děti připojeny k detektoru lži. Ukázalo se, že u dívek nebyl ve výsledcích velký rozdíl, na rozdíl od chlapců, kteří popisovali menší strach, než poté ve skutečnosti prožívali. Přesto byla u chlapců zaznamenaná úzkost menší než u dívek. Z výzkumu vyplývá, že společnost vede chlapce k dodržování zásad mužské role, a proto svůj strach nedávají často znát a tolik jej neprožívají.⁷⁷

Starší literatura naproti tomu uvádí, že dívky a ženy jsou k úzkosti náchylnější zejména z toho důvodu, že si neumí správně vybit zlost a agresivitu, potlačují ji v sobě a právě to podněcuje vznik neurotických potíží.⁷⁸

Michalčáková dále zmiňuje jako jediná z uvedených autorů vliv kulturního kontextu neuróz. Z výzkumů vyplývá, že děti žijící v kultuře pro sociální, s vysokou mírou kolektivismu (např. Latinská Amerika nebo Asie), trpí častěji strachem ze sociálního hodnocení svého okolí, než děti vyrůstající v typicky individualistických kulturách jako je Evropa či USA. Také děti pocházející ze sociálně slabšího prostředí vykazují větší míru úzkosti a strachu než děti ze středních a vyšších vrstev. Jejich strach se také více týká vnějšího okolí.

Autorka zmiňuje také vliv temperamentu na vznik úzkosti. Z výzkumů vychází, že děti, jejichž temperament je označen za obtížný nebo pomalu se rozechřívající, jsou celkově úzkostlivější a bázlivější. Tyto typy temperamentu se projevují mírnými až silnými negativními emocemi, intenzivními reakcemi na okolí, nepravidelným biorytmem, špatnou adaptibilitou a negativními reakcemi na neznámé osoby a situace. Podle Eysenckovy typologie se dá obtížný temperament náchylnější k úzkostem nazvat labilní introverzí, čili podle klasické typologie melancholií, projevující se náladovostí, uzavřeností do sebe, odvráceností se od společnosti, pesimismem, tichostí a rigidností. Úzkostnost dále

⁷⁵ KROWATSCHEK, *Do školy beze strachu*, s. 31-43.

⁷⁶ MICHALČÁKOVÁ, *Strachy v období rané adolescence*, s. 44.

⁷⁷ MICHALČÁKOVÁ, *Strachy v období rané adolescence*, s. 46-47.

⁷⁸ MATOUŠEK, *Kontexty neuróz*, s. 32.

ovlivňují i další osobnostní charakteristiky jako je inteligence, motivace a další schopnosti, které umožňují zvládnání požadavků okolí.

K vnějším činitelům patří zejména nejužší rodina, která na sebe postupem času váže rodinu širší, vztahy se sousedy a přáteli a celkové společenské prostředí, škola, vrstevníci a kultura dané společnosti. Nukleární rodina je významná tím, že působí od samého začátku na vývoj dítěte a může tak usměrňovat jeho osobnostní charakteristiku. Při vhodném působení se formuje zdravá a vyrovnaná osobnost, při působením nevhodném naopak osobnost nevyrovnaná a neurotická. Autorka blíže popisuje vlivnost partnerského vztahu mezi rodiči. Rodiče by měli být jakýmsi socializačním týmem, navzájem se doplňovat a podporovat. Časté neshody a konflikty, při kterých matka povolí, co otec zakáže, se projevují na emoční nestabilitě dítěte velmi významně. Při konfliktech hraje také roli jejich konkrétní podoba. Za konflikty s nejhrošími důsledky jsou považovány ty, jejichž součástí bývá hrubé násilí nebo ty, do nichž je dítě přímo zapojováno. Časté konflikty mezi rodiči ústí v dnešní době nejčastěji v rozvod, který je pro dítě také příčinnou úzkosti a depresí, a to zejména kvůli náhlým změnám, sebeobviňování a smutku po odešlém rodiči. S popisem rizikových výchovných stylů u Krowatscheka Michalčáková souhlasí a přidává k nim navíc výchovu příliš liberální, kterou dítě vnímá jako lhostejnost, výchovu nedůslednou a rozporuplnou, která dítě mate a výchova rodiči, kteří dítě citově přijímají nedostatečně nebo vůbec, protože jim připomíná životní nezdár nebo nesplňuje jejich očekávání.⁷⁹

Fontana nepřipisuje takovou důležitost stylům rodinné péče nebo úplnosti rodiny, jako rodině, která se dlouhodobě rozpadá. Děti, které často přihlížejí citovému nebo fyzickému násilí rodičů, jsou mnohem náchylnější k úzkostem než například děti z neúplných rodin. Pro takové děti je často dovršení rozvodu vysvobozením, ačkoliv po té je zase může stresovat situace přetahování se rodičů o jeho náklonnost a využívání ho jako zbraně proti sobě navzájem. Dále také upozorňuje na velký vliv konfliktu mezi školou a rodinou. Nejčastěji se to týká dětí z etnických menšin, které jsou doma vychovávány k odlišným hodnotám, než k těm, co se jim snaží vštěpovat učitelé ve škole. V dětech pak roste konflikt mezi těmito prostředími, který může ústit ve velikou úzkost.⁸⁰ Tohoto tématu se dotýká ve své knize i Michalčáková, u kapitoly kulturního kontextu neuróz.⁸¹ Miňhová vyzdvihuje v otázce příčin neuróz význam konfliktu, a to jak intrapersonální, tak interpersonální. Jako typické konflikty ve školním věku uvádí konflikty mezi dítětem a

⁷⁹ MICHALČÁKOVÁ, *Strachy v období rané adolescence*, s. 49-68.

⁸⁰ FONTANA, *Psychologie ve školní praxi*, s. 39-42.

