

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

ÚZKOSTNÉ PORUCHY U ADOLESCENTŮ
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Barbora Janochová

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, 2014

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

V Plzni, 2014

.....
vlastnoruční podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce, PhDr. Lence Novotné, za odborné vedení. Chtěla bych poděkovat za cenné rady a postřehy, které mi během zpracování mé práce poskytla. Rovněž bych ráda poděkovala studentům Gymnázia ve Strakonících za jejich spolupráci při realizaci výzkumu.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická

Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora JANOCHOVÁ**
Osobní číslo: **P11B0271P**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Psychologie se zaměřením na vzdělávání**
Název tématu: **Úzkostné poruchy u adolescentů**
Zadávající katedra: **Katedra psychologie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Shromáždění literatury
2. Zpracování teoretických kapitol
3. Volba vhodné metodiky výzkumu
4. Předvýzkum a jeho realizace
5. Výzkumné šetření, verifikace hypotéz
6. Shrnutí výsledku výzkumu a závěr

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **90**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. JANÍČEK, Jeroným. Když úzkost bolí. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-366-5.
2. PRAŠKO, Jan. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnóza a léčba. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7378-997-6.
3. PRAŠKO, Jan, VYSKOČILOVÁ, Jana, PRAŠKOVÁ, Jana. Úzkost a obavy. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-079-8.
4. ULČ, Igor. Úzkost a úzkostné poruchy. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7178-830-9.
5. VYMĚTAL, Jan. Úzkost a strach u dětí. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.

Vedoucí bakalářské práce:


PhDr. Lenka Novotná
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **6. května 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2014**


Doc. PaedDr. Jana Coufalová, CSc.
děkanka




Doc. PhDr. Jana Mišková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 13. května 2013

OBSAH

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 ÚZKOST.....	9
1.1 Úzkost a strach.....	9
1.2 Úzkostné poruchy.....	10
1.2.1 Příčiny vzniku úzkostných poruch.....	11
1.2.2 Panická porucha.....	12
1.2.3 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD).....	14
1.2.4 Smíšená úzkostně depresivní porucha.....	17
1.2.5 Fobické poruchy.....	19
1.2.6 Obsedantně-kompulzivní porucha.....	24
1.3 Úzkostné poruchy v dětství a dospívání.....	26
2 ADOLESCENCE.....	28
2.1 Teorie adolescence.....	29
2.2 Tělesný vývoj v adolescenci.....	30
2.3 Emocionální změny v adolescenci.....	31
2.3.1 Sebepojetí.....	32
2.3.2 Kognitivní vývoj v adolescenci.....	33
2.4 Socializace a sociální změny v adolescenci.....	34
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
3 VÝZKUM.....	37
3.1 Cíle výzkumu.....	37
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	38
3.3 Interpretace výsledků.....	38

3.3.1 Statistické metody	39
3.3.2 Porovnání míry úzkostnosti u vybraných vzorků.....	42
3.4 Shrnutí výsledků výzkumu.....	53
ZÁVĚR.....	56
RESUMÉ	57
SUMMARY.....	58
SEZNAM LITERATURY	59
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	62
III. PŘÍLOHY	I
SEZNAM PŘÍLOH	II

ÚVOD

Úzkost a strach za normálních okolností signalizují nebezpečí. Provází nás celým životem, avšak někdy mohou vyústit v nemoc. Úzkostné poruchy se řadí mezi nejčastější psychické poruchy a vyskytují se mnohem více, než si většina lidí myslí. Úzkost na rozdíl od strachu nemá konkrétní předmět.

Adolescence je nesmírně zajímavé období, které je bohaté na mnoho změn. Představuje důležitý mezník v lidském životě. Na jednu stranu je toto životní období krásné, možná dokonce jedno z nejkrásnějších, ale rovněž je velice náročné jak pro adolescenty, tak pro jejich blízké. V tomto věku si adolescent formuje identitu, osamostatňuje se a uvědomuje si, že toho má ještě mnoho před sebou. Většina jedinců si v tomto životním období uvědomuje, že konečně začínají žít naplno. Adolescent si je plně vědom svých emocí a jejich prožívání. Pohled na adolescenci se velmi změnil. V současné době to již není období plné konfliktů, ale spíše období volnosti. Adolescent se připravuje na dospělost a na všechny radosti a povinnosti s ní spojené.

V teoretické části této práce je charakterizován a upřesněn pojem úzkost a porovnán s pojmem strach. Následně jsou popsány úzkostné poruchy, jejich charakteristika, epidemiologie, prognóza a léčba. V závěru teoretické části je charakterizována a popsána adolescence. Zde jsou popsány změny, kterými adolescent prochází. Zmíněné budou fyzické a psychické změny včetně sebepojetí a kognitivních změn, ale také socializace v období adolescence a vztahy s rodiči a s vrstevníky.

V části praktické popisují výzkum, který byl uskutečněn na Gymnáziu ve Strakonici. Jsou zde popsány a porovnány výsledky, které se podařilo zjistit. Cílem bylo zjistit míru úzkostnosti u adolescentů. Myslím si, že adolescenti, a především studenti gymnázia, jsou vystaveni vysokému tlaku z vnějšího okolí a jsou na ně kladeny nemalé požadavky. Podstatnou část dne tráví ve škole a ve zbytku by se měli věnovat studiu a připravovat se na ústní a písemné zkoušení. Často nemají mnoho volného času, a chtějí-li mít dobré výsledky, jsou nuceni trávit nad učením téměř veškerý svůj volný čas. Ne každý toto bez problémů zvládá. V dnešní uspěchané době je velmi důležité umět si odpočinout, tzv. vypnout. Ať už se jedná o procházku v přírodě, četbu zajímavé knihy, shlédnutí hezkého filmu či nějakou sportovní aktivitu. Zaměřila jsem se na úzkostné poruchy v období adolescence, jelikož předpokládám, že u dospívajících se úzkost v jisté míře vyskytuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚZKOST

„Úzkost je pocit, který důvěrně známe, ať si to přiznáváme nebo ne. Jako by však mezi námi panovala nevyřčená ideální představa, že člověk pokud možno nemá úzkost cítit. Asi proto máme tolik výrazů, které úzkost více méně zastírají. Místo slov „úzkost“ a „strach“ říkáme třeba, že jsme nervózní, že cítíme napětí, zmatek, a nebo že jsme ve stresu.“¹ (Kast, 2012, str.11)

Úzkost plní již po tisíce let nezastupitelnou roli v našich životech. Chrání nás spolu se strachem před reálnými nebezpečími, ale také nás vede ke zdravé zdrženlivosti, bystří naše smysly a připravuje nás na optimální fyzický a duševní výkon. (Janíček, 2008, str. 17)

Již v sumerském eposu o Gilgamešovi jsou popsány stavy úzkosti jako obavy ze smrtelnosti. Staří Řekové měli výraz pro melancholii, hysterii i paranoii, avšak výraz pro úzkost jim chyběl. V moderní řečtině se úzkost vyjadřuje slovem anesuchia, které znamená „neklidný“, „neuvolněný“. Římané používali výraz anxietas, jenž znamenal přetrvávající stav ustrašenosti, a výraz angor, jenž naopak znamenal náhlý intenzivní strach. (Praško, 2005, str. 16) Termín úzkost (anxiety) se poprvé objevuje v lékařské literatuře v první polovině 18. století, kdy ještě nemůžeme hovořit o psychiatrii. (Praško, 2005, str. 17)

1.1 Úzkost a strach

Velice podstatné je umět odlišit úzkost a strach. Úzkostí označujeme nepříjemný emoční stav, kdy má jedinec pocit, jako by se mělo stát něco ohrožujícího, ale neuvědomuje si, co by to mělo přesně být. Je ve stavu připravenosti na nebezpečí a prožívá stresovou reakci. Oproti tomu strach můžeme definovat jako emoční a fyziologickou reakci na konkrétní nebezpečí. Strach na rozdíl od úzkosti má konkrétní objekt. Intenzita strachu i úzkosti může být různá. Projevuje se například mírnou nepohodou, na druhé straně však stavem hrůzy a paniky. Úzkost může tzv. volně plynout bez omezení a nebo se projevovat v záchvatech. Jestliže se objeví bez zjevné příčiny, mluvíme o spontánní úzkosti. Objeví-li se v konkrétních situacích (v tomto

¹ KAST, Verena. *Úzkost a její smysl*. Vyd. 1., Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-00160-1.

případě jde o strach), kdy se lidé běžně nebojí, mluvíme o fobii, a pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, jedná se o anticipační úzkost. (Praško, 2005, str. 13)

Úzkost je definována jako strach, při kterém člověk neví, z čeho pochází. Jde tedy o strach bez předmětu. Strach je afekt prožívaný zdravými lidmi a pokládáme ho za účelný, neboť člověku brání, aby se vystavoval zbytečnému riziku. Naproti tomu úzkost považujeme za fenomén patologický. (Ulč a kol., 1999, str. 12)

Karen Horneyová definuje úzkost na následujících příkladech. Bojí-li se matka, že dítě umře, když má pouze nějaký pupínek, mluvili bychom o úzkosti. Pokud se ale bojí, když je její potomek vážně nemocný, její reakci nazýváme strachem. Jestliže se někdo bojí, kdykoliv stojí ve výšce nebo když musí hovořit o tématu, které dobře zná, jeho reakci nazýváme úzkostí. Jestliže se někdo bojí, když zabloudí v horách během silné bouře, reakcí bude strach. (Horney, 2007, str. 29)

1.2 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy spadají do poruch neurotických. MKN-9 rozlišovala v kapitole o neurotických poruchách pouze mezi úzkostí, fobií a neurózou. Dle 10. revize MKN je zde však popsáno kategorií několik: úzkostné poruchy, fobické úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, disociativní poruchy, somatomorfnní poruchy a jiné neurotické poruchy. (Praško, Látalová, 2013, str. 449-450)

Zatímco devátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-9) rozlišovala mezi neurotickými poruchami pouze úzkost, neurózu a fobii, v diagnostickém manuálu MKN-10 je popsáno kategorií několik, které jsou již vyjmenovány výše. Mezi úzkostné poruchy řadíme panickou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu a smíšenou úzkostně depresivní poruchu. Mezi fobické poruchy řadíme především agorafobii, sociální fobii a specifické fobie. V epidemiologických studiích bylo zjištěno, že tyto diagnostické jednotky se mezi sebou liší jak symptomatologií, tak průběhem a specifickou potřebou farmakoterapie i psychoterapie. (Praško, 2005, str. 61)

Pro tyto poruchy je charakteristická nepřiměřená úzkost, která se může projevat vyhocenými akutními atakami či iracionálním a vystupňovaným strachem. Nemocní nejsou schopni své emoce a z nich vyplývající jednání ovládat. (Vágnerová, 2012, str. 399)

1.2.1 Příčiny vzniku úzkostných poruch

Příčiny vzniku nejsou přesně známy, ale je jisté, že úzkostné poruchy jsou multifaktoriálně podmíněny. Na jejich vzniku se podílí větší počet faktorů, které působí ve vzájemné interakci. Mohou ovlivnit jak závažnost projevů, tak délku trvání potíží i jejich reagování na léčbu. Jedná se o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn a různých aktuálních zátěžových faktorů, které mohou být biologického i psychosociálního faktoru. (Vágnerová, 2012, str. 402)

Jedním z biologických faktorů je dědičnost. Význam geneticky podmíněné dispozice k nadměrné pohotovosti reagovat úzkostnými projevy je nesporný, ovšem není zde jednoznačný způsob, jakým se genetické předpoklady přenášejí na další generaci. S největší pravděpodobností jde o polygenní typ dědičnosti, kdy dochází ke kumulaci většího počtu genů určitého účinku. Odhad heritability této poruchy činí 30 % a shoda u monozygotních dvojčat byla 41 %. U dizygotních dosahovala pouze 4 %. Dispozici k takovému způsobu reagování signalizují projevy, jako je např. snížená tolerance k zátěži, větší psychická zranitelnost, pocity rozladěnosti, dráždivost, labilita a zvýšená tendence k úzkostnému reagování. Odchytky genetické informace se mohou projevit různým způsobem. Může jít o změnu mozkových funkcí. Tyto změny byly potvrzeny pomocí různých vyšetření, například pomocí pozitronové emisní tomografie nebo magnetické rezonance. Úzkost je také spojena s poruchou regulace různých neurotransmiterových systémů. Zde hrají důležitou roli neurotransmitery noradrenalin, serotonin a GABA. Odchytky neurotransmiterové aktivity úzkostných pacientů byly prokázány např. v oblasti středního mozku a mozkového kmene. GABA (kyselina gaba-aminomáselná) systém je důležitý pro svou tlumivou schopnost, což se může projevit ve vztahu k úzkostnému prožívání. Serotonin redukuje pohotovost reagovat nadměrně úzkostně (např. panickou atakou) a má souvislost i s obsedantně-kompulzivní poruchou. (Vágnerová, 2012, str. 402)

Kromě biologických faktorů zde hrají důležitou roli i faktory psychosociální. Tyto faktory mohou riziko výskytu úzkostné poruchy zvýšit. Aktuálně působící zátěže je vždy nutné posuzovat v kontextu dříve získaných zkušeností, v rámci důležitých životních událostí a standardů sociokulturního prostředí. Sociokulturní podmíněnost úzkostných projevů se může projevit rozdílností příznaků, tedy zda jde o převahu symptomů somatických či psychických. Somatické projevy mohou být společensky snáze akceptovány, zejména u mužů, proto jejich četnost v takto uvažujících sociálních

skupinách narůstá. Sklon k úzkostnému reagování, přesněji ke způsobu, jakým se člověk vyrovnává s úzkostí, je do jisté míry ovlivnitelný učením. V rámci rodiny může dítě tuto zkušenost získat zejména ve vztahu s rodiči. Významným faktorem je nepříznivá zkušenost z děství, např. týrání a odmítání. Tyto pocity se mohou zafixovat a generalizovat, což znamená, že úzkostné reakce začnou vyvolávat i původně neutrální podněty. Nepříjemný zážitek se může stát základem fobie, jejíž intenzita může narůstat a rozšířit se. Neméně důležité jsou zkušenosti se stresujícími situacemi. Úzkostná porucha se může objevit v rámci tendence posuzovat život zcela obecně jako zátěž a nadměrně zaměřovat pozornost na potenciálně ohrožující okolnosti, na případnou kritiku, selhání a další nepříjemné situace. Mohou představovat ohrožení, ale aktuálně působí na úrovni očekávání. Pokud by přetrvávaly delší dobu, mohou se stát chronickými. (Vágnerová, 2012, str. 403)

1.2.2 Panická porucha

Panika je název odvozený od jména řeckého boha Pana. Tento bůh číhal v lese a děsil lidi. (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2008, str. 13) Panická porucha je častá, stresující a velmi výrazně omezující psychická porucha. Jeden z prvních a velmi přesných popisů podal Charles Darwin, když v roce 1892 popsal vlastní záchvat: (Praško, 2005, str. 121)

„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 viditelných příznaků je třes všech svalů na těle.“² (Praško, 2005, str. 121)

Jedním z hlavních rysů této poruchy jsou opakované záchvaty masivní úzkosti. Tyto záchvaty můžeme označit jako spontánní, nelze je předvídat a nejsou omezeny na žádnou určitou situaci. Představují náhlé epizody extrémní úzkosti, které přicházejí jako „blesk z čistého nebe“, bez varování. Při záchvatu dojde k rozvoji intenzivního strachu, dojmu, že se přihodí něco hrozného. Ataka je spojena s řadou nepříjemných tělesných příznaků, jako je např. bušení srdce, bolest na hrudi, pocity dušení, závratě, pocity neskutečnosti (depersonalizace, derealizace). V úzkostných myšlenkách se objevuje strach z omdlení, strach ze smrti, ze ztráty sebeovládání či strach ze zešílení. Postižený se často snaží utéci, ať už je kdekoliv. (Praško, 2005, str. 121)

² PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. Vyd. 1., Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-997-6.

Většina pacientů mívá také noční záchvaty paniky, které se objevují pouze během pomalých spánkových vln. Často na panickou ataku navazuje strach z dalšího záchvatu. Velmi často si lidé trpící touto poruchou myslí, že trpí nějakou závažnou chorobou a nebo že dostali mrtvici či infarkt, a proto vyhledají nejbližší lékařskou pohotovost. Somatický nález však bývá normální. Pacient absolvuje celou řadu různých vyšetření, ale nález je stále negativní. To ho pochopitelně urazí, protože je přesvědčen o opaku. Lékařům přestane důvěřovat. Okolí jej pak označuje jako hypochondra či hysterika. Pacient následně vyhledává různé odborníky. (Praško, 2005, str. 121- 122)

Samotné ataky obvykle trvají 5-20 minut, ale jsou i výjimečné případy, kdy ataka trvá až dvě hodiny. Po odeznění může přetrvávat třes a napětí a nebo může dojít k uvolnění. (Praško, 2005, str. 121) Pro definování panické poruchy se vyžaduje podmínka čtyř atak v průběhu čtyř týdnů, přičemž za panickou ataku se považuje výskyt nejméně čtyř ze třinácti následujících příznaků: typický strach, palpitace, tachykardie, pocení, chvění, hyperventilace, nauzea, neurčitá závrať, parestézie, bolest na hrudníku, nával horka nebo chladu, pocit zamlženého vidění. Kruciálním příznakem, který však paradoxně může chybět, je charakteristická forma strachu, nejčastěji definovaná jako obava ze zešilení, strach, že postižený udělá něco nepředvídatelného, ale především strach z umírání. (Ulč a kol., 1999, str. 72)

Co se týče epidemiologie této poruchy, Ulč uvádí, že začíná v dětství. (Ulč a kol., 1999, str. 72). Praško udává, že vznik panické poruchy se objevuje mezi 15. a 24. rokem a druhý menší vrchol nastává mezi 45. a 54. rokem. Dle Praška vyhledávají léčbu nejčastěji lidé ve věku 34 let. Celoživotní prevalence této choroby se pohybuje mezi 1,4 a 3,5 % populace s roční prevalencí 2,3 %. Přibližně dvakrát častěji se panická porucha vyskytuje u žen než u mužů. Ojedinelé panické ataky jsou však mnohem častější. Praško udává, že je někdy v životě zažije 7 až 9 % lidí. Pacienti s touto poruchou tvoří až 12 % všech nemocných, kteří vyhledávají lékařskou pomoc opakovaně. (Praško, 2005, str. 123-124)

Vyšší výskyt panické poruchy je ve městech, u vdov, u rozvedených nebo u lidí, kteří žijí separovaně. Jako další rizikové faktory Praško uvádí nedokončené vzdělání, časnou ztrátu rodiče a fyzické nebo sexuální zneužívání. (Praško, 2005, str. 125)

Panická porucha často není rozpoznána ani léčena. Svoje příznaky přičítají pacienti tělesné nemoci. Přestože jim je doporučeno psychiatrické vyšetření, nevěří, že jejich příznaky by mohly být způsobeny právě psychickou poruchou.

