

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

ÚZKOSTI A FOBIE ŽÁKŮ NA 1. STUPNI ZÁKLADNÍ
ŠKOLY
DIPLOMOVÁ PRÁCE

ELIŠKA HLOMOVÁ
Učitelství pro 1. stupeň základní školy

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

Plzeň 2023

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

V Plzni, 20. dubna 2023

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi v průběhu zpracování mé diplomové práce věnovala. Obrovské poděkování patří také rodině a mým nejbližším, kteří mě na této cestě a podporovali a jakýmkoliv způsobem mi pomáhali.

OBSAH

| | |
|--|----|
| SEZNAM ZKRATEK | 2 |
| ÚVOD..... | 3 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 4 |
| 1 CHARAKTERISTIKA PORUCH EMOCIONALITY | 5 |
| 1.1 GLOBÁLNÍ PORUCHY | 6 |
| 1.2 PORUCHY NÁLAD..... | 7 |
| 1.3 AFEKTIVNÍ PORUCHY..... | 9 |
| 1.4 STRACHOVÉ PORUCHY A JEJICH FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY..... | 13 |
| 2 DEFINOVÁNÍ ÚZKOSTI A FOBIE | 15 |
| 2.1 VYMEZENÍ POJMU ÚZKOST..... | 15 |
| 2.2 VYMEZENÍ POJMU FOBIE..... | 16 |
| 2.3 ROZLIŠENÍ ÚZKOSTI A STRACHU | 18 |
| 2.4 TYPY ÚZKOSTNĚ FOBICKÝCH PORUCH | 19 |
| 2.5 PROJEVY ÚZKOSTÍ A FOBÍÍ | 23 |
| 2.6 ZDROJE A PŘÍČINY ÚZKOSTÍ..... | 24 |
| 2.7 DIAGNOSTIKA A PREVENCE..... | 28 |
| 2.8 LÉČBA..... | 30 |
| 3 SPECIFIKA EMOCÍ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU..... | 35 |
| 3.1 OBJEKTY STRACHU V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU..... | 38 |
| 3.2 SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ PROBLEMATIKY | 41 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 46 |
| 4 CÍL A DESIGN VÝZKUMU..... | 47 |
| 4.1 POPIS VZORKU RESPONDENTŮ | 47 |
| 4.2 POUŽITÉ METODY | 49 |
| 4.3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ..... | 51 |
| 4.4 INTERPRETACE DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY..... | 54 |
| 4.5 POROVNÁNÍ S VÝZKUMEM Z ROKU 2016..... | 55 |
| 4.6 VÝSLEDKY HYPOTÉZ | 57 |
| 4.7 ODBORNÁ POLEMKA A LIMITY VÝZKUMŮ | 58 |
| ZÁVĚR | 60 |
| RESUMÉ..... | 62 |
| SEZNAM LITERATURY | 63 |
| SEZNAM TABULEK A GRAFŮ | 65 |
| PŘÍLOHY | I |

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-----------------|---|
| GAD | Generalizovaná úzkostná porucha |
| EEG | Elektroencefalografie |
| EKG | Elektrokardiogram |
| 10 – MKN | Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů |
| DSM III. | Diagnostický a statistický manuál duševních poruch |
| KBT | Kognitivně – behaviorální terapie |
| SNRI | Venlafaxin |
| SSRI | Paroxetin |

ÚVOD

„Špatná zpráva je, že trauma je faktem života. Dobrá zpráva je, že faktem života je i odolnost vůči traumatu. Jednoduše řečeno, odolnost je schopnost zotavit se ze stresu a pocitů strachu, bezmoci, přehlčení, jež jsou nám všem vlastní. Tuto odolnost lze názorně přirovnat ke kovové pružince. Když ji natáhnete, pružinka se přirozeně navrátí do své původní velikosti a tvaru. Samozřejmě, že pokud budete pružinku natahovat příliš často (nebo příliš velkou silou), ztratí svoji pružnost.“ (Levine, Klineová, 2008, s. 1)

V teoretické části diplomové práce se budeme nejprve zaměřovat na vymezení a charakteristiku jednotlivých poruch emocionality, jako je úzkost, fobie a strach. Také budeme hledat rozlišení mezi úzkostmi a strachem. Po vymezení jednotlivých pojmů se budeme zabývat tím, jak působí jednotlivé emoce na psychickou stránku jedince. Dále se podrobně zaměříme na konkrétní způsoby, jak se pokusit dané situace zvládat, nebo jak v těchto situacích se žákem pracovat. Teoretická část je opřena o informace z webového portálu katalogu podpůrných opatření.

Cílem teoretické části bude definování jednotlivých pojmů, které se vyskytují u jedinců při poruchách emocionality. Dalším z cílů bude také ujasnit příčiny a zdroje při vzniku jednotlivých poruch. Budou podrobně rozebrány typy jednotlivých poruch a také budou ujasněny postupy diagnostiky jednotlivých úzkostí a fobií a také budou rozebrány jednotlivé druhy léčby a terapie.

Praktická část diplomové práce bude věnována především tomu, jak se cítí žáci čtvrtých až pátých tříd základní školy a zda se u některých žáků neobjevují úzkosti či fobie a pokud se u některých z nich objeví, může to být zpětná vazba pro třídní učitele jednotlivých tříd. Úkolem praktické části bude zjistit, zda se u žáků jednotlivé fobie vyskytují, k tomu bude využit dotazník, který byl vybrán z knihy Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku od Jakuba Floriana a Iva Paclta (1998) a je uveden v příloze diplomové práce. Dotazník bude zadán žákům čtvrtých a pátých ročníků, kdy u žáků budou odpovědi zaznamenávány písemně pomocí záznamu jedné ze čtyř možných odpovědí a poté vyhodnocovány. Po vyhodnocení budou výsledky z dotazníků rozebírány s třídními učiteli daných ročníků a také budou výsledky porovnávány s výzkumem z roku 2016 od autorky Magdy Rollingerové, která se zabývá taktéž mírou výskytu úzkostí u žáků v mladším školním věku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA PORUCH EMOCIONALITY

„Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím.“ (Praško, 2005, s. 10)

Mezi poruchy emocionality řadíme nejčastěji citovou labilitu, při které jedinec není schopný ovládat své emoce, má časté změny nálad a vyskytuje se u něj nestálost jednotlivých emocí, což znamená, že se u něj často střídá hněv, pocit štěstí, radost či smutek. Opakem je hypermotivita, při které jsou reakce jedince přehnaně emotivní, a reaguje v afektu. Pokud se člověk dostane do afektu, může se stát, že je neovladatelný, ničí věci, které má ve své blízkosti a může dojít k ublížení druhým osobám.

Jedinci, kteří mají vývojové či mentální postižení, mají v oblasti emocionality závažné problémy a nedostatky, které omezují jejich schopnost vytvářet a udržovat sebeporozumění a vhodné mezilidské vztahy. Někteří stěží rozumí potřebám druhých, jiní mají nízký stupeň empatie a schopnost ji vhodně používat, někdy mohou být tyto schopnosti téměř nulové. Jiní mají naopak nadměrnou dávku empatie, která jim neumožňuje objektivně zhodnotit emocionální situace, které zažívají, nebo které se kolem nich dějí. Zdají se být nekoordinovaní, někdy sebestřední, někdy až přehnaně zaujatí, nesrozumitelní ve své prezentaci před ostatními a nesrozumitelní pro své okolí. Je pro ně často náročné vyjadřovat své pocity v mluveném projevu nebo naopak neumí zastavit mluvení o svých zkušenostech v nevyžádaných situacích (www.katalogpo.upol.cz, [online]) 20. 02. 2023.

U jedinců s poruchami emocionality může často docházet k podceňování, souzení se a hledání vlastních chyb nebo jsou naopak bezchybní a chyby mají tendenci přičítat svému okolí (nemají problémy a vše naprosto zvládají). Realitu ale jejich okolí vnímá naprosto odlišně (www.katalogpo.upol.cz, [online]), 20. 02. 2023.

Mají také potíže s ovládním svých emočních stavů a následného chování, zejména se jedná o výbuchy nekontrolovaného vzteku, zoufalství a mrzutosti. Mnoho z jedinců má zároveň nízkou frustrační toleranci a reagování na podněty z venku jsou spíše násilné, nepřiměřené a někdy nepostřehnutelné. U většiny z těchto jedinců se objeví strach, úzkost i osobní selhání. Strachy mohou být obecné (ze smrti, změny či testu ve škole), ale také konkrétní (z každodenních běžných případů či předmětů například z otevřeného okna či dveří). Tyto stavy mohou přivést jedince až k panickému jednání, například k jekotu, pláči,

defenzivní agresi, nehybnosti či nereagování. U jiných jedinců se tyto stavy projevují změnami nálad, které jsou doprovázeny střídáním vykonávání aktivních a pasivních činností, podceňováním nebo přeceňováním svých možností, v určitých případech může u jedince dojít až k myšlenkám či sebevražedným sklonům (www.katalogpo.upol.cz, online, 20. 02. 2023).

Odchytky v oblasti emocí dělíme do čtyř skupin

- *Globální poruchy emotivity,*
- *poruchy afektů,*
- *poruchy nálad,*
- *poruchy vyšších citů.* (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 60)

1.1 GLOBÁLNÍ PORUCHY

Citová labilita (jinak řečeno nestálost)

Je vyznačována zvýšenou reaktivitou na neznámé pro člověka nové dojmy, a neschopnost udržovat určité citové vztahy. U jedince často dojde ke zrychlenému citovému vzplanutí, které ale také spěšně slábne, obvykle se změní i jeho atituda a emoční pouta. Emoční nestabilita je u dětí normální, v případě výskytu ve velké míře je signálem citové deprivace (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 61).

Citová apatie

Emoční apatie je dlouhodobý pokles emočního vzrušení. U jedince není vnějšími podněty vyvoláno vzrušení. Apatie je běžná u dětí, u kterých je buď vrozený, nebo postupem času získaný defekt jeho intelektu. U dětí s normálním stupněm intelektu je citová apatie často znakem počínající či přetrvávající fyzické nemoci, únavy nebo dlouhodobého vnitřního problému (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 60 – 61).

Emoční ambivalence je konfliktní citový vztah, který je opakem citové apatie a vyskytuje se u dětí, které zažily rozvod vlastních rodičů. Dítě se například často může cítit loajální samostatně k matce či k otci, nebo k oběma a zároveň cítí zášť či pohrdání. Velmi patrné to může být v průběhu vyšetření u psychologa. Emoční ambivalenci můžeme najít i u dospělých. Žena například nerespektuje vlastního druha, ale není schopna se od něj odloučit kvůli fyzické přitažlivosti (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 61).

Hyperemotivita

Je zvýšený sklon k prožívání určitých emocí. Člověk například žije s neustálým strachem a úzkostí, které trvale a opakovaně snižují a zpomalují každou jeho prováděnou činnost. Z obavy z neúspěchu je člověk vystrašený z přijímání nových úkolů, nedokáže obhájit svůj názor a stát si za svým (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 61).

Účelové emoční reakce

Vznik záměrných emočních reakcí, když se jedinec naučí využít určité nepříjemné tělesné vjemy a vegetativní projevy ke svému blahu. U jedinců tyto záměrné reakce často vyvolávají rodiče, kteří jsou na své potomky přehnaně úzkostliví a zaujatí jejich fyzickými potížemi. Dítě je například omlučeno ze školy kvůli jeho bolesti hlavy. Pokud se tato situace několikrát opakuje, je možné, že se dítě naučí tyto problémy simulovat a tato vědomá simulace se postupně může proměnit v nevědomě cílově zaměřenou reakci. Tyto reakce se často vyskytují i u dospělých jedinců. Typickým příkladem jsou například autonomní problémy, které jedince postihují během policejních vyšetřování nebo soudních procesů. Obvykle tyto problémy zmizí brzy po usnesení rozsudku (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 62).

1.2 PORUCHY NÁLAD

Nálada je přetrvávající emocionální stav, který významně ovlivňuje chování, jednání a prožívání člověka (Kondáš, 1977). Zvolský (1994, s. 89), definuje emoci jako dlouhodobou funkční konfiguraci emočního systému nebo dlouhodobou přípravu na emoční reakci. V klinické profesní praxi narážíme především na tyto patologické emoce (Kafka 1998, Orel, 2012).

- Euforie (spokojená nálada, pozitivní stav, který ale náladou výrazně neovlivňuje afektivní chování jedince),
- manická nálada (zvýšená motivace, dobrá nálada, zvýšená frekvence řeči a pohybů),
- depresivní nálada (smutek, výrazný pokles aktivity),
- podrážděnost (zvýšená ostražitost vůči pocitům hněvu při agresivních reakcích),
- otevřená mysl (aktivní a sebevědomá),
- deprese (zpomalené myšlení a chování)

-
- konfliktní emoce (nesoulad mezi emocemi a prožitky, např. pacient se směje ve smutných situacích a naopak)

Pro tyto náladu je podstatná: (Zvolský, 1994, s. 90)

- jejich intenzita,
- jejich trvání (měsíce až roky),
- jsou relativně nezávislí na psychologických faktorech,
- jejich nevratnost,
- jejich významný vliv na lidské chování (Zvolský, 1994, s. 85 – 90).

Změny nálad v dětství nemají zas tak velkou patologickou hodnotu na rozdíl od dospělého věku. Emoční nestabilita je jednou z charakteristik struktury dětí. To je způsobeno nedostatečnou regulací emocí a instinktů v mozkové kůře dětí. U předškoláků se musíme vyrovnat s rychlými změnami nálad a v mladším školním věku se snažíme děti vést k sebeovládání a lepší emoční rovnováze (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 69 – 70).

Euforie

Má projevy jako jsou spokojenost, blaženost, pocity vnitřní pohody a žádná zkušenost do této spokojenosti nezasahuje. V euforii se neobjevuje hyperaktivita a není třeba zvyšovat potěšení. Vyskytuje se v některých případech intoxikace alkoholem či jinou drogou, ale také u různých organických onemocnění centrálního nervového systému – může se vyskytovat i *moria* (šílené vtipy bez zábran), (Dušek, Procházková, 2015, s. 56 – 59).

Manická nálada

Jde o přešťastnou náladu, obvykle euforickou, se sklonem k emocionálnímu smíchu a vtipkovaní. Typická je pro tuto náladu bystrá motorika, rychlejší a snadnější vybavování myšlenek, vyšší sebevědomí a zvýšená výkonnost při činnostech. Na mírnější úrovni se tomu říká hypomanická nálada. Postižení se chlubí, snaží se na druhé udělat dojem, překážet jim v činnosti nebo je otravovat. Inhibice je zvládnuta a jejich chování je bez zábran. Doba spánku je krátká, ale pacient často necítí únavu (Dušek, Procházková, 2015, s. 56 – 59).

Expanzivní nálada

Expanzivní nálada je charakterizována vysokou emoční reaktivitou, často také vysokou energií, agilitou a vysokým hodnocením sebe samotného. Postižení jedinci se aktivně zapojují do aktivit a činností ostatních, mají tendenci se aktivně vyjadřovat a mohou trpět dysforií. Agresivní sklony k okolí jsou výraznější než při manické náladě. Vyskytuje se jak při manických epizodách, tak při určitých poruchách v okruhu schizofrenie (adolescentní forma schizofrenie), ale také u organických poruch centrálního nervového systému (Alzheimerova choroba), (Dušek, Procházková, 2015, s. 56 – 59).

Extatická nálada

Je úzce související s extází, často spojená s náboženskými představami nebo sexuálními zážitky. Vyznačuje se zvýšenými pocity pohody a naplnění. Vyskytuje se při poruchách osobnosti, některých otravách nebo jiných organických poruchách (epilepsie), (Dušek, Procházková, 2015, s. 56 – 59).

Rezonantní nálada

Rezonující emoce se projevují jako sklon k hněvu, zvýšené sebevědomí, náladovost, podlost a někdy i agresivní sklony. Rezonantní nálada zeslabuje sklony k depresivní náladě (Dušek, Procházková, 2015, s. 56 – 59).

Depresivní nálada

Depresivní nálada je negativní patologická nálada spojená s úzkoprsostí, depresí, sníženou aktivitou při určitých činnostech, vnímavostí a vitalitou, která je popisována nižší emoční citlivostí a nízkým sebevědomím. Zpomaluje se psychomotorický rytmus a motivace. Řeč těla je klidná a pomalá a reakce jsou často latentní a někdy až dětinské (mutismus). V depresivních situacích hrozí sebevražedné chování, zvláště pokud ke zlepšení dynamogenie dojde dříve, než selepší smutek. Shledáváme se s ní u různých poruch jako je například schizofrenie či bipolární porucha a může doprovázet jakoukoliv psychickou poruchu (kromě mánie), (Dušek, Procházková, 2015, s. 58 – 59).

1.3 AFEKTIVNÍ PORUCHY

"Afekty jako prudké emoční reakce na určitý podnět, které rychle vznikají a rychle odeznívají a mají často tendenci k vybití." (Zvolský, 1998, s. 88). Zároveň může dojít k

tomu, čemu se říká přenos (přenesení agrese na jiný objekt či subjekt). Napětí stagnuje kvůli chronické neschopnosti uvolnit emoce, následně přehnaně reagovat ze zdánlivě nevýznamných důvodů. Účinky lze pozorovat již v raném dětství. V afektu dítě začíná vyjadřovat postoj k sobě, k předmětu nebo k dané situaci. Silná emoční reakce se často dostaví při projevech chování jedince a je doprovázena jeho vlastní vegetativní povahou. Chování spojené s emocemi se může zakořenit a může být součástí reakcí člověka. Od dětství se setkáváme s emocí patosu (emoce neobvyklé intenzity, někdy doprovázená zmatkem). Za průvodní jevy jsou považovány intenzivní vegetativní, fyziologické a motorické stavy a projevy (člověk se potí, sliny, sucho v ústech, velká žížeň, pomoci se, bledý nebo červený, nevhodná gesta a mimika, neschopnost opustit místo apod.) Mezi nejčastější emoce patří hněv, strach, radost, hněv, překvapení, úzkost nebo stud), (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 62).

Poruchy afektivity (podle MKN-10) jsou skupinou poruch s prvoplánovou chorobnou náladou a cyklickým průběhem. Tyto poruchy lze charakterizovat jako bipolární (střídání mánie a deprese) nebo unipolární (pouze depresivní nebo manické ladění). Nemoc se projevuje v různých stádiích onemocnění, která se střídají s obdobími relativního zdraví. Toto onemocnění se vyskytuje nejčastěji u lidí ve věku 20 až 30 let. Někteří pacienti mají častá stadia, zatímco jiní je mají zřídka nebo pouze jednou za celý jejich život. Fáze se obvykle vyskytují bez zjevné, psychologicky pochopitelné příčiny.

V závislosti na individuální fázi onemocnění se většina postižených chová relativně normálně. Klinickým obrazem afektivních poruch je tzv. deprese a manický syndrom. Oba syndromy kromě psychických symptomů mají často také fyzické a nutriční nebo behaviorální symptomy (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 148 – 149).

Etiologie afektivních poruch

Důvody příčin vznikání afektivních poruch jsou náročné a neexistuje jednotný a komplexní výklad jejich etiologie. Zvolský (1997, s. 101), říká, že podstata celého onemocnění funguje v centrálním nervovém systému, zejména v hypotalamu. Současní spisovatelé (Kafka, 1998; Zwolski, 1997) rozlišují predisponující faktory pro rozvoj poruch nálady a provokující faktory vedoucí ke klinickým projevům onemocnění. Autoři zahrnují k predispozicím:

- Genetiky (bipolární porucha má vyšší riziko dědičnosti u příbuzných a přímých potomků 10–15%),

-
- psychologické návyky jako kvantitativní vývojové faktory bipolární poruchy nálady,
 - vliv osobnostních rysů (melancholik temperament atd.),
 - biochemické faktory (katecholaminová hypotéza, popř. poruchy nálady, které jsou spojeny s nízkou hladinou noradrenalinu, což způsobuje vysoko depresi a mánie),
 - synapse,
 - změny v imunitním a endokrinním systému mozku neurony (vznikají regulační trojúhelníky - změny v hormonální ose: hypotalamus, hypofýza nadledvin, kůra nadledvin),
 - vlivy zkušeností, které jsou spojeny s dětstvím, například vzory v rodičích (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 158).