⁸¹ MICHALČÁKOVÁ, *Strachy v období rané adolescence*, s. 67-68.

učitelem, mezi rodiči a učitelem, mezi dítětem a vysokými nároky rodičů nebo mezi vysokými školními požadavky.⁸² Michalčáková ještě doplňuje konflikt mezi rodiči navzájem.⁸³

Říčan a Krejčířová uvádí, že ačkoliv se jednotliví autoři přímo neshodují v míře dědičnosti neurotismu, obecně se předpokládá, že jej ovlivňuje na 50 %. Jak už je v práci několikrát zmíněno, velkou roli hraje samozřejmě prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. V praxi se to má tak, že děti, které zdědily větší míru neurotismu, jsou ke konfliktnosti prostředí mnohem vnímavější, což znamená, že se u nich neuróza může projevit i v prostředí na konflikty relativně chudém. Naopak prostředí, ve kterém se konflikty vyskytují ve velmi hojném počtu, neurotismus posiluje a může tedy spustit neurózu i u dětí, u kterých by v klidném prostředí vůbec nepropukla. Tito autoři také doplňují, že v otázce dědičnosti neurotismu hraje velkou roli nejen počet postižených neurózou v rodině a její závažnost, ale také věk, ve kterém se objevily první příznaky. Pravděpodobnost neuróz také zvyšují sňatky mezi příbuznými.⁸⁴

Důležitým faktorem při vzniku úzkostných poruch u žáků základních škol je samozřejmě školní prostředí, a to hlavně z toho důvodu, že v něm žáci tráví podstatnou část svého dne. Karásková –Ulbertová řadí mezi nejběžnější problémy působící ve školním prostředí úzkostné stavy podle nejčastějšího výskytu takto: Problémy ve školním kolektivu, strach z reakce rodičů na vysvědčení, vztah s učitelem, problémy s látkou, strach ze zkoušení nebo celkově ze školy, problém s volbou školy a záškoláctví.

Problémy ve školním kolektivu jsou, jak vyplývá z výzkumů, nejčastější (31,5 %). Konflikty mezi spolužáky bývají značně emotivní, neobejdou se většinou bez velkého citového rozrušení, smutku a pláče. Nejběžněji se jedná o nepřijetí žáka kolektivem ostatních, zesměšňování, agrese některého ze spolužáků nebo přílišná rivalita individualistů nebo soubor různých školních partiček. V extrémnějších případech jde o šikanu a vliv drog.⁸⁵ Šikanou se podrobněji zabývá Vágnerová. Šikanu definuje jako „úmyslné a opakované fyzické i psychické ubližování slabšímu jedinci (skupině) silnějším jedincem (skupinou)“⁸⁶. Šikana patří v současné době mezi nejzávažnější negativní jevy na školách všech typů a zaměření. Jejimi oběťmi se stalo více než 40% žáků, což je opravdu alarmující číslo. Novou formou šikany je kyberšikana, což je šikana využívající k

⁸² MIŇHOVÁ, *Psychopatologie pro právníky*, s. 109.

⁸³ MICHALČÁKOVÁ, *Strachy v období rané adolescence*, s. 60.

⁸⁴ ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, *Dětská klinická psychologie*, s. 53-54.

⁸⁵ KARÁSKOVÁ-ULBERTOVÁ, *Děti a jejich problémy III*, s. 63-64.

⁸⁶ VÁGNEROVÁ, *Minimalizace šikany*, s. 11.

ublížování elektronických prostředků, jako jsou mobilní telefony, počítače, internet apod.,⁸⁷ přičemž v současné době se jistě nejvíce využívá sociálních sítí. Scheerová dodává, že pozitivní vztahy mezi spolužáky jsou pro školáka nadevše důležité, protože ve skupině vrstevníků se formuje školákova osobnost a postoje, dochází k sociálnímu učení a uspokojování potřeb přijetí a sounáležitosti.⁸⁸

Druhým nejzávažnějším problémem jsou **obavy z reakce rodičů** na průběžné známky a závěrečné vysvědčení (25,9 %). Na jedné straně je strach z reakce na špatné známky přirozená a ukazuje to fakt, že dítě je na rodičích závislé a je pro ně důležitý jejich názor a hodnocení. Nechtějí rodiče zklamat a mají strach z následujícího trestu. Na straně druhé to může ukazovat na nezdravé rodinné prostředí, přehnanou přísnost rodičů, týrání apod.

S tímto je také spojen **strach ze zkoušení**, jehož příčiny vzniku jsou velmi podobné.⁸⁹ Sedláčková píše, že jsou tyto problémy způsobeny také tím, že ve společnosti převládá absurdní myšlenka, že dobré známky jsou předpokladem úspěšnosti v budoucím zaměstnání a životě.⁹⁰ Krowatschek tvrdí, že školáků trpících úzkostí ze zkoušení přibývá zejména proto, že se po nich vyžaduje stále více testů a zvyšuje se také objem učiva.⁹¹

Problémy ve vztahu žáka s učitelem dosahují v četnosti výskytu 15,8 % a vyskytují se nejčastěji v podobě přehnaných nároků na žáka, nespravedlivostí učitele, ponižování žáka učitelem, averzí žáka vůči učiteli nebo naopak averzí učitele vůči žákovi. Tyto faktory působí žákům úzkost a nervozitu před hodinami vedenými nenáviděným pedagogem, nechutí k učení se daného předmětu a záškoláctví. Méně častým rizikovým vztahem mezi žákem a učitelem je láska k učiteli. Neopětovaná láska je pro každého velmi bolestivá, stejně tak pro dítě nebo dospívajícího. Opětovaná láska učitelem je však mnohem horší, jedná se samozřejmě o trestný čin, který se musí řešit soudně.⁹² Sedláčková komentuje nespravedlivost učitelů tím, že nespravedlivé je už samotné známkování, protože startovní podmínky nejsou pro všechny žáky stejné (vrozené dispozice, nadání, lepší zázemí apod.).⁹³

⁸⁷ VÁGNEROVÁ, *Minimalizace šikany*, s. 9-92.

⁸⁸ SCHEEROVÁ, *Děti a jejich problémy III*, s. 91.

⁸⁹ KARÁSKOVÁ-ULBERTOVÁ, *Děti a jejich problémy III*, s. 65-66.

