

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

**NEUROTICKÉ
PORUCHY V DĚTSKÉM
VĚKU**

(zaměřeno na mladší školní věk)

Diplomová práce

Dagmar Kallupová

Učitelství pro 1. stupeň ZŠ (2009-2014)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, duben 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval(a) samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni, dne 8. března 2014

.....
vlastnoruční podpis

Ráda bych poděkovala PhDr. Lence Novotné za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce

Obsah

ÚVOD	7
Teoretická část	
1 NEUROTICKÉ PORUCHY	9
1.1 Neurotické poruchy u dětí – specifická, příčiny, projevy.....	10
2 ÚZKOSTNÉ PORUCHY	13
2.1 Klasifikace úzkostných poruch	14
2.2 F40 Fobické úzkostné poruchy	15
2.2.1 Agorafobie (F40.0)	15
2.2.2 Sociální fobie (F40.1).....	18
2.2.3 Specifické (izolované) fobie (F40.2).....	20
2.3 F 41 Jiné úzkostné poruchy.....	23
2.3.1 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost) (F41.0).....	23
2.3.2 Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)	26
3 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA (F42).....	29
4 REAKCE NA ZÁVAŽNÝ STRES A PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ (F43).....	32
4.1 Akutní reakce na stres (F43.1)	32
4.2 Posttraumatická stresová porucha (F43.1)	33
4.3 Poruchy přizpůsobení (F43.2).....	35
5 DISOCIAČNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY (F44).....	37
6 SOMATOFORNÍ PORUCHY (F45)	41
6.1 Somatizační porucha (F45.0)	41
6.2 Hypochondrická porucha (F45.2).....	43
6.3 Přetrvávající somatoforní bolestivá porucha (F45.4).....	45
7 JINÉ NEUROTICKÉ PORUCHY (F48).....	47

7.1 Neurastenie (F48.0).....	47
7.2 Depersonalizační a derealizační syndrom (F48.1)	48
8 PORUCHY SE SPECIFICKÝM VZNIKEM V DĚTSTVÍ.....	50
8.1 Separační úzkost (F93.0) a školní fobie.....	50
8.2 Fobická úzkostná porucha v dětství (F93.1)	51
8.3 Sociální úzkostná porucha (F93.2).....	52
8.4 Nadměrná úzkostná porucha (F93.8)	53
Praktická část	
9 DOTAZNÍK	56
9.1 Vyhodnocení dotazníků.....	57
9.1.1 Úzkost.....	57
9.1.2 Psychosomatické potíže.....	62
9.1.3 Poruchy učení	65
9.2 Vyhodnocení průzkumu	67
ZÁVĚR	69
RESUMÉ	70
ABSTRACT	71
POUŽITÁ LITERATURA	72
PŘÍLOHY.....	74

Úvod

Tématem diplomové práce jsou neurotické poruchy vyskytující se hlavně v dětském věku. Výskyt těchto poruch v dnešní populaci je pouze odhadován. Ovšem v posledních desetiletích byl zaznamenán nárůst. Odhaduje se, že těmito poruchami trpí kolem 35% populace. Nejčastěji se vyskytují různé fobie, následovány úzkostmi a posttraumatickou stresovou poruchou. Neurotické poruchy jsou častější u žen než u mužů.

Neurotické poruchy v dětském věku jsou stále podceňovanou skupinou poruch. Většina rodičů a učitelů ani netuší, co se skrývá za problémy dětí. U dětí se nejčastěji vyskytují různé fobie a úzkosti spojené se somatickými obtížemi. Pro děti jsou velkou zátěží různé rodinné problémy a konflikty, v dnešní době bohužel velmi časté, které mohou končit rozvodem rodičů. To se samozřejmě následně odrazí na psychice dítěte. Další velkou problematickou skupinou jsou fobie týkající se školy, školního prostředí a vztahů ve školách. U jiných dětí se objevují bolesti břicha, hlavy, poruchy spánku apod. a rodiče netuší, že, příčinou těchto potíží mohou být psychické obtíže, a proto jsou řešeny nesprávně nebo vůbec.

Svoji práci jsem rozdělila na dvě části. V teoretické části se zaměřuji na všechny neurotické poruchy, obzvláště ty, které se vyskytují u dětí. Zaměřuji se na charakteristiku jednotlivých poruch, jejich příčiny, projevy a následnou léčbu.

Ve výzkumné části jsem použila upravenou verzi dotazníku CPQ určeného rodičům a zaměřujícímu se na zjištění možných úzkostných a psychosomatických potíží u jejich dětí. Konkrétně jsem se zaměřila na rodiče dětí navštěvujících 1. stupeň základních škol. Jelikož je toto téma citlivé, nebylo jednoduché sehnat dostatečné množství respondentů.

Jako doplňující část přikládám rozhovor s dětskou psycholožkou, který se týká četnosti výskytu jednotlivých poruch u dětí a jejich následné léčby, jakož i dalších potřebných kroků v případech rozsáhlejších a závažnějších poruch.

TEORETICKÁ ČÁST

I.

1 Neurotické poruchy

„V současně platné 10. revizi mezinárodní klasifikace duševních poruch se tradiční členění na neurózy a psychózy neužívá. V klasifikaci MKN-10 namísto polárních termínů neurotický-psychotický jsou nyní poruchy seřazeny do skupin podle hlavních obecných témat nebo podobnosti popisu. Termín „neurotické poruchy“ se však vyskytuje v nadpisu větší skupiny poruch F40-F48.“ (Zvolský a kol., 1996, s. 105)

Při vzniku neurotických poruch se přikládá větší význam psychogenním faktorům, např. vlivům prostředí, výchově, vývojovým faktorům, vztahům v dětství, vztahům s ostatními, apod. Převažují příznaky jako je úzkost, strach, depresivní nálada, únava, slabost, různé tělesné příznaky a u některých osob i vtíravé, obtěžující myšlenky. Podle druhu příznaků a jejich kombinací tuto skupinu poruch dělíme na jednotky, které se ale v praxi mohou poněkud překrývat.

U dětí, a především dospívajících, se s touto skupinou poruch setkáme velmi často. Ne vždy se ale dostanou k dětskému psychiatrovi a jen v závažnějších případech jsou důvodem pro psychiatrickou hospitalizaci.

Poprvé se termín neuróza objevil ke konci 18. století. O sto let později se neurózami podrobně zabýval rakouský neurolog a psychiatr Sigmund Freud (1856-1939). Při zkoumání těchto stavů vypracoval svou teorii psychoanalýzy, která významně ovlivnila myšlení nejen psychiatrů.

V roce 1980 Američané termín neuróza vypustili ze své 3. revize Diagnostického a statistického manuálu (DSM-III). Začaly se rozlišovat jednotlivé poruchy, ale jejich přesné ohraničení je dodnes problematické.

„Neuróza byla historicky stavěna do protikladu k psychóze. U psychózy se nachází hrubé porušení duševních funkcí do takového stupně, že dochází k porušení vnímání reality. Z tradičního pohledu zahrnovaly neurózy skupinu poruch, pro které byla charakteristická především úzkost, vegetativní příznaky, pocity životní nespokojenosti, neštěstí a maladaptivní chování, jež však bylo natolik vážné, aby vyžadovalo akutní hospitalizaci.“ (Zvolský a kol., 1996, s. 105)

Ani v současnosti neexistuje jednotný názor na definici neurózy. Někteří klinici pojem neuróza vymezují na popis příznaků, jiní se do něj snaží začlenit specifický etiologický proces. Z deskriptivního hlediska označuje pojem *neuróza* duševní poruchu, kdy je hlavním

postižením duševní a/nebo tělesný příznak nebo skupina příznaků, které jedince obtěžují, jsou vnímány jako nepřijatelné, cizí, ale hodnocení reality zůstává nenarušeno, chování neporušuje základní sociální normy, porucha se může spontánně zlepšit nebo zhoršit a nepředstavuje pouze prostou reakci na specifický stresor. Z druhého pohledu, etiologického hlediska, se k neurózám přistupuje z pohledu jednotlivých teoretických přístupů psychiatrie a psychologie. (Zvolský a kol., 1996, s. 105)

1.1 Neurotické poruchy u dětí – specifčnost, příčiny, projevy

Základní rozdíl mezi dospělým neurotikem a neurotickým dítětem je ve vztahu k okolnímu světu. Postoj dítěte ke světu je charakterizován jednostrannou závislostí oproti dospělému člověku, který má s prostředím vztah reciproční. Z toho vyplývá, že podíl dítěte na tvorbě neuróz je mnohem menší než u dospělého člověka. Tím zranitelnější je osobnost dítěte vůči škodlivým vlivům prostředí, které je obklopuje.

Další specifický rys spočívá v rovině prožitkové. Pro děti nejsou neurotické symptomy takovým zdrojem utrpení jako pro dospělé. Děti často trpí až druhotně tím, že k nim okolí zaujímá nevhodný postoj (např. napomínání, posměch, apod.). Určitý rozdíl tkví také v klinickém obrazu onemocnění. U dospělého se setkáváme s plně rozvinutou formou neurózy, zatímco neurotické dítě má většinou jeden nebo dva chorobné symptomy, poměrně izolované. (Miňhová, 2006, s. 106)

Fischer, Matoušek a Zvolský uvádí několik činitelů, kteří predisponují jedince k neuróze. Mezi tyto činitele patří *vrozené faktory* (např. labilita nervové soustavy, emoční dráždivost apod.); *vývojové fáze* (např. zhoršená adaptace v období negativismu kolem 3. roku); *infekční choroby*; *závadně hygienické podmínky* (např. přetěžování, nedostatek spánku apod.); *nesprávná výchova*.

Autoři řadí mezi činitele nejen vrozený typ nervové soustavy, ale i vlivy přicházející z vnějšku, které jakýmkoliv způsobem oslabily nervový systém.

Další pohled na problematiku příčin vzniku neuróz přináší Werner, který je přesvědčen, že snížená odolnost osobnosti vůči neurotizujícím podnětům okolí vychází z komplexu interpersonálních (představují komplex připravenosti organismu na reakci) a extrapersonálních podmínek působících ve vzájemné jednotě. Mezi interpersonální podmínky

neurotického vývoje se řadí *pocit odlišnosti od vrstevníků, pocit nejistoty, stupeň senzibility typický pro vývoj, specifické konstituční vlastnosti osobnosti.*

Extrapersonální podmínky neurotického vývoje jsou rozděleny do čtyř skupin - požadavky prostředí na výkon dítěte (přetěžování, nedostatečné zatěžování, kolísavé požadavky); sociální zdůraznění dítěte (např. rozmazlování, nadměrná materiální péče apod.); poskytování individuální volnosti (přehnané vedení, zanedbávání apod.); emocionální obklopení dítěte (tzv. bezdomovost či totální bezpečnost s nadměrnými projevy lásky).

Další autorkou zabývající se otázkou predispozice k neurotickým a jiným psychickým poruchám je Syřišťová. *„Autorka považuje za dispozici k určitému typu patologického reagování ´relativně stálé vlastnosti a zvláštnosti osobnosti, které nemusí být její primární dědičnou výbavou, ale mohou být získány a ustáleny v průběhu její individuální historie v důsledku působení rozmanitých endo i exogenních činitelů´.“* (Miňhová, 2006, s. 108)

Syřišťová uvádí tyto faktory snižující toleranci jedince k zátěži - citová karence v raném dětství, patogenní citová symbióza rodiče a dítěte (nadměrně úzkostný až dominantní postoj k dítěti znemožňující jeho seberealizaci), ambivalentní citové vztahy k dítěti, přílišné akceptování nebo naopak nadměrná suprese.

Autor Švancara se soustředí na problematiku predispozice k neuróze z hlediska kritérií růstu a vývoje. Za základní determinanty nervové lability považuje zrání nervových tkání, funkční zralost CNS, vývojové zvláštnosti podmíněné reflexní činností, stupeň retardace nebo akcelerace rozumového vývoje.

Dle Matouška patří mezi faktory, které utvářejí neurotické dispozice, nedostatečné nebo nepřiměřené učení.

Z výše uvedeného můžeme udělat závěr, že předpokladem k onemocnění funkční psychickou poruchou neboli neurózou je predispozice, která může být vrozená nebo získaná.

Další skupinou faktorů jsou tzv. neurozogenní činitelé, tj. různé škodliviny v okolí, které jedince obklopují a z nichž nejčastějším je konfliktová situace.

„Konflikty spočívají ve střetu podnětů, kterých je celá řada a mohou přecházet z vnějšího i vnitřního prostředí. Například sociální prostředí může být zdrojem těchto podnětů. Již rodina může předurčit, co bude pro dítě v budoucnu nadměrnou zátěží a kterým druhům adaptace na zátěž bude dávat přednost. Jestliže je výchova v rodině příliš ochranná, vznikne osobnost nadměrně závislá, pasivní, snadno zranitelná s pocitem méněcennosti, která není příliš schopna navazovat přátelství. Autoritativní výchova vede také

k přílišné závislosti na rodičích, osobnost se pak špatně vyrovnává s nároky, které jsou na ni kladeny. Dítě v rodině může být také deprivováno absencí jednoho z rodičů, tím, že se mu rodiče nevěnují, alkoholismem rodičů atd.“ (Miňhová, 2006, s. 109)

Mezi typické konflikty v mladším školním věku patří konflikt mezi pedagogem a žákem, konflikt mezi rodiči a učitelem, konflikt mezi školními požadavky rodičů a schopnostmi dítěte, konflikt mezi požadavky rodičů a schopnostmi dítěte.

Mezi projevy dětské neurózy patří *poruchy denní životosprávy* – nechutenství, bulimie, neurotická zácpa nebo průjem, poruchy usínání a spánku, *tiky, noční pomočování, mluvní neurózy* – koktavost, mutismus, *neurotické návyky* – autostimulační (získávání příjemných pocitů např. dumláním prstů apod.), sebepoškozovací (např. okusování nehtů apod.), *zvýšený sklon k úzkostem, fobiím a depresím, psychomotorický neklid.*

2 Úzkostné poruchy

„Úzkost a strach patří mezi normální a adaptivní vývojové fenomény, které za normálních okolností signalizují organismu (dítěti) hrozící nebezpečí. Úzkost, na rozdíl od strachu, nemá konkrétní obsah, strach se naopak vždy váže na různé konkrétní předměty či situace. Pro každé vývojové období je typický určitý soubor podnětů vzbuzujících strach dítěte, které souvisí s normativními konflikty a vývojovými úkoly daného období (např. separační úzkost jako tzv. úzkost 8. měsíce).“ (Krejčířová, 2006, s. 225)

Není zcela jasné, odkdy dítě začíná prožívat strach a úzkost jako pocity odlišné od bolesti a celkové nepohody, známky anticipační úzkosti jsou však patrné u většiny dětí již před prvním rokem života.

Součástí normálního vývoje je separační úzkost a strach z cizích lidí, který by měl kolem 3. roku dítěte ustupovat. Mírné formy strachu z cizího a neznámého trvají v průběhu celého života.

V předškolním věku, tedy v době mezi 3. a 6. rokem dítěte, můžeme pozorovat množství přechodných strachů až fobií, často se objevuje strach z hmyzu, ze zvířat, z tělesného poškození, ze zlodějů apod. V tomto věku, hlavně díky bohaté fantazii a ne zcela zřetelnému odlišení od reality, se nejrůznější fobie utváří poměrně rychle, pokud však nejsou posilovány, rychle mizí. Tyto dětské fobie bývají přechodné a jen výjimečně mají přímý vztah k pozdějším neurotickým poruchám v dospělosti. Ovšem celá řada celoživotních strachů má svůj základ právě v tomto období, např. strach z pavouků, ze psů nebo z lékařského ošetření. Asi u 3-8% dětí je uváděno přetrvávání či zhoršování fobií, může dojít k dosažení patologické intenzity, mohou se prolínat se zdravým vývojem dítěte a vyžadují včasnou terapii.

Fobie provázející dospívání a dospělost, jako klaustrofobie, agorafobie apod., jsou u malých dětí vzácné a vznikají právě až v období dospívání.

Dalším rizikovým věkem je období kolem 8-10 let, kdy je zvýšená úzkostnost. Dítě dospívá k plnému pochopení pojmu smrti s její univerzalitou a nezvratností. Řada dětí se může začít bát tmy s představou možných číhajících nebezpečí, šumění větru, drobných šramotů apod.

2.1 Klasifikace úzkostných poruch

Klasifikace úzkostných poruch vychází z diagnostického manuálu Mezinárodní klasifikace nemocí, konkrétně z aktuální 10. revize z roku 1992. V tomto manuálu došlo k hlubšímu rozlišení úzkostných poruch (agorafobie, sociální fobie, specifické fobie) a jiných úzkostných poruch (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostná porucha). V epidemiologických studiích bylo zjištěno, že tyto diagnostické jednotky se neliší jen symptomatologií, ale také průběhem a specifickou potřebou farmakoterapie i psychoterapie. U méně závažných forem poruch jsou obvykle smíšené symptomy (nejčastěji kombinace deprese a úzkosti). V MKN-10 není mezi úzkostné poruchy řazena posttraumatická stresová reakce a obsedantně-kompulzivní porucha.

Úzkostné poruchy podle MKN-10 (1992):

F40 Fobické úzkostné poruchy

F 40.0 Agorafobie

F 40.1 Sociální fobie

F 40.2 Specifické (izolované) fobie

F 40.8 Jiné fobické úzkostné poruchy

F 40.9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná

F 41 Jiné úzkostné poruchy

F 41.0. Panická porucha

F 41.1. Generalizovaná úzkostná porucha

F 41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha

F 41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy

F 41.8 Jiné specifické úzkostné poruchy

F 41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná

2.2 F40 Fobické úzkostné poruchy

Fobické úzkostné poruchy jsou někdy společně s jinými úzkostnými poruchami označovány jako Úzkostné poruchy. U skupiny těchto poruch je právě úzkost dominujícím příznakem, i když úzkost obecně je pokládána za jádro většiny neuróz. (Zvolský, 1996, s. 107)

„Při setkání s ohrožujícími nebo stresovými situacemi většina z nás prožívá úzkost a napětí. Tyto pocity jsou normální, i když nepříjemně prožívanou, adaptivní reakcí na stres, který pomáhají zvládat. Úzkost považujeme za abnormální tehdy, když představuje neadekvátní reakci na podnět, když je nepřiměřená co do své intenzity, trvá i po odstranění vyvolávajícího, podnětu nebo je spojená s maladaptivním chováním a vyskytuje se v situacích, které většina lidí zvládne bez větších nesnází. Tato úzkost nepomáhá jedinci při zvládnutí ohrožující situace“ (Zvolský, 1996, s. 107)

Pokud jedinec pociťuje výraznou úzkost v přítomnosti určitého podnětu nebo v situacích, které většina lidí nepovažuje za příliš nebezpečné, trpí právě fobií. Jedinec si uvědomuje, že jeho obava je iracionální, ale přesto prožívá úzkost, kterou lze zmírnit tím, že se jedinec těmto podnětům a situacím vyhýbá.

Mezi Fobické úzkostné poruchy řadíme agorafobii, sociální fobie, specifické (izolované) fobie, jiné fobické úzkostné poruchy a fobickou úzkostnou poruchu nespecifikovanou.