První panický záchvat se většinou objeví ve „fobické“ situaci, jako je nějaké veřejné místo, ulice, obchod, dopravní zácpa, dopravní prostředek, tunel, výtah nebo otevřený prostor. Psychosociálními důsledky jsou často manželské problémy, ztráta zaměstnání, finanční potíže a nebo také sexuální nesoulad. Důsledky této poruchy jsou podobně závažné jako u deprese. Často dochází ke ztrátě zaměstnání, k závislosti na druhých nebo k invaliditě. Okolo 7% lidí trpících panickou poruchou spáchá suicidální pokus. U více než 90% lidí se před tím, než se projeví první panický záchvat, objevují projevy úzkosti a fobie. (Praško, 2005, str. 166)

Mezi základní cíle léčby panické poruchy patří eliminace panických atak, vyhýbavého chování a anticipační úzkosti. Dále se snažíme, při dlouhodobé léčbě, předcházet relapsu a recidivě poruchy. U pacientů s panickou poruchou bez agorafobie je účinnější medikace, zatímco k redukci vyhýbavého chování se osvědčila behaviorální terapie. (Praško, 2005, str. 187)

Krátkodobá (akutní) léčba trvá zpravidla do 12 týdnů. Dlouhodobá (udržovací) trvá 12 až 18 měsíců. Mimo jiné zde má důležité postavení i krizová intervence. Nejsou pro ni stanovena žádná přesná pravidla a nikdy nebyla experimentálně studována. Nejvhodnější je však řízené dýchání s pacientem, fyzikální vyšetření, EKG a při negativním nálezu je vhodné doporučit pacienta k psychiatrovi. Při léčbě bychom se neměli pacientovi posmívat a nijak ho shazovat. To ale bohužel někdy někteří lékaři na pohotovosti či internisté dělají, protože jsou podráždění, že je „otravují“ lidé, kteří si to všechno vymýšlejí a jsou hysteričtí“. (Praško, 2005, str. 187-188)

1.2.3 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

Najít hranici mezi tím, kdy jsou obavy a strach patologické, a kdy jsou ještě běžné, bývá mnohdy vcelku obtížné. Nejlépe to pravděpodobně odhadneme podle toho, že nadměrný strach a obavy brání jedinci v normálním fungování v práci, v rodinném životě a narušují jeho životní styl. Generalizovaná úzkostná porucha je poměrně nová diagnostická jednotka. Dříve byla tato diagnóza užívána u lidí, kteří trpěli úzkostnými příznaky, ale nesplňovali kritéria pro žádnou jinou úzkostnou poruchu. Dle MKN-10 je GAD považována za samostatnou poruchu. Typickým projevem bývá tzv. volně plynoucí úzkost. Tato úzkost není omezena na určité situace, ale týká se každodenních záležitostí. Jedinec trpící touto poruchou trpí nadměrným zaobíráním se starostmi a stresujícími myšlenkami. Má obavy, že něco nezvládne, že se ztrapní, že se stane něco velmi nepříjemného jemu nebo osobám jemu blízkým apod. Tyto myšlenky vedou

ke zvýšené úzkostnosti, podrážděnosti, únavě a nepříjemným tělesným pocitům. GAD má také mnoho tělesných příznaků, například bolest hlavy, svalové napětí, roztřesenost, závratě, nevolnost, nadměrné pocení, bušení srdce, zažívací potíže atp. Lidem trpícím touto poruchou obvykle dělá problém odpočinout si, tzv. vypnout. V době, kdy má postižený člověk relativně více klidu, například o víkendu, se zabývá úzkostnými myšlenkami ještě mnohem více, protože jeho pozornost od nich není odváděna vnějšími podněty. (Praško, 2005, str. 68)

Generalizovaná úzkostná porucha je poměrně častá. Roční prevalence kolísá mezi 3 a 8%, celoroční mezi 5 a 15%. Poměr mezi muži a ženami bývá jedna ku dvěma. (Praško, 2005, str. 71.). Dle Ulče však některé studie uvádějí poměr mezi muži a ženami stejný. (Ulč, 1999, str. 56)

Jedná se o pátou nejčastější psychiatrickou poruchu. U lidí, kteří žili dříve v manželském vztahu, se objevuje častěji (rozvod, separace, ovdovění). U nezaměstnaných žen v domácnosti je výskyt častější. V psychiatrických ambulancích se toto onemocnění objevuje méně, protože většina postižených považuje úzkostnost za svůj trvalý povahový rys, který není možné léčit. Často také převládají tělesné příznaky, a tak pacient nevěří, že jde o psychickou poruchu. Většina pacientů, kteří trpí generalizovanou úzkostnou poruchou pravděpodobně přichází ke svému všeobecnému lékaři a jen hrstka z nich je následně odeslána do psychiatrické péče. V současné době je přiměřeně léčena pouze třetina z pacientů, kteří by léčbu potřebovali. (Praško, 2005, str. 71-72)

Dle Vágnerové vzniká tato porucha nejčastěji v dospívání a v tomto období postihuje častěji dívky. (Vágnerová, 2012, str. 417) Dle Praška je nejčastější vznik této poruchy mezi 16. a 25. rokem života jedince. Průměrný věk, kdy je tato porucha diagnostikována, je 39 let. Obvykle se příznaky objevují postupně a nenápadně, ale také se mohou objevit rychle vlivem nějaké těžké životní situace, nejčastěji hrozbou krize v blízké budoucnosti. Někdy této poruše předchází jiná úzkostná porucha, zejména sociální fobie. Jelikož se jedná o chronickou poruchu, nebude-li léčena, může se s ní jedinec potýkat v různé intenzitě celý život. Pouze třetina postižených bývá léčena adekvátně. Do léčby se pacienti často dostávají až při komplikaci depresí. Prognóza většinou nebývá dobrá. Dlouhodobé studie ukazují, že většina postižených trpí příznaky celé roky a přibližně polovina je handicapována v soukromém životě a v práci. Porucha má chronický kolísavý průběh a může přetrvávat celoživotně. Mezi prediktory

neuspokojivé prognózy řadíme dlouhé trvání poruchy, komorbidní psychickou poruchu, dlouhodobou tělesnou nemoc, koexistující poruchu osobnosti, špatnou sociální adaptaci a narušené manželské a sociální vztahy. Velmi častou a rozšířenou pověrou je, že pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou jsou, na rozdíl od pacientů s jinými poruchami, méně handicapováni v běžném životě. Výzkum však svědčí o opaku. Handicapy znamenají stejnou závažnost jako u depresivní poruchy. U těchto pacientů hrozí zvýšené riziko vzniku závislosti na alkoholu či anxyolitikách. (Praško, 2005, str. 84-85) Pravděpodobnost plné úzdravy je u GAD výrazně nižší než u depresivní poruchy. (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/generalizovana-uzkostna-porucha-a-jeji-lecba-450131>, 25. 3. 2014)

Generalizovaná úzkostná porucha předpokládá dlouhodobou léčbu. Je zde možnost specifické psychoterapie, podávání psychofarmak nebo kombinace obou přístupů. (Praško, 2005, str. 91)

Řada lidí je přesvědčená, že GAD představuje rys jejich povahy, a tudíž s tím nepůjde nic dělat. Není to pravda. Generalizovaná úzkostná porucha je dobře léčitelná. Možnosti jsou v zásadě dvě: léčba léky (především antidepresivy) a psychoterapie (především kognitivně-behaviorální terapie). (Praško, Prašková, Vyskočilová, 2008, str. 73)

Psychoterapie si klade za cíl naučit jedince trpící generalizovanou úzkostnou poruchou myslet systematicky a v mnoha perspektivách. Je třeba změnit ztuhlé myšlenkové postupy, které umožňovaly vše vidět pouze v jedné ohrožující rovině. Léčba se zaměřuje na zamezení vyhýbavému chování, tedy vystavení se obavám a starostem a na nácvik odolnosti k silným emočním a tělesným reakcím. (Praško, Prašková, Vyskočilová, 2008, str. 73)

Farmakoterapie je z krátkodobého hlediska snazší a rychlejší než psychoterapie. Akutní exacerbace, tedy náhlé vzplanutí úzkostných příznaků u chronicky úzkostných pacientů, reaguje nejlépe na podání anxiolytik, zejména na benzodiazepiny. Vzhledem k tomu, že krátkodobá léčba nevede k plnému vymizení příznaků (během tří měsíců dosáhne remise méně než 50 % léčených) a pacienty je nutno léčit několik let, nejsou benzodiazepiny ideální. Při dlouhodobém užívání vedou k somatické závislosti. (Praško, 2005, str. 93)

1.2.4 Smíšená úzkostně depresivní porucha

U smíšené úzkostně depresivní poruchy se mísí příznaky úzkosti a příznaky deprese. Ani příznaků deprese a ani příznaků úzkosti však není tolik, aby splňovaly samostatnou diagnózu pro depresi či pro některou z úzkostných poruch. Tato porucha bývá okolím, včetně psychiatrů a zdravotníků, bohužel často podceňována, protože příznaky deprese jsou méně hluboké než u depresivní poruchy a příznaky úzkosti jsou méně výrazné než u úzkostných poruch. (Ulč, 1999, str. 57-70) Smíšená úzkostně depresivní porucha velmi často má chronický průběh, a tak vede průměrně k delší pracovní neschopnosti než depresivní porucha. Často způsobuje invaliditu a má vysoké procento suicidálních pokusů. (Praško, 2005, str. 221)

Příznaky se obvykle vyvíjejí v průběhu týdnů až měsíců. Jen ojediněle dojde k rychlejšímu rozvoji, například po stresující události. Příznaky jako potíže se spánkem, únava, bolesti hlavy, zvýšené napětí bývají často přisuzovány problémům v rodině či v zaměstnání. Jak pacient, tak ani lékař těmto příznakům většinou nevěnují dostatečnou pozornost. Jestliže jsou přítomny některé ze somatických příznaků, jako je třeba knedlík v krku, tlak na hrudi, palpitace, nadměrné pocení apod., postižení hledají příčinu v nějakém somatickém onemocnění a požadují návštěvu specialisty. Lidé trpící touto chorobou občas popisují netypické příznaky budící obavy z organického onemocnění, jako jsou například bolesti páteře, tělesná vyčerpanost se slabostí svalů, zhoršené vidění a nebo časté bolesti v krku. (Praško, 2005, str. 224)

Pro postižené bývá občas obtížné popsat přesné příznaky. Depresivní náladu mohou popisovat tvrzení „mám náladu pod psa“, „nic mi nedělá radost“ apod. Typické jsou zde obavy do budoucna. Pacient často nevidí perspektivu a obviňuje se za různé, často banální prohřešky. Jedinec se často soustředí na svůj psychický stav a u jiných věcí mu dělá problém udržet pozornost. Pacienti mívají problémy se spánkem, ať už se jedná o potíže s večerním usínáním, tak i s udržením spánku. Během dne se pak cítí velmi vyčerpaní a bez energie. Řada pacientů pije ve velkém množství kávu nebo konzumuje hodně čokolády ve snaze zvýšit soustředění, což ale vede k nárůstu úzkostnosti, popudlivosti, bolesti hlavy a někdy dokonce panické ataky. (Praško, 2005, str. 224-225)

Dle Praška je aktuální prevalence smíšené úzkostně depresivní poruchy v primární péči 4,1 %. Praško dále uvádí, že dle Turnera (2001) trpí touto poruchou ve Velké Británii celých 8 % populace. Tito pacienti tvoří u praktického lékaře až jednu

třetinu všech návštěv. Zde si stěžují především na tělesné příznaky. Praktický lékař je posílá k nejrůznějším specialistům (kardiologům, neurologům, imunologům a dalším), kde tvoří základ skupiny tzv. beznadějných případů, protože jim není poskytnuta účinná léčba a jejich potíže chronicky přetrvávají. Často si s sebou do ordinace nosí i celý seznam tělesných příznaků. Výsledky British National Survey of Psychiatric Morbidity ukázaly, že touto poruchou trpí třikrát častěji osamělé matky než ostatní ženy. (Praško, 2005, str. 224)

Tato porucha mívá často periodický (jako rekurentní depresivní porucha) nebo dlouhodobě kolísající (jako generalizovaná úzkostná porucha) průběh. Příznaky se často mění. Výjimkou je spontánní remise. Léčba bývá často dlouhodobě nedostatečná či nevhodná. Postižení užívají dlouhodobě benzodiazepiny, na které se rozvíjí závislost, přičemž příznaky přetrvávají. Neadekvátně léčená či zchronifikovaná smíšená úzkostně depresivní porucha často vede ke dlouhodobé pracovní neschopnosti či dokonce k invaliditě. Poměrně časté jsou suicidální pokusy. Celkový sociální dopad bývá dokonce mnohem závažnější, než tomu bývá u depresivní poruchy. Může dojít k rozpadu partnerských vztahů a celé sociální sítě postižených osob. Pacienti bývají často hospitalizováni v somatických či psychiatrických zařízeních, které jsou jejich jediným sociálním zázemím. Přitom včasná adekvátní léčba může tento velmi demoralizující vývoj změnit. Je-li tato porucha včas rozpoznána a adekvátně léčená, její léčba nebývá nijak obtížná. Pacienti se smíšenou úzkostně depresivní poruchou ve srovnání s pacienty s depresivní nebo úzkostnou poruchou mívají menší osobní i sociální podporu, více příznaků, chronický průběh poruchy a vyšší riziko parasuicidií. Hůře reagují na léčbu, častěji u nich dochází k rozvoji závislosti na alkoholu nebo drogách, onemocnění u nich začíná v časnějším věku a často bývají léčeni po dobu mnoha let benzodiazepiny a po určitém čase získají rezistenci na tuto léčbu a chronifikují. (Praško, 2005, str. 229)

Léčba bývá v častých případech nevhodná či nedostatečná. Studie týkající se léčby smíšené úzkostně depresivní poruchy zatím neexistují. Zdá se, že relativně málo úspěšná bývají cyklická antidepresiva a naopak účinná může být kognitivně-behaviorální terapie. Více než 50 % pacientů, kteří jsou léčeni antidepresivy, se výrazně zlepší. Výběr vhodné medikace je ovlivněn bezpečností, účinností a vedlejšími účinky jednotlivých léků. Je možné použít benzodiazepiny, které velmi rychle snižují úzkost, ale stejně tak ovlivňují depresi. Tyto léky se snadno užívají. Jsou-li podávány

s přestávkami, krátkou dobu a v přiměřené dávce, mohou pacientovi na počátku léčby významně ulevit. Jejich nevýhodou je riziko ztráty účinnosti při delším podávání a také hrozí vznik závislosti. Dlouhodobé podávání těchto léků není vhodné.

Další možností léčby u smíšené úzkostně depresivní poruchy je kognitivně-behaviorální terapie. Za optimální lze považovat kombinace této terapie a léků. Pro kognitivně-behaviorální terapii jsou vhodné především motivovaní pacienti, kteří jsou ochotni pracovat na sobě a plnit domácí úkoly. Na začátku je vždy důležité posílit motivaci pacienta ke spolupráci, vytvořit konstruktivní terapeutický vztah a zvýšit naději na změnu. Je vhodné, když touto terapií projde i partner či jiná blízká osoba, od které je možné očekávat sociální podporu. Použití jednotlivých metod začíná vždy edukací o poruše a způsobu její léčby. Dalšími kroky jsou: plánování aktivit, nácvik zklidnění a dechu, nácvik komunikace, expozice, řešení problémů a příprava na budoucnost. (Praško, 2005, str.233-238)

1.2.5 Fobické poruchy

Pokud je strach příliš silný a vede k tomu, že se jedinec začne vyhýbat určitým věcem či situacím, kterých se obvykle lidé nebojí, mluvíme o fobii. Fobie jsou duševní poruchy, při nichž je strach vyvoláván konkrétními objekty nebo situacemi, které ve skutečnosti nejsou nebezpečné. Postižená osoba se začne těmito situacím vyhýbat a někdy tak významně omezovat svůj život. Uvědomuje si, že jeho strach je nesmyslný. Fobii můžeme tedy označit jako specifickou formu strachu, který je neúměrný, a postižený si uvědomuje jeho iracionálnost. (Praško, Prašková, Vyskočilová, 2008, str. 33-34)

Existuje nespočet fobií. Mezi fobické poruchy se řadí agorafobie, sociální fobie, klaustrofobie (strach z uzavřených míst), autofobie (strach ze samoty), kremnofobie (ze strání), hadefobie (strach z pekla) a mnoho dalších. Honzák uvádí celý seznam fobií. Mezi nejkurioznější je možné zařadit filemafobii (strach z líbání), melofobii (strach z hudby) a erytofobii (strach z červenání se). (Honzák, 2005, str. 80-82) V této práci budou popsány dvě nejčastější fobie - agorafobie a sociální fobie.