⁹⁰ SEDLÁČKOVÁ, *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*, s. 106.

⁹¹ KROWATSCHEK, *Do školy beze strachu*, s. 79.

⁹² KARÁSKOVÁ-ULBERTOVÁ, *Děti a jejich problémy III*, s. 66-67.

⁹³ SEDLÁČKOVÁ, *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*, s. 53.

Další v řadě školních potíží je **problém s učením**, který je nejčastěji způsobený nedostatečnou motivací dítěte, nesprávnou přípravou nebo osobními problémy žáka (zejména disfunkční vrstevnické nebo rodinné vztahy, popř. vztah s učitelem).

Kořeny **strachu ze školy** jsou všechny výše uvedené faktory (může to být např. strach ze šikany či averze učitelů nebo všechno dohromady). Strach může být tak silný, že přeroste ve fobii a nastartuje u žáků vyhýbavé chování, které vede k záškoláctví.

Záškoláctví nemusí mít jen podobu vyhýbavého chování při školní fobii, ale i utíkání od nesplněných školních povinností, nezájem o vyučování je až druhotný.

Volba školy může být pro žáka také značně stresující a úzkost vyvolávající záležitost, ať už je to otázka přechodu na víceleté gymnázium nebo střední školu po ukončení ZŠ. Volba dalšího vzdělání je velmi důležité rozhodnutí, protože nesmírně ovlivňuje žákovo zaměření a tak celý budoucí život. Dítě může stresovat také fakt, že se bude muset rozloučit s bývalým kolektivem a začleňovat se do nového, což není vždycky příjemné a snadné.⁹⁴

Vesměs všichni výše uvedení autoři hovoří o příčinách vzniku neuróz jako o kombinaci vnějších a vnitřních faktorů. Michalčáková to shrnuje pojmy „poorness of fit“ a „goodnes of fit“, přičemž první termín znamená nesoulad mezi temperamentem, osobnostními charakteristikami a okolním prostředím a z tohoto důvodu neschopnost zvládnání požadavků na osobnost a podnícení vzniku úzkosti, druhý termín znamená přesný opak.⁹⁵

Školní prostředí velmi úzce souvisí s prostředím rodinným, proto jej v kapitole hojně zmiňuji. Za prvé tím, že žáci základních škol za sebe ještě nemají zodpovědnost a rodiče je tedy zastupují, za druhé tím, že rodina je primární skupinou, která se na výchově a socializaci dítěte podílí nejvýrazněji. Také většina zde uvedených publikací doporučují jako řešení vždy kontaktovat učitele i rodiče a řešení realizovat po domluvě s nimi. Zrovna tak rodiče o většině problémů informují školu a způsob řešení konzultují i s ní. Také školní problémy do značné míry ovlivňuje kvalita rodinného prostředí. Záleží jak je dítě vychovávané a socializované, protože podle toho působí na své okolí ve škole a ono na něj (př. děti doma velice rozmazlované až zbožšťované mají velké problémy při naklonění si ostatních dětí ve třídě a získání si přátel. Stejně tak děti přehnaně tiché a bázlivé, uzavřené před světem, na které negativně působí autoritářská výchova nebo časté konflikty rodičů).

⁹⁴ KARÁSKOVÁ-ULBERTOVÁ, *Děti a jejich problémy III*, s. 63-74.

⁹⁵ MICHALČÁKOVÁ, *Strach v období rané adolescence*, s. 51.

4 Terapie neurotických poruch

Vymětal uvádí, že před čtyřiceti lety byla psychoterapie obecně nejvíce zaměřena právě na léčbu neuróz, které byly nejčastějším duševním onemocněním. Obsahy vnitřních i vnějších konfliktů se postupem času změnily a úzkost se dnes transformuje spíše do psychosomatických problémů než do psychické sféry samotné, jak tomu bylo dříve. Z těchto důvodů se tenkrát léčily neurotické poruchy převážně hospitalizací na psychiatrii. Dnešní trend je právě opačný a drtivá většina pacientů se tedy léčí ambulantně. Pacienti se učí nalézt jádro svých problémů a vypořádat se s ním a také seberegulaci, do které patří hlavně relaxační a meditační techniky.⁹⁶

4.1 Terapie neurotických poruch nespécifických pro dětský věk

4.1.1 Fobické poruchy

Terapii fobických poruch je třeba přizpůsobit věku pacienta. U předškolních dětí půjde především o rodinnou terapii, protože vztah mezi dítětem a rodičem hraje důležitou roli při překonávání poruchy. U starších dětí a adolescentů se praktikuje multimodální přístup, který spočívá nejprve v poučení rodičů a ve spolupráci s nimi, dále ve spolupráci s rodinným lékařem a se školou, kterou dítě navštěvuje. Psychoterapie se pak používá behaviorální nebo dynamická. U starších dětí je také možné využít farmakoterapii, a sice antidepresiva nebo výjimečně benzodiazepiny.⁹⁷

Ján Praško ve své publikaci také doporučuje behaviorální terapii, zejména pak expoziční léčbu, která je díky opakovanému kontaktu s obávanými podněty nejúčinnější. Při této poruše je podle něj lepší aplikovat samotnou behaviorální terapii než její kombinaci s kognitivní terapií. Praško uvádí ještě další techniky jako je hypnóza nebo relaxační cvičení.⁹⁸

⁹⁶ VYMĚTAL, *Úvod do psychoterapie*, s. 195.

⁹⁷ MALÁ, *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 227.

⁹⁸ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 202.

4.1.2 Jiné úzkostné poruchy

4.1.2.1 Panická porucha

O terapii u dětí nemá pedopsychiatrie dostatečné zkušenosti, nedávná první otevřená studie hovoří o využití farmakoterapie, jejíž úspěšnost je kolem 75% a je také velmi dobře snášenlivá. V psychoterapii se využívá kognitivně-behaviorální terapie.⁹⁹

Kognitivně-behaviorální terapii také opěvuje Jan Praško. Ačkoliv existuje mnoho specifických psychoterapií, např. psychodynamické a humanistické přístupy, jejichž účinek je podle něj ryze individuální. Neznamená to však, že by měly být považovány za neefektivní, pouze se nedají zobecnit na celou skupinu pacientů a jejich výsledky je těžké posuzovat.¹⁰⁰

Za nejlepší strategii zvládnání panické poruchy je tedy považována kombinace behaviorální a kognitivní terapie.