2.2.1 Agorafobie (F40.0)

Pojem agorafobie tak, jak ho známe dnes, pochází z roku 1871, kdy byla podrobně popsána Westphalem. Ovšem chorobný strach z otevřených prostranství popsal již Hippokrates. Slovo agorafobie vzniklo ze starořeckého fobos = strach a agora = tržiště. Tento strach je mimo běžnou kontrolu a vede k vyhýbání se ohrožujícím situacím.

Agorafobie je hlavně strach z otevřených prostranství, ale zahrnuje také strach z opuštění domova, strach ze samostatné chůze po ulici, strach z cestování dopravními prostředky, ze vstupování na veřejná místa jako jsou například obchody, divadla apod. Dále sem patří i strach z uzavřených prostor neboli klaustrofobie.

Pokud lidé trpí agorafobií, tak se nejlépe cítí doma. Pokud se vzdalují od svého domova, úzkost se zvyšuje a strach narůstá. Občas těmto lidem pomáhá, když se někoho

dotýkají, když se mohou někoho nebo něčeho (např. opírají se o hůl) přidržet. Automaticky přepokládají, že pokud by se jim nepodařilo včas z ohrožující situace uniknout, přihodí se jim nějaká katastrofa – přestanou se ovládat, omdlí, zkolabují apod. Počet těchto ohrožujících situací se zvyšuje a může být následkem toho, že jedinec poté nemusí být schopen vůbec vycházet z domova. Pokud má úzkost vzniklá ve specifické situaci intenzitu panické ataky, diagnostikuje se agorafobie s panickou poruchou (F 40.01), přičemž fobická porucha je považována za primární, zatímco panické ataky obvykle vyjadřují její tíži.

Pro agorafobii jsou typické následující charakteristiky - strach pobývat na místech, odkud není možný útek v případě nevolnosti nebo panického záchvatu nebo kde není dostupná pomoc; vyhýbání se těmto místům; nevolnost, úzkost až panický záchvat při expozici obávané situaci s typickým vegetativním doprovodem

Typické fobické situace u agorafobie jsou dopravní prostředky (vlak, autobus, metro, tramvaj, pohyblivé schody apod.), nakupování (obchodní domy, samoobsluhy), volná prostranství (náměstí, parkoviště, hřiště), široké ulice, sály (kina, restaurace, divadla, koncertní sály, výstavy apod.), tunely, podchody, mosty, viadukty, pobyt mimo domov, vzdálení se z domova, pobyt doma o samotě, čekání v řadě, davu, frontě, na zastávce, dopravní zácpa, les, přehrada, neznámá či osamělá místa, nedostupnost telefonu.

Mezi diagnostická kritéria MKN-10 pro agorafobii patří zřetelně a jednoznačně vyjádřený strach nejméně ze dvou následujících situací nebo vyhýbání se jim, a to pobyt v davu, pobyt na veřejném prostranství, cestování bez doprovodu, opuštění domova.

V zátěžové situaci se musí alespoň jednou společně vyskytnout nejméně dva příznaky úzkosti, přičemž jeden z nich musí patřit do skupiny příznaků vegetativního podráždění:

Příznaky vegetativního podráždění jsou palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls, pocení, chvění nebo třes, sucho v ústech.

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha jsou obtížné dýchání, pocit zalykání se, bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku, nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše).

Příznaky týkající se duševního stavu jsou pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy; pocity, že objekty nejsou reálné, že jedinec je mimo; strach ze ztráty kontroly, ztráty vědomí, „zešílení“; strach ze smrti.

Mezi celkové příznaky patří návaly horka nebo chladu, pocity znecitlivění nebo mravenčení.

Vyhýbání se nebo úzkostné příznaky způsobují výraznou emoční nepohodu a jedinec si uvědomuje, že tyto pocity jsou přehnané nebo nesmyslné.

Příznaky jsou omezeny na obávané situace, či se v nich převážně vyskytují nebo jsou očekávány.

Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria: Strach nebo vyhýbání se nejsou výsledkem bludů, halucinací nebo jiných poruch - jako jsou organické duševní poruchy, schizofrenie a příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně-kompulzivní porucha - ani důsledkem ve společnosti tradujících pověr.

Mezi vybrané faktory ovlivňující intenzitu příznaků u agorafobie patří druh dopravního prostředku apod., doba čekání ve frontě, na zastávce, místo v dopravním prostředku (za řidičem, u dveří), přítomnost zdravotníka nebo lékaře;), možnost ze situace kdykoliv uniknout, nálada, přítomnost „bezpečných“ osob (příbuzní, přátelé), množství přítomných lidí, menstruační cyklus, trvání expozice, poloha těla (sezení, stání), dostupnost zdravotnického zařízení, přítomnost jiného stresu, léky, alkohol nebo jiné drogy (včetně kouření a kávy), předchozí příprava, počasí, roční období, druh činnosti, vzdálenost od východu, okolní teplota, výška barometrického tlaku.

Agorafobie bývá 2-3krát častější u žen než u mužů. Většinou začíná v mladším dospělém věku mezi 23. - 29. rokem života, léčba začíná kolem 34. roku. Průběh neléčené poruchy bývá chronický a vlnovitý. Asi u 30-40 % postižených v průběhu let příznaky plně ustoupí, asi u 50% zůstávají dlouhodobé příznaky a u 10-20 % se stav udržuje léta a vede k invaliditě. Úspěšnost léčby je vysoká - 50-70 % pacientů reaguje velmi dobře na léčbu a dalších 20 % cítí mírné zlepšení.

Mezi časté psychosociální důsledky agorafobie patří například ztráta zaměstnání, finanční potíže, manželské problémy a sexuální nesoulad. Agorafobikové se často uchylují k alkoholu nebo jiným drogám, aby své symptomy zvládli.

Agorafobie bývá v dětském věku vzácná. Pokud se objeví, je to nejčastěji kolem 6. roku věku dítěte a souvisí s nástupem do školy a tím vyvolanou změnou dosud pevného životního režimu.

2.2.2 Sociální fobie (F40.1)

Základním projevem sociální fobie je silný a trvalý strach z jedné nebo více sociálních situací a výrazné vyhýbání se těmto situacím. To sice vede ke snížení úzkosti, ale za cenu ochuzení se života. Pacienti většinou vědí, že jejich strach je nadměrný, neodůvodněný a nedůstojný. To jim však nepomáhá. Dostavuje se strach z očekávání strachu, strach ze strachu. Podobné formy strachu se mohou v menší míře objevovat i u zdravých osob. Tato fobie je velmi rozšířená. Pokud však není adekvátní léčba, často postiženého jedince vyřadí z normálního života. Omezuje jeho schopnost vzdělávat se, být úspěšným v pracovní kariéře, postihuje i schopnost navázat partnerský vztah. (Praško, 2005, s. 284)

Lidé trpící sociální fobií cítí nervozitu a napětí ve společnosti jiných lidí. Nejčastěji jde o strach z odmítnutí, kritiky nebo hodnocení druhými. Takový jedinec se obává hodnocení týkajícího se například jeho vzhledu, chování nebo charakteru a má obavy, co si o něm druzí budou myslet. Touží udělat dobrý dojem, ale je přesvědčený o tom, že udělá dojem nejhorší. Proto se snaží vyhýbat situacím, o kterých si myslí, že by k tomu mohlo dojít.

Sociální fobie se projevuje strachem ze sociálních situací. Vzniká obvykle kolem puberty, nejčastěji ve věku mezi 14 a 20 lety. Je to tedy v období vývoje, kdy je častá stydlivost. Avšak kolem 80-90 % lidí má někdy ve svém životě období, kdy se nadměrně stydí. Mladí mají běžně strach z oslovení opačného pohlaví, z první schůzky apod. U lidí se sociální fobií však nedojde k adaptaci a snížení studu v těchto situacích. Naopak se na ně časem stanou přecitlivější.

V klinické praxi tvoří sociální fobie asi 30 % všech fobií. Je to druhá nejčastější fobie po agorafobii. Sociální fobie je však relativně málo diagnostikována. Jednak proto, že se pacienti stydí kvůli těmto problémům vyhledat odborníka. Domnívají se, že jejich úzkost v sociálních situacích je jejich povahovým rysem a také se obávají nálepky psychické poruchy. Ovšem i odborníci na tuto kategorii často nemyslí. Hendikepy způsobené touto fobií mají dopad na ekonomickou situaci postižených jedinců. Většina z postižených patří mezi skupinu s nižšími příjmy a více než 20 % z nich je finančně závislých na invalidním důchodu nebo jiném typu sociálních dávek. Postižení jedinci mohou mít vyšší úroveň inteligence než jaká odpovídá jejich vzdělání. Bývá to vysvětlováno vlivem této poruchy na schopnost vzdělávat se. (Praško, 2005, s. 285-286)

Tato fobie u rodičů znamená velmi silné riziko pro rozvoj fobie, deprese, závislosti na alkoholu a pro jinou úzkostnou poruchu u adolescentů. Mezi další rizikové faktory patří například chybění blízkého vztahu u dospělých, u chlapců nebýt prvorozeným, partnerský konflikt mezi rodiči, psychická porucha u rodiče, časté stěhování v dětství, útky z domu, špatné známky ve škole. (Praško, 2005, s. 286)

Sociální fobie je stejně častá jak u žen tak u mužů. Nezáleží na inteligenci, vzdělání, ekonomickém zázemí ani zaměstnání. Dokonce i učitel může mít extrémní strach z rodičovských schůzek, vedoucí podniku ze schůzí s podřízenými či lékař z jednání na úřadech.

Člověk trpící sociální fobií se bojí společenského styku s jinými lidmi. Nemůže v jejich přítomnosti mluvit, jíst, psát, telefonovat apod. Jádrem tohoto strachu je obava ze zvědavých či pátravých pohledů jiných lidí. Mnoho lidí se často obává, že se v dané situaci přestanou ovládat a začnou panikařit. Tento strach také bývá spojen s touhou vyhnout se dané situaci. To následně vede k vyhýbání se pobytu ve společnosti, zejména v malých skupinkách. Lidé trpící sociální fobií tráví nejráději čas doma, nechodí mezi lidi, odmítají pozvání do společnosti, nezvou návštěvy apod. V zaměstnání se vyhýbají personálu, kolegům, schůzím i neformální zábavě při práci. Sociální fobie jsou obvykle spojeny s nízkým sebehodnocením, obavou z autorit a strachem z kritiky. (Praško, 2005, s. 19-20)

Mezi základní rysy sociální fobie patří strach ze zkoumavých pohledů jiných osob v sociálních situacích; výrazný a přetrvávající strach z pobývání v situacích, ve kterých se mohou objevit rozpaky nebo ponížení; vyhýbání se obávaným situacím; tento strach je ohromující a vyvolává výrazný distres.

Mezi nejběžnější příznaky sociální fobie patří strach z toho, že se druzí na vás dívají; strach z toho, že se znemožníte; strach z toho, abyste nebyli středem pozornosti; strach z toho, že se budete nepřírozně chovat; strach z večírků; strach jíst před lidmi; strach ze schůzí, setkání; strach z použití veřejných toalet; strach mluvit před skupinou; strach psát na veřejnosti např. vyplňovat formuláře); strach mluvit před autoritou; strach navázat konverzaci a udržovat ji; strach říct si o to, co člověk potřebuje a má na to právo; strach říct ne; vyhýbání se sociálním situacím; nepříjemné tělesné příznaky při expozici (červenání se, třes, sevřené hrdlo, pocity na zvracení, bušení srdce, pocení, potíže s dechem, nutkání na močení nebo stolici).

K tomu, aby mohla být sociální fobie vůbec diagnostikována, jsou důležitá kritéria. Podle MKN-10 z roku 1996 je pro diagnózu potřeba jak strach pacienta ze sociálních situací tak vyhýbavé chování a alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci, a to společně s jedním z následujících příznaků – červenání se nebo třes, strach ze zvracení, potřeba nebo strach z močení nebo defekace. Také musí být přítomen alespoň jeden z následujících znaků, kdy pacient má výrazný strach, aby nebyl středem pozornosti nebo aby se nechoval trapným nebo ponižujícím způsobem nebo se nápadně vyhýbá situacím, kde by byl středem pozornosti nebo kde by měl strach z trapného nebo ponižujícího chování. Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmto příznakům a jedinec si je vědom, že jsou přehnané a nesmyslné. Příznaky se omezují na obávané situace nebo jejich očekávání, nebo v těchto situacích převažují.

Všechny uvedené symptomy nesmí být důsledkem halucinací, bludů nebo jiných poruch, jako jsou organické duševní poruchy, schizofrenie a příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně-kompulzivní porucha, a nejsou výsledkem obecně rozšířených pověr.

Léčba sociální fobie je možná dvěma způsoby, a to léčbou léky nebo léčbou psychoterapií. Pouze samotná léčba ukazuje výrazné zlepšení u 70-80 % nemocných. Podobné výsledky dosahuje i léčba psychoterapií. Pokud by léčba jedním způsobem nepomohla, je možná i kombinace obou způsobů.

2.2.3 Specifické (izolované) fobie (F40.2)

Specifické (izolované) fobie jsou omezeny na vysoce specifické situace, například na blízkost určitých zvířat, hmyzu, na výšky, létání letadlem, návštěvu zubaře, požívání některých jídel, pohled na krev či jiná zranění, atd. Spouštěcí objekt nebo situace může vyvolat silnou úzkost až záchvat paniky. Jedinec se poté situacím, které fobie vyvolávají, vyhýbá.

Jako specifickou fobii označujeme iracionální strach z určitého konkrétního objektu nebo situace, který je obvykle omezen jen a pouze na konkrétní situaci nebo objekt. Postižený netrpí příznaky úzkosti do doby, kdy se setká nebo obává předem setkání s předmětem fobie. Strach a úzkost jsou tak zahlcující, že vedou k nadměrnému stresu a působí problémy v běžném fungování v životě. I když může být spouštěcí situace nenápadná, může její přítomnost vyvolat paniku jako u agorafobie nebo sociální fobie.

Rozeznáváme tři důležité komponenty, a to *anticipační úzkost*, která znemožňuje nebo omezuje možnost konfrontace s fobickým podnětem, *jádrový strach samotný*, *vyhýbavé chování*, kterým se snaží postižení úzkost minimalizovat.

Subjektivně, fyziologicky ani v projevech chování nejde strach u fobie odlišit od jiných typů úzkosti. Může se pohybovat od mírného pocitu nepohody až k děsu. Úzkost se nezmiří ani v případě, že ostatní nepovažují danou situaci za nebezpečnou. Pouhé pomýšlení na to, že se jedinec dostane do kontaktu s předmětem fobie, vyvolá obvykle anticipační úzkost.

Některé ze situací mají i pro lidi netrpící fobií v sobě nějaký vztah k nebezpečí, a proto nám tyto fobie připadají pochopitelné, i když jejich intenzita se zdá být přehnaná. Většina lidí má například pocit nejistoty ve velké výšce nebo strach při letu v turbulenci.

Další typ fobií mě nějaký vztah k reálnému nebezpečí, i když většina lidí tomuto nebezpečí nepřikládá velkou váhu, např. fobie z cestování lodí, nebo fobie z bouřky. Pak jsou fobie, u kterých reálné nebezpečí neexistuje, jako je fobie ze tmy, z myší, pavouků apod.

Podle označení fobie vzniklo exotické názvosloví jako zoofobie (strach ze zvířat), arachnofobie (strach z pavouků), ailurofobie (strach z koček), klaustrofobie (strach z uzavřených prostor) apod. Moderní pojetí rozděluje specifické fobie do subtypů na *přírodní* (bouřka, voda, výšky apod.), *ze zvířat* (psi, kočky, pavouci apod.), *z injekce, krve a zranění*, *z určitých míst* (letadla, auta, výtah, most, uzavřené prostory apod.), *jiné* (ze zvracení, zakuckání se, z nemoci apod.).

Jednotlivé subtypy se liší věkem počátku, rodinným výskytem a fyziologickými reakcemi na fobické podněty.

Pravděpodobně se jedná o nejrozšířenější psychickou poruchu vůbec. V průběhu života postihne kolem 11,3 % populace. Je přibližně dvakrát častější u žen než u mužů. Vzniká nejčastěji v dětství nebo v rané dospělosti. Pokud se neléčí, může přetrvávat desítky let. Věk počátku je u jednotlivých subtypů odlišný. Například fobie jako strach ze zvířat, ze tmy, z duchů apod. se častěji objevují v dětství a mohou v průběhu času slábnout. Uvádí se, že průměrný věk počátku fobie ze zvířat je 4,4 let věku. Pokud se lidé nesetkávají s fobickým podnětem, jsou bez jakýchkoliv příznaků, avšak může se stát, že specifická fobie výrazně omezí život. Někteří jedinci mohou přestat vycházet na ulici nebo se například podrobit povinnému očkování pro fobii z injekce.

Aby bylo možné specifické fobie diagnostikovat, musí být přítomen alespoň jeden z následujících znaků - výrazný strach ze specifických věcí nebo situací, které nejsou zahrnuty v agorafobii nebo v sociální fobii a/nebo zřetelné vyhýbání se specifickým věcem nebo situacím, které nejsou zahrnuty v agorafobii nebo sociální fobii.

Specifické fobie začínají v průměru kolem 15. roku věku. Počátek jednotlivých subtypů však bývá různý. Méně často se začíná rozvíjet v pozdějším věku po traumatickém zážitku (například pokousání psem). Některé fobie začínající v dětství spontánně vymizí v dospělosti, velká část jich oslabí a část zůstává beze změny. Avšak na rozdíl od agorafobie nemá specifická fobie v dospělosti tendenci k výraznějším změnám intenzity potíží a neléčená může trvat celý život.

Při stanovení diagnózy je třeba odlišit specifické fobie od ostatních poruch, kde strach a vyhýbavé chování hrají podstatnou roli. Je třeba odlišit specifickou fobii od *agorafobie* a *sociální fobie*. Úzkost u specifické fobie je vázaná na určitý konkrétní objekt a v jiných situacích se neobjevuje. Jak agorafobie, tak sociální fobie jsou rozšířeny přes celou řadu situací. Dále nesmíme diagnózu zaměňovat s *posttraumatickou stresovou poruchou*, kdy se vyhýbáme situacím a předmětům připomínajícím trauma. Kromě zjevné souvislosti s traumatickou událostí se objevují další typické příznaky, jako jsou flashbacky nebo noční můry. Při výskytu *poruch příjmu potravy* můžeme zpočátku příznaky přikládat specifické fobii. Ovšem důvod vyhýbání se jídlu je v přání snížit váhu a navíc jsou zde další příznaky, jako je zvracení, bulimické záchvaty, užívání projímadel apod. U *schizofrenie* a *psychotických poruch* se může objevit strach ze specifických situací. Avšak důvod strachu je bludný. Další příznaky jako bludné myšlení, poruchy vnímání atd. ukazují na vážnější poruchu. V průběhu *depressivní epizody* se může objevit nadměrný strach z určitých objektů, je ale založen na depresivním přesvědčení, že postižený není schopen situaci zvládnout. Například má strach z výšek, protože je přesvědčen, že by neodolal nutkání z výšky skočit. Také *obsedantně-kompulzivní porucha* se může projevit nadměrným strachem a vyhýbání se situacím nebo místům s možností nákazy. Ovšem jako další se objevují obsese a impulze, které u specifické fobie chybí.

