

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
Katedra psychologie

NEUROTICKÉ  
PORUCHY U DĚTÍ  
PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

*Bakalářská práce*

Petra Spěváčková  
Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na  
vzdělávání (2011-2014)

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.  
Plzeň, 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 11. 4. 2014

.....  
*vlastnoruční podpis*

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc, vstřícnost a ochotu při konzultacích a za cenné rady při zpracování této práce.

## OBSAH

ÚVOD.....	2
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	3
<b>1.1 SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 FYZICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	3
1.1.2 KOGNITIVNÍ VÝVOJ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	4
1.1.3 EMOČNÍ VÝVOJ A SOCIALIZACE DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	6
<b>1.2 DEFINICE NEUROTICKÝCH PORUCH.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 NEUROTICKÉ PORUCHY.....</b>	<b>11</b>
1.3.1 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY.....	11
1.3.2 JINÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY.....	12
1.3.3 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA.....	13
1.3.4 DISOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY.....	15
1.3.5 SOMATOFORNÍ PORUCHY.....	16
1.3.6 POSTTRAUMATICKÉ PORUCHY.....	16
<b>1.4 DĚTSKÉ NEUROTICKÉ PORUCHY.....</b>	<b>18</b>
1.4.1 PANICKÁ PORUCHA.....	18
1.4.2 GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA.....	18
1.4.3 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY.....	19
1.4.4 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA.....	20
1.4.5 DISOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY.....	21
1.4.6 SOMATOFORNÍ PORUCHY.....	22
1.4.7 PORUCHY PŘÍZPŮSOBENÍ.....	23
1.4.8 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA.....	24
1.4.9 ÚZKOSTNÉ PORUCHY SE ZAČÁTKEM SPECIFICKÝM PRO DĚTSTVÍ.....	24
<b>1.5 SPECIFIKA NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ.....</b>	<b>26</b>
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
<b>2.1 PŘEDMĚT A CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, POUŽITÉ METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....</b>	<b>31</b>
<b>2.3 PROJEVY VYSKYTUJÍCÍ SE U VYBRANÉHO VZORKU.....</b>	<b>35</b>
<b>2.4 METODIKA ZJIŠŤOVÁNÍ NEUROTICKÝCH PROJEVŮ U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....</b>	<b>37</b>
ZÁVĚR.....	40
RESUMÉ.....	42
SEZNAM LITERATURY.....	44
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ.....	45

## ÚVOD

Neurotická porucha je mnohdy označována za nemoc dnešní doby. Často se setkávám se situacemi, ve kterých je někdo označen za neurotika. Přitom ve většině případech, dotyčný označující nějakého člověka za neurotika nemá ponětí, co tento pojem znamená.

Neurotické poruchy jsou specifické spíše pro dospělý věk, avšak symptomy těchto poruch se mohou objevit i u mnohem mladších jedinců, jako jsou předškolní děti a mohou způsobit nemalé problémy. Včasná diagnostika neurotických symptomů a terapie je u předškolního dítěte velmi důležitá. Například se v mnoha případech dítě vyhne úzkostným stavům při školní docházce.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Neurotické poruchy u dětí předškolního věku. K volbě tohoto tématu mne vedl především zájem o pochopení problematiky neurotických poruch vyskytujících se u dětí předškolního věku, z jakých příčin tyto poruchy vznikají a jaké druhy těchto poruch mohou předškolní děti postihnout.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část bude složena z pěti kapitol. První kapitola bude věnována pohledu na dítě předškolního věku ze sociálně-psychologického hlediska. Ve druhé kapitole se budu zabývat definicemi neurotických poruch. Třetí kapitola bude zaměřena na bližší popis neurotických poruch postihující dospělé. Problematice neurotických poruch vyskytujících se u dětí se budu blíže věnovat ve čtvrté kapitole. V páté kapitole se budu blíže věnovat specifikům neurotických poruch u dětí.

Praktická část, ve které se budu věnovat výzkumnému šetření, bude rozdělena do několika kapitol. Cílem výzkumného šetření bude zjistit, jaké neurotické projevy se u dětí předškolního věku mohou vyskytovat. V praktické části se budu dále věnovat sestavení metodiky zjišťování neurotických projevů u předškolních dětí.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Předškolní věk spadá do období mezi 3 a 7 rokem života dítěte. Tato etapa se nazývá také jako období iniciativy. Dítě pocítuje potřebu něco zvládnout, vytvořit a potvrdit tak své kvality. Tento úsek vývoje by měl být chápán jako fáze přípravy pro život ve společnosti. K tomu je ale nutné, aby si dítě uvědomilo, že musí přijmout řád, který upravuje chování k ostatním lidem. (Vágnerová, 2005, s. 173-174)

Vágnerová ve své publikaci rovněž uvádí, že: „*Vývojově podmíněné změny se odrazí ve hře, v předškolním období je novým projevem chování sdílená aktivita, vyžadující jak sebeprosazení, tak prosociální chování.*“ (Vágnerová, 2005, s. 174)

### 1.1.1 FYZICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Jak uvádí Říčan, průměrný chlapec by měl v předškolním věku vyrůst z 97 na 117 centimetrů a přibrat z 15 na 22 kilogramů. Dívky jsou v 6 letech o něco málo menší a lehčí než chlapci. Ke konci tohoto období dochází ke změnám tělesných proporcí. Trup se stává plošším a hrudník se zřetelněji odlišuje od břicha. U chlapců ubývá tukové tkáně a přibývá svalové. Prodlužují se ruce i nohy, postava se protahuje. Dochází ke zmenšení hlavy v poměru k tělu. (Říčan, 2006, s. 120)

V předškolním období dostávají na významu také tělesné individuální rozdíly. Větší a silnější dítě si lépe vede ve skupině dětí. Slabší děti bývají plaché a obtížně navazují kontakty s ostatními dětmi – zde neuškodí nenápadná pomoc. (Říčan, 2006, s. 120)