Behaviorální léčba je založena na expozici konkrétní fobické situace, tedy na postupném vystavování obávaným podnětům a postupném přivykání na tyto podněty, přičemž pacientova úzkost postupně klesá. Využívá expozici, relaxaci a řízené dýchání. Účinnost se pohybuje mezi 60-80 % a daří se jí udržet až několik let po ukončení léčby.¹⁰¹

Kognitivní terapie je založena na myšlence, že pacientovy panické záchvaty a vyhyčavé chování jsou způsobeny především negativním myšlením a vnímáním a snaží se toto změnit na pozitivní pohled. Využívá modifikaci myšlenek a postojů a je primárně zaměřena na změnu pacientových kognitivních procesů.¹⁰²

Kognitivně-behaviorální terapie kombinuje oba tyto přístupy, přičemž se více zaměřuje na kognitivní práci s pacientovou motivací k léčbě. Překvapivé bylo zjištění Gouldeta a spol., že tato terapie je účinnější samotná, nežli v kombinaci s farmakou. Kognitivně-behaviorální terapie vyšla ve většině studií při léčbě panické poruchy jako neúčinnější, proto se používá nejčastěji. Její nespornou výhodou je vysoká účinnost a trvalost, ovšem na druhou stranu je velmi náročná a díky nízkému počtu kvalitních terapeutů špatně dostupná.¹⁰³

⁹⁹ MALÁ, *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 217.

¹⁰⁰ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 207.

¹⁰¹ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 207.

¹⁰² Hartl, *Psychologický slovník*, s. 617.

¹⁰³ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 209-210.

4.1.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha vyžaduje dlouhodobější léčbu a je možné ji léčit několika způsoby. Samotná psychoterapie je využívána u mírnějších forem. U forem středně závažných a těžkých je třeba využít farmakoterapii nebo kombinaci obojího.¹⁰⁴ Z psychoterapie se užívá rodinná terapie, individuální terapie a kognitivně-behaviorální terapie. Rodinná terapie je vhodná zejména pro rodiny s nadměrnými požadavky na dítě. Pomáhá rodičům přizpůsobit nároky na dítě jeho schopnostem a najít k němu vhodný přístup. Individuální terapie je využívána především při léčbě starších dětí. Pomáhá posílit pacientovo sebevědomí, podporuje ho v samostatnosti a v utváření reálných životních cílů. Kognitivně-behaviorální terapie nacvičuje s pacientem řešení jeho běžných problémů, odbourává vyhýbavé chování, simuluje obávané situace a pomáhá je zvládat. Využívá také řadu neverbálních technik, například relaxaci.¹⁰⁵

Praško upozorňuje, že při farmakoterapii se pacienti často obávají závislosti na lécích nebo jejich vedlejších účinků, proto je velmi důležité, aby terapeut vše srozumitelně vysvětlil a probral s pacientem nebo jeho rodiči. To samé platí pro psychoterapii, protože ne vždy je kvůli nedostatku specializovaných terapeutů nebo pro nedostatečný intelekt proveditelná. Terapeut by měl také pacienta nabádat k trpělivosti, poněvadž doba léčby se pohybuje okolo dvou let a pacient díky tomu, že většinou již bezvýsledně navštěvoval somatické odborníky, může být k „pouhému povídání“ s terapeutem nedůvěřivý.¹⁰⁶

4.1.3 Obsedantně-kompulzivní porucha

Léčba obsedantně-kompulzivní poruchy byla objevena teprve nedávno., až v 70. letech 20. Století, kdy byla objevena nová farmaka a nové přístupy v kognitivně-behaviorální terapii. K pokroku přispěl Meyer, který zkoumal nutkové projevy u zvířat, ze kterých usoudil, že jsou typem naučeného vyhýbavého chování, kterému se pak při terapeutickém sezení pokusil zabránit. Když záhy Rachman s kolektivem vynalezli odstupňovanou expozici vůči situacím vyvolávajícím obsesi, spojily se oba přístupy v jeden, zvaný expozice se zábranou rituálu. Dnes je tento přístup obohacen o kognitivní techniky a hojně využíván.¹⁰⁷ Terapie obsedantně-kompulzivní poruchy je většinou velmi komplexní, avšak v posledním desetiletí se stále více prosazují dva základní přístupy. Jedním z nich je již výše zmíněná kognitivně-behaviorální terapie a druhým

¹⁰⁴ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 91-92.

¹⁰⁵ MALÁ, *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 220.

¹⁰⁶ PRAŠKO, *Úzkostné poruchy*, s. 92.

¹⁰⁷ PRAŠKO, *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*, s. 41.

farmakoterapie SSRI antidepresivy. Obě tyto terapie dosahují skvělých výsledků, mají až 80% úspěšnost. Základem kognitivně-behaviorální terapie je postavení se obávaným situacím. Terapie je velmi individuální, vypracovává se seznam obávaných situací podle míry strachu. Terapeut se snaží pacienta přesvědčit, že čím častěji obávanou situaci prožije, tím lépe se ji naučí zvládat, a že lze úzkost zvládnout i bez doprovodných rituálů. U dětí je najít spouštěč těchto obsesí a rituálů mnohem složitější, než tomu je u dospělých, proto při terapii často asistují rodiče dítěte, kteří pomáhají se sepsáním seznamu obávaných situací a s podrobným popisem chování dítěte.¹⁰⁸

E. Malá uvádí ještě další typy terapií obsedantně-kompulzivní poruchy, a to elektrokonvulzivní terapii, magnetickou stimulaci, hormonální a chirurgickou léčbu, avšak jejich použití je u dětí a adolescentů téměř vyloučeno.¹⁰⁹

