

OBSAH

Úvod	8
Teoretická část	
1 POJETÍ ÚZKOSTI A STRACHU.....	10
1.1 Vymezení úzkostných poruch, pojmy strach a úzkost.....	10
1.2 Historický vývoj zkoumání úzkostných poruch	11
1.3 Koncepce úzkostných poruch	13
1.3.1 Psychoanalytická teorie úzkosti	13
1.3.2 Interpersonální teorie.....	14
1.3.3 Kognitivně-behaviorální koncepce	17
1.3.4 Humanistická koncepce.....	19
2 PREVENCE A TERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH.....	21
2.1 Úzkostné poruchy a jejich stigmatizace.....	21
2.2 Prevence úzkostných poruch	22
2.3 Obecné zásady psychoterapie	24
2.4 Nejčastější postupy v léčbě úzkostných poruch.....	25
3 OBDOBÍ ADOLESCENCE	30
3.1 Vymezení období adolescence.....	30
3.2 Změny v adolescenci	31
3.3 Strachy a úzkosti v období adolescence	34
3.3.1 Školní prostředí	35
4 KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH.....	39
4.1 Panická porucha	39
4.1.1 Základní charakteristika	39
4.1.2 Diagnostika.....	41
4.1.3 Specifika poruchy u dětí a adolescentů	42
4.2 Agorafobie	43
4.2.1 Základní charakteristika	43
4.2.2 Diagnostika.....	45
4.3 Smíšená úzkostně-depresivní porucha.....	46
4.3.1 Základní charakteristika	46
4.3.2 Diagnostika.....	48

4.4 Generalizovaná úzkostná porucha	49
4.4.1 Základní charakteristika	49
4.4.2 Diagnostika.....	51
4.4.3 Specifika poruchy u dětí a adolescentů	52
4.5 Sociální fobie	54
4.5.1 Základní charakteristika	54
4.5.2 Diagnostika.....	55
4.5.3 Specifika poruchy u dětí a adolescentů	57
4.6 Specifické fobie	58
4.6.1 Základní charakteristika	58
4.6.2 Diagnostika.....	60
4.6.3 Specifika poruchy u dětí a adolescentů, školní fobie	61
Praktická část	
5 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	64
5.1 Obecný popis metody průzkumu	64
5.2 Dotazník dětské manifestované úzkosti.....	66
5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	67
5.4 Cíle průzkumu.....	67
6 VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU	68
6.1 Výskyt úzkosti u adolescentů	68
6.1.1 Výskyt úzkosti u zkoumaného vzorku	68
6.1.2 Míra úzkostnosti v jednotlivých ročnících	69
6.2 Statistická práce s daty.....	74
6.2.1 Vzorek respondentů.....	74
6.2.2 Kolmogorovův-Smirnovův test.....	77
6.2.3 Statistické vyhodnocení	78
6.3 Nejčastější symptomy úzkosti u adolescentů.....	79
6.3.1 Úzkost a pohlaví.....	87
6.3.2 Věk, třída a zvýšená úzkostnost	89
6.4 Shrnutí výsledků	89
Závěr.....	91
Resumé	92

Summary.....	93
Seznam použité literatury	94

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila Úzkostné poruchy v dětském věku. Jelikož je toto téma značně široké, zaměřím se konkrétně na úzkostné poruchy v období adolescence.

S prožitky úzkosti a strachu máme zkušenost všichni bez rozdílu, tyto emoce totiž tvoří základní biologický systém upozorňující organismus na hrozící nebezpečí. Problém nastává, když úzkost přeroste obvyklou intenzitou, vzniká i při působení neškodných podnětů a generalizuje se. Úzkost pak v člověku vyvolávají i banální situace, což mu značně ztěžuje život. V tomto případě pak mluvíme o úzkostné poruše.

Úzkostné poruchy jsou druhým nejčastějším psychickým onemocněním, uvádí se, že někdy během života se s úzkostnou poruchou setká až 25% populace. U adolescentů pak trpí úzkostnými poruchami okolo 10-15% jedinců. Nové výzkumy ukazují, že právě u mladých lidí se zvýšená úzkostnost vyskytuje nejčastěji.

Dnešní uspěchaná doba úzkostným poruchám nahrává a uvádí se, že nemocných stále přibývá. Provokujícími faktory jsou především vysoké nároky na výkonost jedince, velké množství působících stresorů, to, že se člověk musí neustále přizpůsobovat měnícím se okolním podmínkám a zahlcenost velkým množstvím podnětů. Nevhodně působí také nedostatek volného času. U dětí a mladých lidí vidíme vlivy moderní, odosobnění doby ještě výrazněji než u jiných věkových skupin. Dnešním dospívajícím často chybí autentické kontakty s druhými lidmi, které nahrazují komunikováním prostřednictvím sociálních sítí. Dnešní děti trpí také konflikty rodičů, nesoudržností rodin a vysokou mírou rozvodovosti. Čím dál více jedinců postrádá v dětství pocit bezpečí a jistoty, tito lidé jsou pak zvýšeně náchylní ke vzniku úzkostných poruch v dospělosti.

V této diplomové práci jsem si stanovila dva základní cíle. Pro teoretickou část je cílem nalézt dostatek relevantních informací a poznatků o úzkostných poruchách a shrnout je do přehledného celku. Úzkostným poruchám se budu věnovat jak obecně tak s konkrétním zaměřením na jejich specifika v období adolescence. Pro praktickou část jsem si zvolila za cíl zjistit, zda a v jaké míře se zvýšená úzkostnost objevuje u adolescentů. Pokusím se též vysledovat nejčastější symptomy úzkosti v tomto věkovém období. Pro tyto účely využiji dotazník Dětské manifestované úzkosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POJETÍ ÚZKOSTI A STRACHU

1.1 Vymezení úzkostných poruch, pojmy strach a úzkost

Úzkostné poruchy patří mezi jedno z nejobvyklejších psychických onemocnění a jsou druhým nejčastějším důvodem psychické léčby hned po návykových látkách. Projevují se kombinací tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádných reálně hrozícím nebezpečím. Úzkost se může projevovat buď v náhlých záchvatech, při určitých typických situacích či se jedná o stálou, nemizející úzkost. Potíže jsou tak velké, že omezují pracovní život, rodinné soužití či prožívání volného času. (Praško, 2005)

Strach a úzkost samy o sobě plní pro lidský organismus důležitou adaptační funkci. Úzkost primárně slouží k vyhledávání nebezpečí a představuje pro organismus orientační reakci. Strach je pak reakcí na rozpoznané nebezpečí. Úzkost a strach mobilizují energii a pomáhají organismu utéct nebo vyhnout se nebezpečí. Sestávají se z komplexní reakce provázené jak tělesnými projevy (zrychlené dýchání a tlukot srdce, napětí ve svalech, zvýšená potivost, třes...), tak kognitivními projevy (zrychlené myšlení, zjednodušení vnímání,...). Prožitek úzkosti a strachu je zcela normální, řada odborníků je zařadila mezi centrální zkušenosti lidské existence. Mírné obavy a úzkosti jsou běžnou součástí života. Problém začínají představovat, když se úzkost či strach objevují příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, příliš velká nebo se objevují v nepřiměřených situacích. Výzkumy posledních let nám ukazují, že úzkostné poruchy se objevují u značné části populace. (Praško, 2005)

Mezi strachem a úzkostí existují rozdíly. Úzkost je nepříjemný emoční stav, kdy příčina není známa, nebo nelze jasně definovat, jedinec má pocit, že se něco špatného stane, že ho něco ohrožuje. Strach lze vymežit jako emoční a fyziologickou reakci na konkrétní hrozící nebezpečí. Má tedy jasný, hmatatelný objekt. Pocity strachu a úzkosti mohou být různě silné, od projevů mírné nervozity až po stavy hrůzy a paniky. Úzkost může být volně plynoucí, nebo se projevit v záchvatech. Pokud se objeví náhle, mluvíme o spontánním záchvatu paniky. Výrazně přehnaný strach týkající se konkrétních situací nazýváme fobií. (Praško, 2005) Strach a úzkost jsou tedy přiměřené reakce na nebezpečí, avšak v případě strachu je ohrožení jasně viditelné, objektivní, kdežto v případě úzkosti je

skryté a subjektivní. Intenzita úzkosti je úměrná významu, který jedinec připisuje dané situaci. (Horney, 2007)

Mezi typické příznaky úzkosti řadíme pocit ohrožení, napětí, nadměrné obavy a starosti, nespavost, obtíže se soustředěním, lekavost, pocit psychické vyčerpanosti, katastrofické myšlenky a představy, zrychlené myšlení a zjednodušené vnímání, podrážděnost a mnoho somatických příznaků jako je například napětí ve svalech, bolesti hlavy, třes, bolesti na hrudi, zvýšené pocení, sucho v ústech a celková vegetativní hyperaktivita. (Praško, 2005) Onemocnění úzkostnou poruchou je nutné chápat multifaktoriálně, roli hrají jak dispoziční a genetické faktory, tak samozřejmě i dlouhodobá či akutní psychická zátěž.

Úzkostí začíná komplexní behaviorální reakce, která slouží ke kontrole a odvrácení nebezpečí. Výsledkem tohoto procesu mohou být v podstatě tři možnosti řešení. Za první, podnět, který úzkost vyvolal je shledán neškodným a reakce se nedostaví. Za druhé je podnět zařazen jako nebezpečný a vede k aktivní reakci a řešení problému. Za třetí je ohrožení vyhodnoceno jako nekontrolovatelné a následuje úniková reakce, jedinec se pak podobným podnětům a situacím do budoucna vyhýbá. Úzkost a kontrola spolu jak je vidět vzájemně souvisí. Toto spojení umožňuje řídit reakci k překonání ohrožení. Pokud úzkostná reakce selže a jedinec situaci nezvládne, stává se reakce nefunkční. Takováto reakce může být provázena stavem paniky, či naopak nečinností a chybějící emoční reakcí. Dysfunkční úzkostná reakce nemusí běžný život výrazně ovlivňovat, v případě ale, že se stane intenzivní a způsobuje jedinci utrpení, hovoříme o úzkostném onemocnění. (Rahn, Mahnkopf, 2000)

1.2 Historický vývoj zkoumání úzkostných poruch

Stavy úzkosti provází lidstvo od nepaměti, první zmínky týkající se obav ze smrti najdeme již v Eposu o Gilgamešovi. (Praško, 2005) Ve starověké literatuře se výrazy označující strach či úzkost příliš neobjevují, zřejmě i z toho důvodu, že jednou z největších ctností této doby byla statečnost a odvaha. Mezi řeckými bohy přesto nacházíme bohy Phobose (od něho název fobie) a Pana (původ slova panika), jejichž rolí bylo nahánět strach a děsit. Ve středověku byl vlivem křesťanské víry strach často tematizován především v Bibli a jiných náboženských spisech. V Bibli se o hrůze, strachu a úzkosti

dočteme poměrně často. Bibličtí hrdinové nejsou tak odvážní jako ti antičtí, trpí pocity viny a bázně z Boha. Bible obsahuje také existenciální momenty, ve kterých hrají strach a úzkost významnou roli. Jak si všimá Vymětal, zajisté nebude náhodou, že dánský filozof Kierkegaard, který jako první rozlišil mezi pojmy strach a úzkost, kdy popsal strach z něčeho konkrétního a úzkost nemající objekt, byl křesťansky založený. (Vymětal, 2000)

Přestože se pojednání o stavech úzkosti objevují již v nejstarších psychiatrických knihách, jako je Burtonova Anatomie melancholie, termín úzkost se v odborné literatuře objevuje až později. Burton a další odborníci totiž pokládali jednotlivé příznaky úzkosti spíše za příznaky fyzických chorob (bolesti žaludku jako příznak onemocnění trávicího soustavy atp.)

Poprvé se termín úzkost (anxiety) začíná používat v 18. století, kdy lékař James Vere jako první poukázal na to, že nervozita může být způsobena vnitřním konfliktem mezi nižšími instinkty a morálními instinkty. Tato teorie o více než sto let předstihla Freudovo myšlenky. Ve Francii byly úzkostné stavy poprvé zmíněny v textech Boissiera de Sauvages, který psal o „panofobii“, stavu úzkosti projevujícím se nočními děsy, nespavostí a pocity hrůzy.

Úzkostí se zabýval i Sigmund Freud, který popsal úzkostnou neurózu jako syndrom odlišující se od neurastenie. Úzkost považoval za výsledek potlačených tělesných impulzů a věřil, že jde o libidinózní představu, která byla shledána jako nebezpečná a proto potlačena a přeměněna na úzkost. Kolem roku 1936 Freud koncepci úzkosti rozšířil, popsal objektivní úzkost (strach) a neurotickou úzkost, která přichází buď z vnějšího, nebo z vnitřního světa v podobě potlačených impulzů. (Praško, 2005)

V diagnostice úzkostných poruch se v průběhu let odehrálo mnoho změn. Zpočátku se diagnostikou zabývali lékaři a převažovalo biologické pojetí. Potíže byly nazývány neurastenií (nervová slabost) a psychastenií (duševní onemocnění provázené fobiemi, nutkavými představami a úzkostí), později byly nahrazeny jedním termínem neurózy a nerozlišovalo se mezi nimi. Dnes už nepoužíváme ani pojem neuróza, podle desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí patří úzkostné poruchy do skupiny neurotických, stresových a somatiformních poruch (F40-F48).

Symptomy úzkosti mohou být ve své intenzitě, sociálních dopadech i obsahu značně různorodé, proto nemáme pro tyto obtíže jedno pojmenování, ale mluvíme o úzkostných poruchách (tedy o skupině poruch). Jednotlivé úzkostné poruchy spolu těsně

souvisí, například panické stavy jsou často spojeny s agorafobií nebo přechází do generalizované úzkostné poruchy. (Rahn, Mahnkopf, 2000)

1.3 Koncepce úzkostných poruch

1.3.1 Psychoanalytická teorie úzkosti

Psychoanalytické pojetí vedlo k rozlišení tří forem úzkosti. První formu představuje reálná úzkost vyvolaná hrozbami vnějšího světa, tedy reálným ohrožením. Druhý typ úzkosti je způsoben tlakem superega. Jedná se o tzv. morální úzkost (výčitky svědomí z pocitů branných jako hříšné a nemorální), kdy se jedinec obává, že nezvládne svoje pudy a poruší zvnitřněné normy (konflikt mezi egem a superegem). Třetí formou je neurotická úzkost charakteristická strachem z trestu od společnosti nebo jiné vnější autority, vychází z konfliktu mezi id a ego. (Nakonečný, 1997), (Praško, 2005)

Freud, jako hlavní představitel psychoanalytického směru, se ve své koncepci zabýval i úzkostí. Rozlišoval mezi pojmy úzkost a strach. Freud říká: „Úzkost popisuje zvláštní stav očekávání nebezpečí či přípravy na ně, ač jeho povaha může být neznámá. Strach vyžaduje určitý předmět, kterého se obává.“ (Drapela, 2008: 28) Úzkost podle něj tedy znázorňuje zvláštní stav tísně, který se objevuje v souvislosti s ohrožením, jenž může být aktuálně nepřítomné. V souvislosti vývoje člověka je vznik úzkosti spojen s prožitkem práůzkosti, která souvisí s narozením. Freud definuje tzv. primární úzkost, vycházející ze závislosti malého dítěte na matce, strachu a pocitů ohrožení vznikajících v její nepřítomnosti. Tato primární úzkost je předobrazem všech pozdějších reakcí strachu a úzkosti. (Michalčáková, 2007)

Sigmund Freud předložil dva pohledy na úzkost. První spočíval v tom, že úzkost pramení z vytěsněných pohnutek. Podle Freuda se to týkalo pouze pohnutek sexuálních a jednalo se o čistě fyziologickou interpretaci vycházející z myšlenky, že pokud nemá sexuální energie možnost vybití, vyvolá v těle napětí, které se přemění v úzkost. Podle jeho druhého pohledu pramení úzkost ze strachu z těch pohnutek, jejichž odhalení nebo uspokojení by přivolalo vnější nebezpečí. Tato interpretace se týká sexuálních a agresivních podnětů. (Horney, 2007) Například dítě cítí zlost ke svému rodiči, pocit vzteku a agrese je ale v rozporu k normě, že rodiče máme mít rádi. Proto kdykoliv dítě cítí vztek

či zlost, objeví se místo toho pocit úzkosti. Neurotické symptomy, sny i chybné úkony jsou podle Freuda projevem potlačených myšlenek, pocitů a přání. Tyto pohnutky jedinec vytěsňuje, což může vést k vytvoření úzkostných symptomů. Afekt, který nebyl zpracován, totiž nemizí a je odreagováván v neurotických příznacích. Freud předpokládá, že začátek úzkosti můžeme vidět pouze v dětství (úzkost při porodu, kastrací úzkost).

Neurotická úzkost souvisí také s používáním obranných mechanismů jako vytěsnění (vytlačení ohrožujících myšlenek do nevědomí), racionalizace, přemístění, intelektualizace, projekce, sublimace, reaktivní výtvar. Tyto mechanismy podrobně popisuje Freudova dcera Anna Freudová. Úzkost je signálem pro ego, že se setkala s nebezpečím, pokud si ego nedokáže poradit s úzkostí racionálními metodami, musí použít obranná opatření. (Praško, 2005)

Freudovy myšlenky jsou dosud cenné. Chápe úzkostnou poruchu celistvě, s psychickými i fyzickými příznaky a uvědomuje si vliv vnitřních konfliktů a sil, které člověka nevědomě ovlivňují.

1.3.2 Interpersonální teorie

Interpersonální teorie, neboli neopsychoanalytické, na Freuda navazují, nesouhlasí ale s jeho pudovým pojetím příčin úzkostných poruch. Mezi nejvýznamnější představitele patří Karen Horney a Harry Stack Sullivan. Karen Horney se vymezuje proti Freudovo biologizujícímu pojetí příčin neurotických potíží. Jako příčinu úzkostných poruch vidí především kulturní a sociální podmínky. (Horney, 2007)

Karen Horney definuje úzkost jako dynamické centrum neuróz a odlišuje ji od strachu, ač jak podotýká, obojí je emoční reakce na nebezpečí a obojí bývá doprovázeno tělesnými obtížemi, jako je bušení srdce, pocení apod. Strach je ovšem reakcí na reálné, úměrné nebezpečí, zatímco úzkost je nepřiměřenou reakcí, často dokonce na pouhé domnělé, skryté a subjektivní nebezpečí. Intenzita úzkosti vychází z významu, který má situace pro daného člověka. Tato myšlenka je důležitá i z hlediska terapie, je nutno si uvědomit, že úzkost nelze klientovi rozmluvit jako neopodstatněnou, je důležité pochopit, jaký subjektivní smysl a význam přikládá situacím jedinec sám. (Horney, 2007)

Horney ve svém konceptu úzkosti mluví o tzv. strachu živé bytosti, jež získá každý jedinec na základě poznání vlastní křehkosti a zranitelnosti ve vztahu k velkému

nekontrolovatelnému světu. Podle Karen Horney je úzkostné chování podmíněno poruchami v lidských vztazích v dětství a sociálně-kulturními vlivy. Domnívá se, že klidná a harmonická rodinná výchova pomáhá vyhnout se neurotickým potížím a úzkostem a umožňuje zdravý vývoj a seberealizaci jedince. Bez vhodné péče se objevuje tzv. bazální úzkost. Pokud je chování rodičů nepředvídatelné, příliš přísné, panovačné, popudlivé, nebo naopak lhostejné, vede to u dětí k pocitům bezmoci a úzkosti. Neurotické potřeby v dospělosti jsou pak pokračováním maladaptivních sociálních postojů z dětství. (Horney, 2007), (Michalčáková, 2007)

Podle Karen Horney si lidé vytvářejí vztah k druhým lidem třemi způsoby: držením se v pozadí za účelem dosáhnout lásky (nevyjadřují svoje pocity, jsou smířliví, submisivní, obětaví, věří, že tímto postojem získají náklonost druhých lidí), expanzí za účelem získání dominance (soutěživost, snaha ovládat druhé povyšováním nad ostatní) a rezignovaným odtahováním od druhých při hledání samostatnosti. (Horney, 2007)

Karen Horney si též správně všimá, že úzkost může být určujícím faktorem života a je to jedna z nejmučivějších emocí, jelikož v sobě nese bezmocnost, neschopnost mít situaci pod kontrolou a též jistou iracionalitu a omezení schopnosti se ovládat. Karen Horney popisuje čtyři hlavní způsoby, jak se lidé pokouší úzkosti uniknout: racionalizovat ji, popřít ji, narkotizovat ji a vyhýbat se myšlenkám a situacím, které by ji mohly vyvolat. První metoda, racionalizace, spočívá v přeměnění úzkosti na racionální strach. Člověk se pak necítí jako bezbranná oběť svých emocí, má pocit, že může se situací něco dělat. Druhým způsobem jak uniknout úzkosti je popřít její existenci, vytěsnit ji z vědomí. Zůstávají pak jen tělesné projevy úzkosti (pocení, chvění, neklid, zvracení,...). Třetím způsobem je úzkost narkotizovat, utopit ji v alkoholu, drogách v přehnaném pracovním nasazení, sexuálních aktivitách, nadměrném spánku apod. Čtvrtá metoda, jak se zbavit úzkosti, je nejradikálnější, spočívá v tom, že se jedinec vyhýbá všem situacím, myšlenkám a pocitům, které by mohly úzkost vyvolat. (Horney, 2007)

Karen Horney se ve své práci věnovala též vztahu mezi úzkostí a hostilitou. Navazuje přitom na Freudovu myšlenku, že subjektivní faktor obsažený v úzkosti spočívá v našich vlastních pudech. Horney však s Freudem polemizuje, nedomnívá se, že základ úzkosti spočívá v sexuálních pohnutkách jako takových, ale v nepřátelských podnětech s nimi spjatých, jako jsou snahy prostřednictvím pohlavního styku zranit či ponížit partnera. Nepřátelské podněty různého druhu (hostilita) tvoří hlavní složku, ze které vzniká neurotická úzkost. Jedinec se samozřejmě snaží hostilitu vědomě ovládnout nebo ji

reflexně vytěsňují, což se stane tehdy, když je v dané situaci neúnosné, aby si hostilitu uvědomil. Hlavním důvodem, proč může být vědomí hostility nesnesitelné je to, že člověk může někoho milovat a zároveň mu závidět či k němu cítit nepřátelství. Je nepříjemné v sobě toto nepřátelství objevit. Vytěsňování vede k uklidnění, avšak hostilita nemizí a mohou se začít objevovat stavy nejasné úzkosti. Jelikož existuje potřeba zbavit se nebezpečného afektu, často se zde proces nezastaví a nastupuje druhý „reflexní“ proces, člověk promítá své nepřátelské podněty do vnějšího světa. Jedinec tedy předstírá, že destruktivní pohnutky nepocházejí od něj, ale od něčeho či někoho mimo něj. Postupně dochází k tomu, že osoba, do které promítl své nepřátelství, začne nabývat v jeho myslí hrozivých rozměrů. Situace je o to složitější, že vytěsňované pohnutky jsou často projikovány nikoli na osobu, kterých se skutečně týkají, ale na někoho jiného. Například jedna pacientka Karen Horney, která cítila hostilitu vůči svému manželovi, se začala projevat úzkostně při spatření ještěrky. Podobně se mohou objevit strachy i z jiných zvířat nebo třeba z bouřky. (Horney, 2007)

Sullivan patřil mezi psychoanalytiky, kteří si uvědomovali důležitost interpersonálních vztahů. Jejich základ viděl ve vazbě mezi dítětem a matkou, která se posléze rozšiřuje na vztahy v rodině, jež jsou základem mezilidských vztahů i do budoucna. Za hlavní lidské potřeby považoval potřebu uspokojení (dána spíše biologicky) a potřebu bezpečí a jistoty (interpersonálně podmíněné). Při jejich konfliktu dochází k úzkosti, Sullivan tedy chápe úzkost jako výsledek sociálních interakcí. Úzkost se podle Sullivana na dítě přenáší z matky. Tento proces začíná již v nejranějším dětství, kdy úzkostná matka přenáší své pocity na dítě, které také začne pociťovat úzkost. Aby se úzkosti vyhnulo, naučí se selektivně odklánět pozornost, začne se úzkosti vyhýbat, stejně jako všemu, co ji vzbujuje. Může unikat do spánku, přizpůsobit se v chování přání okolí nebo se zbavit úzkostí tzv. selektivní nepozorností, kdy jedinec vytěsňuje ze svého psychického zorného pole podněty, které by úzkost vyvolávaly. Tento typ naučeného chování přetrvává do dospělosti jako způsob neadaptivního řešení náročných a stresových situací. (Honzák, 2012)

Úzkostí a strachem se zabýval i neopsychoanalytik Erich Fromm. Podle Fromma má člověk potřebu lásky a potřebu eliminace osamění a izolovanosti. Jedinec potřebuje mít od narození emocionální vztahy s druhými lidmi. Vývoj dítěte je spojen s individualizací, kdy si dítě uvědomuje, že se jako bytost odděluje od ostatních. Toto odloučení může vést k pocitům osamění a úzkosti. (Michalčáková, 2007)

Interpersonální teorie jsou typické tím, že ač navazují na psychoanalýzu, ne ve všem s ní souhlasí. Většinou se neztotožňuje s Freudem v otázce sexuality jako jediného zdroje úzkosti. Říká, že sexuální podněty nejsou samy o sobě nebezpečné, ale tvoří je tak až individuální či společenská tabu. Základem interpersonální teorie jsou především mezilidské vztahy a jejich vliv na vývoj jedince.

1.3.3 Kognitivně-behaviorální koncepce

Behaviorální pohled na úzkost předpokládá, že nepřiměřené úzkostné chování je naučené a snaží se odhalit, jak dochází k podmiňování strachu a úzkosti. Vychází z teorie klasického podmiňování. Behavioristé se domnívají, že projevy strachu jsou zprostředkovány stejnými mechanismy, nezávisle na tom, zda jsou situace adekvátní, nebo patří k psychické poruše. Behaviorální koncepce vidí za vznikem patologického strachu a úzkosti maladaptivní učení, které má stejné zákonitosti jako učení obecně. Behavioristé si myslí, že naučený strach je výsledkem klasického podmiňování, učení nápodobou či operantního podmiňování. Věří, že vrozené i získané strachy vyhasnou, pokud dojde k opakované nestresující expozici s původně obávaným podnětem. (Praško, 2005)

Učení definuje Zdeněk Helus následovně: „Učením označujeme činnosti, kterými jedinec získává, rozšiřuje a prohlubuje své poznatky o světě, osvojuje si nové dovednosti a postupy, mění své chování i vlastnosti, rozvíjí a kultivuje svou osobnost. Učení probíhá na základě zhodnocování a využívání průběhu i výsledků činností předcházejících tedy na základě zkušenosti.“ (Helus, 2003: 57-58) Učení je, jak je vidět činnost, při které si jedinec osvojuje individuální zkušenost a dochází k navozování trvalejších změn v chování. Výsledkem učení je nějaká změna (nové zkušenosti, vlastnosti, poznání,...). Můžeme rozlišit čtyři základních druhy učení, spojené s problematikou úzkosti: habituace, klasické podmiňování, operantní podmiňování a učení nápodobou.