Během několika let se prokázalo, že nejúčinnější je expoziční léčba, která vyžaduje opakovaný kontakt s obávanými stimuly.

Strach z věcí, které nejsou ohrožující, se v dětském věku objevují často. V předškolním věku se na něm spolupodílí dětská fantazie. Podnětem k rozvoji strachu

mohou být strašidelné příběhy či postavy nebo drastické scény ze života. V předškolním věku se objevují strachy ze zvířat, z cizích lidí, ze tmy apod. Kolem devátého roku dítěte se objevuje strach z injekce, krve a zranění.

Dětské fobie časem ustupují, popřípadě se s pokračujícím vývojem mění. Léčbu je nutno přizpůsobit věku dítěte. U předškolních dětí jde především o rodinnou terapii, u starších dětí a adolescentů je vhodný komplexní přístup, kdy dochází také ke spolupráci s rodiči, rodinným lékařem a školou a k léčbě psychoterapií.

2.3 F 41 Jiné úzkostné poruchy

Jedná se o poruchy, u nichž jsou hlavními symptomy projevy úzkosti a které nejsou omezeny na žádnou specifickou spouštěcí reakci.

Mezi jiné úzkostné poruchy patří *panická porucha*, *generalizovaná úzkostná porucha* a *smíšená úzkostně-depresivní porucha*.

2.3.1 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)

(F41.0)

„Srdce běží rychle a nebezpečně tak, že rychle tluče a naráží na žebra... kůže se náhle stává mrtvolně bledou jako při hrozící mdlobě... s pocitem hrozného strachu... ve spojení s narušenou akcí srdce, dýchání je rychlé... z nejvíce viditelný příznaků je třes všech svalů na těle.“ Charles Darwin

Základním rysem panické poruchy jsou opakované záchvaty masivní úzkosti, neboli paniky, které nejsou omezeny na žádnou konkrétní situaci. Nelze je předvídat. Tyto záchvaty jsou spontánní epizody extrémní úzkosti, které přicházejí znenadání, bez varování. Při záchvatu dochází k rozvoji intenzivního strachu, dojmu, že se něco hrozného přihodí a pocitu ztráty kontroly. Ataka je spojena s řadou nepříjemných tělesných příznaků, jako je bušení srdce, bolest na hrudi, pocity dušení, závratě a pocity neskutečnosti. V úzkostných myšlenkách se objevuje strach z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo ze zešílení. Postižený se často snaží utéci, ať už je kdekoliv. Jednotlivé ataky obvykle trvají několik minut, ale výjimečně i dvě hodiny. Po odeznění může přetrvávat třes, napětí a vyčerpání. Většina pacientů mívá také záchvaty paniky v noci (noční panické ataky). Na panickou ataku

často navazuje trvalý strach z dalšího záchvatu. Jedinci se také mohou domnívat, že dostali například infarkt nebo mrtvici, a proto se často nechávají odvézt na pohotovost. (Praško, 2005)

Mezi diagnostická vodítka panické poruchy patří náhlé a nečekané záchvaty vegetativních (bušení srdce, pocení, chvění nebo tře, dušnost, zalykání se, vertigo, nauzea nebo bolest břicha, bodání v hlavě apod.) nebo psychických příznaků (depersonalizace, derealizace); během záchvatu silná úzkost nebo strach (ze smrti, ztráty kontroly, vědomí); často katastrofická interpretace – příznaky vážné nemoci (infarkt, iktus, oslepnutí, rakovina apod.);

krátké trvání (zpravidla minuty); může se objevit v noci ze spánku; anticipační úzkost; sekundárně často strach být sám nebo se vzdálit z míst, kde je dostupná pomoc.

Panická porucha se nejčastěji poprvé objevuje mezi 15. až 24. rokem, méně často mezi 45. až 54. rokem. Nejčastěji léčbu vyhledávají lidé kolem 34 let věku. Studie ukázaly, že celoživotní prevalence panické poruchy se pohybuje mezi 1,4-3,5 % populace s roční prevalencí 2,3 %. V uvedených případech je panická porucha dvakrát častější u žen než u mužů. Pacienti s panickou poruchou tvoří až 12 % všech nemocných, kteří opakovaně vyhledávají lékařskou pomoc. (Praško, 2005)

Nejrozsáhlejší epidemiologická studia sponzorovaná Světovou zdravotnickou organizací přinesla zajímavé výsledky. Studie probíhala ve 14 různých zemích. Z pacientů, kteří v posledním měsíci zažili jeden panický záchvat, trpělo 99 % depresí nebo úzkostnou poruchou. Vyšší výskyt panické poruchy je ve městech, u vdov, rozvedených nebo u lidí žijících separovaně. Dalšími rizikovými faktory jsou nedokončené vzdělání, časná ztráta rodiče a fyzické nebo sexuální zneužívání.

Podle MKN-10 je pro diagnózu panické poruchy nutný výskyt panických záchvatů, které nejsou spojeny s žádnou specifickou situací. Začínají náhle, musí mít alespoň čtyři tělesné nebo psychické příznaky (uvedení níže). Klinická diagnóza panické poruchy je charakterizována přítomností panických atak, vyhýbání se situacím, ve kterých jedinec už panickou ataku zažil a trvalou obavou ze znovuobjevení se nové ataky. Jedinec trpící panickou poruchou zažívá opakované panické ataky, které nejsou v přímé souvislosti s určitou situací nebo objektem a které se často objeví spontánně, tj. epizody nelze předvídat. Panické

ataky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.

Panická ataka je charakterizována všemi následujícími znaky- je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu, začíná náhle, dosahuje maxima během několika málo minut a trvá nejméně několik minut, musí být přítomny alespoň čtyři z níže uvedených příznaků, přičemž jeden z nich musí být z příznaků vegetativního podráždění:

Příznaky vegetativního podráždění jsou palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep, pocení, chvění nebo třes, sucho v ústech.

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha jsou obtížné dýchání, pocit zalykání se, pocity dušení, bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku, nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše).

Příznaky týkající se duševního stavu jsou pocity závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy; pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace); strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí; strach ze smrti.

Mezi celkové příznaky patří návaly horka nebo chladu a pocity znecitlivění nebo mravenčení.

Rozlišujeme dva stupně panické poruchy, a to středně těžkou, kdy jsou alespoň čtyři panické ataky v období čtyř týdnů, a těžkou, kdy jsou alespoň čtyři panické ataky za týden po dobu čtyř týdnů.

Léčba bývá převážně farmakologická. Teprve po podání zklidňujících medikamentů můžeme začít pracovat s psychikou jedince.

Zastoupení jednotlivých symptomů u mladistvých s panickou poruchou je srovnatelné s údaji u dospělých pacientů. U dospělých jedinců bývá panická porucha až v 67 % případů doprovázena nějakou další poruchou. Mezi nejvíce uváděné patří agorafobie, depresivní porucha, generalizovaná úzkostná porucha, specifické fobie, sociální fobie, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická porucha, závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, bipolární porucha, dystymie¹ a poruchy osobnosti.

¹ **Dystymie** je porucha nálady, která spadá do oblasti deprese a je považována za její lehčí formu. Dystymie je někdy také označována jako chronická deprese. Dystymie je diagnostikována tehdy, pokud je depresivní nálada přítomna po většinu dne po dobu dvou let s přerušáním ne delším než dva měsíce. Kromě

Již v prvních popisech panické poruchy se objevovaly úvahy o možném vztahu k úzkosti v dětském věku. Nejprve bylo upozorněno na separační poruchu, později se do centra pozornosti dostávají temperamentové charakteristiky – citlivost k úzkosti a behaviorální inhibice. Kromě souvislosti s úzkostnými poruchami v dětství je zkoumán i význam rodinné zátěže, depresivního onemocnění, traumatických zážitků a abúza návykových látek – nikotinu, kanabinoidů a stimulancií.

Léčba panické poruchy u dětí a adolescentů probíhá pomocí farmakoterapie a psychoterapie. Již od první fáze terapie jsou rodiče považováni za důležité účastníky terapeutických sezení. V případě dětských pacientů mohou rodiče zůstat aktivní i v dalších krocích. Hrají pak roli jakýchsi „trenérů“, kteří některé techniky nacvičují spolu s dítětem a zároveň je za zvládnuté postupy odměňují. Děti si pak mohou zvolit menší odměnu za krátkodobé úspěchy a významnější odměnu za dobrou spolupráci v delším časovém období, obvykle jednom týdnu. Nedoporučuje se ovšem dítě trestat, pokud stanovených cílů nedosáhne. U adolescentů není z vývojového hlediska vhodné ponechávat odměňování na rodičích. Pacient sám by si měl dopředu stanovit vlastní pravidla odměňování za „dobrou práci“. (zdroj: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/03/05.pdf>)

2.3.2 Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

Generalizovanou úzkostnou poruchu můžeme definovat jako všeobecnou a trvalou úzkost, která není omezena na určité situace, objekty ani situace a která se týká každodenních záležitostí a jejich zvládnání. Typickým projevem poruchy je nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami. Jedinci neustále prolétají hlavou obavou, že se jemu nebo jeho blízkým něco stane, že něco nezvládne, ztrapní se před ostatními, někoho rozčlíí apod. To následně vede k úzkostnosti, podrážděnosti, zhoršenému soustředění, únavě a nepříjemným tělesným pocitům. Z tělesných příznaků dominuje svalové napětí, roztřesenost, závratě,

deprese musí být přítomny po tuto dobu alespoň dva následující příznaky: zhoršená chuť k jídlu nebo přejídání; poruchy spánku (nеспavost nebo nadměrná spavost); slabost nebo únava; snížená sebedůvěra; zhoršené soustředění nebo problémy s rozhodováním; pocit beznaděje. Tyto příznaky vyúsťují v sociální, pracovní, školní problémy. Tato porucha je chronické, dlouhodobé onemocnění. Dystymie může začít na počátku života nebo v dětství. Léčba může zkrátit její trvání nebo intenzitu příznaků. Jako léčba se používá psychoterapie, která pomáhá změnit způsob myšlení. (zdroj: <http://fobie.div.cz/dystymie.php>)

nevolnost, bolest hlavy, pocit sevření na hrudi a v krku, bušení srdce, nadměrné pocení, zažívací potíže s průjmy apod. Většinou je zhoršen spánek. Lidé trpící generalizovanou poruchou mají problém uvolnit se, odpočívat, vypnout. Tyto potíže se často zhoršují v době, kdy má postižený člověk více klidu a volnosti, například o samotě, o víkendech a dovolených, protože jeho pozornost není od úzkostných myšlenek odváděna vnějšími podněty.

Generalizovaná úzkostná porucha, označovaná také jako GAD (Generalized Anxiety Disorder), je relativně častá porucha. Jde o pátou nejčastější psychiatrickou poruchu. Roční prevalence dosahuje 3 až 8 %, celoživotní prevalence je mezi 5 až 15 %. Častěji se vyskytuje u žen než u mužů. Nejčastěji se vyskytuje kolem 25 let věku, ovšem není vyloučeno, že se může vyskytnout kdykoliv. Častěji se objevuje u lidí rozvedených, vdov nebo u separovaných vztahů. Díky převaze tělesných příznaků si většina pacientů odmítá připustit, že by se mohlo jednat o psychickou poruchu a proto ani nevyhledávají lékaře. Proto bývá tato porucha často přehlížena nebo podceňována, psychiatry nevyjímaje. V současnosti bývá léčena přibližně jen třetina pacientů s touto poruchou.

Pro diagnózu GAD podle MKN-10 je třeba, aby výrazné napětí, strach, obavy z každodenních problémů trvaly alespoň šest měsíců a dále jsou přítomny minimálně čtyři z následujících příznaků, z toho alespoň jeden je příznak vegetativního podráždění.

Příznaky vegetativního podráždění jsou palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls, pocení, chvění nebo třes, sucho v ústech.

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha jsou obtížné dýchání, pocit zalykání se, bolest nebo nepříjemné pocity v hrudníku, nauzea nebo břišní nevolnost (např. víření v břiše).

Příznaky týkající se duševního stavu jsou pocity závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy;

pocity derealizace a depersonalizace; strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí; strach ze smrti.

Mezi *celkové příznaky* patří návaly horka nebo chladu a pocity znecitlivění nebo mravenčení.

Příznaky napětí jsou napětí, pobolívání nebo bolesti ve svalech; neklid a neschopnost se uvolnit; pocity podráždění, nesnesitelného napětí nebo duševního přepětí; pocity „knedlíku v krku“ nebo obtíže s polykáním.

Další nespecifické příznaky jsou přehnaná reakce na malé překvapení nebo vyrušení, obtíže s koncentrací, neustálé podráždění, obtíže s usínáním kvůli strachu.

Poznámka: U dětí a adolescentů je rozsah obtíží, kterými se projevuje GAD, často chudší než u dospělých, a často jsou méně výrazné příznaky vegetativního podráždění.

Úzkostná porucha není způsobena somatickou poruchou, jako je hypertyreóza (=nadměrná činnost štítné žlázy), organickou poruchou nebo poruchou vyvolanou psychoaktivní látkou, jako je silná konzumace amfetaminu nebo abstinenční syndrom po odnětí benzodiazepanů.

GAD je možné léčit pomocí specifické psychoterapie, u lehčích forem je možné léčbu vést psychoterapeuticky nebo farmakoterapeuticky. Z dlouhodobého hlediska je vhodnější psychoterapie. U středně závažných a těžkých forem je na místě kombinace obou přístupů.

U některých dětí chronicky zvýšená hladina úzkosti přetrvává i ve školním věku. Úzkostnost je do značné míry podmíněný povahový rys. Vlivem konfliktních či traumatických zážitků se patologicky stupňuje. Děti s GAD jsou trvale v napětí, ve školním věku bývají častěji silně inhibované, ale někdy mohou být i pohybově neklidné, často mývají nejrůznější vágní a přechodné somatické obtíže (bolesti hlavy, bušení srdce, dechové obtíže) Dominujícím problémem je zejména množství nejrůznějších strachů.

Většina těchto dětí je celkově velmi nejistá, mívají oslabené sebehodnocení, neustále se obávají budoucích událostí a možného vlastního selhání. V úsilí po zvládnutí požadavků bývají až perfekcionistické. Jindy naopak plnění požadavků, například domácích úkolů, ze strachu před selháním dlouho odkládají a pak propadají panice. (Krejčířová, 2006)

3 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)

U obsedantně-kompulzivní poruchy, zkráceně OCD, jsou v popředí *obsese*, neboli úporné a vtíravé nežádoucí myšlenky, představy a impulzy, které vyvolávají úzkost a *kompulze*, což jsou neodolatelná nutkání provést určité úkony nebo rituály, které úzkost snižují. Obsedantní myšlenky jsou často spojeny s kompulzivním jednáním (například myšlenky na číhající choroboplodné zárodky vedou k nutkání umýt nádobí mnohokrát před jeho použitím). Bez ohledu na to, jestli je opakovaným prvkem myšlenka (*obsese*) nebo čin (*impulze*), je hlavním rysem poruchy subjektivní pocit ztráty kontroly. Jedinci se ze všech sil snaží zbavit nepříjemných myšlenek nebo odolat pokušení provádět opakované úkony, ale nedokážou to.

Každý z nás má občas vtíravé myšlenky a nutkání provést nějaký rituál. Lidem trpícím touto poruchou takové myšlenky a jednání zabírají tolik času, že vážně narušují jejich každodenní život. Uvědomují si, že jejich myšlenky jsou iracionální a nesnesitelné, ale nedokážou je ignorovat ani potlačit. Vědí o nesmyslnosti svého nutkavého chování, ale když se snaží tomuto nutkání odolat, zmocní se jich úzkost. Jakmile nutkavý úkon provedou, pocítí úlevu.

Nejčastěji se obsedantní myšlenky týkají ublížení sobě nebo druhým, strachu z nákazy a pochybností, zda byl určitý úkol splněn uspokojivě. Někteří lidé mají vtíravé myšlenky, aniž by prováděli opakované úkony. Kompulze mají řadu různých forem, přičemž dvě nejčastější jsou mytí a kontrolování. Jedinci posedlí mytím dokážou trávit celé hodiny při očistných rituálech a „kontrolaři“ dokážou i stokrát zkontrolovat dveře, okna, sporáky, atd. a opakují pořád dokola rituální úkoly. Jsou přesvědčeni, že svým jednáním dokážou odvrátit budoucí katastrofu či zabránit trestu. Někdy se rituály přímo vztahují k obsesi vyvolávající úzkost, jiné rituály nemají s obsesí racionální souvislost. Společným pozadím veškerého opakovaného chování je nejistota. Jedinci s OCD nedůvěřují svým smyslům nebo úsudku a nedůvěřují ani svým očím i když nevidí žádnou špínu nebo vědí, že dveře jsou zamčené. OCD souvisí s fobickými poruchami v tom smyslu, že obojí zahrnují silnou úzkost a mohou se objevit u stejného pacienta. Jsou mezi nimi ovšem zásadní rozdíly. Pacienti s fobií jen málokdy přemítají o svém strachu a nevykazují rituální kompulzivní chování. Každá porucha je také vyvolána jinými podněty. Lidem trpícím fobiemi jen málokdy dělá problémy špína,

choroboplodné zárodky a ublížení druhým lidem, což jsou běžné zdroje obav u OCD. (Svoboda, 2006)

Podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 by měly mít obsedantní symptomy tyto charakteristiky: pacient je musí uznávat jako své vlastní myšlenky a nutkání; musí existovat alespoň jedna myšlenka nebo čin, kterým se pacient neúspěšně brání, i když mohou být přítomny i jiné, jimž pacient neodolává; myšlenka nebo provedení činu nesmí být samo o sobě příjemné (pouhá úleva od napětí a úzkosti není v tomto smyslu považována za potěšení); myšlenky, představy nebo nutkání se musí nepříjemně opakovat.

Obsedantně-kompulzivní porucha často začíná v mladším školním věku. Pokud je ponechána bez léčby, stává se chronickým problémem. Obsedantní myšlenky jsou vyčerpávající, kompulzivní jednání zabírá postiženému jedinci mnoho času a bývá vysoce malaadaptivní (například někdy si myje ruce tak často, až mu krvácejí).

OCD se v průběhu života objeví u 1-3 % populace.

Léčba se provádí pomocí kognitivně-behaviorální terapie a může snížit příznaky až o 80 %. Je vhodné kombinovat ji s léčbou psychofarmatiky.

Obsedantně-kompulzivní chování dětí se fyziologicky objevuje kolem 2. roku života, dále mezi 8. - 10. rokem a v rané adolescenci. Obsedantně-kompulzivní porucha začíná ne dříve než po osmém roce věku. Pokud jsou popsány případy u mladších dětí, například kolem šestého roku věku, bývá u nich symptomatika sycena převážně kompulzivním jednáním bez obsedantních myšlenek. U většiny pacientů dochází v průběhu onemocnění k symptomovým změnám, například ve změně obsazích nutkavých myšlenek nebo v poměru obsesí a kompulzí. Někdy se symptomatika zmírní a přechází do podoby ego syntonní, jako například u anankastických poruch².