Praško vedle kognitivně-behaviorální terapie zmiňuje také psychoanalýzu a skupinovou terapii. Psychoanalýza nebo jiné formy dynamické terapie nejsou zaměřeny přímo na odbourávání projevů nutkavého chování a myšlenek, ale spíše na posílení osobnosti postiženého, která bude odolnější vůči úzkosti, a tudíž bude rituály provádět méně často. Tyto terapie vychází z předpokladu, že jsou obsese a kompulze způsobeny skrytými problémy. Jejich hlavní náplní je tyto problémy odhalit a vyřešit je. Velmi důležitý je vztah mezi pacientem a terapeutem, který odráží vztahy mezi pacientovými blízkými osobami z dětství a asociuje vzpomínky na konflikty z minulosti. Pacient je veden k jejich hlubšímu porozumění a změně pohledu na ně, na sebe i na své okolí. Na sezení dochází zpravidla dvakrát až čtyřikrát týdně po dobu tří a více let. Její výhodou je emoční zrání pacienta, nevýhodou časová náročnost a k ní často nedostatečně úměrné zmírnění obsesí a kompulzí.¹¹⁰

Skupinová terapie probíhá nejčastěji ve skupině osmi až dvanácti členů a měla by být vedená dvěma terapeuty, nejlépe mužem a ženou. Z důvodu nedostatku školených terapeutů nelze toto pravidlo vždy dodržet. Sezení trvá 1,5 – 2 hodiny a mohou se jich účastnit i blízcí postižených. Cílem léčby je upozornit pacienta na souvislost mezi nutkavým chováním a jeho problémy a pokusit se jeho chování a návyky postupně změnit. Terapie ve skupině urychluje zrání osobnosti a učí je lépe porozumět sobě i druhým, a to hlavně díky důvěrné atmosféře a pocitu sounáležitosti s ostatními pacienty. Při samotné

¹⁰⁸ MALÁ, *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 233.

¹⁰⁹ MALÁ, *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 234.

¹¹⁰ PRAŠKO, *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*, s. 48-49.

skupinové terapii příznaky obsedantně-kompulzivní poruchy příliš neustupují, proto je vhodné ji využívat jako podpůrného prostředku při kognitivně-behaviorální terapii.¹¹¹

4.1.4 Posttraumatická stresová porucha

V dětské terapii posttraumatické stresové poruchy se musí brát ohled na případné regresivní projevy dítěte. Dále se doporučuje dítě umístit do klidného prostředí vzbuzujícího pocit bezpečí a zajistit pro ně osobu, které se bude moci svěřit se svými stavy úzkosti, vzteku, strachu, pocitu viny atd. a bude je před ní moci pravidelně ventilovat. Významným prostředkem v dětské psychoterapii je také samozřejmě hra. Farmakoterapie je účinná především na zmírnění symptomů vegetativního systému.¹¹²

4.2 Dětská psychoterapie

Dětská psychoterapie se vyvinula teprve na začátku minulého století ze dvou základních proudů, a to z dětské psychologie a z psychoterapie dospělých. Mezi dětskou psychoterapií a psychoterapií dospělých jsou značné rozdíly třeba už jen v tom, že dospělý si je většinou své neurotické poruchy vědom, její symptomy ho přímo obtěžují a chce se jich zbavit. Terapeuta si vyhledává sám a je tedy léčbě pozitivně nakloněn. Naproti tomu dítě si svou poruchu neuvědomuje, symptomy ho příliš netíží a vysvětluje si je často jako nepřízeň okolí. K terapeutovi je dovedeno dospělým, a proto si jej musí terapeut pro léčbu nejprve získat, což nemusí být vždy snadné. Další rozdíl je v tom, že pro dítě nemá rozhovor takovou váhu jako pro dospělého, proto se využívá až u dětí staršího školního věku a mladistvých. U dětí předškolního a mladšího školního věku se využívá různých činností, společné hry a neverbálních signálů ve vzájemné komunikaci.¹¹³ Vymětal ve své publikaci píše také o častém využívání činnostních terapií, jako je arteterapie, muzikoterapie nebo převážně u starších dětí dramaterapie. Tyto terapie je podle něj nejlepší provádět ve skupince dalších školáků, nejlépe spolužáků postiženého dítěte, a to z toho důvodu, že se dítě naučí pohybovat ve společnosti vrstevníků, prosazovat své názory a naopak ustupovat druhým, což jsou dovednosti nezbytné pro celý nadcházející život. Velký význam v dětské terapii má také rodinná terapie, která pracuje se všemi rodinnými příslušníky a vztahy mezi nimi.¹¹⁴ Zajímavým způsobem dětské terapie je také sugesce a hypnóza. Sugescce spočívá v nekritickém přijetí představy skutečnosti, která je nám nabízena, přičemž nezáleží na tom, jestli je reálná či nikoliv. Vsugerovanou

¹¹¹ PRAŠKO, *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*, s. 49.

¹¹² HRODEK, *Pediatric*, s. 567.

¹¹³ BALCAR, *Dětská psychoterapie*, s. 9-11.

¹¹⁴ VYMĚTAL, *Úvod do psychoterapie*, s. 164-166.