Habituace (přivykání) znamená, že postupně přestáváme reagovat na podněty, které jsou neškodné či nedůležité. Habituace je výsledkem zkušenosti a objevuje se nejen u lidí, ale i u zvířat. (Plháková, 2007)

Klasické podmiňování je založeno na vytváření dočasných nervových spojů v kůře, tzv. podmíněných reflexů, které jsou naučené (na rozdíl od nepodmíněných, které jsou vrozené). Jde o to, že se vytvoří spojení mezi původně neutrálním podnětem a jiným

podnětem na základě opakovaného spojení obou podnětů. Když dojde k vytvoření podmíněného reflexu, je nutné, aby reflex byl posilován, jinak by došlo k vyhasínání. Tento druh učení popsal I. P. Pavlov. (Praško, 2005)

Pro teorii úzkosti je důležité, že podmiňovat lze i emocionální reakce. Předpokládá se, že na základě klasického podmiňování vzniká celá řada fobií a automatizované reakce, jako například panické ataky. Již v raném dětství může být napodmiňována celá řada strachů. Další věc, kterou je nutno si uvědomit je, že pokud je podmíněná reakce spojena s určitým podnětem, může dojít ke generalizaci, tedy rozšíření podmíněné reakce na podobné podněty (to např. znamená, že člověk se zpočátku bojí jen pavouků, ale postupně je jeho strach rozšířen na veškerý hmyz). (Praško, 2005)

Instrumentální podmiňování je spojeno se jmény amerických psychologů Skinnera a Thorndika. Zjistili, že kvalita následku určitého jednání zpětně ovlivňuje reakci. To znamená, že když po určitém chování následuje odměna, zvýší se pravděpodobnost dalšího výskytu tohoto chování, dochází k tzv. pozitivnímu zpevnění, které danou reakci upevní. Naopak pokud následuje trest, dochází k negativnímu zpevnění, časem dojde k vyhasínání a odstranění reakce. Podle této teorie je tedy pravděpodobnost určitého chování určena jeho následky. (Praško, 2005)

Lidé si osvojují chování také pomocí napodobování. Bandura popsal teorii tzv. sociálního učení, kdy zjistil, že děti se učí určitému chování napodobováním modelů. Podle Bandury a jeho teorie odhadu zdatnosti se člověk obává a vyhýbá situacím, u kterých si myslí, že je nezvládné. Tyto situace v něm pak vzbuzují úzkost. Odhad vlastní zdatnosti vychází z minulých zkušeností, z pozorování druhých, ze slovního přesvědčování a z uvědomování si vlastního emočního vzrušení. (Praško, 2005)

Modernější pohledy na úzkost připouští navíc vedle vlivu učení vliv genetických, interpersonálních a kognitivních faktorů. Připouští tedy i vrozené strachy, které se vyskytují i bez předchozí negativní zkušenosti a strachy vzniklé i po minimálním kontaktu s objektem vzbuzujícím fobii (například separační úzkost u dětí, strach ze psů, z hadů apod.). Předpokládá se určitá člověku vrozená dispozice k těmto strachům daná evolucí, kdy tyto podněty byly v minulosti pro jedince ohrožením.

Kognitivní koncepce vychází z předpokladu, že úzkostné poruchy vznikají na základě maladaptivních kognitivních procesů. Subjektivní význam, který připojujeme k podnětům, vede k emočním reakcím. Tyto nepřiměřené reakce jsou naučené a mohou představovat automatickou kognitivní odpověď na spouštěč. Kognitivní teorie úzkosti

předpokládají, že mezi podnětem a reakcí existuje ještě anticipace (očekávání). I jen naše očekávání, co se bude dít, může vyvolat pocit úzkosti. Jde tedy o to, jak jedinec subjektivně vnímá situaci a posuzuje její závažnost a nebezpečnost. Mluvíme o selektivním vnímání podnětů, např. podnět náměstí, který připadá většině lidem neutrální, může u agorafobika vyvolat silný stav úzkosti. Nakolik je situace interpretována jako ohrožující, záleží na předpokladech a kognitivních schématech jedince, zda si myslí, že je schopen situaci zvládnout či nikoliv. (Praško, 2005)

Kognitivně-behaviorální koncepce na rozdíl od psychoanalýzy nehledají příčiny úzkosti v nevědomí či v potlačených přáních a potřebách, ale spíše ve vlivu prostředí, rodičovské výchovy a naučených maladaptivních strategií chování jedince.

1.3.4 Humanistická koncepce

Humanistické koncepce jsou určitým protipólem psychoanalytických a behaviorálních teorií. Vymezuje se především vůči redukcionismu a biologizaci člověka jako pouhého předmětu vědeckého zkoumání. Zdůrazňují lidskou jedinečnost, individualitu a schopnost růstu a sebeaktualizace. Požadují akceptaci jedince takového, jaký je.

Jedním z hlavních humanistických psychologů je Carl Rogers, zakladatel terapie zaměřené na klienta, který se ve své teorii zabývá též strachem a úzkostí. Rogers se domnívá, že strach a úzkost se vytváří jako reakce na situace, kde dochází k blokování základní motivační síly člověka, aktualizační tendenci, která vede k seberozvoji a osobnímu růstu. Cílem jeho terapie je právě podpora této aktualizační tendence u klienta a pomoc jedinci v cestě k sebevyjádření, sebeaktualizaci, autonomnosti, autentičnosti a spontaneitě. Rogers věřil, že lidská bytost má základní tendenci a snahu k sebeaktualizaci. Psychologické poruchy a tedy i úzkostné potíže jsou procesy, ve kterých je aktualizační tendence člověka poškozená různými mechanismy a faktory, především sociálními.

Prevencí patologických strachů a úzkostí je adekvátní, zdravé sebepojetí. Pro to, aby se u jedince vytvořilo, je nutná i harmonická, empatická a stabilní rodinná výchova. Rogers mluví o výchově a přístupu zaměřeném na dítě. Takováto výchova umožňuje kongruenci, shodu mezi sebepojetím, vrozenými potřebami a zkušenostmi. V případě že je

výchova v rodině nevhodná, dochází k inkongruenci, která může způsobit až psychická onemocnění, včetně úzkostných poruch. (Kohoutek, 2008), (Michalčáková, 2007)

Humanistická teorie se tedy věnuje především otázkám seberealizace a sebeaktualizace jedince. Humanistický přístup nesouhlasí s psychoanalytickou teorií. Neztotožňuje se s dominantním vlivem nevědomí ani s behavioristickým pohledem, že chování člověka je pouze sadou podmíněných reakcí na podněty. Věří v sílu jedince a jeho potřebu osobního růstu.

2 PREVENCE A TERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

2.1 Úzkostné poruchy a jejich stigmatizace

Člověk s úzkostnou poruchou, a obecně i člověk duševně nemocný, má jiné postavení než člověk nemocný tělesně. Zatímco ve většině případů u tělesně nemocného jedince můžeme jasně ohraničit nemocný orgán a z toho pramenící narušení schopností, u psychicky nemocného je toto ohraničení většinou nezřetelné. Zvláštnosti v chování jedince trpícího úzkostnou poruchou se mohou jevit jako vystupňování projevů, které známe z běžného života. Všichni někdy bojujeme se strachem, neopodstatněnou úzkostí nebo vracejícími se nepříjemnými myšlenkami, jsme ale schopni tyto stavy překonat. Psychicky nemocný jedinec se může ostatním jevit jako podivný, neschopný, hloupý, zkrátka jiný, než jsou zvyklí. Někteří dokonce jeho potíže přisuzují trestu, člověk si podle nich onemocnění sám zavinil svou nevhodnou péčí o duši nebo tím, že je „špatný“ člověk. (Baudiš, Libiger, 2002)

Úzkostní pacienti se stigmatizace velmi obávají, tento strach jim brání vyhledat včas odbornou psychiatrickou pomoc. Svoje problémy přičítají somatickému onemocnění a soustřeďují se na tělesné příznaky strachu a úzkosti. Plní tak ordinace praktických lékařů. Somatické onemocnění je celkově společností lépe tolerováno, vyvolává v ostatních soucit a také je lépe uvěřitelné než psychické onemocnění. Psychiatrickou diagnózou bývá zklamán jak pacient, tak jeho blízcí. Některé úzkostné poruchy dokonce nebývají okolím chápány jako onemocnění. Například u fobií, ač okolí chápe, že strach jedince je přehnaný a neopodstatněný, bývá k pacientovu vyhýbavému chování netolerantní a jeho fobie je brána spíše jako bázlivost, málo odvahy či povahový rys, než jako psychická porucha. Projevy úzkostných poruch jsou lépe tolerovány u žen, což souvisí s genderovým pohledem na ženy, jako na slabší, citlivější a zranitelnější pohlaví. (Praško, 2005)

Stigmatizace psychiatrického pacienta je stále silná, její vinnou nehledají lidé pomoc včas, fungují zde obranné mechanismy popření a vytěsnění, jelikož se úzkostný pacient obává stigmatizace. I když si jedinec přizná, že potíže má, má tendenci čekat, že samy vymizí. Pacient se někdy bojí vyhledat pomoc i z důvodu stigmatizace oboru psychologie a psychiatrie a bojí se odborníka navštívit. Obává se, že mu stejně psychiatr nebo psycholog nepomůže nebo naopak, že by mu objevil nějakou hroznou poruchu. (Praško, 2005)

Úzkostný člověk je tedy omezován nejenom svým onemocněním, ale i předsudky společnosti. Proti předsudkům je třeba bojovat zdravotnickou osvětou, aby okolí bylo schopno jedince přijmout, snažit se o hlubší porozumění pacientových problémů, zaměřit se na pozitivní diagnózu (co pacient zvládá, v čem je dobrý,...), důsledně oddělovat nemoc od osobnosti duševně nemocného, neizolovat jedince, umožnit mu chodit do zaměstnání i budovat vztahy s ostatními lidmi. (Baudiš, Libiger, 2002)

2.2 Prevence úzkostných poruch

Úzkostné poruchy byly dlouhou dobu doménou psychoanalyticky orientovaných odborníků, později byly vyvinuty účinné behaviorální a kognitivní postupy a ukázalo se, že prospěšně a léčebně fungují i psychofarmaka. Je ale možná i prevence těchto poruch? Co je příčinou neurotických a tedy i úzkostných poruch a onemocnění? Je homeostáza či harmonie tím nejzazším smyslem, či je optimálním stavem určitá míra napětí a problematičnosti? To je jedna ze základních otázek, které se váží na problematiku prevence. Lékaři se přiklání k teorii optimální míry stresu (tzv. eustresu), psychoterapeuti mluví o optimální frustraci, jež během léčby motivuje k nacházení nových řešení. (Poněšický, 2011)

Lidský jedinec nemá naučené vzorce chování jako jiné živé organismy, proto v něm některé podněty a situace mohou vyvolávat pocity úzkosti či stres. Je tedy nutné, aby si během svého života vhodné vzorce chování vytvořil. Znamý badatel Gerd Hüter shrnul principy prevence proti psychogenním poruchám do tří zásad:

1. Vytváření stále nových kompetencí (odvaha k otevřenosti, vystavování se novým situacím a tím tvoření nových zkušeností).
2. Schopnost získat psychosociální podporu od okolí.
3. Víra, vize, osobní síla pomáhající snášet i to, co nejde aktuálně změnit (vlastní smysl života). (Poněšický, 2011)

Existují různé koncepce z hlediska prevence, nejčastější je asi dělení na psychoanalytickou a humanistickou. Psychoanalytická uvádí jako důvod vzniku neurotických poruch a tedy i úzkostných potíží nerovnováhu mezi spontaneitou a sebekontrolou, z které často vychází ztráta svobody, blokována úzkostmi. Humanistická klade důraz na osobnostní rozvoj (péče o vzhled, tělo, zájmy,...). Jako důležitý bod

prevence vidí pro jedince úkol dát životu individuální smysl, pečovat o mezilidské vztahy a získat smysluplnou profesi. (Poněšický, 2011)

Lékař Jan Poněšický vymezil základní zásady prevence úzkostných poruch. Jsou jimi sebekritika, přiměřené sebehodnocení, existence podpůrných vztahů, život v přítomnosti, schopnost regulovat stres, pozitivní vztah k vlastnímu tělu a harmonická rodinná výchova.

Sebekritika znamená umět se zamyslet nad svým chováním a prožíváním, změnit příliš obětavé chování, při kterém se zříkáme svých potřeb, snížit perfekcionalismus a hon za úspěchem, ke kterému nás tlačí dnešní doba. Přiměřené sebehodnocení vede k péči o sebeúctu, schopnosti připustit si svoje úspěchy i neúspěchy, ze kterých se ale jedinec psychicky nehroučí. Důležitá je též existence podpůrných vztahů, zdravých vztahů s druhými lidmi, kde je rovnováha mezi dáváním a přijímáním, otevřenost dialogu, empatie a sounáležitost. Další zásadou je žít přítomností. Lidé trpící úzkostnými poruchami se většinou zaobírají minulostí nebo budoucností, stále si něco vyčítají, vystavují se možným obavám a noří se do svých vzpomínek či budoucích představ. Bojí se plynutí času, kontaktu s druhými, ztrácejí spojení s realitou. To však člověk potřebuje, jinak vzniká nebezpečí uzavření do vysněného světa, jenž je náhražkou skutečného života. V této souvislosti je třeba se zamyslet, kolik hodin stráví děti před obrazovkami televizí a monitorů hraním počítačových her, na úkor kontaktu s vrstevníky a budování mezilidských vztahů. (Poněšický, 2011)

Užitečné je naučit se zdravě regulovat stres. Při absenci vhodných vzorců chování a při působení velkého stresu či úzkosti jedinec trpí, není možné ani učení (což bychom měli mít na paměti při vyučování studentů). Je též nutné dbát na svůj biorytmus, najít si čas i na odpočinek, rodinu a přátele. Při prevenci úzkostí pomáhá i pozitivní vztah k tělu, který je možno budovat pomocí sportu a zdravou stravou. Vyhýbání se problémům může mít za následek zástupné tělesné reagování (např. obezitu, poruchy příjmu potravy). V neposlední řadě je nutno si uvědomit, že důležitá je výchova v rodině. Měli bychom dbát na harmonické prostředí a vztahy a nevystavovat děti konfliktům mezi rodiči. (Poněšický, 2011)

Na závěr je třeba, s ohledem na naše pedagogické zaměření, připomenou důležitost role pedagogů, kteří by měli žáky inspirovat a dát jim možnost zažít úspěch a pocít důležitosti. Nevést žáky příliš direktivně, aby měli možnost podílet se na výuce a mít možnost něco ovlivnit. Ve třídě navodit přátelské prostředí, netrestat nadbytečně žáky a

neohrožovat jejich sebehodnocení narážkami, ponižováním či výsměchem. Učitel by se měl uvědomit, že zvláště adolescenti jsou k těmto útokům citliví.

2.3 Obecné zásady psychoterapie

Předpokladem k úspěšné psychoterapeutické léčbě je porozumění pacientovi včetně jeho příznaků. Proto je nutné provést kvalitní diagnostiku. Ta by měla obsahovat cíl, psychoterapeutický postup a odpověď na otázky, co je podstatné, co druhotné a jaká rizika léčba skýtá.

Hlavní psychoterapeutické směry se mezi sebou liší především tím, zda kladou větší důraz na citový, svobodný rozvoj osobnosti (psychoanalýza a humanistická psychoterapie), či na racionální a behaviorální složku, kde jde o to, jak lépe zvládat svůj vnitřní život a mít pod kontrolou své chování (kognitivně-behaviorální terapie). Kritériem volby terapeutické strategie by měla být úvaha, ve které oblasti spočívá problematika daného pacienta.

Diagnóza by měla obsahovat symptomatiku a aktuální problematiku, popis osobnosti pacienta, konfliktní patologie (např. konflikt mezi závislostí a autonomií, agresivitou a podřízeností apod.) a základní vztahové vzorce chování jedince.

Pro obě strany je výhodné vytvořit si terapeutickou (pracovní) smlouvu, která vymezí podmínky, cíl a zisk terapie. Je nutné navodit vědomí, že pacient je aktivním činitelem, motivovat ho a zdůraznit, že může očekávat vcítění a porozumění, ale též vzájemnou výměnu názorů a nezřídka i konfrontaci ohledně jeho osobnosti a chování. Terapeut se musí zamyslet nad tím, zda existuje mezi ním a pacientem dostatečná sympatie, zda je například ochoten se potýkat s negativní terapeutickou reakcí pacienta, když jeho potíže nedovolí vytvoření terapeuticky otevřeného vztahu a spolupráce, což je podmínkou psychoterapie (děje se například, když je hlavním problémem blízkost, otevření se, nedůvěřivost,...)

Pro terapeuta je pracovní smlouva důležitá i z toho důvodu, aby měl určitý klid na svou práci a aby bylo jasné, že pacient musí pracovat na vlastním podílu svých potíží a aktivně se podílet na léčbě. Je též nutné se s pacientem domluvit, jakých reálných cílů je možno dosáhnout.

Terapeut musí stále sledovat, zda zlepšení psychického stavu nesouvisí se vznikem tzv. přenosové neurózy neboli přenosem. Přenos je speciální případ projekce, nevědomá emoční vazba mezi klientem a terapeutem. Jedná se o pocity, které má pacient k terapeutovi (sympatie, zamilovanost, ale i emoce negativní). Přenos může brzdit uzdravování a vytvoření zdravých vztahů v běžném životě.

V případě přenosové neurózy je nutné s pacientem hovořit o tom, jak se liší terapeutická situace od jeho normálních vztahů a co mu brání v tom, aby vztahy navazoval. Terapeut si musí udržet svůj vlastní úsudek a postoj. Pevný postoj chrání terapeuta před manipulací pacientem. (Poněšický, 2011)

2.4 Nejčastější postupy v léčbě úzkostných poruch

Úspěšnost léčby úzkostných poruch závisí na včasné a správné diagnostice. Určit správnou diagnózu je poměrně komplikované, především z důvodu řady tělesných symptomů, které odvádí pozornost od psychické podstaty onemocnění. (Ulč, 2001)

K léčbě úzkostných poruch se většinou užívá kombinace léků a psychoterapie. Používá se především kognitivně-behaviorální a suportivní (podporující) terapie, své využití zde má i psychoanalýza. Prospěšná může být i terapie skupinová. Z medikamentů se osvědčily především tricyklická antidepresiva a benzodiazepiny. Dobré jsou i léky SSRI (preparáty se zpětným vychytáváním serotoninu). Léky pomáhají především ke snižování napětí s úzkostí pacienta. (Janíček, 2008).

Kognitivně-behaviorální přístup se snaží u klienta vést k uvědomění zkresleného vnímání atak úzkosti. Snaží se o to, aby se jedinec přestal vyhýbat situacím a vyčleňovat se ze společenského kontaktu a zmírňuje strach z tělesných příznaků. (Ulč, 2001). Propojuje postupy terapie behaviorální (relaxace, řízené dýchání a nácvik kontrolovaného dechu, expozice, překonávání vyhýbavého chování, edukace) s terapií kognitivní (změna automatických negativních myšlenek a postojů). Vede pacienta ke zpochybnění katastrofických myšlenek a jejich změně. Edukací rozumíme poučení jedince o jeho poruše, o bludném kruhu úzkosti a o specifikách stresové reakce. Poučení pomáhá odstranit mýty a zkreslené představy o nemoci, které klient často má. Zmírní jeho nejistotu, jelikož již ví, z čeho vychází jeho obtíže. (Praško, 2005)

Díky kognitivně-behaviorální terapii se zlepší či vyléčí až 90% pacientů. Kromě vyslechnutí klienta a seznámení ho s tím, co jeho onemocnění obnáší, je důležitá především tzv. expozice (podpora a postupné vystavování klienta situacím, kterých se obává). Je nutno pacientovi vysvětlit, že cílem není ho trápit, tím, že ho vystavíme stresujícím situacím, ale naopak mu ukázat, že když se situaci vystaví a nebude z ní utíkat, strach a úzkost se nebudou do nekonečna zvětšovat, ale dosáhnou svého maxima a pak začnou klesat. Tomuto principu se říká habituace (přivykání). Jedinec je tedy opakovaně konfrontován se situacemi, kterých se bojí a vyhýbá. Léčený musí vydržet v této situaci tak dlouho, dokud se jeho úzkost nezačne snižovat. Je důležité, aby zažil pocit úlevy z odeznívající úzkosti. Terapeut ho zpočátku doprovází, poté už absolvuje expozice sám. Při opakovaných expozicích napětí postupně zcela vymizí. Jedinec pak postupným nácvikem na obávané situace přivykne a bude se moci vrátit do normálního života. Je dobré, aby léčba postupovala rychle, ideálem jsou 1-3 expozice denně. Jelikož má klient většinou strach z více situací a objektů, začínáme expozici u méně náročných podnětů a po jejich zvládnutí pokračujeme s podněty obtížnějšími. (Prašková, 2000)

Expoziční léčba funguje na principu přeučení strachové reakce. Klient se opakovaně setká s obávaným podnětem, kdy zabránění útěku nebo vyhnutí se situaci vede k učení, že tuto strachovou reakci lze ovládnout. Později klient zjišťuje, že podnět není nebezpečný a strachová reakce na podnět zcela vymizí. Nejčastěji se používá expozice postupná, i když intenzivní je také velmi účinná. Při intenzivní expozici mluvíme o tzv. zaplavení, kdy je jedinec vystaven nejvíce obávanému podnětu po tak dlouhou dobu až úzkost a nepříjemné pocity samy odezní. K této drastičtější metodě se ale moc pacientů neodhodlá. Odstupňovaná expozice je pro pacienta šetrnější. (Praško, 2008)

Terapeut je pacientovi vzorem, sám se vystavuje obávanému podnětu a podněcuje pacienta k tomu, aby opakoval jeho chování. Pacient se také musí postupně naučit převzít zodpovědnost za dosahované pokroky a sám se snažit obávané situace překonávat, jelikož terapeut ho nemůže doprovázet trvale. Nemocný se pod dohledem terapeuta zbavuje také katastrofických myšlenek, cílem je vytvořit reálnější způsoby uvažování. (Praško, 2008)

Expozice je nejúčinnější, když se veškerá pozornost pacienta zaměří na objekt strachu a vnitřní a vnější podněty k odvrácení pozornosti jsou minimalizovány. (Praško, 2005) Expozice se využívá především při léčbě agorafobie, dále při sociální fobii a při léčbě fobií specifických.

Při léčbě úzkostných poruch se účinná též kognitivní rekonstrukce, jež vede k postupné změně klientova myšlení. Jedinec se při ní učí zbavovat iracionálních automatických myšlenek (Určitě omdlím) a nahrazovat je myšlenkami konstruktivními (Jsem jenom unavená). V této souvislosti mluví terapeuti o tzv. testování automatických myšlenek. Klient se učí automatické myšlenky rozpoznat, spojit emoční reakci s automatickou myšlenkou, testovat platnost automatické myšlenky a vytvořit jinou racionálnější a konstruktivnější odpověď. (Praško, 1998a) Důležitá je otevřená a aktivní spolupráce klienta, zaměření se na projevy chování a na konkrétní problémy. Pacient si nacvičuje, jak lépe zvládat krizové situace a ataky úzkosti.

Jak už je uvedeno výše, k léčbě úzkostných poruch se využívá i terapie suportivní, která se zaměřuje na vlastní emoce úzkosti. Terapeut dodává nemocnému pocity emoční podpory, bezpečí a porozumění, řeší s ním též jeho životní, pracovní a rodinné problémy a starosti. Klientovi empaticky naslouchá a postupně se ho snaží vést k tomu, aby dokázal zpochybnit svoje starosti a viděl jejich přehnanost a škodlivost. Terapeut se ale musí vyvarovat tomu, aby pacientovi jeho problémy vyvracel, utěšoval ho či mu dával rady ohledně jeho životních potíží a situací. Klient na to musí přijít sám, je velmi důležité, aby se stal samostatným. Cílem je zmírnit obavy a úzkost člověka a zvýšit jeho schopnost žít život jako jiní lidé (včetně zaměstnání a rodinných vztahů). (Praško, 2006) Wells doporučuje, aby terapeut vedl pacienty k přijetí jejich obav a starostí. Tím, že se stanou pacienti „pozorovateli“ svých obtíží, zmírní se negativní emoční dopad starostí. (Praško, 2005)

Dříve se k léčbě úzkostných poruch používala i psychoanalýza, dnes se od ní opouští a využívá se jen zřídka. Psychoanalýza se snaží o nalezení těch rysů osobnosti, které mohly být predispozicí pro propuknutí poruchy a ty se poté snaží ovlivňovat. Řeší se pomocí ní vědomé i nevědomé konflikty i závislosti na druhých lidech. (Ulč, 2001)

Při terapii úzkostných poruch se osvědčil nácvik relaxace. Vzhledem k tomu, že pacient je stále napjatý, úzkostný a podrážděný, relaxace pomáhá s odstraněním zvýšeného psychického a tělesného napětí i se somatickými potížemi. Dovednost relaxovat je jednou z nejdůležitějších dovedností, které si musí jedinec s úzkostnou poruchou osvojit. Vhodnější než autogenní trénink je metoda Ostovy progresivní relaxace, která je adaptací známe Jacobsonovy progresivní relaxace. Ostova relaxace je založena na střídání napětí a uvolnění. Pacient se učí postupně napínat a uvolňovat svalové skupiny, aby si začal uvědomovat stav napětí a uvolnění a uměl se uvolnit. Nejdříve tuto relaxaci vede terapeut,

postupně se pacient naučí takto relaxovat sám. Dbáme na správné dýchání, které stav zrelaxovanosti podporuje. Cílem je, aby byl klient schopen uvolnit se v situacích, ve kterých dříve prožíval úzkost a stres. Seznámíme také pacienta se strategiemi zvládnání stresových situací, partnerských a rodinných problémů a naučíme ho uvědomovat si možné zdroje sociální podpory (rodina, přátelé, vlastní schopnosti,...). (Prašková, 2000)

K úspěšné léčbě je důležitý i nácvik komunikačních a sociálních dovedností. V této oblasti má pacient většinou značné rezervy. Ideální je nácvik, procvičování a postupné zapojení nově získaných dovedností do praktického života. Využíváme především techniku hraní rolí. Efektivní je práce ve skupinách a výměna rolí. Jedinec tak může získat náhled na situaci druhého i poznat vlastní styl komunikace a jeho případné nedostatky. Klienta učíme především aktivnímu empatickému naslouchání i sdělování, verbálním i neverbálním dovednostem a vyjadřování pocitů a emocí včetně negativních. (Praško, 2005) Využívá se i nácvik asertivity, jelikož klienti mívají problém s nízkým sebevědomím a se schopností prosadit se. Klient se musí naučit asertivně odmítnout, vyjádřit nesouhlas a konstruktivní kritiku, říci si o pomoc, vyjádřit svoje pocity a potřeby. Ideálním stavem je dokázat se prosadit a zároveň respektovat práva a potřeby druhých. (Praško, 2009)

Cílem léčby je pomoci klientovi fungovat v sociálních situacích. Klient si potřebuje osvojit především tyto sociální a komunikační dovednosti: vedení konverzace, komplimenty (dávat i přijímat), empatické naslouchání, reakci na kritiku, reakci na odmítnutí a vystupování před skupinou osob. Terapeut postupuje s pacientem od nácviku dovedností jednodušších po ty složitější, dává mu instrukce a pozitivně ho motivuje a vždy mu dává zpětnou vazbu. Poměrně se osvědčilo i dávání domácích úkolů, kdy se jedinec učí využívat nově nabyté dovednosti v sociálních situacích v praktickém životě.