Také v motorickém vývoji dochází k neustálému zdokonalování, zlepšuje se pohybová koordinace, objevuje se větší hbitost a elegance pohybů. Předškolní dítě tedy dokáže nejen dobře utíkat, ale také seběhnout schody, stát na jedné noze, skákat, hopsat a umí si házet s míčem. Při různých hrách s kostkami, plastelínou nebo kresbě si zdokonaluje svou zručnost. (Langmeier, 2006, s. 88)

Podle Říčana je v tomto období zlepšování pohyblivosti nenápadné a pozvolné. Objevuje se větší rychlost, pohotovost, obratnost pohybů a také můžeme pozorovat jejich větší eleganci. Obratnost je pro předškoláka důležitá, aby se dokázal sám obléknout, obsloužit se a mohl doma pomáhat s jednoduchými povinnostmi. (Říčan, 2006, s. 121)

V průběhu předškolního období dochází také k velikému zdokonalení řeči. Řeč se zdokonalí natolik, že většinou před nástupem do školy zmizí zcela dětská patlavost. Vývoj řeči je důležitý i pro růst poznatků o sobě a o okolním světě. Tříleté dítě zná své jméno a dokáže říci i jakého je pohlaví. Významným pokrokem v předškolním období dítěte je účinné užívání řeči k regulaci jeho chování. (Langmeier, 2006, s. 88-89)

### 1.1.2 KOGNITIVNÍ VÝVOJ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Do 4 let dítěte se jeho inteligence nachází na úrovni předpojmové, poté inteligence dítěte dosahuje úrovně názorového (intuitivního) myšlení. Dítě nyní dokáže uvažovat v celostních pojmech, jejichž vznik je vázán na vystižení podstatných podobností. Dle J. Piageta je dítě v tomto období stále ještě vázáno na názor ve svých úsudcích. Myšlení je v tomto období prelogické a předoperační. Symbolické i předoperační myšlení je dosud vázáno na vlastní činnost dítěte. Myšlení předškoláka je egocentrické, antropomorfní (vše polidšťuje), magické (dítě mění fakta podle svých přání) a artificialistické (všechno se „dělá“). (Langmeier, 2006, s. 90-92)

Vývoj myšlení u předškoláka se dá považovat za dlouhodobý proces, ve kterém jde o porozumění vratnosti různých proměn postupně, v závislosti na jejich složitosti. Jestliže se změní jen jedna vlastnost objektu, dítě chápe, co se stalo. Pokud ale dojde ke změně více vlastností, dítě vzájemný vztah jednotlivých aspektů nechápe. Předškolní děti mají ve zvyku ignorovat informace, které jim překážejí a komplikují pohled na svět. (Vágnerová, 2005, s. 176-177)

Podle Říčana dítě v předškolním období začíná chápat rovněž první matematické vztahy a naučí se počítat asi do deseti. Bez větších problémů dokáže spočítat tři kuličky a ví, že je to víc než dvě nebo jedna. Ví také, že když uhodí míčem silně o zem, míč se odrazí do výšky (přímá úměrnost). Předškolák stejně tak zvládá i nepřímou úměrnost. Ví, že čím víc limonády nalije z lahve do skleničky, tím méně limonády v lahvi zbyde. (Říčan, 2006, s. 121)

Dále Říčan ve své publikaci uvádí, že u dětí předškolního věku můžeme spolehlivě měřit inteligenci. Výsledek porovnáváme s věkovou normou (s průměrným výkonem dětí ve stejném věku). Úlohy testu jsou velmi citlivé k individuálním rozdílům v inteligenci, časově úsporné a různorodé. Snadno tedy rozlišíme úspěch či neúspěch dítěte v testu. (Říčan, 2006, s. 123)

Vágnerová shrnula typické znaky uvažování předškolního dítěte do několika bodů:

1. Způsob jakým dítě nazírá na svět, jak a jaké informace si vybírá

Centrace je subjektivně podmíněná redukce informací, tendence ulpívat na jednom percepčně nápadném znaku.

Egocentrismus je ulpívání na subjektivním názoru a opomíjení jiných, které mohou být odlišné.

Fenomenismus klade důraz na určitou, zjevnou podobu světa, eventuálně na takovou představu.

Prezentismus je přetrvávající vázanost na přítomnost, na aktuální podobu světa, která s fenomenismem souvisí.

2. Způsob, jakým tyto informace zpracovává a jak své zjištění interpretuje

Magičnost je vypomáhání si fantazií v reálném světě.

Animismus (Antropomorfismus) je tendence přičítat živé vlastnosti i neživým objektům.

Arteficialismus je styl způsobu výkladu vzniku okolního světa, jeho typických znaků.

Absolutismus je přesvědčení, že každé poznání musí mít definitivní a jednoznačnou platnost. (Vágnerová, 2005, s. 174-175)

U předškolního dítěte se také velmi často objevují myšlenky o smrti. Vnímá ji jako pozoruhodnou záhadu, ale také se jí bojí. Představuje si ji různými způsoby, jako samotu, pobyt v hrobě zaživa či nehybnost. Tento strach však dokáže obrátit i v žert. Pokud ale zemře předškolákovi někdo blízký, dítě doopravdy netruchlí, nechápe totiž smrt jako něco definitivního. (Říčan, 2006, s. 124-125)



### 1.1.3 EMOČNÍ VÝVOJ A SOCIALIZACE DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

U předškolních dětí jsou emoce více stabilní a vyrovnané, na rozdíl od emocí, které můžeme pozorovat u dětí v batolecím věku. Charakteristická je zde vysoká intenzita emocí předškoláka a časté změny emočního prožívání – střídání pláče a smíchu. Mimo jiné dochází k postupnému rozvíjení emoční paměti a ubývání negativních emočních reakcí. V tomto období se také rozvíjejí vztahové emoce. Objevuje se láska, sympatie a soucit. Rovněž se rozvíjí orientace v emocích jiných lidí a objevuje se schopnost empatie, ta je považována za součást emoční inteligence. Důležité jsou zde také sebehodnotící emoce, které jsou pozitivní či negativní. Pokud se předškolákovi daří a je úspěšný, cítí se hrdě, naopak pokud je neúspěšný, cítí se zahanbeně. Novinkou je rovněž pro předškoláka pociťování viny, které je spojeno se ztotožněním se s pravidly, jejich dodržováním a morálním usuzováním. (Vágnerová, 2005, s. 196-200)