Uvádí se, že jedna třetina dospělých pacientů s OCD onemocněla před čtrnáctým rokem a jedna polovina před dvacátým rokem věku. Potíže občas začínají bez zřetelné souvislosti s vnějšími událostmi, jindy je možné vysledovat tzv. spouštěcí faktory, mezi které bývají nejčastěji řazeny zatěžující rodinné události (například stěhování, onemocnění, úmrtí,

² **Anankastická porucha (F60.5)** je porucha osobnosti označovaná jako extrémní puntičkářství, charakteristická je rigidita až paličatost, perfekcionismus, krajní lpění na řádu, pořádku, tradici a konvencích, nadměrná svědomitost v některých oblastech, ale i pochyby o vlastních schopnostech a možnostech. (zdroj: <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/anankasticka-porucha-osobnosti>)

rozvod rodičů), ale také onemocnění nebo úmrtí jiné blízké osoby (často vrstevníka). Spouštěcí faktory jsou spojovány i se zúzkostňujícími zážitky v souvislosti s masmediální percepcí násilí, katastrofy, neobvyklé nákazy.

Děti se symptomatikou této choroby jsou charakterizovány jako nejisté, úzkostné, perfekcionistické, bez humoru, pseudodospělé. Bývají nadprůměrně inteligentní, projevují rigidní morální normy a s tím související pocity viny a podle všeho mají i bohaté vnitřní fantazijní prožívání. Nejběžnější rituály u dětí se vztahují k mytí rukou, sprchování, koupání, čištění zubů, uklízení, rovnání předmětů. Potíže se mohou objevit při oblékání, kdy dítě není schopno adekvátně zacházet se svými věcmi. Obvyklá je obava ze špíny, znečištění, nákazy, obava z toho, že se něco stane například rodičům. Někdy si můžeme všimnout nekonečného přepisování sešitů a rovnání školních věcí.

Při psychoterapii dětí s obsedantně-kompulzivní symptomatikou se nejčastěji uplatňuje kognitivně-behaviorální přístup, který se soustřeďuje na vlastní symptomy. Dále psychodynamický přístup, který usiluje o změny v psychické struktuře dítěte, rodinná terapie, která pomáhá ke změnám v uspořádání vztahů a léčba prostředím. V těžkých případech vyžaduje léčba dítěte psychiatrickou hospitalizaci. (Kocourková, 2006)

4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)

Tato kategorie poruch obsahuje poruchy, které je možné identifikovat nejen na podkladě jejich symptomatologie a průběhu, ale i na základě příčinných vlivů. Tímto vlivem je buď mimořádně stresující zážitek, který vyvolal akutní stresovou reakci, nebo významná životní změna, vedoucí k trvale nepříjemným okolnostem, které mají za následek poruchu přizpůsobení. U těchto poruch se předpokládá, že jsou vždy přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu. Můžeme je pokládat za maladaptivní reakce na těžký nebo trvalý stres, protože narušují mechanismy úspěšného vyrovnávání se s ním, a tím vedou ke zhoršenému sociálnímu fungování. (Zvolský, 1996)

4.1 Akutní reakce na stres (F43.1)

Akutní reakce na stres je přechodná porucha, která se u jedince vyskytne bez jakékoli předcházející psychické poruchy jako bezprostřední reakce na výjimečný fyzický a/nebo psychický stres³, která obvykle odeznívá během několik hodin až dnů. Stresorem⁴ může být traumatický zážitek (například živelné pohromy, úraz, znásilnění, přepadení) nebo významná životní změna v sociálním postavení anebo sociálních vztazích jedince (například ztráta blízkých). Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li též přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory (například stáří). Individuální zranitelnost a schopnost zvládat stres ovlivňují výskyt a závažnost akutních reakcí na stres. Proto ne u všech lidí exponovaných mimořádnému stresu se tato porucha vyvine.

³ **Stres** je stav organismu, který je odezvou na nadměrnou tělesnou či psychickou zátěž. Stres má důsledky jak psychické, tak i fyziologické. Člověk při stresu pociťuje emočně negativní napětí, vzrušení, jindy utlumenost až apatii. Objevují se projevy zkratkovitého jednání, roztržitost, neschopnost psychické i fyzické relaxace. Zvyšuje se četnost chybných výkonů. Mohou být narušeny i poznávací procesy, paměť či pozornost. Z tělesných projevů bývá nejčastěji pocení, svalový třes, zrychlená frekvence dýchání, tepu srdce apod. (Holeček, 2003)

⁴ **Stresory** jsou příčiny, podněty, okolnosti vyvolávající stresovou reakci. Dělíme je na vnější (např. dlouhotrvající hluk, chlad, příliš velké teplo, cigaretový kouř apod.) a vnitřní (deprivace, nedostatek jídla, pití, spánku, pocity bolesti apod.) (Holeček, 2003)

Mezi příznaky akutní stresové reakce patří zúžené vnímání, vědomí a pozornost; dezorientace; stažení se do sebe až stupor (nadměrná strnulost a ztuhlost); hyperaktivita, agitovanost (tělesný neklid); přítomnost vegetativních příznaků (tachykardie, pocení, zčervenání).

Symptomy se objeví během několika minut a mizí během 2-3 dnů, často i během několika hodin. Na toto období může být částečná nebo úplná anamnéza.

Podle diagnostických kritérií MKN-10 rozlišujeme tři stupně akutní reakce na stres, a to mírný, střední a těžký. Pacient musí být vystaven mimořádné duševní nebo fyzické zátěži. Po odeznění vlivu zátěže okamžitě následuje rozvoj příznaků, již během jedné hodiny.

Při stanovení diagnózy je třeba sledovat, zda je bezprostřední a jasné časové spojení mezi neobvykle silnou zátěžovou situací a nástupem příznaků. Pokud k příznakům nedojde okamžitě, dostaví se obvykle během několika minut. Příznaky kromě toho ukazují smíšený nebo obvykle se měnící obraz (mimo to lze kromě počátečního stavu "omámení" pozorovat depresi, úzkost, zlost, zoufalství, hyperaktivitu a stažení, ale žádný typ symptomů dlouho nepřevládá) a rychle odezní (většinou během několika hodin) v těch případech, kdy je možné opustit stresující prostředí. V případech, kdy stres pokračuje nebo se nedá vzhledem ke své podstatě zrušit, příznaky se obvykle začínají zmenšovat za 24 – 48 hodin, obvykle jsou minimální asi po třech dnech.

Při léčbě je využívána podpurná psychoterapie, u těžších stavů krátkodobě používáme i psychofarmaka.

4.2 Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Posttraumatická stresová porucha vzniká jako zpožděná a/nebo protražovaná odezva na psychologicky traumatizující stresovou událost nebo situaci neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň (např. přírodní nebo člověkem způsobená katastrofa, boj, vážné neštěstí, přítomnost u násilné smrti jiných osob, osoba se sama stala obětí mučení, terorizmu, znásilnění nebo jiného zločinu). Pokud jsou přítomny predisponující faktory, jako např. osobnostní rysy (např. kompulzivní, astenické) nebo neurotické onemocnění v dřívější anamnéze, mohou snižovat práh pro rozvinutí syndromu nebo zhoršovat jeho průběh.

Mezi typické traumatické události patří přírodní a člověkem způsobené katastrofy (například záplavy, zemětřesení, požáry), boj, týrání, dlouhodobé věznění, mučení, loupeže a přepadení, znásilnění, nehody, ztráta zapříčiněná násilnou smrtí (přítomnost při sebevraždě, zabití apod.), dramatické změny zdravotního stavu (např. infarkt), ohrožující nezvyklé události (např. děsivý halucinatorní zážitek při otravě nebo po droze), přítomnost u takové události.

Mezi hlavní symptomy patří pocity otupělosti, nedostatek zájmu o činnosti, které postižený dříve vykonával, a pocit odcizení se lidem, odtržení od nich; opakované znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách a snech; úzkost, přehnané úlekové reakce, poruchy spánku, poruchy koncentrace pozornosti, nadměrná ostražitost.

Někteří jedinci mohou pociťovat vinu za to, že přežili, zatímco druzí zahynuli, případně mohou cítit vinu za svoje činy, které učinili pro vlastní přežití. Obvyklý je též strach z vjemů, které postiženému trauma připomínají a vyhýbání se jim. Častá je vegetativní hyperaktivace se zvýšenou dráždivostí, může dojít k atakám paniky nebo agrese, které jsou spouštěny zpětným vybavením si původního traumatu. (Zvolský, 1996)

Posttraumatickou stresovou poruchou trpí miliony lidí po celém světě, kteří byli vystaveni hroživé nebo katastrofické události, jako jsou například válečné události, mučení, únosy, zemětřesení, znásilnění, apod. Člověk však nemusí být přímo obětí, stačí, že je přítomen. Odborníci uvádějí, že v populaci trpí posttraumatickou stresovou poruchou přes 10 % lidí. Postihuje muže i ženy. Průběh poruchy může být různý. U někoho příznaky posttraumatické stresové poruchy odeznějí v průběhu času samy, u jiných lidí přetrvávají mnoho let, někdy celý život. Záleží na celé řadě faktorů, jako je vnitřní dispozice, osobnost člověka, pomoc druhých, životní podmínky apod. Posttraumatická stresová porucha bývá často komplikována depresí, zneužíváním alkoholu a také drog. (Praško, 2003)

Diagnostika posttraumatické poruchy se dělá tehdy, pokud vznikla do šesti měsíců po traumatizující události. Jestliže rozpětí bylo delší než šest měsíců, mohla by se ještě stanovit pravděpodobná diagnóza za předpokladu, že jsou klinické projevy typické a nelze určit jinou poruchu (např. úzkostnou, obsedantně-kompulzivní nebo depresivní epizodu).

K obvyklým příznakům posttraumatické stresové poruchy se u dětí přidávají ještě problémy s učením, problémy s pozorností a pamětí. Jsou úzkostné, nejisté, nadměrně závislé, někdy naopak útočné nebo sebepoškozující, jindy otupělé a vyhaslé.

Děti se hodně učí od svých rodičů nápodobou. Tím, že vidí, jak se rodiče chovají v problémových situacích, jak komunikují, zvládají stresující situace, zklamání a frustraci, se samy učí vlastnímu chování. Děti se také učí reagovat na stres v prostředí školy. Jako modely zde slouží učitelé a zásadní trénink probíhá v interakci mezi spolužáky. Zde si dítě vyzkouší různé strategie svého chování, zaujímá roli v kolektivu a vytváří si postoje k sobě i k druhým. Vývoj od dětství do dospělosti vytváří určitý styl myšlení, hodnocení a postojů k sobě samému, k druhým a ke světu vůbec. Jestliže je toto nastavení zkresleno negativními vzory a zážitky, snižuje výrazně odolnost ke stresu.

Základní léčbou je psychoterapie. Někdy je doplněna psychofarmaky. Léky mohou podpořit efekt psychoterapie. Potřebné jsou při nespavosti, těžkém nebo dlouhodobém průběhu při depresi apod. V těžších případech je psychoterapie sekundární léčebnou volbou.

4.3 Poruchy přizpůsobení (F43.2)

Poruchy přizpůsobení vznikají jako reakce na významnou životní změnu nebo následkem stresové životní situace (včetně ohrožení vážnou tělesnou nemocí). Projevují se subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí, které narušují sociální fungování a výkon v důležitých životních rolích. Stresovou událostí je míněn jakýkoliv střet se zevním prostředím, který vyžaduje změnu původního životního stylu a návyků (například ztráta blízké osoby, nemoc, ukončení studia, změny v zaměstnání, konflikty v rodině, narození dítěte, migrace, status uprchlíka). Taková událost nebo události jsou nezbytným spouštěčem poruchy a z velké části podmiňují její začátek. K rozvoji poruchy však nestačí, protože řada lidí podobné události zvládne bez rozvoje poruchy.

Zjevně záleží na adaptační kapacitě jedince, tj. schopnosti vypořádat se s určitým druhem problémů – přizpůsobit se jim nebo je řešit. Ovšem základním předpokladem zůstává, že porucha by nevznikla bez zátěžové situace.

Adaptační kapacita je závislá na celé řadě faktorů, včetně genetické výbavy, dovednostech naučených v průběhu života, osobnosti jedince. V určitém čase je navíc významně ovlivňována sociálním kontextem – vztahy, které jedince v určité situaci chrání nebo tuto situaci naopak zhoršují.

Příznaky mohou být různé a zahrnují zpravidla depresivní náladu, úzkost, obavy (nebo jejich kombinaci), pocit, že jedinec není schopen se vypořádat se současnou situací, plánovat

ji dopředu nebo v ní pokračovat. Typické je určité zhoršení výkonu každodenní činnosti. Zřídka se objevují také sklony k dramatickému chování nebo prudkým výbuchům násilí. Poruchy chování (například agresivní nebo dissociální chování) však mohou být přidruženým rysem, zvláště u adolescentů.

Porucha se objeví zpravidla do jednoho měsíce po výskytu se stresující události nebo životní změny a trvání příznaků zřídka překročí 6 měsíců, s výjimkou protrahované depresivní reakce.

Zahrnuje krátkodobou depresivní reakci, protrahovanou depresivní reakci, smíšenou depresivní a úzkostnou reakci, reakci s převládající poruchou jiných emocí, s převládající poruchou chování.

Diagnóza záleží na pečlivém zhodnocení vztahu mezi formou, obsahem a tíží symptomů; dřívější anamnézou a osobností; stresující událostí, situací nebo životní krizí.

Léčba se provádí hlavně formou podpůrné psychoterapie, u těžších případů se krátkodobě využívají psychofarmaka.

5 Disociační (konverzní) poruchy (F44)

Tyto poruchy se dříve nazývaly hysterická neuróza. Vzhledem k nejednotnému významu pojmu „hysterie“ se v současnosti od tohoto termínu upouští, i když je v psychiatrické praxi velmi často používán.

Disociačně konverzní porucha je částečná nebo úplná ztráta integrace mezi vědomím a pamětí, vlastní identitou nebo vnímáním okolí. Vzpomínky nebo myšlenky jsou disociovány od vědomé části psychiky a podílejí se na tvorbě řady psychických a tělesných příznaků. Většina těchto poruch vzniká pod vlivem zážitku psychického traumatu v dětství nebo v dospělosti.

Setkává se s dvěma základními pojmy, a to pojem *disociace a konverze*. *Disociace* je obranný psychický mechanismus, který jedinec nevědomě použije, když jeho psychika není schopna vyrovnat se s určitým psychickým obsahem. Osoba ho proto disociuje – oddělí od vědomé oblasti psychiky a nemusí se s ním vyrovnávat, což má často důsledky na celkovou stabilitu psychiky s následnou tvorbou příznaků. Disociace může nastat i u relativně zralého a psychicky vyrovnaného jedince v situaci neúnosné traumatizace, např. pokud je obětí znásilnění nebo jiného trestného činu. Jedinec poté může toto trauma trvale nebo dočasně vytěsnit, případně na ně má amnézii. Disociace se projevuje hlavně u jedinců, kteří byli v dětství opakovaně vystavováni neúnosné traumatizaci a poté ji nevědomě používají k vyrovnávání se s nepříjemnými zážitky. *Konverze* je psychický mechanismus, jehož vlivem je neúnosný psychický soubor pocitů, přání a myšlenek jedince nahrazen tělesným příznakem, většinou omezením motorických nebo senzorických funkcí.

Pokud jedinec musí čelit nadměrně zátěžové situaci, je schopen ji dočasně vytlačit z vědomí, aby byl schopen se s ní vypořádat. Vlivem konverze je psychický komplex myšlenek, pocitů a přání nahrazen tělesnými příznaky, projevujícími se jako somatické onemocnění.

U této skupiny poruch se předpokládá, že symptomy vznikají psychogenně (= jsou psychického původu), příčina není pacientovi vědomě známá, je tedy nevědomá, symptomy přinášejí pacientovi určitý zisk a vznikají psychickými mechanismy disociace nebo konverze.

Mezi disociačně (konverzní) poruchy patří **dissociativní amnézie**. Je to funkční porucha epizodické paměti, kdy chybí schopnosti vybavit si vzpomínku na konkrétní události. Nikoli

však dříve získané znalosti a dovednosti. Bývá omezena na jedno nebo více časových období, zapomenuté události jsou například zneužívání, manželský nesoulad, kriminální čin nebo smrt blízkých. U dissociativní amnézie není narušena schopnost ukládat nové informace. (Svoboda, 2006)

Dissociativní amnézie se může rovněž objevit bez zjevné provokující události, v těchto případech je způsobena vznikem nebo oživením psychického konfliktu, který je pro postiženého neúnosný a je mechanismem disociace odštěpen od vědomí. (Zvolský, 1996)

Dále sem patří **dissociativní fuga**. Tuto poruchu charakterizují náhlé, neočekávané útoky z domova, na které je částečná nebo plná amnézie. V některých případech může jedinec přijmout částečně i novou identitu. Jedinec si také nevzpomíná na svoji minulost, proto přijímá jinou identitu, odlišnou od obvyklé. Projevy jsou chudé, jednání automatické. Často začíná jako bezprostřední reakce na silný psychosociální stres a má krátké trvání, může však být způsobena i dlouhotrvajícím psychickým konfliktem. Odeznění je postupné, může k němu přispět i hypnóza. (Zvolský, 1996; Svoboda, 2006)

Dissociativní stupor obvykle nastává pod vlivem zážitku závažné události. Příčinou může být silná úzkost nebo nepříjemné emoční prožitky způsobené traumatickým zážitkem nebo psychickým konfliktem. Může trvat hodiny až dny a končí náhle. Jedinec sedí nebo leží bez hnutí, často v nepřírozené poloze, oči má většinou otevřené, nespí. Chybí jakékoliv pohyby a spontánní, normální reaktivita. Úplně nebo téměř úplně chybí řeč. Chybí reakce na vnější podněty jako je světlo, zvuky nebo dotek. (Zvolský, 1996; Svoboda, 2006)

Trans a stavy posedlosti, kdy *trans* je náhlá porucha vědomí. Jsou přítomné výrazné somatické příznaky, jako křik, kolaps či ztráta rovnováhy. Při transu dochází k primitivním jednoduchým projevům. Na tyto stavy bývá úplná amnézie. Vyskytují se například v primitivních kulturách nebo jsou součástí rituálních obřadů.

Stavy posedlosti představují komplexnější chování. Postižený jedinec věří, že je ovládán jinou osobností, duchem, božstvem nebo „silou“. Jedinec se také může zúčastnit různých netypických aktivit, například náboženské, sexuální nebo agresivní povahy.

Do této poruchy spadají pouze takové stavy transu, které jsou mimovolné a nechtěné a které se vtírají do obvyklých činností tím, že vznikají mimo náboženské nebo jiné kulturně přijatelné situace.