U jednotlivých úzkostných poruch jsou v léčbě samozřejmě určité odlišnosti. Například při léčbě úzkostně-depresivní poruchy je třeba si uvědomit, že pacienta nesužují jen symptomy úzkosti ale též deprese. Při léčbě těchto pacientů se snažíme je postupně zapojovat do aktivit, jež jim zlepší náladu. Pacient si zaznamenává svoje činnosti během dne a hodnotí je na škále podle nálady a příjemnosti, která se s nimi pojila či podle stupně napětí. Činnosti jsou rozděleny na ty výkonové (práce v zaměstnání, v domácnosti,...) a prožitkové (relaxace, poslech hudby, četba, výlet,...). Metodu sledování činností využíváme především u pacientů apatických, s abulií a obecně těch, jež mají problém cokoliv dělat. Díky této technice získáme přesnou představu o celkové míře aktivity klienta. Už to, že si jedinec něco zapisuje, vede nespécificky k aktivitě a k aktivitě

motivuje. (Prašková, 2000) Po sledování činností následuje plánování aktivity. Klient si sestaví plán dne a poté si zapisuje, jak se mu ho daří plnit. Opět je zde hodnocení nálady a příjemnosti činností. Postupně vedeme pacienta k vykonávání jednoduchých aktivit a zapojujeme ho do celého dne. Učíme ho také, aby se uměl věnovat vždy soustředěně jedné činnosti (snaha dělat více věcí najednou, vede často k časovému tlaku) a aby si uměl mezi jednotlivými činnostmi i odpočinout, udělat si přestávku. Cílem je zvýšit aktivitu jedince, zapojit ho zpátky do běžného života, zvýšit jeho spokojenost a úspěšnost v činnostech. Plán činností může pomoci nemocnému vrátit se k nedeprimivnímu způsobu života a fungování. Začínáme v plánování činností a úkolů snazších, postupujeme k těm náročnějším. Těžší úkoly lze dělit na etapy, za každou úspěšně splněnou se pacient odmění předem stanovenou odměnou. Společně s klientem zpochybňujeme negativní automatické myšlenky, které vykonání činnosti brání (např. myšlenky typu: Nedokážu to, jsem k ničemu). Tyto myšlenky jsou většinou ukvapenými závěry ovlivněnými momentální náladou a zpětně na náladu působící. Jde v podstatě o zlozvyk hodnotit negativisticky. Vedeme klienta k tomu, aby si uvědomil, že mu tyto myšlenky škodí a naučíme ho nahradit je myšlenkami racionálnějšími a pozitivnějšími. Obecně nejhůře se ovlivňují emoce klienta, zde pomáhají medikamenty a nácvik relaxace. (Prašková, 2000)

Jak je vidět, terapie pacienta s úzkostnou poruchou je poměrně náročná. Je nutno ji dělat komplexně se zapojením více terapeutických technik i přístupů, nejideálnější je terapie kognitivně-behaviorální v kombinaci s medikamenty. Velmi důležitá je motivovanost pacienta k léčbě a to, aby byl podporován nejen terapeutem ale i rodinou. Podporující sociální prostředí a kvalitní autentické vztahy k léčbě výrazně pomáhají a představují i důležitý předpoklad psychické stability člověka.

3 OBDOBÍ ADOLESCENCE

3.1 Vymezení období adolescence

Pojem adolescence je odvozen z latinského *adolescere* (dospívat, mohutnět). Je vrcholem integračního období, spojovacím článkem mezi dětstvím a dospělostí. Časově vymezují různí autoři toto období odlišně. Čeští autoři používají tento pojem nejčastěji pro období od 15 do 20 (až 22) roku věku. Adolescence je spojena se stabilizací fyzického a psychického vývoje. (Novotná, 2004)

Psychologové se staví k tomuto období z různých pohledů. Granville Stanley Hall, vývojový psycholog a zakladatel psychologie adolescence, popisuje toto období jako období konfliktu, střetávání protikladných tendencí v člověku. Erik Erikson mluví o období tzv. psychosociálního moratoria. Jde o stádium pozastavení vývoje, které adolescentovi umožňuje ještě načas zůstat u experimentování s novými rolemi, zkušenostmi a pocity, než definitivně vstoupí do světa dospělých. Gesell si uvědomuje, že klíčovým úkolem adolescence je najít sebe sama. Sigmund Freud adolescenci popisuje jako období druhého oidipovského konfliktu. Ego a superego jsou v tomto období již vyvinuté, incestní touhy jsou potlačeny a dospívající si hledá náhradní objekt, partnera či partnerku, rozvíjí se dospělá sexualita. Švancara v této souvislosti připomíná, že je důležité, aby se adolescent vymanil ze své závislosti na rodičích, což se někdy může projevat až nepřátelským postojem k nim. Anna Freudová popsala obranné mechanismy, které období adolescence doprovázejí. Jsou jimi asketismus (strach ze ztráty kontroly nad vlastními sexuálními impulzy) a intelektualizace (primárně sexuální konflikt se transformuje do roviny filozofických argumentů). V uvedených přístupech je vidět význam biologických faktorů, především pohlavního dozrávání, pro vývoj adolescenta.

Jiní autoři, například Havighurst, přichází s koncepcí vývojových úkolů, které musí adolescent splnit. Jde především o přijetí vlastního těla a pohlavní role, rozvoj abstraktního myšlení a udržování vztahů s vrstevníky. V tomto období se též mění vztahy s dospělými, především s rodiči a dochází k odklonu od emocionální závislosti na nich. Jedinec získává představy o ekonomické nezávislosti a připravuje se na budoucí profesi. Havighurst říká, že je též důležité, aby adolescent nabyl zkušenosti v intimních vztazích, jako přípravu na budoucí partnerský život. Měl by též získat kompetence pro sociálně zodpovědné chování, mít představy o plánech do budoucna a ujasnit si osobní hierarchii hodnot.

Bandurova teorie vědomí vlastní účinnosti poukazuje na to, že adolescence je náročné období, ve kterém jedinec přebírá nové role, musí řešit a zvládat nové situace a uvědomit si zodpovědnost za vlastní život. Je-li přesvědčení adolescenta o jeho vlastní účinnosti malé, zažívá ve výše zmíněných situacích stres, pocity strachu a úzkosti. Naopak pokud je vědomí vlastní účinnosti adekvátně velké, bere nové situace jako výzvu. Vědomí vlastní účinnosti ovlivňuje výchova v rodině i ve škole, prostředí by mělo být stabilní, předvídatelné a podporující. (Macek, 1999)

3.2 Změny v adolescenci

Na počátku tohoto období dochází k plné reprodukční zralosti a dokončení tělesného růstu jedince. Stejně důležité je i to, jak sám adolescent a jeho okolí tyto změny vnímá a hodnotí. Vzhled je pro adolescenty, především pro dívky, velmi důležitý. Dívky také více než chlapci tělesné změny vnímají jako zásah do svého života (omezení v souvislosti s menstruací, nabírání váhy,...). Hodně dívek trpí v období dospívání nejistotou, pozorují, zda jejich prsa nejsou moc malá, nebo naopak velká a hodně z nich si připadá tlustá. Časně dospívající dívky mívají nižší sebehodnocení, mají více problémů ve škole i doma a jsou náchylné k rizikovému chování. Naopak dříve dospívající chlapci mají sebevědomí spíše vyšší než jejich vrstevníci. (Macek, 1999) Jedinec je v adolescenci na vrcholu fyzické výkonnosti, je to období s nejnižší pravděpodobností zdravotních problémů. V tomto období jsou též patrné intersexuální rozdíly, dívky dozrávají fyzicky i duševně rychleji až o dva roky. (Novotná, 2004)

V adolescenci dochází ke kognitivním změnám. Piaget charakterizuje toto období jako období utváření formálních operací. Adolescent je již schopen formulovat otázky a hypotézy a ověřovat je. Myšlení je více systematické a představivost je vysoká. Intelektuální vývoj je ukončen. Zdokonaluje se též paměť, zvyšuje se kvalita informací v dlouhodobé paměti. Myšlení je více sebereflektující, přibývá vědomí možných rizik a adolescent je schopen zvažovat důsledky svého jednání. Objevují se též úvahy o smyslu života. (Macek, 1999)

Citové zážitky se diferencují, přibývá vyšších citů. Raná adolescence je spojená se zvýšenou emoční labilitou, způsobenou především hormonálními výkyvy. To souvisí s citlivým obdobím spojeným s vyšší sebekritičností, proměnlivým sebehodnocením a

egocentričností jedince. Míra lability souvisí samozřejmě i s osobnostním laděním adolescenta, problémy mají především ti, kteří byli zvýšeně labilní již v dětství. V pozdní adolescenci labilita a náladovost postupně odeznívá, dospívající jsou extrovertní a převládají u nich pocity a zážitky spojené s prvními milostnými vztahy. Rozvíjí se též estetické a mravní citění. Je to ale i období prvních zklamání, ať už ze vztahů s partnery, kamarády, rodiči či ze zmaření nerealistických přání, představ a ideálů. (Macek, 1999)

Adolescence je typická zvýšenou sebereflexí, sebehodnocením. Vytváří se sebepojetí jedince, mění se uvažování o sobě na základě vnímání a hodnocení druhými osobami. Zde je nutno připomenout negativní vliv neustálé kritiky především v rodině a škole a hostilita rodičů. Je důležité, aby v tomto období jedinec přijal sám sebe (sebeakceptace) a uznal svoji vlastní hodnotu. Je-li rozpor mezi tím, jaký by jedinec chtěl být a jaký si myslí, že je, výrazný, vede to k nepříjemným pocitům, podceňování a zklamání ze sebe samého. Uvědomuje-li si dospívající velký rozpor mezi reálným já a požadavky, které na něj rodiče a škola kladou, zažívá pocity viny, úzkost a zklamání. Z obsahového hlediska lze za důležitý aspekt sebepojetí považovat výkonové charakteristiky, jež jsou vztahovány především ke škole a školnímu výkonu a úspěchu, vztahové charakteristiky (přátelství, sociální vliv a pozice ve skupině,...) a charakterové vlastnosti (upřímnost, čestnost, přímočarost, průbojnost...). (Macek, 1999)

Změny v sebereflexi a sebehodnocení vedou k přijímání nových sociálních rolí. Vrstevnické, přátelské vztahy nefungují už jen na základě jednoduché reciprocity, ale do vztahů se promítají osobní charakteristiky. Dospívající rozlišuje mezi spontánní a povrchní reakcí, hledá přátele, kterým se může svěřit a důvěřovat jim. Kamarádské vztahy jsou založeny především na sdílení zážitků. Rodiče začíná vidět adolescent jako lidské bytosti, kteří mají jako on svoje potřeby, přání, zájmy a osobní zvláštnosti, které ovlivňují vzájemné vztahy a jejich kvalitu. (Macek, 1999)

Vrstevnické skupiny jsou pro vývoj v tomto období zvláště důležité. Dospívající se snaží odlišit se od svého okolí, hledá osobní identitu. Aktivní jednání nezávislé na rodičích se projevuje i při volbě vrstevnické skupiny, která má významné postavení v životě adolescenta. Ve skupině je běžné používání specifických výrazových prostředků, jako je užívání slangu a různých výrazů, mnoho slov adolescentů jsou zkratkami jejich chování a zkušeností. Dříve vyspívající a atraktivní adolescenti mají při volbě vrstevnické skupiny větší možnosti. Vzhled je celkově v tomto období důležitý a působí na sebehodnocení jedince. Adolescenti často volí specifické způsoby odívání, úpravy zevnějšku a účesu,

kteřé zdůrazňují jejich jedinečnost, hodnotovou orientaci, zájmy a odlišení od dospělé populace. Pro adolescentní subkulturu je důležitá též hudba, rádi se účastní festivalů, koncertů a diskoték, což jsou místa, kde dochází nejen k navazování nových přátelských a intimních vztahů, ale i k vyjádření vlastních názorů a postojů. Adolescenti též sami zakládají kapely, což slouží k sebe prezentaci, potvrzování vlastní hodnoty a zvyšování prestiže ve skupině. (Macek, 1999)

Vrstevnické vztahy plní v tomto období důležitou roli, poskytují dospívajícímu místo, kde může sdílet svoje pocity a názory s druhými, získává tak cenné zkušenosti. Vrstevnická skupina poskytuje jedinci podporu, zakotvení a pocit vlastní hodnoty. Má též důležité místo v procesu získávání autonomie. Adolescenti hodnoceni svými vrstevníky pozitivně mají vyšší sebehodnocení a jsou vyrovnanější. Blízké dyadické přátelství je v adolescenci důležitější spíše pro dívky. Tento vztah je postaven především na důvěře, otevřené komunikaci a sdílení pocitů. Přátelství chlapců má více kolektivní charakter. (Macek, 1999)

Jak už jsem uvedla výše, vztahy a to, aby v nich adolescent uspěl, jsou v tomto období klíčové i pro tvorbu sebehodnocení. V případě vrstevníků převládá potřeba vlastního hodnocení a přijetí skupinou, ve vztahu k rodičům převládá snaha o zrovnoprávnění pozice v rodině. Běžné jsou konflikty s rodiči, adolescent se snaží vydobýt si svá práva, což je nezbytný předpoklad pro snížení závislosti na rodičích, získání autonomie a osamostatnění. Rodiče bohužel nereagují na požadavky adolescentů vždy vhodně, často se snaží kontrolu ještě zvyšovat a tvrdě pomocí různých restrikcí prosazovat svoji dominanci. To vede k většímu napětí a častějším konfliktům v rodině. Pro všechny aktéry je to stresující a členové rodiny se vzájemně vzdalují. (Macek, 1999) V této souvislosti mluvíme o adolescentní separační krizi. Vzniká zde konflikt mezi snahou adolescenta o osamostatnění a mezi obavami z této separace. To se často projevuje nepřiměřenými reakcemi a silným prosazováním svých názorů vůči rodičům v protikladu s přijímáním jejich podpory. (Vymětal, 2000)

V adolescenci dochází k navazování prvních milostných vztahů. Jedinec si uvědomuje svoji sexualitu. Na začátku převládá experimentování, Říčan mluví o polygamním stádiu sexuálního vývoje, kdy adolescent získává zkušenosti s více partnery a současně poznává sám sebe a své možnosti. V pozdní adolescenci se vztahy stávají stabilnější a dlouhodobější. (Novotná, 2004)

Adolescence je též obdobím vývoje morálky a hodnot. Dospívající překonávají egocentrismus typický pro předchozí období pubescence, rozvíjejí svoji osobní morálku a zvnitřňují si etické principy. (Macek, 1999)

3.3 Strachy a úzkosti v období adolescence

Strukturu nejčastějších obav a problémů adolescentů zjišťoval ve svém výzkumu Ruisel. Jsou jimi především strach ze selhání, sociální úzkost a obecná úzkost, pocit nedostatečnosti a nízké sebehodnocení, sociální zranitelnost, nedostatek sebekontroly a malá flexibilita či vegetativní poruchy. (Urbanovská, 2010)

Zdrojem starostí mohou být i každodenní situace a události, které souvisí především se změnou a osvojováním si nových sociálních rolí (role partnera, nástup na novou školu, osamostatňování,...). Adolescent navazuje první partnerské vztahy, což může být zdrojem nejistot. Negativně působí v tomto ohledu i tlak sociální skupiny a vrstevníků, kteří již zkušenosti mají a chlubí se jimi. Problémy může způsobovat i hektická doba, neustálý shon a časová tíseň, zahlcenost informacemi, stálý tlak na maximální výkonost za co nejkratší čas, nestabilní rodinné a partnerské vztahy, konflikty a celkové snižování přímého kontaktu mezi lidmi a jeho nahrazení moderními technologiemi. (Macek, 1999)

Specifika strachů a úzkostí v období adolescence vychází z vývojových úkolů tohoto období. Adolescent hledá svoji identitu, snaží se dosáhnout autonomie a osamostatnění, především od rodičů. Vytváří se hodnotový systém, osvojuje si nové sociální role a navazuje nové vztahy s dospělými i vrstevníky. V období adolescence převládají obavy a strachy spojené se školou a se vztahy s vrstevníky. (Urbanovská, 2010)

V souvislosti s vývojovými změnami se začínají u adolescentů objevovat i otázky po smyslu života. Jedinci se často zajímají se o problematiku smrti a smrtelnosti, s čímž souvisí i objevování strachů a úzkostí vycházejících z této oblasti.

Adolescenta můžou též stresovat i situace, které by dospělý člověk byl schopen zvládnout. Je to způsobeno nejen tím, že v tomto vývojovém období ještě může doznávat pubertální labilita, ale též tím, že dospívající se setkávají se situacemi pro ně novými a nemají dostatek zkušeností pro jejich adekvátní zvládnutí. Celkově je též ale nutno podotknout, že obecně se odolnost vůči psychické zátěži, především v pozdní adolescenci, zvyšuje. Daří se to především tehdy, když dojde k ustálení adekvátního, tedy pozitivního

sebehodnocení. Na tom, jak jedinec zvládá zátěžové situace, se podílí též sociální faktory, tedy vliv školního a rodinného prostředí. (Urbanovská, 2010)

V literatuře se též můžeme dočíst o určitých rozdílech v reagování na náročné situace na základě pohlaví. Urbanovská uvádí, že chlapci zvládají lépe negativní emoce, efektivněji vyhledávají o problému informace a využívají k odreagování častěji než dívky fyzickou relaxaci (především sportovní aktivity). Bohužel problémy také častěji popírají, vytěšňují a své pocity skrývají. Dívky o problémech více přemýšlí, jsou ale také schopny se spíše než chlapci někomu svěřit a svoje problémy sdílet. Uvádí se, že strach se u nich objevuje častěji a bývá intenzivnější než u chlapců. (Urbanovská, 2010) Oproti tomu Michálčáková se nedomnívá, že by mezi dívkami a chlapci byly vrozené, biologické rozdíly, co se týká projevů strachu a úzkosti. Je přesvědčena, stejně jako já, že rozdíly jsou způsobeny spíše pozdější výchovou a socializací ke genderové roli dívky či chlapce. Souvisí to i se stereotypním zobrazování žen a mužů, kdy ženy bývají zobrazovány jako slabší, bojácnější a úzkostnější a muži jako silní a odvážní. Genderové role tedy souvisí s variabilitou strachu více než samotné pohlaví. (Michálčáková, 2007)

3.3.1 Školní prostředí

Škola je sama o sobě jedním z největších stresorů, již samotný pojem škola vyvolá u značné části žáků negativní pocity a vzpomínky na nepříjemné zážitky. Na dospívajícího jsou kladeny vyšší požadavky než kdykoliv dříve, musí se především rozhodnout o svém budoucím studiu či profesi. Za rizikové faktory pramenící ze školního vzdělávání jsou považovány především vysoké nároky na množství a náročnost učiva, velké množství úkolů, tlak na výkon a zkoušková zátěž. Toto souvisí i s problémem nedostatku volného času a pohybu, což psychickou stabilitu též narušuje. U studenta můžou vznikat pocity strachu, že neobstojí, nesplní zadané požadavky a selže v konkurenci spolužáků, čímž bývá ohroženo jeho sebehodnocení. Mareš specifikuje tzv. školní zátěžovou situaci, jako situaci, která se primárně týká žáka a vyskytuje se ve školním prostředí, má různé zdroje a je často spojena s nepříjemnými nebo negativními stavy žáka. (Kolář, Šikulová, 2009)

Nepříznivě působí též nevhodně zvolené výukové postupy a způsoby hodnocení, především hodnocení nepřiměřeně přísné nebo nespravedlivé, zkoušení z neprobrané látky, nemožnost opravit si známku z nepovedeného testu nebo zkoušení, utváření rivality mezi

žáky prostřednictvím systému hodnocení apod. Pro citlivějšího žáka může být velkou zátěží i zkoušení (včetně přípravy na zkoušku, zkoušení, známkování) a celkově jakékoliv vystupování před třídou (přednes referátu, recitace, apod.).

Pro žáka je kromě výkonu důležitá také vztahová složka. V případě, že jsou mezilidské vztahy ve třídě narušené a žák má špatnou sociální pozici ve třídě (nevytvořil si ve třídě přátelské vztahy či se dokonce objevuje šikana), je žák velmi stresován a úzkost a strach se dozajista také objeví. Nepříjemně působí i neurotický, náladový učitel či učitel citově chladný, křik, ponižování a výsměch žákům, urážky, dehonestace a nepochopení žáka. Takovéto chování učitele zvyšuje u žáků strach a obavy ze školy. V některých případech může vést ke vzniku školní fobie. (Kosíková, 2011), (Kolář, Šikulová, 2009)

Kohoutek mluví o tzv. psychotraumatizaci žáků a studentů. Psychickou traumatizaci dělí na primární (týká se vlastní osoby), sekundární (týká se někoho, ke komu má jedinec blízký vztah a je přítomen jeho traumatizace), terciární (jedinec je svědkem traumatizace osoby, kterou nezná nebo k ní nemá žádný vztah) a kvartérní. Primární traumatizace znamená situaci, při které je žák osobně obětí šikany, výsměchu či ponižování. On sám zažívá zklamání, neúspěch, bezmoc a pocity nespravedlnosti. Primární psychotraumatizaci prožívá žák velmi intenzivně. Sekundární traumatizace nastává tehdy, když žák není vystaven traumatizaci přímo, ale je svědkem traumatizace někoho koho má rád (kamaráda, spolužáka,...). Tato traumatizace nebývá tak intenzivní jako ta primární. Kohoutek popisuje též tzv. traumatizaci terciární. Dochází k ní v případě, že žák je svědkem traumatizace osob, které nezná nebo k nim nemá osobní vztah. Tato traumatizace je méně psychicky ničivá. Kohoutek zmiňuje ještě traumatizaci kvartální, při které je žák informován o psychické traumatizaci jiných osob, není přímým svědkem jejich traumatizace. Příkladem může být vyprávění či například zhlédnutí nějaké traumatické scény v televizi. (Kohoutek, 2012)

U jedinců ve stresu se může vytvořit pravá školní fobie, tj. nepřekonatelný strach z kolektivu spolužáků, učitelů nebo ze školy vůbec. Vzniká obvykle tehdy, zažije-li ve škole žák něco traumatizujícího, například šikanu. Mezi úzkostné poruchy, se kterými se setkáváme u školních dětí, řadíme též obsedantně-kompulzivní poruchu, jejíž projevy často začínají po desátém roce věku. Úzkostné poruchy se také častěji než u běžné populace vyskytují u žáků s poruchami učení, často nemocnými či trpící ADHD. (Vymětal, 2004), (Krejčířová, 2006)

3.3.2 Rodinné a sociální prostředí

Na vznik strachů a úzkostí u dětí a adolescentů má velký vliv i prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, jeho vztahy s rodiči, rodinné zázemí a vztahy s vrstevníky.

Rodinné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, formuje jeho osobnost. Pro dítě je velmi důležitá klidná, harmonická rodina s vřelými vztahy, důvěrou a jasnými pravidly. Dítě vyrůstající v takovémto prostředí si vytvoří adekvátní sebepojetí a mnohem lépe se v pozdějším věku vyrovnává se zátěžovými situacemi, trpí méně strachy a úzkostmi, než děti z rodin nefunkčních.

Strachy a úzkosti vznikající na základě nevhodného rodinného působení mohou mít různé příčiny. Špatné vztahy v rodině a partnerský nesoulad rodičů provázený konflikty až agresí není pro dítě, které je navíc v citlivém období dospívání, vhodné. Negativně působí rozpad rodiny, provázený hádkami a nenávisť rodičů, končící většinou rozvodem. Takovýto rodiče těžko mohou být adolescentovi oporou, jelikož sami prožívají velmi napjaté situace a jsou většinou plně ponořeni do svých problémů. Problematika rozvodů je dnes velmi aktuální, jelikož téměř 50% všech manželství jím končí. Rozvod je pro dítě silně traumatickou událostí a může být u dítěte primárně úzkostného spouštěčem úzkostné poruchy. Adolescent žijící v takovémto prostředí je více ohrožen rizikovým chováním a vznikem psychických obtíží. Nemá uspokojené emoční potřeby a do budoucna může přebírat nefunkční vzorce partnerského soužití. (Macek, 1999)

Problémem může být i způsob výchovy dítěte. Mezi typy nesprávné rodinné výchovy patří výchova autoritativní, rozmazlující, výchova nadměrně starostlivá a výchova lhostejná. Autoritativní výchova je spojena se striktními příkazy a zákazy. Rodiče požadují od dítěte naprostou poslušnost a nezajímají se o jeho názory a přání. Z dítěte se pak může stát v dospělosti člověk pasivní, který se podrobuje přáním druhých, či naopak agresivní, revoltující proti veškerým autoritám. Výchova rozmazlující je výchovou nadměrně shovívavou, rodiče dítěti nic neodepřou a vše podřizují jeho přáním. Tyto děti jsou pak neposlušné, sobecké a náročné. Výchova nadměrně starostlivá je spojena s ochranným postojem k dítěti. Z dítěte roste člověk nesamostatný, nejistý, bázlivý a někdy až chorobně závislý na rodičích. Adolescent se vlivem této výchovy nedokáže osamostatnit, neumí se sám rozhodovat, je úzkostný. Dalším nevhodným typem výchovy je výchova lhostejná, kdy rodiče nemají na děti čas, nevěnují se jim a nedávají jim najevo lásku. Takové děti jsou nedůvěřivé, citově deprivované a hrozí u nich zvýšený výskyt rizikového chování. Vhodná není ani výchova příliš liberální, neposkytující dítěti žádné jistoty a hranice, kterou

může adolescent vnímat i jako nezájem o jeho osobu. Špatná je i výchova nedůsledná, opět neposkytující jistotu ale naopak nestálost a nemožnost předvídat chování rodičů. Všechny tyto nevhodné výchovné postupy mohou vést k pocitům strachu a úzkosti.

Mezi základní chyby, kterých se rodiče dopouští, řadíme především orientaci na výkon dítěte. Příliš cílevědomí rodiče svého potomka přetěžují a mají na něj přehnaně vysoké nároky. Neumí ho pochválit, a když selže, je nepřiměřeně tvrdě potrestán. Dítě má strach, že nesplní očekávání rodičů a nebude milováno a může v důsledku toho začít trpět tiky, pocity méněcennosti nebo nadměrnou trémou. Naopak vhodná je výchova dávající dítěti pocit bezpodmínečného přijetí a lásky, respektující jeho jedinečnost, s dostatkem empatie, trpělivosti a otevřenosti a jasnými pravidly.

Problémem je samozřejmě i výskyt jakékoliv závislosti v rodině (alkoholismus, drogy, gamblerství,...). Faktorem podněcujícím úzkost může být i nízký sociokulturní status rodiny, či například nedostatek soukromí v životě adolescenta. Úzkost způsobuje i nemoc blízkého člena rodiny, či například úmrtí jednoho z rodičů. Negativní dopad může mít také vliv televize a médií, především pořadů s násilnou tematikou či kulturní kontext dané země.