Mánie v dětství a dospívání

Manický syndrom je zvláště silný u dětí a vyznačuje se hlavně viditelně veselou náladou, která není v dané situaci očekávána či vhodná, přehnaným zrychlením fyzické aktivity a psychomotorického tempa. Hypomanický syndrom se u dětí projevuje jako povznesená nálada a psychomotorický neklid. Ve většině příznaků jako zánět mozku nebo mozkových blan. Mánie začíná často v předškolním věku (obvykle je to věk, který přitahuje pozornost rodičů a vychovatelů). Syndrom se ve školním prostředí vyznačuje nevhodným chováním, nedisciplinovaností a zmateností, skákání do řeči nebo vyrušováním (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 158 – 159).

Deprese v dětství a dospívání

Negativní emoce se mohou objevit v jakékoli fázi vývoje. V 70. letech ještě existoval názor, který depresi u dětí popíral. Dětská deprese není vždy objevena, protože ji lze maskovat podobnými či jinými postiženími jako jsou poruchy učení a chování (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 159).

Charakteristika dětské deprese:

- Zjevnější fyzické problémy,
- nedostatečný úbytek hmotnosti,

-
- méně výrazná psychomotorická retardace,
 - degenerativní poruchy (pomočování atd.).

Deprese se odráží ve fyzické, emocionální, motivační a kognitivní oblasti (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 150 - 159).

Projevy emocionální:

- Deprese,
- strach, obavy, úzkost,
- zoufalý pocit beznaděje, pláč a křik (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 150 - 159).

Projevy motivační:

- Nedostatek motivace,
- negativita, ztráta energie, ztráta zájmu, nudění se (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 150 - 159).

Projevy kognitivní:

- Myšlení záporně,
- myšlení obsedantně,
- vnímání negativních jevů
- zahledění do sebe (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 150 - 159).

Projevy fyzické:

- Problémy se spánkem,
- problémy s přijímáním potravy,
- celková slabost,
- ospalost, unavenost (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 150 - 159).

Rozdíly ve výkonu závisí nejen na individuálních vlastnostech, ale také na věku dítěte. Statistiky ukazují, že afektivní poruchy se vyskytují častěji v dětství a tyto projevy se přenášejí do nižších vývojových fází. Do 12 let byla deprese častější u chlapců než u dívek a u dívek ve věku 12-17 let se zvýšila (až 3krát), (Paclt, 1998 in Miňhová, Lovasová, 2018, s. 150 - 160).

Depresivní symptomy se vyskytují až u 20 % dětí předškolního věku, 40 % dětí mladšího šk. věku a až 50 % dětí předpubertálních a adolescentních (Paclt, 1998 in Miňhová, Lovasová, 2018, s. 158 - 160).

1.4 STRACHOVÉ PORUCHY A JEJICH FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY

Strach je definován jako určitý nepříjemný prožitek, který je nějakým způsobem spojený s určitým objektem nebo situací, které u jedince mohou vyvolat obavu z ohrožení. Můžeme jinak říci, že strach je reakce na známé nebezpečí a udává jedinci signál ohrožení, či obrannou funkci (Vymětal, 2004).

Strach je naprosto běžným a přirozeným průvodcem člověka po celý život. Je pro jedince považován za velmi užitečný. Tento emoční prožitek je subjektivně nepříjemný, ale jeho funkce důležitého začleňovacího a socializačního mechanismu je nesmírně užitečná. Bez strachu by lidé jako druh nepřežili a z vrozeného hlediska je zřejmá i jeho reflexní funkce. Strach tedy patří k základnímu lidskému emočnímu aparátu a funguje jako přirozený (vrozený) modifikátor, který člověku dává výstrahu před nevhodnými nebo nebezpečnými situacemi nebo hrozbami, jenž by mohly některým lidem ublížit nebo v krajním případě vést až ke smrti. Kromě signalizační funkce může emoce strachu mobilizovat fyzické a psychické prvky nezbytné k překonání ohrožujících situací (Michalčáková, 2007, s. 9).

Ve školním prostředí se strach u jedinců může projevat za různých, rozdílných situací. Strach ze školního prostředí je rozdělen na dva druhy - strach reálný a nereálný. Reálný se týká opravdových obav, například toho, že má dítě strach z diktátu, pokud danou látku nezvládlo a do školy šlo s nedostatečnou přípravou. Reálný strach může mít také z následné reakce rodičů na špatnou známku ze psaného diktátu. Naopak ideální příklad nereálného strachu je tréma, kdy je dítě na daný předmět dokonale připraveno, ale přesto se obává neúspěchu a jeho obavy jsou tak silné, že mohou ovlivnit jeho výkon, či mohou u dítěte vyvolat i úplné selhání (Vymětal, 2004).

„Strach je averzivní reakcí na určitou poznanou (konkrétní) skutečnost, která v jedinci vyvolává prožitek ohrožení.“ (Vymětal et al. 2007, s. 22) *„Prožitkově zahrnuje pocit napětí, neklidu, sevřenosti až ochromení.“* (Vymětal 2004, s. 12) Strach se tedy často vztahuje na určitý objekt či konkrétní nebezpečí.

Strach je vyjádřen nespecifickým způsobem a postihuje téměř všechny orgány a funkční systémy. Zpravidla se zrychluje tep (tachykardie a zvyšování krevního tlaku), dýchání se zrychluje nebo zpomaluje (zadržování dechu), často dojde k vysychání v

ústech, u vyděšeného člověka může naskakovat husí kůže nebo může dojít ke zvyšování svalového napětí. Fyziologicky se strach a úzkost projevují stejně, protože jejich zdroj a účel jsou totožné, což je reakce na nebezpečí (Vymětal, 2004, s. 12 - 15).

2 DEFINOVÁNÍ ÚZKOSTI A FOBIE

2.1 VYMEZENÍ POJMU ÚZKOST

„Úzkost je jednou z nejčastějších potíží, s nimiž se setkáváme v životě.“ (Honzák, 1993, s. 7)

Úzkost je zařazena do skupiny psychologických jevů nazývané emoce. Tyto emoce dokážeme cítit, uvědomujeme si je, ale často je pro každého jedince velmi náročné tyto emoce vyjádřit, a pokud ano, nemusí to být přesné a úplné (Vymětal et al., 2007).

Úzkost je dle S. Freuda popisována jako něco, co je prociťováno či určitý konkrétní stav tísně, který se projeví, jako určitá reakce na danou situaci ohrožení a opakuje se vždy, jakmile tato situace nastane (Michalčáková, 2007).

(Mlčák, 1999) uvádí, že: Úzkost je jednou ze základních a kulturně přítomných základních emocí, které prostupují životy všech lidí. Představuje jakousi vnitřní antropologickou konstantu ve fylogenezi a vývoji člověka, určitým způsobem se odráží ve všech oblastech individuálního i sociálního poznávání a je pravděpodobně velmi zásadním rozměrem lidského psychického zdraví.

Podle Honzáka (1995) je úzkost psychosomatický stav, který je většinou pocíťován nepříjemně, ale je součástí normy, a dá se dokonce říci, že je běžnou výbavou každého člověka. Spolu s dalšími nepříjemnými emocemi a prožitky jde o impuls k akci, jejíž výsledek navrácí ztracenou rovnováhu, aktivuje nás k širokému spektru činností a v extrémních případech doslova chrání náš život. Úzkost je také brána jako nezbytný signál určitého nebezpečí, nekontrolované změny nebo nežádoucí situace.

Mgr. MUDr. Igor Ulč et al. (1999) definuje úzkost jako spojení psychiky a pocitu vnitřního neklidu, který je často pojmenováván jako nervozita. Člověk má často pocit, že má ještě něco udělat, nemá dokončenou nějakou činnost a má často pocit, že se dané stavy nedají absolutně vydržet. Člověk často dokáže pocít úzkosti lokalizovat do orgánu nebo části těla.

Jan Praško (2005) tvrdí, že úzkost může být často považována jako člověku nepříjemně prožívaný psychický stav, u kterého ale jedinec není schopný definovat jeho příčiny. Je to na člověka působící pocit, jako by se mělo stát něco hrozivého, ale pacient si není vědom toho, jak se to vlastně má stát. Nachází se ve stavu, kdy něco očekává a je ve stavu ohrožení (Praško, 2005, s. 13).

Jan Praško (2006, s. 11), ve své knize Úzkost a obavy uvádí, že úzkost je normální stav těla. Je to normální reakce na nebezpečí nebo stres a problémy způsobuje pouze tehdy, když je nepřiměřeně silná nebo dlouhodobá vzhledem k situaci. Úzkost sama o sobě lidem neškodí a nezpůsobuje fyzické ani emocionální škody, ale může znepríjemňovat život, pokud jí jedinec není schopný ovládat. Nadměrně vyvolaná úzkost často může lidem velmi ztížit přemýšlení a vykonávání i těch nejjednodušších věcí.

Za nejvhodnější definování pojmu úzkost je v obecné literatuře považován Nekonečný (1997, s. 61), který úzkost vymezuje jako psychofyziologické reagování jedince na určitý signál hrozby fyzické nebo psychické újmy, u které její základ pramení v instinktech strachu a často funguje jako podmíněná reakce strachu.

Úzkost je bezpředmětný strach, neurčitý a nepříjemný pocit bez předmětu (Pogády, Guensberger, 1987; Hartí, Hartlová, 2010) Jedinec neví čeho se bojí, ale jen matně tuší, že se něco stane. Úzkost je emocionální odpovědí na očekávání osobně významných zpráv nebo selhání“ (Kast, 2012, s 35-36). Podle Freuda (Fontana, 1997, s 212). Existuje neurotická úzkost (což je strach z vlastních pudů) a morální úzkost, která se nachází ve stejné rovině superega viny. Úzkost je emocionální stav, který vzniká, když je jedinec ohrožen nereálnou hrozbou, jako je vágní tušení nebezpečí, které zkušené subjekty nedokážou přesně definovat a identifikovat (Hosek, 2001, s 39). Autorův rozdíl mezi úzkostí a úzkostností. Úzkost jako osobnostní rys je význačná lehkostí a četností úzkostných stavů, zatímco úzkost je současný stav mysli, který je vyznačován svou bezprostředností, nejednoznačností a nekonkrétností (Hosek, 2001, s. 40 in Miňhová, Lovasová, 2018, s. 67).

2.2 VYMEZENÍ POJMU FOBIE

Fobické poruchy, při kterých je úzkost způsobena pouze nebo převážně určitými, přesně definovanými situacemi nebo předměty, které za normálních podmínek nejsou pro člověka v určitém okamžiku nebezpečné. Jedinec se snaží těmto situacím vyhýbat, odkládat je nebo je překonávat extrémní úzkostí a strachem. V těchto situacích může člověk zažít až pocity děsu a nepomáhá ani zjištění, že ostatní situaci nevnímají jako nebezpečnou (Ulč et al. 1999). Stejně tak jako Wolf et al. (2018), který definuje fobii jako: *"Strach z objektů nebo myšlenek, které obecně žádné obavy nevyvolávají, postižený ví, že je tento strach směšný, přesto se nemůže přemoci. Má potřebu vyhýbat se problémovým objektům nebo situacím."* Také si stojí za názorem, že čím je takový objekt nebo situace blíží, u jedince se strach zvyšuje a zesiluje. Naopak čím je objekt nebo situace dál, strach se

zmenšuje. Člověk se díky vyhýbání může cítit osvobozeně a bez strachu, jelikož jsou dané předměty či situace konkrétně ohraničeny a vymezeny (Wolf et al. 2018).

Stejného názoru zastává také Praško et al. (2006), který popisuje, že mít určitý strach je zcela normální, ale strach se může stát problémem, pokud je až příliš silný a dosahuje toho, že se jedinec musí daným situacím vyhýbat a uvědomuje si, že je jeho strach z dané události či objektu nepřiměřený a nežádoucí vzhledem k nebezpečnosti dané situace či objektu. Popisuje, že: *Fobická reakce se obvykle zhoršuje v obdobích zvýšeného stresu, v době nemoci a zvláště při depresivní náladě.* (Praško et al. 2006, s. 34) Dělí také fobické stavy na tři hlavní fobické syndromy - na specifickou fobii, agorafobii a na sociální fobii. S tím, že první dvě fobie se častěji objevují u žen a poslední fobii trpí obě pohlaví (Praško, 2006, s. 34 - 38).

Fobie je neopodstatněný, nesmyslný stav, který má svůj účel (Drvota, 1971). Jde o obsedantní strach vnucený proti vlastní vůli, který nelze potlačit (Pogády, Guensberger, 1987, Harti, Hartlová, 2010) Jedinec ví, čeho se bojí, uvědomuje si, že jeho strach nemá smysl, ale nedokáže se ovládat. Když je toto překonáno, narůstá napětí a zjevují se určité vegetativní reakce. Fobie mohou být někdy vyvolány šokujícími situacemi (například tonutí dítěte, které se následně ukáže jako aquafobie) a často k nim dochází bez zjevného důvodu. Obvykle se jedná o neurotický symptom. Předmětem obsedantního strachu může být celá řada věcí a situací:

- fobie z vesmíru (kosmikofobie),
- strach ze zvířat (zoofobie),
- strach z uzavřených prostor (klaustrofobie),
- strach z nemoci (nozofobie),
- strach z vody (hydrofobie),
- strach z osobní důstojnosti (fobie),
- strach ze znečištění (misofobie),
- hloubka strachu (latiphobia),
- strach z výšek (akrofobie),
- strach ze smrti (thanafobie),

-
- strach z lidí (antropofobie),
 - strach ze socializace a pobytu na veřejnosti (sociální fobie), (Drvota, 1971).

Nejběžnější projevy sociálních fobií:

- strach z pozorování ostatními,
- strach ze znemožnění, být středem pozornosti, z neformálních setkání

2.3 ROZLIŠENÍ ÚZKOSTI A STRACHU

Mlčák (1999) se ve své knize *Psychická zátěž u dětí základní školy*, zaměřil na analýzu argumentace pro používání rozdílných pojmenování těchto dvou poruch. Při určování, se zaměřil na zásadní rozdíly, týkající se následujících skutečností.

Například, že úzkost je reakcí na neidentifikovanou nebo objektivní hrozbu, spíše než strach, který je reakcí na konkrétní nebezpečný objekt nebo situaci. Na to, že úzkost mobilizuje mnohem nižší úroveň aktivity zaměřené na eliminaci hrozby. Na rozdíl od strachu, tento pocit úzkosti má tendenci přetrvávat i poté, co ohrožení pomine. Dalším rozdílem, o kterém je zmíněno, že úzkost ovlivňuje jádrové oblasti osobnosti a narušuje její integritu více než strach, který je spojen s periferními oblastmi (Mlčák, 1999, s. 60 - 75).

Mlčák (1999, s. 77), zastává názoru, že je obtížné rozlišit rozdíl mezi úzkostí a strachem. Úzkost, která z počátku nemá žádný objekt, se postupem času může spojit s neškodným objektem, jako se to běžně stává u fobií, zatímco strach se často může zobecnit a ztratit svou vyznačovanou objektivitu. V situacích, kdy je využíván experiment, je velmi obtížné vyvolat tyto dvě emoce rozděleně. V běžném životě se situace ohrožení a jeho očekávání v představách často překrývají (Mlčák, 1999 s. 77).

Úzkost a strach jsou psychické jevy, které zná každý z nás z vlastní zkušenosti. Podílejí se významnou měrou na formování osobnosti člověka a jeho socializaci, tedy na osvojování lidských kvalit, jako jsou vztah k druhému či morálce. Je jasné, že strach a úzkost od sebe nelze jednoznačně oddělit, protože spolu souvisí a navzájem mezi sebou splývají (Vymětal, 2004, s. 13).

Rozdíl mezi strachem a úzkostí je vyznačován primárně tím, že při úzkosti si jedinec není vědom konkrétního bližšího objektu nebo situace, která ji vyvolává, a proto ji často doprovází kromě nervozity i pocit bezmoci nebo záchvaty paniky. Úzkost je tedy často vnímána jako reakce na vnímané, ale ne příliš známé nebezpečí, a je často mnohem

hůře pocíťována než strach, protože očekávání nemilé situace je často mnohem nepříjemnější než konkrétní situace sama. Úzkost je obvykle člověkem snášena mnohem obtížněji než strach, když pomineme abnormální případy nebo příznaky duševních nemocí či strachových poruch (Vymětal, 2004, s. 13).

Praško (2005), ve své knize Úzkostné poruchy vymezil strach, jako určitou reakci, na konkrétní nebezpečí a také tvrdí, že: „*Strach má tedy na rozdíl od úzkosti konkrétní objekt. Intenzita úzkosti i strachu může být různá. Může se projevit jen mírnou nepohodou nebo nervozitou, na druhé straně stavem hrůzy a paniky. Úzkost může volně plynout bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se projevit v záchvatech. Pokud se objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o spontánní úzkosti, případně spontánním záchvatu paniky. Pokud se týká konkrétních situací, kterých se běžně lidé nebojí, jde o fobii.*“ (Praško, 2005, s. 13)

Psychopatologie vymezuje úzkost jako strach, kdy člověk neví, odkud pochází. Zkrátka je to strach bez předmětu. Přestože strach je afekt, který zažívají zdraví lidé, a je považován za prospěšný, protože brání lidem vystavovat se zbytečným rizikům, úzkost lze považovat především za patologický jev (Ulč et al., 1999).

Pokud by se měla porovnávat míra subjektivní nepříjemnosti strachu a úzkosti, dominovala by obvykle úzkost, a to právě z důvodu očekávání něčeho nepříjemného, co se zdá být horší než samotná jasně identifikovaná událost (Vymětal et al., 2007). Tento spisovatel připisuje úzkost roztříštěnějšímu pocitu a strachu. Podobně Matějček (2011) říká, že strach má již určitý obsah, něčeho se bojíme, přičemž úzkost můžeme pocíťovat, aniž bychom věděli proč. Podle Honzáka (2007) člověk vidí úzkost jako nepříjemnou, protože znamená nebezpečnou situaci, nebezpečí, nekontrolovatelnou změnu, nežádoucí stav nebo nepohodu.

2.4 TYPY ÚZKOSTNĚ FOBICKÝCH PORUCH

K vymezení těchto typů úzkostně fobických poruch byla využívána odborná literatura *Úzkost a obavy: Jak je překonat* (Praško, Vyskočilová, Prašková), ve které jsou tyto typy poruch rozděleny do sedmi skupin a každá porucha je detailně vymezena.

Obsedantně kompulzivní porucha

U obsedantně-kompulzivní poruchy se obsese, myšlenky, fantazie a nutkání vracejí do mysli opakovaně a pravidelně. Obsese jsou prožívány jako cizí a neodpovídají zájmům a touhám člověka. Mezi tyto obsese patří agresivní chování ("*Co když bodnu dítě nožem?*", "*Co když někoho na ulici kopnu?*"), ochrana, bezpečnost a kontaminace ("*Co když dostanu infekci, onemocním nebo se ušpiním?*"), strach, že se něco důležitého neudělá nebo

nepotvrdí ("*Když to nebudu opakovaně kontrolovat, co se asi stane?* ") a ("*Nezamkl jsem si byt a teď mě vykrádají!*"). Nepříjemné pocity z asymetrie nebo nesouladu ("*Když nebude všechno symetrické, stane se něco nepříjemného mé rodině!*") a další. Jedná se o jednoduché myšlenky, které se pravděpodobně nestávají, ale skutečnost, že se to pacientovi děje, je velmi nepříjemná. Osoba chce posedlost potlačit, ale čím více se jí snaží potlačit, tím více se posedlost objevuje. Posedlost představuje pro člověka hrozbu a rychle vede ke zvýšenému napětí (obvykle prostřednictvím nepříjemných stavů v oblasti emoční, jako je například úzkost nebo hněv) a potřebě ji vytěsnit a zneutralizovat (Praško, 2006, s. 36 – 37).

Obsese a nutkavé rituály jsou často vyvolány v konkrétních situacích, takže se jedinec obvykle snaží těmto situacím vyhnout. Například žena, která je posedlá čistotou, se může jít pětkrát denně umýt do sprchy a nosit jednorázové chirurgické rukavice, aby se vyhnula pocitu špíny, zatímco jiný muž, který je posedlý zdravím, se vyhýbá čtení publikací nebo novin obsahujících slovo "rakovina". Podobně jako u jiných úzkostných poruch může vyhýbavé chování problém ještě zhoršit. Úzkost může být rituálním chováním snížena, ale může se v důsledku toho také zvýšit. Lidé, kteří trpí OCD, mají často deprese a s prohlubující se depresí se jejich příznaky zhoršují (Praško, 2006, s. 37).

Sociálně úzkostná porucha

Sociálně úzkostná porucha je obava ze situací, ve kterých si vás ostatní mohou všimnout a hodnotit vás. Tato fobie se může projevovat v podobě strachu z psaní na veřejnosti, setkávání s cizími lidmi nebo vystupování na veřejnosti. Lidé, kteří trpí sociální fobií, se domnívají, že ostatní uvidí jejich potíže a budou je soudit. Toto přesvědčení dále zvyšuje úzkost (Praško, 2006, s. 34 - 35).