Vágnerová ve své knize uvádí, že: „*Základní způsoby sociálního chování si dítě osvojuje v rodině. Naučí se zde komunikovat, vnímat projevy jiných lidí a chápat je, vcítit se do jejich nálady, respektovat jejich potřeby, ale i ovládat vlastní emoce, uplatňovat vlastní názory a přesvědčení, používat přijatelné varianty řešení konfliktních situací atd.*“ (Vágnerová, 2005, s. 202)

U předškolních dětí dochází k rozvíjení nových sociálních dovedností, zlepšuje se komunikace a objevují se zralejší způsoby interakce s ostatními lidmi. Postupně dochází také ke stanovení standardní triády oblastí, se kterými se dítě identifikuje. Těmito oblastmi jsou rodina, vrstevníci a mateřská škola. Rodina zajišťuje pocit jistoty a bezpečí, vrstevníci pomáhají k uspokojování potřeby seberealizace i sebepotvrzení, mateřská škola je institucí, jejímž prostřednictvím jedinec vstupuje do společnosti. (Vágnerová, 2005, s. 202-203)

Langmeier a Krejčířová předpokládají, že socializační proces obsahuje tyto tři vývojové aspekty:

Vývoj sociální reaktivity – jde o vývoj bohatě diferencovaných emočních vztahů k lidem ve společenském okolí. Autistické dítě můžeme považovat za úplné selhání vývojového postupu, jelikož nepovažuje své rodiče za víc než za neživé předměty, nedokáže komunikovat s ostatními lidmi a je velmi samotářské.

Vývoj sociálních kontrol a hodnotových orientací – jedná se o vývoj norem, které si jedinec vytváří a postupně přijímá za své. Rozvoj sociálních kontrol rychle narůstá právě

v předškolním věku dítěte. V dnešní společnosti je socializační tlak na dítě spíše pozvolný a postupný. Pro socializaci dítěte jsou nejvíce důležití hlavně rodiče a ostatní členové rodiny, kteří dítě podněcují a posilují.

Osvojení sociálních rolí – osvojení vzorců a postojů, které jsou od jedince očekávány společností vzhledem k jeho věku či pohlaví. Do doby než dítě dosáhne předškolního věku, převažuje u něj spíše nezáměr o své vrstevníky. Děti po sobě sice pokukují, ale každé si hraje samo. Jedná se o typickou souběžnou (paralelní) hru. V předškolním období dochází k pokroku, jelikož začíná převažovat společná (asociativní) hra. Na společnou hru navazuje hra kooperativní, při které dochází k rozdělení rolí a ke spolupráci mezi dětmi. (Langmeier, 2006, s. 93-99)

V tomto období nabývá na významu rovněž rozdělení mužských a ženských rolí ve skupině. Mezi 3 a 4 rokem se mezi dětmi objevuje soupeřivost. Děti touží po porozumění, oblibě a chtějí mít vůdčí postavení ve skupině. Bohužel i přes velké pokroky je dítě předškolního věku stále velmi závislé na svých rodičích a jeho vztahy k ostatním dětem bývají nahodilé, přelétavé a jsou málo trvalé. (Langmeier, 2006, s. 99-100)

Při socializaci dítěte má podstatnou funkci také hra. V předškolním období se hra stává zásadní činností pro dítě, proto se tomuto období říká rovněž období hry. Kromě dětí si hrají také dospělí, ale jejich hra má spíše oddechový charakter. Většina názorů se shoduje na tom, že děti si hrají jen proto, že jim hra přináší libé pocity a uspokojení bez nějakého cíle. Dětská hra má nejrůznější podoby. Existují funkční typy her procvičující tělesné funkce, konstrukční typy her, při kterých se staví z kostek či modeluje z plastelíny. Dále existují iluzivní typy her a úkolové typy her, kdy si děti hrají na princeznu, vojáka, doktora a sestřičku. (Langmeier, 2006, s. 100-101)

Říčan ve své knize uvádí, že: „*V předškolním věku se rozšiřuje repertoár her. Některé jsou projevem radosti z rostoucí obratnosti a síly: náruživě běháme, skáčeme, balancujeme, házíme, a tyto hry získávají zvláštní přitažlivost ještě soupeřením. Soupeřit se dá v leččems, například v paměti, a zde pětileté dítě suverénně poráží i své rodiče. (Hráli jste s dětmi pexeso?) Intenzivně prožívané soupeření se však rozvine až v dalším období.*“ (Říčan, 2006, s. 127)

Mezi zajímavý druh hry patří nepochybně hra s imaginárním společníkem. Dítě při této hře využívá své fantazie, vymyslí si kamaráda, pojmenuje ho a hraje si s ním. Mezi

vývojově nejdůležitější hry patří námětové hry, při kterých si dítě vytvoří různé pomůcky. Při hře na doktora si například vyrobí stetoskop, injekci a náplasti. Podle Flitnera můžeme rozlišovat dva teoretické pohledy na hru. Podle prvního hra napomáhá k rozumnému a účelnému životu, druhý pohled uvádí, že hra má smysl sama o sobě, je jednou ze základních potřeb člověka a není nutné ji obhajovat jinými důvody. Značný význam má také psychoterapie hrou, která se jako jediná dá individuálně využít u menšího dítěte. (Říčan, 2006, s. 127-128)