1.2.5.1 Agorafobie

Agorafobie byla poprvé popsána v roce 1871 německým neuropatologem a psychiatrem C. Westphalem jako děsivý strach ze širokých otevřených prostor. (Hort, 2008, str. 223) Agorafobie se projevuje strachem pobývat na místech, ze kterých

v případě nevolnosti není možné uniknout. Pacient trpící touto poruchou se vyhýbá veřejným prostranstvím, cestováním městskými hromadnými prostředky, nakupování v supermarketech, přeplněným místům apod. Nejde o to, že by se jedinec bál konkrétně těchto míst, nýbrž o to, co by se mohlo přihodit. Takový člověk se těmto místům začne raději vyhýbat a v krajním případě ani nevychází z domova. (Praško, Látalová, 2013, str. 461) Dnešní pojem agorafobie pochází, jak již bylo zmíněno, z roku 1871, avšak strach z otevřených prostranství popsal již Hippokrates. Praško uvádí, že agorafobie se velmi často pojí s panickou poruchou. Dle mnoha autorů je panická porucha prvotní a až poté vzniká agorafobie. Strach se zvyšuje, uvědomí-li si jedinec, že únik není možný a nebo že by jím na sebe upoutal příliš velkou pozornost. (Praško, 2005, str. 254)

Pacienti se většinou nejlépe a nejbezpečněji cítí doma a čím dále jsou od domova, tím větší strach prožívají. Neplatí to ale vždy. (Praško, 2005, str. 254) Honzák ve své publikaci vzpomíná na jednoho svého pacienta, který chtěl letět za vnoučaty do USA, ale bál se letět letadlem a chtěl jet přes Atlantik lodí. Úřady mu to ovšem neumožnily a Honzák začal se svým pacientem trénovat. Chodili do metra. Nejprve doslova ruku v ruce, posléze volněji a až později pokročili k tomu, že jel každý svým vagonem. (Honzák, 2005, str. 82-83) Praško uvádí, že postižení většinou automaticky předpokládají, že pokud se jim nepodaří z dané situace včas uniknout, přihodí se jim nějaká katastrofa – přestanou se ovládat, omdlí, dostanou infarkt, zkolabují nebo se budou chovat trapně. Počet nebezpečných situací se časem zhoršuje a jedinec potom prakticky nevychází z domova. (Praško, 2005, str. 254) Shrňme-li to, mezi základní charakteristiky agorafobie patří: strach pobývat na místech, odkud není možný útek, následné vyhýbání se těmto místům a nevolnost, úzkost až panický záchvat. (Praško, 2005, str. 256)

V různých studiích kolísá celoživotní prevalence této poruchy od 2,9 do 6,7 %. U žen bývá 2-3x častější, než u mužů. (Praško, 2005, str. 257) Hort uvádí nejčastější výskyt v dospělosti a udává výskyt u žen 3-4% a u mužů 1-2%. U dětí je agorafobie nejméně rozšířenou poruchou, avšak objevit se v tomto věku může. U dítěte byla poprvé popsána v roce 1984 a poznatky o ní jsou velmi chudé. (Hort, 2008, str. 223) Obvykle začíná mezi 23. a 29. rokem života a léčba začíná okolo 34. roku. Až v 50% případů je tato porucha komorbidní s panickou poruchou. U léčených pacientů je to až v 75% případů. (Praško, 2005, str. 257)

MKN-10 poměrně jasně vymezuje diagnostická kritéria pro agorafobii. Pacienti s touto poruchou se vyhýbají situacím, v nichž by bylo těžké získat pomoc a nebo se vzdálit. Kdykoliv se mají takové situaci vystavit, preferují doprovod blízké osoby. V těžších případech bez doprovodu nevyjdou ze svého domova. Agorafobie omezuje fungování v sociálních pracovních situacích. Těžce zasahuje rodinu postižené osoby. Rozvoj této poruchy často navazuje na panické ataky, ale přibližně u 20% pacientů na začátku nezjistíme žádnou panickou ataku. U těchto pacientů většinou navazuje na klaustrofobii. (Praško, 2005, str. 257)

Porucha se většinou objevuje mezi 20. a 30. rokem života jedince. Zcela výjimečně po 45. roce. Může se ale objevit kdykoliv. Průběh může být chronický nebo vlnovitý. Neléčená agorafobie je často chronická. Zhruba u 30-40% příznaky s přibývajícím věkem zcela ustoupí, u 50% postižených přetrvávají dlouhodobé příznaky a u 10-20% se stav udržuje a vede k invaliditě. Úspěšnost léčby je vysoká. Mezi časté psychosociální důsledky této poruchy patří ztráta zaměstnání, manželské problémy, finanční potíže a sexuální nesoulad. Hlavním zdravotním rizikem je rozvoj depresivních epizod v závislosti na návykových látkách, což zvyšuje riziko suicidia. (Praško, 2005, str. 262; Praško, Látalová, 2013, str. 468)

Vhodně zvolená léčba přináší řadě postižených výrazné zlepšení. Nejúčinnější jsou možnosti farmakoterapie a kognitivně-behaviorální terapie. Velmi pomoci však mohou rodinná a skupinová terapie, protože celková sociální situace pacientů bývá složitá a často je významně zasažena rodina. (Praško, 2005, str. 266)

Léčba léky pomáhá především tím, že snižuje hladinu napětí, což vede ke snížení pravděpodobnosti výskytů panických záchvatů. Velmi účinná jsou antidepresiva, která pomáhají vyrovnat hladinu serotoninu. Jejich účinek není okamžitý, ale zpravidla se dostaví za 3-6 týdnů. Na těchto lécích nevzniká závislost. Další možností jsou benzodiazepiny, na kterých si však jedinec může vytvořit závislost. Neměly by se podávat déle než 2-4 měsíce.

Kognitivně-behaviorální terapie je léčba zaměřená na přímé odstranění vyhýbavého chování. Základními postupy jsou a) psychoedukace (cílem je porozumět projevům agorafobie), b) kognitivní restrukturalizace (hodnotit stejnou situaci jde několika způsoby), c) interoceptivní expozice a kontrola dechu, d) expozice skutečným situacím, e) relaxace, f) řešení problémů v životě. (Praško, Adamcová, Vyskočilová, Prašková, 2008, str. 48-54)

Podle jedné studie dochází během čtyř let od indexové léčby k relapsu u 60% pacientů. Horší prognóza je spojena s delším trváním poruchy, komorbidní depresí, zneužíváním alkoholu, hypochondrickými rysy a vyšší interpersonální senzitivitou. (Praško, Látalová, 2013, str. 468)

1.2.5.2 Sociální fobie

Sociální fobie se vyznačuje strachem ze sociálních situací. Velmi často začíná právě v adolescenci a projevuje se strachem ze zvědavých pohledů lidí, který vede k vyhýbání se společnosti. Tento strach může být buď konkrétní, který je zaměřen na určité situace, např. stravování se na veřejnosti, mluvení na veřejnosti, strach z kontaktu s opačným pohlavím, a nebo difuzní, který zahrnuje téměř všechny sociální situace mimo okruh rodiny.

Sociální fobie obvykle bývá spojena s nízkým sebevědomím, sebehodnocením a strachem z kritiky. Jedinec se červená, má potíže s očním kontaktem, může se třást, mít pocity na zvracení a nebo naléhavou potřebu močit. To jsou všechno příznaky úzkosti. Pacient má pocit, že ostatní lidé si jeho projevů úzkosti všimnou. Sociální fobie může progredovat až do panické ataky. (Praško, Látalová, 2013, str. 463) Ve snaze překonat nepříjemné pocity a úzkostné myšlenky se jedinci trpící touto poruchou mohou uchýlovat k alkoholu. Je nutné říci, že u sociální fobie je zneužívání alkoholu častější než u jiných fobií. (Praško, Prašková, Prašková, 2008, str. 23)

Celoživotní prevalence sociální fobie je 2,8 %, přičemž 70 % z toho tvoří ženy. Takové výsledky ukázala klasická epidemiologická studie ECA (Epidemiological Catchman Area Study). Ovšem tento poměr se ukázal vysoce podceněný, jelikož metodika šetření nebyla komplexní. Následná studie NCS (National Comorbidity Survey) zjistila životní prevalenci sociální fobie 13,3 % a roční prevalenci 7,9 %. Asi 80-90 % lidí zažije během svého života období, kdy se abnormálně stydí. V klinické praxi tvoří tato fobie zhruba 30 % všech fobií. Touto poruchou trpí stejně často muži i ženy. Je to druhá nejčastější fobie po agorafobii. Tato porucha je poměrně málo diagnostikována. Příčinou je především to, že pacienti se stydí vyhledat odborníka. Často si myslí, že úzkost v sociálních situacích je jejich povahovým rysem. V neposlední řadě se obávají nálepky psychické poruchy. Zajímavostí je, že jedinci trpící sociální fobií dosahují nižšího vzdělání, než na jaké mají inteligenci. To bývá způsobeno vlivem této fobie na schopnost vzdělávat se. Velmi často patří tito lidé mezi skupinu s nižšími příjmy a více než 20 % pacientů finančně závisí na invalidním

důchodu či na jiném typu sociálních dávek. Sociální fobie u rodičů představuje velké riziko vzniku úzkostné poruchy, sociální fobie, deprese a závislosti na alkoholu u adolescenta. Mezi další rizikové faktory je možné zařadit absenci blízkého vztahu u dospělých, partnerský konflikt mezi rodiči, časté stěhování především v dětství, špatné známky ve škole, útěky z domu apod. (Praško, 2005, str. 286)

Je nutné vymezit diagnózu sociální fobie ve vztahu k ostatním fobiím. S agorafíí má společný strach vycházet ven. Sociální fobik vyjde ven jen za předpokladu, že nikoho nepotká, naopak agorafobik by byl za přítomnost jiných, na které se může obrátit, rád. Vyhýbavá porucha osobnosti je téměř totožná. Americká klasifikace ji dokonce zařazuje k sociální fobii. Schizoidní osobnost se projevuje taktéž malou angažovaností v sociálních situacích, ta je však výrazem nezájmu a lhostejnosti, nikoliv úzkosti. Některé podobnosti můžeme nalézt u pacientů trpících depresí, dystimií, případně i psychózami. Zde je důležité analyzovat, proč k vyhýbavému chování dochází. (Hort, 2008, str. 225-226)

Sociální fobie je většinou chronická. V průběhu let se může původní ráz měnit, eventuálně i slábnout v souvislosti s tím, jak se daří, či nedaří nacházet cestu společenskými, partnerskými, pracovními a zájmovými situacemi tak, aby míra úzkosti byla únosná. Ve srovnání s agorafobií je průběh sociální fobie méně proměnlivý. Tato porucha omezuje jedince ve škole, v zaměstnání, v sociálních i intimních vztazích. V průběhu této fobie jsou časté depresivní, případně i suicidální myšlenky. Závažnou komplikací zde bývá rozvoj alkoholové závislosti. (Hort, 2008, str. 225)

Z farmakoterapie jsou krátkodobě účinná anxyolitika, díky nimž není pacient vystavován stresu, se kterým by se potřeboval naučit zacházet. Může zde vzniknout i návyk, nicméně u pacientů, kde je úzkost velmi výrazná, jsou nutností protože bez farmak není schopen pacient plnit ani nejjednodušší úkoly. To se týká především jedinců, kteří potřebují hospitalizaci, protože sociální fobie je zcela vyřadí z běžného života.

Další alternativou jsou antidepresiva, která úzkost krátkodobě utlumí, a proto nevedou k závislosti. Během dvanácti týdnů sníží hladinu úzkosti a expoziční léčba je poté snadnější.

Psychoterapie této poruchy vyžaduje, aby byl pacient vystavován sociálním situacím, kterých se obává. Tento kontakt je opakován tak dlouho, dokud se úzkost nesníží na únosnou míru nebo dokud úplně nevymizí. Léčba začíná edukací o sociální fobii a její léčbě, pokračuje kognitivní rekonstrukcí, kde se pacient učí proměnit

katastrofické myšlenky na adaptivnější a příznivější. Následuje nácvik sociálních dovedností, což je nacvičování si obávaných situací v uměle vytvořených podmínkách. Expoziční léčba začíná jednoduššími úkoly jako například zeptat se lidí na cestu nebo kolik je hodin. (Praško, Látalová, 2013, str. 474-478)

1.2.6 Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně-kompulzivní porucha byla dříve považována za vzácné onemocnění. Poslední výzkumy však prokázaly, že jde o velmi častou psychickou poruchu. Na celém světě jí trpí zhruba 100 milionů lidí. (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký, Záleský, 2010, str. 7)

Obsedantně-kompulzivní porucha je charakteristická subjektivně prožívanou tenzí, nepohodou, úzkostí, pocitem strachu a přítomností obsesí a kompulzí. Obsese jako opakující se vtíravé myšlenky a představy jsou většinou neodbytné a vyvolávají v jedinci úzkost. Kompulze je možné vysvětlit jako nutkavé chování nebo psychické aktivity, které jedinci vykonávají jako reakci na obsese. Často jsou to rituály, pomocí nichž se vyhýbají určitým myšlenkám. U adolescentů se mohou vyskytovat bez mentální komponenty. Mimo rituály se může jednat o chování podle určitých, velmi rigidních pravidel. Tyto aktivity, které zmírňují úzkost jedince, jsou však přehnané a nepřiměřené. Mají určitou intenzitu, frekvenci a délku. Někdy není přítomen dostatečný náhled. (Hort, 2008, str. 228)

Pro tuto poruchu jsou typické vracející se obavy (obsese), že se stane něco, co bude mít katastrofické následky. Může se to týkat ušpinění, infekce, onemocnění. Napětí či úzkost z obsesí se člověk snaží neutralizovat kompulzemi (opakovanými úkony či stereotypními myšlenkami). Kompulze však psychickou nepohodu nesníží natrvalo, ale pouze na přechodnou dobu. Záhy se objeví další obsese, následná potřeba ji snížit a další kompulze. (Praško, Prašková, Prašková, 2008, str. 26)

Svoboda udává prevalenci této choroby okolo 3%. (Svoboda, 2012, str. 224-225) Hort zmiňuje, že dříve se prevalence pohybovala mezi 0,5-2,5%, ačkoli byla popisována až u 4%. Dnes udává rovněž prevalenci 3 %. Je to pravděpodobně způsobeno tím, že se lidé častěji svěřují. Tato porucha se však nadále řadí mezi skryté, které mnohdy nejsou zachyceny. (Hort, 2008, str. 229) V dětství převažují muži, s věkem se však poměr pohlaví vyrovnává. U více než poloviny nemocných začíná onemocnění před 25. rokem života. Maximální incidence je okolo 20 let. U více než 85% jedinců propukne onemocnění

před 35. rokem života. (Svoboda, 2012, str. 224-225) V dětství je toto onemocnění vzácnější, prevalence je okolo 1-2%, u adolescentů však až 4%. Pohlavní diference vykazuje mírné zvýšení u dívek. Hort udává poměr asi 60 % u dívek a 40 % u mužů, ale jiní autoři většinou udávají poměr 1:1. Zranitelným obdobím pro začátek obsedantně-kompulzivní poruchy bývá období adolescence a rané dospělosti. Existují zde dva vrcholy objevení se příznaků: 12-14 let a 20-22 let. (Hort, 2008, str. 229)

Přibližně v polovině případů se potíže rozvíjejí postupně. Mezi případy s méně postupným začátkem je zde převaha jedinců s kompulzivním mytím a čišťením nad jedinci s kompulzivním ověřováním. Obsedantně-kompulzivní porucha všeobecně probíhá s jistými výkyvy. Může se střídat období, kdy se potíže jasně projevují s obdobími, kdy je poměrně klid. Avšak ani v těchto relativně dobrých obdobích nejsou klienti zcela bez příznaků. Asi u polovinu klientů dochází k postupnému zhoršování poruchy. S depresí se potíže zhoršují. Vliv zde má i stres. V období zvýšeného stresu je mnohem větší riziko, že se obsese a kompulze opět objeví. (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký, Záleský, 2010, str. 38) Zhruba 10-15 % případů má chronický průběh s výraznou sociální maladaptací a celkovou deteriorací. 85-90 % je charakterizováno remisemi – někdy kompletními, jindy s mírným fungováním v sociálním prostředí. (Hort, 2008, str. 231)

Mezi pozitivní prognostické faktory je možné zařadit mírný průběh, více fobií a ruminujících myšlenek, krátké trvání příznaků, syntonní premorbidní osobnost a pozitivní odezvu na terapii. Naopak mezi negativní prognostické faktory řadíme začátek v dětství a zvláště u chlapců symptomy, které vyžadují přesnost či symetrii. Dalšími negativními faktory je občasná beznaděj, psychotické symptomy a výskyt obsedantně-kompulzivní poruchy v rodině. Negativní životní události jsou precipitujícími faktory pro objevení obsedantně-kompulzivní poruchy většinou do jednoho roku po jejich stresovém působení. Ve 40% případů však nebývá precipitující faktor nalezen. (Hort, 2008, str. 231)

Řada lidí se obsesemi a kompulzemi trápí již léta a může pochybovat, že může dojít ke změně. Pravdou je, že léčba může být velmi úspěšná. Nejúčinnější jsou dva základní přístupy – farmakoterapie a behaviorálně-kognitivní terapie.

Bylo zjištěno, že lidé trpící OCD mají změněnou rovnováhu serotoninu na některých nervových zakončeních v mozku. Nervová zakončení, která používají serotonin na další buněčná zakončení, regulují mimo jiné hladinu napětí, energie

a sytosti. Léky, které upravují totu rovnováhu, jsou v léčbě OCD velmi účinné. Jejich účinek se však neprojeví hned, ale zhruba po 3-8 týdnech pravidelného užívání. Účinek na obsese a kompulze se může projevit i později (2-3 měsíce).

Kognitivně-behaviorální terapie OCD se začala vyvíjet v polovině šedesátých let 20. století v Anglii. Victor Meyer, londýnský psycholog, začal léčit pacienty trpící OCD tak, že je vystavil situaci, která v nich vyvolává úzkost a spouští jejich kompulzivní nutkání. Poté zabránil, aby své kompulzivní chování provedli. Tato léčba bývá označována jako léčba první volby. Jejím cílem je odstranit obsese a rituály. Dodává odvalu a podporuje vystavování se obávaným situacím tváří v tvář a zabraňuje provedení rituálů, aby klient měl možnost naučit se, že úzkost po určité době poklesne sama. Léčba zahrnuje tedy expozice nemocného obávaným situacím. Cílem není úzkost odstranit, ale naučit se ji tolerovat. Klient je současně veden k postupnému přehodnocení svých obav tak, aby došel k přesvědčení, že to, čeho se bojí, se ve skutečnosti velmi pravděpodobně nestane. (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký, Záleský, 2010, str. 59-62)

1.3 Úzkostné poruchy v dětství a dospívání

Úzkost a strach patří mezi normální a adaptivní vývojové fenomény a za běžných okolností signalizují dítěti hrozící nebezpečí. Pro každé vývojové období je typický určitý soubor podnětů vzbuzujících strach dítěte, který souvisí s konflikty a vývojovými úkoly pro dané období. (Svoboda, 2009, str. 581)

Úzkostné poruchy v dětském věku jsou charakteristické nepřiměřeným a nadměrným prožitkem úzkosti a strachu. Jako poruchu je možné hodnotit takové projevy, které mají určitou intenzitu a přetrvávají alespoň po dobu šesti měsíců. Důsledkem bývá nezvládnutí běžných sociálních požadavků nebo narušení běžného vývoje dětské osobnosti. Konkrétní projevy úzkosti jsou závislé na aktuální vývojové úrovni dítěte. Dítě je schopné prožívat strach a úzkost již v druhé polovině kojeneckého věku, kdy je významným vývojovým úkolem tohoto období zvládnutí separační úzkosti, která by však měla na konci třetího roku života dítěte ustupovat. Jestliže by obava z odloučení od matky přetrvávala ještě ke konci předškolního věku, bylo by možné hovořit o poruše. (Vágnerová, 2012, str. 416-417; Říčan, Krejčířová, 1997, str. 167-168)

V předškolním věku je možné u mnoha dětí pozorovat množství přechodných strachů a fobií. Často se vyskytuje strach z hmyzu, ze zvířat, ze zlodějů, z tělesného poškození atd. Toto období je citlivé pro utváření se nejrůznějších fobií, avšak nejsou-li posilovány, rychle mizí. Jen zřídka mají přímý vztah k pozdějším neurotickým poruchám v dospělosti. Na druhou stranu má celá řada celoživotních strachů základ právě v tomto vývojovém období. Jde především o strach z pavouků, ze psů a z jiných zvířat, ale patří sem i strach z lékařského ošetření. Přetrvávání a nebo i zhoršování těchto fobií je uváděno zhruba u 3-8 % dětí, u nichž mohou dosáhnout patologické intenzity. Klasické fobie (agorafobie, klaustrofobie) jsou naopak u malých dětí velmi vzácné a obvykle vznikají nejdříve v období dospívání. (Říčan, Krejčířová, 1997, str. 167-168)

V době nástupu do školy mohou některé děti prožívat strach z odloučení, ale také obavy z odmítnutí rodiči v důsledku nesplněného očekávání školní úspěšnosti. Obavy ze selhání se velmi často vztahují ke škole a školním výsledkům. (Vágnerová, 2012, str. 417) Věk okolo 10 let je udáván jako věk zvýšené úzkostnosti. Dítě při pokračujícím kognitivním vývoji dospívá k plnému pochopení pojmu smrti s její nezvratností a univerzalitou. Řada dětí se v tomto období začne bát tmy, větru, drobných šramotů apod. (Říčan, Krejčířová, 1997, str. 167-168)