Charakteristickým znakem sociální poruchy je intenzivní anticipační úzkost, která se často spojuje s vyhýbavým chováním. Porucha je charakterizována strachem z toho, že člověka ostatní budou pozorovat, obavou z posměchu, ostýchavostí a výskytem příznaků úzkosti na veřejnosti (červenání, pocení nebo třes rukou). Často se rozvíjí v dospívání, ale může se objevit i dříve, a zaměřuje se na strach z pohledu druhých. To směřuje k vyhýbání se společenskému kontaktu. Fobické stavy mohou být specifické (omezené na jídlo, veřejné vystupování a setkání s opačným pohlavím) nebo difúzní, které zahrnují veškeré sociální situace, které nejsou spojené se členy rodiny. Sociální fobie je obvykle spojena s nízkým sebevědomím a s obavou sklizení kritiky (Praško, 2006, s. 35).

Generalizovaná úzkostná porucha

Charakteristickým příznakem generalizované úzkostné poruchy je generalizovaná a přetrvávající "volní úzkost" spojená s obavami z problémů, se kterými se dennodenně setkáváme, z jejich zvládnání nebo strachu z různých fyzických příznaků. Typickými příznaky této generalizované poruchy jsou nadměrný a téměř neustálý strach, úzkost a zaujetí znepokojivými myšlenkami. Patří k nim obavy, že se dotyčnému nebo jeho blízkému stane něco závažného, nechtěného nebezpečného a nepříjemného, že bude bojovat se závažnou nemocí, že něco nebude zvládat, že bude mít s někým konflikt, že se stane neoblíbeným nebo že se veřejně ztrapní. Tyto obavy a strachy se obecně týkají možných budoucích hrozeb. To může vést k úzkosti, podrážděnosti, potížím se soustředěním, nadměrnému fyzickému vyčerpání a negativním fyzickým pocitům. Úzkostné myšlenky, strach z možného neúspěchu a neštěstí, pocity "už to nevydržím" mohou vést ke špatnému soustředění (Praško, 2006, s. 19).

Posttraumatická stresová porucha

Termín posttraumatická stresová porucha, také nazývána jako PTSD, se běžně používá pro úzkostné poruchy, které se postupně rozvinou po emočně obtížné a náročné stresující události. Její závažnost přesahuje běžnou jedincovu zkušenost a často se pro většinu lidí stává traumatizující. Mezi takové traumatické události patří např. výbuchy bomb, války, neovlivnitelné přírodní katastrofy jako jsou zemětřesení, povodně, sopečné erupce či hurikány. Traumata způsobená člověkem, jako je znásilnění nebo přepadení, ale také autonehody, požáry atd. PTSD se u člověka projevuje jako bolestivá vzpomínka na traumatické události. Objevuje se přirozeně ve vzpomínkách ve snech, ale i při zážitcích všedních dnů, které je mohou mírně připomínat, ale traumatické nejsou vůbec, lidé se jim postupem času začínou vyhýbat. Lidé, kteří trpí PTSD, bývají neustále podráždění a napjatí, skoro jakoby čekali na recidivu. To u člověka vyvolává neklid a nesoustředěnost, bázlivost, často také nespavost, vymizení kladných emocí a k potřebě vyvolávat hádky (Praško, 2006, s. 37 – 38).

Agorafobie

Agorafobie doslova znamená „*strach z tržiště*“. Agorafobie je strach z pobytu v místech, kde není pomoci v případě úzkostného stavu či náhlé nevolnosti nebo záchvatů paniky. Postižení se proto vyhýbají dojíždění, supermarketům, otevřeným prostranstvím, kinům, návštěvám divadel a ve vážnějších případech i vycházení z domu bez doprovodu,

strach z daného záchvatu v situaci, kdy není pomoci nebo úniku, je obtížný. Kromě strachu ze samotných příznaků paniky se lidé s agorafobií často obávají toho, co si ostatní pomyslí, pokud budou svědky záchvatu paniky (Praško, 2006, s. 35).

Panická porucha

Záchvaty paniky jsou charakterizovány přívaly intenzivního strachu, které se objevují náhle, bez ohledu na vnější faktory. Záchvaty paniky obvykle trvají několik desítek minut, ale někdy mohou ve "vlnách" trvat až dvě hodiny. Při záchvatu paniky člověk náhle zažívá intenzivní strach a pocit, že se stane něco špatného, co nelze ovládnout. Během panického záchvatu pacient pocítuje celou řadu příznaků, z nichž mezi nejčastější patří tyto: "*Strach ze smrti, zbláznění nebo ztráty kontroly nad sebou, palpitace a bušení srdce, bolesti na hrudi, pocity nedostatku dechu, závratě, nebo pocity na omdlení, silný třes, pocení, nucení na zvracení nebo zvracení, bolesti žaludku, mravenčení v rukou a nohou, návaly horka nebo zimnice, depersonalizace nebo derealizace.*" (Praško, 2006, s. 35 – 36).

Může existovat mnoho jiných příznaků, ale tyto jsou nejcharakterističtější. V úzkostných stavech je v jeho myšlenkách strach z omdlávání, smrti, ztráty kontroly nebo šílenství. Náhlá intenzita tělesných příznaků může uživatele vyděsit natolik, že je často přesvědčen, že musí trpět velmi závažným tělesným nebo duševním onemocněním např. srdeční onemocnění, slabostí, infarktem, šílenstvím (Praško, 2006, s. 35 – 36).

Specifické fobie

Mezi specifické (individuální) fobie patří konkrétní situace, jako je například pobyt v blízkosti konkrétních zvířat, vyvýšených míst, bouřky, tmy, letadel, uzavřených prostor, močení nebo defekace na veřejných prostorech, konzumace určitých potravin, návštěva zubaře, krev nebo omezení v jiných situacích, jako při pohledu na zranění či strach z některých nemocí. Běžnými objekty fobie jsou, radiace a pohlavní choroby a v poslední době AIDS. I když je spouštěcí stav nenápadný, jeho přítomnost může vyvolat záchvaty paniky, jako je agorafobie nebo fobie sociální. Jejich vznik se obvykle projevuje v dětství a bez léčby může trvat i desítky let. Vážnost výsledných omezení závisí na tom, jak dobře se pacientovi podaří vyhnout se fobické situaci (Praško, 2006, s. 34).

2.5 PROJEVY ÚZKOSTÍ A FOBÍÍ

„Optimista vidí láhev ještě napůl plnou, zatímco pesimista ví, že už je napůl prázdná. Pokud přesvědčíte úzkostného člověka, že v láhvi přece jen ještě něco je, ujistí vás, že je to nepochybně jed.“ (Honzák, 1997, s. 23)

Jelikož je úzkost psychosomatickým stavem, projevy se objevují jak v psychologické úrovni, tak v úrovni tělesné (Honzák, 1997).

Vymětal et al. (2007) rozděluje projevy úzkostí a strachu na určité psychologické roviny. Na mimickou, somatickou, výkonnostní a na rovinu behaviorální, kam zařazuje chování jedince. Zdůrazňuje také, že všechny tyto roviny se navzájem úzce ovlivňují. Každý z nich má typickou, dominantní a relativně stálou odezvu.

Psychické, duševní projevy

Typickými psychickými projevy této poruchy jsou nadměrné a téměř neustálé znepokojivé, zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami. Jejich hlavním tématem je, že se člověku nebo jeho blízkým přihodí něco nebezpečného nebo nepříjemného, že onemocní, něco nezvládne, někdo na něj není přívětivý. Tyto myšlenky často způsobují úzkostnost, podrážděnost, ztrátu koncentrace, nadměrnou únavu a nepříjemné pocity (Praško et al., 2006).

Často se také u projevů týkajících se duševního stavu objevují příznaky, jako jsou pocity nestability, člověk může mít pocity na omdlení, časté závratě, motání hlavy, jedinec se dostává do stavu vnitřního neklidu, často se vyskytují pocity, že svět kolem není reálný, nebo že člověk sám je jiný než všichni ostatní. Jedinec může mít až pocity strachu ze své vlastní existence a někdy až strach ze zešílení či ztráty vědomí. V myšlenkách se také objevují pesimistické a negativní prožitky. Žítí je pro jedince jako zlý sen (Ulč et al., 1999).

Tělesné projevy

Z tělesných příznaků dominuje svalové napětí, třes, závratě, nevolnost, bolest hlavy, tlak na hrudi a v krku, bušení srdce, nadměrné pocení, napětí nebo tlak v břiše, špatné trávení a slabost. Spánek bývá narušený, lidé mají často problémy s relaxací a odpočinkem (Praško et al., 2006).

U někoho se mohou projevit respirační potíže, například obtížné dýchání, u někoho až přecházející v astmatiformním záchvatům, často pocity zalykání se, škytavka, záchvaty

kašle, tlak na hrudi, který může přecházet k určitým poruchám či srdečním problémům. U žen se mohou vyskytnout i neurčité gynekologické problémy. U jedinců se také objevuje střídání pocitů horka a zimy, návaly nebo zhoršená citlivost končetin (Ulč et al., 1999).

Honzák (1995) se ve své publikaci na tělesné projevy úzkosti zaměřuje velmi do hloubky, rozděluje dané projevy do určitých skupin, vždy podle části těla či ústrojí, ve kterých se projevy odráží. Mezi jeho základní rozdělení patří svalová oblast lidského těla, dechové obtíže, zažívací a trávicí potíže, u kterých zmiňuje hlavně střevní problémy, pocity či nutkání na zvracení. Další oblast, na kterou se zaměřil, jsou kožní problémy a neuropsychické obtíže, ze kterých se u jedince mohou vyklubat velmi vážné stavy například deprese.

Jevy, kterými se projevuje úzkost (Hosek, 2001, s. 40):

- psychomotorická agitovanost,
- koktání
- pocity bezmoci,
- stereotypy v akci
- pokleslé vědomí,
- problémy s hodnocením,
- pokřivený vztah k okolí,
- posedlost
- fyzické problémy,
- mimika (děsivý, prázdňý pohled),
- roztřesený hlas (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 67).

2.6 ZDROJE A PŘÍČINY ÚZKOSTÍ

Zdrojem úzkostí a strachu v každodenním životě jsou nejčastěji konflikty, frustrace a stresové situace. Úzkost a strach se obvykle objevují, když lidé čelí v životě tísně, psychické nebo fyzické újmě, smrti v blízkém okolí, určitým druhem selhání nebo mezilidským problémům (Mlčák, 1999).

V dětství mohou úzkost a strach vyvolat obavy například odloučení od rodiny či od svých blízkých, zklamání, deprivace určitých potřeb, narození sourozence, setkání s neznámými předměty a lidmi, nebo náhlé změny prostředí (Mlčák, 1999).

H. Grzegolowska (1982) předpokládá, že jedním ze zdrojů úzkostí, může být také informační rozpor. Popisuje, že příčinou úzkosti a strachu a jejich doprovodné aktivace může být nesoulad mezi informacemi, které na člověka skutečně působí a informacemi, které jsou očekávané nebo žádoucí (Mlčák, 1999).

Praško et al. (2006) ve své publikaci Úzkost a obavy rozděluje do několika kapitol, které se týkají života každého jedince a mohou potkat téměř kohokoliv z nás. Také uvádí, že ne vždy je možné u člověka určit, co vedlo ke změně stavu zvýšené úzkosti nebo k nadměrným obavám či nejistotě. V případě člověka, který trpí generalizovanou úzkostnou poruchou, se mohou u jedince první příznaky objevit již v dětství, kdy je dítě vystaveno stresovým situacím, jako jsou například ústní zkoušení a prožívá svou první úzkost ve skupině před kolektivem. Naplno se tato porucha projevuje až ve věku, kdy je mladý člověk schopen postavit se na vlastní nohy a odpoutat se od rodičů, může se ale projevit kdykoli v životě, například po určitém emočním šoku (smrt, vyhoření domu, rozvod, apod.).

Praško et al. (2006, s. 23 - 25) dělí příčiny na tyto skupiny:

- **Vrozené faktory** - GAD se častěji vyskytuje u jednovaječných dvojčat než u dvojvaječných, je dokázáno, že jednou z příčin vzniku poruch je vrozená biologická náchylnost. V některých rodinách jsou navíc úzkostné poruchy častější než v jiných. Mozek jakoby byl vrozeně citlivý na stres a určité výchovné styly, vzorce a případné stresující zážitky zvyšují pravděpodobnost, že vznikne reakce chronickou úzkostí.
- **Vlivy výchovy v dětství** – Důležitou roli mohou hrát nejisté nebo nedostatečné vztahy v rodině. Pokud dítě v dětství nevnímá své okolí jako dostatečně bezpečné místo, nevytvoří si silný vnitřní vztah ke světu jako k bezpečnému místu obecně a bude jím naopak neustále ohrožováno (Praško, 2006, s. 24).

Existuje ale několik jiných vlivů z dětství, které ovlivňují příčiny vzniku úzkostných stavů, mezi ně patří například nadměrná či nedostatečná péče rodičů, rozmazlování či ulevování od domácích prací, chodu domácnosti či při domácích úkolech. Výskyt GAD v dospělosti je také často způsobeno fyzickým týráním, sexuálním zneužíváním nebo psychickým týráním již v raném věku dítěte (Praško, 2006, s. 24 - 25).

-
- **Povahové vlastnosti** – Lidé s nízkým sebevědomím a s pesimistickým pohledem na sebe, svou situaci a budoucnost častěji trpí úzkostí a depresí. Jedná se o jedince, u kterých se vyskytují velké problémy v asertivním jednání. Nedokáží říct ne v situacích, kdy je odmítnutí vhodné a nedokážou přijmout kritiku od druhých. Existuje u nich nadměrná potřeba být chválen ostatními (Praško, 2006, s. 24 - 25).
 - **Podmiňování** – Ať už je příčina strachu různá, jakmile se objeví několikrát za sebou, objeví se ve stejné situaci znovu a znovu. To je způsobeno zvláštním typem učení, kterému se říká podmiňování. Můžeme si například představit situaci, kdy se malé dítě poprvé setká se psem, pokud pes na dítě začne štěkat, dítě pocítí strach a při dalším setkání se psem si díky podmiňování vzpomene na předchozí situaci, kterou zažilo a pocítí strach. Podmíněnost je automaticky modulována určitými situacemi a místy (Praško, 2006, s. 24 - 25).
 - **Konflikty v rolích** – Neshody v rodinném životě a problémy na pracovní pozici jsou velmi často spojeny s výskytem GAD. V domácnosti může jít o konflikt rolí mezi manželi nebo mezi rodiči a dětmi. Mohou se objevit neshody nebo se často vyskytuje napjaté mlčení. K neshodám či mlčení často dochází i mezi zaměstnanci (Praško, 2006, s. 24 - 25).
 - **Každodenní stresory** – Stres je častou příčinou úzkostných poruch. Lidé žijící ve stresujícím prostředí mají vyšší pravděpodobnost vzniku úzkostí a deprese. Stresové zážitky jsou často spojeny s problémy doma, v práci, ve škole nebo při studiích. Příčiny stresu jsou však často vnitřní, například neschopnost plánovat si určité činnosti do časových harmonogramů, odkládání důležitých činností nebo rozhodnutí na později, oddělování důležitého od nedůležitého, schopnost umět požádat druhé o to, co potřebujeme, přijatelným způsobem. Čím častěji k těmto situacím dochází, tím je pravděpodobnější, že budou spojeny se vznikem GAD. Mezi běžné každodenní stresory patří situace, které jsou níže uvedeny (Praško, 2006, s. 24).
 - *Kritika.*
 - *Potlačení vzteku.*
 - *Podceňování nebo přehlížení ze strany okolí.*
 - *Nedostatek uznání nebo ocenění.*

-
- *Porovnávání se s druhými lidmi, porovnávání se sama se sebou před nemocí.*
 - *Odkládání nebo neděláním činností.*
 - *Nedostatek projevů lásky.* (Praško, 2006, s. 24)

- **Chronické stresory**, které rozděluje do určitých podskupin, na stresory vztahové, pracovní a výkonné, stresory související se životním stylem a nemocí, závislosti a handicapu.

Mezi stresory vztahové řadí například různé typy závislostí (materiální či citovou), ztížené kontakty se svým blízkým okolím (vzdálenost, neshody), krize ve vztahu (rozvod, rozchod, hádky, žárlivost, nevěra či nesoulad v sexuálním životě), problémy ve škole nebo komplikované rodinné vztahy (výchovné problémy, příchod/odchod člena rodiny) apod.

Do pracovních a výkonných stresorů zařazuje autor nízký platový příjem, který může mít dopad na fungování rodiny, neschopnost organizace práce (chaos, změny podmínek), klima v pracovním kolektivu (s kolegy či nadřízenými), práci při ztížených vnějších podmínkách (nedostatek tepla, světla, nepříjemné zvuky, rušivé elementy, nedostatek vzduchu) nebo nedocení odvedené práce.

Stresory, které souvisejí s životním stylem, se mohou projevit při jednotném a stereotypním životním stylu, v nepohodlném nebo nedostačujícím zázemím, komplikované vztahy s rodinou (vyčlenění, uzavřenost, ztráta komunikace) či nedostatek aktivit, které člověku dodávají pocit štěstí, uvolnění a harmonie.

Do poslední podskupiny, která se týká nemocí a handicapů řadí autor různé druhy stresorů, které působí na fyzické nebo na psychické zdraví člověka. Mezi nimi můžeme najít například pohybový nebo psychický handicap nebo nemoc vlastní nebo blízké osoby, závislosti ohrožující stav člověka (drogy, léky, alkohol, herní automaty), do této kategorie se také zařazují stresující životní situace, které přijdou náhle (úmrtí, rozvod, rozchod, změna pracovní činnosti, finanční krize), (Praško, 2006, s. 24 - 26).

- **Vliv životních událostí** – Významné životní události často předcházejí vzniku GAD. Může jít o události, které u jedince způsobí sociální izolaci. (Ztráta partnera či jeho odchod), změnu role (přechod ze školy do práce, nástup dítěte na základní

či střední školu, nebo nástup do zaměstnání), ztrátu důležité role (opuštění dospělých dětí rodinu), ztrátu samostatnosti, fyzických aktivit a zájmů (odchod z práce na mateřskou dovolenou). Samotná úzkostná porucha často vede k izolaci a vyhýbání se dalším aktivitám a činnostem (Praško, 2006, s. 24-28).

Mezi nejčastější životní události, díky kterým se u jedince vyskytuje nadměrný stres, jsou:

- *Úmrtí partnera/partnerky, rozvod, rozvrat manželství.*
- *Úraz nebo vážné onemocnění, úmrtí blízkého člena rodiny.*
- *Sňatek, těhotenství, přírůstek nového člena rodiny, změna zdravotního stavu člena rodiny.*
- *Změna zaměstnání, změna finančního stavu, změna odpovědnosti v zaměstnání, změna bydliště, změna školy, problémy a konflikty se šéfem.*
- *Vstup do školy nebo její ukončení, syn/dcera opouští domov, změna sociálních aktivit, změna životních podmínek.*
- *Dovolená, Vánoce, přestupek a jeho projednání, mimořádný osobní čin nebo výkon.* (Praško, 2006, s. 26)

2.7 DIAGNOSTIKA A PREVENCE

Diagnostika

Zatímco depresivní příznaky se zaměřují na minulost, příznaky GAD se vyznačují řešením budoucích hrozeb. Hlavními rysy GAD jsou nadměrné a špatně kontrolovatelné obavy a starosti, týkající se různých oblastí života a fyziologické příznaky, které tyto obavy a starosti doprovázejí, přičemž pacienti mají pocit, že nad nimi nemají kontrolu, a naopak se cítí, že je ovládají. Tyto příznaky by měly trvat nejméně šest měsíců a neměly by být spojeny s žádným fyzickým onemocněním, nebo s určitou psychickou poruchou (Praško, 2005, s. 80 - 85).

Diagnostické postupy zahrnují kompletní psychiatrickou anamnézu, fyzikální vyšetření a základní laboratorní testy (kompletní krevní obraz, moč a sediment, jaterní enzymy, močovina, kreatinin a EKG). Vhodná je také vyšetření EEG. K hodnocení GAD se používá řada sebehodnotících dotazníků a hodnotících

škál. Sheehanovy, Hamiltonovy a Beckovy škály úzkosti, hodnotí počet a intenzitu jednotlivých příznaků, ale nejsou vhodné pro stanovení diagnózy (Stein, 2004 in Praško, 2005, s. 80 - 85).