## 1.2 DEFINICE NEUROTICKÝCH PORUCH

Pojem neuróza (neurosis) byl poprvé použit v roce 1779 W. Cullenem. Jedná se o poruchu vyvolanou psychogenně v situacích, které jsou pro člověka velmi stresující. Pacient je schopný si zachovat náhled na chorobnost vztahu napříč tomu, že se při této poruše objevuje vysoká míra úzkosti. (Hartl, 2009, s. 354)

Neuróza je rovněž popisována jako funkční nervové onemocnění, které nemá organický nález. Nejedná se o organické poškození centrální nervové soustavy ani o metabolické změny, z tohoto důvodu se neuróza nepovažuje za příčinu ale za výsledek nervového onemocnění. (Hartl, 2009, s. 354)

Pokud jedinec trpí duševními či fyzickými potížemi, které nemají organický podklad, jedná se o neurózu. Jedinec, který trpí neurózou, neztrácí soudnost, své obtíže si plně uvědomuje a také si na ně stěžuje. Z tohoto důvodu se nejedná o duševní poruchu. (Kratochvíl, 1981, s. 7)

Kratochvíl ve své publikaci uvádí, že: „*Pramení ze závažných konfliktů vnějších nebo vnitřních, někdy velmi silných, jindy spíše dlouhodobých, které často souvisejí i s vývojem, postoji a osobnostními vlastnostmi jedince.*“ (Kratochvíl, 1987, s. 7)

Vondráčková (1972, s. 34) definuje neurózu jako funkční reverzibilní poruchu vyšší nervové činnosti, projevující se poruchou adaptace na prostředí a řadou příznaků jak duševních tak tělesných. (Miňhová, 2006, s. 74)

Fischer (1965, s. 63) definuje neurózu jako onemocnění, které vyvolává centrální nervová soustava a jedinec má sníženou schopnost adaptace na prostředí. (Miňhová, 2006, s. 75)

Škoda ve své knize uvádí, že: „*Vycházíme z toho, že jako „neurózy“ se obecně označují veškeré psychické nebo psychosomatické potíže, které většinou nejsou považovány ani za nemoc, ani za součást osobnosti, a přitom omezují člověka jak v jeho potenciálním rozvoji, tak v každodenním životě.*“ (Škoda, 1998, s. 7)

Definice neurózy se u mnoha autorů odlišuje, avšak většina se shoduje v tom, že neuróza je funkční reverzibilní porucha, která se projevuje poruchou adaptace na prostředí a řadou tělesných a duševních příznaků. (Miňhová, 2006, s. 75)

Tradiční členění duševních poruch a neurózy se již nepoužívá. V současné klasifikaci duševních poruch a poruch chování MKN-10 není již pojem neurózy zachován. Pro usnadnění přechodu na novou klasifikaci byl však zachován termín neurotický. (MKN-10, 2006, s. 116)

## 1.3 NEUROTICKÉ PORUCHY

### 1.3.1 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Jedná se o poruchy, při kterých úzkost vyvolávají pouze dobře definované situace nebo objekty v okolí pacienta, jejichž charakter se nepovažuje za nebezpečný. Pacient při těchto situacích pocituje hrůzu a snaží se jim co nejvíce vyhýbat. Fobickou úzkost není možné subjektivně, fyziologicky či v chování odlišit od jiných typů úzkosti. Při této poruše nedochází ke zmírnění úzkosti ani v případě, kdy si jedinec uvědomuje, že lidé v jeho okolí nepovažují tuto situaci za nebezpečnou. Fobické úzkostné poruchy se častěji objevují u žen a mnohdy se k nim připojují i deprese. (MKN-10, 2006, s. 116)

Mezi hlavní příčinu vzniku úzkostných poruch řadíme dědičnost, zejména polygenní typ dědičnosti, při kterém musí dojít k nahromadění většího počtu genů s určitým účinkem. Změna mozkových funkcí, zejména v oblasti orbitofrontálního kortexu, limbického systému, mozkového kmene, se rovněž řadí mezi příčiny vzniku úzkostných poruch. Další příčinou bývá porucha regulace neurotransmitterových systémů, kdy jsou prokázány odchylky neurotransmitterové aktivity, například v oblasti mozkového kmene a ve středním mozku. (Vágnerová, 2008, s. 402)

Mezi fobické úzkostné poruchy řadíme tyto fobie:

#### Agorafobie

Jedná se o nepřiměřený strach z velkých otevřených prostranství, patologickou obavu ze situací, ze kterých není snadné uniknout a situací, které zvyšují pocit ohrožení. Pokud se nemocný nachází mimo domov, dochází k výraznému nárůstu úzkosti. (Vágnerová, 2008, s. 407)

Pacient trpící agorafobií má například strach z opuštění domova, cestování o samotě, pohybování v davu, pobytu na veřejných místech. Rovněž sem patří jedinci, kteří trpí klaustrofobií. Agorafobii řadíme mezi fobickou poruchu, která nejvíce omezuje svého nositele, jelikož někteří jedinci nejsou schopni ani vyjít z domova. (MKN-10, 2006, s. 117)

V těchto situacích vzniká strach ze ztráty kontroly a mohou se objevit i panické ataky. Tyto ataky jsou charakteristické zejména pro situace, kdy se pacient cítí v silném ohrožení a má pocit, že tuto situaci nemůže nijak ovládat. Pacient s trpící agorafobií má

tendenci, se těmto situacím vyhýbat za všech okolností. Agorafobie se objevuje nejčastěji v raném dospělém věku. (Vágnerová, 2008, s. 407)

### Sociální fobie

Sociální fobie je nepřiměřený strach ze sociálních situací a z kontaktu s lidmi. Pacient pociťuje silnou úzkost, zejména pokud je středem pozornosti a v případě, kdy je od něj očekáván nějaký výkon. Strach má jedinec hlavně z toho, že se při činnosti bude chovat trapně či se jinak poníží. Mezi časté projevy sociální fobie patří zrudnutí, třes, pocení a nevolnost. (Vágnerová, 2008, s. 407)