skutečnost pak vnímáme, prožíváme a také na ni fyziologicky reagujeme. Takovou představu si můžeme vsugerovat sami, ale častěji nám jí poskytuje druhý člověk (terapeut). Do jaké míry je člověk sugescí ovlivnitelný, udává tzv. sugestibilita, která samozřejmě není u všech lidí stejná. Obecně jsou sugestibilnější děti, konkrétně ty mladšího věku. Platí zde zásada, že čím je dítě mladší, tím je sugestibilnější. Z tohoto důvodu je použití metody sugesce u dětí častější a úspěšnější než u dospělých. U žáků se obvykle navozuje obraz nekonfliktního školního prostředí, a to konkrétní představy líčené kladně, např. „sedíš klidně v lavici, jsi silný a odvážný a na zkoušení dobře připraven.“ namísto „ze zkoušení nemáš strach.“ Léčebný účinek spočívá v tom, že sugerovaná představa převládne nad ostatními vlivy, jako jsou negativní představy, zvyky a motivy a navodí pozitivní prožívání a odvahu změnit se k lepšímu. Sugescie je velmi účinná při léčbě enurézy a enkoprézy, obsedantně-kompulzivní poruchy a k navození optimismu a chuti bojovat s nezdary ve škole.¹¹⁵ Hypnóza je zvláštní psychofyziologický stav, který zpravidla podporuje a usnadňuje léčbu sugescí. Nejde tedy o metodu léčby, nýbrž o její jakýsi zesilovač tím, že ve stavu hypnózy je velmi zesílená vnímavost, která je ovladatelná a maximálně soustředěná na terapeuta, přičemž ostatní podněty jsou odkloněny a zastíněny. V plné šíři se hypnóza využívá od sedmi let mentálního věku, u mladších dětí je možná jen částečně.¹¹⁶ Kratochvíl dodává, že u dětí jsou účinnější techniky sugesce, které vycházejí z fantazijních představ dítěte. Jde o jakousi hru na „jako by“. Dítě si představuje svou vysněnou představu, př. „jako by“ se prochází po zámku Šípkové Růženky. Pod terapeutovým vedením se stane tato představa velmi živou, pro dítě téměř skutečností, do které aktivně zasahuje. Právě do tohoto zážitku se sugescie vkládají nejlépe a jsou nejúspěšnější.¹¹⁷

4.2.1 Poruchy příjmu potravy

U léčby bulimie a anorexie se nejčastěji uplatňuje hospitalizace a kombinace více terapeutických metod. Podle Kocourkové se jedná zejména o skloubení léčby prostředím s režimovými prvky a rekreačními aktivitami, s individuální, rodinnou i skupinovou terapií. Farmakoterapie se zde téměř nepoužívá. Prognóza mentální anorexie a bulimie je velmi závažná. Výzkumy ukazují, že se výrazně zlepší pouze zhruba polovina, a že až jedna pětina končí smrtí.¹¹⁸ Balcar doplňuje, že se u těchto poruch užívá také

¹¹⁵ BALCAR, *Dětská psychoterapie*, s. 69-74.

¹¹⁶ BALCAR, *Dětská psychoterapie*, s. 75-80.

¹¹⁷ KRATOCHVÍL, *Základy psychoterapie*, s. 140.

¹¹⁸ KOCOURKOVÁ, *Dětská klinická psychologie*, s. 186-187.

hypnosuggestivní metoda, která podporuje zdravé vnímání svého těla a chuť k jídlu a pocitu nasycenosti.¹¹⁹ Jako nápravu nechutenství v dětském věku doporučuje Krejčířová rodinnou terapii, která je zpravidla účinná po krátké době. Mnohdy dokonce stačí jen poradenské sezení zaměřené na změnu rodičovských postojů¹²⁰, v čemž se shoduje s Matějčkem.¹²¹

4.2.2 Poruchy spánku

Podle Krejčířové je většina poruch spánku spjata se stavem nejbližšího okolí. Může jít o vztahy s rodiči, výchovné problémy apod. Pro tyto případy je vhodná především rodinná terapie. Pokud se porucha spánku vyskytuje izolovaně, je lepší zvolit terapii behaviorální, která se snaží o zavedení nových návyků samostatného usínání.¹²²

4.2.3 Poruchy vyměšování

Balcar uvádí, že u poruch vyměšování se uplatňuje zejména suggestivní hypnoterapie, která má podpořit schopnost ovládnutí pochodů vedoucích k vyměšování. Ke zlepšení vyrovnanosti dítěte, a tedy usnadnění léčby, se využívá autoregulační či hypnosuggestivní přeladování. Behaviorální terapie pomáhá nacvičovat volní ovládnutí vyměšování a to tak, že dítě opakovaně spouští a zadržuje vyměšování, což podporuje vytvoření návyku potlačení vyprazdňování, dále pak pomáhá dítě motivovat k překonání poruchy.¹²³

4.2.4 Mluvní neurózy

U koktavosti se terapie běžně snaží o sejmutí nadměrného napětí, ať už tělesného či citového. K tomuto účelu se užívají různé relaxační a hypnosuggestivní metody. Z behaviorálních postupů je osvědčena řízená nápodoba (např. opakování přečteného textu), nácvik řeči v hypnóze, který se pak upevní a převede do stavu bez hypnózy, nebo manipulace následky, kdy se odměňuje plynulá řeč. Možná je také rodinná terapie.¹²⁴ Při neurotickém mutismu doporučuje Matějček terapii podporující jistotu dítěte a uvolňování zábran, protože ty jsou v podstatě příčinou mutismu. Další řečové poruchy jako je breptavost, patlavost nebo huhňavost jsou napravené především logopedií.¹²⁵

¹¹⁹ BALCAR, *Dětská psychoterapie*, s. 373.

¹²⁰ KREJČÍŘOVÁ, *Dětská klinická psychologie*, s. 189.

¹²¹ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 136.

¹²² KREJČÍŘOVÁ, *Dětská klinická psychologie*, s. 191.

¹²³ BALCAR, *Dětská psychoterapie*, s. 378-380.

¹²⁴ BALCAR, *Dětská psychoterapie*, s. 382-384.

¹²⁵ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 166-172.

4.2.5 Neurotické návyky

Psychoterapie neurotických návyků je zaměřena na objevení a odstranění konfliktů, napětí a frustrací z okolí dítěte a na dodržování důkladné psychohygieny, jako je dostatek pohybu na vzduchu nebo dodržování správných zásad při usínání. Matějček upozorňuje, že za zlozvyky by rodič dítě neměl trestat nebo je zakazovat, protože hrozí přestěhování návyku do jiné činnosti. Lepší je zlozvyk dítěti nějakým způsobem znesnadnit, snažit se ho zajímavě zaměstnat nebo sejmout jeho napětí tělesným kontaktem (např. chycení dítěte za ruku či jemné hlazení).¹²⁶

4.2.6 Psychomotorický neklid

Matějček radí, aby byl neklidnému dítěti umožněn především dostatek přirozeného pohybu, nejlépe na vzduchu.¹²⁷ Prekopová uvádí tyto typy terapií: terapie pevným obětím, rodinná terapie, behaviorální terapie, různé typy rehabilitací, kineziologie, různé činnostní terapie, dietní výživa, popřípadě farmakoterapie.¹²⁸

Lehké nastínění prevence a terapií některých poruch je uvedeno také v kapitole o druzích neurotických poruch v rámci jednotlivých kategorií.