Problémy v mezilidských vztazích se týkají i vztahů s vrstevníky. Souvisí často s negativním sebehodnocením adolescenta a jeho přehnanými emocionálními reakcemi na problémy, což nesou jeho kamarádi nelibě. Úzkost a strach můžou vyvolávat i nezdařilé první vztahy či sexuální zkušenosti. Adolescent se totiž teprve učí fungovat v partnerských vztazích a osvojuje si nové strategie chování v těchto typech vztahů. Psychickou pohodu výrazně narušuje předčasné zahájení sexuality v době, kdy adolescent není ještě dostatečně zralý a s tím i například problematika potratů. Sexualita je také v této době poměrně těsně spjata se sociálním statutem jedince. Proto adolescenti často trpí obavami a strachem, zda jsou pro opačné pohlaví dostatečně atraktivní. (Macek, 1999)

4 KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

4.1 Panická porucha

4.1.1 Základní charakteristika

Panická porucha je typická opakovaným výskytem neočekávaných atak paniky, které vzbuzují v postiženém pocity ohrožení a strachu. Panický záchvat je charakteristický vznikem silné až paralyzující úzkosti, jenž se objevuje náhle, bez zjevné příčiny. Je spojen s tělesnými příznaky jako je bušení srdce, závratě, depersonalizace a derealizace. Postižený se často snaží ze situace utéci. Záchvaty paniky trvají většinou několik minut, vzácně i něco přes hodinu. Po odeznění se dostavuje vyčerpání, únava a uklidnění. Na záchvaty paniky často navazuje strach a jedinec je sužován úzkostí z dalších atak paniky a jejich důsledků. Tomuto jevu říkáme anticipační úzkost, tedy úzkost vycházející z očekávání další ataky choroby. Anticipační úzkost je spojena s vyhýbáním se situacím a místům, kde propukla panická ataka v minulosti. (Ulč, 2001)

Jedinec má strach ze ztráty kontroly nad sebou samým. Často se objevuje únikové a vyhýbavé chování (snaha utéci z nepříjemné situace či se jí vyhnout). U člověka s panickou poruchou se setkáváme i s tzv. zabezpečovacím chováním. Jedinec se obklopuje lidmi či okolnostmi, které ho psychicky uklidňují (členové rodiny, přátelé, dostupnost a blízkost lékařské pomoci apod.), typický je strach ze samoty. Nemocní hledají ujišťování a uklidňování, že budou v pořádku. (Praško, 2006)

Diagnostika panické poruchy jako samostatné entity je poměrně nová. Tuto poruchu poprvé vymezil roku 1924 Sigmund Freud, kdy ji ve své publikaci nazval úzkostnou neurózou se záchvatovitým průběhem a vegetativními projevy. Historické spisy uvádějí, že touto poruchou trpěl například i Charles Darwin. Panické poruše se věnoval i D. F. Klein, který ji poprvé takto pojmenoval a povšiml si, že tricyklická antidepresiva zabírají i na ty stavy úzkosti, které dnes označujeme za panickou poruchu. Další výzkumy prokázaly provázanost panické poruchy s poruchou homeostázy neurotransmiterů, především serotoninu, i s určitými strukturálními změnami mozku a sníženým průtokem krve hlavně ve frontálním laloku. Někteří autoři popisují vztah panické poruchy

s onemocněními dýchacích cest, především astmatu. (Kukumberg, Ulč, 2001) Často se pojí s agorafobií. (Prašková, 2000)

Panická porucha se vyskytuje u 1-8% populace. Více touto chorobou trpí ženy, objevuje se u nich i více symptomů než u mužů. (Ulč, 2001)

Etiologie není dosud plně popsána. Působí zde faktory vrozené, biochemické, vliv výchovy v dětství, rysy osobnosti i vliv traumatických životních událostí. Propuknutí panické poruchy a opakované objevování panických ataků souvisí zřejmě s genetickými predispozicemi. (Ulč, 2001) Jak uvádí Praško, nedědí se sice panická porucha, ale dispozice reagovat na zátěž úzkostně ano. Je zde i vliv vrozených temperamentových vlastností jedince a problém v nedostatku serotoninu v mozku. Byla též prokázána dysregulace periferního a centrálního nervového systému. Klein přišel s hypotézou, jež vysvětluje vznik panické poruchy u jedince sníženým prahem pro pocity dušení, snadno tak může dojít k falešnému poplachu a organismus začne reagovat jako při skutečném dušení, zrychlením dýchání a panickou potřebou ze situace uniknout. Zřejmě jsou přítomné abnormality v respiračních funkcích obecně. Jiné studie prokázaly abnormální aktivaci neuronů v locus coeruleus, čímž by se dalo vysvětlit bušení srdce, zrychlený tep a zvýšená citlivost na vnější podněty. Mluví se i o hypersenzitivitě limbického systému. Spojitost mezi klasickou stresovou reakcí a panickou poruchou nebyla prokázána. I při panické poruše sice mohou hrát svoji roli stresující podněty, ale může stejně tak vzniknout i při úplném klidu, či dokonce ve spánku. (Praško, 2005)

Vznik poruchy podporují traumatické zážitky v dětství, problémy v rodině, separace od rodičů (především od matky), úmrtí rodiče a jiná psychická traumata. Před propuknutím choroby můžeme v anamnéze postiženého často vysledovat výskyt závažných, stresujících životních událostí. Osobnostní rysy mohou též sehrát svoji roli, jedinci s obecnou tendencí dělat si nadměrné starosti, lpící na názorech druhých, s vysokou potřebou pochvaly, s tendencí podléhat katastrofickým myšlenkám a jejich zaobíráním, jsou k propuknutí nemoci náchylnější. (Praško, 2006)

Panickou poruchu udržuje přecitlivělost pacienta (stále více se zabývá svými tělesnými pochody, stává se až hypochondrickým), vyhýbavé chování a nepřiměřené obavy. (Praško, 2006)

4.1.2 Diagnostika

Při diagnóze je nutno si uvědomit základní znaky panické poruchy. Je to onemocnění projevující se opakovanými, náhlými atakami úzkosti, které nevychází z vnější situace a přicházejí při absenci vnějšího ohrožení. Panické ataky se objeví alespoň čtyřikrát do měsíce a nejsou způsobeny somatickým onemocněním ani duševní poruchou. Trvají většinou okolo několika minut.

Objevení panického záchvatu často předznamenává rozvoj panické poruchy. Panická ataka zvyšuje pravděpodobnost vzniku deprese, alkoholismu, sociální fobie, prosté fobie a obsedantně-kompulzivní poruchy. Panická porucha se často pojí s agorafobií (v 50-90%), vyšší výskyt je ve městech, rizikovými skupinami jsou lidé rozvedení, opuštění či žijící bez rodiny, dále lidí s nedokončeným vzděláním, v dětství týraní a zneužívání. Porucha je častější u žen, u nich se i více než u mužů vyskytuje komorbidita s depresí a vyhýbavé chování (Praško, 2005).

Panická porucha je spojena s řadou somatických obtíží. Běžné je bušení srdce, svírání na hrudi, chvění, třes, rozmazané vidění, nadměrné pocení, zrychlení dýchání až zhoršení dýchání, bolesti žaludku a nevolnost. Typické jsou i příznaky týkající se zhoršeného duševního stavu jako je úzkost, strach, závratě, pocity ohrožení a napětí, depersonalizace (odosobnění, porucha uvědomování si sebe sama) a derealizace (pocit, že objekty nejsou reálné), nadměrné obavy a starosti, katastrofické myšlenky, strach ze ztráty vědomí a kontroly nad sebou či dokonce strach z vážného onemocnění a smrti. (Praško, 2005)

Správnou diagnostiku a odhalení této nemoci ztěžuje fakt, že většina pacientů vyhledá praktického lékaře a popisuje pouze příznaky tělesné, správné určení diagnózy tedy může trvat poměrně dlouho. Při diagnostice musíme odlišit panickou poruchu od jiných úzkostných poruch, aby nedošlo k chybnému vymezení diagnózy. I dnes dochází průměrný pacient až deset let k lékaři, než je odhalena panická porucha jako pravá příčina jeho obtíží. Například generalizovaná úzkostná porucha je na rozdíl od panické poruchy spojena se stálou úzkostí, vzniká většinou v nižším věku a má chroničtější charakter a méně se pojí s tělesnými příznaky. (Ulč, 2001) Při diagnostice lze využít i EEG, u některých pacientů s panickou poruchou můžeme vysledovat postižení nedominantní části spánkového laloku. (Praško, 2005).

U klienta je nutno zjistit podrobnou anamnézu obsahující charakter panických záchvatů (kdy se objevují, kde, v jaké situaci,...), jaké tělesné projevy ataku provázejí, zda se objevuje vyhýbavé chování a anticipační úzkost a v čem ho panická porucha omezuje v běžném životě. (Praško, 2005)

Porucha je často chronická, má tendenci se vracet, je nutná komplexní a dlouhodobá psychiatrická léčba. Panická porucha vede ke zhoršení kvality života jedince, problémům v zaměstnání, ve vztazích a v rodině a k izolaci od okolí. Zvyšuje riziko sebevraždy či sebevražedného pokusu, může se vyskytovat spolu s depresí. Je popisována též komorbidita se závislostmi (především na alkoholu a lécích sedativního účinku), s poruchou osobnosti (hlavně vyhýbavou a závislou) a s dalšími fobicko-úzkostnými poruchami. (Ulč, 2001)

4.1.3 Specifika poruchy u dětí a adolescentů

První práce věnující se výskytu panické poruchy u dětí a adolescentů jsou datovány do 80. let 20. století, kdy vyšly první studie zabývající se touto problematikou. (Hort, 2000) Odborníci se ale ještě v této době nedokázali shodnout, jak častý problém panická porucha u této věkové kategorie je. Dnes už víme, že počátky panické poruchy datujeme právě do období dospívání a rané dospělosti. Toto období je spojeno s mnoha životními zvraty a změnami, je to období končící puberty, ukončení školní docházky, studia na vysoké škole a hledání prvního stálého zaměstnání. Do této doby spadají také první lásky a dlouhodobější vztahy, osamostatnění od primární rodiny a často i změna životního stylu a prostředí. (Ulč, 2001)

Panická porucha se může objevit ale již dříve, v dětství. U dětí se častěji objevují spíše jednotlivé ataky paniky, než plně rozvinutá panická porucha. Panická porucha je zde většinou spojena se separační úzkostí. Někteří odborníci vidí separační úzkostnou poruchu v dětství jako rizikový faktor vzniku panické poruchy v dospělosti či dokonce jako její vývojový předstupeň. Mladiství mladší sedmnácti let prožívají chorobu hůře než dospělí, je zde zvýšené riziko sebevražedných myšlenek a pokusů, depresí, užívání alkoholu a jiných návykových látek. (Praško, 2006) U středoškoláků se uvádí výskyt poruchy okolo 2-5%. (Hort, 2000)

Úzkostné děti, když dospějí, trpí často úzkostmi a úzkostnými poruchami i v dospělosti. Je zde i vliv dědičnosti a rodinné výchovy. Negativní vliv má především časná separace od rodičů a výchova hyperprotektivní. Jedinci vyrůstající v nevhodném rodinném prostředí trpí strachem z opuštění blízkou osobou, ale mají strach i z připoutání k druhému. Mají intenzivní potřebu kontrolovat svoje vztahy a vyhýbají se samotě, což vše zřejmě pramení ze separační úzkosti v dětství. Behaviorální teorie zmiňuje fakt, že úzkost může být i reakcí naučenou. Dítě se chová podle svých rodičů. (Praško, 2005).

Nejčastějšími symptomy panické poruchy v dětském věku jsou tachykardie, návaly horka či mrazení, dušnost, pocení, závratě, zvracení, strach ze strachu a ze zešilení. Jak je vidět, symptomy jsou hodně podobné od příznaků, které popisují dospělí pacienti. I terapie je podobná jako u dospělých, využívá se především kognitivně-behaviorální terapie a SSRI. (Hort, 2000)

4.2 Agorafobie

4.2.1 Základní charakteristika

Agorafobie je úzkostná porucha spojená s nadměrným a nerealistickým strachem. Často se pojí s panickou poruchou. Pojem agorafobie bychom mohli přeložit jako strach z otevřeného prostoru, jenž je mimo běžnou kontrolu a vede k vyhýbavému chování. Chorobný strach z veřejného a otevřeného prostranství byl znám již ve starém Řecku, popisuje ho už Hippokrates. Dnešní pojem agorafobie se používá od roku 1871, kdy poruchu vymezil neurolog Westphal. (Prašková, 2000)

Agorafobie se projevuje nadměrným nebo nerealistickým strachem z propuknutí panického záchvatu v situacích a místech, v nichž není dostupná pomoc, nebo ze kterých není možné rychlé vzdálení. Postižení touto nemocí mají také strach z toho, co by si o nich pomysleli druzí, kdyby viděli jejich obtíže. Je spojena s vyhýbavým chováním, jedinec se vyhýbá situacím vzbuzujících v něm fobii. Typická místa a situace, kterých se agorafobik obává, jsou: místa veřejná (náměstí, obchodní domy, stadiony, parkoviště, divadla, restaurace, koncertní sály apod.), strach z cestování v hromadných dopravních prostředcích, obava být sám doma, ale i pobývat sám mimo domov a být daleko od možnosti pomoci (odcestovat z místa bydliště, být v lese bez mobilního telefonu apod.).

Úzkost je tedy vyvolávána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa, kde se člověk cítí bezpečně. Typická je pro agorafobii potřeba utéci. Když se vyskytne fobická situace, jedinec automaticky předpokládá, že pokud se mu nepodaří z ohrožující situace uniknout, stane se něco hrozného (omdlí, dostane infarkt, ztrapní se, dojde ke katastrofě apod.) Je zde souvislost s panickou poruchou, i u agorafobie se setkáváme se záchvaty paniky. (Prašková, 2000)

Agorafobie se pojí se stejnými tělesnými příznaky jako panická porucha. Typická je přecitlivělost. Jedinec se úzkostlivě pozoruje, zaměří se na tělesné pocity, jichž se nejvíce obává a začíná si všímat i těch tělesných projevů, které si dříve neuvědomoval. (Praško, 1998a)

Etiopatogeneze se předpokládá stejná jako u výše zmíněné panické poruchy. Podle mnoha autorů je panická porucha prvotní a agorafobie vzniká sekundárně (v 70-90%). Teorie učení považuje agorafobii za naučené chování. Můžeme mluvit o přímém a zástupném podmiňování. Při přímém jde o naučení se strachu z vlastní zkušenosti (vytváří se podmíněné spojení mezi panickou atakou a agorafobickou situací), při zástupném je strach naučen nepřímou, pozorováním a napodobením strachu někoho jiného. (Prašková, 2000) Z důvodu generalizace se pak strach rozšiřuje i na další podobné situace a objekty. Vyhybavé chování poté agorafobii udržuje. Nemocný se vyhýbá stresujícím situacím, pokud to nejde, zažívá při nich silnou úzkost. Přesvědčení, že by se v obávané situaci stalo něco strašného, se stále upevňuje, k čemuž dopomáhají i automatické myšlenky. (Praško, 2005) Tyto úzkostné myšlenky se objevují automaticky, bez toho, aby si je postižený přál. Způsobují změny nálady, úzkost a paniku. Nemocný se bojí, že umře, ztratí nad sebou kontrolu, zešílí apod. Čím větší úzkost prožívá, tím více těmito myšlenkám podléhá a věří jim. Tento katastrofický scénář začne postupně ovládat jeho život. (Praško, 1998a)

Vytváří se tzv. bludný kruh úzkosti. Vyhybavé chování udržuje přesvědčení, že se situace nedá zvládnout, jedinec ovládaný úzkostnými myšlenkami to raději ani nezkouší, vyvíjí se strach ze strachu, tedy trvalý strach z dalšího záchvatu. Postižený se cíleně vyhýbá místům a situacím, ve kterých zažil záchvat, nebo si myslí, že by ho v nich zažít mohl. Běžné je též zabezpečovací chování, osoby s agorafobií uklidňuje přítomnost blízké osoby. V jejich přítomnosti jsou schopni zvládat i situace, do nichž by se samy neodvážily. (Praško, 1998a). Negativní vliv na vznik agorafobie mají i aktuální zátěžové a stresující situace. Jedinec je omezován nemocí v běžném životě, časté jsou manželské problémy, potíže v práci a ztráta zaměstnání. (Praško, 2005)

Agorafobii trpí 5-6% populace, častěji se vyskytuje u žen. Výskyt u dětí a adolescentů je minimální, je to nejméně rozšířená porucha u dětí. Agorafobie není u této věkové skupiny doposud detailněji zpracována.

4.2.2 Diagnostika

Diagnózu pro agorafobii vymezuje MKN-10. Pacienti se vyhýbají situacím, ze kterých by se mohli jen těžko vzdálit a vyhledat pomoc. V těchto situacích nechtějí být sami a obklopují se blízkými lidmi, nebo se situacím úplně vyhýbají. Agorafobie omezuje jedince v osobních i pracovních vztazích. Navazuje často na panickou poruchu, popřípadě na klaustrofobii. Je spojena s vegetativními příznaky úzkosti. (Praško, 2005)

Při diagnostice je třeba odlišit agorafobii od deprese, kdy jedinci brání ve vycházení z bytu, cestování a celkově v pohybování ve veřejném prostředí ze strachu z panického záchvatu, ale jeho porucha nálady. Nutno je též rozlišit agorafobii od schizofrenie a od reálných obav u somaticky nemocných lidí. Komorbidita s jinými nemocemi je velmi častá, agorafobie se pojí s panickou poruchou, depresivní poruchou, sociální fobií, specifickými fobiemi, obsedantně-kompulzivní poruchou, dystymií a závislostmi. U agorafobiků je poměrně vysoké riziko sebevražedného chování.

Pro určení diagnózy většinou stačí psychiatrické vyšetření doplněné o využití dotazníků (např. Beckova posuzovací stupnice úzkosti, dotazník strachu, ...apod.). Dále se ptáme klienta na situace, při kterých vzniká strach, jaké má tělesné příznaky a zda je přítomna anticipační úzkost a v čem ho porucha omezuje v životě, čeho se kvůli ní musel vzdát. Je třeba pacienta vyšetřit a vyloučit somatický základ potíží. Dále určíme, jak moc je agorafobie vážná. (Praško, 2005)

Se zajímavými poznatky přichází psychoterapeut Vymětal, který upozorňuje na nerovnoměrný výskyt této choroby u žen a u mužů. Pacientem agorafobie je v 80% žena, 60% nemocných jsou ženy vdané. Podle Vymětala se agorafobie často pojí s manželskými a partnerskými problémy a celkově vychází z hierarchie rolí ve vztahu. Partnerská interakce tak bývá významným prvkem v udržování agorafobie, kdy agorafobie souvisí s tradičním typem uspořádání partnerských vztahů (manžel jako živitel a žena jako matka a žena starající se o domácnost) a nevyjádřenými frustracemi a konflikty z nich pramenících. Je zde předpoklad, že to souvisí i se samotným výběrem partnera. Žena primárně závislá, která si nevěří a má tendenci lpět na svém okolí, hledá partnera, který se o ni bude starat.

Hledá tedy muže, jenž si partnerku představuje jako tu slabší, kterou musí ochraňovat. Agorafobické příznaky se pak objeví tehdy, když jeden z partnerů lpí na tomto uspořádání vztahu více než ten druhý. (Vymětal, 2007)

Vymětal připomíná i důležitost genderově vnímavého přístupu v diagnostice a pozdější terapii agorafobie. Často je nutné zapojit i druhého, zdravého partnera. Terapeut by si měl všimnout manželských interakcí, které mohou s přetrváváním příznaků souviset. Ukázalo se totiž, že agorafobie u vdaných žen (60% pacientek) propukla v době, kdy byly ženy delší dobu v domácnosti či na mateřské dovolené. Ženy byly odtrženy od svého zaměstnání i přátel, z důvodu čehož se cítily osaměle, ale zároveň měly pocit, že se musí mateřství plně věnovat, což podporovali i jejich partneři. Ženy sice toužily po pracovním uplatnění, ale zároveň je tyto myšlenky naplňovaly pocity viny, jelikož je odváděly od péče o děti a manžela. Postupně začaly prožívat konflikt spojený s úzkostí a panickými stavy, zejména mimo domov. Postupně tak u nich vznikla agorafobie. Vnitřní konflikt a úzkost se snížila, jelikož teď už byly úvahy o návratu do zaměstnání bezpředmětné. Ženy se však začaly obviňovat a stydět za agorafobické příznaky. Manželé je za jejich nemoc kritizovali, což vedlo ženy k tomu, že se začaly léčit. (Vymětal, 2007) Rodinná a skupinová terapie tak může velmi pomoci, protože vztahy a sociální situace nemocných bývá složitá a jejich potížemi je zasažena a trpí i rodina. (Praško, 2005)

4.3 Smíšená úzkostně-depresivní porucha

4.3.1 Základní charakteristika

Smíšená úzkostně-depresivní porucha je typická kombinací příznaků deprese s příznaky úzkosti, kdy ani jedna skupina těchto příznaků není tak vážná a hluboká, aby splňovala samostatnou diagnózu úzkostné či depresivní poruchy. (Prašková, 2000) Dříve jsme se setkávali u tohoto onemocnění s označením úzkostně-depresivní neuróza. Lékaři se často snaží chybně od sebe úzkostné a depresivní příznaky oddělit ve snaze ukázat, že úzkostné poruchy se léčí anxiolytiky a depresivní antidepresivy.

Tato porucha bývá lékaři i samotným pacientem podceňována. To, že pacient nesplňuje diagnostická kritéria pro jasně ohraničenou poruchu, ale neznamená, že méně trpí či se brzy a snadněji uzdraví. Opak bývá pravdou. Pacienti nevyhledávají odbornou

pomoc příliš často, porucha se tak stává chronickou, pojí se s vysokým procentem sebevražedných pokusů a často vede k invaliditě. Trvá dlouho, než se dojde ke správné diagnóze, pacienti bývají léčeni pro tělesné symptomy a psychiatrická diagnóza zůstává dlouho skryta.

Jedinci trpící touto poruchou si většinou příliš nevěří, pozorujeme u nich pocity strachu ze selhání, s čímž souvisí i typické chování, kdy odkládají činnosti, vyhýbají se lidem a řešením důležitých věcí. Toto chování jim sice přináší krátkodobou úlevu, ale poté se dostavuje úzkost, deprese, hromadění neudělané práce a zlost na sebe samého.

Průběh onemocnění bývá chronický, nebo se periodicky opakující, spontánní vyléčení je vzácné. Nemoc negativně ovlivňuje vztahy, především ty partnerské a nezřídka vede i k jejich rozpadu. Jedinec se cítí sám a zažívá izolaci, častá je i léčba v psychiatrických zařízeních, která se stávají jediným sociálním zázemím klienta. (Praško, 2005)

Etiologie není příliš známá. Sice se prokázal vliv dědičné souvislosti na výskyt úzkostných a depresivních poruch, vypadá to ale, že konkrétně úzkostně-depresivní porucha je způsobena spíše vnějšími, sociálními vlivy. Zvýšený výskyt poruchy je u lidí nevzdělaných, nekvalifikovaných a bez zaměstnání. Poruchou trpí často osamělé matky, až třikrát častěji než jiné ženy. Mezi psychologické vlivy patří především ztráta někoho z rodičů do desátého roku věku, nevhodná rodinná výchova, týrání a zanedbávání dítěte. (Praško, 2005)

Na základě smíšené úzkostně-depresivní poruchy se může vyvinout deprese, především při působení dlouhodobého stresu. Často se pojí též s poruchami osobnosti (hlavně s vyhýbavou, histrionskou a hraniční), specifickými fobiemi a úzkostnými poruchami.

Primární prevence není dosud propracována. Pomoci může krizová intervence v době stresujících situací u rizikových osob pocházejících z rodin, kde se vyskytují úzkostné či depresivní poruchy. Sekundární prevencí je udržovací léčba a setkávání s terapeutem. (Praško, 2005)

Výskyt v populaci je okolo 4%. Úzkostně-depresivní porucha není u dětské a adolescentní populace dostatečně popsána.

4.3.2 Diagnostika

Základním diagnostickým vodítkem je dysforická nálada typická rozmrzelostí, podrážděností, sklíčeností a duševním napětím přetrvávající minimálně jeden měsíc. Jedinec má problémy se soustředěním, cítí se unavený a bez energie, má poruchy spánku, špatně usíná a jeho spánek je neklidný, snadno se rozpláče, dělá si nadměrné starosti a trápí se obavami všeho druhu, je pesimistický. (Prašková, 2000) Nemocný bývá také podrážděný a hádavý. Zvýšené nabuzení vede ke kognitivnímu zkreslení událostí a situací, pacienti se zaobírají řadou katastrofických myšlenek. Z důvodu zvýšeného podráždění máme pocit, že pacienti svoje problémy zveličují a přehánějí. (Praško, 2000)

Lidé trpící touto poruchou zažívají často pocity méněcennosti a mají nízké sebevědomí. Objevují se u nich i tělesné potíže, jako je bolest hlavy a žaludku, tlak na hrudi, hyperventilace, nadměrné pocení, závratě apod. Občas přichází pacienti i s netypickými potížemi budící obavy z tělesného onemocnění jako je bolest páteře, svalová slabost, časté bolesti v krku či zhoršené vidění. Jak je vidět, úzkostně-depresivní porucha může připomínat celou řadu tělesných onemocnění.