U některých dětí však i ve školním věku přetrvává chronicky zvýšená hladina úzkosti (ta je do značné míry konstitučně podmíněný povahovým rysem) a nebo se dokonce vlivem konfliktních či traumatických zážitků stupňuje. Děti s generalizovanou úzkostnou poruchou jsou trvale v napětí, často bývají inhibované, ale někdy mohou být velmi neklidné a často mívají nejrůznější přechodné somatické potíže (bolest hlavy, dechové potíže, bušení srdce). Většina těchto dětí mívá oslabené sebehodnocení. Obávají se budoucích událostí a možného selhání sebe sama. Plnění požadavků někdy velmi dlouho odkládají a následně propadají panice, jindy však mohou být až extrémně konformní a perfekcionistické. (Říčan, Krejčířová, 1997, str. 167-168)

V období dospívání se začínají objevovat ve zvýšené míře obavy spojené s pocitem existenciálního ohrožení a nejistoty vlastní pozice ve světě. Úzkostnou poruchou trpí přibližně 5-7 % dětí. Výskyt jednotlivých variant se během vývoje mění. Faktory, které vedou ke vzniku úzkostné poruchy jsou stejné jako u dospělých. Obvykle se jedná o kombinaci genetické dispozice a různých subjektivně zatěžujících vlivů prostředí, jako je například způsob výchovy či postoj rodičů, kteří mohou být

nepřiměřeně úzkostní nebo příliš nároční. (Vágnerová, 2012, str. 416) V tomto vývojovém období často vzniká obsedantně-kompulzivní porucha a sociální fobie. (Svoboda, 2009, str. 591-594)

2 ADOLESCENCE

Termín adolescence je odvozen z latinského slova *adolescere* (dospívat). Jako termín označující určité období v životě člověka bylo toto slovo poprvé použito v 15. století. Adolescence vyplňuje především druhé desetiletí života člověka. Konkrétní časové vymezení se u jednotlivých autorů velmi různí. Nejčastěji se adolescence, v české terminologii mládí, datuje od 15 do 20-22 let. Za počátek tohoto období je považována plná reprodukční zralost a zároveň doba, kdy si mladý člověk zvolil učební nebo studijní obor a začíná se připravovat na své budoucí povolání. Konec tohoto období je vcelku obtížné stanovit jednoznačně. V biologickém vývoji se nenabízí žádný předěl. Vstup do povolání je významný individuálně, například začínající lékařka dostane svou první výplatu o několik let později než mladá dělnice. Jako hranice bývá považován dvacátý rok života, ale tato hranice je poněkud libovolná. Z hlediska ekonomického vysokoškolákům „přidáváme“ tři roky, jelikož se předpokládá, že jejich ekonomická závislost na rodičích a pokračování „žákovské role“ jejich adolescenci prodlužují. Trvalou charakteristikou adolescence však zůstává, že je považována za most mezi dětstvím a dospělostí. (Macek, 2003, str. 9; Říčan, 2006, str. 191-192)

V období adolescence je člověk nejkrásnější, tělesně i duševně nejsvěžejší, nejdychtivější a nejbystřejší. Svůj život bere zodpovědně a svobodně do svých rukou. Zároveň je toto období plné rozporů. Adolescent by se měl vyznat sám v sobě a najít si své místo ve světě. Má udělat důležitá rozhodnutí týkající se budoucnosti (nástup do práce, vstup na vysokou školu). Ve vztahu k druhému pohlaví má prožít něco víc než jen okouzlení. To jsou těžké úkoly, a proto se nelze divit, že v sobě adolescenti mívají mnoho zmatku. Jejich hledání bývá spojeno s četnými osobními krizemi, které jako vnější pozorovatelé občas těžko chápeme. Koncem adolescence se objevuje radostnější pohled na svět, převládá pocit vnitřní síly, mládí i krásy. Postupně dochází k citovému uklidnění. (Říčan, 2006, str. 191)

Adolescence neexistovala odjakživa a ani v současné době neexistuje v každé kultuře. V minulém století u nás pro většinu lidí splývalo dosažení pohlavní zralosti s dosažením zralosti sociální. Chlapec mohl převzít hospodářství a dívka se mohla vdát.

Dnes se hranice plné sociální zralosti posouvá do stále vyššího věku. Roste počet vysokoškoláků, kteří se plně osamostatňují až po promoci. V patnácti letech zde máme mladého muže a mladou ženu, kteří jsou tělesně téměř dorostlí, silní, rychlí a obratní, zhruba stejně inteligentní jako jejich rodiče, toužící společensky se uplatnit a sexuálně žít, avšak čeká je dlouhý odklad, kdy je jejich údělem existenční závislost a podřízenost dospělým. Tak se vytvořila v našem sociokulturním okruhu adolescence jako zvláštní období mezi dětstvím a dospělostí. (Říčan, 2006, str. 192-193)

2.1 Teorie adolescence

G. S. Hall bývá považován za "otce adolescence". Jeho koncepce se jako první snažila vysvětlit adolescenci jako vývojové období. Usiloval o vytvoření mostu mezi spekulativním přístupem a empirickým zkoumáním. Adolescenci přirovnává ve stejnojmenném díle z roku 1904 k německému literárnímu hnutí "Sturm und Drang", které bylo charakteristické idealismem, revoltou proti všemu starému a odhodláním žít jinak, až do všech důsledků i za cenu nejvyššího utrpení. Dospívající je napůl necivilizovaný divoch s nekontrolovatelnými impulzy, civilizuje se postupně, zpravidla až po dvacátém roku života. G. S. Hall označuje adolescenci jako nevyhnutelný a dramatický střet protikladných tendencí v člověku. (Macek, 2003, str. 13-14)

Hlavním atributem tohoto období byla jeho rozporuplnost, reprezentovaná střetem biologického a sociálního, respektive nesocializovaného a kultivovaného (společensky žádoucího). (Lacinová, Macek, 2012, str.11)

Tato teorie měla značné implikace pro výchovu a postoj společnosti k adolescentům. Opravňovala k akceptaci dospívajících a k respektování specifické kultury a stylu života dospívajících. Vytvořila základ pro pozdější uvažování o období adolescence jako o období tzv. psychosociálního moratoria. (Macek, 2003, str. 14)

Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy, věnoval sice větší pozornost pubescenci než adolescenci, ale důsledky plynoucí z pubescence se dají vyvodit. Období puberty je charakteristické genitálním stádiem ve vývoji sexuality. V předchozích stádiích bylo cílem sexuality směřování k libosti, nyní vytváří pohlavní dozrávání předpoklady pro reprodukci. Toto období Freud označuje jako období tzv. druhé oidipovské situace. Ego a superego jsou již natolik rozvinuty, že bariéra incestu se zvnitřnila a tyto city jsou potlačeny. Dospívající si hledá náhradní objekt –

dospělého muže či ženu. Švancara zdůrazňuje, že je důležité, aby se adolescent osvobodil ze své závislosti na rodičích. (Macek, 2003, str. 14)

Anna Freudová zmiňuje dva důležité obranné mechanismy projevující se v období adolescence. První z nich představuje asketismus - strach ze ztráty kontroly nad vlastními sexuálními impulzy. Druhý je intelektualizace – primárně sexuálně a paralelně emocionální konflikt se tu transformuje do roviny abstraktních filozofických argumentů, oddělených od roviny zúčastněného emocionálního prožívání. (Macek, 2003, str. 14)

Také psychoanalytik P. Blos vysvětluje adolescenci. Rozvádí myšlenku o druhé oidipovské situaci, mluví o druhém procesu separace. Nástup sexuality je doprovázen zvýšenou úzkostí a znovu evokuje oidipovský konflikt rodiče a dítěte. Objevuje se melancholie, narcismus, náladovost, příklon k rodiči opačného pohlaví a rivalita s rodičem stejného pohlaví. (Macek, 2003, str. 15)

Výše uvedené přístupy zdůrazňují význam biologických faktorů pro adolescentní rozvoj, konkrétně pohlavní dozrávání a nástup sexuality. Mimo jiné také podtrhují určitou dramatičnost a konfliktnost období adolescence. To vše je nutné pro rozvoj silné a zralé osobnosti dospělého člověka. (Macek, 2003, str. 15)

2.2 Tělesný vývoj v adolescenci

Tělesný vývoj je v tomto období u dívek nepatrný, ale u chlapců je ještě výrazný. Průměrný chlapec vyrostе ze 171 cm v patnácti letech na 178 cm v osmnácti letech, dívka vyrostе ze 164 na 165 cm. Adolescent již není „samá ruka – samá noha“ jako v pubertě, jelikož trup roste rychleji. Postava dostává dospělé proporce. Svalstvo mohutní a tím chlapecká postava dále mužní. Dívčí postava se mění v ženskou, především růstem ňader a boků. Odlišnost chlapecké a dívčí postavy je v tomto období zřejmá. Chlapci se dočkají dlouho očekávaného chmýří, které lze holit. Okolo šestnáctého roku pokročí mutace, chraplavý hlas se stane skřehotavým, následně asi o oktávu klesne a tonálně se vyrovná a zmohutní. Pohyby končetin jsou souladnější, nastává vhodná doba pro nácvik tance. Kožní žlázy zvyšují svou produkci a tělo dostává sexuálně dráždivý pach. (Říčan, 2006, str. 193)

Pubescent se svým vývojem neměl žádné větší starosti, měl reálnou naději, že případné zpoždění růstu ještě dohoní. V adolescenci tato naděje však zvolna pomíjí

a řada chlapců se vážně obává, že nedoroste ani do širšího pásma okolo průměru. Nad tímto problémem by se nemělo mávnout rukou, jelikož smířit se s malou postavou není hračka. Stejně jako jiné životní úkoly dává příležitost vnitřně dozrát. Kdo se nevyrovná s malou postavou, může se stát závistivým, nadměrně ctižádostivým a může trpět „napoleonským komplexem“, tedy snažit se všemi prostředky získat vedoucí postavení. U dívky menšího vzrůstu nejsou komplexy příliš časté, to spíše u její kamarádky, která vyrostla do basketbalové výšky a těžko hledá partnera alespoň stejně vysokého. Dívky se starají, zda nevypadají příliš mužsky. Chlapcům vadí, pokud vypadají málo mužně, nemají-li široká ramena a mohutné svaly. Pro chlapce je velmi nepříjemné mít dětsky vysoký hlas a jemnou pokožku bez vousů. Vlastní tělo je v tomto životním období předmětem pozornosti ještě více než v pubescenci. Chlapci i děvčata, kteří se sami sobě nelíbí, někdy doufají, že si postavu zlepší soustavným cvičením. Nemělo by se podceňovat pokušení anabolik, po kterých se někteří adolescenti pídí bez ohledu na jejich zdravotní riziko. (Říčan, 2006, str. 193-194) Pozdní adolescenci označuje Vágnerová jako období, kdy se zevnějšek stává cílem i prostředkem. Adolescent se potřebuje líbit sobě i jiným, aby se ubezpečil o své hodnotě a systematicky dovede pracovat na získání žádoucích fyzických kvalit. Krása je pojímána jako úkol, který je třeba splnit a zejména dívky dovedou v tomto směru vyvinout značné úsilí, aby se k danému ideálu alespoň přiblížily. (Vágnerová, 2005, str. 329)

2.3 Emocionální změny v adolescenci

V průběhu adolescence se diferencují citové zážitky a přibývá vyšších citů. Roste počet druhů emocí, což vede k integraci do větších celků, které se v rámci dílčích systémů vyvíjející se osobnosti stabilizují. (Macek, 2003, str. 47)

Z hlediska emocionálního vývoje znamená adolescence poměrně dlouhé období a v jednotlivých etapách jsou emocionální projevy odlišné. Časná adolescence je především obdobím emoční lability a posunů nálad k negativním rozladům. To je způsobeno hormonálními změnami. Ne vždy je však toto rané období emocionálně bouřlivé a dramatické. Je nutné vzít v úvahu individuálně typologické rozdíly, které nad věkovými téměř vždy převládají. Rovněž nesmíme opomenout kulturní a sociální rozdíly. Dle nejnovějších výzkumů není bouřlivost tak typická, jak bychom mohli

očekávat. Ukázalo se, že emoční labilitu vykazují zejména jedinci, kteří ji vykazovali již v dětství. Další důležitou charakteristikou je pohlaví dospívajícího. Výše uvedený poznatek,

že emoční labilitu si někteří jedinci nesou z dětství do dospívání, platí především pro chlapce. U dívek se emoční labilita a psychické obtíže projeví většinou až v adolescenci v souvislosti s pubertálními změnami. Dívky toto období prožívají intenzivněji a dlouhodoběji a okolo sedmnáctého roku jsou na tom z hlediska emocionálního ladění většinou hůře než chlapci. Střední i pozdní adolescence jsou charakteristické nejen odezníváním vysoké lability a náladovosti, ale také přibýváním a diferenciací silných prožitků. Jedinci jsou více extrovertní a méně impulzivní. Všechny struktury temperamentu jsou již dotvořeny v pubescenci. V adolescenci se temperament nemění, ale zesilují se integrální vazby jeho elementů. (Macek, 2003, str. 47-48)

Macek upozorňuje na svůj výzkum adolescentů, ve kterém srovnával osobnostní charakteristiky třináctiletých a sedmnáctiletých. Tento výzkum potvrzuje výše uvedené poznatky. U sedmnáctiletých dívek byla zjištěna výrazně nižší emoční stabilita než u stejně starých chlapců. (Macek, 2003, str. 47)

2.3.1 Sebepojetí

Sebepojetí (self-esteem, self-evaluation) je definováno jako emocionální stránka self-systému, který je dále tvořen sebepojetím. Tyto dvě komponenty se od sebe liší pouze teoreticky. Emocionální prožívání je totiž vždy propojeno s reflektovaným obsahem. (Macek, Lacinová, 2012, str. 145)

Sebepojetí je chápáno jako soubor pocitů a znalostí o vlastním já. Vytváří se v průběhu celé ontogeneze. Pro období adolescence je typická zvýšená sebereflexe. Na počátku má často charakter sebepercepce, ale později s přibývajícím zkušenostmi se sebou samým, se stále více uplatňuje introspekce a sebehodnocení. (Macek, 2003, str. 49)

Mění se také vztahový rámec uvažování o sobě. Specifický význam pro adolescenty mají tzv. možná já, která vyjadřují přání a představy týkající se jejich budoucnosti. Neméně důležité je ideální já, které v sobě má obvykle prvky jak chtěného (odpověď na otázku „Jaký chci být?“), tak i požadovaného já (odpověď na otázku „Jaký bych měl být podle druhých?“). Ideální já je v rámci sebereflexe srovnáváno s reálným já. V tomto smyslu je ukazatelem sebeakceptace, neboli sebpřijetí. Je-li zde mírná

diskrepance a jsou-li charakteristiky obsažené v ideální představě sebe samého dosažitelné, ideální já působí jako motivační činitel seberozvoje. Je-li však rozdíl mezi ideálním a reálným já příliš velký, adolescent zažívá nepříjemné pocity, především zklamání ze sebe samého. Pokud je zde rozdíl mezi reálným já a mezi požadavky na jeho osobu ze strany druhých lidí, zažívá pocity viny a úzkost. Je tedy velmi důležité, aby ideální já bylo alespoň potenciálně dosažitelné. Nemělo by se týkat takových charakteristik, které nejdou změnit. Větší rozpor mezi reálným já a mezi požadovaným standardem najdeme většinou u starších adolescentů. Souvisí to s větší diferenciací obrazu sebe samého. (Macek, 2003, str. 49-50)

Dívčí a chlapecké sebepojetí se příliš neliší. Důležitým aspektem jsou výkonové vlastnosti, které jsou vztahovány zejména ke škole. Další oblastí jsou charakteristiky, jimiž se jedinci vymezují v interpersonálních vztazích – dominance, prestiž, přátelskost, sympatičnost. Další oblastí sebepojetí jsou charakterové vlastnosti, mezi něž řadíme upřímnost, čestnost, spravedlnost atd. (Macek, 2003, str. 50)

2.3.2 Kognitivní vývoj v adolescenci

O časně adolescenci můžeme hovořit jako o období formálních operací, jak ho označil Jean Piaget ve své teorii kognitivního vývoje. Toto období trvá zhruba od jedenáctého do patnáctého roku života. V tomto věku se zakládá nutná výbava pro vznik abstraktního myšlení. Rozvíjí se schopnost reálně si představit neexistující, operovat s abstraktními pojmy a reflektovat sebe sama jako subjekt vlastního myšlení. (Macek, 2003, str. 46)

Adolescent myslí rychleji a spolehlivěji než pubescent, avšak již si nemůže osvojit žádné nové myšlenkové operace, protože je všechny zná z předchozího období. Abstraktní myšlení je v plném rozkvětu, proto může být jedinec znuděn názornou výukou s množstvím příkladů. Zajímají ho pojmy, nikoliv obrazy. To se ovšem týká pouze nadanějších jedinců a jen určité látky. (Říčan, 2006, str. 194)

V adolescenci se výrazně mění i paměť - jak krátkodobá, tak i dlouhodobá. S přibývajícím věkem se zvyšuje kvantita informací uložených v dlouhodobé paměti. Vyšší míra sebereflexe vede k uplatňování většího osobního vlivu na zapamatování, což se projevuje záměrnou restrukturalizací uložených informací. Zvyšuje se schopnost uvažovat o aktuálních možnostech, variantách řešení jednotlivých problémů. To přispívá k pocitu vlastní autonomie. (Macek, 2003, str. 46-47)

Co se týče inteligence v adolescenci, dřívější výzkumy nám jasně říkaly, že inteligence vrcholí mezi patnáctým a šestnáctým rokem a poté nastává pomalý celoživotní, avšak ve stáří rychlý pokles. Ukázalo se, že toto tvrzení je mylné, a to hned ze dvou důvodů. Za prvé se nebralo v úvahu, že jakmile člověk přestane chodit do školy, odvykne si odpovídat na otázky toho typu, které bývají v inteligenčních testech. To ale ještě neznamená, že jeho inteligence musí nutně klesat. Druhý důvod je ten, že věková křivka byla zkonstruována transversálně. Jestliže má dvacetiletý jedinec v roce 2000 lepší výsledek než šedesátiletý, není tento rozdíl dán jen věkem. Stačí si uvědomit procento vysokoškoláků a středoškoláků v naší generaci a v minulosti. Skutečnou vývojovou křivku inteligence můžeme získat longitudinální strategií, opakovaným testováním stejných osob v průběhu jejich života. Zde se ukazuje, že u lidí, kteří mají intelektově náročné povolání a celý život se musí vzdělávat, inteligence po dosažení dospělosti stoupá ještě desítky let. (Říčan, 2006, str. 195-196)

2.4 Socializace a sociální změny v adolescenci

Adolescence bývá označována jako období druhého sociálního narození, které je spojeno se samostatným vstupem do společnosti. Změnu sociálního postavení v tomto vývojovém období signalizují dva důležité sociální mezníky. Především se jedná o ukončení povinné školní docházky a volbu dalšího profesního směřování. Druhým mezníkem je získání občanského průkazu v patnácti letech, tedy v rané adolescenci. (Vágnerová, 2005, str. 346)