Dalšími poruchami jsou **dissociativní poruchy motoriky a asociativní křeče**. Poruchy uváděné níže bývaly dříve řazeny pod diagnózu konverzní hysterie. Charakteristická je pro ně ztráta či narušení pohybů nebo citů, která by ukazovala na somatickou nemoc, předpokládá se však, že jsou projevem psychického konfliktu nebo potřeby. Symptomy nejsou pod volní kontrolou a nelze je ani po důkladném tělesném vyšetření vysvětlit somatickou poruchou nebo známým patofyziologickým mechanismem. Nejčastější a nejklasičtější konverzní symptomy jsou ty, které imitují neurologickou poruchu, například paralýza, afonie (=ztráta hlasu), epileptický záchvat, slepota, zúžení zorného pole, anosmie (=ztráta čichu), atd. Méně často postihují vegetativní nebo endokrinní systém, může se objevit zvracení nebo falešné těhotenství.

Veškeré poruchy spadající do této kategorie zahrnují ztrátu – výpadek citů. Poruchy s přídatnými pocity, jako je například bolest a složitější pocity, zprostředkované autonomním systémem, spadají do somatoformních poruch.

Dissociativní porucha motoriky je ztráta schopnosti činit normální volní pohyby. Tyto poruchy se mohou vyskytovat pod obrazem imitujícím například ataxie (=porucha koordinace pohybů), afonie, dysarthrie, dyskineze, obrn, atd. Nejobvyklejším typem je ztráta schopnosti pohybovat končetinou nebo její částí, různé stupně nekoordinace (ataxie), zvláště u nohou, projevující se bizarní chůzí (astasie) nebo neschopností stát bez cizí pomoci (abasie). Může se objevovat přehnaný třes nebo chvění jedné nebo více končetin nebo i celého těla. Relativně časté jsou afonie a dysartrie. (Zvolský, 1996)

Dissociativní křeče jsou psychogenní neepileptické záchvaty. Používá se různá terminologie – hysterické záchvaty, pseudozáchvaty, konverzní záchvaty či psychogenní neepileptické záchvaty.

Dissociativní křeče se mohou podobat epileptickým záchvatům, pokud jde o pohyby, ale zřídka se vyskytuje pokousání jazyka, pohmožděniny následkem pádu a inkontinence moči. Nedochozí ke ztrátě vědomí nebo je vědomí nahrazeno disociačním stuporem nebo transem. K záchvatu dochází pouze v přítomnosti druhých osob. Často se také vyskytuje spolu s depresivní a úzkostnou poruchou.

Poslední skupinou jsou **disociační porucha citlivosti a poruchy senzorické**. Při těchto poruchách dochází k necitlivosti v oblasti kůže, většinou v oblasti končetin. Ztráta zraku je u disociačních poruch málokdy úplná a poruchy zraku se projevují spíše ztrátou

ostrosti nebo „tunelovým viděním“ se zúženým zrakovým polem. Při diagnóze je třeba odlišit tyto poruchy od slepoty a hluchoty.

Disociační (konverzní) porucha se klinickým obrazem nijak výrazně neliší u dětí a dospělých, u dětí bývá častěji jen přechodná a s lepší prognózou. Je ovšem nutno brát ohled na to, že u dětí je propojení tělesného a duševního dění větší než u dospělých a při vysoké míře emoční zátěže či silných intrapsychických konfliktech děti snadno reagují tělesným symptomem. V těchto případech je symptom převážně symbolickým vyjádřením základního emočního konfliktu či snahou o jeho řešení, z medicínského hlediska ovšem svými projevy neodpovídá známým anatomickým a fyziologickým zákonitostem (např. různé typy obrn, psychogenních bolestí nebo poruch citlivosti). Hlavně u malých dětí je tedy „reagování tělem“ větší než u dospělých. Osobnostní struktura dítěte nemusí být vážněji narušena, obvyklá je hlavně současně zvýšená hladina úzkosti, možný je i výskyt deprese. (Krejčířová, 2006)

6 Somatoformní poruchy (F45)

Mezi základní projevy těchto poruch patří tělesné symptomy připomínající tělesné poruchy. Projevují se opakovanými stížnostmi na tělesné příznaky a žádostmi o další lékařské vyšetření, i když jsou výsledky předchozích vyšetření opakovaně negativní a pacient je lékařem ujišťován, že příznaky nemají žádný tělesný podklad a vznikly tudíž v souvislosti s psychickými konflikty nebo potřebami. Tyto tělesné příznaky a s nimi spojené obavy jsou pro pacienta natolik nepříjemné, že vedou k závažnému stresu a narušují schopnost jeho fungování v sociálních a pracovních rolích.

Průběh somatoformních poruch bývá zpravidla chronický a intenzita příznaků kolísá. I když velká část pacientů i při vhodné léčbě nedosáhne úplného uzdravení, je možné u většiny z nich potíže snížit na únosnou míru.

Pod název Somatoformní poruchy řadíme tyto konkrétní poruchy – Somatizační poruchu (F45.0), Hypochondrickou poruchu (F45,2), Somatoformní vegetativní dysfunkce (F45.3), Přetrvávající somatoformní bolestivou poruchu (F45.4) a Jiné somatoformní poruchy (F45.8). Níže se na ně zaměříme podrobněji.

6.1 Somatizační porucha (F45.0)

Hlavními rysy této poruchy jsou opakované a často se měnící tělesné příznaky, které byly obvykle přítomny dlouho předtím, než byl pacient doporučen k psychiatrovi. Většina pacientů již má za sebou několikero vyšetření i různých zbytečných zákroků i operací. Vše s negativním výsledkem. Pacienti žádají léčbu, aby se zbavili příznaků, často jsou v péči mnoha specialistů. Tyto příznaky trvají alespoň 2 roky. Typické jsou gastrointestinální senzace (bolest, říhání, regurgitace, zvracení, nauzea aj.) a abnormální pocity na kůži (svědění, pálení, štípání, znecitlivění, trudovitost, bolestivost aj.). Běžné jsou také sexuální a menstruační potíže. Žádné tělesné nemoci, pokud se u nemocného vyskytují, nevysvětlují závažnost, rozsah, proměnlivost a trvalost somatických obtíží. Často je přítomna zřetelná depresivní nálada a úzkost, které mohou odůvodňovat specifickou léčbu. Pacienti trpící somatizační poruchou se často chovají nápadně a dramaticky zdůrazňují svoji osobu. Při líčení potíží nerozlišují mezi současnými a minulými příznaky, do příznaků se vžívají. Při nedostatku strukturace léčby je velká tendence k závislosti na lékaři.

Etiologie somatizační poruchy není známá. Hrají zde roli jak biologické, tak i psychosociální faktory včetně hereditárních vlivů; porucha se objevuje až u 10-20 % matek nebo sester pacientů. Hlavní vliv je přičítán environmentálním vztahům. V rodinách dochází také ke zvýšenému společnému výskytu somatizační poruchy a disociální poruchy osobnosti či alkoholismu. Psychologicky je časté nízké sebevědomí. Jedno vysvětlení říká, že příznaky jsou druhem sociální komunikace, která slouží k vyhnutí se odpovědnosti (v rodině či zaměstnání), vyjádření emocí (např. hněvu k člověku, kterého postižený zároveň nechce ztratit), nebo symbolizuje vyjádření nenaplněných potřeb a postojů. Behaviorální pohled na somatizační poruchu zdůrazňuje učení se od rodičů, zejména formou imitace nebo nadměrné pozornosti pro somatické stesky v dětství. Pacienti se somatizační poruchou často pocházejí z nestabilních výchovných poměrů. Ve výchově buď převažovalo nadměrné rozmazlování (somatické příznaky sloužily od dětství ke zvýšení pozornosti), nebo naopak kruté fyzické trestání (somatické příznaky pomáhaly od dětství vyhnout se povinnosti či trestu).

Porucha začíná v adolescenci nebo rané dospělosti, před 30. rokem života. Většinou navazuje na stresové události nebo interpersonální rozdíly. Průběh bývá chronický a kolísavý, příznaky mohou přechodně vymizet (=remise) nebo může dojít ke zhoršení či novému vzplanutí nemoci (=exacerbace). Průběh nemoci je spojen s dlouhotrvajícím narušením sociálního, interpersonálního a rodinného chování. Ke zhoršení průběhu či novému vzplanutí dochází nejčastěji v období stresu a životních změn. Průměrná epizoda trvá 6 – 9 měsíců. K vymizení příznaků může dojít až na dobu jednoho roku, poté však znovu dochází k exacerbaci příznaků, které se od těch původních mohou lišit.

Příznaky jsou nespecifické a mohou se překrývat s nálezy u mnoha tělesných nemocí. Vždy je tedy důležité pečlivě zhodnotit somatické nálezy. Některá tělesná onemocnění s mnohočetnými a proměnlivými tělesnými příznaky nebo některá virová onemocnění či chronické infekce mohou somatickou poruchu připomínat. Počátek mnohočetných tělesných příznaků po 40. roce života budí vždy podezření na somatické onemocnění. Z psychických poruch musíme zvážit zejména úzkostné poruchy, ostatní somatoformní poruchy, depresi a schizofrenii.

V případě úspěšné léčby je třeba zredukovat počet lékařů, nejvhodnější variantou je zůstat věrný svému praktickému lékaři a ponechat konzultace u psychiatra. Vhodné je domluvit s praktickým lékařem pravidelné kontroly, kdy se udělají různá kontrolní vyšetření.

Dalším vhodným způsobem je psychoterapie. S psychofarmaky je třeba nakládat opatrně, lidé trpící somatizační poruchou jsou na vedlejší účinky medikace nadměrně citliví.

Průběh somatizační poruchy u dětí je kolísavý, ale většinou chronický, vede k dlouhodobému narušení běžného sociálního fungování a ke snížení celkové kvality života. Častější je počátek až v mladém věku a pro splnění diagnostických kritérií je nutná přítomnost somatických obtíží alespoň po dobu dvou let. Porucha se může objevit i u školních dětí, jedná se ale o neúplně vyjádřené formy vzhledem ke kratší době trvání poruchy do stanovení diagnózy. V ostatních aspektech se projevy u dětí a dospělých neliší. Symptomy se i u dětí často mění a střídají a bývají rozmanité, jak například bolesti břicha, hlavy, zad, omezení hybnosti, poruchy zraku a sluchu, pocity dušnosti, únava. Porucha je častější u dívek než u chlapců.

U velké části dětí s touto poruchou jsou patrné typické odchylky osobnostního vývoje, nejčastější bývá histrionský charakter osobnosti s nápadnou afektovaností a egocentrismem. Dítě se snaží imponovat, nápadně upoutává pozornost, někdy může při vyprávění ztratit kontrolu nad rozvojem příběhu. Co se týče tělesných obtíží, dítě je líčí dramatickým až přehnaným způsobem. Často se stává, že dítě symptom právě pociťuje, ovšem v chování jej nijak neprojevuje. Vysoký sklon k somatizaci často předchází rozvoji deprese, někdy je možné předpokládat, že somatické příznaky byly prvním projevem emoční poruchy, i když na počátku ještě nemusí být přítomny.

6.2 Hypochondrická porucha (F45.2)

Základním projevem je trvalá a nepřiměřená starost o vlastní zdraví, normální pocity jsou interpretovány jako abnormální. Často se vyskytuje i deprese a úzkost. Nemocný je zcela přesvědčen o přítomnosti závažné tělesné choroby. Hypochondrická porucha je charakterizována strachem z toho, že jedinec má nebo bude mít závažné tělesné onemocnění. Toto přesvědčení trvá alespoň šest měsíců i přes opakovaná lékařská vyšetření. Úzkost je cílena na smrt, strach ze smrti, veškeré myšlenky se týkají smrti a bolesti. Jedinec propadá úzkostnému sebepozorování a strachu z nemoci, postižení obvykle zaměřují pozornost na jeden nebo dva orgány. Často je to břicho, trávení, srdce a jeho funkce, játra, močový aparát, pohlavní orgány a mozek. Dominují představy o destrukci orgánu nebo o tom, že orgán pracuje nesprávně. Mnohé úzkosti se vážou na nemoci, o kterých se aktuálně ve veřejnosti

mluví, ať už rakovina, infarkt myokardu, AIDS. Pacient přijímá roli nemocného, která mu umožňuje vyhnout se nepříjemným nebo pro něj neřešitelným problémům v životě.

Jedinec trpící touto poruchou začíná bedlivě sledovat své tělesné problémy. Běžné pocity, kterých si předtím nevšímal, se začnou jevit minimálně „podivné“. Zaměření pozornosti může vést ke skutečným změnám ve funkci fyziologických systémů, které jsou jak pod reflexivní, tak pod volní kontrolou (např. dýchání, polykání, svalová aktivita apod.). Jedinec se potřebuje neustále ujistovat o svém zdravotním stavu. Měří si tep, tlak, teplotu a kontroluje vše, co souvisí s jeho obavami. Kontrolování tělesných funkcí ho ale neuklidní, spíše naopak. Pokud se vyskytne i minimální odchylka od toho, co je „normální“, začíná vyhledávat lékaře a naléhá na provádění dalších vyšetření. Tady se ovšem zamotává do bludného kruhu, protože ve vysvětlení lékaře hledá zpravidla další potvrzení svých obav. Pro jistotu může vyhledat i několik lékařů. Jejich závěry mohou být podobné, ale lišit se v detailech. To vede k vytváření dalších obav.

Počátek bývá většinou v pozdní adolescenci a na počátku dospělosti. Vrchol incidence bývá kolem třicítky u mužů a kolem čtyřicítky u žen. Příznaky se nezřídka objeví po 50. roce věku. Průběh bývá obvykle epizodický nebo chronický a kolísavý. Epizody trvají od několika měsíců do několika let. Zhoršení příznaků bývá obvykle spojeno se stresujícími změnami nebo životními událostmi. Chronická porucha může vést k atrofii svalů, kontrakcím a osteoporóze z inaktivity. Při lehčích variantách nebrání pracovní schopnosti, v nejtěžších případech vede k plné invaliditě.

Občasné obavy o zdraví má 10–20 % „normálních“ osob, 45 % neurotických osob a 9 % pacientů nedůvěřuje ujištění lékařů. Porucha postihuje stejně často muže i ženy. Mnozí pacienti, obzvláště s mírnějšími variantami poruchy, zůstávají v primární péči nebo v péči somatických specialistů. Doporučení k psychiatrovi dlouho odmítají.

Při stanovení diagnózy je třeba vyloučit tělesné onemocnění. Nejtěžší je od sebe odlišit hypochondrickou poruchu a poruchu s bludy. V tomto případě musíme hodnotit intenzitu přesvědčení a především přítomnost typických charakteristik bludu (nepravdivost, naprostá nevývratnost, vliv na chování člověka a psychotickou etiologii), v případě bludné hypochondrie je symptomatologie stabilnější a dlouhodobější.

Při léčbě hypochondrické poruchy je využíváno jak psychoterapie, tak i farmakoterapie.

6.3 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4)

Jedinec si stěžuje na těžkou, stálou a skličující bolest na jednom nebo více místech, kterou nelze vysvětlit žádnou tělesnou chorobou. Tento příznak je spojen se značným emočním stresem a zhoršuje fungování v osobních, sociálních a pracovních rolích. Mezi pravděpodobné vyvolávající vlivy patří emoční konflikty nebo psychosociální problémy. Tyto vlivy mohou poruše předcházet nebo souviset s jejím udržováním. Bolest většinou neodpovídá anatomickému uspořádání, představuje symbolické vyjádření psychického konfliktu a umožňuje osobě vyhnout se nějaké aktivitě, která je pro ni škodlivá, případně danému jedinci získává podporu od okolí (tzv. sekundární zisk).

Porucha může vzniknout v kterémkoliv věku, objevuje se náhle a zpravidla dochází k jejímu nárůstu v průběhu týdnů až měsíců. Průběh je obvykle chronický a vlnovitý. Pacienti mají tendence k závislosti a snaží se lékaře kupovat různými nabídkami či dárky. V případě, že se pacientům může zdát, že jim lékař věnuje málo pozornosti, vyhledávají opakovaná vyšetření. Pokud není bolestivá porucha spojená se sekundárními zisky a problémy, které souvisely s jejím vznikem nebo zanikly či byly vyřešeny, může spontánně odeznít. Problém nastává, pokud má řadu interpersonálních sekundárních zisků. Tito pacienti končívají v invalidním důchodu a jsou považováni za chronicky nemocné. Je tu velká šance návyku na analgetika. Mohou svým naléháním zmást odborníky, takže bývají zbytečně operováni. Psychiatrickou pomoc zpravidla odmítají.

Somatoformní bolestivou poruchou trpí kolem 1 % jedinců. V mírnější formě (nebo trvající kratší dobu) se však může vyskytovat mnohonásobně častěji (odhad je kolem 15 %). Porucha postihuje 2krát častěji muže než ženy. Může se objevit v kterémkoliv věku.

Asi nejobtížnější je odlišit tuto poruchu od histriónského zpracování bolesti organického původu. Jako vodítko pomůže, že pacienti s histriónskými rysy reagují přehnaně, teatrálně, s bouřlivým, ale povrchním emočním doprovodem i v jiných životních situacích. U nemocných s organickou bolestí se může také často objevit ustrašenost s naříkavostí nebo podrážděnost a nadměrné vyhledávání pozornosti druhých. Bolest má však typičtější charakteristiky odpovídající neurofyziologickým zákonitostem. Organicky podmíněná bolest kolísá v intenzitě a je velmi citlivá na emoční vlivy, často na změny polohy, tepla, podání analgetik.

Bolest, která nekolísá v intenzitě a nereaguje příliš na analgetika, je spíše psychogenního původu. Somatoformní bolestivá porucha se může vyskytnout současně s organickým onemocněním, které se projevuje bolestí.

Poslední skupinou je **Somatická vegetativní dysfunkce**. Protože se tato porucha u dětí nevyskytuje, nebudu ji rozebírat hlouběji.

Pacient si stěžuje na příznaky, které imitují tělesnou poruchu orgánu nebo orgánového systému, který je pod vegetativní inervací. Nejobvyklejší je postižení kardiovaskulárního systému (patří sem dřívější „srdeční neuróza“, atd.), respiračního systému (zahrnuje psychogenní kašel, škytavku, atd.), gastrointestinálního systému (patří sem psychogenní aerofagie, „žaludeční neuróza“, dyspepsie = porucha trávení, pylorospasmus = křečovitě sevření žaludku, dráždivý tračník, „nervový průjem“ a syndrom plynatosti) a urogenitálního systému (psychogenní polakisurie = časté nucení na močení, dysurie = obtížné nebo bolestivé močení).

Průběh bývá chronický s remisemi a exacerbacemi v době zvýšeného stresu.

Porucha se klasifikuje podle orgánu nebo systému, který pacient považuje za původce symptomů. Diagnóza se zakládá na objektivních příznacích celkového vegetativního podráždění (pocení, červenání, apod.) a na idiosynkratických nesespecifických subjektivních pocitech (pálení, sevřenost, nadmutost břicha, apod.). Důležité je nezaměňovat tuto poruchu se somatizační poruchou. Z psychických poruch se podobné potíže objevují u generalizované úzkostné poruchy, kde je však více úzkosti a obavy se orientují nejen na tělesnou nemoc, ale i na rodinnou situaci, práci, výchovu dětí apod. Podobné je to u depresivní poruchy, zde však jasně dominuje depresivní nálada a další depresivní příznaky.

Léčba se provádí hlavně za pomoci podpůrné psychoterapie.