V diferenciální diagnostice je třeba odlišit úzkostně-depresivní poruchu od jiných potíží s podobnými symptomy, od organických poruch, závislostí (dlouhodobé užívání návykových látek může vést k úzkostně-depresivním potížím), od následků po traumatu a posttraumatické poruchy či od jiné psychické poruchy (jako jsou somatoformní poruchy, poruchy příjmu potravy či obsedantně-kompulzivní poruchy). (Praško, 2005)

Při diagnostice je dobré všimnout si i rodinných vztahů. V rodinné anamnéze lze vysledovat nadměrnou péči rodičů, často hyperprotektivní a úzkostnou matku, jenž se až patologicky zabývá svým zdravím a zdravím svých dětí. S tím souvisí i zveličování sebemenšího onemocnění dítěte a zvýšené úlevy při tělesných příznacích. (Prašková, 2000)

Vývoj poruchy je většinou pozvolný, jen zřídka dochází k rychlému rozvoji po výrazně stresující události. Diagnostika je poměrně obtížná, lékař může problémy pacienta přisuzovat tělesnému onemocnění. Nevyskytují se ranní pesima ani kolísání nálady, proto spojitost s depresí nemusí lékaře napadnout. U nemocných je běžné zvýšené pití kofeinových nápojů, kdy se snaží zlepšit soustředění a překonat úzkost, efekt bývá bohužel ale opačný. Kofein zvyšuje úzkost, zhoršuje poruchy spánku, bolesti hlavy i podrážděnost. (Prašková, 2000)

4.4 Generalizovaná úzkostná porucha

4.4.1 Základní charakteristika

Nejtypičtějším rysem generalizované úzkostné poruchy je volně plynoucí úzkost, která se nevztahuje ke konkrétním situacím nebo objektům, ale týká se každodenních záležitostí a jejich zvládnutí. Obavy se vztahují většinou k rodině, práci, zdraví a obecně ke každodennímu životu. Jedinec se zvýšeně zabývá starostmi a stresujícími myšlenkami, což u něj vede k stále trvající, nepolevující úzkosti, zvýšené unavitelnosti a nepříjemným tělesným pocitům. Obtíže se objevují nenápadně a pozvolna se zhoršují. Z tělesných příznaků převládají bolesti hlavy, svalové napětí, třes, závratě, nevolnost, bolest břicha a zhoršené trávení, bušení srdce, zkrácený, často zrychlený dech, pocení, časté močení a potíže se spánkem a usínáním. Běžné jsou poruchy pozornosti a soustředění z důvodu zabývání se úzkostnými myšlenkami a obavami z budoucího, předpokládaného neštěstí. Z psychických obtíží se objevuje ještě zvýšené úzkostné napětí, nervozita a podrážděnost, pocity stísněnosti a strach z psychického zhroucení. (Prašková, 2000) Vyskytuje se celkový vzestup aktivity, který se nezdá projevovat nervózním chováním. (Praško, 2009)

Porucha bývá chronická a stává se, že trvá léta. U nemocných se stav zhoršuje v době volna, o víkendech a dovolených. Porucha je častější u žen a často vzniká na základě dlouhodobého, chronického stresu postiženého. Výskyt v populaci je okolo 5-15%. Nemoc propuká nejčastěji okolo 16-18. roku života, může se ale objevit kdykoliv. (Prašková, 2000) Jde o pátou nejčastější psychickou poruchu. Častěji se objevuje u lidí rozvedených, osamělých, nezaměstnaných a žen v domácnosti. (Prašková, 2000)

Etiologie je podobná jako u ostatních úzkostných poruch. Uvádí se kombinace vlivu dědičnosti a biologických faktorů s vlivy výchovy a životních událostí. Stresující situace mohou být provokujícími faktory vzniku poruchy. (Prašková, 2000) Mezi nejčastější stresory patří stresory každodenní, které přesáhnou kapacity zvládnutí jedince. Jsou jimi především nedostatek uznání od okolí, kritika, potlačování vzteku a emocí, náhlá změna situace a její nezvládnutí, nespravedlnost či nedostatek projevů lásky od okolí. Rozvoj generalizované úzkostné poruchy je často podmíněn chronickými stresory, především vztahovými (rozvod, nevěra, hádky v rodině, problémy s dětmi,...), pracovními stresory (problémy v práci, konflikty s kolegy a nadřízeným, přetěžování, dlouhodobý stres v práci,...), stresory životního stylu (nevyhovující bydlení, sociální izolace,...), obavami o

budoucnost, nemocemi a závislostmi. Vliv mají i životní události a krize (rozchod s partnerem, úmrtí v rodině, ztráta důležité role, ztráta autonomie, finanční potíže, změna bydliště, změna životních podmínek, změna sociálních aktivit,...). Uvádí se i vliv rodinné výchovy a povahových vlastností. V případě, že si jedinec už v dětství nevytvoří pocit bezpečí v rodině a obecně ve světě, i v dospělosti trpí pocitem neustálého ohrožení. Důvody stresu nejsou tedy jen vnější způsobené nepříznivými podmínkami, ale i vnitřní, kdy souvisí s neosvojením sociálních dovedností jako je schopnost plánovat si čas, dovednost odmítnout, umět si říct, co potřebuji a umět si říci o pomoc. Propuknutím generalizované úzkostné poruchy jsou více ohroženi lidé pesimističtí, s nízkým sebevědomím a neasertivním, pasivním jednáním (neschopni říci ne, neumí přijmout kritiku, nadměrně citliví a s potřebou pochvaly). (Praško, 2009)

Různé psychologické teorie vysvětlují vznik poruchy rozdílně. Psychosociální model, vycházející z Bowlbyho teorie citové vazby, předpokládá, že rodič (matka) pomáhají u dítěte vytvořit základní pocit bezpečí. Narušené rodinné vztahy, patologický model výchovy či raná separace dítěte od rodičů pak může mít vliv na vznik a vývoj úzkostné poruchy. Ukazuje se souvislost mezi vysokou hladinou úzkostnosti v dospělosti s nedostatečnou rodinou péčí v dětství. Nezájem rodičů a rané negativní zkušenosti souvisí s výskytem generalizované úzkostné poruchy v dospělosti. (Praško, 2005)

Psychoanalytický přístup se domnívá, že generalizovaná úzkostná porucha je způsobena vlivem potlačených sexuálních a agresivních přání, které hrozí průnikem z hlubin nevědomí do vědomí a způsobují tak úzkost. Obranný mechanismus vytěsnění nefunguje dostatečně, napětí s vnitřního konfliktu se tak dostává napovrch a promítá se do běžných každodenních problémů. (Prašková, 2000)

Kognitivní model generalizované úzkosti vysvětluje nadměrnou, nemizející úzkost jako důsledek narušeného způsobu zpracovávání informací. Jedinci trpící generalizovanou úzkostnou poruchou mají tendenci zpracovávat běžné situace a problémy katastrofickým způsobem a mají pocit, že nejsou schopni tyto situace zvládat a ohrožení čelit. Můžeme rozlišit dva typy starostí, buď se týkají vnějších událostí a tělesných příznaků (zdraví, rodinné starosti, práce,...) či jde o starostlivé myšlenky (jedinec se bojí nedělat si starosti, aby něco nezanedbal a nedošlo ke katastrofě). Důsledkem maladaptivního kognitivního stylu je snížená schopnost řešit své problémy a starosti konstruktivním a systematickým způsobem. I banální životní problémy řeší pacienti metodou pokus-omyl. Proto se jim jeví i malé starosti jako nezvladatelné a ohrožující. Jejich den je tedy naplněn obavami

z různých problémů, přičemž se nemohou rozhodnout, který začít řešit dříve. Toto neefektivní jednání u nich vede k vyčerpání a často i k naplnění katastrofického očekávání selhání. (Praško, 2005)

Vznik poruchy se pokouší vysvětlit i kognitivně-behaviorální teorie. Ta vychází z modelu učení, kdy úzkost vzniká buď nápodobou rodičů či je důsledkem maladaptivních postojů, které vznikaly v průběhu zrání. Úzkost je udržována způsobem, jak člověk přistupuje sám k sobě, jak sám sebe hodnotí, jak hodnotí okolí, situace a svou budoucnost. Podle této teorie jedinci trpí nemizející chronickou úzkostí proto, že hodnotí situace podle určitých přesvědčení a předpokladů, na jejichž základě interpretují většinu vnějších podnětů a situací jako ohrožující. Lidé s generalizovanou úzkostnou poruchou také často trpí nedostatkem sociálních dovedností jako je především asertivní jednání, přijímání kritiky a konstruktivní řešení problémů. (Praško, 2005)

4.4.2 Diagnostika

V diagnostice se řídíme základními diagnostickými vodítky, kterými jsou: nadměrné zabývání se starostmi a obavami týkající se více než jedné oblasti běžného života, chronická, neodeznívající úzkost trvající nejméně šest měsíců, napětí, tělesné příznaky, nadměrná únava a nevykonnost. (Prašková, 2000) Pacient má pocit, že není schopen svoje problémy ovlivňovat a že problémy ovládají jeho. Na rozdíl od deprese, kdy jsou starosti a příznaky zaměřeny na minulost, generalizovaná úzkostná porucha se týká budoucích ohrožení. (Praško, 2005) Typické pro generalizovanou úzkostnou poruchu je očekávání vlastního selhání, katastrofy či obecně něčeho hrozného. Nejčastějšími emocionálními příznaky jsou nadměrná bdělost a lekavost, podrážděnost, strach, ztráta prožitku radosti a potěšení a obtíže se soustředěním způsobené emočním vypětím. (Praško, 2009)

Diagnostiku je potřeba dělat komplexně, nutné je vyloučit tělesná onemocnění jako jsou astma, vředy, anémie, hypovitaminóza či hypoglykémie, které mohou úzkost též vyvolávat a udržovat. Poruchu je třeba oddělit od jiných poruch, u nichž se vyskytuje chronická nemizející úzkost, jako jsou anorexie, bulimie, somatoformní a hypochondrické poruchy. Přetrvávající úzkost prožívají i osoby trpící závislostí či abstinčními příznaky. (Prašková, 2000)

Někdy je třeba odlišit generalizovanou úzkostnou poruchu od ostatních úzkostných poruch, především od panické poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy a sociální fobie. Je tedy nutno rozlišit zda je o úzkost pramenící z očekávání něčeho hrozného, co by se mohlo stát (anticipační úzkost), kterou prožívají pacienti výše zmíněných poruch od úzkosti nemizející, jenž se týká denních situací a starostí všedního dne u generalizované úzkostné poruchy. V případě, že odlišení není možné, mluvíme o komorbiditě více poruch. (Prašková, 2000)

Generalizovaná úzkostná porucha se velmi často vyskytuje společně s dalšími úzkostnými poruchami, komorbidita je zde snad nejčastější ze všech psychických poruch. Nežádka se setkáváme se současným výskytem se sociální fobií, specifickou poruchou, panickou poruchou a depresí. Generalizovaná úzkostná porucha se objevuje u lidí přehnaně perfekcionistických, neschopných tolerovat nejistoty, se zvýšenou potřebou kontrolovat sebe i své okolí. Častá je souvislost s vyhubavou poruchou osobnosti (zde se připojuje zvýšená citlivost na odmítnutí a kritiku), s anankastickou poruchou osobnosti (zvýšená potřeba ujišťování, nerozhodnost) či se závislou poruchou osobnosti (strach z opuštění, špatné snášení samoty). (Praško, 2005)

4.4.3 Specifika poruchy u dětí a adolescentů

Počátky generalizované úzkostné poruchy lze vysledovat především v období dospívání. V této době jsou děti zvýšeně citlivé na názory vrstevníků i rodičů, jelikož se vyvíjí jejich sebepojetí a vědomí vlastní hodnoty. Vznik poruchy pak může souviset právě s pocitem méněcennosti a s nepřijetím jedince skupinou vrstevníků. Menší počet případů generalizované úzkostné poruchy propuká už v dětství. Souvisí většinou se vstupem dítěte do mateřské či základní školy, kdy si musí zvykat na nové, kolektivní a institucionalizované prostředí. (Hort, 2000)

V předškolním věku se porucha projevuje spíše nápadnostmi v chování než specifickými projevy. Častá je opožděná separace od matky, nepřiměřený strach z neznámých podnětů a situací, snížená zvědavost oproti jiným dětem a stereotypní aktivity, kterými se dítě snaží úzkost redukovat, jako je kousání nehtů či dumlání palce. Pozorovat lze i opožděný vývoj, poruchy spánku a jídla. (Vágnerová, 2012)

Velký vliv na vznik poruchy mají rodiče a rodinná výchova. Pokud si dítě od mala nevytvoří základní bazální pocit jistoty ve vztahu k rodičům, nevytvoří se u něj ani vnitřní

pocit bezpečí ke světu. V dospělosti pak u něj může pocit neustálého ohrožení a úzkosti přetrvávat. Provokujícími faktory je týrání a zneužívání dítěte či ztráta rodiče (smrt, rozvod, odchod z rodiny,...). Problémem je i výchova autoritářská či naopak nadměrně starostlivá. Nadměrná starostlivost a ochraňování dítěte totiž může vést při kontaktu s nehyperprotektivním prostředím k pocitu nebezpečí a ohrožení. Potíže způsobuje i rodina, ve které jsou na dítě kladeny nerealistická očekávání a přehnané nároky. (Praško, 2009)

Dítě se může úzkosti také naučit nápodobou od rodičů, či úzkost může vzniknout, když rodiče děti straší různými katastrofickými scénáři. Pocit ohrožení a strachu se pak přenáší na běžné denní situace, které se pro dítě stávají nadměrně ohrožující. Úzkost zvyšují u dítěte i konflikty v rodině a hádky rodičů, což může u dítěte evokovat strach o zachování rodiny a strach ze ztráty jednoho z rodičů. (Praško, 2009) Častější je výskyt poruchy u dětí prvorozených, z vyšších sociálních vrstev, z uzavřených rodin a z rodin primárně zaměřených na výkonnost, školní a pracovní úspěchy.

Typickými symptomy u dětí a adolescentů jsou nereálné obavy z nedostatečnosti vlastních schopností, nepřiměřené sebeobviňování a nadměrná potřeba uklidňování a ujišťování. Děti mají také problém se uvolnit a často si stěžují na tělesné obtíže, které jsou ale bez somatického podkladu. Neustálé zaobírání se nereálnými obavami vede k úzkosti a podrážděnosti i k nepříjemným tělesným projevům úzkosti jako je například únava, bolesti hlavy a břicha či poruchy usínání a spánku. (Hort, 2000)

Děti s generalizovanou úzkostnou poruchou trpí zvýšenou hladinou difúzní úzkosti, jsou v trvalém napětí, což lze vysledovat i ve škole, kde jsou tyto děti více neklidné než zdravé děti. Tyto děti bývají nejisté, trpí velkým množstvím nejrůznějších strachů, nevěří si, mají nízké sebevědomí a mají strach ze selhání, proto se třeba i začínají vyhýbat školní docházce. (Krejčířová, 2006) Děti s generalizovanou úzkostnou poruchou dávají přednost izolaci, vyhýbají se kontaktu s druhými dětmi, nevyhledávají zájmové činnosti a radši tráví svůj volný čas doma, kde se cítí relativně bezpečně. Chybí jim základní sociální dovednosti především komunikační. (Vágnerová, 2012)

Do doby adolescence je stejný výskyt poruchy u dívek i u chlapců, později je vyšší výskyt u dívek. I u dětí je jako u dospělých častá komorbidita s jinými úzkostnými poruchami, především s fobií. K léčbě generalizované úzkostné poruchy se u dětí využívá především rodinná terapie a to hlavně v těch případech, kdy je problém v přístupu rodičů

k dítěti, dále terapie individuální (u starších dětí) a terapie kognitivně-behaviorální. (Hort, 2000)

4.5 Sociální fobie

4.5.1 Základní charakteristika

Sociální fobie je úzkostná porucha, jež se u postižených jedinců projevuje jako nervozita a trvalý strach z jedné nebo více sociálních situací. Jedinec prožívá napětí ve společnosti jiných lidí, obecně trpí strachem ze sociálních situací. Typickými příznaky jsou strach z odmítnutí, z hodnocení a z kritiky druhými. Člověk trpící touto poruchou má nízké sebevědomí, nízké sebehodnocení a strach z autorit. Nevěří si a bojí se toho, co si o něm budou druzí myslet a jaký na ně udělá dojem. Touží udělat dobrý dojem, protože si ale nevěří a očekává selhání, vyhýbá se sociálním situacím. Jedinec má strach z většiny společenských setkání, v přítomnosti jiných lidí se bojí jíst, mluvit, telefonovat apod. Trpí strachem, že se ztrapní, bojí se být středem pozornosti a mluvit na veřejnosti, účastnit se večírků či schůzí. (Praško a kol., 2005)

Typické je vyhýbavé chování a dobrovolná sociální izolace. Jedinec bývá nemluvný, v sociálních situacích je nejistý, ošívá se, uhýbá pohledem, má tichý hlas a dívá se do země. Vyskytují se u něj nervózní projevy jako tiky, okusování nehtů, poposedávání, červenání apod. Strach z druhých lidí vzniká tehdy, když se jedinec domnívá, že má nějakou negativní vlastnost nebo vadu, za kterou by ho ostatní odsoudili či se mu vysmáli a tak ji nikdo nesmí odhalit. Časté jsou i tělesné symptomy spojené s distresem, jako jsou bolesti žaludku, pocit na zvracení, třes rukou. (Praško a kol., 2005)

Lidé trpící sociální fobií se pohybují v bludném kruhu úzkosti, obav a vyhýbavého chování. Jedinec, když už se v sociální situaci ocitne, má strach, že ostatní na něm jeho úzkost a pocity poznají, dostavuje se postupně strach ze strachu a on se raději sociálním situacím úplně vyhýbá, aby se vyhnul negativním pocitům. Vyhnutí těmito jedinci přináší krátkodobý pocit úlevy, ale podněcuje zafixování tohoto maladaptivního vzorce chování. Nepohoda a úzkost v sociálních situacích má tendenci růst, důsledkem je to, že se jedinec cítí čím dál více neschopný a z důvodu úzkosti má i reálná potvrzení ze situací, ve kterých selhal. K udržování sociální úzkosti vede nejen vyhýbavé chování, ale i

přecitlivělost, litování druhými lidmi, soustředění rodiny na nemocného, nízké sebevědomí a úzkostné myšlenky. (Praško a kol., 2005)

Sociální fobie propuká nejčastěji v pubertě či adolescenci, vyskytuje se u 3-13% populace, avšak až kolem 80-90% lidí zažije někdy během svého života období, kdy se nadměrně stydí. (Praško a kol., 2005) O sociální fobii se ale jedná až v tom případě, že výrazně narušuje výkonnost postiženého a jeho sociální adaptaci. Sociální fobie se vyskytuje stejně často u žen i u mužů a je to druhou nejčastější fobií hned po agorafobií. (Ulč, 1999)

Vznik poruchy není dosud jasný, uvádí se vliv dlouhodobých drobných sociálních neúspěchů, opakovaný výskyt a navykání na vyhýbavé chování, učení nápodobou od rodičů či nedostatek osvojených sociálních dovedností. Problémem je i nevhodná výchova v dětství, především autoritářská. Etiologickým faktorem budou zřejmě i faktory biologické, dispozice k celkově zvýšenému napětí může být vrozená. Prokázala se nižší hodnota neurotransmiterů serotoninu a dopaminu a zvýšená hodnota noradrenalinu. (Praško a kol., 2005)

Sociální fobie negativně ovlivňuje život nemocného. Tito lidé mají problém s hledáním partnera i přátel, nezřídka zůstávají sami a nedochází u nich k separaci od primární rodiny, žijí tak i v dospělosti s rodiči. Časté jsou problémy ve škole, nebo v zaměstnání. Jedinci se vyhýbají neformálním kontaktům a tím i svým kolegům, často odmítnou povýšení, jen aby nemuseli vystupovat a mluvit na schůzích či jednat s podřízenými. Tito lidé nebývají pracovně příliš úspěšní, stává se, že zůstanou nezaměstnaní. Problém spočívá i v tom, že se nezřídka snaží „léčit“ svůj strach alkoholem či drogami, které strach a napětí krátkodobě snižují, avšak z dlouhodobého hlediska potíže ještě zvyšují. (Praško a kol., 2005)

4.5.2 Diagnostika

Sociální fobie byla do Mezinárodní klasifikace nemocí zařazena roku 1982. Do té doby byly problémy se sociální úzkostí považovány za povahový rys. Sociální fobie je druh fobie, pro který je typické, že se vyskytuje v mezilidských situacích (sociální úzkost). Při prožívání sociální situace se objevují typické psychické a fyzické symptomy. Diagnostickými kritérii podle MKN-10 je přítomnost dvou symptomů. Prvním je výrazný

strach být středem pozornosti nebo strach ze způsobu vlastního chování, který bude trapný nebo ponižující. Druhým je nápadné vyhýbání se situacím, kdy by pacient byl středem pozornosti, nebo kdy by se mohl chovat způsobem, který by vedl k rozpakům nebo ponížení. Typický je tedy strach z kontaktu s lidmi, strach z kritiky, odmítnutí a posměchu. Tyto obavy se pojí s vyhýbáním sociálním situacím a zabezpečování v nich. Ne každý člověk se bojí stejného typu odmítnutí, jsou zde individuální rozdíly. Mezi fyzické příznaky patří například zrudnutí, třes, strach ze zvracení apod. Jedinci porucha brání v každodenním životě. (Praško, 1998b)

Nejtypičtějším symptomem pomáhajícím s diagnostikou je výskyt sociální úzkosti. Projevuje se strachem z přítomnosti druhých osob, strachem mluvit na veřejnosti apod. Typický je také přetrvávající strach v situacích, ve kterých je nutno podat výkon a při kterých je riziko těžkostí a ponížení. (Praško a kol., 2005) Porucha může být generalizovaná, kdy se obavy týkají veškerých sociálních kontaktů či izolovaná, vztahující se jen na některé specifické činnosti a situace. (Ulč, 1999)

Ač je sociální fobie velmi frekventovanou úzkostnou poruchou, nebývá diagnostikována příliš často. Důvodů je několik, jde například o to, že se pacienti stydí vyhledat odborníka, jelikož se domnívají, že úzkost v sociálních situacích je způsobena jejich povahovými vlastnostmi. Bojí se také odsouzení a posměchu okolí za nálepku psychiatrického pacienta. Nemocný může mít také strach mluvit o svých problémech s cizím člověkem či je přesvědčen, že pro něj stejně účinná léčba neexistuje. Dalším důvodem je i to, že odborníci diagnostikují sociální fobii pozdě nebo vůbec. (Praško, 1998b)

Sociální fobie je komplexnější než fobie jednoduché, kromě strachu ze sociálních situací jsou zde přítomny také stresující představy, myšlenky a fantazie spojené s očekáváním negativního hodnocení druhými. (Praško, 1998b)

Komorbidita je častá se závislostmi (především na alkoholu), epizodami depresivní nálady a sebevražedným chováním. Typický je i současný výskyt s jinými úzkostnými poruchami jako je panická porucha, agorafobie nebo generalizovaná úzkostná porucha. (Praško a kol., 2005) Sociální fobie se může objevit i na základě poruchy osobnosti a to především vyhýbavé poruchy osobnosti, závislé poruchy osobnosti, emočně nestabilní poruchy osobnosti a histrionské poruchy osobnosti. Léčba pacientů s poruchou osobnosti a zároveň sociální fobii je náročnější a zdlouhavější než u pacientů bez poruchy osobnosti. (Praško, 1998b)

Důležité je odlišit sociální fobii od schizofrenie, deprese, obsedantně-kompulzivní poruchy a paranoidní poruchy osobnosti. U těchto onemocnění se též setkáváme s úzkostí a vyhýbavým chováním, dominantní příznaky jsou ale jiné. (Prašková, 2000) Pacienti se sociální fobií bývají někdy chybně diagnostikováni jako pacienti s agorafobií, jelikož se stejně jako oni vyhýbají veřejným místům, nicméně důvody vyhýbavého chování jsou odlišné. Agorafobik se bojí nemožnosti utéci ze situace, pacient se sociální fobií se bojí ztrapnění a hodnocení druhých lidí. (Praško, 1998b)

4.5.3 Specifika poruchy u dětí a adolescentů

Počátek sociální fobie se datuje do období puberty a dospívání, nejčastěji porucha propuká mezi 14. a 20. rokem života. Toto období je obecně provázeno nejistotou, stydlivostí a zvýšenými obavami o to, co si o adolescentovi myslí okolí. Častý je strach z oslovení osoby opačného pohlaví či z první schůzky. Adolescent se bojí ztrapnění či toho, že někdo pozná jeho nervozitu. Běžná je však postupná adaptace a snížení strachu v těchto situacích, bohužel u jedinců se sociální fobií stud a strach přetrvává a oni se raději společenským situacím začnou vyhýbat. (Praško, 1998b) Tím, že se sociálním situacím vyhýbají, neosvojí si potřebné sociální dovednosti pro fungování ve společnosti. To může negativně ovlivnit například komunikační kompetence, v krajních případech se může vyskytnout i mutismus, kdy jedinec trpící sociální fobií přestává v sociálních situacích mluvit. (Vágnerová, 2012)

Děti a dospívající trpící sociální fobií mívají problémy nejen v navazování osobních vztahů, ale i ve škole. Není u nich problém se dané učivo naučit, ale už nebývají schopni interpretovat ho před tabulí. Tyto děti se bojí číst před třídou, přednést referát, recitovat, zpívat apod. Trpí výrazným strachem ze zkoušení a to především ze zkoušení před třídou nebo před komisí. Stres jim způsobuje i zahájení konverzace, mluvení se spolužáky i učiteli či požádání učitele o pomoc. Může jim vadit i focení, jedení před ostatními spolužáky, telefonování, sportovní výkony apod. (Hort, 2000) Jejich vztahy se často omezí jen na členy rodiny, což ztěžuje jejich socializační rozvoj. (Vágnerová, 2012)

U dětí je nutno při diagnostice prokázat, že se úzkost objevuje i před vrstevníky, nejen před dospělými. Děti se sociální úzkostí bývají více plačtivé, nejisté, při dostání se do nepříjemné sociální situace mohou také ztuhnout, schovávat se apod. (Praško, 1998b) U

sociální fobie se prokázal vliv sociálního prostředí a rodiny, především nevhodné rodinné výchovy.

Při diagnostice a léčbě je u dětí nutné pracovat s vědomím toho, že mají menší možnosti vyhýbat se obávaným situacím, než dospělí. Děti jsou nuceny chodit do školy, stýkat se s lidmi a ostatními dětmi a plnit úkoly. Obvykle se tedy u nich sociální fobie neprojevuje typicky vyhýbavým chováním, ale spíše výrazným stresem v sociálních situacích. Rovněž jejich kapacita a schopnost vyjadřovat povahu sociálního strachu je omezená. K léčbě se stejně jako u dospělých využívá kombinace terapie a léků. (Hort, 2000)

4.6 Specifické fobie

4.6.1 Základní charakteristika

Specifické fobie, někdy také nazývané jako fobie prosté či izolované, jsou fobie vztahující se většinou k dobře definovanému předmětu nebo situaci vně jedince, kdy zdravý člověk tyto předměty či situace za nebezpečné nepovažuje. Jedná se o strach iracionální, kdy i sami pacienti si tuto iracionalitu uvědomují, nedaří se jim ale příznaky úzkosti potlačit. Za specifickou fobii tedy považujeme nadměrný strach z určitého konkrétního předmětu nebo situace. Jedinec nepocítuje strach a úzkost v jiných situacích, pouze při setkání či pomyšlení na tyto předměty a situacemi. Nejčastější specifické fobie jsou fobie ze zvířat, tzv. zoofobie (kočky, psi, pavouci, hadi, myši, ptáci, velká zvířata...), z výšek (akrofbie), z uzavřených prostor (klaustrofobie), z nemocí či pohledu na krev, z lékaře a z nemocnic, z cestování letadlem, ze tmy, z bouřky a z určitých jídel. (Prašková, 2000) Obecně můžeme specifické fobie rozdělit do několika skupin. Jedná se o fobie z přírodních jevů (z vody, bouřky, ze tmy,...), fobie ze zvířat (arachnofobie, ornitofobie, entomofobie,...), fobie z injekce, krve a zranění (souvisí s vyhýbáním se lékařům a nemocnicím, často se pojí s pocíty na omdlení a omdléváním), situační fobie (z cestování vlakem, z řízení auta, ze stísněných prostor, z tunelů,...), jiné fobie (z hudby, z určitého jídla, ze sněhu...) a mnohočetné specifické fobie (kombinace více specifických fobií u jednoho jedince). (Praško, 2008)

Když se zamyslíme nad obsahem specifických fobií, vidíme, že strach nebývá úplně neopodstatněný a pramení zřejmě z pozůstatků starých obranných reakcí, které byly v minulosti vývoje lidského druhu užitečné pro přežití. Strach tedy není úplně nesmyslný, ale v dnešních podmínkách jsou rizika již značně malá a většina lidí se těmto situacím beze strachu vystaví. Jedinec trpící specifickou fobií případně nebezpečí přehání a je-li této situaci vystaven, prožívá strach neúměrný skutečnému riziku. (Praško, 2008)

Abychom mohli strach nazvat fobií, musí být iracionální, neadekvátní k situaci a výrazně zasahovat do života člověka či mu působit silný stres a prožitky úzkosti. Pacienti se většinou obávaným situacím a předmětům vyhýbají či je snášejí s pocity strachu a ohrožení. Časté jsou anticipační úzkostné myšlenky, katastrofické představy a také vyhýbavé chování (Prašková, 2000) Vyhýbavé chování samozřejmě ještě fobii zhoršuje a upevňuje, jelikož když se jedinec objektu svého strachu či situaci vyhýbá, nemůže si vyzkoušet, že by se mu v ní nic nestalo. Spolu s rozvojem fobie se rozvíjí také výběrové zaměření pozornosti, jedinec vidí obávaný objekt všude, nebo se obává, že se objeví. Při setkání s fobickým předmětem se vnímání pacienta zúží a vnímá pouze objekt svého strachu. Někteří lidé trpící specifickou fobií mají též strach ze ztráty kontroly nad sebou. Fobická reakce je spojena s fyziologickou reakcí stresu, běžné je zrychlené dýchání, bušení srdce, nevolnost, třes, pocení, závratě až omdlávání, sucho v ústech apod. (Praško, 2008)

Teorii vysvětlující vznik specifických fobií je více. Setkáváme se například s teorií evoluční, která vysvětluje specifické fobie jako strachy, ke kterým máme vrozené predispozice. Znamená to, že jsme evolučně nastaveni ke strachu z určitých podmětů a situací, které byly ohrožující v minulosti vývoje lidského druhu.