Adolescence má společenskou hodnotu a sociologové kladou důraz na integraci podstatných společenských rolí do osobnosti dospívajícího. Adolescent využívá elementární osvojené dovednosti z dětství a na základě nových emocionálních a kognitivních kapacit rozšiřuje svoje kompetence nezbytné pro přijetí statusu a výkon rolí dospělého člověka. Následuje skutečný vstup do světa dospělých. Můžeme říci, že rozhodující krok do dospělosti je učiněn tehdy, když se tak stane ve „veřejné“ i „soukromé“ oblasti života, což znamená, že člověk dosáhne určitého stupně vzdělání, připraví se na společenské funkce a také dosáhne určité míry zodpovědnosti a autonomie. (Macek, 2003, str. 36)

Změny v kognitivních procesech vedou ke změně postojů a vztahů jak k sobě samému, tak k ostatním lidem. Rozvoj formálních operací a abstraktního myšlení

způsobí u adolescentů objevení síly vlastního rozumu. Řada z nich je názoru, že všechno může být vyřešeno, pokud u toho budou lidé skutečně přemýšlet. Dospívající se často diví, proč si lidé neuvědomují, kolik je na světě zla. Myslí si, že jednoduše stačí, aby každý chtěl doopravdy něco změnit. (Macek, 2003, str. 49)

V období dospívání musí rodina zvládnout významný vývojový úkol, především změnit své vnitřní struktury, zejména pozice a vztahy příslušníků různých generací. Je třeba vytvořit novou rovnováhu. Adolescentní proces emancipace se projeví především v rodině. Vztahy s rodičovskou autoritou jsou intimnější a emočně významnější. Nejsou upraveny institucionálně danými pravidly, a proto bývají citlivější na různé vývojově podmíněné změny jednotlivých členů rodiny. Adolescenti odmítají, aby s nimi rodiče manipulovali. Odmítají, aby rodiče, bez ohledu na jejich přání, určovali, co by měli dělat. Chtějí se odpoutat a rozhodovat o sobě sami. Odpoutání od rodiny jim umožní navázat a rozvinout jiné vztahy, které se následně stanou základem jejich nového zázemí. Tento proces je velmi náročný jak pro adolescenta, tak i pro jeho rodinu. Je spojen s proměnou citové vazby k rodičům, ale většinou nevede k její destrukci. Pocit jistoty a bezpečí se přesouvá do symbolické roviny, avšak funguje stejně účelně, i když pouze ve vědomí jedince. Na počátku adolescence je jedinci přisuzována stále jen role dítěte, ale požadavky rodičů jsou čím dál vyšší. Rodiče jsou přesvědčeni, že potomek je dost velký na to, aby mohl mít povinností více a vést za ně zodpovědnost. Z toho vyplývá, že si všimli změny dané adolescencí, ale nejsou příliš ochotni přiznat dospívajícímu více práv a větší samostatnost. Vyžadují poslušnost a nechtějí brát v úvahu jeho názory. Adolescenti často nechápou, proč jim přibývají povinnosti, zatímco jejich práva zůstávají neměnná. Důvody chování rodičů mohou být různé, ale nejčastěji se jedná o strach o dítě, které se jim ještě nezdá zcela zralé nebo o jejich vlastní pohodlnost, protože je jednodušší něco přikázat, než s kritickým a naivně argumentujícím dospívajícím diskutovat. (Vágnerová, 2005, str. 350- 351)

Vztahy s vrstevníky mají velký význam. Vrstevnický vztah je unikátní a těžko zastupitelný typ vztahu. Vrstevníci plní funkci komunikační a interakční a jedinec může tak testovat sám sebe. Tento typ vztahu umožňuje vzájemné poskytování pocitů a názorů. Adolescent se cítí dobře, když je ostatními vrstevníky oceněn a viděn v tom nejlepším světle. Posiluje to jeho vlastní pozici. Tyto vztahy nemají hodnotu samy o sobě, ale jsou prostředkem k hledání vlastní identity a ujasňování vztahu k sobě samému. (Macek, 2003, str. 57)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUM

3.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit míru úzkostnosti u adolescentů, přesněji u studentů víceletého gymnázia. Byla použita jedna výzkumná metoda – dotazník. Počet respondentů byl omezen, tudíž se jedná spíše o výzkum orientační. Rovněž bylo cílem porovnat míru úzkostnosti v různých věkových kategoriích adolescentního období a mezi chlapci a dívkami.

Pro výzkum bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazník je interview v písemné podobě a mezi jeho výhody patří především úspora času a lepší kvantifikace. Za nevýhody lze považovat menší pružnost, ale také problém s porozuměním otázky u zkoumaného vzorku. (Ferjenčík, 2010, str. 183)

Ve výzkumném šetření byl použit dotazník CMAS (Children's Manifest Anxiety Scale), který je variantou verze pro dospělé - MAS (Manifest Anxiety Scale). MAS, škálu manifestní úzkostnosti, sestrojila v roce 1951 J. A. Taylorová. Vycházela z položek obsažených v MMPI. Dvě stě vybraných položek bylo podrobena zkoumání dle kritérií odpovídajících chronické úzkostné reaktivitě. Bylo vybráno 65 položek, které nejméně v 80 % souhlasily s uvedenými kritérii. Po dalších úpravách vznikla konečná verze obsahující 50 položek. MAS je časově nenáročnou metodou. Škála manifestní úzkostnosti vysoce koreluje s výsledky v Eysenckově MMQ. MAS citlivě reaguje na změny v míře úzkosti a lze jej používat také pro sledování účinků léčby. MAS spolehlivě rozlišuje mezi neurotiky a kontrolní skupinou.

CMAS, škála manifestní úzkosti pro děti, je variantou MAS pro dospělé. Byla vytvořena v roce 1956 Castanedou. Ke standardizaci došlo na pražské dětské populaci v roce 1974. Dotazník je tvořen 48 otázkami diagnostikujícími úzkost. (Svoboda, 2009, str. 324) Testové položky reprezentují široké spektrum příznaků úzkosti a jejích prožitků, jež se mohou projevovat různým způsobem: vědomým prožíváním úzkosti, pocity méněcennosti, somatickými obtížemi apod. V 80. letech minulého století vyšla revidovaná verze dotazníku dětské úzkosti „The Revised Children's Manifest Anxiety Scale“ (RCMAS). Tato škála nebyla přeložena a standardizována na českou populaci. Obsahuje 37 otázek rozdělených do čtyř subškál, které jsou zaměřené na posouzení fyziologických

projevů úzkosti, přecitlivělosti a nadměrných obav. (Vágnerová, Klégrová, 2008, str. 436-437)

Dotazník CMAS je vhodný pro děti od 9 do 14 let, ale je možné použít jej i u starších jedinců. CMAS škála není zásadním způsobem závislá na věku. Dotazník je možné zadávat jednotlivě i skupinově a jeho administrace trvá přibližně 15 minut. Lze jej použít kdykoliv, když je třeba získat informace o emočním prožívání dítěte, zejména pokud jeho problémy svědčí pro nepřiměřeně úzkostné reagování či zvýšenou nepozornost. (Vágnerová, Klégrová, 2008, str. 437)

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum byl proveden na Gymnáziu ve Strakonících v několika třídách. Respondenti jsou ze čtyř ročníků. Věkové rozpětí zkoumané skupiny je od 15 do 20 let. Pro přehlednost a vyhodnocování byli rozděleni do čtyř skupin: dívky 15-17 let, dívky 18-20 let, chlapci 15-17 let a chlapci 18-20 let. Počty účastníků v jednotlivých skupinách udává tabulka č. 1. Výzkumu se účastnilo 41 dívek ve věku od 15 do 17 let, 28 dívek ve věku od 18 do 20 let, 17 chlapců ve věku od 15 do 17 let a 16 chlapců ve věku od 18 do 20 let.

Tabulka č. 1: Počet a rozdělení respondentů dle pohlaví a věku

	15-17	18-20	Celkem
Dívky	41	28	69
Chlapci	17	16	33
Celkem	58	44	102

3.3 Interpretace výsledků

Ve výzkumu jsou porovnány všechny čtyři skupiny studentů. Každý dotazník byl vyhodnocen a jednotlivé odpovědi ohodnoceny příslušným počtem bodů. Jelikož žádný člověk není nikdy zcela bez úzkosti a strachu, jednotlivé odpovědi byly hodnoceny od 1 bodu za odpověď „Vůbec ne“, 2 body za odpověď „Trochu“, 3 body za odpověď „Dost“ a 4 body za odpověď „Velice“. Získané body byly sečteny a dle následující tabulky se stanovila míra úzkostnosti.

Tabulka č. 2: Vyhodnocení

178 a více bodů	mimořádně výrazná úzkost
165-177 bodů	silně nadprůměrná úzkost
152-164 body	nadprůměrná úzkost
141-152 body	lehce nadprůměrná úzkost
115-140 bodů	průměr
103-114 bodů	lehký podprůměr
90-102 body	podprůměr
77-89 bodů	výrazný podprůměr
76 a méně bodů	velice výrazný podprůměr

3.3.1 Statistické metody

Pro interpretaci výsledků byly použity parametrické testy. Tyto testy jsou využívány pro analýzu experimentálně sebraných dat a zjišťují, zda existují rozdíly mezi generacemi, ze kterých data pocházejí. Parametrickým sledováním mohou být také hypotézy rozdílných rozptylů mezi generacemi při vyhodnocování sledované veličiny. Mezi parametrické testy je řazen Studentův t-test pro sledování rozdílu dvou středních hodnot a Studentův f-test pro sledování rozdílu dvou rozptylů.

Použitý f-test a t-test byly vyhodnoceny automatickými funkcemi v programu Microsoft Excel. V této části bude demonstrován postup statistického výpočtu dvouvýběrového t-testu a f-testu, jenž vychází z Gaussova rozdělení, které je dáno vztahem (1):

$$X \sim N(\mu; \sigma^2) \quad (1)$$

μ zde odpovídá střední hodnotě výběru a σ^2 odpovídá rozptylu funkčních hodnot.

Testování statistických hypotéz slouží ke kontrole, zdali experimentálně změřená či získaná data vyhovují daným představám. Při testování statistických hypotéz jsou porovnávány dvě základní metody:

1. Nulová hypotéza. Tato hypotéza se označuje jako H_0 .
2. Alternativní hypotéza. Hypotéza stojící proti hypotéze nulové. Označuje se jako H_1 .

Postup při testování statistických hypotéz je následující:

1. Formulace základních hypotéz – nulové (H_0) a alternativní (H_1).
2. Zvolení vhodného testovacího kritéria, jímž se bude hypotéza počítat.
3. Zvolení hladiny významnosti testu α .
4. S ohlednutím na alternativní hypotézu je nutné vymežit kritický obor testu W , aby pravděpodobnost zamítnutí platné hypotézy byla maximálně rovna hodnotě α .
5. Zjištění hodnoty testovacího kritéria T . Bude-li platit, že T náleží kritickému oboru W , jež se nachází na hladině významnosti α , testovací hypotéza H_0 je zamítnuta. V opačném případě zamítnuta není. (Šedivá a kol., 2011, str. 56)

Zde bude řešen t-test pro dva nezávislé výběry z normálního rozložení se shodnými rozptyly, které nejsou známy. Je znám počet vzorků respondentů x_1, x_2, \dots, x_n z výběru o počtu n (např. dívky 15-17 let) a y_1, y_2, \dots, y_m z výběru vzorků o počtu m (např. chlapci 15-17 let) z normálního rozložení podle rovnice (1) uvedené výše, kde je známa střední hodnota μ_1 pro první skupiny vzorků a μ_2 pro druhé skupiny. Hodnota rozptylu σ^2 není známa. Nejprve bude nutné z vybraných vzorků pro oba výběry zjistit střední hodnotu, která odpovídá aritmetickému průměru.

Pomocí aritmetického průměru, který je označován jako X , je možné vypočítat směrodatnou odchylku pro rozptyl s^2 pro každý výběr zvlášť dle rovnice (2), kde n je počet vzorků a x_i jsou jednotlivé hodnoty vzorků. Tomuto složitému vzorci odpovídá funkce VAR.VÝBĚR v programu Excel.

$$s_x^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - X)^2 \quad (2)$$

Nyní je možné stanovit testovací charakteristiku podle rovnice (3). Této, na pohled složité, rovnici odpovídá funkce TTEST v Microsoft Excel..

$$t_{stat} = \frac{X-Y-d}{\sqrt{(n-1)s_x^2 + (m-1)s_y^2}} \sqrt{\frac{nm(n+m-2)}{n+m}} \quad (3)$$

V tabulkách Studentova rozložení je nutné stanovit hladinu významnosti α dle vzorce (4). Pro tuto hodnotu je důležité nalézt v tabulkách kritickou hodnotu t_{krit} pro zvolený kvantil. N zde může být např. počet vzorků od děvčat a m počet vzorků od chlapců.

$$Rozdíl = n + m - 2 \quad (4)$$

Dalším krokem je stanovení kritického oboru W a zároveň stanovení, zda zvolená hypotéza bude zamítnuta či nikoliv dle rovnice (5).

$$W = (-\infty; t_{\alpha/2}(n + m - 2)) \cup (t_{1-\alpha/2}(n + m - 2); +\infty) \quad (5)$$

Jestliže t_{stat} nebude náležet kritickému oboru, uvedená hypotéza na dané hladině významnosti nebude zamítnuta a výsledkem bude, že střední hodnoty v obou skupinách se výrazně neliší. Bude-li t_{stat} náležet na kritickém oboru, uvedená hypotéza na dané hladině významnosti bude zamítnuta a bude přijata alternativní hypotéza. (Šedivá a kol., 2011, str. 53-68)

F-test je oproti t-testu, který je rozdílem dvou středních hodnot, rozdíl dvou rozptylů. Tímto testem je sledována proměnlivost rozptylu σ^2 náhodné veličiny v Normálním (Gaussově) rozložení. Je důležitý pro porovnání přesnosti obou metod měření. Zde bývá také testována nulová hypotéza H_0 . Výpočet bude opět vycházet ze dvou výběrů, jež budou předmětem srovnání: $N(\mu_1; \sigma_1^2)$ a $N(\mu_2; \sigma_2^2)$.

Nejprve bude vypočten aritmetický průměr dvou souborů výběrový rozptyl jako u t-testu podle vztahu (2).

Dalším krokem bude stanovení počtu stupňů volnosti pro oba výběry dle vztahu (6), označeného pod názvem *Rozdíl*.

$$Rozdíl_1 = n - 1 \text{ a } Rozdíl_2 = m - 1 \quad (6)$$

Nyní je možné vypočítat testovací kritérium podle vztahu (7), kde s^2 je směrodatná odchylka. Tento vztah odpovídá v programu Excel funkci FTEST.

$$F = \frac{\text{větší z rozptylů } s^2}{\text{nižší z rozptylů } s^2} \quad (7)$$

Poté je nutné vyhledat v tabulkách Fischer-Snedecorova rozdělení odpovídající kritickou hodnotu F_{krit} pro určitou hladinu významnosti α a za pomoci známých stupňů volnosti *Rozdíl* a testovacího kritéria F .

Nyní je možné stanovit kritický obor podle vztahu (5) a vyhodnotit tak hypotézu H_0 . Bude-li $F > F_{krit}$, nulová hypotéza bude zamítnuta, z čehož vyplývá, že rozptyly σ_1^2 a σ_2^2 se výrazně liší. Jestliže bude $F < F_{krit}$, hypotéza zamítnuta nebude a rozptyly se výrazně neliší, pocházejí ze stejného základu se shodným rozptylem. (<http://cit.vfu.cz/statpotr/POTR/Teorie/Predn3/Ftest.htm>, 4.4. 2014)

3.3.2 Porovnání míry úzkostnosti u vybraných vzorků

Výzkumu se účastnilo celkem 102 respondentů, z toho 69 dívek a 33 chlapců ve věku od 15 do 20 let. Respondenti byli rozděleni na 4 skupiny dle věku a pohlaví – dívky 15-17, chlapci 15-17, dívky 18-20 a chlapci 18-20. Cílem je porovnat míru úzkostnosti u těchto skupin. Bylo zvoleno 6 různých kombinací skupin, které mohou být porovnány: chlapci 15-17 versus dívky 15-17, chlapci 18-20 versus dívky 18-20, chlapci 15-20 versus dívky 15-20, dívky 15-17 versus dívky 18-20, chlapci 15-17 versus chlapci 18-20, adolescenti 15-17 versus adolescenti 18-20.

V následující části budou porovnány tyto skupiny, přičemž u každé byl vyhodnocen f-test a t-test pomocí programu Microsoft Excel a pro větší přehlednost je zde i grafické znázornění míry úzkostnosti.

3.3.2.1 Porovnání míry úzkostnosti mezi chlapci a dívkami ve věku 15-17 let

Nejprve byly porovnány výsledky u mladších adolescentů – dívky a chlapci ve věku 15-17 let.

Tabulka č. 3: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	Dívky 15-17 let	Chlapci 15-17 let
Střední hodnota	110,54	104,41
Rozptyl	229,15	246,88
Pozorování	41	17
Rozdíl	40	16
F	0,81	
F krit	0,52	

Zde nezamítáme hypotézu H_0 , z čehož vyplývá, že obě skupiny mají rozdílný rozptyl. Míra úzkostnosti se u obou skupin lišila.

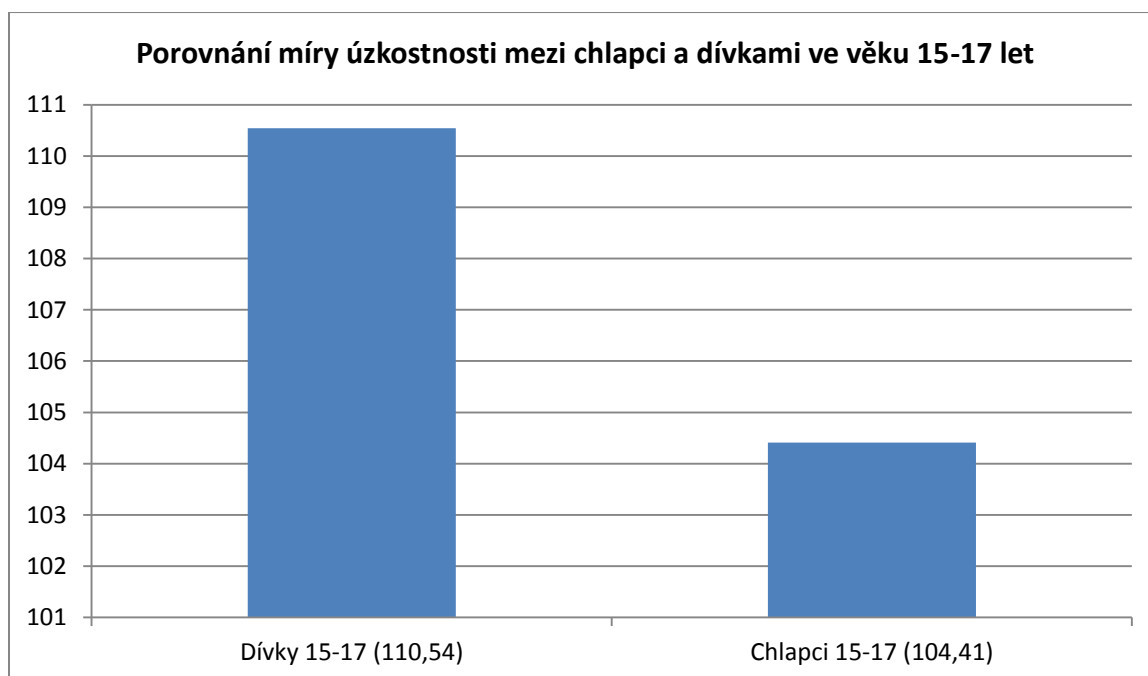
Tabulka č. 4: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	Dívky 15-17 let	Chlapci 15-17 let
Střední hodnota	110,54	104,41
Rozptyl	229, 15	246,88
Pozorování	41	17
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	56	
T stat	1,38	
T krit	1,67	

V tomto případě se střední hodnoty výrazně neliší, nelze tedy zamítnout hypotézu o rovnosti obou středních hodnot. Z toho vyplývá, že naměřená míra úzkostnosti u obou skupin je zde na rozdíl od f-testu velmi podobná.