Sociální fobie se objevují již v adolescenci a jejich výskyt je stejně častý u žen i u mužů, na rozdíl od většiny ostatních fobií. U jedinců trpících sociální fobií se často objevuje nízké sebehodnocení a strach z kritiky. (MKN-10, 2006, s. 117)

### Specifické (izolované) fobie

Jedná se o fobie specifické pro určité situace, například jde o nepřiměřený strach z určitých zvířat, výšky, tmy, návštěvy zubaře či pohledu na krev. Spouštěcí situace bývá nenápadná, avšak může vyvolat paniku jako u agorafobie nebo sociální fobie. Sociální fobie vzniká nejčastěji v dětství, ale může postihovat i dospělé. Jestliže se jedinec s touto fobií neléčí, může jí trpět desítky let. (MKN-10, 2006, s. 118)

## 1.3.2 JINÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

### Panická porucha

Mezi hlavní znaky panické poruchy patří ataky panické úzkosti, pro které je charakteristický náhlý začátek, silná intenzita negativních pocitů a krátký průběh. Ataky trvají několik minut či desítky minut a jejich konec bývá spontánní. Panické ataky vznikají bez zřejmé příčiny, mohou být jednorázové, rovněž se ale mohou opakovat. Jedinec s touto chorobou může mít pocity silné úzkosti až děsu, úplné bezmoci a bezvýchodnosti v situacích, které považuje za katastrofické. (Vágnerová, 2008, s. 408)

Dalšími symptomy panické poruchy jsou pocity dušení, bolest na hrudníku či závratě. Dále se může objevovat strach ze zešílení nebo smrti. Pacienti prožívající panickou ataku prožívají obrovský strach a mají tendence utéct. Tyto ataky bývají vyvolávané například strachem ze samoty. (MKN-10, 2006, s. 119)

#### Generalizovaná úzkostná porucha

Jedná se o generalizovanou úzkost, která není omezena. Běžnými symptomy jsou třes, nervozita, pocení, točení hlavy či závratě. Jedinec s touto poruchou často pociťuje obavy z onemocnění blízkých osob nebo má předtuchy o tom, že se stane blízkým nehoda. (MKN-10, 2006, s. 120)

Vágnerová ve své publikaci uvádí, že: „*Pocity ohrožení nejsou v tomto případě vázány na konkrétní situaci, mohou je vyvolávat i běžné a bezvýznamné podněty. Nemocný nedovede svou úzkost přijmout, neumí s ní zacházet, neví si s ní rady, stává se proti ní bezmocný.*“ (Vágnerová, 2008, s. 404).

Mezi další typické symptomy patří trvalé napětí, kterého se jedinec nemůže zbavit a z tohoto důvodu se nedokáže uvolnit. Pacient trpící touto poruchou má náhled na situaci a plně si uvědomuje, že jsou jeho emoční reakce nepřiměřené. Také si uvědomuje, že tyto reakce není schopen ovládat. (Vágnerová, 2008, s. 404)

#### Smíšená úzkostně depresivní porucha

Jestliže jsou přítomny symptomy jak úzkosti, tak deprese, ale žádný typ nepřevládá, rovněž nepřevládá žádný ze symptomů a pokud je posuzován samostatně, jedná se o smíšenou úzkostně depresivní poruchu. S pacienty trpícími touto poruchou se můžeme setkat u lékařů prvního kontaktu. (MKN-10, 2006, s. 120-121)

### 1.3.3 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Vágnerová ve své publikaci uvádí, že: „*Obsedantně-kompulsivní porucha je charakteristická opakovaným výskytem nežádoucích, vtíravých myšlenek a představ (obsese), resp. nepotlačitelných impulzů k jednání (impulze), které nejsou přiměřené či*



*přijatelné. Nemocný si uvědomuje jejich neadekvátnost, pociťuje k nim značný vnitřní odpor, ale nedovede se jich zbavit.*“ (Vágnerová, 2008, s. 410)

Při této poruše se obvykle také objevuje úzkost s vegetativními příznaky či bez nich. U pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou jsou časté také příznaky deprese a u pacientů trpící periodickou depresivní poruchou se mohou objevit obsedantní myšlenky. Tato porucha se vyskytuje u mužů shodně jako u žen. Vznik této poruchy je charakteristický pro dětský věk, stejně tak se ale nevylučuje vznik v rané dospělosti. (MKN-10, 2006, s. 121-122)

#### Obsedantně-kompulzivní projevy:

Nutková potřeba opakování očistného rituálu – jedná se o nepřírozený strach z nečistot, jedinec se neustále převléká do čistého či si myje ruce.

Nutková potřeba kontroly – jedinec má neustálou potřebu kontrolovat, zda jsou zavřené dveře nebo okna.

Nutková potřeba pořádku – jedinec má tendenci věci neustále upravovat, urovnávat, rovněž má potřebu řídit se podle nesmyslných pravidel.

Neodbytné myšlenky nepřijatelné povahy – jedná se například o agresivní myšlenky, jedinec vykonává různé rituály, pomocí kterých se snaží myšlenkám bránit. (Vágnerová, 2008, s. 412)

#### Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace

Jedná se o formy myšlenek, představ či nutkání k činu, které působí na pacienta tísnivě. Někdy se jedná pouze o pošetilé myšlenky, které zahrnují nekonečné úvahy o alternativách, které nedávají smysl. (MKN-10, 2006, s. 122)

#### Převážně nutkové akty (kompulzivní rituály)

Rituální akt patří k neúčinným pokusům odvrátit nebezpečí. Řadíme sem akty očisty, udržování pořádku a neustálého kontrolování. Tyto akty zabírají mnoho času a je pro ně charakteristická pomalost a nerozhodnost. Převážně nutkové akty se běžně objevují u obou pohlaví. (MKN-10, 2006, s. 123)