Během konzultace bude pacient kromě obvyklé psychiatrické anamnézy požádán o zodpovězení několika otázek (Praško, 2005, s. 80 - 89).

- *Typická témata obav a starostí a další situace, které vyvolávají úzkost nebo strach.*
- *Jak obavy a starosti probíhají, čeho se nejvíce obává, jaké tělesné reakce se objevují, jak se přitom chová, jak reaguje na druhé lidi.*
- *Čemu se v důsledku obav a starostí vyhýbá a jak se proti úzkosti zabezpečuje, zda se naučil nějaké strategie, jak si pomoci.*
- *Co obavy a starosti či úzkosti modifikuje (aktivity, léky, menstruace, přítomnost druhých osob).*
- *V čem ho obavy, starosti a úzkostnost omezují v životě (pracovní, v rodinném životě, ve volném čase).* (Praško, 2005, s. 89)

Je důležité získat podrobné informace o obavách, starostech (myšlenkách a pocitech) a fyzických reakcích spojených s úzkostí. Pak je třeba zjistit okolnosti vzniku GAD, zejména v mezilidských vztazích (Praško, 2005).

Ulč, et al. (1999, s. 17) vysvětluje, že přesná diagnóza úzkostných poruch je důležitá z klinického i terapeutického hlediska, ale přesná definice, klasifikována podle 10-MKN, je často obtížná. Zvláště u některých typů deprese může být ohraničení obtížně definováno. Zejména v posledním desetiletí vykrytalizovaly pokusy definovat úzkostné poruchy jako samostatnou jednotku. Úzkostné poruchy byly klasifikovány pod různými diagnostickými názvy, například jako „*polysymptomatická hysterie a úzkostná neuróza*.“ V americké klasifikaci DSM III., byly úzkostné syndromy rozděleny do dvou základních skupin.

- *„Fobické poruchy (agorafobie, sociální fobie a obecná fobie)*
- *anxiózní stavy (panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha, GAD a posttraumatická stresová porucha.*“ (Ulč et al., 1999, s. 17)

Prevence

Prevenci úzkostných poruch je teoreticky možné vysvětlit jako určité opatření nebo předcházení proti určitému patologickému jevu, které se týkají GAD, nebo se souvisejícími závislostmi na určité látce. Prevence je v tomto ohledu důležitá, díky ní je často předcházeno tělesným a mentálním, ekonomickým i sociokulturním problémům ale také problémům doma či v zaměstnání. Prevence je rozdělena několik skupin, laickou na skupinu odbornou a na primární, sekundární a terciální.

Primární prevence GAD není známa. Teoreticky by to mohlo být zvažováno u lidí, kteří mají členy rodiny s úzkostnými nebo depresivními problémy, nebo lidí, kteří jsou neustále ve velkém stresu, nebo lidí, kteří prožili velké životní události. Zde mohou být užitečné kurzy zvládání stresu a komunikace pro rozvoj dovedností zvládání. Sekundární prevence sestává z udržovací medikace nebo udržovacích psychoterapeutických sezení. Udržovací léčba by měla trvat alespoň 6-12 měsíců, ale může trvat i celý život. Sekundární prevence může zahrnovat vše, co je uvedeno v primární prevenci – programy kontroly stresu a komunikační trénink (Praško, 2005, s. 113).

2.8 LÉČBA

Mnoho lidí si myslí, že generalizovaná úzkostná porucha je něco, s čím se člověk narodí, je součástí jeho povahy a nemůže s ní nic dělat, není to ale pravda. GAD je plně léčitelná. Existují dva základní způsoby léčby, oba jsou velmi úspěšné, jedním způsobem je léčba léky (antidepresiva), druhá léčba je zaměřena na psychoterapii například na různé druhy terapií (Praško, 2006, s. 73).

Jedním ze základních přístupů léčby GAD je již zmíněná psychoterapie. Léčba psychofarmaky, kombinovaná s psychoterapií je indikována u těžších případů nebo v případech, kdy se samotné psychoterapeutické postupy ukazují jako nedostatečné. Až 70 – 80% pacientů vykazuje výrazné zlepšení při samotné medikamentózní terapii. Kognitivně behaviorální terapie přináší podobné výsledky. Pokud léčba jednou metodou nepomůže, je možná i kombinace obou metod najednou (Praško, 2006, s. 73).

Cílem psychoterapie je naučit lidi s GAD myslet systematicky a z více úhlů pohledu. Jedinci se potřebují osvobodit od strnulosti jak v myšlení a reakcích, tak ve fyzickém a emocionálním projevu. Proto se léčebné strategie zaměřují na nevyhýbání se chování, které jim způsobuje úzkosti, to znamená na vystavování a čelení určitým obavám

a strachům, trénink odolnosti vůči intenzivním emočním a fyzickým reakcím, na systematické řešení problémů a na relaxaci (Praško, 2006, s. 73).

Praško (2005, s. 91-92) ve své publikaci uvádí jako další hlavní cíle léčby snižovat stres a úzkost, odstranit pocity při vyhýbání se znepokojujícímu chování a zvýšit schopnost fungovat naplno v práci i doma. Z dlouhodobého hlediska je také cílem nejen prevence nových příznaků úzkosti, ale i sekundárních důsledků, jako je prevence požívání alkoholu, benzodiazepinů a dalších návykových látek a prevence předcházení depresím. K těmto cílům vede dlouhá cesta a základem je vytvoření kladného terapeutického vztahu, který umožňuje kvalitní spolupráci pacientů, jak léčených psychoterapií nebo farmakoterapií.

Farmakoterapie

Léky používané k léčbě úzkosti lze rozdělit do několika lékových skupin. První a největší skupinou, jsou léky proti úzkosti, látky, které úzkost vyvolávají, v podstatě tyto látky odstraňují. Sloučeniny odvozené od diazepamů, souhrnně nazývané benzodiazepiny, jsou v této skupině nejčastější (Honzák, 1995, s. 65).

Z krátkodobého hlediska je psychofarmaka jednodušší a rychlejší než psychoterapeutická intervence. Akutní exacerbace (akutní zhoršení respiračních symptomů, které vyžaduje rozšíření léčby), příznaků úzkosti u pacientů s chronickou úzkostí nejlépe reagují na anxiolytika, zejména benzodiazepiny, které ale nejsou ideální pro dlouhodobou léčbu. Benzodiazepiny vedou po delší době užívání k závislostem a mohou se po jejich dlouhodobém užívání objevit i agresivní impulzy u jedinců, kteří je užívají. Léky, které jsou určeny a vhodné k dlouhodobější léčbě GAD jsou nazývána antidepressiva (Praško, 2005, s. 93).

Dr. (Honzák, 1995, s. 64), ve své publikaci odráží svůj profesionální názor na farmakoterapeutické léčby, kdy tvrdí, že pro mnoho lidí jsou léky nejen nejpohodlnější, ale podle jejich názoru také nejlogičtější řešením jejich úzkostných problémů. Jsou založeny na myšlence, že pokud je příčinou úzkostného stavu chemická látka v mozku, pak ji opět nějaká chemická látka může napravit. Exogenně dodávané léčiva nelze ale přesně nastavit tak, aby přesně zapadly do specifických procesů, které probíhají v našem těle. Některé léky také fungují jako náhražky vlastních látek a pokud u člověka dojde k předávkování, snižují přirozenou produkci v lidském organismu.

Psychoterapie

Ačkoliv psychoterapeutický výzkum pro GAD není tak rozsáhlý jako u jiných úzkostných poruch, existuje výzkum, který poukazuje na to, že různé psychoterapeutické přístupy jsou pro tyto pacienty účinné. Mezi jedny z nejdůležitějších psychoterapeutických přístupů, jsou kognitivně – behaviorální terapie, psychoanalytická psychoterapie, skupinová dynamická psychoterapie, relaxace nebo zpětná vazba (Praško, 2005, s. 105).

Srovnání léčby KBT a benzodiazepiny prokázalo rychlejší efekt medikamentózní léčbou, ale po šesti týdnech byl rozdíl mezi léčbami nepatrný, ovšem po léčbě KBT se zlepšení, na rozdíl od benzodiazepinu výrazně dlouhodobě udrželo. Samotná kognitivní terapie může být často mnohem účinnější než terapie behaviorální (Praško, 2005, s. 105).

Aplikace kognitivně – behaviorální terapie

Přístup k léčbě GAD není u KBT jednotný a vždy stejný. Mnoho autorů používá mírně odlišené přístupy, s větším či menším důrazem na behaviorální, kognitivní či interpersonální proměnné. Vzhledem ke komplexnosti příznaků GAD, které zasahují do všech oblastí života pacienta, je těžištěm léčby této poruchy především realizace komplexních terapeutických programů v tréninku zvládnání stresu. Jednotlivé kroky ošetření se provádějí postupně v následujícím pořadí (Praško, 2005, s. 108 – 109).

- **Psychoedukace** – Pacientovi jsou poskytnuty informace o tom, co je to úzkost (stresová reakce – boj nebo útěk), a vysvětlujeme mu vztah mezi myšlenkami, pocity, chováním, reakcemi a výsledky založenými na symptomech. Dostáváme se do začarovaného kruhu úzkostných očekávání a úzkostných projevů. Je důležité si uvědomit, že stres neznamena, že člověk zešílí. Navíc je třeba člověku vysvětlit, že fyzické reakce, spojené se stresovou reakcí nejsou absolutně zdraví škodlivé. Po vysvětlení typických příznaků a začarovaného kruhu pacienta přecházíme na edukaci o konkrétní léčbě (Praško, 2005, s. 109).
- **Kognitivní rekonstrukce** – Kognitivní restrukturalizace je o změně automatických úzkostných myšlenek, představ a postojů, což vede ke snížení úzkostí.
- **Relaxace** – Relaxace je v GAD velmi důležitá. Pacienti začnou sami věřit, že mohou sami ovládat většinu fyzických a psychických příznaků úzkosti. Je možno využít i autogenní trénink, Jacobsonovu nebo Ostovu progresivní relaxaci (Praško, 2005, s. 111).

Tématu relaxace se věnuje také lékař (Ulč, et al. 1999, s. 42 – 43), který tvrdí, že zbavit se nahromaděného stresu, je pro lidi v dnešním světě důležité. Většina konfliktů a z nich vyplývajících potíží se pohybuje v souvislém trojúhelníku: napětí – stres – bolest. Stále častěji se však objevují lidé, kteří odmítají farmakoterapii a hledají alternativní způsoby léčby. V tomto směru je přirozené snižování napětí a navození celkové relaxace zajišťováno především využitím relaxačních technik. Dnes již existuje mnoho způsobů, jak relaxovat. Některé ze známějších technik zahrnují tradiční hypnózu, systematický autogenní trénink a dynamickou relaxaci.

- **Expozice obavám** – Přetrvávající strach je výsledkem neefektivního procesu zvládnání a pacienti mají tendenci se mu vyhýbat a odvádět pozornost od daných obav jinam, to způsobuje to, že obava neustupuje, naopak se objevuje znovu. Cílem je, aby se pacient ztotožnil s myšlenkou, že strach existuje, ale přestal se mu vyhýbat a přestal myslet na nejhorší možné důsledky (Praško, 2005, s. 111).
- **Plánování činností** – Lidé s GAD mají tendenci vyhýbat se problémům tím, že odkládají náročnější úkoly. Neřešené problémy vedou k napětí a často k sebeobviňování. Další charakteristikou je nedostatek zábavy a relaxačních činností. Trénink plánování aktivit zlepšuje jedincům tento problém překonat (Praško, 2005, s. 111).
- **Nácvik dovedností** – Naučit se novému chování a dovednostem může být jedním z nejdůležitějších cílů střednědobé terapie. Mnoho pacientů s GAD má potíže s používáním nezbytných sociálních a komunikačních dovedností, protože toho nejsou schopni nebo jim v tom brání strach či konkrétní úzkost. Terapie je většinou zaměřena na řešení komunikačních problémů, se kterými pacient přichází. Ale u některých pacientů je nedostatek dovedností velký, takže je vyžadován pravidelný trénink sociálních dovedností (Praško, 2005, s. 111).
- **Řešení problémů** – Řešení problémů je také ústřední terapeutickou strategií v GAD. Většina pacientů s GAD má značné potíže s řešením běžných problémů v životě. Mají také vážné posouzení každodenních problémů, protože je často nejsou schopni systematicky řešit. Používají pokusy a omyly a plýtvají spoustou času a energie na triviální záležitosti. I malé problémy je proto trápí a nejraději by před nimi utekli. U těchto každodenních problémů se pacient postupně učí, jak strategicky řešit postupně všechny problémy (Praško, 2005, s. 111).

Doporučovaný terapeutický postup

Každý pacient má individuální vlastnosti, individuální reakci na léky a různou ochotu spolupracovat při léčbě. Následující doporučený proces vyplývá z přezkoumání výzkumu a doporučení úřadů.

1. U mírné až středně těžké GAD, která postihuje většinu léčených pacientů, by měla být preferována psychoterapie, kdykoli je to možné. Pokud toto není k dispozici, jsou první volbou antidepresiva.
2. Psychoterapie se zaměřuje především na řešení aktuálních problémů pacienta souvisejících s mezilidskými vztahy a pracovním výkonem a následně na změnu hluboce zakořeněných maladaptivních vztahů. Je důležité se s pacientem dohodnout na zjištěných problémech, cílech a možných řešeních.
3. Psychoterapie má smysl i ve vztahu k protidrogové léčbě, neboť pacient má řadu mezilidských a s aktivitou souvisejících problémů, které nelze vyřešit pouze medikací.
4. První linií farmakoterapie pro pacienta trpícího GAD by měla být buď SNRI, nebo SSRI, protože se jedná o nejúčinnější léky v léčbě a nenesou s sebou riziko závislosti na BZD. V prvním týdnu se obvykle doporučuje předepsat poloviční dávku léku, v dalších týdnech se dávka postupně zvyšuje až do dosažení dávky, kterou pacient dobře snáší.
5. Poté pokračujeme v medikaci v optimální dávce po dobu 8-10 týdnů. Pokud pacient dosáhne remise při této dávce, bude léčen tímto lékem další rok, až 18 měsíců.
6. Pokud se u pacienta nedostane k výraznému zlepšení v přiměřené době léčby tj. 8-12 týdnů, není reakce na léčbu dostačující. Je nutné uvažovat nad změnou léčiv či nad přidáním antipsychotik.

Po tom, co je pacient rok na udržovací léčbě, je opět zvažována kvalita dosažené léčby. Pokud u pacienta dojde ke stoprocentní remisi, je možno léky postupně začít vysazovat, léky je vhodné vysazovat velmi pomalu a s ohledem na zdravotní a psychický stav pacienta. (Praško, 2005, s. 113).

3 SPECIFIKA EMOCÍ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU

Emoce u dětí mladšího školního věku jsou základním prvkem v oblasti dětské psychiky. Podněcují rozvíjení ostatních psychických funkcí, ale často do nich negativně zasahují a omezují, například při výskytu úzkosti nebo strachu. V brzkém věku slouží jako základní orientační a usměrňovací systém, který v tomto ohledu předchází poznávací orientaci a regulaci. Jedinci se rodí s vrozenou schopností emocionálně reagovat, což naznačuje jejich aktuální míru spokojenosti či nespokojenosti. Děti mohou vyjadřovat širokou škálu emocí, které se mohou projevovat různými způsoby, jako jsou výrazy v obličejí hlasy či pohyby celého těla (Vágnerová, Lisá, 2022, s. 230 - 231).

Dominance konkrétních emocí u dětí mladšího školního věku a jejich následná intenzita pochází z temperamentu jedince. Temperament je udáván jako vrozený základ jedince pro jeho emocionální reakce. Vlivy prostředí se mohou projevit jako změny v emočních reakcích vyplývající ze získaných zkušeností. V raném dětství je možné posoudit temperament jedince v konkrétních situacích, která by za normálních okolností vyvolávaly určité emoce. Pro příklad, hněv, který jde u dítěte vyvolat již v útlém věku. Situace, kdy je dítěti bráněno v dosažení určitého stupně uspokojení. Sáhnete po jeho oblíbené hračce. Limbický systém, zejména amygdala, je aktivní již u novorozenců a poskytuje základní emoční reakce. Toto je způsobeno reakcí části mozku a přenosu do hypotalamu a mozkového kmenu. Tento cyklus zajišťuje emocionální zážitky již od porodu do šesti měsíců života. (Vágnerová, Lisá, 2022, s. 231 - 233).

Rodiče svým chováním a reakcemi na jejich chování ovlivňují emoční vývoj svých dětí. Pro malé děti znamenají emoce hlavní a nejdůležitější prostředek komunikace. Děti mohou své emoce vyjádřit dlouho předtím, než jsou schopni začít mluvit. Emocionální znaky mohou rodičům dítěte složit jako poskytnutí informací a tom, jak se dítě momentálně cítí. To, jak rodiče na daný signál reagují, dává batoleti zpětnou vazbu a naopak, malé děti vnímají emocionální projevy ostatních lidí a dle toho interpretují a jednají. Dítě získává znalosti o pocitech jiných lidí na základě kontaktu s vlastní matkou, dítě to rozlišuje podle mimiky a tónu hlasu matky. Informace emocionálního charakteru pomáhají dětem zorientovat se v určitých situacích, například klidný stav matky je pro dítě uklidněním, naopak negativní je naopak činí nejistými až vyděšenými (Camras a Shuster, 2013 in Vágnerová, Lisá, 2022 s. 230-232).

Systém zrcadlových neuronů je důležitý pro pochopení emocionálních projevů jiných lidí. Funkce zrcadlových neuronů spočívá v jejich schopnosti zrcadlení. To znamená, že aktivuje stejné oblasti mozku v psychice pozorovatele jako pozorovaná osoba. Dokáže naplno využít své schopnosti k tomu, aby poznal, jak se pozorovaná osoba cítí. Pro dítě je mnohem snazší porozumět pocitům matky. Takto vyvolané simulace vznikají stimulací stejných oblastí mozku, jako by to byly jeho vlastní zážitky. Děti se mohou naučit napodobovat různé emoční projevy a lépe je rozlišovat. Jedním z důležitých faktorů je také stejná tendence dospělých k napodobování dětských projevů. Zde opět funguje zrcadlový mechanismus, dítě komunikuje s rodiči a získává znalosti o svých vlastních emočních projevech. Nabytými zkušenostmi se dítě učí lépe vnímat konkrétní emoční projevy a předvídat tak výsledné reakce (Vágnerová, Lisá, 2022, s. 235 – 236).

Děti nastupující do školy si musí být schopny vyvinout adekvátní seberegulaci a emoční regulaci. Musí být schopni řídit a ovládat své emoce adaptivně a flexibilně. Emocionální regulace je jednou z nejdůležitějších vývojových výzev u dětí a u předškoláků, kteří v předškolním věku vykazují známky dysregulace a snížené sebekontroly, se pravděpodobně vyvine emoční inhibice, somatizace nebo patologická internalizace. Existuje riziko iniciace zvýšené externalizace emočního chování díky empatii. Nezdravé zvládnání emocí např. agrese (Cole, Michel, Teti, 1994, in Poláčková, 2018, s. 154).

Emocionální regulace je další úrovní lidské zralosti. Školní práce: Prokazuje určitý stupeň pozornosti a soustředění, schopnost plnit úkoly a odkládat bezprostřední přání a potřeby a souhrn spontánních, emocionálních a kognitivních procesů. Stanovení specifických afektivních pravidel v mladším školním věku je považováno za mnohem efektivnější ukazatel školní připravenosti než naměřené je například IQ jedince, schopnost provádět jednoduché aritmetické operace nebo gramotnost (Mischel, Shoda, Rodriguez, 1989, in Poláčková, 2018, s. 154).

Šestileté nebo sedmileté dítě schopné přímé kontroly (tj. potlačení dominantních reakcí, kontrola silných emočních reakcí, udržení pozornosti, interpretace zážitků, pocit, že může něco říkat nebo dělat) obvykle dobře prospívá v kategoriích, jako je empatie, stud, nebo odpovědnost za své činy a následná vina. Agresivitu naopak podceňují. Sociálně-emocionální projevy, zejména projevy stud a vina, pozitivně korelují s úmyslnou kontrolou ve věku šesti let. Sebevědomí v tomto období často podléhá regulaci, a i přes to, že děti vždy hledají pomoc u rodičů, aby tyto emoce zvládly, děti se často setkávají s problémy a

neočekávanými situacemi. Zaměřují se na řešení, stále více regulují emoce ve skupinách vrstevníků a stávají se zběhlejšími při efektivní regulaci emocí svých i druhých (vnímání a zobrazování), (Rothbart et al., 2001, in Poláčková, 2018, s. 154).