Většinou se ale specifické strachy a jejich vznik vysvětluje teorií behaviorální. O specifických fobiích se pak mluví především jako o naučeném strachu ať už přímým nebo zástupným podmiňováním. Tento strach vzniká buď nápodobou či vlivem nepříjemného zážitku z dětství či v dospělosti. Fobie se většinou vytváří postupně jako následek opakovaného setkání s „děsivou zkušeností“ či sociálním učením. Uvádí se i určitý vliv dědičnosti, zde ale nevíme jak velký podíl je vliv dědičných faktorů a jak velký vliv výchovy a naučení se strachu nápodobou od rodičů. Dědí se spíše predispozice k úzkostnému reagování než konkrétní specifická fobie. (Praško, 2008)

Specifické fobie jsou nejčastější úzkostnou poruchou, trpí jí někdy během života okolo 16% žen a 11% mužů. Specifické fobie vznikají většinou v období dětství, některé

s věkem spontánně vymizí, jiné přetrvávají až do dospělého věku či se dokonce v dospělosti (především vlivem vnějších stresorů) zhoršují. (Prašková, 2000)

4.6.2 Diagnostika

Při diagnostice je především třeba si uvědomit, že specifická fobie je fobií z ohraničených situací či objektů. Pojí se s obavami z důsledků, které se podle postiženého vyskytnou po kontaktu s těmito obávanými objekty. Pro přesnou diagnostiku pomůžou základní diagnostická vodítka, která by měla být naplněna. Hlavní diagnostická vodítka jsou tři. Jsou jimi výrazný strach z určitého objektu nebo situace, vyhýbání se těmto objektům nebo situacím a při setkání s objektem či situací příznaky silné úzkosti až paniky. Strach, který jedinec prožívá je nerealistický a přehnaný. (Prašková, 2000)

Lidé trpící specifickými fobiemi většinou lékaře nevyhledají a to z toho důvodu, že často vnímají fobii jako součást své osobnosti a považují ji za normální. Zároveň je pro ně poměrně snadné se fobických podnětům vyhýbat. Bez konfrontace s obávaným podnětem jsou tito jedinci bez potíží a bez příznaků úzkosti, motivace vyhledat odborníka není tedy tak vysoká jako u jiných úzkostných poruch. (Praško, 2008)

Specifické fobie je nutné odlišit od jiných úzkostných poruch provázených vyhýbavým chováním. O specifickou fobii se jedná pouze tehdy, když jedna nebo více fobií je dominantní a způsobují jedinci výrazný stres a pocity nepohody. (Praško, 2005) Je též nutné odlišit specifické fobie od agorafobie a sociální fobie. Strach a úzkost zde nejsou vázány obecně na veřejný prostor či na sociální situace, ale na konkrétní ohraničenou situaci či předmět. Neměli bychom též zaměnit specifickou fobii s depresí, u které se též může zvýšený strach z některých situací či objektů objevovat. U depresivní epizody je ale strach založen na depresivním přesvědčení, že jedinec situaci nezvládne, je to součástí obrazu deprese a po zlepšení nálady pak tyto potíže mizí. Pozor si musíme dát i při odlišování onemocnění od posttraumatické stresové poruchy a obsedantně-kompulzivní poruchy. (Praško, 2005) Odlišnost je tu také od anorexie a poruch příjmu potravy. Zde není vyhýbání jídlu vedeno potřebou vyhnout se určité obávané surovině, ale motivací je snaha zhubnout. Typické je zkrácení vnímání vlastního těla. Porucha potravy se také pojí s dalšími symptomy, jež se u specifické fobie nevyskytují, jako je zvracení, užívání projímadel, posedlost zdravým jídlem apod. (Prašková, 2000)

Častá je komorbidita specifické fobie s ostatními úzkostnými poruchami či depresemi. Pro přesnou diagnostiku stačí většinou rutinní psychiatrické vyšetření, pro upřesnění lze využívat dotazníky, jako například dotazník strachu či Sheehanovu stupnici postižení. (Praško, 2005)

4.6.3 Specifika poruchy u dětí a adolescentů, školní fobie

Jak je uvedeno výše, specifické fobie mají svůj začátek většinou v dětství. V tomto období jsou strachy a úzkosti poměrně časté, hranice mezi tím, co je ještě normální a podmíněno věkem, a poruchou bývají nezřetelné. Zvláště běžné jsou specifické fobie v raném dětství do šesti let. V předškolním věku je běžný strach z cizích lidí, tmy, zvířat a strašidel. Kolem devátého roku se objevuje strach z krve, zranění a lékařského ošetření. (Hort, 2000) V dětství vznikají také fobie z přírodních jevů, jako je strach z vody či bouřek. (Praško, 2008) V adolescenci se fobie stávají strukturovanější a mívají souvislost s psychosexuálními okolnostmi, společenskými situacemi a uznáním. V této době jsou specifické fobie blízké agorafobii, častý je strach z mostů, tunelů, z létání apod. Dětské fobie většinou během vývoje postupně slábnou a mizí, popřípadě se s věkem mění. (Hort, 2000)

Při léčbě dětí se používá odstupňovaná expozice, ještě postupnější a jemnější než u dospělých. Dítě se naučí nejdříve relaxovat a s obávaným podnětem je konfrontováno, když je klidné a uvolněné. Využívá se systematické desenzibilizace, což je proces zvyšování odolnosti k podnětům, kterých se člověk bojí. Jde o postupné odstraňování strachu v představách s využitím relaxace. (Praško, 2008)

Terapie se provádí podle věku dítěte. Rodinná terapie má své využití především u dětí mladších. U adolescentů se osvědčil multimodální přístup, který spočívá v poučení a spolupráci s rodiči, školou a dětským lékařem v kombinaci s psychoterapií. U těžkých případů specifických fobií mají své místo i medikamenty. (Hort, 2000)

Nejčastějším druhem specifické fobie u dětí je školní fobie. Jedná se o druh fobie, jenž souvisí se školou a školními situacemi. Školák se do školy netěší, má somatické potíže jako bolest břicha, zvracení, průjem, bolest hlavy apod. Je vidět znatelný strach a úzkost, dítě často pláče. Potíže se objevují ráno před odchodem do školy, v neděli večer či na konci prázdnin. U dítěte se školní fobií se zhoršuje školní prospěch, je nesoustředěné. Fobie je většinou způsobena různými situacemi ve škole, žák se bojí spolužáků, učitele či

předmětu, který mu nejde a zažil v něm opakovaně neúspěch či výsměch učitele. (Pešová, Šamalík, 2006). Gjuričová uvádí, že potíže mohou být způsobeny i rodinnou vztahovou ekonomikou, kdy je dítě doma velmi spokojené, nechce někoho opustit (většinou je jedná o matku) a je příliš závislé na rodičích. Rodiče jsou v tomto případě k dítěti tolerantní, ve škole ho omlouvají a dítě si zvykne být doma. Rodiče těchto dětí jsou obecně hyperprotektivní a svým nejistým chováním podporují vznik dalších příznaků poruchy či její zhoršování. (Gjuričová, 2009)

Děti trpící školní fobií bývají tiché, introvertní, citlivé a perfekcionistické. Ve škole chtějí být úspěšné a velmi se bojí selhání. Úzkostnost u nich bývá obecně zvýšena a trpí nejrůznějšími obavami (strach z úrazu, smrti, strach o rodiče apod.).

Školní fobie je vážným problémem, kdy vždy je nutné zvážit, zda strach dítěte není oprávněný a dítě není například obětí šikany. Školní fobie bývá někdy ne úplně šťastně řešena individuální výukou žáka. Tento typ výuky sice vyřeší problémy s osvojováním znalostí, ale už ne strach žáka ze vztahů, školy a sociálních situací. Dítě se nenaučí samostatnosti, ani navazování vztahů s vrstevníky, dostává se do sociální izolace. Zařazení do společnosti je pak s postupujícím věkem čím dál obtížnější a tyto děti pak mají problémy i v dospělosti. Mají potíže mluvit s lidmi, straní se jim a nedaří se jim sehnat zaměstnání. (Gjuričová, 2009)

Velmi důležitá je včasná terapie poruchy, základním pravidlem je okamžitý návrat dítěte do školy, z počátku na kratší dobu, kdy postupně je čas strávený ve škole prodlužován. Nutná je spolupráce se školou a je dobré, aby do školy dítě doprovázela osoba citově neutrální. Během léčby je třeba poskytovat rodině maximální oporu a otevřeně s ní hovořit o příčinách poruchy. Při zlepšení stavu, kdy dítě odchází do školy bez problémů, je většinou třeba ještě nějakou dobu v terapii pokračovat, aby došlo k dořešení a úplné eliminaci spouštěčů potíží. Pravou školní fobii je třeba odlišit od té nepravé, která je založena na separační úzkosti (úzkost raného dětství vycházející ze strachu z odloučení od rodičů, především od matky). (Krejčířová, 2006)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Obecný popis metody průzkumu

Pro praktickou část své diplomové práce jsem zvolila metodu dotazníku. Dotazník řadíme k metodám kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum je zaměřen na hledání vztahů mezi dvěma či více proměnnými. Jeho hlavním cílem je ověřování platnosti teorií pomocí testování z těchto teorií vyvozených hypotéz. Kvantitativní metody vidí zkoumanou realitu jako existující nezávisle na osobnosti výzkumníka. Od sociální reality si výzkumník drží odstup a snaží se o její nezúčastněný a objektivní popis. Kvantitativní výzkum vychází z deduktivního přístupu, z teorie jsou vyvozovány hypotézy, které jsou poté prostřednictvím sebraných dat testovány. Využívá statistické metody, své výsledky vyvozuje ze zkoumání velkého počtu případů, avšak většinou zkoumá jen málo vlastností daného zkoumaného objektu. Cílem konstrukce vzorku v kvantitativním výzkumu je reprezentace populace jedinců. Výsledky pak bývají často vztaženy jako platné pro celou populaci. Mezi kvantitativní metody patří experiment, dotazníkové šetření, obsahová analýza či strukturované pozorování. (Višková, 2011)

Kvantitativní výzkum má řadu výhod. Hlavním přínosem je především časová úspornost, jelikož sběr a analýza dat je rychlejší než u metod kvalitativních. Výsledky jsou též víceméně nezávislé na osobě zkoumajícího. Mezi nevýhody patří to, že výsledky mohou být příliš abstraktní a obecné, či se nepodaří zkoumaný objekt poznat do hloubky. (Višková, 2011)

Dotazník je tedy metodou kvantitativní, řadíme ho do testových metod, dalo by se říci, že jde vlastně o způsob psaného řízeného rozhovoru. Rozdílem je to, že na otázky se odpovídá písemně. Při vytváření dotazníku je nutné dobře promyslet a určit cíl dotazníkového šetření a vytvořit vhodné a přesné otázky, které budou co nejlépe zjišťovat zkoumaný jev. Dobré je provést předvýzkum na menším počtu zkoumaných osob, jenž nám pomůže udělat poslední úpravy dotazníku. Dotazník by měl být anonymní, je pak větší šance na upřímnost a autentičnost odpovědí respondentů.

V dotazníku se můžeme setkat s několika typy otázek. Otázky mohou být uzavřené, otevřené a škálové. Uzavřené otázky jsou většinou reprezentovány dichotomní odpovědí ano-ne. Nevýhodou těchto otázek je určitá povrchnost, i to, že respondent může mít problém si z odpovědí vybrat, když pro něj neplatí ani jedna z možností. Uzavřené otázky

tak mohou odpověď i vynucovat, dotazovaný může zvolit nějakou alternativu, jen aby zakryl nevědomost, nebo může zvolit alternativu, která přesně nereprezentuje skutečná fakta a názory. Otevřené otázky umožňují respondentovi větší volnost v odpovědích. Otázky tohoto typu jsou pružné a dotazovaní dávají někdy nečekané odpovědi, které mohou naznačit existenci původně nepředvídaných vztahů. Škálové otázky jsou typické pro posuzovací škály. Škálové otázky jsou ideálním nástrojem pro měření názorů a postojů respondenta. Dotazovaný vyjadřuje svůj postoj k objektu na hodnotící škále výběrem ze stupnice, například 1-5. V dotazníku by se nikdy neměly objevit otázky sugestivní.

Podmínkami kvality dotazníku jsou objektivnost, standardizace, spolehlivost a validita. Objektivnost metody je dána mírou její nezávislosti na osobě uživatele. Přispívá k jednoznačnosti výsledků, protože omezuje nebezpečí, že by výzkumník bezděčně zkreslil fakta, aby získal žádoucí výsledek. Objektivnost je dána nezávislostí výsledků na osobách, které dotazník vyhodnocují. Znamená to, že pokud dotazník vyhodnotí různí výzkumníci, dojdou je stejným výsledkům. (Kohoutek, 2012) Standardizace metody znamená přesné stanovení podmínek testu, dotazník je tedy použit u různých osob stejně. Je určeno přesné znění a pořadí otázek, to, jak se bude test zadávat, i jak se bude vyhodnocovat. Spolehlivost neboli reliabilita ukazuje na to, v jaké míře je dotazník či test spolehlivým měřicím nástrojem. Znamená stálost testových výsledků v čase, tzn., že při retestu dojdeme ke stejnému nebo příliš se nelišícímu výsledku jako při prvním testování. Validita (platnost) určuje, v jaké míře měří test skutečně to, co měřit má. (Miňhová, 2007)

Dotazníkové šetření je oblíbenou metodou pro výzkum sociální reality, je ale nutné si uvědomit, že má i určité nevýhody a limity. Výzkumnou otázku a celou problematiku, kterou zkoumáme, musíme zjednodušit a „vměstnat“ do několika dotazníkových otázek a možností odpovědí. Celou problematiku tak nelze nikdy plně postihnout a výsledky tak mohou být nepřesné. Aby k tomuto nedocházelo, je nutno vidět získaná data v kontextu. Ideálem je při výzkumu použití více výzkumných metod. Při zjišťování postojů a názorů lidí je také třeba si uvědomit, že postoje lidí se mohou rychle proměňovat, což dotazník nezachytí. Potíž může být v tom, že ne všichni pochopí otázky stejně, problém je i generalizace výsledků, kdy to co se vyzkoumalo na malém vzorku je necitlivě vztaženo na celou populaci. (Reinharz, 1992)

5.2 Dotazník dětské manifestované úzkosti

Pro svůj průzkum zjišťující výskyt úzkosti u adolescentů jsme zvolili Dotazník dětské manifestované úzkosti. Tento dotazník je vytvořen specificky pro děti a byl sestaven lékaři Ivo Pacltem a Jakubem Florianem. Jak sami odborníci vysvětlují, sepsali dotazník především z důvodu nedostatku validních měřicích diagnostických nástrojů úzkosti v dětské populaci. Výzkumu úzkosti u dětí je totiž věnována jen malá pozornost a tak téměř neexistuje zaběhlá praxe, podle níž by se symptomy u dětí posuzovaly. I u dětské populace se využívají testy pro dospělé, což však snižuje validitu zkoumání. Dotazník byl sestaven se zřetelem na nejčastější poruchy a symptomy úzkosti u dětí (jednoduché fobie, sociální úzkost a úzkost z odloučení). (Paclt, Florian, 1998)

Dotazník obsahuje 51 otázek a je vytvořen ve dvou verzích, jak pro rodiče, tak pro děti samotné. My jsme využili verzi pro děti. Respondenti si mohli při vyplňování vybírat na škále odpovědí: Vůbec ne, Trochu, Dost, Velice. Těmto odpovědím byly poté přiděleny body, od 1 bodu za vůbec ne, přes 2 body za trochu a 3 body za dost, až po 4 body za odpověď velice. Respondent tedy mohl získat minimálně 51 a maximálně 204 bodů. Autoři uvádí i vyhodnocení dotazníku, které je následující:

- 178 - 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 bodů – podprůměr
- 77 - 89 bodů - výrazný podprůměr
- 76 a méně bodů - velice výrazný podprůměr

(Paclt, Florian, 1998: 331)

Žáci byli před vyplněním dotazníku seznámeni se zachováním anonymity. Před zadáním dotazníku byli poučeni o správném postupu vyplňování a způsobu zaznamenávání odpovědí. Žáci uvedli své jméno, třídu, kterou navštěvují a věk. V průběhu vyplňování se mohli ptát, pokud jim některá z otázek nebyla jasná a její význam jim byl poté dovysvětlen. Dotazník viz Přílohy.

5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkové šetření bylo realizováno v březnu 2013 na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické v Plzni. Dotazníky byly zadány dohromady 129 respondentům, z toho 124 dívkám a 5 chlapcům. Tato disproporce je způsobena výběrem školy i studijního oboru, jelikož všechny studentky a všichni studenti jsou studující denní formy oboru zdravotní asistent. Je to obor maturitní a absolventi se uplatní v praxi především jako střední zdravotničtí pracovníci, popřípadě při dalším studiu na vysoké škole mohou následně vykonávat práci všeobecné sestry.

Dotazovaní respondenti byli ve věku 15-21 let. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 tříd a to: 1AZA, 2AZA, 2BZA, 4AZA, 4BZA. Zadáno bylo 129 dotazníků, 128 se nám vrátilo, jen jedna žákyně dotazník neodevzdala.

Poměr chlapců a dívek v jednotlivých ročnících:

	1AZA	2AZA	2BZA	4AZA	4ABA	Celkem
Dívky	24	19	27	29	24	123
Chlapci	2	2	1	0	0	5
Celkem	26	21	28	29	24	128

Věkové zastoupení respondentů:

Věk	15	16	17	18	19	20	21
Počet žáků	11	28	31	21	32	2	3

5.4 Cíle průzkumu

Na základě poznatků z teoretické části jsme si položili otázku, jak je to s výskytem úzkostnosti u českých adolescentů? Hlavním cílem je zjistit úplnější údaje o úzkosti na středních školách, jelikož výzkumy se této problematice příliš nevěnují. Náš výzkum si klade tyto cíle:

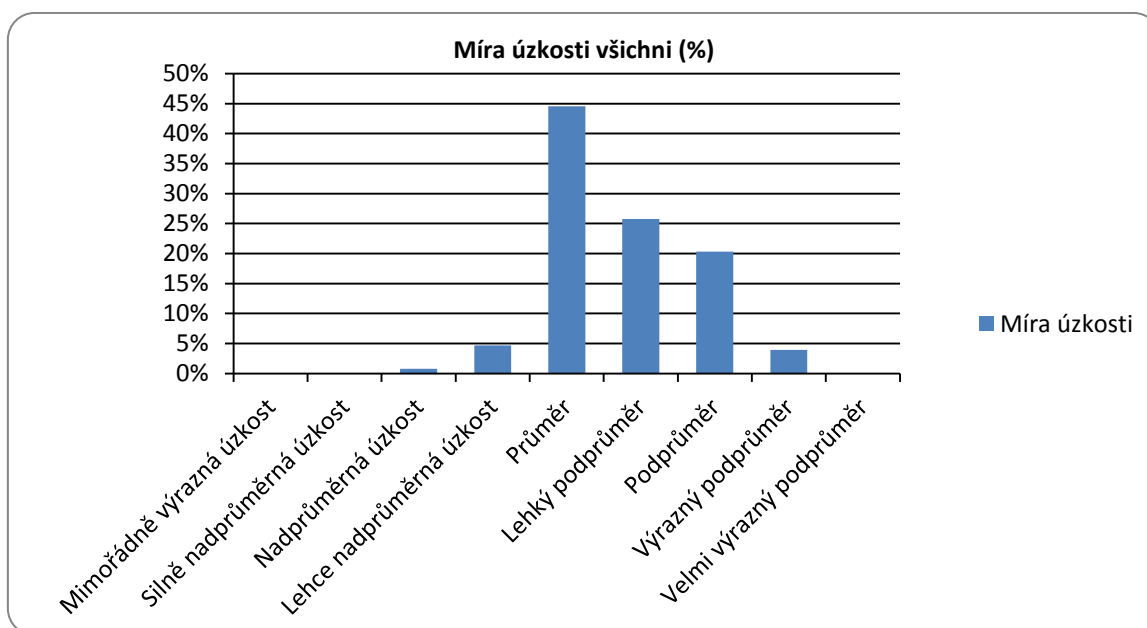
- 1) Zjistit, zda se objevuje u adolescentů úzkost a v jaké míře
- 2) Zjistit, jaké nejčastější symptomy úzkosti se vyskytují u adolescentů
- 3) Zjistit, zda má na úzkost vliv pohlaví

6 VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU

6.1 Výskyt úzkosti u adolescentů

6.1.1 Výskyt úzkosti u zkoumaného vzorku

Míra úzkosti	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mimořádně výrazná úzkost	0	0%
Silně nadprůměrná úzkost	0	0%
Nadprůměrná úzkost	1	0,78%
Lehce nadprůměrná úzkost	6	4,69%
Průměr	57	44,53%
Lehký podprůměr	33	25,78%
Podprůměr	26	20,31%
Výrazný podprůměr	5	3,91%
Velmi výrazný podprůměr	0	0%
Celkem	128	100%

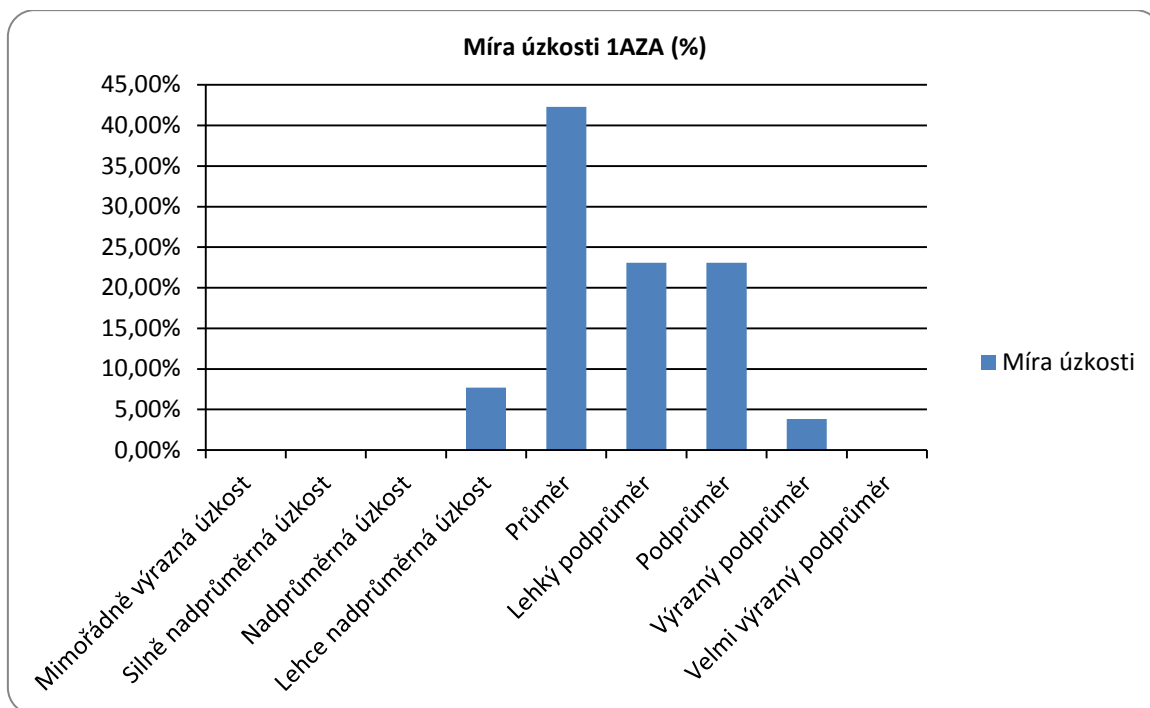


Z tabulky je patrné, že zvýšenou úzkostí trpí 5,47% respondentů. Jedná je o 7 žáků, kdy u šesti z nich se prokázala lehce nadprůměrná úzkost, u jednoho dokonce nadprůměrná úzkost. Úzkostnost u tohoto vzorku je podprůměrná, jelikož statistiky uvádí, že ve věkové skupině adolescentů je výskyt úzkostných poruch okolo 10-15%.

6.1.2 Míra úzkostnosti v jednotlivých ročnících

1A ZA:

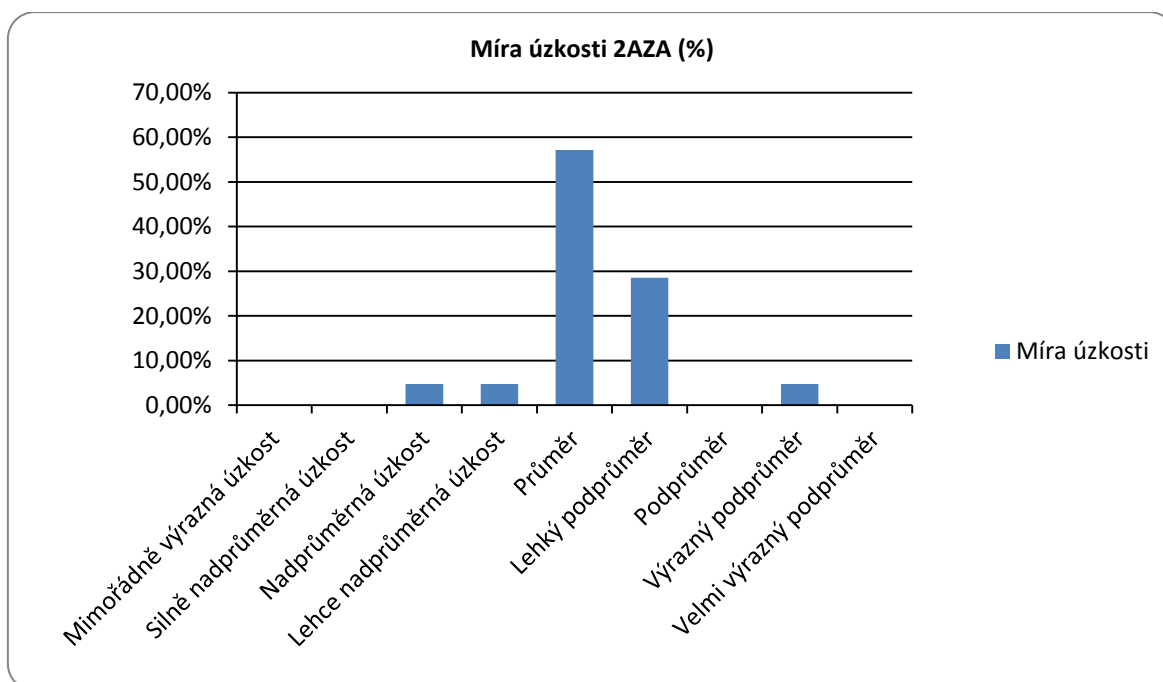
Míra úzkosti	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mimořádně výrazná úzkost	0	0%
Silně nadprůměrná úzkost	0	0%
Nadprůměrná úzkost	0	0%
Lehce nadprůměrná úzkost	2	7,69%
Průměr	11	42,31%
Lehký podprůměr	6	23,08%
Podprůměr	6	23,08%
Výrazný podprůměr	1	3,84%
Velmi výrazný podprůměr	0	0%
Celkem	26	100%



Výskyt úzkosti nad normu je ve třídě 1AZA 7,69%, dvě žákyně zde trpí lehce nadprůměrnou úzkostí.