### 1.3.4 DISOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY

Disociativní poruchy jsou charakteristické částečnou nebo úplnou ztrátou normální integrace týkající se vzpomínek na minulost, vědomí identity, bezprostředních pocitů a ovládnání pohybů těla. Začátek a konec disociativních stavů lze jen zřídka postřehnout, jelikož bývá náhlý. Výjimkou je hypnóza a odreagování, tyto činnosti jsou považovány za záměrné. (MKN-10, 2006, s. 127)

#### Disociativní amnézie

Hlavním znakem disociativní amnézie je ztráta paměti, za jejíž příčinu se nepovažuje organická duševní porucha. Ztráta paměti může být částečná a také selektivní. Amnézie se týká traumatických událostí, mezi které patří různé nehody či nečekaná smrt blízké osoby. (MKN-10, 2006, s. 128)

#### Disociativní fuga

Fuga má stejné vlastnosti, které se objevují u disociativní amnézie. Dále se u této poruchy objevuje zdánlivě účelné odcestování z domova nebo pracoviště, během kterého může pacient přijmout také novou identitu. (MKN-10, 2006, s. 129)

#### Disociativní stupor

U pacienta, jenž trpí disociativním stuporem, se projevuje pronikavé omezení či úplné chybění volných pohybů, ale je zde normální aktivita na vnější podněty. Téměř nebo úplně vymizela řeč a spontánní pohyby. (MKN-10, 2006, s. 130)

#### Trans a stavy posedlosti

Poruchy, při kterých pacient pociťuje dočasnou ztrátu osobní identity a nedokáže si plně uvědomovat své okolí. Mezi tyto poruchy řadíme pouze stavy transu, které jsou mimovolné a pacientem nechtěné. Neřadíme sem stavy transu, jejichž vznik souvisí se schizofrenními nebo akutními psychózami obsahující halucinace, bludy či mnohočetnou osobnost. (MKN-10, 2006, s. 130)

### Disociativní křeče

Patří mezi poruchy, které mohou být často zaměňovány s epileptickými záchvaty. Na rozdíl od epileptických záchvatů se u disociativních křečí mnohdy neobjevuje pokousání jazyka, pohmožděniny způsobené pádem nebo inkontinence moči. (MKN-10, 2006, s. 132)

### 1.3.5 SOMATOFORMNÍ PORUCHY

Vágnerová ve svém díle uvádí, že: „*Somatoformní poruchy se projevují somatickými stesky, pocity tělesných obtíží či subjektivním přesvědčením o vlastní nemoci, která není objektivně potvrzena.*“ (Vágnerová, 2008, s. 453)

Jedinci trpící touto poruchou opakovaně uvádějí tělesné symptomy a stále žádají o lékařské vyšetření, přes opětovné negativní nálezy. Ze strany pacienta se často jedná o snahu získat pozornost a přesvědčit lékaře o tom, že je nutné další vyšetření nebo testování. (MKN-10, 2006, s. 134)

### Somatizační porucha

Mezi hlavní znaky řadíme mnohočetné, opakované a často se měnící somatické symptomy týkající se jakékoliv části těla nebo orgánu. Mezi nejčastější patří gastrointestinální prožitky (zvracení, bolest, říhání) a abnormální pocity na kůži (pálení, svědění). (MKN-10, 2006, s. 134)

### Hypochondrická porucha

Charakteristickým projevem hypochondrické poruchy je nadměrné a nepřiměřené zaměření na vlastní tělesné funkce. Dále sem řadíme pacientův chorobný strach z nemoci či představu nemocného, že trpí vážnou chorobou, kterou nelze vyléčit. (Vágnerová, 2008, s. 454)

### 1.3.6 POSTTRAUMATICKÉ PORUCHY

Vágnerová ve své publikaci uvádí, že: „*Posttraumatické poruchy jsou reakcí na jednorázový traumatizující zážitek nebo na déletrvající stresovou situaci. Jsou*

*charakteristické znovuprožíváním a přetrváváním této události ve vědomí, spojené s intenzivním strachem, pocity bezmoci, hrůzy a potřebou vyhnout se podnětům, které mohou být s touto zkušeností spojeny.*“ (Vágnerová, 2008, s. 425)

#### Akutní reakce na stres

Porucha vznikající u jedince bez jakékoli psychické poruchy. Jedná se o odpověď na velký fyzický či duševní stres, která mizí během několika hodin, někdy i dnů. K objevení symptomů obvykle dochází několik minut po prožití stresové události a mizí do 2 až 3 dnů. Při akutní reakci na stres se také obyčejně projevují vegetativní znaky panické úzkosti. (MKN-10, 2006, s. 124)

#### Posttraumatická stresová porucha

Jedná se o zpožděnou a protražovanou reakci na stresovou událost nebo situaci, která má obvykle charakter katastrofického rázu. Téměř u každého vyvolává tato situace pronikavou tíseň. Mezi typické příznaky patří opakované scény prožívání traumatu ve vzpomínkách nebo ve snech. Příznaky se objevují hned po traumatu a mohou trvat od několika dnů až po několik měsíců. (MKN-10, 2006, s. 125)

#### Poruchy přizpůsobení

Mezi poruchy přizpůsobení řadíme stavy, které jedinci narušují sociální fungování a výkon. Objevují se následkem stresové události či se jejich vznik spojuje s obdobím adaptace na různé životní změny. Porucha se často projeví do 1 měsíce od stresové události a netrvá většinou déle než 6 měsíců. (MKN-10, 2006, s. 126)

## 1.4 DĚTSKÉ NEUROTICKÉ PORUCHY

### 1.4.1 PANICKÁ PORUCHA

Panická porucha je charakteristická opakovanými atakami masivní úzkosti, které bývají poměrně krátké. Při vzniku této choroby hrají důležitou roli genetické komponenty. Účast zde hraje noradrenergní, serotoninergní a GABAergní systém v patogenezi. Pozornost se též zaměřuje na mozkový kmen, limbický systém a prefrontální kortex. K umělému vyvolání panické ataky se užívá směs oxidu uhličitého určená k inhalaci či infuze laktátu sodného. (Hort, 2000, s. 215-216)