Předškolní věk dítěte je vlastně dominantní vývojovou fází sebehodnocení a sebepojetí, která začala před školním věkem nebo před ním. Neméně podstatné jsou sociální interakce a vztahy, které vytvářejí (Abe, Izard, 1999 in Poláčková, 2018, s. 154).

Mnohem hlouběji proniká do dětských regulačních postupů, než dříve ve vztahu k sociálnímu prostředí (Slaměnik, 2011; Výrost, Slaměnik, 2001, in Poláčková, 2018, s. 154).

Děti si stále více uvědomují pravidla pro vyjadřování a prožívání emocí, co se smí a co nesmí, co by se mělo dělat, co by se dělat nemělo. Tento nesouhlas často vyvolává sociální a sebehodnotící emoce, mezi které patří například stud, hrdost, rozpaky, rozpaky nebo vina. Schopnost hlouběji klasifikovat a rozlišovat mezi vnějším prostředím a událostmi vytváří u dětí rozporuplné emoce a poskytuje dialektický základ pro emoční prožívání, hodnocení a úsudky bývají zkreslené. Často jsou také impulzivní (Langmeier, Krejditová, 2006 in Poláčková 2018, s. 156).

Děti mladšího školního věku jsou schopny vnímat sebe samy prostřednictvím nebo pomocí širších osobnostních rysů a usuzovat na realitu vnímání druhými (Craig, Baucum, 2002). Dítě již dokáže odhadnout, jak se cítíte v hypotetické situaci a jak pravděpodobně jednáte nebo budete jednat. Šestileté děti jsou již schopny posoudit, jak se cítí poté, co byly dva týdny pryč od svých pečovatelů (Cic-chetti et al., 1990 in Poláčková 2018, s. 156), a jejich schopnosti emočního hodnocení se stále zlepšují. Děti budou pracovat na scénáři emocionální epizody, prototypu nebo schématu (pokud to udělám nyní, ostatní lidé to budou milovat a budou takto reagovat).

Očekávání emocionálních reakcí ostatních lidí bylo v dřívějších dobách zřejmé, ale zvláště když jsou děti malé, máme tendenci některé události lépe maskovat, abychom se vyhnuli emocionálním následkům neúspěchu, (rodiče budou nadávat, budou se zlobit, budou toho litovat), tresty a sankce (Poláčková, 2018, s. 156).

3.1 OBJEKTY STRACHU V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU

Během prvních školních let pokračuje hlavně dozrávání celého organismu dítěte hlavně centrální nervový systém. V důsledku toho se zvyšuje emoční stabilita. Emoce jsou stále odolnější a vyváženější. Mezi dětmi převládá pozitivní myšlení a většinou skvělá nálada můžete mluvit o tomto období o rovnováze a svěžesti. Vznikají i vyšší city, jako je mravní a estetické citění (Hříchová, Novotná, Miňhová, 2000, s 51).

Emoce bývají považovány za jedny ze základních prvků v dětské psychice. Ovlivňují a formují rozvoj konkrétních funkcí mozku, ale často je také brzdí (úzkosti, strachy). V mladém věku slouží jako základní orientační a řídicí systém, který v tomto ohledu předchází kognitivní orientaci a regulaci. Děti se rodí s vrozenými schopnostmi, jak emocionálně reagovat, což naznačuje jejich aktuální míru spokojenosti či nespokojenosti. Emoce jsou používány jako prostředek komunikace s ostatními jedinci již v raném věku. Děti mohou vyjadřovat širokou škálu emocí, které se mohou projevovat různými způsoby, například ve výrazu obličeje, hlasu či pohybu (Vágnerová, Lisá, 2005, s. 230 - 231).

V době raného dětství, děti překonávají obavy z imaginárních objektů a místo toho se více soustředí na skutečné situace. Jak děti stárnou, podněty, které vyvolávají strach a úzkost, se přirozeně mění. Nicméně, mezi dětmi mohou být rozdíly v závislosti na konkrétních životních okolnostech. Pokud jsou tyto obavy potlačovány, mohou u některých dětí vést k neurotickým symptomům, jako je například koktání, tiky, třesení a další (Mlčák, 1999).

Výskyt těchto strachů a obav považujeme za běžné a vzhledem určitému věku dětí také adekvátní. Níže si zmíníme nejčastější strachy, které se vyskytují u dětí v mladším školním věku.

Strach z lékařů, injekcí a nemocí

Značná skupina strachů a obav v mladším školním vývojovém období je spojena s nemocemi, obavami z lékařských zásahů a strachem z různých druhů poranění. Strach ze způsobované bolesti je častým jevem a může být ovlivněn osobními negativními zkušenostmi s bolestí, které jsou vnímány jako nepříjemné. Mezi běžné obavy v této oblasti patří například strach z návštěvy zubaře, který u dětí často souvisí s obavou z bolesti (Michalčáková, 2007, s. 45). V tomto mladém věku se také často objevují fobie z krve, zejména kolem devátého roku dítěte, a fobie ze zubaře, která se obvykle projevuje

kolem dvanácti let. Tyto specifické obavy mohou přetrvávat a komplikovat život dospělým jedincům (Muris and Field, 2010).

Strach ze tmy

V této etapě vývoje se často stává, že děti, které dříve byly odvážné, začnou mít strach z tmy. Může se jim zdát, že se v ní skrývají nebezpečí a že každý zvuk, jako je šumění větru nebo drobné šramoty za okáči na chodbě, mají strašidelný význam (Krejčířová, 2006). Matějček (2000, s. 40 – 60) uvádí, že když člověk vidí, co se děje kolem něj, může si být jistý, že se mu nic zlého nestane, ale když je tma a nic nevidí, může cítit úzkost. Tento strach se často projevuje při usínání, protože zavření očí znamená, že se dítě ocitne v těžko ovladatelné temnotě. V důsledku toho se cítí nervózní, pláče, často i křičí a často nemůže dlouhou dobu usnout.

Noční děsy

Jde o dysfunkci, (v angličtině pojmenovanou jako sleep terrors), která je zařazována mezi parasomnie, vyskytující se v během první třetiny spánku – neboli v nonREM spánku. Tyto stavy se vyskytují častěji v mladším věku, tedy v dětství a v dospělosti se většinou ztrácí. Jedná se o náhodné probuzení se z kvalitního a hlubokého spánku, doprovázené křikem nebo nářkem, sevřením, úzkostnými stavy či neklidem a výraznou tělesnou symptomatikou, mezi kterou se řadí projevy jako tachykardie, tachypnoe, mydriáza nebo nadměrné pocení. Snažit se zmírnit tento momentální stav u jedince může být doprovázen ještě silnějšími projevy či reakce. Jedinec si při vzbuzení na daný prožitý stav nemusí pamatovat, nebo má jen částečné vzpomínky (Dušek, Procházková, 2015, s. 270 – 271).

Príznaky: Často opakované stavy probudí ze spánku, které jsou doprovázeny panickým křikem, nářikáním, úzkostnými stavy, neklidem a různými tělesnými projevy. Dané stavy trvají 1-10 minut a vyskytují se v první třetině kvalitního spánku, kdy jedinec nereaguje na vlivy okolí, kteří se snaží tento stav ovlivnit, je dezorientován, obvykle se u něj opakují stereotypní pohyby, na stav jedinec není schopen říci plnou amnézii, ale má jen částečné útržky, u tohoto jedince není potvrzen výskyt jakékoli dysfunkce těla, jako je mozkový nádor nebo epilepsie (Dušek, Procházková, 2015, s. 270 - 271).

Náměsíčnost – somnambulismus

Hlavním projevem jsou opakující se situace, kdy postižený vstává z postele během spánku a probouzí se v první části spánku. Během tohoto stavu není postižený schopen reagovat na pokusy ostatních ovlivnit ho nebo s ním komunikovat. Probuzení může být

velmi obtížné a po něm může postižený trpět amnézií. Po probuzení se postižený může cítit zmatený a dezorientovaný, ale jiné poruchy se později nevyskytují a organická duševní porucha, jako je demence nebo epilepsie, se u jedince nevyskytuje. Somnambulismus (spánkové chůze) je dle klasifikace spánkových poruch zařazena mezi parasomnie. Během tohoto stavu se postižený automaticky pohybuje během spánku, často spojený s chůzí, a následně trpí amnézií. Tento stav se častěji vyskytuje u dětí ve věku mezi 4 a 8 lety. Pohybové automatismy mohou zahrnovat i oblékání. Stav trvá několik minut a pokračuje normálním spánkem. Výskyt těchto stavů je v první části noci, a proto je porucha řazena mezi parasomnie vázané na nonREM spánek. Je uváděno, že tato porucha se vyskytuje v rodinách postupně dědičně. Je třeba ji odlišit od psychomotorických epileptických záchvatů, které se obvykle nevyskytují pouze v noci. Tento stav často bývá také zaměňován s konverzní poruchou, které se ale na rozdíl od náměsíčnosti vyskytuje během dne a má mnohem delší časové trvání. Na rozlišení těchto dvou stavů pomáhá vyšetření, které se nazývá elektroencefalografické (Dušek, Procházková, 2015, s. 270).

Noční můry

Noční můry anglicky pojmenována jako nightmare, dream anxiety a úzkostné sny jsou stresující nebo fobické snové zážitky, kdy se obsah snu vybavuje jedinci velmi podrobně. Tyto sny jsou velmi živé a jsou obvyklým tématem, buď ohrožení vlastního života, nebo narušení osobního bezpečí. Děsivé noční můry s touto tematikou se mohou opakovat velmi často. U pacienta se běžně během dané epizody objevují příznaky, ovšem po probuzení je jedinec čilý a zorientovaný, je schopný vést rozhovor s ostatními a sen si dobře vybavuje. Tento stav je klasifikován jako paraplegie spojená se spánkem REM a proto se během spánku vyskytuje na jeho konci a velmi vzácně na začátku spánku. Stav je častější i dětí a dospívajících, zejména u těch, kteří mají bujnou fantazii a představivost. K těmto stavům může pomoci podávání psychotropních léků a antidepresiv (zejména těch první generace), stavy se také mohou objevit po vysazení benzodiazepinů (Dušek, Procházková, 2015, 272).

Příznaky: Jedinec se probouzí s podrobnými a živými vzpomínkami na konkrétní děsivý sen. Ze snu, ze kterého se jedinec probudí, se okamžitě vzpomene a dokáže se orientovat. Sny a zážitky z poruch spánku, mohou být pro jedince velmi znepokojivé (Dušek, Procházková, 2015, s. 272).

Sociální úzkostná porucha

Projevuje se jako izolování se od cizích lidí. Stydlivost v dětství znamená neustálý strach z cizích lidí a snahu vyhýbat se jim. Takové zážitky a chování jsou u ročního dítěte normální a určitá míra ostražitosti a plachosti je normální. Při této poruše však dítě projde extrémním průběhem sociální izolace, která je pro dítě velmi stresující a objevuje se i u dětí staršího školního věku (<https://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>, online, 28.3.2023).

Porucha sourozenecké rivality

Je termín, který obvykle označuje výrazné prožívání porovnávání, nepřátelení a žárlivosti mezi staršími a mladšími sourozenci. Tento jev se projevuje nadměrným soupeřením o pozornost a náklonnost rodičů a do značné míry abnormálními negativními pocity vůči sourozencům. Soupeřící sourozenci se na sebe snaží upozornit různými způsoby. Mohou se také nechovat vhodně k sourozencům, na které žárlí. Trestání dětí za takové chování a prožitky je nevhodné a obecně jen posiluje pocity nespravedlnosti, odmítání a negativního postoje vůči ostatním sourozencům. Velmi užitečná může být také návštěva dětského psychologa, který je na tyto situace kvalitně a odborně vzdělán (<https://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>, online, 28.3.2023).

Škola

Nástup žáka na základní školu je často považován za důležitý milník v životě jedince. Na děti jsou v této chvíli kladeny nové a náročnější požadavky než v mateřské škole. Děti se musí přizpůsobit školnímu prostředí, na novou rutinu i na nové požadavky a pravidla. Toto nové prostředí může často pro žáky být zdrojem úzkosti a strachu. Školní prostředí může děti povzbuzovat k tomu, aby se vyvinul strach prostřednictvím různých dalších

událostí a situací. Například vztahy se spolužáky a učiteli, zkoušení, důsledky vyplývající z výkonových situací, přestup do jiných tříd a školu a u malých dětí i dlouhodobé odloučení od rodičů. V průběhu vývoje dítěte, se pak obavy spojené se školou procházejí určitými změnami (Michalčáková, 2007, s. 53).

3.2 SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ PROBLEMATIKY

Do této subkapitoly byly zařazeny studie, které jsou zaměřeny na obdobnou tematiku, která je předmětem našeho zájmu a které mě zaujaly svým obsahem, výzkumy i zkoumanou problematikou.

Studie č. 1: Dětské strachy a úzkosti mladšího školního věku

Autor: Magda Rollingerová

Rok vydání: 2016

Vztažnost k mé DP: Tato práce má spojitost s mou diplomovou prací co se týče teoretické i praktické části. Též budu používat pro zjištění dat standardizovaný dotazník a výsledky vyhodnocovat pomocí statistiky. Proto si z tohoto výzkumu mohu vzít určité poznatky a určitě mi pomůže v mé diplomové práci.

Teoretické zakotvení: Teoretická část se zabývá významem a vývojem emocí, charakteristikou strachu a úzkostí i obdobím mladšího školního věku. Následující kapitoly tohoto výzkumu se věnují konkrétním strachům, problematice médií a výchovným vlivům působícím na dítě. Závěr teoretické části obsahuje poznatky z terapie dětí. Uvedeny jsou i základní přístupy, metody a následné rady rodičům, jak pracovat s úzkostným dítětem.

Výzkumné cíle: Cílem tohoto výzkumu bylo vyhodnotit míru úzkosti u dětí mladšího školního věku. Dílčím cílem zde bylo určeno, v jakém pásmu průměrnosti se úzkostnost dětí vyskytuje a zda se objevují případné závislosti mezi sledovanými znaky.

Výzkumné metody: Pro hypotézu H1 byla použita metoda chí-kvadrát testu pro určení případné závislosti mezi sledovanými znaky (míra úzkosti, pohlaví). Pro upřesnění byl zrealizován Fischerův exaktní test. Pro hypotézu H2 byl použitý znaménkový test pro zjištění výsledku.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor se skládal celkem z 50 respondentů čtvrtých až pátých tříd základní školy. Věk dětí se pohyboval v rozmezí 9 – 11 let. Chlapci tvořili 60% a dívky zbylých 40% z celkového šetření.

Organizace šetření: Pro sběr dat zde byl zvolen 51 složkový Dotazník dětské manifestované úzkostnosti (verze pro děti), který zjišťoval míru úzkosti dětí 4. – 5. tříd základní školy. Dotazník byl v písemné formě. Žákům byl administrován před vyučováním a uváděli pouze věk a pohlaví kvůli ochraně osobních údajů.

Výzkumné hypotézy: Pro práci byly stanoveny dvě hypotézy:

H1: Mezi pohlavími neexistují rozdíly v míře úzkosti.

H2: Míra úzkostnosti ve sledovaném vzorku bude odpovídat normám v tom smyslu, že zastoupení jedinců s podprůměrnou resp. nadprůměrnou mírou úzkosti bude srovnatelné.

Výsledné závěry a limity výzkumu: Ve výzkumu bylo zjištěno, že mezi pohlavími neexistovali statisticky signifikantní rozdíly v míře úzkosti. První hypotéza byla

tímto potvrzena. Hypotéza č. 2 byla zamítnuta. Tento výsledek může být odrazem pohybu dětí v nestresujících prostředích.

Citace: Magda Rollingerová. *Dětské strachy a úzkosti mladšího školního věku*. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta Pedagogická.

Studie č. 2: Problematika dětských strachů a úzkostí

Autor: Kateřina Krčmářová

Rok vydání: 2012

Vztažnost k mé DP: Téma této práce má s mou diplomovou prací úzkou spojitost, což se ukazuje již v názvu, práce se zabývá velmi podobným tématem jako já ve své diplomové práci. Práce má vztažnost jak v teoretické, tak v praktické části a myslím si, že je to pro mne vhodnou inspirací při psaní mé diplomové práce.

Teoretické zakotvení: Teoretická část práce se zabývá problematikou strachu a úzkosti v dětství, konkrétně se zabývá výskytu strachu a úzkostí v období mladšího školního věku. Vyskytuje se zde vysvětlení rozdílu mezi těmito dvěma pojmy.

Výzkumné cíle: Jako cíle této práce bylo záměrem zjistit, jak děti ve věku od 2 do 12 let vnímají a prožívají strach, čeho se nejvíce bojí, jakými způsoby se se strachem vyrovnávají a jak jim s překonáváním strachu pomáhají dospělí.

Výzkumné metody: Výzkum je rozdělen do dvou částí. V první části výzkumu byla zvolena metoda dotazníku. Dotazník byl vytvořen zcela nový a nebyly použity části žádného standardizovaného dotazníku. Dotazník je sestaven ze sedmnácti otázek, které se týkají dětských strachů a úzkostí. Otázky jsou otevřené a při jejich sestavování se vycházelo z poznatků v teoretické části práce.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor byl zvolen z 50 respondentů ve věku od dvou do dvanácti let. Ačkoliv byly dotazníky mířeny dětem, vzhledem k nízkému věku některých z respondentů byly dotazníky předány zákonným zástupcům daných respondentů. Dotazníku se nezúčastnili žádní žáci ve věku jedenácti a dvanácti let. Z celkového počtu respondentů výzkumu bylo 21 dívek a 29 chlapců.

Organizace šetření: Pro sběr dat byl v první ve výzkumné části použit dotazník, který měl 17 otázek, týkajících se strachů a úzkostí. Druhá část výzkumu byla zaměřena na kresbu dětí. Zadáno bylo nakreslit, jak si děti představují strach, nebo jak si děti představují děsivé strašidlo.

Výzkumné hypotézy: Pro tuto práci byly zvoleny dvě hypotézy:

H1: Vyšší míra úzkosti bude objevena u dívek.

H2: Výsledek nebude ovlivněn věkem.

Výsledné závěry a limity výzkumu: Ve výzkumu bylo zjištěno, že oproti předpokladu byla v tomto výzkumu vyšší míra úzkosti zjištěna u chlapců. Obecně se za více úzkostné považují dívky. Výsledek je pravděpodobně ovlivněn věkovým rozložením. První hypotéza byla tedy vyvrácena, druhá hypotéza byla nepotvrzena, stejně jako hypotéza 1.

Citace: Kateřina Krčmářová. *Problematika dětských strachů a úzkostí*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická.

Studie č. 3: Úzkost u dětí na 1. stupni ZŠ

Autor: Ludmila Ležáková, DiS.

Rok vydání: 2017

Vztažnost k mé DP: Jak už je jasné z názvu diplomové práce, práce se z části shoduje s mou závěrečnou prací. Ve své práci se věnuji oproti této práci ještě fobiím, ale úzkosti zasahují do velké části mé teoretické části. Tato práce by pro mě mohla být přínosným zdrojem informací, kterými se mohu inspirovat.

Teoretické zakotvení: Teoretická část této práce je zaměřena na samotné vyčlenění pojmu úzkosti, jeho obsahem a problematikou s ním spojenou, také je v práci vymezen zásadní rozdíl mezi pojmem úzkost a strach. Dále se autorka zabývá vznikem úzkostí a souvislost mezi určitými psychickými jevy.

Výzkumné cíle: Cílem práce je popsat míru prožívané úzkosti u žáků 1. stupně vybrané základní školy, zjistit, jestli se vyskytují rozdíly mezi mírou úzkosti prožívané před vyučováním a po skončení vyučování, dokázat výskyt úzkosti mezi žáky vzhledem k věku, pohlaví a situaci, zmapovat výskyt míry úzkosti v konkrétní zátěžové situaci ve školním prostředí.

Výzkumné metody: Pro zjištění podkladů důležitých pro výzkum a zpracování teoretické části této práce byla vybrána dotazníková metoda. Konkrétně byla zvolena Škála na měření úzkosti a úzkostlivosti u dětí – ŠAD (Spielberger et al., 1973), kterou upravili a opatřili názvem Škála naměření úzkosti a úzkostlivosti u dětí autoři Jozef Müllner, Imrich Ruisel a Gabriel Farkaš (1983).

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor byl získán příležitostným skupinovým výběrem. Výzkumu se tak zúčastnili žáci celého prvního stupně jedné ze základních škol

v jednom z měst. 1. – 5. třídu navštěvuje běžná populace dětí. Výzkumný soubor tvořilo celkem 76 dětí ve věku 6 – 11 let.