Graf č. 1 znázorňuje míru úzkostnosti mezi chlapci a dívkami ve věku 15-17 let. Nejedná se zde o vysoký rozdíl. Naměřená hodnota u dívek i u chlapců v tomto případě náleží do pásma lehkého podprůměru.

Graf č. 1: Porovnání míry úzkostnosti mezi chlapci a dívkami



3.3.2.2 Porovnání míry úzkostnosti mezi chlapci a dívkami ve věku 18-20 let

V tabulkách č. 5 a 6 je porovnána míra úzkostnosti mezi dívkami ve věku 18-20 a chlapci ve věku 18-20 let. Nejprve byl použit dvouvýběrový F-test pro rozptyl za účelem potvrzení rovnosti rozptylů.

Tabulka č. 5: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	Dívky 18-20 let	Chlapci 18-20 let
Střední hodnota	111,75	100,68
Rozptyl	221,30	322,76
Pozorování	28	16
Rozdíl	27	15
F	0,68	
F krit	0,48	

V případě tabulky č. 5 se jedná o podobný výsledek jako v tabulce č. 3 a nelze tedy zamítnout hypotézu, že obě skupiny mají stejný rozptyl. Míra úzkostnosti se u obou skupin liší.

Tabulka č. 6: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

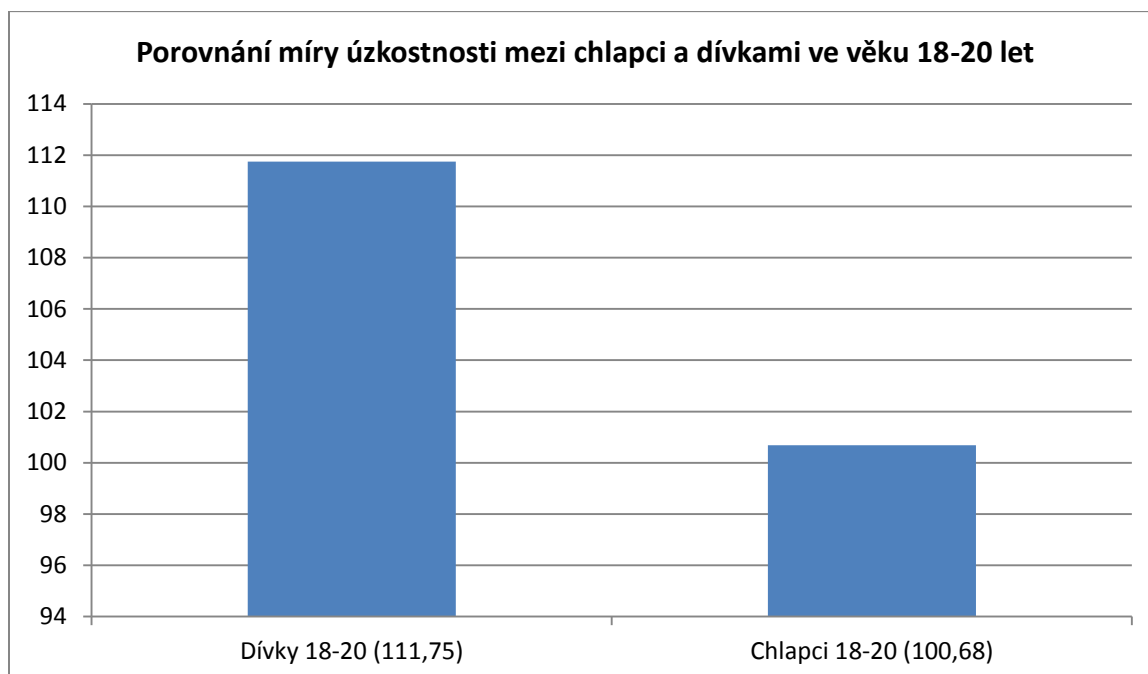
	Dívky 18-20 let	Chlapci 18-20 let
Střední hodnota	111,75	100,68
Rozptyl	221,30	322,76
Pozorování	28	16
Hyp. rozdíl střed. hodnot	0	
Rozdíl	42	
T Stat	2,19	
T krit	1,68	

V tabulce č. 6 je možné zamítnout hypotézu o rovnosti obou středních hodnot, jelikož střední hodnoty se liší. Zde se vyskytuje statisticky významný rozdíl. Míra úzkostnosti bude rozdílná, což vyšlo pomocí f-testu i t-testu.

Graf č. 2 znázorňuje míru úzkostnosti mezi chlapci a dívkami ve věku 18-20 let. Rozdíl je zde vyšší než u skupiny předchozí. Hodnota naměřená u dívek, která činí 111,75

bodů, se vyskytuje v pásmu podprůměrné míry úzkostnosti a hodnota naměřená u chlapců, činí 100,68, je již v pásmu lehkého podprůměru.

Graf č. 2: Porovnání míry úzkostnosti mezi chlapci a dívkami ve věku 18-20



3.3.2.3 Porovnání míry úzkostnosti mezi chlapci a dívkami ve věku 15-20 let

V tabulkách č. 7 a č. 8 je opět vypočtený f-test a t-test za účelem porovnání míry úzkostnosti mezi chlapci a dívkami ve věku 15-20 let.

Tabulka č. 7: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	Dívky 15-20 let	Chlapci 15-20 let
Střední hodnota	111,03	102,61
Rozptyl	223,03	269,88
Pozorování	69	34
Rozdíl	68	33
F	0,50	
F krit	0,81	

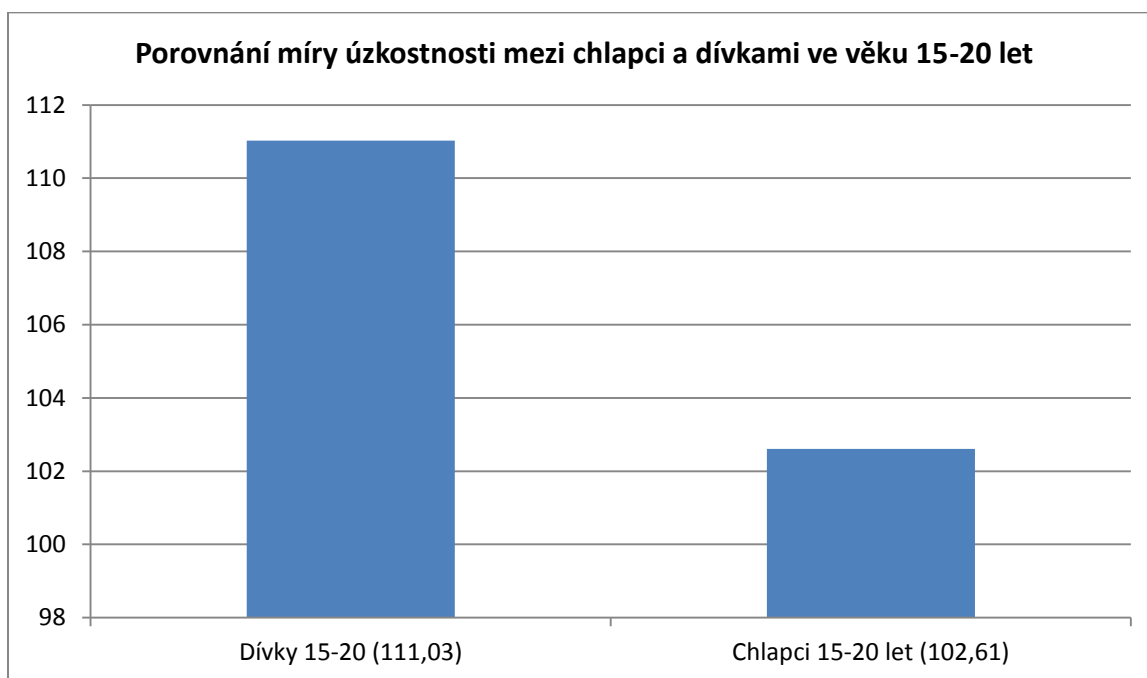
Tabulka č. 8: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	Dívky 15-20 let	Chlapci 15-20 let
Střední hodnota	111,03	102,61
Rozptyl	223,03	269,88
Pozorování	69	34
Hyp. rozdíl střed. hodnot	0	
Rozdíl	101	
T stat	0,01	
T krit	1,66	

V tomto případě se střední hodnoty výrazně neliší. Nelze tedy zamítnout hypotézu o rovnosti obou středních hodnot, z čehož vyplývá, že naměřená míra úzkostnosti je u obou vzorků skupin respondentů podobná podle f-testu i podle t-testu.

V grafu č. 3 je znázorněna míra úzkostnosti mezi chlapci a dívkami. Graf znázorňuje naměřenou míru úzkostnosti u dívek a u chlapců ve věku 15-20 let. Celkem je zde porovnáno 69 dívek a 33 chlapců. U dívek byla naměřená hodnota 111,03 a u chlapců 102,61. Vyšší míra úzkostnosti byla tedy zjištěna u dívek. Obě naměřené hodnoty se nacházejí v pásmu lehce podprůměrné míry úzkostnosti, přičemž hodnota naměřená u chlapců se vyskytuje na hranici mezi podprůměrnou mírou úzkostnosti, která je od 90 do 102 bodů, a lehce podprůměrnou mírou úzkostnosti, jejíž pásmo začíná hodnotou 103.

Graf č.3: Porovnání míry úzkostnosti mezi chlapci a dívkami ve věku 15-20 let



3.3.2.4 Porovnání míry úzkostnosti mezi mladšími a staršími dívkami

Zde bude porovnána míra úzkostnosti mezi dívkami ve věku 15-17 let a mezi dívkami ve věku 18-20 let.

Tabulka č.9: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	Dívky 15-17 let	Dívky 18-20 let
Střední hodnota	110,54	111,75
Rozptyl	229,15	221,31
Pozorování	41	28
Rozdíl	40	27
F	0,94	
F krit	1,51	

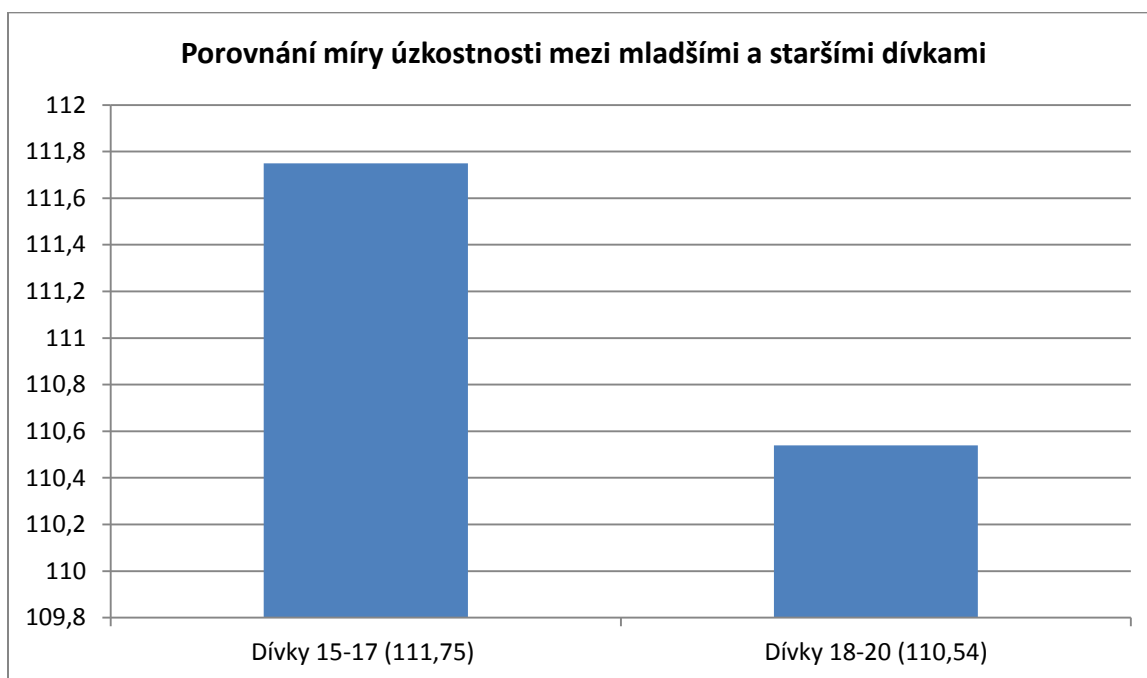
Tabulka č. 10: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	Dívky 15-17 let	Dívky 18-20 let
Střední hodnota	110,54	111,75
Rozptyl	229,15	221,31
Pozorování	41	28
Hyp. rozdíl střed. hodnot	0	
Rozdíl	67	
T stat	0,74	
T krit	1,66	

V tomto případě se střední hodnoty výrazně neliší, takže ani zde nelze zamítnout hypotézu o rovnosti obou středních hodnot. Naměřená míra úzkostnosti je téměř totožná. Potvrdil to f-test i t-test.

V grafu č. 4 je porovnána míra úzkostnosti u dívek ve věku 15-17 let a u dívek ve věku 18-20 let. Rozdíl zde lze považovat za vcelku nepatrný. Celkový počet dívek činí 69. Mladších dívek je 41 a starších dívek 28. Obě naměřené hodnoty se nacházejí v pásmu lehkého podprůměru. Objevilo se zde několik extrémních případů. V případě mladších dívek se zde objevily tři respondentky s počtem bodů 140 a nebo vyšší. Je zde jeden případ, kdy dívka dosáhla počtu bodů 152. To je hodnota nacházející se v pásmu lehkého nadprůměru. Měla-li by 153 bodů, byla by to již úzkost nadprůměrná. V porovnání s ostatními respondentkami a v porovnání s průměrem, který činí pro tuto věkovou kategorii 111,75 bodů, je to číslo velmi vysoké. V případě dívek starších se zde objevilo 5 respondentek s počtem bodů nad 130. I to je poměrně vysoké číslo vzhledem k tomu, že průměrná hodnota dosažených bodů byla pro tuto věkovou kategorii 110,54. Jedna dívka dosáhla 78 bodů. To je hodnota nacházející se v pásmu výrazně podprůměrné míry úzkostnosti.

Graf č. 4: Porovnání míry úzkostnosti mezi mladšími a staršími dívkami



3.3.2.5 Porovnání míry úzkostnosti mezi mladšími a staršími chlapci

Zde bude porovnána míra úzkostnosti u chlapců ve věku 15-17 let a u chlapců ve věku 18-20 let.

Tabulka č.11: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	Chlapci 15-17 let	Chlapci 18-20 let
Střední hodnota	104,41	100,69
Rozptyl	246,88	302,59
Pozorování	17	16
Rozdíl	16	15
F	0,60	
F krit	0,79	

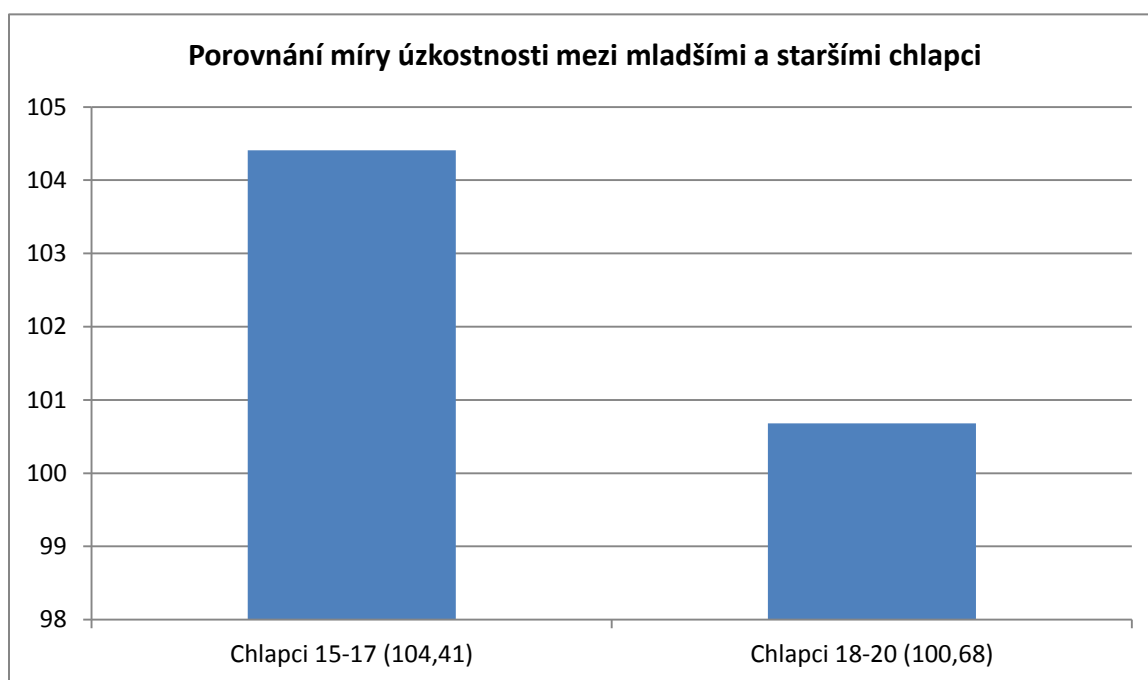
Tabulka č. 12: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	Chlapci 15-17 let	Chlapci 18-20 let
Střední hodnota	104,41	100,69
Rozptyl	246,88	302,59
Pozorování	17	16
Hyp. rozdíl střed. hodnot	0	
Rozdíl	31	
T stat	0,53	
T krit	1,66	

V tomto případě opět nelze zamítnout hypotézu o rovnosti obou středních hodnot. Naměřená míra úzkostnosti u obou vzorků se tedy výrazně neliší.