Dětskou terapií a prevencí proti úzkostem se zabývá také **pozitivní psychologie aplikovaná na vzdělávání**. Ta hovoří o škole jako o místě, kde se nejenom získávají všeobecné informace a dítě se zde naučí číst a psát, ale také jako o místě, kde jej naučí žít spokojený život. Škola by podle ní měla být místem, kde bude žákům příjemně a budou se cítit bezpečně. Dále bude podporovat jejich zájem o učivo a formování zdravých mezilidských vztahů. Učitel by měl mít ve své žáky důvěru, nehraný zájem a podporovat jejich individuální odlišnosti. Velký důraz je kladen na správnou motivaci žáků, podporu optimistického myšlení, přesné dodržování aktivit v hodině a na rozvoj morálních zásad a pozitivního postoje k sobě i okolí. Postoje školy vedou k prevenci a redukci nežádoucího chování u žáků, jako je agrese, užívání návykových látek apod. Škola, která využívá poznatky pozitivní psychologie, nepřipravuje studenty jen na úspěšné zvládnutí školní docházky, ale vštěpuje jim touhu po poznání a dychtivost naučit se něco nového i do budoucího života. Pozitivní psychologie ve vzdělávání vychází z výsledků mnoha testů, které ukazují, že sebekázeň žáků je mnohem lepší předpoklad pro úspěšně dokončené studium než jejich IQ. Dále, že pozitivní prožívání a emoce jsou účinnými zbraněmi v boji proti depresi a úzkosti a podporují životní spokojenost i učební proces, zejména pak

¹²⁶ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 279-282.

¹²⁷ MATĚJČEK, *Praxe dětského psychologického poradenství*, s. 205.

¹²⁸ PREKOPOVÁ, *Neklidné dítě*, s. 141-142.

kreativní učení. Zajímavé je také zjištění, že lidé šťastní během puberty mají v dospělosti výrazně vyšší příjmy než jejich méně šťastní vrstevníci.

Znaky pozitivních škol se dají shrnout následovně:

- Žáci chápou význam vyučovaných předmětů a považují je za důležité.
- Žáci jsou přesvědčeni, že jejich názor je důležitý a mají na dění ve škole přímý vliv.
- Atmosféra ve škole je jasná, stabilní, přísná, ale spravedlivá.
- Učitelé se soustředí spíše na opravu a podporu žákových schopností než na kritiku a tresty.
- Žádoucí chování žáků je chváleno a odměňováno.
- Škola podporuje vzájemný kontakt a pocit sounáležitosti mezi žáky a učiteli.

Zlepšení prostředí školy je důležité zejména z toho důvodu, že děti a hlavně mladší děti, v něm tráví většinu svého dne a jsou tak v interakci se svými spolužáky a učiteli často více než s rodinou. Programy pozitivního vzdělávání se tedy pokouší navodit ve škole takovou atmosféru, ve které budou žáci prožívat výrazně více pozitivních emocí (radost, zájem, inspirace, úspěch, klid apod.) emocí než těch negativních (strach, úzkost, hněv, opovržení apod.) a kde jim budou nabízeny takové aktivity, do kterých se můžou plně aktivně ponořit a prohloubit si tak své schopnosti, dovedností, sociální vztahy a zažívat pocit úspěšnosti.¹²⁹

Pozitivní psychologie používá pojem „flow“, který Křivohlavý vysvětluje jako naprosté ponoření se do vykonávané činnosti, kdy člověk úplně ztrácí pojem o čase a svém okolí a je maximálně soustředěn na tuto činnost.¹³⁰ U dětí lze „flow“ dobře pozorovat při hře, ale dá se navodit i při výuce ve škole. Lépe se to daří pedagogům, kteří dokáží žáky silně zaujmout, udržovat s nimi živý rozhovor a oční kontakt. „Flow“ u žáků také může vyvolat učitelův entuziasmus, energii, se kterou vykládá a interaktivita výuky. Tímto se vytváří nezapomenutelné zážitky, kdy jsou žáci a učitel naladěni na stejnou vlnu a vytváří se tak mezi nimi pevný vztah. Tento způsob výuky využívají tradičně Montessori školy, avšak flow zážitky do svého programu začleňuje i čím dál větší počet škol klasických.¹³¹

¹²⁹ SLEZÁČKOVÁ, *Průvodce pozitivní psychologií*, s. 217-221.

¹³⁰ KŘIVOHLAVÝ, *Pozitivní psychologie*, s. 173-174.

¹³¹ SLEZÁČKOVÁ, *Průvodce pozitivní psychologií*, s. 226.

Závěr

Oblast neurotických poruch je velmi rozsáhlá a také jejich etiologie a symptomatologie může být velice rozmanitá a komplikovaná. Přesto si myslím, že se mi podařilo popsat jednotlivé neurotické poruchy, jejich projevy i potenciální příčiny jejich vzniku u dětí a naplnit tak cíl mé práce.

V práci nejprve vymezuji pojem neuróza a vysvětlení jeho problematické užívání, vzhledem k tomu, že se mezinárodní klasifikace modernizuje a s ní i názvy jednotlivých poruch. Dále obsahuje definice neuróz autorů, které jsou pro mou práci stěžejní. Pro příklad uvádím definici Miňhové: *„Neuróza je porucha funkční, při níž nedochází k anatomickým změnám mozkové tkáně. Je reverzibilní, tzn. že není rezistentní vůči včasné a zaměřené terapii. Projevuje se poruchou adaptace člověka k vnějšímu prostředí. Má řadu příznaků tělesných a duševních, které jsou subjektem nepříjemně pociťovány.“* Tuto definici považuji za nejužitečnější.