2AZA:

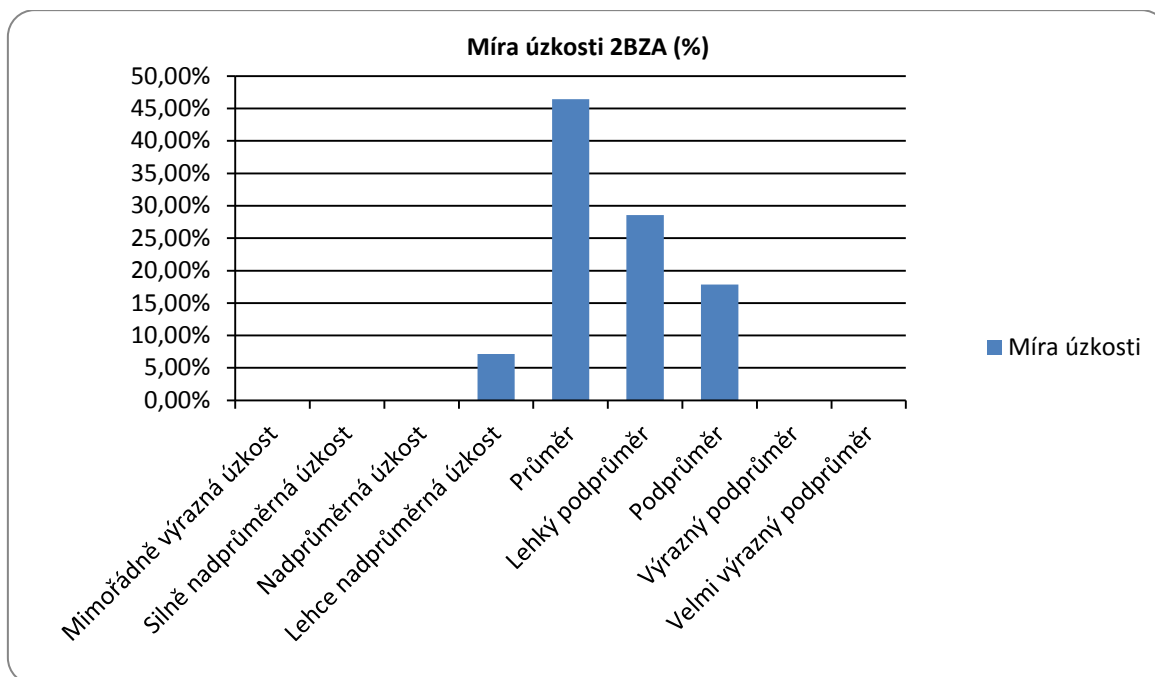
Míra úzkosti	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mimořádně výrazná úzkost	0	0%
Silně nadprůměrná úzkost	0	0%
Nadprůměrná úzkost	1	4,76%
Lehce nadprůměrná úzkost	1	4,76%
Průměr	12	57,15%
Lehký podprůměr	6	28,57%
Podprůměr	0	0%
Výrazný podprůměr	1	4,76%
Velmi výrazný podprůměr	0	0%
Celkem	21	100%



Jak tabulka a graf napovídají, výskyt úzkosti v této třídě je 9,52%, což je nejvíce z pěti zkoumaných tříd. Pouze v této třídě se také vyskytl případ nadprůměrné úzkosti.

2BZA:

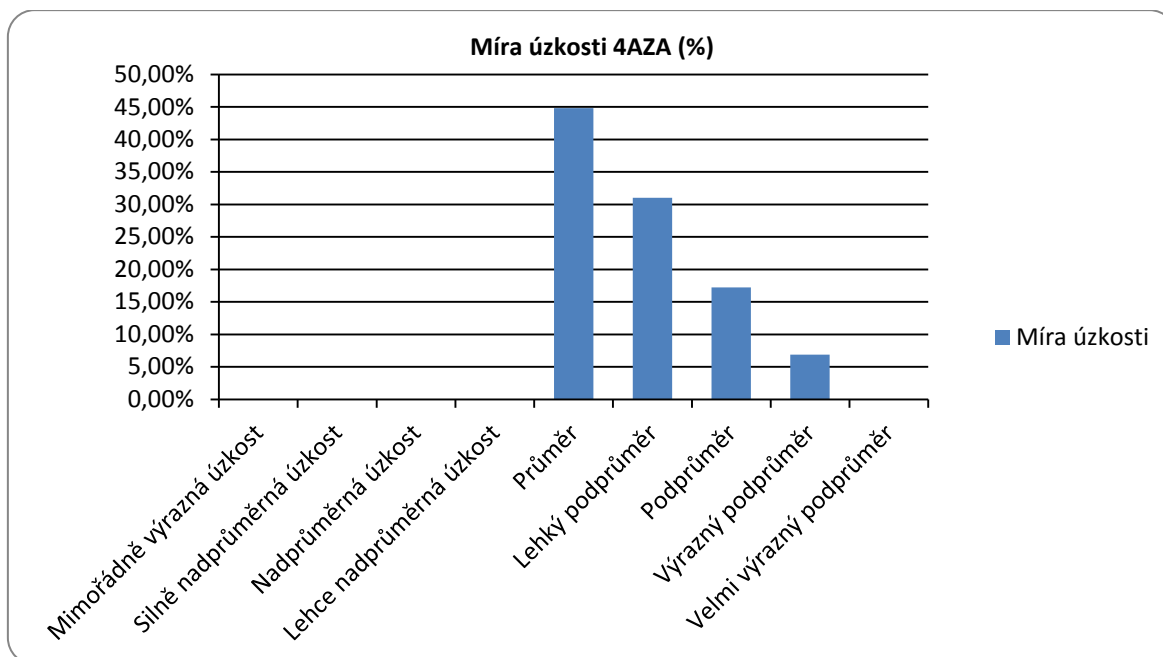
Míra úzkosti	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mimořádně výrazná úzkost	0	0%
Silně nadprůměrná úzkost	0	0%
Nadprůměrná úzkost	0	0%
Lehce nadprůměrná úzkost	2	7,14%
Průměr	13	46,43%
Lehký podprůměr	8	28,57%
Podprůměr	5	17,86%
Výrazný podprůměr	0	0%
Velmi výrazný podprůměr	0	0%
Celkem	28	100%



Je patrné, že ve třídě 2BZA trpí lehce nadprůměrnou úzkostí 2 žáci, což je 7,14%.

4AZA:

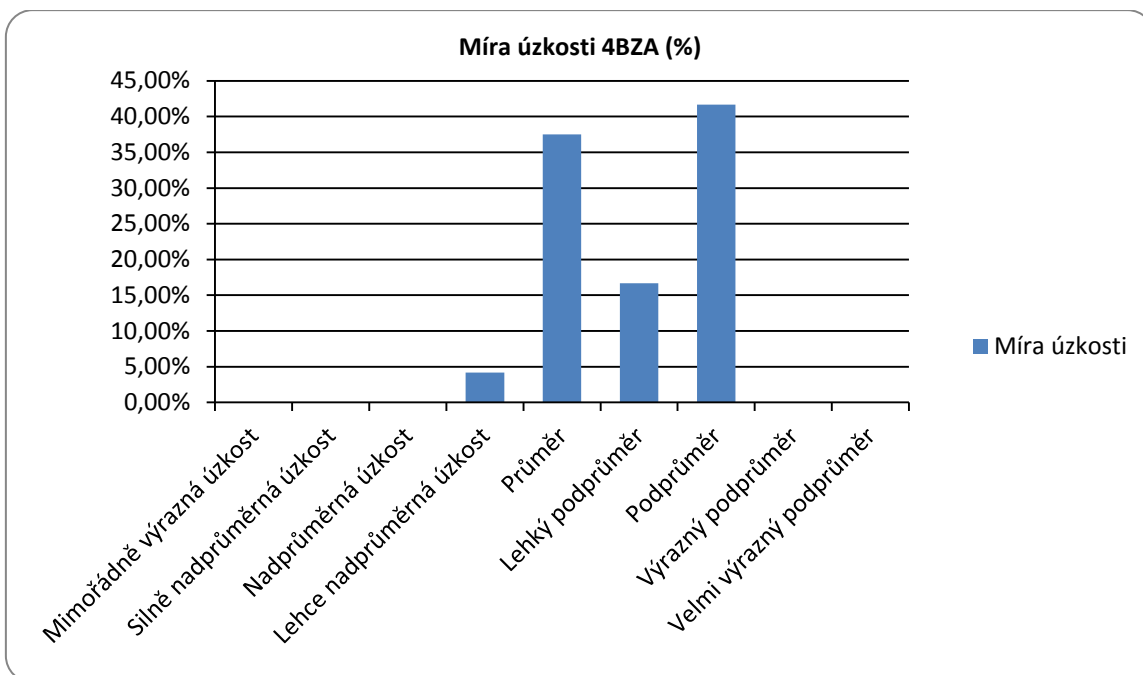
Míra úzkosti	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mimořádně výrazná úzkost	0	0%
Silně nadprůměrná úzkost	0	0%
Nadprůměrná úzkost	0	0%
Lehce nadprůměrná úzkost	0	0%
Průměr	13	44,83%
Lehký podprůměr	9	31,03%
Podprůměr	5	17,24%
Výrazný podprůměr	2	6,9%
Velmi výrazný podprůměr	0	0%
Celkem	29	100%



Ve třídě 4AZA jsme jako v jediné nezaznamenali ani jeden případ zvýšené úzkosti.

4BZA:

Míra úzkosti	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mimořádně výrazná úzkost	0	0%
Silně nadprůměrná úzkost	0	0%
Nadprůměrná úzkost	0	0%
Lehce nadprůměrná úzkost	1	4,16%
Průměr	9	37,5%
Lehký podprůměr	4	16,67%
Podprůměr	10	41,67%
Výrazný podprůměr	0	0%
Velmi výrazný podprůměr	0	0%
Celkem	24	100%



Výskyt zvýšené úzkosti v této třídě je 4,16%, jeden žák trpí lehce nadprůměrnou úzkostí.

6.2 Statistická práce s daty

6.2.1 Vzorek respondentů

V této části se zaměříme na počty bodů, které získali respondenti ve svých dotaznících. V následující tabulce nalezneme žáky seřazené podle toho, jaký dosáhly bodový výsledek. Bodové hodnoty jsou řazeny od nejnižší položky po nejvyšší, kdy body jdou od pásma výrazného podprůměru, co se úzkosti týče (nejméně získal žák se 77 body) až po pásmo nadprůměrné úzkosti, kdy nejvyšší počet bodů získala žákyně s počtem 153 bodů.

Poté, co jsme data setřídili podle velikosti, jsme určili průměr, směrodatnou odchylku, počet a velikost tříd. Tyto údaje nám pomohou při další práci se statistickými daty.

ŽÁK	BODY	ŽÁK	BODY	ŽÁK	BODY	ŽÁK	BODY
1.	77	33.	103	65.	115	97.	120
2.	77	34.	103	66.	115	98.	121
3.	83	35.	103	67.	115	99.	122
4.	89	36.	103	68.	115	100.	122
5.	90	37.	103	69.	115	101.	122
6.	90	38.	104	70.	115	102.	122
7.	90	39.	104	71.	115	103.	123
8.	91	40.	104	72.	115	104.	124
9.	91	41.	105	73.	115	105.	125
10.	92	42.	105	74.	116	106.	125
11.	93	43.	105	75.	116	107.	125
12.	93	44.	105	76.	116	108.	126
13.	93	45.	105	77.	116	109.	126
14.	94	46.	105	78.	116	110.	127
15.	94	47.	105	79.	116	111.	128
16.	95	48.	106	80.	116	112.	128
17.	95	49.	106	81.	117	113.	128
18.	97	50.	106	82.	117	114.	129
19.	97	51.	107	83.	118	115.	129
20.	97	52.	107	84.	118	116.	130
21.	97	53.	107	85.	118	117.	131
22.	97	54.	107	86.	118	118.	133
23.	99	55.	108	87.	119	119.	134
24.	99	56.	109	88.	119	120.	135
25.	100	57.	109	89.	119	121.	138
26.	101	58.	110	90.	119	122.	141
27.	101	59.	112	91.	120	123.	142
28.	102	60.	112	92.	120	124.	142
29.	102	61.	112	93.	120	125.	143
30.	102	62.	112	94.	120	126.	144
31.	103	63.	113	95.	120	127.	145
32.	103	64.	115	96.	120	128.	153

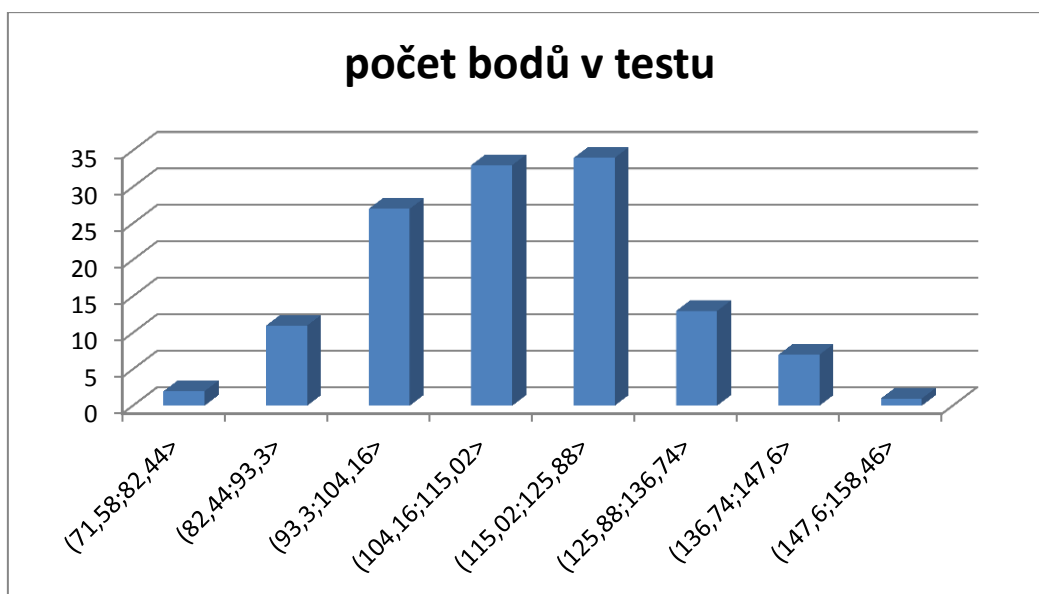
Vyhodnocení tabulky:

- Počet prvků: 128
- Průměr: 112,3125
- Směrodatná odchylka: 14,53085233
- Počet tříd: 7,9537929 → 8 tříd
- Minimum: 77

- Maximum: 153
- Velikost tříd: 10,85714286

Průměr udává průměrnou hodnotu dosažených bodů u daného vzorku respondentů. Směrodatná odchylka vypovídá o tom, jak moc se od sebe navzájem liší typické případy v souboru zkoumaných čísel, v tomto případě dosažených počtů bodů. Lze díky ní určit, jak daleko jsou čísla v souboru vzdálená od průměrné hodnoty (tedy v našem případě od hodnoty 112,3125). Vyjadřuje tedy rozptyl hodnot kolem střední hodnoty, tj. vypovídá o tom, jak se hodnoty od této střední hodnoty (průměru) liší, resp. jak hustě jsou kolem tohoto průměru seskupeny. Směrodatná odchylka je v tomto případě poměrně malá, což ukazuje na to, že prvky souboru od sebe nejsou příliš vzdálené. Pro větší přehlednost jsme dále určili počet tříd podle Sturgesova pravidla ($nT=1+3,3 \cdot \log n$), kdy po zaokrouhlení jsme dostali hodnotu 8 tříd. Jednotlivé třídy v jednom souboru dat mají obvykle stejnou velikost. Každý jedinec tedy „patří“ do určitého intervalu, třídy. Minimální počet bodů dosažených v dotazníku je 77, maximální pak 153. Velikost tříd je pak 10,85714286.

Třída	interval	od	do	počet prvků
1	(71,58;82,44>	71,58	82,44	2
2	(82,44;93,3>	82,44	93,3	11
3	(93,3;104,16>	93,3	104,16	27
4	(104,16;115,02>	104,16	115,02	33
5	(115,02;125,88>	115,02	125,88	34
6	(125,88;136,74>	125,88	136,74	13
7	(136,74;147,6>	136,74	147,6	7
8	(147,6;158,46>	147,6	158,46	1
				128



6.2.2 Kolmogorovův-Smirnovův test

Kolmogorovův-Smirnovův test je statistickou metodou umožňující otestovat, zda má jednorozměrná náhodná proměnná předpokládané rozdělení. Tuto metodu vymysleli Andrej Nikolajevič Kolmogorov a Vladimir Ivanovič Smirnov. Existují dvě verze tohoto testu jednovýběrový a dvouvýběrový. My použijeme jednovýběrový, abychom zjistili, zda má proměnná normální rozdělení. Naší nulovou hypotézou je předpoklad, že testovaný výběr má normální rozdělení. (Baštinec, 2009) Provedený test viz Přílohy.

H_0 : data pocházejí z normálního rozdělení

- střední hodnota 112,3125
- směrodatná odchylka 14,53085233
- testová statistika 0,0734
- kritická hodnota 0,120040349

Po provedení testu můžeme říci, že data jsou rozdělena dle normálního rozdělení v populaci (rozdělení podle Gaussovy křivky).

6.2.3 Statistické vyhodnocení

Distribuční funkce

Distribuční funkce do	pravděpodobnost třídy	teoretická četnost	sloučení teoretických četností	sloučení pozorovaných četností	chí-kvadrát
0,02	0,02	2,56			
0,0954	0,0754	9,6512	12,2112	13	0,050954
0,2874	0,192	24,576	24,576	27	0,239086
0,574	0,2866	36,6848	36,6848	33	0,370119
0,8248	0,2508	32,1024	32,1024	34	0,112169
0,9537	0,1289	16,4992	16,4992	13	0,742121
0,9925	0,0388	4,9664	5,9264	8	0,725536
1	0,0075	0,96			

Distribuční funkce je způsobem rozdělení pravděpodobnosti. Z teoretického hlediska představuje distribuční funkce $F(x)$ nejúplnější popis pravděpodobnostního chování diskrétní nebo spojité náhodné proměnné X . Distribuční funkci $F(x)$ můžeme definovat jako pravděpodobnost, že náhodná veličina (proměnná X) nabude hodnoty menší (případně rovné) než určitá hodnota x . Pro tato reálná čísla pak distribuční funkce může nabývat hodnot v intervalu $<0; +1>$. V našem případě, kdy jsou data rozdělena dle normálního rozdělení lze distribuční funkci vyhledat v tabulkách k tomu určených.

Při analýze dat se často využívá Chí kvadrát test, který slouží k testování rozdílů četností (jak mezi soubory, tak i pro zjišťování závislosti kvalitativních znaků). Při výpočtech Chí kvadrátu pracujeme s teoretickou a pozorovanou četností. Pozorovaná neboli empirická četnost výskytu znaku platí pro výběrový soubor, teoretická neboli očekávaná četnost výskytu znaku platí pro populaci. Poměr pozorované četnosti výskytu znaku ve výběrovém souboru k celkovému počtu jedinců ve výběru představuje relativní četnost znaku neboli empirickou pravděpodobnost výskytu daného znaku. Čím větší je počet jedinců ve výběrovém souboru, na kterém provádíme sledování, tím více se hodnota empirické pravděpodobnosti blíží ke skutečné hodnotě teoretické pravděpodobnosti. Testování rozdílů četností se provádí Chí testem. Rozdíl mezi pozorovanými a teoretickými (očekávanými) četnostmi zachycuje testová statistika. Je-li vypočtená statistika Chí kvadrátu nulová, znamená to, že pozorované a teoretické četnosti jsou přesně stejné. Čím větší je hodnota Chí kvadrátu, tím větší je nesoulad mezi empirickou a

teoretickou četností v jednotlivých třídách. Pro posouzení statistické významnosti rozdílu srovnávaných četností porovnáme vypočtený χ^2 s kritickou hodnotou $\chi^2_{1-\alpha (v)}$, kterou nalezneme v tabulkách. Jako kritické hodnoty pro χ^2 test slouží $1-\alpha$ kvantily χ^2 - rozdělení při $v = m-1$ stupních volnosti. (Benářová, 2012)

Vyhodnocení:

- testová statistika χ^2 2,239984545
- kritická hodnota (χ^2 ;6-2-1 stupňů volnosti) 7,814727764

Data pocházejí z normálního rozdělení. „Náhodná veličina, která vznikla jako součet velkého počtu vzájemně nezávislých náhodných veličin, má za velmi obecných podmínek přibližně normální rozdělení.“ (Zášková, Havránek, Vurm, 2011: 37)

Normální rozdělení je teoretické spojité rozdělení $N(\mu, \sigma)$ náhodné veličiny X , normované normální rozdělení je spojité teoretické rozdělení $N(0,1)$ náhodné veličiny U . (Zášková, Havránek, Vurm, 2011)

6.3 Nejčastější symptomy úzkosti u adolescentů

V této části výzkumu jsme se snažili najít a popsat nejčastější symptomy úzkosti vyskytující se u adolescentů. Postupovali jsme tak, že jsme z každého ročníku vypsali 8 otázek, na které nejvíce respondentů z dané třídy zvolilo odpověď „Velice“. Tyto odpovědi jsme poté seřadili podle četnosti. Na závěr jsme sestavili tabulku nejčastějších symptomů pro celý vzorek respondentů.

1AZA: 26 žáků

Otázky	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
49. Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky	14	53,85%
17. Vždycky jsem na lidi milý (á)	10	38,46%
21. Vždycky se slušně chovám	10	38,46%
5. Mám rád (a) všechny lidi, které znám	9	34,62%
28. Moje city je snadné zranit	8	30,77%
30. Jsem vždycky hodný (á)	7	26,92%
35. Jsem vždycky na každého milý (á)	7	26,92%
46. Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo	7	26,92%

Ve třídě 1AZA převládají především tyto symptomy úzkosti: strach ze školy a výkonové potřeby (otázka 49), kdy tato potřeba dobrých známek je patrná u nadpoloviční většiny respondentů (53,85%). Dále lze vysledovat touhu po konformitě, po oblibě ve skupině a po přijetí druhými, zde zřejmě především skupinou vrstevníků a z toho pramenící obava z nepřijetí a vyčlenění z kolektivu (otázky 17, 21, 5, 28, 30, 35). Další obava, která se v této třídě objevila, je strach o rodiče, který přiznává 7 z 26 žáků.

2AZA: 21 žáků

Otázky	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
46. Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo	13	61,9%
49. Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky	11	52,38%
7. Občas je mi tak, že by se mi chtělo křičet	9	42,86%
20. Snadno se rozzlobím	6	28,57%
32. Večer se mi nechce jít spát	6	28,57%
6. Někdy cítím, jak mi rychle tlučí srdce	5	23,81%
21. Vždycky se slušně chovám	5	23,81%
34. Když mi někdo nadává, lehce tím zraní moje city	5	23,81%

V této třídě získala nejvíce odpovědí „Velice“ otázka 46, kdy 61,9% žáků se bojí o své rodiče. Dále se opět vyskytuje potřeba po školní úspěšnosti a to u 11 žáků z 21. U dalších symptomů je patrná určitá psychická labilita zkoumané skupiny, 42,86% žáků přiznává, že občas mají nutkání začít křičet a 28,57% připouští, že se snadno rozzlobí. Tato emocionální reaktivita je pro období rané adolescence typická. Další symptomy, které mohou ukazovat na zvýšenou úzkostnost, jsou: že se žákům nechce jít večer spát a zrychlený tlukot srdce. Opět se zde stejně jako v 1AZA vyskytuje potřeba sociálního přijetí a zvýšená citlivost až přecitlivělost, kdy 23,81% žáků přiznává, že lze lehce zranit jejich city.

2BZA: 28 žáků

Otázky	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
49. Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky	14	50%
46. Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo	11	39, 29%
28. Moje city je snadné zranit	9	32, 14%
20. Snadno se rozzlobím	8	28, 57%
30. Jsem vždycky hodný (á)	8	28, 57%
7. Občas je mi tak, že by se mi chtělo křičet	7	25%
17. Vždycky jsem na lidi milý (á)	6	21, 43%
44. Často udělám věci, o kterých si pak přeji, abych je nikdy neudělal (a)	6	21,43%

Z tabulky je patrné, že i v tomto ročníku převládají u žáků výkonové potřeby spojené se školou. 50% dotazovaných se domnívá, že je dobré mít ve škole dobré známky. Opět se vyskytuje strach o rodiče, který jak se zdá je u adolescentů dominantní obavou, přiznává ji 39,29% respondentů. Jako v předchozí třídě i zde je zvýšená emocionální tenze (otázky 20, 7) i emocionální zranitelnost a citlivost (otázka 28). Dalšími symptomy, které mohou ukazovat na úzkostnost je tendence být v sociálních situacích hodný a milý, která může ukazovat na nejistotu v těchto situacích a zvýšenou potřebu afiliace. Žáci připouštějí i

určitou zbrkllost v jednání, kdy 21,43% přiznává, že často dělá věci, kterých pak lituje (otázka 44).

4AZA: 29 žáků

Otázky	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
8. Přál (a) bych si být někde hodně daleko odsud	12	41,38%
46. Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo	9	31,03%
21. Vždycky se slušně chovám	8	27,59%
39. Bojím se tmy	8	27,59%
49. Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky	8	27,59%
6. Někdy cítím, jak mi rychle tluče srdce	6	20,69%
7. Občas je mi tak, že by se mi chtělo křičet	6	20,69%
30. Jsem vždycky hodný (á)	6	20,69%

Ve třídě 4AZA byla nejčastější otázkou s hodnocením „velice“ otázka číslo 8 (přál (a) bych si být někde hodně daleko odsud), kterou zaškrtnulo 12 z 29 žáků. Bylo to zřejmě způsobeno tím, že dotazník byl zadáván poslední vyučovací hodinu a žáci byli již unavení a těšící se na konec výuky. V jiném ročníku se tato otázka do výběru nejčastějších odpovědí nedostala. Opět i v tomto ročníku se opakuje strach o rodiče, bojí se o ně 31,03% respondentů. Typická je i zde touha po sociální konformitě a kladném působení na okolní sociální prostředí (otázky 21, 30). Často se vyskytující symptomy vážící se na úzkost jsou též strach ze tmy či rychlý tlukot srdce. Ani u této třídy nechybí pro středoškoláky typická touha po dobrých školních známkách. 6 z 29 žáků též přiznává občasnou touhu začít křičet, zřejmě vážící se na potřebu vybití nějakou vnitřní tenzi.