Graf č. 5 udává rozdíl mezi chlapci ve věku 15-17 a 18-20 let. Vyskytuje se zde větší rozdíl než u předchozí skupiny, ale stále není tak vysoký. Mladší chlapci jsou tedy úzkostnější než starší. Většina chlapců ve věku od 15 do 17 let měla naměřenou hodnotu okolo 100 bodů. Aritmetický průměr této věkové skupiny činí 104,41 a řadí se tedy do pásma lehce podprůměrné míry úzkostnosti. Vyskytla se zde jedna výjimka, a to chlapec s hodnotou 145 bodů, což je hodnota vysoce nadprůměrná vzhledem k ostatním zkoumaným a rozhodně stojí za zmínku. V porovnání s ostatními se u tohoto chlapce vyskytuje zvýšená míra úzkostnosti. Nejnižší hodnota naměřená v této skupině chlapců ve věku od 15 do 17 let byla 83 bodů. Chlapci ve věku 18-20 mají průměrnou hodnotu míry úzkostnosti 100,68. Tato hodnota se vyskytuje v pásmu podprůměrné míry úzkostnosti. Vzorek je poměrně malý, avšak vyskytl se zde chlapec s hodnotou míry úzkostnosti 135 a následně chlapec s hodnotou 76. To je poměrně vysoký rozdíl. Hodnota 135 sice stále spadá do průměrné míry úzkostnosti, ale jelikož toto pásmo je dle manuálu od 115 do 140 bodů, jedná se o poměrně velký rozptyl. Hodnota 76 bodů se již řadí do pásma velice výrazné míry úzkostnosti.

Graf č. 5: Porovnání míry úzkostnosti mezi mladšími a staršími chlapci



3.3.2.6 Porovnání míry úzkostnosti mezi mladšími a staršími adolescenty

Zde bude porovnána míra úzkostnosti mezi mladšími a staršími adolescenty.

Tabulka č.13: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	Adolescenti 15-17 let	Adolescenti 18-20 let
Střední hodnota	108,74	107,73
Rozptyl	238,02	280,53
Pozorování	58	44
Rozdíl	57	43
F	0,56	
F krit	0,75	

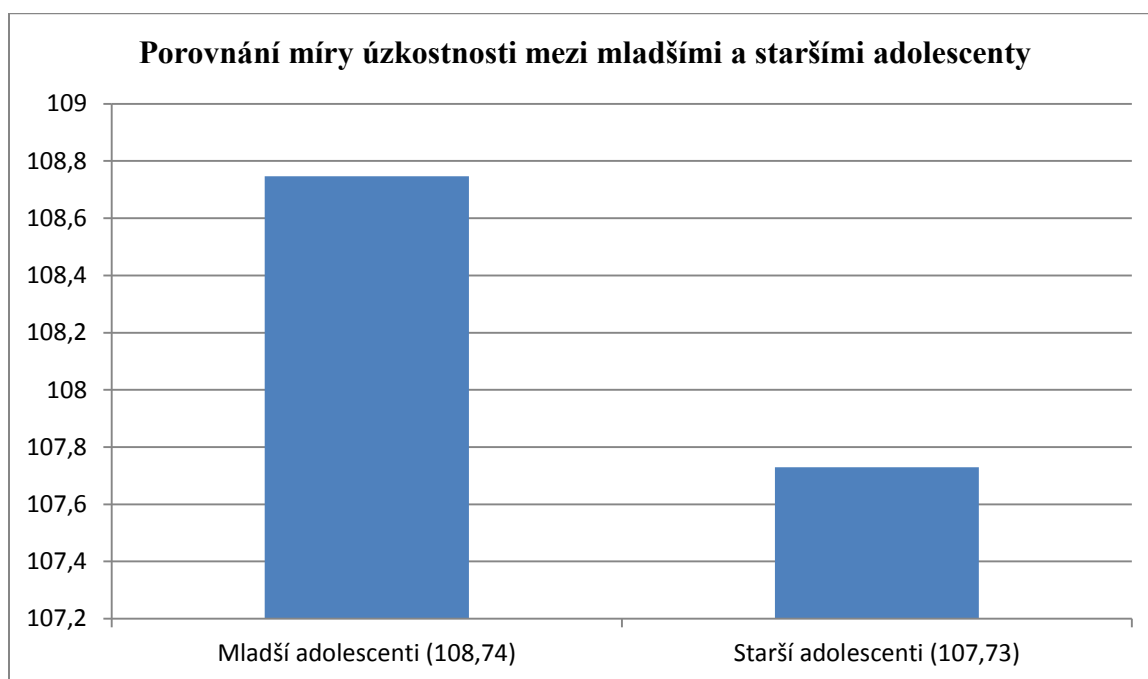
Tabulka č. 14: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	Adolescenti 15-17 let	Adolescenti 18-20 let
Střední hodnota	108,74	107,73
Rozptyl	238,02	280,53
Pozorování	58	44
Hyp. rozdíl střed. hodnot	0	
Rozdíl	100	
t Stat	0,75	
T krit	1,66	

V tomto případě nelze zamítnout hypotézu o rovnosti obou středních hodnot, z čehož vyplývá, že naměřená míra úzkostnosti je téměř totožná.

Graf č. 6 udává rozdíl mezi mladšími a staršími adolescenty. Zobrazuje rozdíl míry úzkostnosti u mladších adolescentů a u starších adolescentů. Mladší dosáhli průměrné hodnoty 108,74 a starší hodnoty 107,73. Obě skupiny spadají do pásma lehkého podprůměru. Nachází se zde několik adolescentů s naměřenou hodnotou nad 130 bodů. Ojediněle se zde objevuje i hodnota nad 140 bodů. To už je poměrně vysoké číslo vzhledem k průměru, který se pohybuje v hodnotách mnohem nižších.

Graf č. 6: Porovnání míry úzkostnosti mezi mladšími a staršími adolescenty



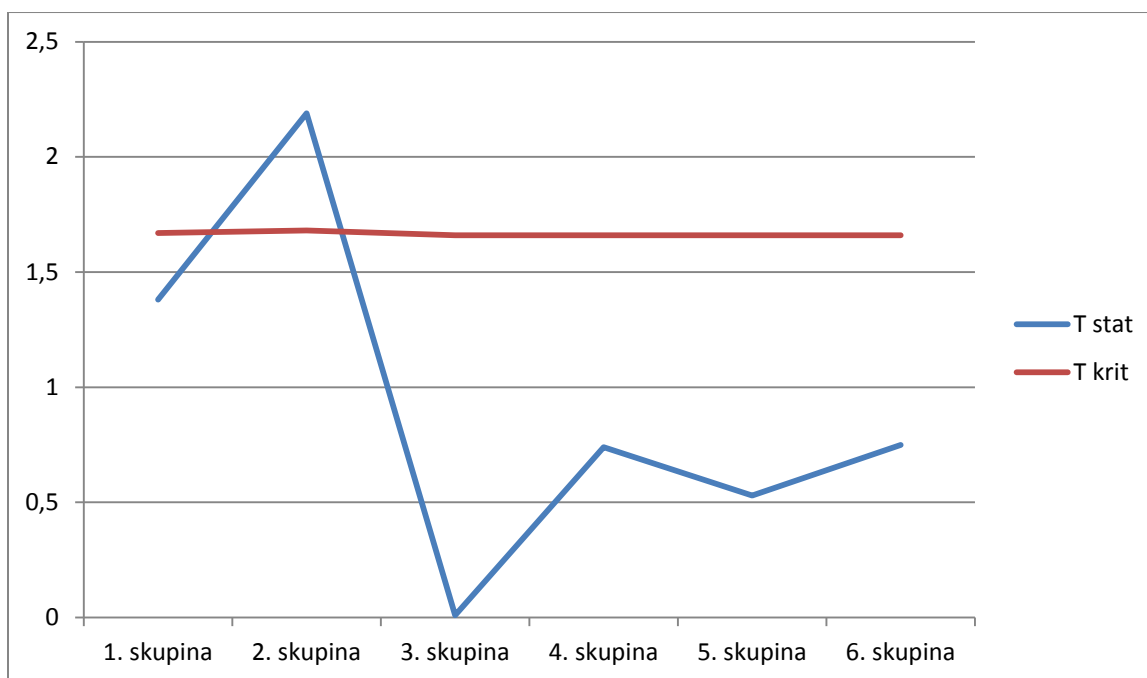
3.4 Shrnutí výsledků výzkumu

Ve výzkumu byl použit dotazník dotazník CMAS. Výzkumné šetření proběhlo na Gymnáziu ve Strakonících. Vyhodnoceno bylo 102 dotazníků respondentů ve věku od patnácti do dvaceti let. Převážná většina zkoumaných adolescentů se dle vyhodnocovacího manuálu dotazníku CMAS nachází v pásmu podprůměru či v pásmu průměru.

Byly použity statistické metody t-test a f-test. Porovnáno zde bylo 6 různých kombinací vzorků respondentů (např. dívky 15-17 let versus dívky 18-20 let). Po srovnání dat ze všech šesti skupin je možné konstatovat, že pouze u druhé skupiny, tedy u porovnání míry úzkostnosti mezi dívkami a chlapci ve věku 18- 20 let, se vyskytuje statisticky významný rozdíl míry úzkostnosti podle t-testu i f-testu. Pouze v tomto případě lze říci, že naměřená míra úzkostnosti se výrazně liší, jelikož střední hodnoty jsou rozdílné. Příčinou zde může být vyšší emoční labilita dívek v pozdní adolescenci. Celkově lze říci, že u dívek je vyšší senzitivita a emoční ladění. U ostatních skupin je naměřená míra úzkostnosti téměř stejná a nebo velice podobná s výjimkou první testovací skupiny mladších chlapců s mladšími dívkami, kde u f-testu bylo zjištěno, že míra úzkostnosti se liší a u t-testu vyšlo, že se neliší. Toto lze vysvětlit rozdílným testováním obou postupů. U ostatních metod vyšly oba testy shodně.

Graf č. 7 znázorňuje t-test u jednotlivých skupin, které byly ve výzkumu porovnány. První skupinou jsou chlapci 15-17 versus dívky 15-17, druhou skupinou jsou chlapci 18-20 versus dívky 18-20, třetí skupinou jsou chlapci 15-20 versus dívky 15-20, čtvrtou skupinou jsou dívky mladší versus dívky starší, pátou skupinou jsou chlapci mladší versus chlapci starší a šestou, poslední zkoumanou a porovnávanou skupinou jsou adolescenti mladší versus adolescenti starší. Z grafu je patrné, že pouze u druhé skupiny, tedy u porovnání starších dívek se staršími chlapci přesáhla hodnota T stat hodnotu T krit, z čehož je možné vyvodit závěr, že pouze v tomto případě se zde vyskytuje rozdílná míra úzkostnosti.

Graf č. 7: Srovnání t-testu u jednotlivých skupin



V případě první skupiny se zde objevila menší nesrovnalost. F-test ukázal, že rozdíl míry úzkostnosti je statisticky významný, z čehož vyplývá, že se oba vzorky liší. T-test, jak je patrné z grafu č. 7, ukázal, že hodnota T stat je nižší než T krit, což znamená, že vzorky se nijak výrazně neliší. Hodnota T stat je nižší, ale není zde výrazný rozdíl jako např. u třetí skupiny. Důvodem může být to, že f-test i t-test jsou založeny na podobném principu. Kdyby byla zvolena jiná hladina významnosti, teda nižší přesnost, tato situace by nenastala.

S ohledem na naměřenou míru úzkostnosti u jednotlivců, nikoliv u skupiny, je zde několik výjimek, které se nacházejí v pásmu lehce nadprůměrné míry úzkostnosti. Žádný z respondentů neměl počet získaných bodů vyšší než 152, z čehož vyplývá, že se nikdo nenachází v pásmu nadprůměrné míry úzkostnosti, která je od 152 do 164 bodů. Nejvyšší počet získaných bodů činí 152. Jedná se o respondentku ve věku 15-17 let a lze ji označit za nejvíce úzkostnou z celého výzkumu. Hodnota 152 se nachází v pásmu lehkého nadprůměru. Vzhledem k tomu, že výsledky většiny respondentů se pohybovaly v hodnotách mezi 100-110 body, je číslo 152 velmi vysoké. Ve výzkumu se objevilo několik ojedinělých případů, kdy dívky měly např. hodnotu 144 či již zmíněnou hodnotu 152. Ve srovnání s ostatními respondentkami je zde vysoký rozdíl. U chlapců se také vyskytují některé zvýšené hodnoty. Nejvyšší naměřené hodnoty představují čísla 145 a 135. Vzhledem k aritmetickému průměru míry úzkostnosti u chlapců, která je 102,54,

jsou to čísla opět velmi vysoká, přestože hodnota 135 se stále ještě nachází v pásmu průměrné míry úzkostnosti.

Jelikož otázky měly škálové odpovědi, je možné, že někdo se hodnotil příliš kriticky a u většiny otázek dal nejvyšší hodnotu, za kterou získal samozřejmě nejvyšší počet bodů. Je ale na druhou stranu také možné, že se adolescenti hodnotili opravdu objektivně a někteří tedy jsou úzkostní. Minimálně mají míru úzkostnosti zvýšenou v porovnání s ostatními. Dotazník CMAS na úplnou diagnostiku nestačí, bylo by vhodné použít ještě nějakou jinou metodu, například dotazník MHQ, který se zaměřuje na neurotické poruchy a jejich symptomy (úzkost, deprese, hysterie, somatická projekce, fobie, obsese a kompulze).

ZÁVĚR

Zpracování tématu úzkostných poruch bylo velmi zajímavé. Problematikou úzkosti a úzkostných poruch se zabývá mnoho odborných knih. Nejvíce asi J. Praško, psychoterapeut a psychiatr, který působí v Psychiatrickém centru Praha. Je autorem desítek knih a příruček o úzkosti a úzkostných poruchách jak pro lékaře, tak pro pacienty. Mimo jiné se zabývá depresemi, nespavostí, poruchami osobnosti a hypochondrií. Z jeho publikací jsem čerpala nejvíce. O období adolescence píše P. Macek. Jeho publikace s názvem *Adolescence* pro mě rovněž byla významným zdrojem. Za klíčovou je možné také označit knihu od V. Horta, který napsal publikaci o dětské a adolescentní psychiatrii. Říčanova *Cesta životem* se zabývá vývojovou psychologií a byla pro mě taktéž výborným zdrojem informací.

Uvědomila jsem si, že určitá míra úzkostnosti není vůbec problémem. Naopak její nízká míra nás mobilizuje k překonávání překážek. Jestliže je míra úzkosti vyšší, může se jednat o úzkostnou poruchu, která ale u někoho nemusí být vůbec rozpoznána. Poznatek pro mě rovněž představovalo velké rozšíření úzkostných poruch. Zajímavá pro mě byla zejména sociální fobie. Mnoho jedinců trpí touto poruchou od dětství a domnívají se, že se jedná o jejich povahový rys. Myslím si, že se o ní v současné době hodně mluví a překvapilo mě, kolik lidí, především pubescentů a adolescentů, jí trpí.

Každá úzkostná porucha má svou specifickou charakteristiku, ale v mnoha ohledech se shodují. Téměř vždy je přítomna patologická úzkost doprovázená specifickými fyziologickými projevy, které brání jedinci v běžném životě standardně fungovat. Mezi nejčastější psychické příznaky úzkosti patří strach, napětí, pocit ohrožení, nespavost, lekavost, ale také neschopnost odpočívat a nadměrná bdělost a ostražitost. Ze somatických příznaků se může jednat o napětí ve svalech, třes, bolesti hlavy, bolesti v zádech, ale také se objevuje zvýšená unavitelnost a nauzea. Poruchy jsou zde popsány včetně jejich přesné diagnostiky, výskytu, průběhu, prognózy a léčby. Nejčastěji je zvolena léčba v podobě psychofarmak a kognitivně-behaviorální terapie. Léčba psychofarmaky bývá obvykle rychlejší, ale účinek psychoterapie bývá většinou trvalejší. V řadě situací pomůže rodinná či skupinová psychoterapie, jelikož sociální situace pacientů bývá v řadě případů velmi komplikovaná a nějakým způsobem je zasažena rodina.

RESUMÉ

Tématem bakalářské práce jsou úzkostné poruchy u adolescentů. V první, teoretické, části je vysvětlen pojem úzkost a srovnán s pojmem strach. Následuje první větší kapitola, která obsahuje popis jednotlivých úzkostných poruch včetně jejich epidemiologie, diagnostiky, průběhu a léčby. Dále jsou zde popsány úzkostné poruchy v dětství a dospívání. Druhá větší kapitola teoretické části je zaměřena na období adolescence. Zde jsou popsány psychické a fyzické změny, kterými jedinec v období adolescence prochází. Rovněž jsou zde zmíněny vztahy k sobě samému, k rodině a k vrstevníkům.

Druhá část je praktická a zaměřená na výzkum, jenž se týká výskytu úzkostných poruch u adolescentů. Pro zjištění míry úzkostnosti byl použit dotazník CMAS. V této části je popsán zkoumaný vzorek spolu s cílem výzkumu. Součástí je rovněž interpretace výsledků.

SUMMARY

This bachelor thesis deals with anxiety disorder among adolescents. In the first theoretical part is explained the term of anxiety and it is compared with the term of fear. After this introduction follows the first longer chapter containing the description of individual anxiety disorders including its epidemiology, diagnostics, progress and treatment. There are further described anxiety disorders in infancy and pubescence. The second larger chapter of the theoretical part is focused on the period of adolescence. There are described the changes through which an individuum comes through during the adolescence period. There are also mentioned self-relationships, family and peer relationships.

The second part of the thesis is practical and focused on research. It deals with the presence of anxiety disorders among adolescents. In order to find out the rate of anxiousness there was used the questionnaire CMAS. The researched sample group is described together with the aim of the research there. It also contains the interpretation of the research results.

SEZNAM LITERATURY

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 256 s. ISBN 9978-80-7367-815-9.

HONZÁK, Radkin. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf, 1995. 70 s. ISBN 80-85800-05-5.

HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.

HORNEY, Karen. *Neurotická osobnost naší doby*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-219-5.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. 203 s. ISBN 978-80-7367-366-6.

KAST, Verena. *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál, 2012. 235 s. ISBN 978-80-262-0160-1.

KUKUMBERG, Peter., ULČ, Igor. *Panická porucha*. Praha: Maxdorf, 2001. 219 s. 80-85912-14-7.

LACINOVÁ, Lenka., MACEK, Petr. *Vztahy v dospívání*. Brno, Barrister & Principal, o. s., 2012. 196 s. ISBN 978-80-87474-46-4.

LANGMEIER, Jiří., KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.

MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Barrister & Principal, o. s., 2007. 149 s. ISBN 978-87029-15-2.

PRAŠKO, Ján. *Agorafobie: Svépomocná příručka*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. 112 s. ISBN 80-85121-43-3.

PRAŠKO, Ján. *Sociální fobie*. 2 vyd. Praha: Portál, 2012. 132 s. ISBN 978-80-262-0204-2

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2004. 416 s. ISBN 80-7178-997-6.

PRAŠKO, Ján., LÁTALOVÁ, Klára. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta a.s., 2013. 855 s. ISBN 978-80-204-2798-4.

PRAŠKO, Ján., PRAŠKOVÁ, Hana., VYSKOČILOVÁ, Jana. *Úzkost a obavy*. Praha: Portál, 2007. 232 s. ISBN 978-80-7367-410-6.

PRAŠKO, Ján., PRAŠKOVÁ, Hana., PRAŠKOVÁ, Jana. *Specifické fobie*. Praha: Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-300-0.

PRAŠKO, Ján., PRAŠKOVÁ, Hana., VYSKOČILOVÁ, Jana., ADAMCOVÁ, Katarína. *Agorafobie a panická porucha*. Praha: Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-336-9.