Mezi symptomy panické poruchy u dětí a adolescentů řadíme například tachykardii s palpitacemi, mrazení, návaly horka, pocení, závratě, chvění, stres, bolest na hrudi či strach ze smrti. Pro diagnostikování panické poruchy musí být vždy přítomny minimálně čtyři symptomy a ataky musí být opakované. (Hort, 2000, s. 216)

U dítěte předškolního věku postiženého masivní úzkostí, mohou vzniknout poruchy příjmu potravy či poruchy spánku. Dále se mohou rozvíjet neurotické návyky jako okusování nehtů či trhání vlasů, jejichž prostřednictvím se dítě snaží uvolnit napětí. (Říčan, 2006, s. 226)

### 1.4.2 GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Jedná se o všeobecnou, trvalou, volně plynoucí úzkost, která se neomezuje na konkrétní situace nebo objekty. U dětí a adolescentů se při této poruše objevuje nereálná obava z nedostatečnosti vlastních schopností, nesouhlasu s jejich chováním či z nevhodnosti jejich chování. Děti postižené touto poruchou se nepřiměřeně sebeobviňují, pocítují nadměrnou potřebu uklidňování a ujišťování a postrádají schopnost se uvolnit. (Hort, 2000, s. 218)

Říčan ve své publikaci uvádí, že: „*Děti s generalizovanou úzkostnou poruchou jsou trvale v napětí, ve školním věku bývají častěji silně inhibované, ale někdy mohou být i pohybově neklidné, často mívají nejrůznější vágní a přechodné somatické obtíže (bolesti hlavy, bušení srdce, dechové obtíže).*“ (Říčan, 2006, s. 226)

Začátek této poruchy se nejčastěji objevuje v dospívání, v mladším věku se objeví jen malý počet případů. Vznik generalizované úzkostné poruchy u dětí v mladším věku souvisí většinou s nástupem do školky nebo školy. Zvýšený výskyt poruchy pozorujeme u dětí, na které mají rodiče vysoké nároky či u dětí, o které rodiče nedostatečně pečují. Nejvíce bývají ohroženy prvorozené děti, děti z menších rodin nebo z vyšší společenské vrstvy. Nástup symptomů se u jedinců různí, u některých může být akutní, u jiných naopak pozvolný. (Hort, 2000, s. 218-219)

### 1.4.3 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Fobii chápeme jako strach z nejrůznějších objektů a situací, který u jedinců vyvolává silnou úzkost. Mezi příčiny vzniku řadíme jak psychodynamické a psychosociální, tak behaviorální a biologické faktory. Biologické faktory předpokládají blíže nespecifikovanou vulnerabilitu vegetativního nastavení. Setká-li se jedinec s podnětem s fobickým potenciálem, dochází k aktivaci výstražné reakce. Velký podíl zde má také temperament s behaviorální inhibicí, což je nezvyklá plachost a stažení dítěte, pokud se ocitá v neznámých situacích. (Hort, 2000, s. 221-222)

#### Agorafobie

Je strach z otevřených prostranství, ze kterých nemá jedinec možnost úniku. Z tohoto důvodu se jedinec cítí nejbezpečněji doma. Mezi nejčastější projevy patří například strach z cestování dopravními prostředky, z nakupování, ze smrti, být doma sám, z tunelů, restaurací nebo veřejných prostranství. U dětí je agorafobie nejméně rozšířenou fobickou poruchou. Nejčastěji postižované touto chorobou jsou ženy v dospělosti. (Hort, 2000, s. 223-224)

#### Sociální fobie

Jedinec trpící touto fobii trpí obavami a strachem ze situací, ve kterých by na něj byla zaměřena pozornost jiných lidí. Pacient pociťuje silné úzkostné zneklidnění, proto se těmito situacím vyhýbá a izoluje se. Projevy této poruchy se často objevují mezi

11 a 15 rokem. Její průběh je chronický, přičemž se ráz fobických a úzkostných projevů může měnit. (Hort, 2000, s. 224-225)

### Specifické fobie

Fobie je vázána na přítomnost specifického objektu či situace, jejímž výsledkem je úzkostná reakce a vyhýbané jednání. Děti předškolního věku nejvíce trpí různými strachy a úzkostmi. U předškoláka je častý strach z cizích lidí, strach ze tmy nebo zvířat. Tyto fobie obvykle postupem času mizí nebo se mění s vývojem dítěte. (Hort, 2000, s. 226-227)

### 1.4.4 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Tuto poruchu charakterizují soubory příznaků, které mají charakter obsesí a kompulzí. Hort popisuje obsese jako nutkavé vtíravé myšlenky, představy či impulzy, které se opakují a vyvolávají úzkost. Reakcemi na obsese bývá nutkavé chování nebo psychická aktivita, která se nazývá kompulze. Pomocí těchto rituálů se jedinec snaží uniknout vtíravým myšlenkám, představám nebo impulzům. (Hort, 2000, s. 228)

Mezi nejčastější příznaky obsedantně-kompulzivní poruchy patří:

Strach ze znečištění spojený s rituály omývání – jedná se převážně o strach ze špíny či zárodků, mikrobů nebo tělesných sekretů či exkretů, jedinec tráví mnoho času v koupelně, často se omývá, vyhýbá se možnosti nakažení infekcí a ublížení si.

Patologické pochyby spojené s rituály kontroly – jedinec provádí jakési magické rituály, kterými neustále kontroluje, zda jsou zavřené dveře, okno či zhasnutá světla, tyto rituály jsou specifické svým počtem, časem a vzorcem.

Neodbytné akty nebo myšlenky sexuální nebo agresivní povahy – řadíme sem rituály týkající se mrti, modlení se, ale také počítání a shromažďování věcí.

Obsese přesnosti, symetrie, pořádku – patří sem různé rituály uspořádání, organizování či urovnávání.