7 Jiné neurotické poruchy (F48)

7.1 Neurastenie (F48.0)

Termín neurastenie poprvé použil George Miller Beard v roce 1869. Tuto poruchu můžeme rozdělit na dva hlavní typy. U *prvního typu* jsou hlavním rysem stížnosti na zvýšenou únavu po duševním vypětí. Duševní unavitelnost je popisována jako dotírání myšlenek, popř. vzpomínek. Únava bývá často spojována s poruchou soustředivosti a určitým snížením výkonu v zaměstnání nebo při denních úkonech. Dalšími příznaky jsou zpomalenost, popř. rozvolněnost myšlení. U *druhého typu* se jedná o tělesnou vyčerpanost. Pocity slabosti, tělesné vyčerpání a neschopnosti relaxace se dostávají i po minimální tělesné námaze.

U obou typů neurastenie jsou běžně pociťovány i další nepříjemné příznaky, jako například závratě, bolesti hlavy z napětí, pocity nejistoty, poruchy spánku jako insomnie a vzácně i hypersomnie.

Pro stanovení diagnózy neurastenie musí být přítomny stížnosti na zvýšenou unavitelnost po duševní námaze, stížnosti na tělesnou slabost nebo vyčerpání po minimální námaze. Dále musí být přítomny alespoň dva z následujících příznaků - bolesti ve svalech, bolesti hlavy, závratě, poruchy spánku, neschopnost relaxace, tenze, atd. Důležité je také odlišit neurastenii od depresivní nebo úzkostné poruchy. Příznaky nesmí dosahovat intenzity těchto dvou uvedených poruch.

Jedinec není schopen zotavit se z příznaků odpočinkem či relaxací. Využívá se správně vedené psychoterapie či antidepresiv.

Porucha trvá minimálně tři měsíce.

U dětí se neurastenie rozvíjí pozvolně a souvisí s dlouhodobou vysokou mírou zátěže či s chronickými stresy. Hlavním rysem je zvýšená unavitelnost, známky psychického i svalového napětí, světloplachost a různé somatické potíže. Děti bývají zvýšeně dráždivé, stěžují si na hluk ve škole, například nesnáší přestávky, pobyt ve školní jídelně, tělocvičně. Zhoršuje se chuť k jídlu. Únava je doprovázena zhoršováním pozornosti a důsledkem bývá i pokles školních výkonů. Podobné potíže jsou ovšem součástí řady jiných psychických nebo psychosomatických poruch, které musí být nejprve vyloučeny. (Krejčířová, 2009)

7.2 Depersonalizační a derealizační syndrom (F48.1)

Syndrom depersonalizace a derealizace se může objevit například po stresu, při únavě, v průběhu dětství, dospívání či jiných vývojových etap a také se může objevit bez zjevné příčiny. O poruchu se jedná tehdy, je-li zažívána trvale nebo se opakovaně, epizodicky vrací.

Syndromem trpí 1-22 % populace, je stejně rozšířen mezi muži a ženami. Nejde o psychotickou poruchu, osoba netrpí bludy a halucinacemi, svůj stav si uvědomuje, je jím značně znepokojena a obtěžována a zpravidla jej chce změnit.

Příčina není jasná, vliv na vznik mohou mít například psychická traumata. Mimo oblast psychologie a psychiatrie se objevují teorie přičítající vznik syndromů oslabení imunity. Okolí nemusí syndrom zaregistrovat ani po delší době, postižený může být na syndrom dobře adaptovaný. Otupění či ztráta emocí a empatie může nicméně komplikovat navázání a udržení partnerského vztahu a poruchy v kognitivní oblasti mohou zhoršit pracovní výkon nebo způsobit pracovní neschopnost.

Depersonalizace a derealizace jsou často spojovány s celou řadou jiných psychických poruch a symptomaticky se s nimi překrývají. Vyskytují se společně s depresí, úzkostí, záchvaty paniky, posttraumatickou stresovou poruchou, obsedantně-kompulzivní poruchou, poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy atd.

Syndrom depersonalizace a derealizace může začít náhle, např. po požití drogy, často společně s panickou atakou, nebo se může postupně, po léta plíživě rozvíjet. Nejčastěji začíná v období dospívání, může se ovšem vyskytnout i v raném dětství či dospělosti. Často se jedná o dlouhodobou obtíž trvající měsíce, ale i celé roky.

- *Depersonalizace* označuje subjektivně velmi nepříjemné psychické stavy odcizení či oddělení od vlastního já, duševních nebo tělesných pochodů. Jedinec prožívá stavy cizosti, neskutečnosti či neexistence sebe sama. Jeho myšlenky, vzpomínky, pocity, pohyby či hlas se mu jeví jako neskutečné, jako by nebyly jeho vlastní. Jedinec může mít pocit, jako by jedna jeho část jednala a druhá to jen pozorovala. Někdy se může vylekat při pohledu do zrcadla, ačkoliv ví, že hledí na sebe, zároveň má pocit, jako by hleděl na někoho cizího.

- *Derealizace* se týká vnějšího okolí. Svět a lidé v něm se zdají být neskuteční či vzdálení. Vnější svět se jeví jako nereálný, jako by byl ve snu, v mlze či za skleněnou tabulí.

Hmotné věci se zdají být nehmotné či dvojrozměrné, jako na obrázku. Druzí lidé působí zautomatizovaně, jako by byli roboti.

Oba syndromy se většinou vyskytují současně, mohou se ale objevit i zvlášť. Mezi další symptomy patří například ochuzení či ztráta pocitů, zhoršení koncentrace, zhoršení paměti, pocity zvětšování či zmenšování těla nebo změněné vnímání času, který subjektivně běží rychleji nebo pomaleji.

K léčbě syndromu depersonalizace a derealizace se využívá psychoterapie či psychofarmak. Léčba bývá ale komplikována tím, že syndrom je velmi zřídka diagnostikován. V případě plíživého počátku syndromu může být jeho význam podceněn a často bývá léčen jako tělesná porucha. V případě náhlého počátku syndromu se pacient může obávat počátečního šílenství a negativního nálepkování a o svém problému raději mlčí.

8 Poruchy se specifickým vznikem v dětství

8.1 Separační úzkost (F93.0) a školní fobie

Separační úzkost je úzkostná reakce dítěte na skutečné či hrozící odloučení od matky či od jiné osoby důležité pro dítě. V normálním vývoji se u dětí projevuje kolem 6. - 8. měsíce věku, poté její intenzita klesá a kolem 3. roku věku většina dětí snáší krátkodobé odloučení bez matky bez problémů a je schopná navštěvovat mateřskou školu.

O separační úzkosti mluvíme tehdy, je-li s ohledem na věk nepřiměřeně intenzivní. Při hodnocení intenzity je nutné brát v úvahu jak věk dítěte, tak i kontext situace. Mírnější či krátkodobé úzkostné projevy mohou být přiměřené i u prvňáčků, pokud dítě nenavštěvovalo mateřskou školu, a tato úzkost by měla brzy odeznít. Separační úzkost se může také objevit v situacích, které dítě vnímá jako nebezpečné či ohrožující, například u hospitalizace. Tato porucha je stejně častá u chlapců i u dívek.

Separační porucha se často projevuje například poruchami usínání a strachem, že by se rodičům mohlo přihodit něco hrozného nebo by mohlo nastat odloučení rodičů od dítěte. Dítě také odmítá zůstat doma samo či s někým jiným než s matkou. Časté jsou noční můry nebo opakované noční buzení, kdy si dítě kontroluje, jestli jsou rodiče doma, chodí k nim spát a u nich spí již klidně. Separační tematika se pak odráží ve hře či jiných výtvorech dítěte. Hry se separačními tématy mají repetitivní charakter, kdy opakování pomáhá dítěti zážitky odloučení zpracovat a postupně se je učí zvládat.

Nejvýrazněji bývá separační úzkost spojena se strachem z docházení do školy a odmítáním školy. Pravá *školní fobie* není podmíněna strachem ze separace od rodičů, ale dítě se bojí školy jako takové a situací v ní se odehrávajících. Je nutné ovšem odlišit záškoláctví, neboli samotné odmítání školy, které je častější v dospívání.

V případě většiny školních fobií hraje podstatnou nebo rozhodující roli separační úzkost. Odmítání školy související se separační úzkostí je nejběžnější u dětí po nástupu do první třídy, stres při separaci může být oboustranný, nezažívá ho tedy jen dítě, ale může se objevit i u rodičů. Dítě v tomto případě ani neví, čeho se bojí, protože ve škole nemá žádné výrazné problémy a s ostatními dětmi vychází dobře. Doma bývá šťastné a spokojené, bez jakýchkoliv obtíží.

Strach se může objevit již večer při usínání. Po ránu si dítě stěžuje na bolesti břicha a někdy i zvrací. Odchodu do školy se velmi brání, pláče nebo křičí a musí být od rodiče odtrženo násilím. Těmto dětem většinou hodně záleží na tom, co si myslí okolí. Berou vážně vše, co jim dospělí říkají, a velmi se snaží dospělé potěšit svými výkony a dodržováním všech pravidel. Bývají přehnaně svědomité a strach ze separace se pak mísí se strachem z možného selhání. Většina těchto dětí nemívá problémy s prospěchem.

U některých dětí separační úzkost a s ní spojené odmítání školy vzniká později, nejčastěji kolem 10 – 11 let věku, kdy může souviset s přechodem na druhý stupeň. Separací úzkost se může objevit také po zážitku ztráty blízkého člověka a rodiče si významnost této ztráty nemusí ani uvědomovat. V tomto období bývá separační úzkost často spojena se strachem ze smrti, tento fakt pak vede k zesílení normálního strachu ze smrti. Dítě se může bát o sebe, ale nejčastěji má obavy o rodiče.

Separací úzkost, která vznikla až později v dospívání, by měla být diagnostikována jako neurotická porucha ze skupiny neuróz u dospělých, často bývá spojena s depresí.

8.2 Fobická úzkostná porucha v dětství (F93.1)

Fobie jsou specifické strachy, které brání normálnímu fungování dítěte, dlouhodobě přetrvávají a dosahují vysoké intenzity. V předškolním období děti neumí plně oddělit fantazii a realitu, proto se nejrůznější fobie velmi rychle utvářejí, nejsou-li však posilovány, rychle mizí. Tyto dětské fobie jsou tedy spíše jen přechodné a jen výjimečně mají vztah k pozdějším neurotickým poruchám v dospělosti. Někdy se fobie může rozvíjet pozvolna, jindy vznikne po traumatickém zážitku, obvykle však až po několika dnech – tzv. inkubační doba fobie.

V předškolním věku je také častý přenos fobie z rodiče na dítě. Některé z celoživotních strachů a fobií mají počátek právě v tomto období, například strach z pavouků, ze psů či strach z lékařského ošetření. Po 4. roce věku se objevuje strach z imaginárních předmětů, z tělesného poškození, ale i strach ze tmy. Přetrvávání či zhoršování dětských fobií je uváděno u 3 – 8 % dětí.

Kromě častých dětských fobií, jako například fobie ze zvířat, vznikají se změnami sociálních a kulturních podmínek i nové typy dětských strachů, např. strach z rozvodu rodičů (nejčastěji kolem 7 let věku), strach ze sexuálního zneužití, později i z cestování. Mezi typické dětské fobie a strachy patří strach ze školy a specifických situací odehrávajících se

v ní. Čím je dítě starší, tím více se u něj uplatňují i anticipační projevy fobie. Úzkost se může objevit při pouhém pomyslení na objekt fobie.

Specifické fobie v dětství mohou vést až k panickým stavům, může se objevit strach ze smrti či ztráty sebekontroly. Následně se rozvíjí strach z dalších možných atak a sklon k vyhýbání se situacím, v nichž se ataka dříve rozvinula. Samostatná panická porucha je však v prepubertálním období vzácná. Také klasické „dospělé“ fobie jsou v dětském věku vzácné a vznikají nejdříve ve školním věku, častěji v období dospívání.

Diagnosticky je důležité posoudit, do jaké míry brání strach normálnímu fungování dítěte a zde je strach přiměřený. V takových případech obvykle postačí krátkodobá terapie, kdy cílem je naučit se strachy zvládat a vyrovnávat se s nimi. Důležité je ujištění rodičů, že jednoduché strachy jsou normální a přítomny u všech dětí. Rodiče by však neměli strach ani přeceňovat, ani bagatelizovat, ale měli by dítěti pomoci, jak dané situace zvládat. Pokud fobie významně omezuje denní aktivity dítěte, je na řadě systematická psychoterapie. (Krejčířová, 2009)

8.3 Sociální úzkostná porucha (F93.2)

Sociálně úzkostná porucha je vystupňováním normálního dětského strachu. Hlavním projevem je patologické přetrvávání strachu z cizích lidí, který by měl ustoupit do 3 let věku. U některých dětí tento strach v silné podobě přetrvává, děti se pak vyhýbají druhým lidem nebo se brání kontaktu s neznámými lidmi. V této situaci se většinou věší na své rodiče, dochází k záchvatům křiku nebo pláče. Děti s touto poruchou bývají obvykle celkově nejisté, inhibované a pasivnější. Už v předškolním věku se může objevit strach z odmítnutí nebo strach, že se jim budou druhé děti posmívat.

Silná sociální úzkost brání normálnímu vývoji vztahů dítěte s jeho vrstevníky i vývoji všech jeho ostatních sociálních vztahů a osvojování si sociálních dovedností. Včasná psychoterapie je tady nesmírně důležitá.

V rodině a mezi blízkými nemají tyto děti žádné problémy. U většiny dětí se tato porucha v průběhu jejich vývoje, nejčastěji v období puberty upravuje, u některých jedinců se může vystupňovat do podoby sociální fobie. Jindy přetrvává silná sociální úzkost až do dospělosti ve formě sociálně úzkostné (vyhýbavé) poruchy osobnosti.

Sociální úzkostná porucha musí mít svůj začátek nejpozději před šestým rokem věku dítěte, v ostatních případech se již diagnostikuje sociální fobie, typická pro dospívající a dospělé. (Krejčířová, 2009)

8.4 Nadměrná úzkostná porucha (F93.8)

I když je v MKN-10 tato porucha zmíněna jen okrajově, v mladším školním věku je poměrná častá. V útlém věku bývají úzkostné děti značně dráždivé a neklidné. Častý a intenzivní pláč podmiňuje nárůst úzkosti u rodičů, ta stav dále zhoršuje. V batolecím a předškolním věku se nadměrná nebo patologická úzkost může projevit inhibicí a stahováním se dítěte, dítě se stává pasivním, s nedostatkem iniciativy, nebo naopak zvýšeným neklidem. Projevy vývojově normální separační úzkosti a strachu z cizích lidí mohou být až mnohonásobně zesíleny a spojeny s panikou. Časté jsou také poruchy jídla a spánku, zejména noční můry a poruchy usínání. Naopak silnější mohou být například reakce na stres či frustraci. Nadměrná tělesná úzkost může být v předškolním období doplněna tzv. neurotickými návyky, jako např. cucání palce, okusování nehtů, trhání vlasů či excesivní masturbací. Tyto aktivity slouží dítěti k uvolnění napětí, většinou ovšem nejsou okolím přijaty a vedou k opětovnému zvýšení napětí. Zvýšená úzkost může také způsobit omezení jeho kontaktu s druhými dětmi a bránit tak jeho zdravému emočnímu, sociálnímu i kognitivnímu vývoji.

U starších dětí hladina úzkosti přetrvává nebo se úzkost vlivem konfliktních či traumatických zážitků patologicky stupňuje. Větší úzkostnost bývá uváděna u dívek – v sebeposuzovacích škálách děvčata přiznávají více strachů nebo úzkostí, toto se však nepotvrzuje při pozorování vnějších projevů dětí.

Úzkostnost je do značné míry podmíněný povahový rys. Sklon k úzkostnému chování bývá větší v rodinách, kde i rodiče jsou úzkostnější. Děti s nadměrnou úzkostnou poruchou jsou trvale v napětí, ve školním věku bývají silně inhibované, někdy i pohybově neklidné, u starších se vyskytují poruchy spánku a usínání. Objevuje se velké množství různých strachů, typická je anticipační úzkost – strach z možného selhání, dále strach z opuštění či odmítnutí rodiči nebo druhými dětmi, strach ze smrti vlastní nebo rodičů apod. Děti vyžadují neustálé ujišťování. Mnohdy i malé změny mohou vést k extrémní úzkosti.

Děti s touto poruchou bývají celkově velmi nejisté, mívají oslabené sebehodnocení, neustále se obávají budoucích událostí a možného vlastního selhání, při snaze zvládnout některé požadavky bývají až perfekcionalistické, jindy plnění požadavků kvůli strachu ze selhání odkládají a pak propadají panice. Úzkost je současně příčinou jejich vyhýbavého chování. Úzkostnost je obvykle trvalým osobnostním rysem a v podobě zvýšené citlivosti přetrvává až do dospělosti, úzkostné symptomy se u většiny dětí s pokračujícím vývojem zmírňují. Sklon ke kolísání míry úzkosti v závislosti na stresu bývá dlouhodobý nebo i celoživotní. Pokud je úzkost zřetelná nebo velký počet strachů přetrvává i v dospívání, bývá diagnostikována generalizovaná úzkostná porucha. (Krejčířová, 2009)

PRAKTICKÁ ČÁST

II.

9 Dotazník

Dotazníky jsou velkou skupinou diagnostických metod. Jak již název napovídá, dotazník slouží ke kladení otázek vybraným respondentům. U této metody je potřeba, aby posuzovaný jedinec uměl nejen dobře číst, ale dokázal také porozumět textu.

U této techniky jsou používány různé typy otázek. **Otevřené otázky** nenabízejí respondentovi žádnou variantu odpovědi, hodí se pro získávání stanoviska. Jsou užitečné v odůvodňovacích situacích. Naopak **uzavřené otázky** nabízí všechny možnosti výběru. **Polozavřené otázky** nabízejí předem dané odpovědi a kromě toho ještě možnost odpovědi vlastní.

U dotazníků je důležité pokládat otázky tak, aby respondent neodpovídal na více věcí najednou. Počet otázek není nijak omezen, u delších dotazníků však může dojít k odrazení dotazovaných.

Pro diplomovou práci jsem zvolila dotazník CPQ (Children's Parent Questionnaire). Autorem je C. Keith Connors. Tento dotazník je určen rodičům a slouží k posouzení psychického stavu dětí a jejich vztahu k okolí. Hodnocené období je v trvání posledních čtyř týdnů.

Pro tuto práci jsem použila upravenou verzi tohoto dotazníku. Zaměřila jsem se na otázky týkající se hlavně zjištění možných úzkostných a psychosomatických problémů. Rodiče mají k dispozici stupnici hodnocení, která jim usnadní výběr vhodné odpovědi. Dotazníky jsem dala rodičům dětí 1. stupně.

Kategorie otázek:

- **Úzkost** – 9, 10, 11, 12, 33, 34, 46
- **Psychosomatické potíže** – 7, 18, 19, 20, 21
- **Poruchy učení** – 35, 44, 45

Výzkumná otázka:

V jaké intenzitě se vyskytovaly úzkosti a psychosomatické potíže u dětí.