PRAŠKO, Ján., PRAŠKOVÁ, Hana., PAŠKOVÁ, Beata., ŠLEPECKÝ, Miloš., ZÁLESKÝ, Richard. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2010. 120 s. ISBN 978-80-7367-808-1.

PRAŠKOVÁ, Hana., PRAŠKO, Ján. *Úzkostné a fobické poruchy: malá psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: Galén, 2000. 102 s. ISBN 80-7262-039-8.

ŘEHULKA, Evžen., ŘEHULKOVÁ, Oliva. *Psychologické otázky adolescence: sborník příspěvků*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2001. 141 s. ISBN 80-7326-001-8.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

ŘÍČAN, Pavel., KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.

SVOBODA, Mojmir., ČEŠKOVÁ, Eva., KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2012. 320 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

SVOBODA, Mojmir., KREJČÍŘOVÁ, Dana., VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2009. 791 s. ISBN 978-80-7367-566-0.

ŠEDIVÁ, Blanka., PATRICE, Marek., ŤOUPAL, Tomáš., WAGNEROVÁ, Eva. *Pravděpodobnost a statistika pro FEL*. Plzeň: ZČU, 2011. 79 s.

- TYRLÍK, Mojmír., MACEK, Petr., ŠIRŮČEK, Jan. *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 144 s. ISBN 978-80-210-5107-2.
- ULČ, Igor a kolektiv. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-790-7.
- VÁŠUTOVÁ, Maria. *Mezi dětstvím a dospělostí*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 2013. 137 s. ISBN 978-80-7464-125-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie., KLÉGROVÁ, Jarmila. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2008. 538 s. ISBN 978-80-246-1538-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. - Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. 181 s. ISBN 80-7178-830-9.
- ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

fvhe. Statistika a výpočetní technika. [parafráze 2014.04.04.]. Dostupné z <http://cit.vfu.cz/statpotr/POTR/Teorie/Predn3/Ftest.htm>

PRAŠKO, Ján. Generalizovaná úzkostná porucha a její léčba. Postgraduální medicína. Vyd. 2010. [parafráze 2014.03.25.]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/generalizovana-uzkostna-porucha-a-jeji-lecba-450131>

PRAŠKO, Ján. Obsedantně-kompulzivní porucha a její léčba. Postgraduální medicína. Vyd. 2010. [cit. 2014.03.28.]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/obsedantne-kompulzivni-porucha-a-jeji-lecba-454083>

III. PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník CMAS

Příloha č. 2: Výsledky dotazníku dívek ve věku 15-17 let

Příloha č. 3: Výsledky dotazníku dívek ve věku 18-20 let

Příloha č. 4: Výsledky dotazníku chlapců ve věku 15-17 let

Příloha č. 5: Výsledky dotazníku chlapců ve věku 18-20 let

Příloha č. 6: Diagnostická kritéria MKN-10 pro GAD

Příloha č. 7: Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou poruchu

Příloha č. 8: Diagnostická kritéria MKN-10 pro smíšenou úzkostně-depresivní poruchu

Příloha č. 9: Diagnostická kritéria MKN-10 pro agorafobii

Příloha č. 10: Diagnostická kritéria MKN-10 pro sociální fobii

Příloha č. 11: Diagnostická kritéria MKN-10 pro OCD

Příloha č.1: Dotazník CMAS

Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Úzkostné poruchy u adolescentů“.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci!

Barbora Janochová, studentka psychologie pedagogické fakulty ZČU v Plzni.

Vaši odpověď zaškrtněte v příslušném okénku.

1. Jsem

Chlapec

Dívka

2. Je mi let

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velice
3. Dělá mi potíže soustředit se na cokoli				
4. Znervózním, když mě někdo pozoruje při práci				
5. Mám pocit, že musím být ve všem nejlepší				
6. Snadno se začervenám				
7. Mám rád(a) všechny lidi, které znám				
8. Někdy cítím, jak mi rychle tluče srdce				

9. Občas mi je tak, že by se mi chtělo křičet				
10. Pře(a) bych si být někde hodně daleko odtud				
11. Zdá se mi, že jiným dětem jde dělat různé věci snáze než mně.				
12. Ve hrách častěji vyhrávám než prohrávám				
13. Tajně se bojím mnoha věcí				
14. Cítím, že ostatním se nelíbí to, jakým způsobem dělám různé věci				
15. Cítím se sám (sama), a to i tehdy, když jsem s jinými lidmi				
16. Těžko se rozhoduji				
17. Znervózňuje mě, když mi věci nejdou tak, jak bych si přál (a)				
18. Většinu času se bojím				
19. Vždycky jsem na lidi milý (á)				
20. Mám obavy z toho, co o mně řeknou rodiče				
21. Někdy mi dělá potíže popadnout dech				
22. Snadno se rozzlobím				
23. Vždycky se slušně chovám				
24. Potí se mi ruce				
25. Musím chodit na záchod častěji než většina lidí				

26. Jiné děti jsou šťastnější než já				
27. Mám starosti, co si o mně asi ostatní lidé myslí				
28. Mám potíže s polykáním				
29. Mívám obavy z věcí, na kterých, jak se pak ukáže, ani moc nezáleží				
30. Moje city je snadné zranit				
31. Mívám obavy z toho, jestli dělám ty správné věci				
32. Jsem vždycky hodný (á)				
33. Bojím se, co se stane v budoucnosti				
34. Večer se mi nechce jít spát				
35. Bojím se, jak mi to půjde ve škole				
36. Když mi někdo nadává, lehce tím zraní moje city				
37. Jsem vždycky na každého milý (á)				
38. Vždycky mluvím pravdu				
39. Často se cítím osamělý (á), když jsem s jinými lidmi				
40. Mám pocit, že mi někdo každou chvíli může říct, že dělám věci špatně				
41. Bojím se tmy				
42. Těžko se soustřeďuji na svou školní práci				

43. Nikdy se nerozzlobím				
44. Často mi bývá špatně od žaludku				
45. Mívám strach, když si mám jít večer lehnout				
46. Často udělám věci, o kterých si pak přeji, abych je nikdy neudělal (a)				
47. Mívám bolesti hlavy				
48. Často se bojím, aby se mým rodičům nic zlého nestalo				
49. Nikdy neříkám věci, které bych neměl (a) říkat				
50. Snadno se unavím				
51. Myslím si, že je dobré mít ve škole dobré známky				
52. Mívám zlé sny				
53. Jsem nervózní				

Příloha č. 2: Výsledky dotazníku dívek ve věku 15-17 let

Dívky 15-17 let	
Resp. č.1	119
Resp. č.2	126
Resp. č.3	113
Resp. č.4	107
Resp. č.5	115
Resp. č.6	107
Resp. č.7	144
Resp. č.8	107
Resp. č.9	101
Resp. č.10	119
Resp. č.11	117
Resp. č.12	108
Resp. č.13	137
Resp. č.14	104
Resp. č.15	108
Resp. č.16	126
Resp. č.17	92
Resp. č.18	152
Resp. č.19	104
Resp. č.20	104
Resp. č.21	112
Resp. č.22	111
Resp. č.23	126
Resp. č.24	100
Resp. č.25	100
Resp. č.26	97
Resp. č.27	115
Resp. č.28	111
Resp. č.29	116
Resp. č.30	97
Resp. č.31	99
Resp. č.32	91
Resp. č.33	95
Resp. č.34	91
Resp. č.35	124
Resp. č.36	83
Resp. č.37	140
Resp. č.38	112
Resp. č.39	106
Resp. č.40	89
Resp. č.41	107

Příloha č. 3: Výsledky dotazníku dívek ve věku 18-20 let

Dívky 18-20 let	
Resp. č.1	133
Resp. č.2	106
Resp. č.3	121
Resp. č.4	94
Resp. č.5	78
Resp. č.6	98
Resp. č.7	122
Resp. č.8	138
Resp. č.9	101
Resp. č.10	111
Resp. č.11	135
Resp. č.12	117
Resp. č.13	89
Resp. č.14	135
Resp. č.15	101
Resp. č.16	106
Resp. č.17	110
Resp. č.18	111
Resp. č.19	119
Resp. č.20	111
Resp. č.21	110
Resp. č.22	117
Resp. č.23	94
Resp. č.24	108
Resp. č.25	109
Resp. č.26	109
Resp. č.27	109
Resp. č.28	137

Příloha č. 4: Výsledky dotazníku chlapců ve věku 15-17 let

Chlapci 15-17 let	
Resp. č.1	109
Resp. č.2	129
Resp. č.3	100
Resp. č.4	106
Resp. č.5	145
Resp. č.6	83
Resp. č.7	115
Resp. č.8	105
Resp. č.9	95
Resp. č.10	93
Resp. č.11	84
Resp. č.12	98
Resp. č.13	100
Resp. č.14	106
Resp. č.15	96
Resp. č.16	93
Resp. č.17	118

Příloha č. 5: Výsledky dotazníku chlapců ve věku 18-20 let

Chlapci 18-20 let	
Resp. č.1	76
Resp. č.2	91
Resp. č.3	87
Resp. č.4	118
Resp. č.5	79
Resp. č.6	95
Resp. č.7	95
Resp. č.8	122
Resp. č.9	128
Resp. č.10	96
Resp. č.11	82
Resp. č.12	113
Resp. č.13	135
Resp. č.14	95
Resp. č.15	90
Resp. č.16	109

Příloha č. 6: Diagnostická kritéria MKN-10 pro GAD

Tab. 2.1.2

Diagnostická kritéria MKN-10 (1996) pro Generalizovanou úzkostnou poruchu

- A. Výrazné napětí, strach, obavy z každodenních problémů – trvají nejméně šest měsíců.
- B. Přítomny nejméně čtyři z následujících, nejméně jeden z příznaků vegetativního podráždění:
- Příznaky vegetativního podráždění:**
- (1) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls;
 - (2) pocení;
 - (3) chvění nebo třes;
 - (4) sucho v ústech.
- Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha:**
- (5) obtížné dýchání;
 - (6) pocit zalykání se;
 - (7) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku;
 - (8) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše).
- Příznaky týkající se duševního stavu:**
- (9) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy;
 - (10) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace);
 - (11) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí;
 - (12) strach, že zemře.
- Celkové příznaky:**
- (13) návaly horka nebo chladu;
 - (14) pocity znečitlivění nebo mravenčení.
- Příznaky napětí:**
- (15) napětí, pobolívání nebo bolesti ve svalech;
 - (16) neklid a neschopnost se uvolnit;
 - (17) pocity podráždění, nesnesitelného napětí nebo duševního přepětí;
 - (18) pocity „knedlíku v krku“ nebo obtíže s polykáním.
- Další nespecifické příznaky:**
- (19) přehnaná reakce na malé překvapení nebo vyrušení;
 - (20) obtíže s koncentrací, nebo „prázdnost v hlavě“ z důvodů strachu nebo úzkosti;
 - (21) neustálé podráždění;
 - (22) obtíže s usínáním kvůli strachu.
- C. Porucha nesplňuje kritéria pro panickou poruchu, fobické, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchu nebo hypochondrickou poruchu.
- D. Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria: Úzkostná porucha není způsobena somatickou poruchou, jako je hyperthyreóza, organickou poruchou nebo poruchou vyvolanou psychoaktivní látkou, jako je silná konzumace amfetaminu nebo abstinenční syndrom po odnětí benzodiazepinů.

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

Tab. 2.2.3 Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou poruchu (1996)

A. U jedince se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí a které se často vyskytují spontánně (tj. epizody nelze předvídat). Ataky paniky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.

B. Panická ataka je charakterizována všemi následujícími znaky:

- (1) je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu;
- (2) začíná náhle;
- (3) dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut;
- (4) musí být přítomny alespoň čtyři z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):

Příznaky vegetativní aktivace

- (a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep;
- (b) pocení;
- (c) chvění nebo třes;
- (d) sucho v ústech.

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha

- (e) obtížné dýchání;
- (f) pocit zalykání se, pocity dušení;
- (g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku;
- (h) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše).

Příznaky týkající se duševního stavu

- (i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy;
- (j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace);
- (k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí;
- (l) strach ze smrti.

Celkové příznaky

- (m) návaly horka nebo chladu;
- (n) pocity znečitlivění nebo mravenčení.

C. Nejčastější užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako je např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady ani somatoformní poruchy.

Rozsah jednotlivých variací, pokud jde o obsah a tíži, je tak veliký, že se mohou specifikovat pátým znakem dva stupně – středně těžký a těžký:

F 41.00 Středně těžká panická porucha

Alespoň čtyři panické ataky v období čtyř týdnů.

F 41.01 Těžká panická porucha

Alespoň čtyři panické ataky za týden po dobu čtyř týdnů.

Příloha č. 8: Diagnostická kritéria MKN-10 pro smíšenou úzkostně-depresivní poruchu

Tab. 2.3.1

Kritéria DSM-IV-TR pro smíšenou úzkostně-depresivní poruchu (APA, 2000)

-
- A. Trvalá nebo vrácející se dysforická nálada trvající nejméně jeden měsíc.
- B. Dysforická nálada je doprovázena po dobu nejméně jednoho měsíce čtyřmi (nebo více) z následujících příznaků:
- (1) obtíže s koncentrací nebo pocit „prázdná v hlavě“;
 - (2) poruchy spánku (obtíže s usínáním nebo udržení spánku nebo neklidný, nedostatečný spánek);
 - (3) únava nebo malá energie;
 - (4) podrážděnost;
 - (5) obavy;
 - (6) snadné pohnutí k slzám;
 - (7) nadměrná bdělost (ostražitost);
 - (8) anticipace horšího (selhání);
 - (9) beznaděj (pronikavý pesimismus do budoucna);
 - (10) nízké sebevědomí nebo pocity bezcennosti.
- C. Příznaky způsobující klinicky významné obtíže nebo zhoršení ve výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí.
- D. Příznaky nejsou způsobeny přímými fyziologickými účinky substance (například návykové látky nebo léku) nebo somatického onemocnění.
- E. Všechny následující podmínky:
- (1) nikdy nebyla splněna kritéria pro velkou depresivní poruchu, dystymní poruchu, panickou poruchu nebo generalizovanou úzkostnou poruchu;
 - (2) v současnosti nejsou splněna kritéria pro kteroukoliv jinou úzkostnou poruchu nebo poruchu nálady, včetně úzkostné poruchy nebo poruchy nálady v částečné remisi;
 - (3) příznaky nelze přiřadit k jiné duševní poruše.
-

Tab. 2.4.2 Diagnostická kritéria MKN-10 pro agorafobii

Zřetelně a jednoznačně vyjádřený strach nejméně ze dvou následujících situací, nebo vyhýbání se jim:

- (1) pobyt v davu;
- (2) pobyt na veřejném prostranství;
- (3) cestování bez doprovodu;
- (4) opuštění domova.

A. 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:

- (1) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls;
- (2) pocení;
- (3) chvění nebo třes;
- (4) sucho v ústech.

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha:

- (5) obtížné dýchání;
- (6) pocit zalykání se;
- (7) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku;
- (8) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše).

Příznaky týkající se duševního stavu:

- (9) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy;
- (10) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace);
- (11) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí;
- (12) strach ze smrti.

Celkové příznaky:

- (13) návaly horka nebo chladu;
- (14) pocity znečitlivění nebo mravenčení.

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

C. Příznaky jsou omezeny na obávané situace nebo se v nich převážně vyskytují nebo při jejich očekávání.

D. Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria: Strach nebo vyhýbání se (kritérium A) 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.

Přítomnost nebo chybění panické poruchy (F41.0) při většině agorafobických situací může být specifikována použitím pátého kódového čísla:

F40.00 *Bez panické poruchy*

F40.01 *S panickou poruchou*

Příloha č.10: Diagnostická kritéria MKN-10 pro sociální fobii

Tab. 2.5.2 Diagnostická kritéria MKN-10 pro sociální fobii (1996)

- A. Musí být přítomen jeden z následujících znaků:
- (1) pacient má výrazný strach, aby nebyl středem pozornosti nebo aby se nechoval trapným nebo ponižujícím způsobem;
 - (2) nápadně se vyhýbá situacím, kde by byl středem pozornosti nebo kde by měl strach z trapného nebo ponižujícího chování.
Tyto strachy se projevují v sociálních situacích, jako je např. jídlo nebo mluvení na veřejnosti, potkávání známých jedinců na veřejnosti nebo účast v malých skupinách (např. večírky, schůze, třída).
- B. Od začátku poruchy se musí někdy projevit alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci, jak jsou definovány pod F 40.0, kritérium B, a to společně s alespoň jedním z následujících příznaků:
- (1) červenání se nebo třes,
 - (2) strach ze zvracení,
 - (3) potřeba nebo strach z močení nebo defekace.
- C. Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmto příznakům a jedinec si je vědom, že jsou přehnané a nesmyslné.
- D. Příznaky se omezují na obávané situace nebo na jejich očekávání, nebo v těchto situacích převažují.
- E. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka: Příznaky uvedené pod kritérii A a B nevyplývají z bludů, halucinací ani jiných poruch, jako jsou např. organické duševní poruchy, schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně-kompulzivní porucha a nejsou sekundárním projevem kulturních pověr.

Příloha č. 11: Diagnostická kritéria MKN-10 pro OCD

**Tab. 2 – Diagnostická kritéria MKN-10
pro obsedantně-kompulzivní poruchu⁽⁸⁾**

A. Po dobu alespoň 2 týdnů jsou po většinu dnů přítomny buď obsese, nebo nutkavé jednání (nebo obojí).

B. Obsese (myšlenky, nápady nebo představy) a nutkavé jednání mají společné následující rysy, které všechny musí být přítomny:

1. Pacient musí uznávat, že vznikají v jeho vlastní mysli a nejsou vyvolávány jinými osobami nebo vnějšími vlivy.
2. Jsou nepřijemné a opakují se a musí být přítomna alespoň jedna obsese nebo kompulze, která je považována za přehnanou nebo nesmyslnou.
3. Pacient se snaží jim odolávat (avšak rezistence na dlouhotrvající obsese nebo kompulze může být minimální). Musí být alespoň jedna obsese nebo kompulze, které se pacient neúspěšně brání.
4. Prožívání obsedantní myšlenky nebo provedení kompulzivního činu není samo o sobě příjemné. (Toto by se mělo odlišit od dočasné úlevy od napětí a úzkosti.)

C. Obsese nebo kompulze vyvolávají tíseň nebo narušují sociální nebo individuální činnosti pacienta, obvykle ztrátou času.

D. Nejčastěji používaná vylučovací doložka. Obsese nebo kompulze nejsou výsledkem jiných duševních poruch, jako jsou např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy (F20–F29) nebo poruchy nálady (afektivní poruchy) (F30–F39).

Diagnóza se může dále specifikovat následujícím čtvrtým znakem:

- F42.0 Převážně obsedantní myšlenky a ruminace
- F42.1 Převážně nutkavé jednání (obsedantní rituály)
- F42.2 Smíšené obsedantní myšlenky a jednání
- F42.8 Jiné obsedantně-kompulzivní poruchy
- F42.9 Obsedantně-kompulzivní porucha nespecifikovaná