Organizace šetření: Žákům byl zadán dotazník, který byl rozčleněn na dvě části, na dvě sebesposuzovací škály. Obě škály obsahoval 20 položek. U každé z položek škály měřící aktuální úzkost se vybírá jeden ze tří výroků, a to ten, který nejlépe vystihuje, jak se dotazovaný cítí právě teď. U škály měřící úzkost jako trvalejší stav osobnosti se vybírá výrok, který nejlépe odpovídá tomu, jak se dotazovaný cítí obvykle. Test měl dvě ekvivalentní formy určené zvlášť pro chlapce a zvlášť pro dívky, které se lišil pouze jmenným rodem a/ý.

Výzkumné hypotézy:

H1: : U chlapců neexistuje rozdíl mezi aktuální úzkostí v ŠAD před vyučováním a po vyučování.

H2: U dívek neexistuje rozdíl mezi aktuální úzkostí v ŠAD před vyučováním a po vyučování.

H3: U celého výzkumného souboru neexistuje rozdíl mezi aktuální úzkostí v ŠAD před vyučováním a po vyučování.

H4: Dívky dosahují na škále měřící aktuální úzkost vyššího skóru než chlapci.

H5: : Mezi věkem chlapců a jejich aktuálně prožívanou úzkostí před vyučováním a po vyučování v ŠAD neexistuje souvislost.

H6: Mezi věkem dívek a jejich aktuálně prožívanou úzkostí před vyučováním a po vyučování v ŠAD neexistuje souvislost.

H7: U celého výzkumného vzorku neexistuje souvislost mezi věkem a aktuálně prožívanou úzkostí před vyučováním a po vyučování v ŠAD.

Výsledné závěry a limity výzkumu: Z výsledků daného šetření vyšlo najevo, že pět ze sedmi stanovených hypotéz vyšly jako přijaté, dvě hypotézy nebyly zpracovány systémem a nemohly být tedy vyhodnoceny jako pravdivé či nepravdivé. Hypotéza číslo 1 a 2, nebyla po kvalitním prošetření potvrzena. Hypotéza číslo 3 byla potvrzena, a hypotéza číslo 4 nebyla potvrzena a bylo dokázáno, že u dívek byla prokázána vyšší míra úzkosti než u chlapců. Hypotéza číslo 5 a 6 byla potvrzena. U hypotézy číslo 7 bylo potvrzeno, že věk jedinců má souvislost s daným zkoumáním výskytu míry úzkostí.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A DESIGN VÝZKUMU

Cílem praktické části diplomové práce je replikovat šetření z roku 2016, které se zaměřovalo na zjištění míry úzkostí u žáků čtvrtých a pátých tříd. Dílčími cíli šetření bude zjistit míru úzkostí a fobií u žáků ve čtvrtém a pátém ročníku vybraných základních běžného typu. Dalším cílem bude porovnat zjištěné výsledky se závěry diplomové práce Magdy Rollingerové z roku 2016. Posledním z dílčích cílů bude porovnání rozdílů z hlediska pohlaví žáků a ročníku ZŠ. Na základě studia odborné literatury předpokládáme následující výsledky:

H1: Současní žáci budou vykazovat vyšší hladinu úzkosti než žáci v roce 2016.

H2: Vyšší míra úzkosti bude zjištěna u dívek oproti chlapcům.

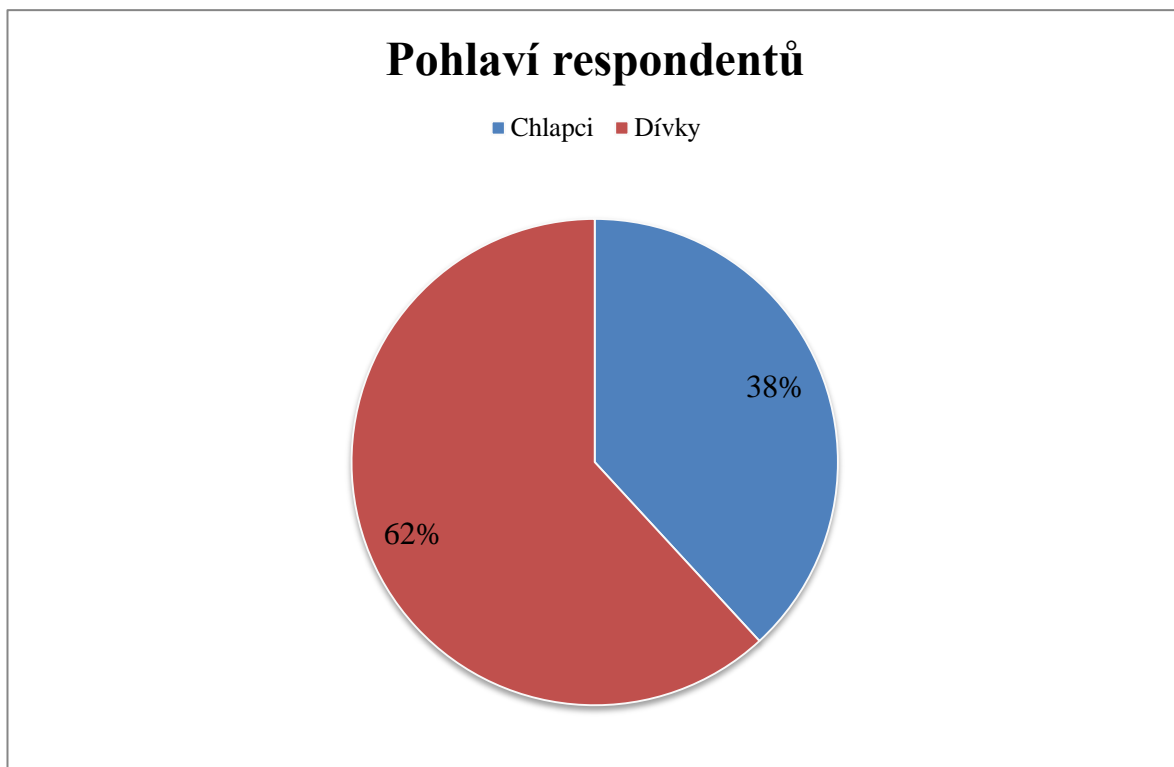
H3: U žáků čtvrtých a pátých tříd bude hladina úzkosti srovnatelná.

Uvedené šetření bude organizováno následujícím způsobem. Ve výzkumné části bude zvolena kvantitativní metodologie a jako sběr dat bude použit dotazník. Jednou z předností u dotazníkového šetření je poměrně rychlý a přesný sběr potřebných numerických dat.

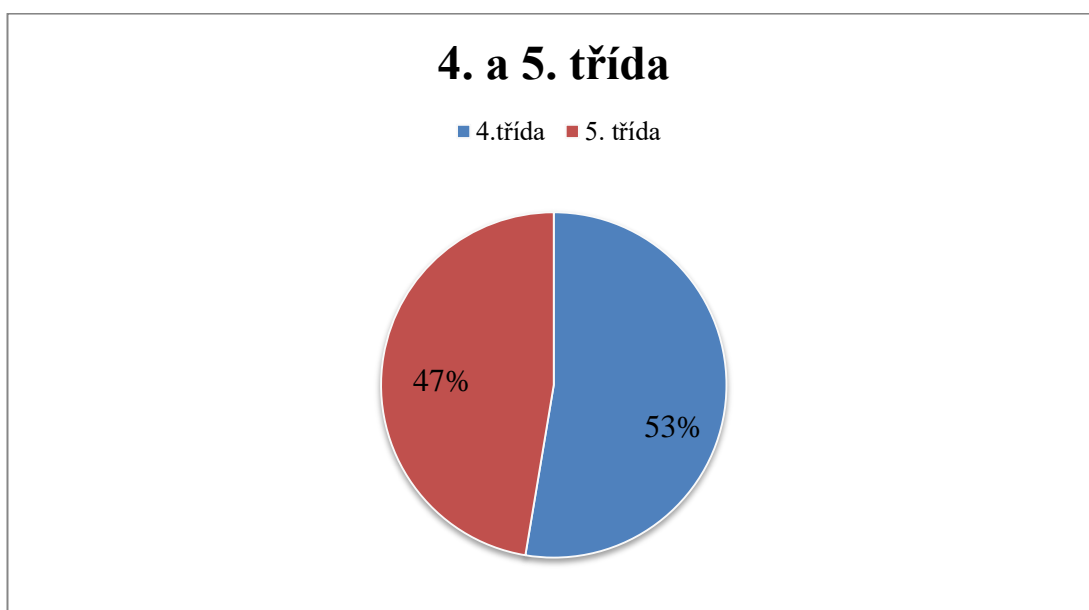
Pro výzkum byl zadán kompletní dotazník z publikace Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku od Jakuba Floriana a Iva Paclta (1998), do kterého byla jako poslední přidána otázka pro zjištění výskytu fobií u žáků. Jiné konstrukční změny učiněny nebyly za účelem zachování validity nástroje. Bližší popis dotazníku viz níže. Dotazníky budou distribuovány žákům čtvrtých a pátých tříd, což je také srovnatelné s původním výzkumem. Následuje popis vzorku respondentů. Po sběru dat budou získané informace sumarizovány, graficky znázorněny a v případě potřeby statisticky vyhodnocovány. V neposlední řadě se pokusíme potvrdit či vyvrátit stanovené předpoklady. Zvláště se zaměříme na výskyt fobií, které budeme sledovat odlišným způsobem oproti původní studii.

4.1 POPIS VZORKU RESPONDENTŮ

Základní soubor tvoří skupina žáků ve věku 9 - 11 let. První výběrový soubor tvoří žáci 4. až 5. ročníku ZŠ a Gymnázia Františka Křížíka v Plzni, druhý výběrový soubor tvoří žáci 4. až 5. ročníku ZŠ ve Vroutku. Soubor byl vybrán náhodným způsobem. Z celkem 76 respondentů bylo 38 % tvořeno chlapci a 62 % dívkami. Co se týče věku žáků, 53 % žáků je ve věku do 9 let a 47 % je tvořeno žáky ve věku 10 – 11 let. Shrnutí o přehlednějších základních informacích o žácích nabízí graf č. 1 a č. 2.



Graf 1: Procentuální vyjádření zastoupení respondentů podle pohlaví.



Graf 2: Procentuální vyjádření zastoupení respondentů podle věku.

4.2 POUŽITÉ METODY

Pro zjištění výsledků zadaných hypotéz byla pro všechny hypotézy zvolena metoda chí kvadrátového testu, ve výzkumné části byl konkrétně využitý test aplikace nezávislosti od Milana Kábrta.

Chí kvadrát test nezávislosti

Tímto testem lze jednoznačně zjistit, zda zkoumaný jedinec či jedinci mají skutečně předem známé rozřazení dat. Metoda chí testu je založena na porovnávání reálného rozdělení dat, které je určováno na základě odvození předchozích zkušeností nebo grafického znázornění. Tato úprava četnosti se ověřuje pomocí dobré shody chí kvadrátu.

"Testy nezávislosti jsou nečastější používanou formou χ^2 testů. Jsou využívány hlavně pro kontingenční tabulky. Testy nezávislosti jsou založeny na testech o neznámých parametrech a jejich úkolem je zjistit, zda jsou na sobě jevy závislé či nikoliv. Testová statistika je dána matematickým vztahem Test nezávislosti při χ^2 rozdělení o $(r-1)(s-1)$ stupních volnosti. Pokud je hodnota X^2 vyšší než hodnota testového kritéria, zamítáme hypotézu o nezávislosti. Konkrétními X^2 testy nezávislosti mohou být McNemarův test pro kontingenční tabulky, Kruskal-Wallisův test či Lillieforsův test." (Papaková, 2006, , [online]), [Univerzita Palackého v Olomouci \(upol.cz\)](http://univzita.palackeho.cz) 10.4.2023.

Pro sběr použitých dat, byl zvolen 51 složkový Dotazník dětské manifestované úzkostnosti (ve vydané verzi pro děti mladšího věku), ke kterému byla přidána jedna otázka, která zjišťovala výskyt fobií u každého žáka. Cílem dotazníku bylo zjištění míry úzkosti u dětí ve věku od 9 do 11 let, tedy 4. – 5. ročník základní školy. Dotazník byl použit z odborné publikace Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku od Jakuba Floriana a Iva Paclta (1998). Dotazník je níže uveden v příloze. Použitá publikace obsahuje také postupné škálování, podle kterého je dotazník vyhodnocován. Škála je uvedena níže.

Tabulka 1: Škála ukazující bodové rozmezí a míru úzkosti u jedince.

| Rozsah bodové stupnice | Míra úzkosti |
|------------------------|--------------------------|
| 178 a více bodů | Mimořádně výrazná úzkost |
| 165 – 177 bodů | Silně nadprůměrná úzkost |
| 152 – 164 bodů | Nadprůměrná úzkost |
| 141 – 152 bodů | Lehce nadprůměrná úzkost |

| | |
|----------------|-------------------------------------|
| 115 – 140 bodů | Průměr |
| 103 – 114 bodů | Lehký podprůměr, co se úzkosti týče |
| 90 – 102 body | Podprůměr |
| 77 – 89 bodů | Výrazný podprůměr |
| 76 a méně bodů | Velice výrazný podprůměr |

Dotazník byl žákům zadán v písemné formě. Žákům byly před začátkem vyplňování dotazníku ujasněny podmínky pro záznam odpovědí. Bylo nutné zmínit, že z osobních údajů žáci zmiňovali pouze pohlaví a věk. Žáci zaznamenávali své odpovědi přímo do dotazníku, kde měli připraveny 4 sloupce, kdy byl každý sloupec označen intenzitou prožívané situace v dané otázce. Možnosti zaznamenání odpovědí, byly: vůbec ne, trochu, dost a velice. Žáci zaznamenávali vždy jen jednu odpověď, která jim byla nejbližší. Na základě sečtení získaných bodů u jednotlivých otázek byly jednotlivé výsledky zařazeny do pásma, které zaznamenávalo míru úzkosti. Pro zmapování výskytu fobií byla do dotazníku přidána doplňující otázka, zaměřující se na výskyt dané fobie. Všichni žáci zaznamenali odpovědi dle pokynů učitele, proto bylo celkem získáno 76 odpovědi ze 76 respondentů.

Hlavním cílem praktické části diplomové práce, je posoudit úroveň výskytu úzkostí u dětí v mladším školním věku. Na základě výsledných šetření byly stanoveny dílčí cíle: jaká je průměrná míra úzkosti u dětí a jaký je vztah mezi případnými posuzovanými znaky. Proto byly formulovány následující hypotézy:

H1: Současní žáci budou vykazovat vyšší hladinu úzkosti než žáci v roce 2016.

H2: Vyšší míra úzkosti bude zjištěna u dívek oproti chlapcům.

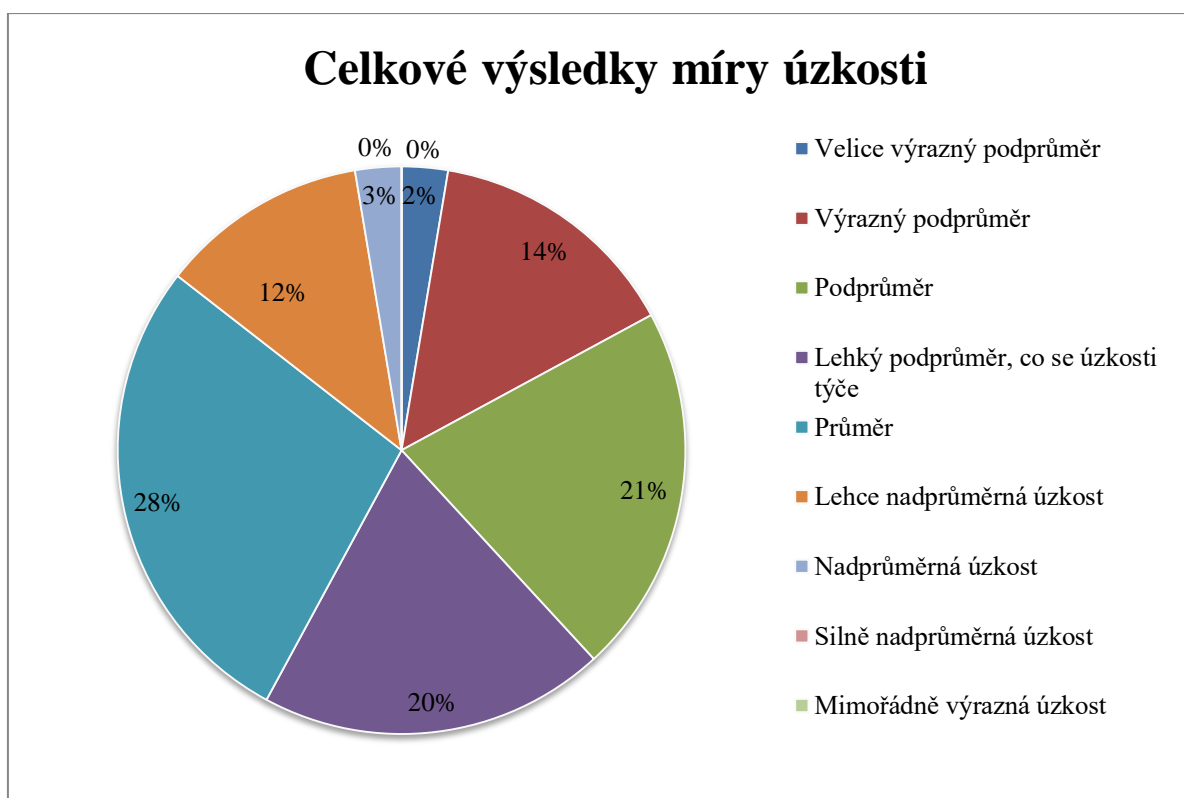
H3: U žáků čtvrtých a pátých tříd bude hladina úzkosti srovnatelná.

Pro všechny zadané hypotézy byla využita metoda chí- kvadrátu testu nezávislosti, dle Milana Kábrta dostupný z <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>, který pomocí automatické funkce po zadání přesných údajů vypočítal výsledky testu. Při zadávání četnosti bylo vycházeno z kontingenční tabulky s danými údaji.

4.3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Po vyhodnocení dotazníků dle bodové škály byly získány výsledky celkového výskytu míry úzkosti, které jsou uvedeny a zařazeny do grafu, který je uveden níže. Jedná se o graf, ve kterém je uvedeno procentuální zastoupení celkového výskytu míry úzkosti.

V níže uvedeném grafu vidíme podrobně získané výsledky šetření. Největším podílem na škále míry úzkosti zabírá průměrný výskyt míry úzkosti, což nám může říct, že u tohoto procenta žáků je průměrný výskyt intenzity úzkostí.



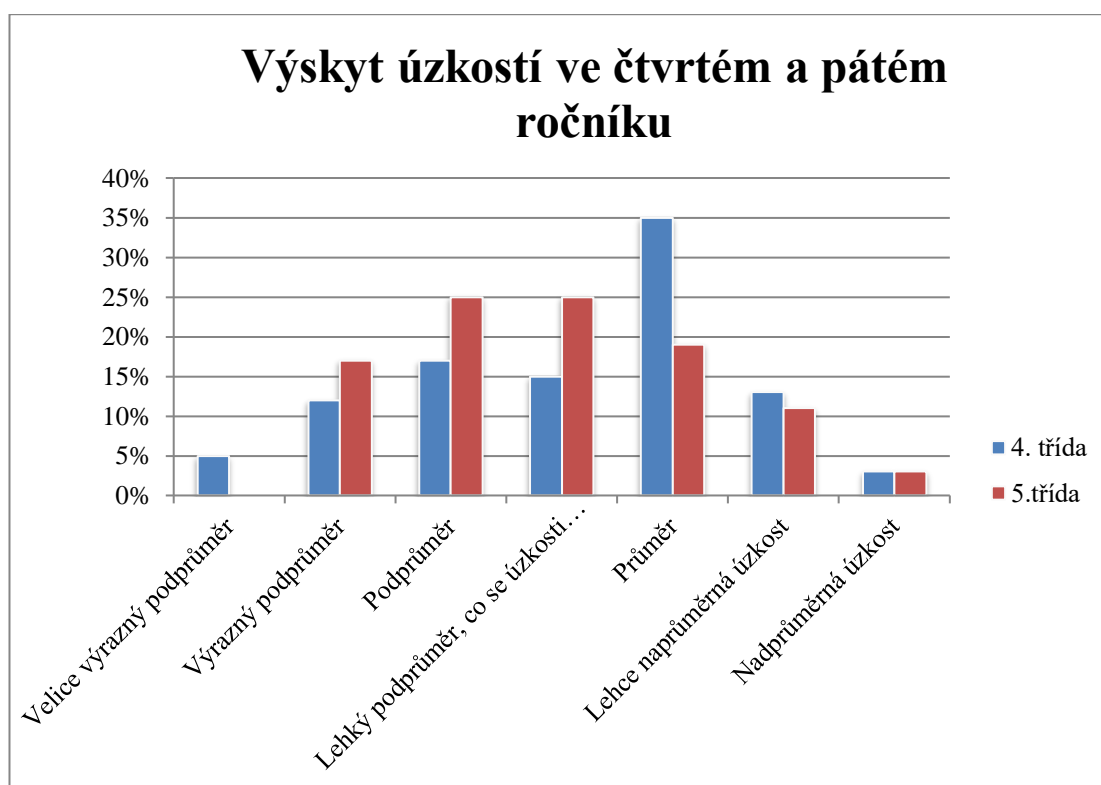
Graf 3: Procentuální vyjádření zastoupení respondentů ve všech stupních míry úzkosti.

Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, že ze 76 dotazovaných respondentů, což odpovídá 100%, se ve velice výrazném podprůměru nachází pouze 2% respondentů, ve výrazném podprůměru 14% a v podprůměru se nachází 21% respondentů. 20% respondentů se zařadilo do pásma lehkého podprůměru, co se úzkosti týče, 28% respondentů se zařadilo do pásma průměru, 12% respondentů se nachází v pásmu lehce nadprůměrné úzkosti a zbylé 3% se nachází v pásmu nadprůměrné úzkosti. Výsledky vyhodnocení můžeme celkově zhodnotit jako pozitivní a dostačující, jelikož se více než polovina respondentů nachází v podprůměrném pásmu výskytu úzkosti.

Dle získaných výsledků bylo také zjištěno, že vyšší míra úzkosti se vyskytuje u žáků ve čtvrtém ročníku, tedy u žáků s věkem okolo devíti let. Z počtu dotazovaných respondentů, bylo zjištěno, že ve čtvrtém ročníku trpí nadprůměrnou úzkostí 3% dotazovaných žáků, lehce nadprůměrnou úzkostí 13% respondentů, v průměrném pásmu se nachází 35%, v lehce průměrném pásmu 15%, do podprůměrného pásma spadá 17%, do výrazného průměru 12% a do velice výrazného průměru spadá 5% žáků čtvrtého ročníku.

V pátém ročníku se v pásmu nadprůměrné úzkosti nachází 3% respondentů, v pásmu lehce nadprůměrné úzkosti 11%, v pásmu průměru 19%, v pásmu lehkého podprůměru, co se úzkosti týče, se nachází 25% respondentů, do podprůměru spadá taktéž 25%, ve výrazném podprůměru se nachází zbylých 17% respondentů, v pásmu velice výrazného podprůměru se nenachází žádné procento respondentů.

Z daných výsledků můžeme posoudit, že výskyt úzkosti ve čtvrtém ročníku dosáhl vyšší míry. Přesnější a konkrétnější výsledky v jednotlivých ročnících ukazuje níže uvedený graf, kde najdeme konkrétní porovnání mezi jednotlivými ročníky.



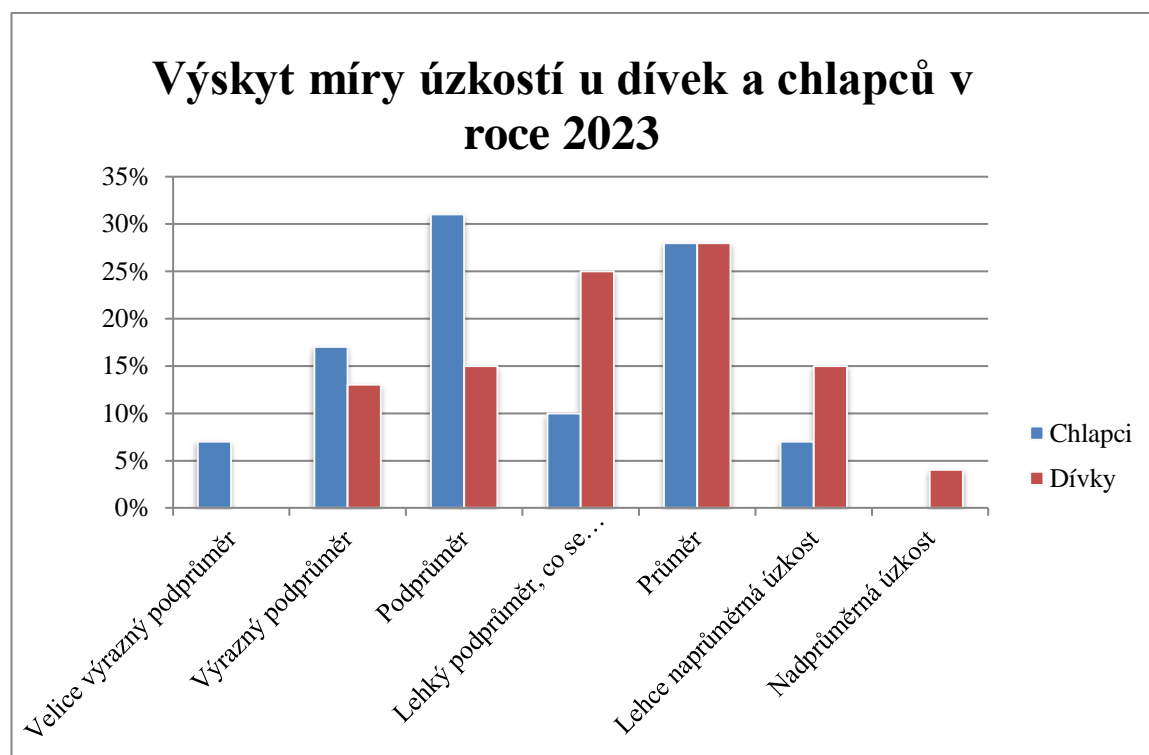
Graf 4: Procentuální vyjádření výskytu míry úzkostí ve čtvrtém a pátém ročníku základní školy.

Z výše uvedeného grafu je zřejmé, že žáci ve čtvrtém ročníku mají v pásmu průměru velice výrazně vyšší procentuální hodnotu. Signifikantní rozdíl můžeme vidět

také v pásmech, které jsou nižší, než je průměr, a to u 5. třídy. Nejvyšší rozdíl je zde u lehkého podprůměru, co se úzkosti týče. Tento rozdíl činí až 10% oproti třídě čtvrté. Pásmo velice výrazný podprůměr má zastoupení 5% u třídy čtvrté a naopak u pásma nadprůměrné úzkosti můžeme vidět, že se zde hodnoty shodují u obou tříd.

Další skutečností, na kterou bylo možné se zaměřit, je výskyt míry úzkostí u opačných pohlaví. Jak se ukázalo, má pohlaví velký vliv na jejich výskyt. Ve výzkumu z roku 2023 je zřejmé, že u dívek je výskyt míry úzkostí oproti chlapcům výrazně vyšší.

Pro podrobnější výsledky je níže přiložený graf.



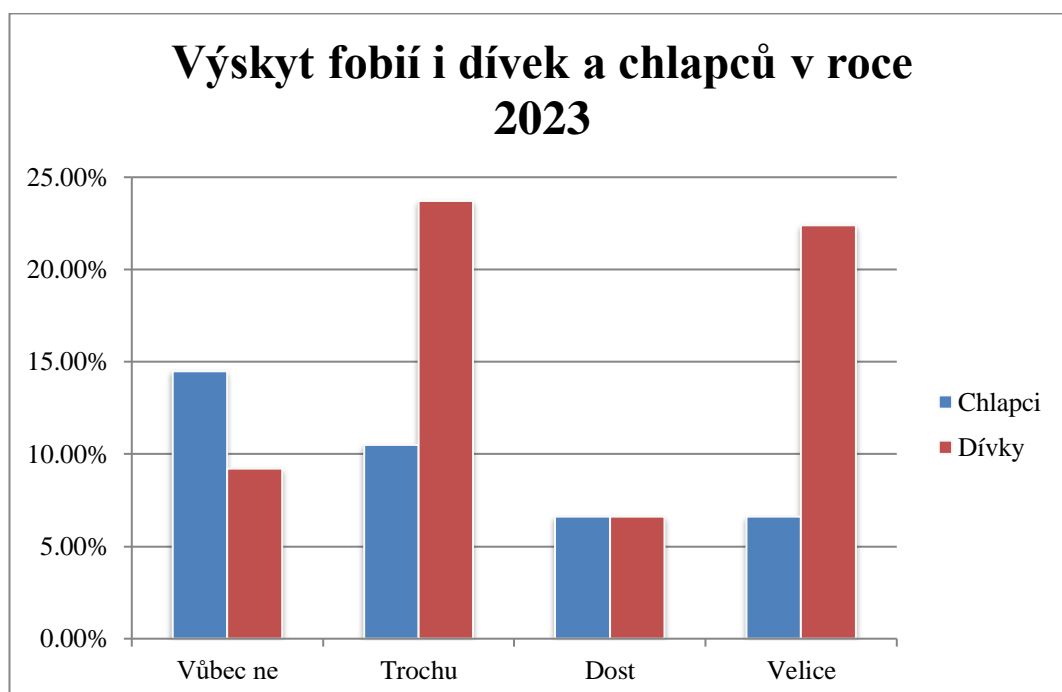
Graf 5: Procentuální vyjádření výskytu míry úzkostí u dívek a chlapců v roce 2023.

Z výše uvedeného grafu, je možné zjistit, že celkově vyšší výskyt míry úzkostí mají dívky. V pásmu nadprůměrné úzkosti se celkem objevila u 4% dívek, oproti chlapcům, u kterých se v tomto pásmu neobjevilo žádné procentuální zastoupení. V pásmu lehce nadprůměrné úzkosti se u dívek vyskytlo 15% respondentek a u chlapců pouhých 7%. V pásmu průměru mají obě pohlaví zcela stejné zastoupení, a to 28%. V pásmu lehkého podprůměru se u dívek vykytuje v 25% a u chlapců v 10% případech. V postupně klesající míře výskytu úzkostí se u dívek procentuální zastoupení začíná snižovat, avšak u chlapců se začíná zvyšovat. V pásmu podprůměru je výskyt u dívek 15% a u chlapců výskyt vystoupal na 31%. V pásmu výrazného podprůměru se nachází 13% respondentek a

17% respondentů. V pásmu velice výrazného podprůměru se u dívek nevyskytlo žádné procento respondentek a u chlapců výsledky dosáhly na 7%.

4.4 INTERPRETACE DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY

Doplňující otázka, která byla přidána do dotazníku, se týkala zjištění míry úzkosti fobií u žáků mladšího školního věku. Tato otázka byla zvolena a zařazena do výzkumu pro potvrzení či vyvrácení odborných faktů z oboru vývojové psychologie. Přesné znění otázky je: Jedné z těchto věcí se bojím a neumím říct proč. – hadi, pavouci, škola, psi, uzavřené prostory.



Graf 6: Procentuální vyjádření zastoupení ukazující výskyt fobií u dívek a chlapců v roce 2023.

Z výše uvedených výsledků je očividné, že vyšší míra výskytu fobií se prokázala u dívek. Ze záznamu odpovědi „velice“ se s radikálně vyšším počtem zaznamenaných odpovědí umístily dívky, které tuto odpověď zaznamenaly 17x (22,40%) oproti chlapcům, u kterých se odpověď „velice“ objevila pouze 5x (6,60%). U odpovědi „dost“ byly zaznamenány odpovědi od dívek i chlapců ve stejné míře, a to u každého pohlaví 5 bodů (6,60%). Odpověď „trochu“ měla více zaznamenaných odpovědí od dívek, u kterých se objevila 18x (23,70%), a u chlapců se objevila 8x (10,50%). Poslední odpověď, která byla vymezena jako „vůbec ne“, měla větší četnost u chlapců, což dokazuje nižší míru výskytu u chlapců, byla zaznamenána u chlapců 11x (14,50%) a u dívek se objevila 7x (9,20%).

4.5 POROVNÁNÍ S VÝZKUMEM Z ROKU 2016

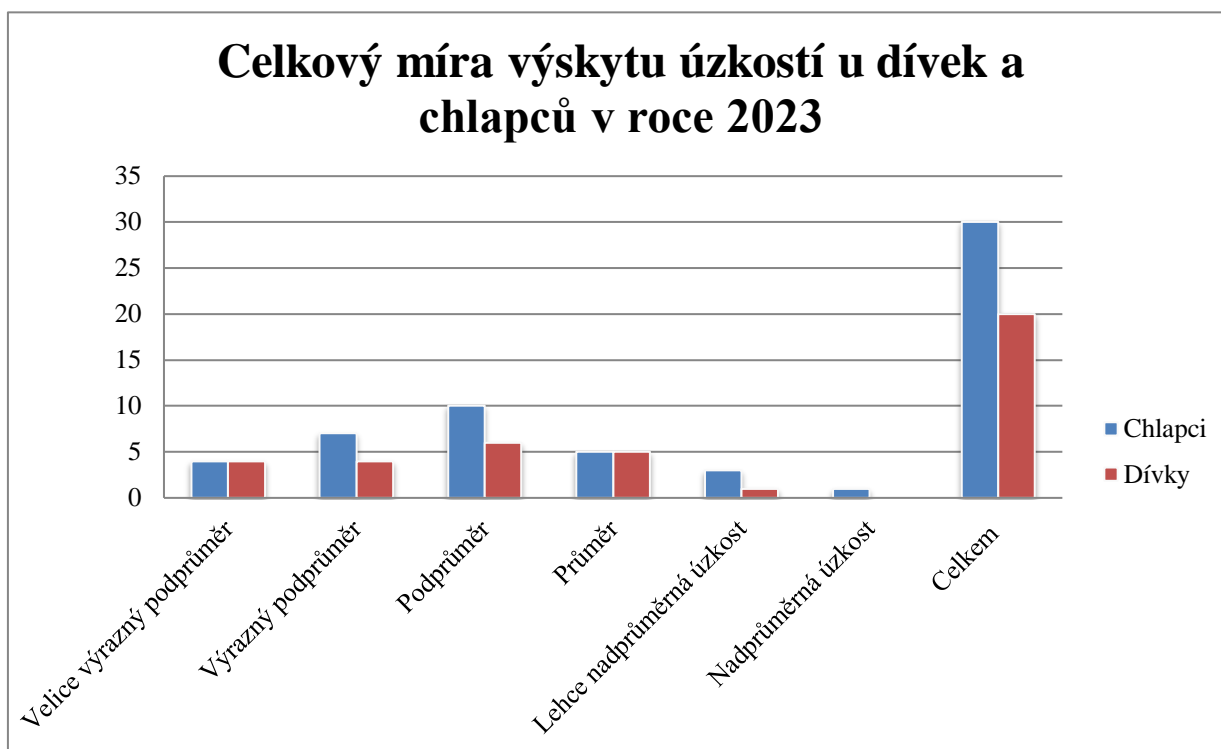
Postup při získávání dat v roce 2016 byl totožný jako ve výzkumu z roku 2023. Pro získávání dat byl zvolen dotazník od autorů Floriana a Paclta, z roku 1998. Dotazník byl zadáván žákům ve stejném věku i ve stejných ročnících základní školy. Jedním z rozdílů při výběru respondentů bylo to, že na výzkum z roku 2016 byla oslovena pouze jedna základní škola, na rozdíl od našeho výzkumu, kde byly osloveny dvě rozdílné základní školy. Jedna soukromá základní škola v Plzni, kde se v jednotlivých třídách nachází maximálně 18 žáků, a druhá maloměstská základní škola, kde jednu třídu navštěvuje až 28 žáků. V celkovém počtu zadávání dotazníků, byly v roce 2016 dotazníky zadány 50 respondentům a v roce 2023 byl dotazník rozdán 76 respondentům.

Dle výsledků z dotazníků je zřejmé, že větší míru výskytu úzkostí můžeme zjistit u dívek, a to v poměrně podstatné míře.

Níže jsou pro porovnání vloženy grafy, které ukazují míru výskytu úzkostí ve výzkumu z roku 2016 a v 2023.

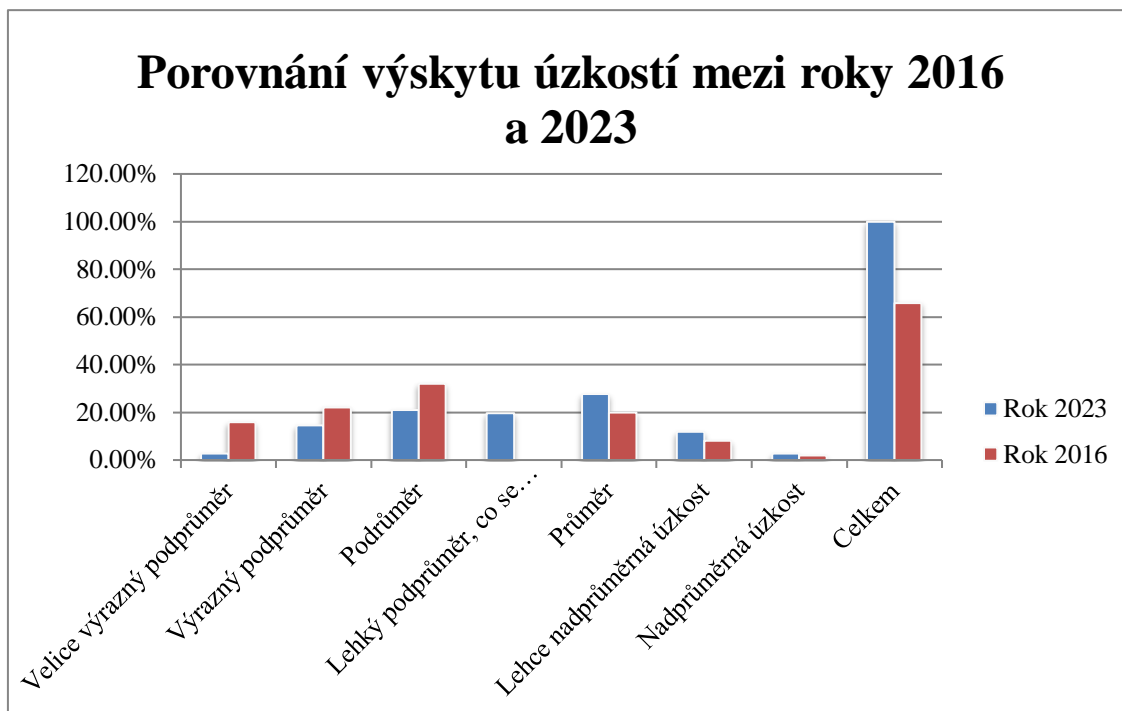


Graf 7: Procentuální vyjádření zastoupení celkové míry výskytu úzkostí u dívek a chlapců v roce 2016.



Graf 8: Procentuální vyjádření zastoupení celkové míry výskytu úzkostí u dívek a chlapců v roce 2023.

Po porovnání grafů s totožným výzkumem z roku 2016 bylo zjištěno, že u zkoumaných respondentů vyšel signifikantní rozdíl ve výskytu míry úzkostí u dívek a chlapců. Oproti výzkumu z roku 2016 je celkový výskyt fobií vyšší i vzhledem k tomu, že v roce 2023 byl počet dotazovaných respondentů větší. Oproti výsledkům výzkumu z roku 2016, ve kterém se potvrdila vyšší míra úzkosti u chlapců, ve výzkumu z roku 2023 se vyšší míra úzkosti vyskytla u dotazovaných dívek. Naopak u chlapců byla v roce 2023 míra úzkosti podstatně nižší, než v roce 2016.



Graf 9: Procentuální vyjádření zastoupení celkové míry výskytu úzkostí v roce 2016 a 2023.

V porovnání lehce nadprůměrného a nadprůměrného výskytu úzkostí je výskyt v roce 2023 v obou pásmech výrazně větší. Velkým vlivem na tuto skutečnost mohla mít situace, která byla spojena s rozšířením epidemie koronaviru, který ve velké míře ovlivnil psychiku spousty jedinců, včetně žáků, kteří díky pandemii nemohli docházet do školy a ztráceli tak kontakty se svými vrstevníky. Tím pádem je v grafech vidět rozdílná míra úzkosti také v pásmu velice výrazného podprůměru a výrazného podprůměru, která se v roce 2023 vyskytuje pouze zřídka, oproti roku 2016, kdy jsou hodnoty v těchto oblastech poměrně vysoké.