4BZA: 24 žáků

Otázky	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
49. Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky	7	29,17%
46. Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo	6	25%
28. Moje city je snadné zranit	6	25%
17. Vždycky jsem na lidi milý (á)	4	16,67%
21. Vždycky se slušně chovám	4	16,67%
32. Bojím se, jak mi to půjde ve škole	4	16,67%
35. Jsem vždycky na každého milý (á)	4	16,67%
39. Bojím se tmy	4	16,67%

Z tabulky je patrné, že za hodně důležité považují žáci 4BZA dobré školní známky. Problematika školní úspěšnosti se objevuje i u otázky 32, kdy se 16,67% respondentů bojí, jak jim to půjde ve škole. Zvýšené obavy o školní výkony lze zřejmě přičítat vzrůstajícím nárokům na tyto studenty, z důvodu blížící se maturity. Opět se zde vyskytuje strach o rodiče, kdy 25% dotazovaných se velice bojí, aby se rodičům nic zlého nestalo. I tito žáci přiznávají zvýšené emocionální prožívání, kdy zmiňují, že je snadné zranit jejich city i potřebu být v kolektivu oblíbení (otázky 28, 17, 21 a 35). Ve 4 z 24 případů se vyskytuje výrazný strach ze tmy.

Shrnutí: 128 žáků

Otázky	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
49. Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky	54	42,19%
46. Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo	46	35,94%
21. Vždycky se slušně chovám	32	25%
28. Moje city je snadné zranit	32	25%
7. Občas je mi tak, že by se mi chtělo křičet	28	21,88%
8. Přál (a) bych si být někde hodně daleko odsud	26	20,31%
17. Vždycky jsem na lidi milý (á)	25	19,53%
30. Jsem vždycky hodný (á)	23	17,97%

V této shrnující tabulce se snažíme představit 8 nejčastěji zaškrťovaných položek s odpovědí „velice“ a tedy nejčastější symptomy, které se mohou pojít s úzkostí u daného vzorku respondentů. Pokusíme se též vysvětlit, proč tato věková skupina volila právě tyto odpovědi. Níže jsou uvedeny otázky, které respondenti nejčastěji vybírali s možnou interpretací:

1) Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky (otázka 49)

Za nejčastěji zaškrťávanou položku považujeme tu, která se týká školní úspěšnosti. Ze 128 respondentů se 54 domnívá, že je velice důležité mít ve škole dobré známky. Za výsledkem stojí jistě zaměřenost českého školství, které klade důraz právě na výkon, školní výsledky, efektivitu a vědomosti. Škola má obecně především výkonový charakter. Výsledek může být též způsoben potřebou úspěšného výkonu u žáků. Studenti si také zřejmě uvědomují, že dobré známky jsou předpokladem úspěšného studia, kdy jsou též nutné pro to, aby se na škole vůbec mohli vzdělávat. Zde zřejmě pociťují rozdíl od školy základní, kde měli možnost se vzdělávat jistou. Škola a snaha dokončit ji, tak může být pro žáky výrazným stresorem i prvkem vyvolávajícím v nich úzkost. Zajímavé je, že tuto otázku volili za velmi důležitou především žáci 1. a 2. ročníků, kdy ji označilo okolo 50% respondentů. Ve čtvrtých ročnících už nutnost

dobrych znamek za velmi dulezite považovalo jen okolo 28% respondentu. Studenti ctyrtich rocniku tak zrejme uz maji nad skolnimi pozadavky urciti nadhled a považuji za dulezite i jine aspekty sveho zivota.

2) Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo (otázka 46)

Velmi často přiznávali adolescenti svůj strach o rodiče. Ač se to v tomto věkovém období může zdát z důvodu zvýšených konfliktů mezi rodiči a dospívajícími, jako zvláštní, má to své opodstatnění. Adolescence je sice obdobím počátku separace od primární rodiny a vztahy mezi rodiči a dětmi se mění, rodiče jsou však i v tomto období pro dítě velmi důležití. Jak říká Macek, citové vztahy adolescentů s rodiči se postupně mění od jednostranné závislosti k oboustrannému a vzájemnému poskytování péče a podpory. Macek připomíná, že vztah rodičů a dětí se v adolescenci po období pubescentních konfliktů opět normalizuje a bývá spíše pozitivní. (Macek, 1999) Z toho zřejmě pramení i zvyšování obav dětí o rodiče a snaha o ně pečovat, aby se jim nic nestalo.

3) Moje city je snadné zranit (otázka 28)

Frekvencovaná byla i tato otázka, kdy adolescenti přiznávali, že je velmi snadné zranit jejich city. To zřejmě pramení ze zvýšené citové labilita v období adolescence, kdy dospívající kladou velký důraz na názory ostatních a tak je může snadno kritika druhých zranit. Časté je v tomto období především u dívek snížené sebevědomí a obecně zvýšená citlivost až přecitlivělost. Je zde vidět postupná klesající tendence citové zranitelnosti s věkem. V prvních a druhých ročnících se tato odpověď vyskytovala více (okolo 30% žáků) než v ročnících čtvrtých, kde vysokou zranitelnost citů přiznávalo okolo 20% respondentů. Je to zřejmě dáno vývojovými tendencemi, kdy v pozdní adolescenci citová labilita postupně odeznívá.

4) Občas je mi tak, že by se mi chtělo křičet (otázka 7)

V odpovědích se objevila též nutkání začít občas křičet. U adolescentů to s největší pravděpodobností souvisí se zvýšenou psychickou labilitou a s výkyvy nálad typických pro toto období. Adolescence se spojena s řadou nových vývojových úkolů i s přijímáním nových sociálních rolí, což může vést ke stresu a zvýšené psychické tenzi. Touha občas křičet se pak jeví jako poměrně přirozená.

5) Přál (a) bych si být někde hodně daleko odsud (otázka 8)

Není překvapením, že se v nejčastějších odpovědích vyskytovala i tato položka. Adolescenti tak vyjádřili nevelkou oblibu školní docházky i to, že si trávení svého času dokáží představit příjemnějším způsobem. Nad tímto výsledkem by se měli zamyslet všichni pedagogové a uvědomit si, že je třeba žáky správně motivovat a především nelpět pouze na výkonech a výsledcích, ale snažit se předat jim i dovednosti potřebné a užitečné pro jejich životy.

6) Vždycky se slušně chovám (otázka 21)

7) Vždycky jsem na lidi milý/á (otázka 17)

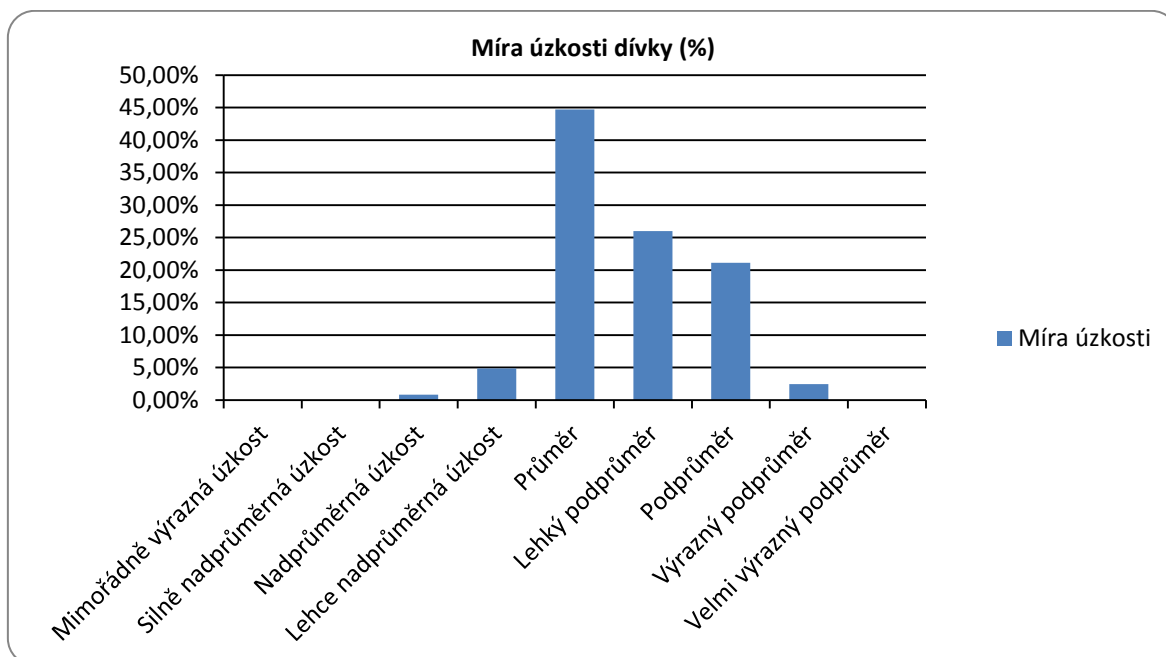
8) Jsem vždycky hodný/á (otázka 30)

Tyto tři otázky lze interpretovat podobným způsobem. Všechny položky se totiž týkají snahy o určitou konformitu. Lze to vysvětlit zřejmě tím, že adolescence je období, kdy jsou vztahy s druhými lidmi zvláště důležité. Adolescent se snaží získat nové místo v rodině, kdy doufá v respekt rodičů a v to, že ho přijmou jako rovnocenného partnera. Ještě důležitější jsou v této době vztahy mezi vrstevníky. Pro adolescenta je velmi důležité přátelství a především místo ve skupině vrstevníků. Dospívající hledají identitu prostřednictvím druhých a vytváří si sebehodnocení podle toho, jak je druzí hodnotí. Z toho vyplývá, že touží být vrstevníky hodnoceni pozitivně. Z toho pak může pramenit snaha být na druhé milý a hodný, či se chovat slušně, a získat si tak jejich přízeň a oblibu. Vysoký výskyt těchto odpovědí zřejmě souvisí i s tím, že většina respondentů byly dívky. Dívky jsou obecně společností tlačeny k vyšší konformitě, podřízenosti a plnění pasivních rolí, což obnáší právě i přesvědčení, že se sluší chovat se slušně, být hodné a milé.

6.3.1 Úzkost a pohlaví

Dívky:

Míra úzkosti	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mimořádně výrazná úzkost	0	0%
Silně nadprůměrná úzkost	0	0%
Nadprůměrná úzkost	1	0,81%
Lehce nadprůměrná úzkost	6	4,89%
Průměr	55	44,72%
Lehký podprůměr	32	26%
Podprůměr	26	21,14%
Výrazný podprůměr	3	2,44%
Velmi výrazný podprůměr	0	0%
Celkem	123	100

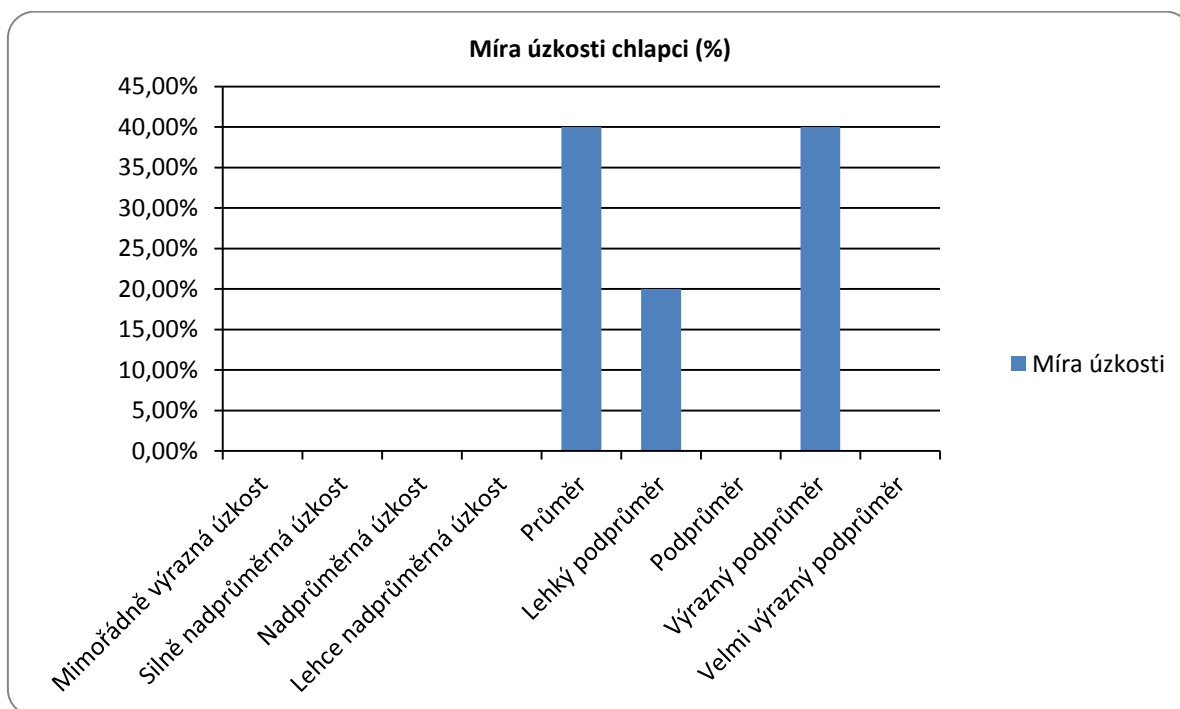


Z tabulky a grafu vyplývá, že výskyt úzkosti u dívek je 5,7%. Zvýšenou úzkostí trpí 7 ze 123 dívek. Z toho je jedna dívka nadprůměrně úzkostná a u šesti se vyskytuje lehce nadprůměrná úzkost. 44,72% dívek se vyskytuje v pásmu průměru, 26% v lehkém

podprůměru, 21,14% v podprůměru a 2,44% pak je výrazně podprůměrných, co se úzkosti týče.

Chlapci:

Míra úzkosti	Absolutní četnost	Procentuální vyjádření
Mimořádně výrazná úzkost	0	0%
Silně nadprůměrná úzkost	0	0%
Nadprůměrná úzkost	0	0%
Lehce nadprůměrná úzkost	0	0%
Průměr	2	40%
Lehký podprůměr	1	20%
Podprůměr	0	0
Výrazný podprůměr	2	40%
Velmi výrazný podprůměr	0	0%
Celkem	5	100%



U chlapců se nevyskytl žádný případ zvýšené úzkosti. Průměrnou hodnotu úzkosti má 40% respondentů, v pásmu lehkého podprůměru se vyskytuje 1 respondent a výrazný podprůměr co se úzkosti týče, se vyskytuje u 40% žáků.

Je vidět, že dívky jsou u dané vzorku respondentů více úzkostné než chlapci, výsledky je nutno ale brát spíše jako orientační, jelikož vzorek chlapců byl příliš malý.

6.3.2 Věk, třída a zvýšená úzkostnost

Míra úzkosti	Věk	Třída	Počet bodů
Nadprůměrná úzkost	16	2AZA	153
Lehce nadprůměrná úzkost	17	2BZA	145
	15	1AZA	144
	15	1AZA	143
	17	2AZA	142
	19	4BZA	142
	17	2BZA	141

Nejvíce úzkostná byla šestnáctiletá dívka, která získala 153 bodů, což spadá do pásma nadprůměrné úzkosti. Prokázat souvislost věku či třídy a zvýšené úzkosti se nepodařilo. Úzkostné dívky se vyskytly téměř ve všech ročnících. Lze sledovat pouze mírnou tendenci ke snižování úzkosti s narůstajícím věkem, jelikož v pásmu 18-21 let se vyskytl pouze jeden případ lehce zvýšené úzkosti. Toto lze připisovat vývojových tendencím, kdy v pozdní adolescenci mizí citová labilita a vyšší náchylnost k úzkostnosti, typická pro předchozí období.

6.4 Shrnutí výsledků

Z průzkumu vyplývá, že studenti SZŠ a VOŠZ Plzeň většinou nemají problémy se zvýšenou úzkostí. Ze 128 respondentů trpí potížemi pouhých sedm dívek, tedy jen 5,47% dotazovaných, což je výrazně podprůměrný výsledek pro tuto věkovou skupinu.

Cíle průzkumu byly tři. Prvním cílem bylo zjistit, zda a v jaké míře se u adolescentů objevuje úzkost. Zjistili jsme, že úzkost se objevuje, ale v malé míře a jen u malého počtu žáků. Nejvíce úzkostná byla třída 2AZA, kde byl výskyt úzkosti 9,52%, nejméně úzkostní pak byli žáci ze třídy 4AZA, kde jsme nezaznamenali ani jeden případ zvýšené úzkosti. Po statistickém vyhodnocení dat můžeme říci, že data pochází z normálního rozdělení.

Druhým cílem průzkumného šetření bylo nalézt a popsat nejčastější symptomy úzkosti u adolescentů. U zkoumaného vzorku se vyskytly především tyto symptomy ukazující na úzkost: touha po dobrých známkách a úzkost spjatá se školou, nadměrný strach o rodiče, zvýšená citová zranitelnost (pramenící zřejmě i z věkových specifik), citová labilita projevující se například potřebou začít křičet, touha být někde jinde (zde jde spíše než o symptom úzkosti o neoblíbu školní docházky), vysoká touha po přijetí a po oblíbenosti a strach, co si o dotazovaném myslí jeho okolí (odpovědi vždy se slušně chovám, jsem milý/á, hodný/á).

Třetím cílem bylo zjistit, zda je nějaká souvislost mezi pohlavím a výskytem úzkosti. Tuto spojitost nelze plně prokázat, jelikož ze 128 respondentů bylo jen 5 chlapců. Lze ale říci, že v daném vzorku jsou dozajista chlapci méně úzkostní než dívky, jelikož se u nich nevyskytl žádný případ zvýšené úzkosti.

ZÁVĚR

Diplomová práce se věnuje problematice úzkostných poruch v dětském věku, konkrétně především v období adolescence. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Úzkostným poruchám jsem se věnovala proto, že jsou to jedny z nejčastějších psychických obtíží, které postihují nejen dospělou populaci, ale i děti. Výzkumy posledních let dokonce uvádí, že děti a adolescenti jsou rizikovou skupinou a úzkostná porucha u nich propuká poměrně často. Je třeba si uvědomit, že u adolescentů se výskyt úzkostných poruch pohybuje okolo 15%, což není zrovna zanedbatelné číslo. Velkým problémem je také to, že jedinci trpící nějakou úzkostí v dětství či dospívání, jsou více náchylní k propuknutí úzkostných poruch v dospělosti. U adolescence, což je období, na které jsem se ve své práci zaměřila, je problém i s včasnou diagnostikou poruchy. Je někdy obtížné odlišit, co vychází ze specifík daného období a co už je úzkostnou poruchou, jelikož adolescence je obdobím bouřlivým, i co se týče emocionálního vývoje.

Diplomová práce obsahuje průzkumné šetření, pomocí něhož jsem se snažila zjistit míru úzkostnosti adolescentů a nejčastější symptomy úzkosti v této věkové kategorii. Zkoumaný vzorek pocházel ze SZŠ a VOŠZ Plzeň. Výzkumu se zúčastnilo 128 středoškoláků. Pro průzkum byl použit Dotazník dětské manifestované úzkosti.

Z výsledků praktické části vyplývá, že námi zkoumaný vzorek adolescentů je podprůměrný, co se výskytu úzkosti týče. Zvýšeně úzkostných bylo jen 5,47% dotazovaných. Tento výsledek hodnotím jako velmi pozitivní, studenti budou mít snazší start do života, jelikož nebudou sužováni omezující úzkostí. I vzhledem k jejich budoucí profesi zdravotních asistentů či sester je důležité, aby pracovali na své emocionální stabilitě a úzkost se u nich vyskytovala co nejméně. Jen tak mohou kvalitně pomáhat nemocným lidem bez toho, aby je to stále jejich vlastní dušení klid a pohodu.

RESUMÉ

Tato diplomová práce nese název „Úzkostné poruchy v dětském věku“. Je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. První se soustřeďuje na vymezení úzkostných poruch a vysvětlení základních pojmů, především pojmů strach a úzkost. V první kapitole jsou též představeny základní koncepce úzkosti, včetně toho, jak se na úzkostné poruchy pohlíželo v historii. Druhá kapitola je zaměřena na prevenci a terapii úzkostných poruch. Jsou zde nastíněny možnosti prevence úzkostných poruch, dále obecné zásady terapie a nejčastější postupy léčby úzkostných poruch. Tato kapitola obsahuje i zmínku o problematice stigmatizace pacienta trpícího úzkostnou poruchou. Třetí kapitola se zabývá obdobím adolescence, kdy popisuje především vývojové změny, ke kterým v tomto období dochází. V závěru této kapitoly je samostatná podkapitola věnovaná nejčastějším strachům a úzkostem v adolescenci. Čtvrtá kapitola obsahuje klasifikaci úzkostných poruch, kdy u každé poruchy je uvedena základní charakteristika a možnosti diagnostiky, u některých je zmínka o specifikách poruchy u dětí a adolescentů.

Praktická část je tvořena průzkumem, s využitím dotazníku Dětské manifestované úzkosti. Cílem bylo zjistit rozložení úzkostných poruch u adolescentů.

SUMMARY

This diploma thesis is called "Anxiety disorders of children's age". It is divided into two parts, theoretical one and practical one.

The theoretical part is made of 4 chapters. The first chapter is focused on the definition of anxiety disorders and explanation of basic concepts, especially concepts of fear and anxiety. The first chapter also presents the basic concepts of anxiety, including how to anxiety disorders seen in history. The second chapter focuses on the prevention and therapy of anxiety disorders. There are presented the possibilities of prevention of anxiety disorders, as well as general principles of therapy and the most common methods of treatment of anxiety disorders. This chapter contains a reference to problematic stigma patient suffering an anxiety disorder. The third chapter deals with adolescence, which describes developmental changes that occur during this period. At the end of this chapter is a separate chapter devoted to the most common fears and anxiety in adolescence. The fourth chapter contains the classification of anxiety disorders in which each fault is specified basic characteristics and diagnostic possibilities, with some mention of the specifics of the disorder in children and adolescents.

Practical part contains a survey, using a Children manifest anxiety questionnaire.

The target of this survey was to find out the situation of anxious disorders in age of adolescence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. 1. vyd. ISBN 80-7262-104-1.
- DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 2008. 5.vyd. ISBN 978-80-7367-505-9.
- GJURIČOVÁ, Š. *Rodinná terapie*. Praha: Grada, 2009. 2.vyd. ISBN 978-80-247-2390-7.
- HELUS, Z. *Psychologie pro střední školy*. Praha: Fortuna, 2003. 3.vyd. ISBN 80-7168-876-2.
- HOLEČEK, V., MIŇHOVÁ, J., PRUNNER, P. *Psychologie pro právníky*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2007. 2.vyd. ISBN 978-80-7380-065-9.
- HORNEY, K. *Neurotická osobnost naší doby*. Praha: Portál, 2007. 1.vyd. ISBN 978-80-7367-219-5.
- HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. 1.vyd. ISBN 80-7178-472-9.
- JANÍČEK, J. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. 1. vyd. ISBN 978-80-7367-366-6.
- KOSÍKOVÁ, V. *Psychologie ve vzdělávání a její psychodidaktické aspekty*. Praha: Grada, 2011. 1.vyd. ISBN 978-80-247-2433-1.
- KOLÁŘ, ŠIKULOVÁ.: *Hodnocení žáků*. Praha: Grada, 2009. 2.vyd. ISBN 978-80-247-2834-6.
- KUKUMBERG, P., ULČ, I. a kol.: *Panická porucha*. Praha: Maxdorf, 2001. 1. vyd. ISBN 80-85912-14-7.
- MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 1999. 1.vyd. ISBN 80-7178-348-X.
- MICHALČÁKOVÁ, R. *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-87029-15-2.

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997, 2. vyd. ISBN 80-200-0625-7.

NOVOTNÁ, L., HŘÍCHOVÁ, M., MIŇHOVÁ, J. *Vývojová psychologie*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2004. 3.vyd. ISBN 80-7043-281-0.

PACLT, I., FLORIAN, J. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada, 1998. 1.vyd. ISBN 80-7169-506-8.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. 1.vyd. ISBN 80-247-1216-4.

PONĚŠICKÝ, J. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton, 2011. 1.vyd. ISBN 978-80-7387-518-3.

PRAŠKO, J., BORZOVÁ, K., PAŠKOVÁ, B., RODRIGUEZ, M. *Agorafobie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998a. 1. vyd. ISBN 80-85121-43-3.

PRAŠKO, J. *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu*. Praha: Galén, 2009. 1. vyd. ISBN 978-80-7262-631-1.

PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998c, 1. vyd. ISBN 80-85875-46-2.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., VAŠKOVÁ, K., VYSKOČILOVÁ, J. *Panická porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, 2006. 1. vyd. ISBN 80-7262-424-5.

PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PÍGLOVÁ, L., PRAŠKOVÁ, J. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005. 1.vyd. ISBN 80-7367-031-3.

PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., PAŠKOVÁ, B., SEIFERTOVÁ, D. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Psychiatrické centrum Praha., 1998b. 1.vyd. ISBN 80-85121-90-5.

PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál, 2005. 1. vyd. ISBN 80-7178-997-6.

PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO, J. *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén, 2000. 1. vyd. ISBN 80-7262-039-8.

RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie- učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada 2000. 1. vyd. ISBN 80-7169-964-0

REINHARZ, S. *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press, 1992. ISBN 978-0195073867

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.: *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

ULČ, I. a kol.: *Úzkost a úzkostné poruchy*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-790-7.

URBANOVSKÁ, E. *Škola, stres a adolescenti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 1.vyd. ISBN 978-80-244-2561-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. 5.vyd. ISBN 978-80-262-0225-7.

VYMĚTAL, J. a kol.: *Speciální psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000. 1. vyd. ISBN 80-86123-15-4.

VYMĚTAL, J. a kol.: *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada, 2007. 2. vyd. ISBN 978-80-247-1315-1.

Internetové zdroje:

BAŠTINEC, J. *Kolmogorovův-Smirnovův test*. [online]. [cit. 8. 4. 2013]. Dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Kolmogorov%C5%AFv-Smirnov%C5%AFv_test

BENÁŘOVÁ, I. *Analýza kategoriálních dat*. [online]. [cit. 8. 4. 2013]. Dostupné z <http://cit.vfu.cz/stat/FVL/Teorie/Predn6/analkval.htm>.

BENÁŘOVÁ, I. *Distribuční funkce $F(x)$* . [online]. [cit. 8. 4. 2013]. Dostupné z <http://cit.vfu.cz/stat/FVL/Teorie/Predn1/distrib.htm>.

HONZÁK, R. 2012. *Muž, který otočil kormidlem psychoterapie* [online]. [cit. 20. 3. 2013]. Dostupné z <http://psychologie.cz/muz-ktery-otocil-kormidlem-psychoterapie/>.

JESENSKÁ, E. 2009. *Chvilé úzkosti* [online]. [cit. 20. 1. 2013]. Dostupné z <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=424034>.

KOHOUTEK, R. 2012. *Dotazník* [online]. [cit. 26. 3. 2013]. Dostupné z <http://www.ssvp.wz.cz/Texty/dotaznik.html>.

KOHOUTEK, R. 2008. *Humanistická psychologie [online]*. [cit. 1. 3. 2013]. Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0811/humanisticka-psychologie>.

KOHOUTEK, R. 2012. *Stresující a psychotraumatizující zážitky v životě a ve škole [online]*. [cit. 13. 3. 2013]. Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/stresujici-zazitky-v-zivote-a-ve-skole>.

VÍŠKOVÁ, V. 2011. *Kvantitativní a kvalitativní výzkum (srovnání) [online]*. [cit. 26. 3. 2013]. Dostupné z [http://kisk.phil.muni.cz/wiki/Kvantitativn%C3%AD_a_kvalitativn%C3%AD_v%C3%BDz_kum_\(srovn%C3%A1n%C3%AD\)](http://kisk.phil.muni.cz/wiki/Kvantitativn%C3%AD_a_kvalitativn%C3%AD_v%C3%BDz_kum_(srovn%C3%A1n%C3%AD))