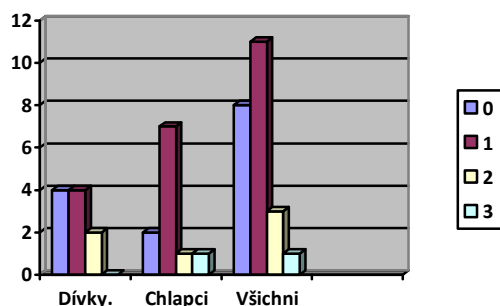
9.1 Vyhodnocení dotazníků

Průzkumu se zúčastnilo celkem 21 rodičů dětí, kdy bylo zkoumáno 11 chlapců a 10 dívek ve věku 6 až 11 let. Z důvodu velmi osobních otázek vyhodnocení obsahuje malý počet respondentů. Tento průzkum byl zadáván matkám dětí a zkoumané období odpovídá celému měsíci únoru 2014.

9.1.1 Úzkost

9.) Bojí se nových situací.

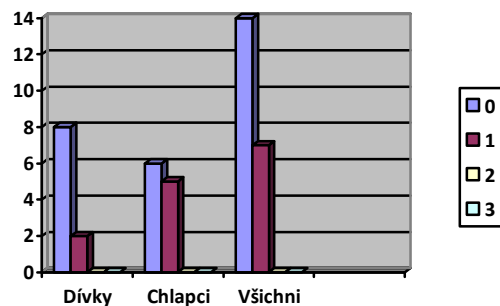
	Dívky	Chlapci	Všichni
0–vůbec ne	4	2	6
1-trochu	4	7	11
2-značně	2	1	3
3-velmi	0	1	1



Novým situacím se děti umí přizpůsobit převážně lépe než dospělí. I když panují mírné obavy, ve většině případů jsou tyto situace snášeny dobře. Mezi nové situace byl řazen například nástup na základní školu.

10.) Bojí se lidí.

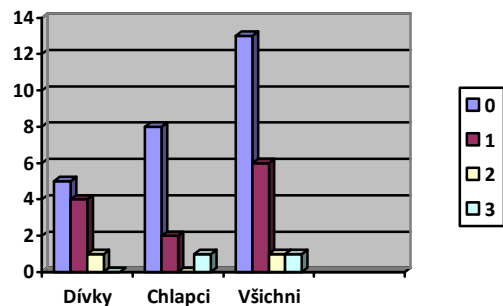
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	8	6	14
1-trochu	2	5	7
2-značně	0	0	0
3-velmi	0	0	0



Obavy z lidí jsou minimální. Pokud už panovala mírná obava z lidí, některé matky například uvedly obavu dítěte z návštěvy zubního lékaře. Překvapením pro mě bylo, že více bojácní byli v tomto případě chlapci.

11.) Bojí se být sám/sama.

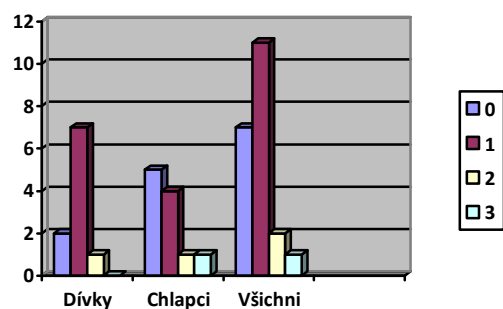
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	5	8	13
1-trochu	4	2	6
2- značně	1	0	1
3- velmi	0	1	1



Samota také nepatří mezi závažné problémy. Většina dětí samotu nijak výrazně nepocituje, spíše se na ni podle některých matek těší. Jedná se ovšem o samotu krátkodobou, kdy si rodič odběhne něco nakoupit či zařídit. U dlouhodobější samoty panovalo mírné napětí, ale pořád nedosáhlo alarmující hranice. Obava ze samoty se vyskytovala více u dívek.

12.) Bojí se nemocí, smrti.

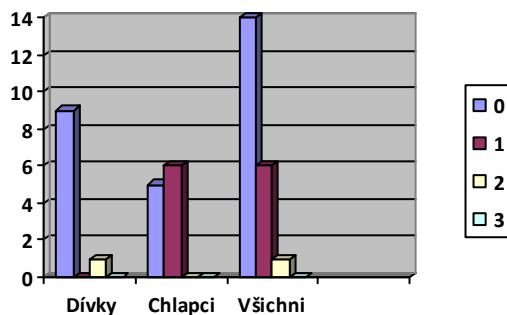
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	2	5	7
1-trochu	7	4	11
2- značně	1	1	2
3- velmi	0	1	1



Mírný strach ze smrti nebo nemoci se objevil u většiny dětí. Převažuje strach z nemoci, kdy se děti podle svých rodičů obávají, že nebudou moci chodit ven za svými kamarády nebo navštěvovat některé zájmové kroužky. Jedna z matek uvedla, že se její dítě obává rýmy, bojí se, že ho bude pálit nos. I zde je ovšem intenzita strachu větší u dívek než u chlapců.

33.) Je plachý/á, bázlivý/á.

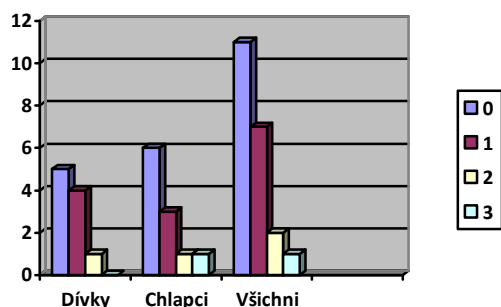
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	9	5	14
1-trochu	0	6	6
2- značně	1	0	1
3- velmi	0	0	0



Většina dětí nepatří ani mezi plaché, ani mezi bázlivé. Pokud se tato vlastnost objeví, jedná se hlavně o situace, kdy se setkávají s novými lidmi nebo nevědí, co je čeká. Po prvotním ostychu a následném „oklepání“ tyto problémy ve většině případů odezní. Překvapením pro mě bylo, že uvedené vlastnosti se s velkou převahou objevují hlavně u chlapců.

34.) Bojí se, že ho ostatní nemají rádi.

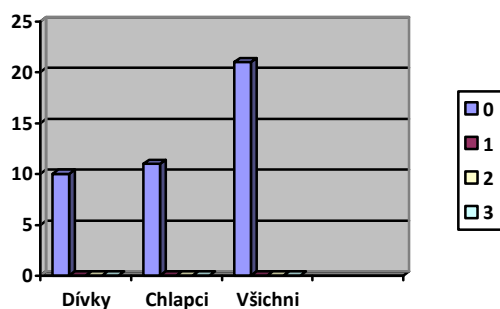
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	5	6	11
1-trochu	4	3	7
2- značně	1	1	2
3- velmi	0	1	1



Strach z neoblíbenosti nebo nelibosti ostatních je opět velmi mírný. V tomto věku si je většina dětí ještě nepřipouští, protože zde nehraje důležitou roli vzhled, ale povahové vlastnosti každého dítěte. Mírné obavy pociťuje přibližně polovina dětí, intenzita je zde srovnatelná u obou pohlaví.

46.) Bojí se chodit do školy.

	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	10	11	21
1-trochu	0	0	0
2- značně	0	0	0
3 velmi	0	0	0

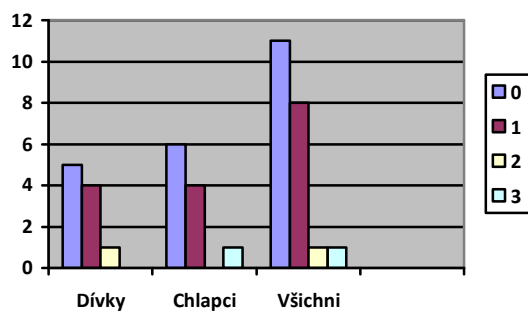


U této otázky jsem byla velmi příjemně překvapena. Podle svých matek se žádné z dětí nebojí chodit do školy. Zajímavé by bylo srovnání toho, co si myslí rodiče a jak to ve skutečnosti vidí jejich děti.

9.1.2 Psychosomatické potíže

7.) V noci se probouzí.

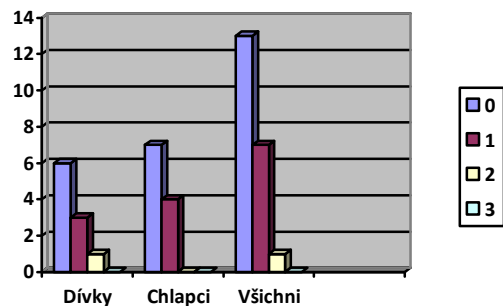
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	5	6	11
1-trochu	4	4	8
2- značně	1	0	1
3- velmi	0	1	1



Noční buzení trápí méně než polovinu zkoumaných dětí. Pokud už se dítě vzbudilo, šlo většinou o případ, kdy mělo žízeň nebo si potřebovalo odskočit na toaletu. Některé z matek uvedly, že se jejich děti v noci probouzí spíše výjimečně.

18.) Bolesti hlavy.

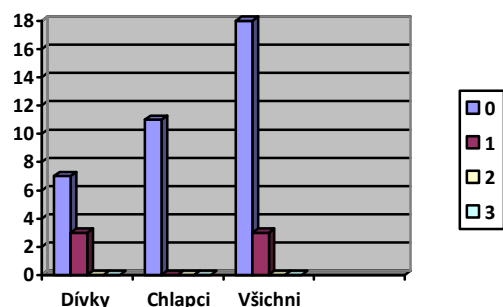
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	6	7	13
1-trochu	3	4	7
2- značně	1	0	1
3- velmi	0	0	0



Bolesti hlavy nejsou častým problémem u skupiny zkoumaných dětí. Pokud se bolest u dítěte objevila, měla mírnou tendenci nebo byla spojena s nemocí či nachlazením. Porovnání intenzity je srovnatelné u dívek i u chlapců.

19.) Bolesti břicha.

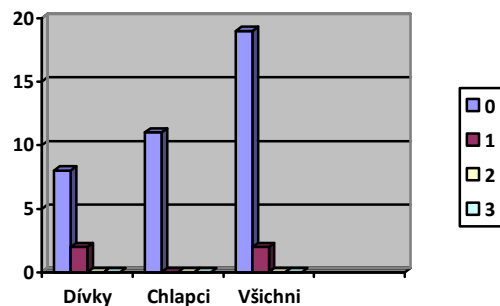
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	7	11	18
1-trochu	3	0	3
2- značně	0	0	0
3- velmi	0	0	0



Bolesti břicha se ve zjišťovaném období objevily velmi zřídka. U chlapců nebyly zaregistrovány vůbec, u dívek pouze výjimečně a v mírné intenzitě. U jedné dívky byly bolesti břicha spojeny s dalšími somatickými potížemi, protože ve zkoumaném období měla střevní potíže.

20.) Zvracení.

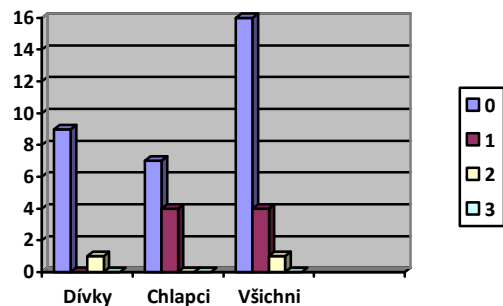
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	8	11	19
1-trochu	2	0	2
2- značně	0	0	0
3- velmi	0	0	0



Zvracení taktéž patří mezi somatické potíže, které se u dětí prakticky nevyskytovaly. U dvou dívek se výjimečně objevilo, matka jedné z dívek uvedla, že dítě mělo zažívací a střevní potíže. U chlapců tyto problémy nebyly zjištěny vůbec.

21.) Jiné bolesti.

	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	9	7	16
1-trochu	0	4	4
2- značně	1	0	1
3- velmi	0	0	0

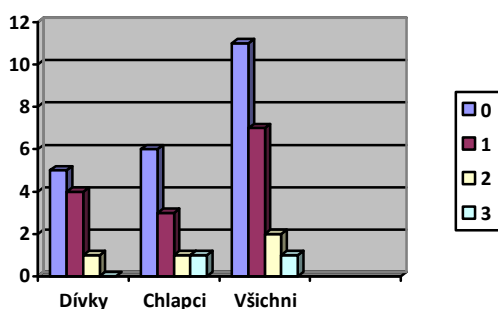


Do této skupiny bolestí byly ve většině případů zařazeny růstové bolesti. Těmi trpí větší množství chlapců než dívek, u dívek se jiné bolesti prakticky nevyskytují.

9.1.3 Poruchy učení

47.) Nemá žádné přátele.

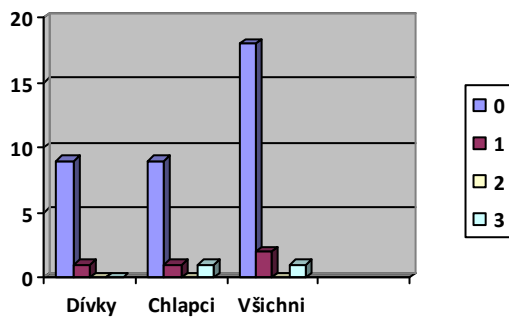
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	8	9	17
1-trochu	2	1	3
2- značně	0	1	1
3- velmi	0	0	0



Většina matek uvedla, že jejich děti nemají problém s množstvím svých přátel. Jedna matka dokonce uvedla, že její syn má opačný problém, že má přátel až příliš mnoho. Přátelství je v dětství velmi důležité, sblížuje děti a pomáhá jim řešit některé situace.

44.) Učení mu dělá problémy.

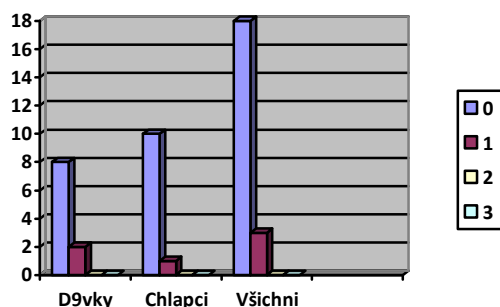
	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	9	9	18
1-trochu	1	1	2
2- značně	0	0	0
3- velmi	0	1	1



Příjemným překvapením pro mě bylo, že prakticky žádnému dítěti nedělá učení problémy. Jedinou výjimkou je chlapec, který má diagnostikovaný autismus. Dvě matky vepsaly do dotazníků poznámky, že jejich děti jsou smutné v případě, že nedostanou domácí úkol.

44.) Nerad chodí do školy.

	Dívky	Chlapci	Všichni
0-vůbec ne	8	10	18
1-trochu	2	1	3
2- značně	0	0	0
3- velmi	0	0	0



Podle matek chodí prakticky všechny děti do školy bez sebemenších problémů. Toto zjištění mi přineslo příjemné překvapení. Ovšem věřím, že pokud by průzkum byl prováděn u starších dětí, výsledky by již nebyly tak pěkné.

9.2 Vyhodnocení průzkumu

V úvodu je potřeba zmínit, že dotazník vyplňovali rodiče, konkrétně matky dětí, proto ne každá odpověď musí odpovídat realitě tak, jak je vnímána samotným dítětem. Pro zjišťování neurotických poruch přímo dětmi ale chybějí dostupné techniky.

Při zjišťování intenzity úzkosti bylo zjištěno, že zkoumané děti jsou úzkostné spíše v malé míře. V porovnání chlapců a děvčat jsou úzkostnější děvčata, která se více bojí nových situací, bojí se být o samotě a více je děsí strach ze smrti, nemoci. Chlapci jsou o něco bázlivější, více se bojí lidí a také se obávají, že je ostatní nemají rádi. Překvapivá byla odpověď na otázku týkající se obavy z chození do školy, kdy žádný z rodičů nemá pocit, že by se jeho dítě stranilo právě školy.

Nejsilnější úzkostné stavy se ovšem projeví u chlapce trpícího autismem, který se až na chození do školy obává všech daných situací ve značné míře.

U kategorie psychosomatických potíží opět převládala jejich intenzita u děvčat. Nejčastějším problémem je probouzení se v noci, které se ale opět nevyskytuje v závažné míře, pouze výjimečně. Bolesti hlavy, břicha a zvracení také převažovaly u děvčat. Co se týká jiných bolestí, kde rodiče uvedli například růstové bolesti, jsou více problémem u chlapců. U chlapce s autismem značně převažovalo noční probouzení, žádné stavy působící bolest se u něj nevyskytovaly.

Jako poslední je nejmenší zjišťovaná kategorie, a to poruchy učení. Tato kategorie je brána velmi povrchově, i když by bylo zajímavé je v budoucnosti blíže konkretizovat a

monitorovat právě z pozice rodičů, popřípadě i dětí. Poruchy učení se nevyskytují prakticky vůbec, zkoumané hodnoty byly srovnatelné u děvčat i u chlapců. Pokud se tyto poruchy objevily, opět se vyskytly u chlapce s autismem, který má problém s přáteli a značné problémy mu dělá učení. Ovšem i přes všechny tyto potíže chodí do školy rád.

Na závěr malé shrnutí. Co se týče kategorie úzkosti, tato problematika se vyskytovala u děvčat s větší intenzitou. Při porovnání chlapců a děvčat jsou v této kategorii úzkostnější dívky.

U kategorie psychosomatických potíží opět převažují dívky, které více trpí na různé bolesti, ovšem pouze v malé intenzitě, převážně v nulové.

Závěr

Diplomová práce je zaměřená na podrobnější popis a bližší charakteristiky jednotlivých neurotických poruch v dětském věku. Do těchto poruch spadají úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, disociačně (konverzní) poruchy a somatoformní poruchy. Pozornost byla věnována také poruchám se specifickým vznikem v dětství. Každá z poruch je vždy nastíněna obecně, je popsána i léčba a také výskyt u dětí. Co se týče právě výskytu u dětí, nejčastějšími problémy bývají různé fobie a úzkosti ve spojení se somatickými potížemi. Bohužel ne každý rodič si uvědomuje, že onemocnění jeho dítěte může být psychického původu, proto bývá léčba často zanedbána nebo řešena špatně. A také ne každý rodič si chce připustit možnost, že by jeho dítě mohlo mít nějaký psychický problém. Přitom v některých publikacích je uváděno, že neurotickými poruchami trpí přibližně 35 % populace, což je nezanedbatelný počet.

Pro výzkumnou část jsem použila upravený dotazník CPQ, který sloužil hlavně ke zjištění úzkosti a psychosomatických potíží u dětí, mohl ale také posloužit k zamyšlení se pro rodiče. Tento dotazník byl ovšem vyhodnocován matkami dětí, takže je spíše považován za subjektivní z jejich pohledu. Z dosažených výsledků vzešlo zjištění, že úzkostnými a psychosomatickými poruchami trpí více dívky než chlapci a překvapením pro mě bylo, že se zde neprojeví prakticky žádné školní fobie. Je ovšem nutné brát tato zjištění s rezervou, protože výzkum zohlednil pohled rodičů dětí. Důležité je také uvědomit si, že psychické problémy bývají často skryté, a proto by nejen rodiče, ale i pedagogové měli věnovat příznakům těchto problémů větší pozornost. Roli zde hraje také tempo dnešní doby a bohužel klesající zájem rodičů o spolupráci se školou, podíl tu má i psychohygienu rodinného života.