4.6 VÝSLEDKY HYPOTÉZ

V následující kapitole se zaměříme na ověření pravdivosti zvolených hypotéz. Jak se ukázalo, všechny hypotézy byly díky výsledkům chí kvadrátového testu potvrzeny.

H1: Současní žáci budou vykazovat vyšší hladinu úzkosti než žáci v roce 2016.

Na základě provedeného chí testu se závislost prokázala na 5% hladině významnosti ($G = 18.828$, $\chi_{(1-\alpha)}$; $df = 12,592$).

Hypotézu lze považovat za prokázanou.

Na základě provedeného chí testu se závislost prokázala na 2,5% hladině významnosti ($G = 17.775$, $\chi_{(1-\alpha)}$; $df = 14,449$), bylo dokázáno, že určitá závislost byla potvrzena.

H2: Vyšší míra úzkosti bude zjištěna u dívek oproti chlapcům.

Na základě provedeného chí testu se závislost prokázala na 5% hladině významnosti ($G = 10.00$, $\chi_{(1-\alpha)}$; $df = 12,592$).

Hypotézu lze považovat za prokázanou, nebyla statisticky zamítnuta.

H3: U žáků čtvrtých a pátých tříd bude hladina úzkosti srovnatelná.

Na základě provedeného chí testu se závislost prokázala na 5% hladině významnosti ($G = 5.195$, $\chi_{(1-\alpha)}$; $df = 12,592$).

Hypotézu lze považovat za prokázanou.

4.7 ODBORNÁ POLEMKA A LIMITY VÝZKUMŮ

Z celkových výsledků vyplynulo, že výskyt míry úzkosti je v roce 2023 vyšší než v roce 2016. Hypotéza H1 byla díky získaným výsledkům potvrzena. Dle mého názoru má velký vlivem na tyto faktory doba Covidu – 19, který ve velké míře negativně ovlivnil velkou část společnosti, včetně žáků v mladším školním věku. Myslím si, že žáci díky ztrátě kontaktu s kamarády, přerušení naučeného režimu chození do školy, na kroužky či mimoškolní aktivity, častěji trávili čas doma, což mohlo vést k častějším výskytům úzkostných stavů či depresí. Mimo jiné to dokazují odborné výzkumy od Michala Miovskeho, který se na tuto problematiku zaměřil. Dalším faktorem, který si myslím, že s touto problematikou souvisí, je využívání techniky v mladistvém věku. Děti v tomto věku (9 – 11 let), mají často téměř neomezený čas, který mohou trávit na sociálních sítích, což může také často zapříčinit osobnímu kontaktu se svými vrstevníky a prohlubování sociálních vztahů a interakce s okolím. Související věcí s tímto ovlivňováním může být také druh využívaných sociálních sítí, mezi které patří například TikTok, který je v dnešní době velmi populární. Na této sociální síti mají děti od útlého věku možnost sledovat různé druhy videí v různých oblastech a dost často i videa neadekvátní k jejich věku.

U výsledků H2 byla hypotéza také potvrzena. Potvrdilo se, že vyšší míra úzkosti se vyskytuje více u dívek než u chlapců. Je dokázáno, že dívky jsou ve společnosti mnohem úzkostnější než chlapci. Chlapci jsou v lidské společnosti často odolnější vůči působícím vlivům v okolí. Často si spoustu věcí neberou k srdci jako dívky, které jsou ve společnosti brány jako emočně labilnější a citlivější. Tento výsledek byl potvrzen jak u výzkumu z roku 2016, tak u výzkumu z roku 2023.

Dále jsem se zaměřila na porovnání výsledků šetření s jednotlivými studiemi, které jsou zmíněny v teoretické části diplomové práce. V první studii, kde bylo v první hypotéze

stanoveno, že mezi jednotlivými zkoumanými pohlavími nebudou rozdíly ve výskytu míře úzkosti, bylo dokázáno, že tato hypotéza je nepravdivá, a že mezi jednotlivými pohlavími existují rozdíly ve výskytu míry úzkosti. Ve druhé přehledové studii bylo naopak stanoveno, že vyšší míra úzkosti se bude vyskytovat u dívek. Avšak tato hypotéza byla taktéž zamítnuta, pravděpodobně to bylo způsobeno věkovým rozložením chlapců a dívek. Oproti mé hypotéze číslo 2, kde bylo stanoveno, že vyšší míra úzkosti se bude vyskytovat u dívek a tato hypotéza byla také potvrzena.

Má třetí hypotéza zaměřena na věk jednotlivých respondentů, jenž říká, že u žáků čtvrtých a pátých tříd bude hladina úzkosti na srovnatelné míře, byla následně potvrzena.

Třetí hypotéza byla zaměřena na věk jednotlivých respondentů, znění mé hypotézy, která byla následně potvrzena, bylo, že u žáků čtvrtých a pátých tříd bude hladina úzkosti na srovnatelné míře. Tuto hypotézu měla jedna z přehledových studií stejnou, ale s jediným rozdílem – u zmíněné studie byla hypotéza opět nepotvrzena.

ZÁVĚR

V této diplomové práci byla rozebírána témata týkající se možného výskytu úzkostí a fobií u žáků na prvním stupni základní školy. V teoretické části byly popsány konkrétní strachy, fobie a úzkosti. Také zde bylo popsáno, jaké fobie mají vliv právě na psychiku dětí v mladším školním věku. Na počátku diplomové práce bylo v plánu zmapovat výskyt úzkostí a fobií na celém prvním stupni základní školy. Vzhledem k obtížnosti dotazníku, byla nakonec cílová skupina žáků zaměřena pouze na čtvrté a páté ročníky, kde již žáci položeným otázkám porozuměli. Hlavním cílem diplomové práce bylo porovnat získaná data se stejnou studií z roku 2016 od Magdy Rollingerové, která se v dané studii zabývá stejnou problematikou a vyhodnotit, zda je výskyt úzkostí a fobií větší, stejný či menší. Též bylo cílem zaměřit se na výskyt úzkostí a fobií v daných ročnících a případně informovat třídní učitelky těchto tříd o jejich míře výskytu.

V praktické části jsem se zaměřila na zjištění míry výskytu úzkostí u žáků ve čtvrtém a pátém ročníku základní školy. Výzkum byl realizován pomocí dotazníků. V dotazníku bylo poměrně dost složek na odpovědi a dotazník byl pro žáky relativně obtížný na soustředění. Proto byl podán žákům ve věku od devíti do jedenácti let, jelikož žáci mají v tomto věku natolik rozvinuté kognitivní myšlení i slovní zásobu. Avšak i přes tento fakt byly pro žáky určité otázky velmi obtížné na pochopení. Dotazník byl členěn na 51 původních otázek a otázka číslo 52 byla přidána z důvodu kvalitnějšího zjištění výskytu fobických stavů u žáků. Odpovědi žáků byly zaznamenávány pomocí pocitů, na které žáci danou odpověď cítili. Každá odpověď odpovídala určitému počtu bodů, vůbec ne – 1, trochu – 2, velice – 3, dost – 4. Díky těmto bodům byly pak všechny odpovědi sečteny a vyhodnoceny podle příslušné bodové škály. Ze 76 dotazovaných respondentů bylo vyhodnoceno, že 44 respondentů se nachází v pásmu vyjadřující podprůměrnou úzkost, 21 respondentů v pásmu průměru a 11 respondentů v lehce nadprůměrném až nadprůměrném pásmu úzkosti. Výsledky z dotazníků považuji za velmi úspěšné a myslím si, že vzhledem k situacím, kterými si žáci v minulých letech prošli, na ně neměly žádný nebo jen minimální dopad, a žáci se dokázali celkem optimálně zařadit do běžného školního procesu. S výsledky dotazníků byly seznámeny i třídní učitelky dotazovaných žáků, které výsledky hodnotily také velmi kvalitně. Díky rozboru se podařilo jednotlivých odpovědí zjistit, že vyšší míra úzkosti se nachází u dívek než u chlapců a také, že vyšší míru úzkosti měli žáci v nižších ročnících, což bych od výsledků neočekávala. Vzhledem k tomu, že

žáky v pátých třídách, čekají přijímací zkoušky na vyšší stupeň gymnázia, bych předpokládala, že výskyt úzkostí bude vyšší v jejich věku.

Z výsledků celkových grafů a tabulek vyšla většina stanovených hypotéz jako potvrzené. Potvrzené hypotézy nejsou překvapivé, vzhledem k uplynulé situaci týkající se Covidu 19, byla potvrzena vyšší četnost úzkostnosti u dívek než u chlapců. Výsledky, které jsem nečekala, byly u H3, kdy bylo potvrzeno, že u žáků čtvrtých a pátých ročníků bude hladina úzkosti srovnatelná. Předpokládala jsem, že míra úzkosti bude vyšší u žáků pátých ročníků, kdy před sebou mají přípravy na přijímací zkoušky na gymnázia, či jiné základní školy. Hladina úzkosti se potvrdila stejná u dětí ve věku 9 – 10, i u dětí ve věku 10 – 11 let.

Myslím si, že do dalších let by se mohla tato práce rozšířit na zkoumání konkrétnějších oblastí při výskytu úzkostí či fobií. Vzhledem k zajímavostem zkoumaných výsledků by bylo možné zaměřit se na výskyt konkrétních fobií v určitém věku nebo pohlaví. Pro rozšíření diplomové práce by bylo možné využít jednotlivá data a pokusit se porovnat výsledky šetření se základními školami například v zahraničí, zda-li má jiný styl výuky dopad na výskyt úzkostí či fobií.

Svou diplomovou prací jsem získala mnoho nových a kvalitních poznatků, jak z vědomostního hlediska v oblasti vývojové psychologie, tak v oblasti výzkumné, kdy pro mě byl samotný výzkum velmi zajímavý a doufám, že tyto poznatky ještě využiji během své praxe. Také jsem byla v úzkém kontaktu se všemi třídními učitelkami jednotlivých oslovených tříd, kterým jsem veškeré výsledky konkrétních výzkumů reflektovala a všechny byly velmi otevřené výzkumům, získaným závěrům a také práci na utužování kvalitních vztahů a psychického stavu jednotlivých žáků ve třídách. Výzkum pro mne byl opravdu zajímavý a vzhledem k tomu, že na jedné z oslovených vykonávám své zaměstnání, bylo velmi zajímavé dostat se mezi interní záležitosti do jednotlivých tříd. S výzkumem na škole byla velmi ztotožněna paní zástupkyně, která mě po celou dobu podporovala a netrpělivě vyčkávala výsledných závěrů. Proto jsem byla ráda, že jsem v tomto ohledu byla podporována z několika stran.

RESUMÉ

Tato práce se věnuje tématům zabývajícími se strachem, úzkostmi a fobiemi. V první části diplomové práce, která se věnuje teoretické části, jsou jednotlivé pojmy charakterizovány, vyskytuje se zde rozdělení konkrétních úzkostí a také jsou zde uvedeny odborné rady na terapii a léčbu daných poruch. V neposlední řadě jsou zde uvedeny také zdroje úzkostí a fobií u dětí v mladším školním věku (dětí ve věku od devíti do jedenácti let).

V praktické části byl proveden výzkum, který zjišťoval míru úzkostí a fobií u dětí v mladším školním věku. K dosažení kvalitních výsledků byla zvolena kvantitativní analýza dat, která byla získána díky dotazníkovému šetření.

This thesis explores topics dealing with fears, anxieties and phobias. In the first part of the thesis, that is devoted to the theoretical part, the individual concepts are characterized, the classification of specific anxieties occurs and expert advice on therapy and treatment of the disorders is given. Last but not least, the sources of anxieties and phobias in young-school-age children are also listed.

In the practical part, a research to investigate the extent of anxieties and phobias in children aged nine to eleven was carried out, that implies the younger school age group. In order to achieve results of great quality, quantitative data analysis, obtained through a questionnaire survey, was chosen.

SEZNAM LITERATURY

- BĚLOHLÁVKOVÁ, Lucie. *Tak už se nestyd': sociální fobie a stydlivost u dospívajících*. Praha: Portál, 2019. ISBN 9788026215301.
- COHEN, Lawrence J. *Jak zacházet s dětským strachem: hravé rodičovství*. Praha: Argo, 2015. ISBN 978-80-257-1386-0
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
- HONZÁK, Radkin. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf, 1995. Medica. ISBN 8085800055.
- JOCHMANNOVÁ, Leona. *Trauma u dětí: kategorie, projevy a specifika odborné péče*. Praha: Grada, 2021. Psyché (Grada). ISBN 9788027128426.
- LEVINE, Peter A. a Maggie KLINE. *Prevence traumatu u dětí: průvodce k obnově důvěry, vitality a odolnosti*. Praha: Maitrea, 2014. ISBN 978-80-87249-61-1.
- LEŽÁKOVÁ, Ludmila. *Úzkost u dětí na 1. stupni ZŠ*. Olomouc, 2017. diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta
- MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ. *Psychopatologie: pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2018. ISBN 978-80-7380-721-4.
- MLČÁK, Zdeněk. *Psychická zátěž u dětí základní školy*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1999. ISBN 8070425431.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000. ISBN 8020007636.
- NEUŽILOVÁ MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal, 2007. Psychologie (Barrister & Principal). ISBN 978-80-87029-15-2.
- PACLT, Ivo a Jakub FLORIAN. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada, 1998. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-506-8.
- POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života: funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulturní souvislosti, měření emocí*. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5128-3.
- PÖTHER, Peter. *Emoční poruchy v dětství a dospívání: psychoanalytický přístup*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2131-6.
- PÖTHER, Peter. *Emoční poruchy v dětství a dospívání. 2., dopl. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4585-5

PRAŠKO, Ján. *Sociální fobie a její léčba: příručka pro vedení terapie*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. Zprávy (Psychiatrické centrum). ISBN 8085121905.

PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 8073670798.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8071789976.

ULČ, Igor. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha, 1999. Pro praktické lékaře. ISBN 8071697907.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí: [jak jim předcházet a jak je překonávat]*. Praha: Portál, 2004. ISBN 8071788309.

WOLF, Doris. *Jak překonat strach, úzkost, paniku, fobie*. Přeložila Lucie PELÁKOVÁ. Praha: Grada, 2018. ISBN 9788027106189.

Internetové zdroje:

STOPSTIGMA [online]. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021 [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>

RYŠÁNKOVÁ, MUDR. MAGDALENA a MUDR. Robert KULÍSEK. Katalog podpůrných opatření: *Emocionalita*. <http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/2-dopady-poruch-autistickeho-spektra-nekterych-dalsich-neurovyvojovych-poruch-a-vybranych-psychickych-onemocneni-na-vzdelavani/2-4-emocionalita/> [online]. Olomouc: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, 2015, 2015 [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/2-dopady-poruch-autistickeho-spektra-nekterych-dalsich-neurovyvojovych-poruch-a-vybranych-psychickych-onemocneni-na-vzdelavani/2-4-emocionalita/>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1: Procentuální vyjádření zastoupení respondentů podle pohlaví. | 48 |
| Graf 2: Procentuální vyjádření zastoupení respondentů podle věku. | 48 |
| Graf 3: Procentuální vyjádření zastoupení respondentů ve všech stupních míry úzkosti. ... | 51 |
| Graf 4: Procentuální vyjádření výskytu míry úzkostí ve čtvrtém a pátém ročníku základní školy. | 52 |
| Graf 5: Procentuální vyjádření výskytu míry úzkostí u dívek a chlapců v roce 2023. | 53 |
| Graf 6: Procentuální vyjádření zastoupení ukazující výskyt fobií u dívek a chlapců v roce 2023. | 54 |
| Graf 7: Procentuální vyjádření zastoupení celkové míry výskytu úzkostí u dívek a chlapců v roce 2016. | 55 |
| Graf 8: Procentuální vyjádření zastoupení celkové míry výskytu úzkostí u dívek a chlapců v roce 2023. | 56 |
| Graf 9: Procentuální vyjádření zastoupení celkové míry výskytu úzkostí v roce 2016 a 2023. | 57 |
| Tabulka 1: Škála ukazující bodové rozmezí a míru úzkosti u jedince. | 49 |

PŘÍLOHY

Hodnotící bodová škála, podle které je dotazník vyhodnocován.

| Rozsah bodové stupnice | Míra úzkosti |
|------------------------|-------------------------------------|
| 178 a více bodů | Mimořádně výrazná úzkost |
| 165 – 177 bodů | Silně nadprůměrná úzkost |
| 152 – 164 bodů | Nadprůměrná úzkost |
| 141 – 152 bodů | Lehce nadprůměrná úzkost |
| 115 – 140 bodů | Průměr |
| 103 – 114 bodů | Lehký podprůměr, co se úzkosti týče |
| 90 – 102 body | Podprůměr |
| 77 – 89 bodů | Výrazný podprůměr |
| 76 a méně bodů | Velice výrazný podprůměr |

Dotazník z odborné publikace Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku, Florian a Paclt (1998).

Dotazník

Pohlaví:

Věk:

| | Vůbec ne | Trochu | Dost | Velice |
|---|----------|--------|------|--------|
| 1. Dělá mi potíže soustředit se na cokoli. | | | | |
| 2. Znervozním, když mě někdo pozoruje při práci. | | | | |
| 3. Mám pocit, že musím být ve všem nejlepší. | | | | |
| 4. Snadno se červenám. | | | | |
| 5. Mám rád(a) všechny lidi, které znám. | | | | |
| 6. Někdy cítím, jak mi rychle tluče srdce. | | | | |
| 7. Občas mi je tak, že by se mi chtělo křičet. | | | | |
| 8. Přál(a) bych si být někde hodně daleko odtud. | | | | |
| 9. Zdá se mi, že jiným dětem jde dělat různé věci snáze než mě. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 10. Ve hrách častěji vyhrávám než prohrávám. | | | | |
| 11. Tajně se bojím mnoha věcí. | | | | |
| 12. Cítím, že ostatním se nelíbí to, jakým způsobem dělám různé věci. | | | | |
| 13. Cítím se sám (sama), a to i tehdy, když jsem s jinými lidmi. | | | | |
| 14. Těžko se rozhoduji. | | | | |
| 15. Znervózňuje mě, když mi věci nejdou tak, jak bych si přál(a). | | | | |
| 16. Většinu času se bojím. | | | | |
| 17. Vždycky jsem na lidi milý(á). | | | | |
| 18. Mám obavy z toho, co o mě řeknou rodiče. | | | | |
| 19. Někdy mi dělá potíže popadnout dech. | | | | |
| 20. Snadno se rozzlobím. | | | | |
| 21. Vždycky se slušně chovám. | | | | |
| 22. Potí se mi ruce. | | | | |
| 23. Musím chodit na záchod častěji než většina lidí. | | | | |
| 24. Jiné děti jsou šťastnější než já. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 25. Mám starosti, co si o mě asi ostatní myslí. | | | | |
| 26. Mám potíže s polykáním. | | | | |
| 27. Mívám obavy z věcí, na kterých, jak se pak ukáže, ano tak moc nezáleží. | | | | |
| 28. Moje city je snadné zranit. | | | | |
| 29. Mívám obavy z toho, jestli dělám ty správné věci. | | | | |
| 30. Jsem vždycky hodný(á). | | | | |
| 31. Bojím se, co se stane v budoucnosti. | | | | |
| 32. Večer se mi nechce jít spát. | | | | |
| 33. Bojím se, jak mi to půjde ve škole. | | | | |
| 34. Když mi někdo nadává, lehce tím zraní moje city. | | | | |
| 35. Jsem vždycky na každého milý(á). | | | | |
| 36. Vždycky mluvím pravdu. | | | | |
| 37. Často se cítím osamělý(á), i když jsem s jinými lidmi. | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 38. Mám pocit, že mi někdo každou chvílí může říct, že dělám něco špatně. | | | | |
| 39. Bojím se tmy. | | | | |
| 40. Těžko se soustředíuji na svou školní práci. | | | | |
| 41. Nikdy se nerozzlobím. | | | | |
| 42. Často mi bývá špatně od žaludku. | | | | |
| 43. Mívám strach, když si mám večer jít lehnout. | | | | |
| 44. Často udělám věci, o kterých si pak přeji, abych je nikdy neudělal(a). | | | | |
| 45. Mívám bolesti hlavy. | | | | |
| 46. Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo. | | | | |
| 47. Nikdy neříkám věci, které bych neměl(a) říkat. | | | | |
| 48. Snadno se unavím. | | | | |
| 49. Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky. | | | | |
| 50. Mívám zlé sny. | | | | |
| 51. Jsem nervózní. | | | | |
| 52. Jedné z těchto věcí se bojím a neumím říct proč. – hadi, pavouci, škola, psi, uzavřené prostory | | | | |