Ve druhé kapitole popisuji rozdělení a druhy neurotických poruch. Rozdělila jsem je na dvě hlavní skupiny, a sice neurotické poruchy nespecifické pro dětský věk, do kterých spadají fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha a posttraumatická stresová porucha, a neurotické poruchy specifické pro dětský věk, kde jsou popsány poruchy příjmu potravy, spánku, vyměšování, tiky, mluvní neurózy, neurotické návyky a psychomotorický neklid. Do skupiny neuróz specifických pro dětský věk jsem podle MKN-10 zařadila také emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství a poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci. Neznamená však, že by se nespecifické poruchy pro dětský věk u dětí vůbec nevyskytovaly. Výskyt možný je, tudíž je do mé práce zařazena i tato skupina.

Ve třetí kapitole zmiňuji příčiny neurotických poruch. Ukázalo se, že názory na jejich vznik nejsou sice zcela jednotné, přesto se většina autorů shoduje na kombinaci několika faktorů, kterými jsou obecně dědičnost a vliv prostředí. Dědičnost je důležitým faktorem, protože v rodinách postižených se vyskytují neurózy až o jednu třetinu častěji než v běžné populaci. Některé názory připisují vliv také temperamentu a pohlaví. Za temperament náchylnější ke vzniku neuróz je označen typ melancholický. Z pohlaví je pak úzkostnější to ženské. Velmi významným faktorem je samozřejmě také působení nejbližšího okolí, jako je rodina a její vztahy, výchova, vliv vrstevníků, školní prostředí a nejrůznější krizové situace. Zajímavý mi přišel zejména názor, že příčinou neuróz nemusí být jen výchova

velmi přísná a přehnaně autoritářská, ale také naopak výchova příliš mírná a hyperprotektivní.

Čtvrtá kapitola obsahuje popis nejčastěji používaných terapií neurotických poruch. Opět jsem použila dělení na terapii specifických a nespecifických neurotických poruch pro dětský věk. V kapitole jsou také zvlášť zmíněna specifika dětské terapie a rozdíly mezi ní a terapií dospělých. Závěrem je popsán vliv pozitivní psychologie aplikované na vzdělávání a úpravu školního prostředí, které působí jako terapie a zároveň prevence poruch způsobených nepřátelským a negativním školním prostředím. Kromě chápatícího pedagoga, který klade důraz na individualitu a osobnostní vlastnosti každého z žáků, a nekonfliktního školního prostředí, je podle mě nejúčinnější prevencí také klidné, harmonické a láskyplné rodinné prostředí se stabilní výchovou.

Resume

The subject of this bachelor thesis is one of the most important topics of the psychopathology factors narcotization of children. The aim of this bachelor thesis is to create a compact view of the neurotic disorders and describe their symptoms and potential causes of their occurrence in children.

Concept of neurosis is defined in chapter one. There are also explained a difficulties with using of neurosis concept because of evolution and changing international terms. This chapter also contains definitions of neurosis of authors, which are most important for my work.

Second chapter defines types of neurosis. I have divided neurosis to a two main sections. In the first section are neurosis which are non-specific for an age of child, the second one contains neurosis specific for age. Both categories contain diagnosis of specific disorders.

The third chapter deals with the causes of neurotic disorders. Most authors are agreed on two main factors affecting the creation of neurosis in child. It is heredity and environment influence. Most significant environmental influence is influence of family and school. Some authors say temperament and gender have a great influence too.

Most commonly used therapy of neurotic disorders describes the chapter four. This chapter is also divided to a two parts, because of age-specific and non-age-specific neurotic disorders partition. There are highlighted differences between therapy of adults and children. At the end influence of positive psychology in education is described.

Seznam použité literatury

- 1) BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-955-9.
- 2) FONTANA, David. *Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-725-1.
- 3) HRODEK, Otto. *Pediatric*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5.
- 4) KARÁSKOVÁ-ULBERTOVÁ, Zuzana. - SCHEEROVÁ, Lucie a kolektiv. *Děti a jejich problémy III*. Vyd. 1. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2010. ISBN 978-80-254-6840-1.
- 5) KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou*. Vyd. 4. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-553-1.
- 6) KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-657-8.
- 7) KROWATSCHEK, Dieter. *Do školy beze strachu*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1767-5.
- 8) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-726-8.
- 9) LANGMEIER, Josef. – BALCAR, Karel. – ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. Vyd. 3. ISBN 978-80-7367-710-7.
- 10) MALÁ, Eva. – KOCOURKOVÁ, Jitka a kolektiv. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- 11) MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.
- 12) MATOUŠEK, Oldřich. *Kontexty neuróz*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1986. ISBN neuvedeno.
- 13) MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. Vyd. 1. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal, 2007. ISBN 978-80-87029-15-2.
- 14) MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. Vyd. 3. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2006. ISBN 80-86898-70-9.
- 15) MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování*. Vyd. 3. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

- 16) PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-459-4:
- 17) PRAŠKO, Ján a kolektiv. *Úzkost a obavy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-079-8.
- 18) PRAŠKO, Ján. – PRAŠKOVÁ, Hana. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-531-4.
- 19) PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
- 20) PREKOPOVÁ, Jiřina. – SCHWEIZEROVÁ, Christel. *Neklidné dítě*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-351-2.
- 21) ŘÍČAN, Pavel a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
- 22) ŘÍČAN, Pavel. - JANOŠOVÁ, Pavlína. *Jak na šikanu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2991-6.
- 23) SEDLÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2685-4.
- 24) SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3507-8.
- 25) ŠKODA, Ctirad. *Neurózy a jejich výskyt v populaci*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1999. ISBN 80-85121-91-3.
- 26) VÁGNEROVÁ, Kateřina a kolektiv. *Minimalizace šikany*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-611-7.
- 27) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- 28) VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0253-3.