V doplňující části je přiložen rozhovor s dětskou psycholožkou Mgr. Ivetou Týblovou, která se ve své praxi nejvíce setkává s dětmi trpícími úzkostmi a hlavně fobiemi spojenými se školou a rodinnými vztahy. Návštěva v její ordinaci pro mě byla přínosem, protože jsem zjistila, jak křehká bytost je dítě, jaké konkrétní psychosomatické problémy může prožívat, a z rozhovoru vyplynulo, že by měla být věnována pozornost všem déletrvajícími negativním příznakům, ať už z pohledu rodiče, tak i z pohledu pedagoga.

Resumé

Diplomová práce se věnuje problematice „Neurotické poruchy v dětském věku“. V práci jsou analyzovány jednotlivé poruchy, zejména úzkostné poruchy a fobie, které jsou u dětí nejčastější. Pozornost je dále věnována popisu obsedantně-kompulzivní poruchy, reakci na závažný stres a poruchy přizpůsobení, disociačně (kompulzivních) poruch, somatoformním poruchám a poruchám se specifickým vznikem v dětství. U každé kapitoly uvádím příčiny vzniku, výskyt a následnou léčbu.

Výzkum mapuje úzkostnost dětí 1. stupně s využitím upravené verze dotazníku CPQ. Tento dotazník byl určen rodičům těchto dětí a sloužil ke zjištění úzkosti a psychosomatických potíží.

V doplňující části je přiložen rozhovor s dětskou psycholožkou, kde se bavíme o četnosti výskytu jednotlivých poruch u dětí a jak probíhá jejich následná léčba.

Abstract

This thesis is devoted to the problems of “Neurotic disorders in children”. The study analyses the individual disorders, in particular anxiety and phobia, which are most frequently found in children. Attention is also paid to the description of the obsessive-compulsive disorder, somatoform disorders and disorders with a specific inception in childhood. Every chapter includes causes of the inception, occurrence and subsequent therapy.

The investigation surveys anxiety in elementary school children by using a specially adjusted version of the CP Questionnaire. This questionnaire was designed for the parents of such children, in order to identify anxiety and psychosomatic problems.

In the supplementary part of the thesis there is an interview with a psychologist, dealing with the frequency of occurrence of individual disorders in children, together with the progress of the subsequent therapy.

Použitá literatura

- ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1996. ISBN 80-7184-203-6.
- PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
- SVOBODA, Mojmir – KREJČÍŘOVÁ, Dana – VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-566-0.
- SVOBODA, Mojmir – ČEŠKOVÁ, Eva – KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a překonávat*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.
- PRAŠKO, Ján a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.
- PRAŠKO, Ján. *Sociální fobie: jak překonat nadměrný stud*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3.
- ROGGE, Jan – Uwe. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-237-8.
- ŘÍČAN, Pavel. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006. ISBN 80-86898-70-9.
- ŘÍČAN, Pavel – KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- NOLEN-HOEKSAMA, Susan a kol. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
- HOLEČEK, Václav – MIŇHOVÁ, Jana – PRUNNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. Dobrá Voda: Aleš Čeněk, 2003. ISBN 80-86473-50-3.

Internetové zdroje

Somatoformní poruchy. Zdravotnictví, medicína. [cit. 12. února 2014]. Dostupné na:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/somatoformni-poruchy-165286>

Dystymie. Fobie. [cit. 20. února 2014]. Dostupné na:

<http://fobie.div.cz/dystymie.php>

Anankastická porucha. Slovník cizích slov. [cit. 27. února 2014]. Dostupné na:

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/anankasticka-porucha-osobnosti>

Panická porucha. Psychiatrie pro praxi. [cit. 7. února 2014]. Dostupné na:

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/03/05.pdf>

Přílohy

Rozhovor s psychologkou

Dne 20. 1. 2014 jsem navštívila Mgr. Ivetu Týblovou, dětskou psychologku, která ordinuje na Dětské klinice ve FN Lochoťín. Moje dotazy se hlavně týkaly neurotických poruch objevujících se u dětí, jejich diagnostiky a následné léčby.

Dobrý den. Děkuji za přijetí a Váš čas a začnu prvním dotazem. Moje práce se týká neurotických poruch v dětském věku, hlavně u dětí mladšího školního věku, jak často vy řešíte neurotické poruchy?

Záleží, co přesně je pro Vás často. Ale můžu říct, že alespoň denně řeším úzkostné poruchy.

Jak se k Vám děti vůbec dostávají. Kdo určuje zlom, kdy nejde o zažívací potíže, ale o potíže psychického rázu?

Ve většině případů rodiče nebo učitel. Ale také praktický lékař. My tady pracujeme na doporučení, takže vždy je nejprve potřebná návštěva dětského lékaře. Samozřejmě, pokud si rodiče myslí, že problémy souvisí s psychikou, není nutná prohlídka u praktického lékaře, ale je potřeba sehnat si doporučení .

S jakými nejčastějšími příznaky neurotických poruch k Vám pacienti dochází?

Nejčastější jsou bolesti břicha, hlavy, nevolnost, zkrátka somatické potíže.

Jaké jsou příčiny vzniku neurotických poruch?

Tohle máme všichni zafixované v sobě. Pak jen záleží na tom, jaký je na nás tlak, jak dokážeme snést stres. Neurotické poruchy jsou nejčastěji u přecitlivělých jedinců. Většinou je zranitelná právě nervová soustava. Pak stačí spouštěč. Ten je u každého samozřejmě individuální. U někoho je to stres ve škole, u dalšího vysoké nároky rodičů nebo učitele. Je to různé.

Jak se tyto poruchy léčí?

Některé děti je potřeba poslat k psychiatrovi, kde se problém řeší medikací, tady se učíme zvládat úzkost, dělat přijatelné prostředí a samozřejmě pracujeme s rodinou.

Když k Vám rodiče s dětmi dorazí, jaký je postup? Určitě zpočátku potřebujete nějaké informace. Můžete mi popsat, jak probíhá prvotní sezení?

Určitě. Patří sem anamnéza, rozhovor, pozorování a testy. Z toho následně udělám závěr a na základě toho napíšu doporučení.

A všechny 4 části děláte s rodičem i dítětem?

S rodiči dělám pouze rozhovor, ve kterém se ptám na to, co ví. Chci znát jeho pohled, názor nebo například i rodinnou situaci či jak je na tom dítě ve škole.

Jak takové sezení přibližně trvá, když se budeme pořád zaměřovat na děti mladšího školního věku?

Musíte brát v potaz to, jak je dítě staré a jak zvládne udržet pozornost, takže 45 až 50 minut, víc určitě ne a stejná doba i s rodičem.

Takže sezení jedné rodiny trvá zhruba hodinku a půl?

Ta prvotní určitě, pak už je to individuální.

Vy jste před chvílí mluvila o tom, že s dítětem děláte 4 části, to vše se dá stihnout za jedno sezení?

Určitě ne, je potřeba naplánovat alespoň 2 sezení.

A když děti přichází na další sezení, jak takové sezení probíhá. Je to za přítomnosti rodiče nebo jste s dítětem sama?

To je různé, někdy tu mám jen dítě, někdy je s ním i rodič. To záleží na tom, jak se dítě cítí a také na věku dítěte.

Jak vlastně s dětmi navazujete kontakt, některé děti jsou určitě upovídané a bez problémů Vám řeknou i to, co jste slyšet nepotřebovala, ale najdou se i děti, které mají strach.

To je různé, některé děti přijdou, rovnou si sednou k hračkám a já si s nimi tak povídám. Některé musím nejdřív uchláholit.

Jako že se nemusí bát, protože jim nebudete vrtat zuby, ale jen si s nimi povídat?

Ano, je to pro ně něco nového a tak jim vysvětluji, že budeme jen sedět a povídat si, nebudu jim dělat nic bolestivého.

Když víte, v jakém stavu dítě je, tak jaký je další postup, říkáte jste o doporučení, tam tedy uvádíte, zda to dítě je v takovém stavu, že stačí návštěva psychologa nebo i určujete, kdy je potřeba navštívit psychiatra?

Já s ním udělám psychologické vyšetření, kde se rozhodne, co dál. Tedy, zda stačí dítěti návštěvy u mne nebo je potřeba psychoterapie či návštěva psychiatra. Někdy je dítě také potřeba hospitalizovat na psychiatrickém oddělení, ale to jsou zatím spíše výjimečné případy.

Vrátím se zpět k neurotickým poruchám, konkrétně začnu fobiemi. Můžete mi nejdříve říct rozdíl mezi fobií a strachem?

Vlastně mezi tím není skoro žádný rozdíl. Fobie jako taková je strach z něčeho konkrétního, určitě znáte různé fobie. Strach je pocit, který je v lidském životě běžný, tady si všímáme hlavně úrovně strachu.

Jaké jsou nejčastější fobie, se kterými se setkáváte?

Nejčastěji se setkávám se školní fobií a také fobií týkající se rodiny. Hlavně se děti bojí reakce rodičů.

Takže určitě sledujete média, vždy v době vysvědčení se objeví informace, že si některé z dětí vzalo život právě kvůli tomu, že se bálo reakce rodičů na známky. Může to mít za následek právě fobie?

Popravdě řečeno jsem nad tím nepřemýšlela, ale určitě. Někteří rodiče mají na své děti velké nároky a ty děti se bojí reakce rodiče ve chvíli, kdy jejich nároky nesplní. Pak samozřejmě může docházet i k sebevraždám.

V literatuře se uvádí určité dělení fobií. Může se u dětí objevit například agorafobie, setkáváte se s tím?

S agorafobií se neseťkávám, ta se diagnostikuje až u starších dětí a u dospělých.

Dále je tady uvedena sociální fobie. Ta se u dětí vyskytuje?

Ta ano. Nejčastěji se setkávám se sociální fobií a z klaustrofobií.

A co další fobie, například strach z pavouků, apod.?

Víte co, fobie v mladším školním věku nejsou tak závažné, tam je potřeba sledovat vývoj, jestli se strach nezhoršuje, ale prakticky každý máme fobii. Dnes už můžeme mít fobii ze všeho, záleží ale na průběhu. Například strach z pavouků je prakticky běžný. Prostě důležité je zaměřit se na vývoj daného strachu s přibývajícím věkem sledovaného.

Další tady mám obsedantně kompulzivní poruchu. Můžu Vás poprosit o stručnou charakterizaci?

Obsedantně kompulzivní porucha je vlastně neustálé nutkání k nějaké činnosti, kterou je potřeba neustále opakovat, například časté mytí rukou.

Setkáváte se také s pacienty trpícími touto poruchou? Pokud ano, můžete mi uvést příklad?

Například jednou jsem řešila případ holčičky, která byla posedlá uklízením. Bála se nečistoty.

Když u této poruchy mluvíme pouze u obsedantních myšlenkách, co to vlastně znamená?

To znamená, že to dítě na to musí pořád myslet a uspokojí svoji touhu právě tím, že to udělá. Tedy, že si například uklidí nebo umyje ruce.

A kompulzivní akt je tedy činnost samotná?

Ano, to je právě třeba to časté mytí rukou.

Když uvedu příklad, mluvila jste o holčičce posedlé uklízením, jak se zachová, pokud si například zlomí ruku a nebude moci uklidit svoje hračky?

Bude podrážděná a samozřejmě se můžou objevit somatické potíže.

Přeskočím k dalšímu typu poruch. Určitě se setkáváte s reakcemi na závažný stres. Jaké jsou nejčastější příčiny?

Nejčastěji řeším asi rozvody. Ty jsou docela běžné. Většina těchto příčin se točí kolem školy a rodiny. Patří sem hlavně velké změny, ať už změna školy, nepřijetí v kolektivu, šikana nebo dokonce i úspěch.

A co jsou tedy poruchy přízpusobení?

Je to porucha, kde je reakce na nějakou změnu. Například právě změna školy.

Opět se zeptám na příznaky?

Příznaky jsou stejné, zase somatické potíže, tedy bolest hlavy, břicha, zvracení.

Dá se tedy říct, že somatické potíže mohou být příznakem všech neurotických poruch?

Ano, jsou to nejčastější příznaky.

A je pravda, že pokud se dítě bojí například učitele, tak tyto příznaky odezní, pokud ho necháme doma?

Určitě může dojít k potlačení těchto příznaků.

Přejdu k další kapitole, disociační poruchy. Můžete mi blíže specifikovat termín dissociativní poruchy?

Určitě, sem patří například problémy s chůzí nebo kolapsové stavy. Jsou to hlavně oblasti percepce a motoriky, takže se tu většinou ještě spolupracuje s neurologií.

Problémy s chůzí?

Ano, dítě například může přestat úplně chodit.

Setkala jste se někdy s tímto problémem nebo konkrétně touhle poruchou?

Zatím ne, nesetkala.

Do této skupiny patří hysterie, já si hysterické dítě představím tak, že dítě může usedavě plakat nebo křičet. Je moje představa správná?

Taky, ale nejen tohle je hysterie. Patří sem také dramatizování, různé prožívání, strhávání pozornosti.

Další skupinou nervových poruch jsou somatoformní poruchy. Jsou asi hodně časté. Ty se tedy projevují různými bolestmi?

Ano, patří sem různé tělesné obtíže. Například bolesti hlavy, bolesti břicha, zvracení, pocení, atd.

A když jsou poruchy vegetativní, tak to je právě to pocení?

Ano, patří sem například kardiovaskulární problémy, srdeční, jako například bušení srdce, dále problémy s trávením, průjmy, atd. Kdežto somatické poruchy se týkají bolesti. Takže bolesti břicha, hlavy, apod.

Takže můžu předpokládat, že když příznaky odezní, třeba v době, kdy dítěti začíná víkend, tak se může jednat o příznaky těchto příčin?

Ano, pokud příznak odezní nebo je potlačen, může to být příznak toho, že je to reakce na stres.

Do této skupiny také spadá hypochondrická porucha. Vyskytuje se tato porucha i u takhle malých dětí?

U takhle malých dětí ne, to až spíše u dospívajících nebo až u dospělých. I když je pravda, že se dítě může naučit s tím manipulovat.

Závěrem by mě ještě zajímalo, co řešíte nejčastěji?

Nejčastěji úzkosti, somatoformní poruchy a hodně s dětmi řešíme rozvody.

Poslední otázka, jak se vyvíjí jedinec, který se neléčí nebo léčbu zanedbá?

Všechny potíže se stávají chronickými, zafixují se do osobnosti. Takže se v dospělosti můžou projevat jako deprese například.

Napadá mě ještě jedna otázka, je pravda, že se naše výchova odráží ve výchově našich dětí? Pokud máme dítě, které je týráno, bude se v dospělosti chovat ke svým dětem stejně?

Ale samozřejmě, to se stává běžně. Spíš je výjimečné, když k tomu nedochází.

Děkuju Vám za Váš čas.

ZÁVĚR

Díky dětské psycholožce, Mgr. Ivetě Týblové, jsem získala řadu cenných informací o výskytu jednotlivých poruch u dětí, které k ní do ordinace dochází. Nejčastěji se jedná o úzkosti a fobie spojené se školou a rodinnými vztahy a jsou doplněny různými somatickými obtížemi. Přínosem rozhovoru byla informace o samotném průběhu vyšetření každého dítěte a možnosti terapie.

DOTAZNÍK PRO RODIČE

(upravená verze dotazníku CPQ)

Prosím o vyplnění tohoto dotazníku. Níže uvádím seznam potíží a problémů, s nimiž se rodiče u svých dětí setkávají. Všimli jste si některých níže uvedených potíží u Vašeho dítěte v posledních 4 týdnech? Posud'te prosím, v jaké míře se tyto příznaky vyskytovaly.

Stupnice: 0 – vůbec ne

1 – trochu

2 – značně

3 - velmi

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| 1.) Věk dítěte: | _____ |
| 2.) Pohlaví dítěte: | chlapec - děvče |
| 3.) Jí nimravě, vybírá si. | 0 1 2 3 |
| 4.) Jí málo. | 0 1 2 3 |
| 5.) Ve spánku je neklidný/á. | 0 1 2 3 |
| 6.) Mívá noční můry (děsy). | 0 1 2 3 |
| 7.) V noci se probouzí. | 0 1 2 3 |
| 8.) Těžko usíná. | 0 1 2 3 |
| 9.) Bojí se nových situací. | 0 1 2 3 |
| 10.) Bojí se lidí. | 0 1 2 3 |
| 11.) Bojí se být sám/sama. | 0 1 2 3 |
| 12.) Bojí se nemocí, smrti. | 0 1 2 3 |

13.)	Koktá.	0 1 2 3
14.)	Nesrozumitelná řeč, drmolení.	0 1 2 3
15.)	Pomočuje se v noci.	0 1 2 3
16.)	Když jde na záchod, musí pospíchat, aby se nepomočil/a.	0 1 2 3
17.)	Má zácpu.	0 1 2 3
18.)	Bolesti hlavy.	0 1 2 3
19.)	Bolesti břicha.	0 1 2 3
20.)	Zvracení.	0 1 2 3
21.)	Jiné bolesti	0 1 2 3
22.)	Průjmy.	0 1 2 3
23.)	Cucá si palec (prst).	0 1 2 3
24.)	Okusuje si nehty.	0 1 2 3
25.)	Žvýkání šatů, pokrývky apod.	0 1 2 3
26.)	Vytrhává si vlasy.	0 1 2 3
27.)	Pláče.	0 1 2 3
28.)	Vyžaduje pomoc při činnosti, kterou by měl/a provádět sám.	0 1 2 3

- | | | |
|------|---|---------|
| 29.) | Lne k rodičům nebo k jiným dospělým. | 0 1 2 3 |
| 30.) | Zlobí se sám na sebe. | 0 1 2 3 |
| 31.) | Cítí se nešťastný/á. | 0 1 2 3 |
| 32.) | Je drzý/á k dospělým. | 0 1 2 3 |
| 33.) | Je plachý/á, bázlivý/á. | 0 1 2 3 |
| 34.) | Bojí se, že ho ostatní nemají rádi. | 0 1 2 3 |
| 35.) | Nemá žádné přátele. | 0 1 2 3 |
| 36.) | Cítí se ukřivděný. | 0 1 2 3 |
| 37.) | Prosazuje svou. | 0 1 2 3 |
| 38.) | Je neklidný/á, do všeho se hrne. | 0 1 2 3 |
| 39.) | Impulzivní, jedná podle okamžitého nápadu. | 0 1 2 3 |
| 40.) | Je výbušný/á, chová se nepředvídatelně. | 0 1 2 3 |
| 41.) | Mlátí sebou o zem. | 0 1 2 3 |
| 42.) | Rozhazuje a rozbíjí věci. | 0 1 2 3 |
| 43.) | Je rozmrzelý. | 0 1 |
| | 2 3 | |
| 44.) | Učení mu dělá problémy. | 0 1 2 3 |

- | | | |
|-------------|---|----------------|
| 45.) | Nerad chodí do školy. | 0 1 2 3 |
| 46.) | Bojí se chodit do školy. | 0 1 2 3 |
| 47.) | Chodí za školu. | 0 1 2 3 |
| 48.) | Popírá, že udělal něco špatně. | 0 1 2 3 |
| 49.) | Vypráví příhody, které se nestaly. | 0 1 2 3 |