Primární obsedantní zpomalenost – pacient provádí rituály celý den, trvá mu hodiny, než se umyje nebo oblékne. (Hort, 2000, s. 230-231)

Pro vznik obsedantně-kompulzivní poruchy se předpokládá určitý organický podklad, kterým může být například poporodní trauma. Obsedantně kompulzivní porucha je pravděpodobně také zapříčiněna serotoninovou dysfunkcí, jelikož nízká hladina serotoninu je ukazatelem těžké poruchy. Obsedantně-kompulzivní porucha bývá rovněž spojována s Tourettovým syndromem a s chronickými mnohočetnými tiky. (Hort, 2000, s. 229)

Již kolem druhého roku života se u dětí objevuje obsedantně-kompulzivní chování, později se toto chování projevuje u dětí mezi 8 až 10 rokem a v rané adolescenci. Obsedantně kompulzivní porucha se zpravidla začíná projevovat až ve středním školním věku a v rané adolescenci. V případě diagnostikování této poruchy u mladších dětí kolem 6 let, se u dětí projevuje kompulzivní jednání bez obsedantních myšlenek. U dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou můžeme pozorovat určitou nejistotu, úzkost, perfekcionismus, nadprůměrnou inteligenci či pocity viny. (Říčan, 2006, s. 231)

#### 1.4.5 DISOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY

Hort ve své publikaci uvádí, že: *„Jde o poruchy s různorodým spektrem projevů a obtížně charakterizovatelnou podstatou. Základním procesem „disociace“ je „rozštěpení“ psychické jednoty, porucha syntetické integrace dynamických intrapsychických funkcí, interpsychická ataxie, dislokace pocitu já a jeho složek, jejich „odcizení“.*“ (Hort, 2000, s. 235)

Disociativní poruchy se začínají projevovat od peripubertálního věku, v malém množství se mohou objevit již u dětí v předškolním věku. V předškolním věku již mají děti tendence reagovat na malé poranění parézou nebo kulháním. Pokud je tato porucha u dítěte diagnostikována v čas, nebývá její průběh dlouhý a většinou ustoupí do 3 měsíců od diagnózy. (Hort, 2000, s. 237)

Dělení disociativních poruch podle Horta:

##### Disociativní amnézie

Jedná se o parciální či selektivní ztrátu paměti na určité významné okolnosti, která bývá hluboce vyjádřena. Porucha se obvykle objevuje i končí náhle a je častěji diagnostikována u žen.



### Disociativní fuga

U jedinců trpících touto poruchou dochází k náhlému odcestování, které je provázeno ztrátou paměti na předchozí život. Jedinec si najde nový domov, zaměstnání a vytvoří si nové vztahy.

### Disociativní stupor

Charakteristickým symptomem je omezení či úplné vymizení volní pohybové aktivity, postižený je nehybný, nemluvný a jeho vědomí bývá omezené.

### Trans a stavy posedlosti

Při transu jedinec vstupuje do změněné kvality vědomí a prožívání, při kterém pociťuje ovládnutí cizí silou nebo duchem. Jedinec si většinou na odeznělý trans nepamatuje. Při posedlosti je obohacený navíc o živé halucinatorní obrazy a postavy.

### Disociativní poruchy motoriky

U této poruchy bývá častá astázie, abázie, ataxie a třesy, řadíme sem i psychogenní afonie a dysfonie.

### Disociativní porucha citlivosti a senzorké poruchy

Nejčastěji se projevuje v dětském věku, její symptomy velmi připomínají epilepsii, z tohoto důvodu je těžké ji odlišit od skutečného záchvatu. (Hort, 2000, s. 238-239)

## 1.4.6 SOMATOFORNÍ PORUCHY

Jedná se o okruh poruch s polymorfním klinickým obrazem a multifaktoriálním podkladem. Jedinec trpící touto poruchou má potřebu vyhledávat lékaře kvůli různým tělesným potížím, které nejsou podloženy odpovídajícím lékařským nálezem. Prepubertální děti často na stres reagují somatickými potížemi, kterými jsou bolesti břicha, následovné bolesti hlavy, bolesti končetin či únava. (Hort, 2000, s. 242)

### Somatizační porucha

Nejčastěji se jedná o somatizační stížnosti dětí, u kterých se objevily nápadnosti osobnostního vývoje. Například u dítěte s histriónským charakterem osobnosti. Mezi symptomy patří různé bolesti, dechové obtíže nebo poruchy hybnosti. (Říčan, 2006, s. 230)

### Hypochondrická porucha

Jedná se o ovládanou představu o vážném onemocnění. Charakteristická je zde nepřítomnost somatického podkladu či neodůvodněnost představy. Porucha se nejčastěji objevuje mezi 16 a 17 rokem. (Hort, 2000, s. 243-244)

### Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha

Tato porucha je charakteristická jako stálá, těžká, skličující bolest jakékoli části těla, která se nedá vysvětlit patofyziologicky ani fyzikálně. Děti nejčastěji reagují na nepříznivé podněty stížnostmi, mezi které patří zejména bolest. Předškolní děti jsou schopné určit, odkud bolest přichází a dokážou si bolest samy zmírnit, například tím, že se nechají konejšit. (Hort, 2000, s. 245)

## 1.4.7 PORUCHY PŘIZPŮBENÍ

Jedinec trpící touto poruchou zažívá stavy subjektivní tísně a poruch emotivity a chování. Vznik této poruchy je spojen s různými významnými životními změnami nebo stresovými událostmi. Mezi projevy této poruchy patří depresivní nálada, úzkost, obavy a pocit bezmoci. Výskyt této poruchy u dětí a adolescentů se uvádí mezi 25-65%. Při této poruše se u dětí mohou rovněž objevovat regresivní projevy a poruchy chování. (Hort, 2000, s. 247-248)

Nezbytnou podmínkou pro vznik této choroby je specifický stresor, kterým může být traumatická událost, ale také zejména u dětí například ztráta kamaráda, špatné vysvědčení či stěhování do nového města. Mezi další faktor vzniku řadíme charakteristiku dítěte a jeho vulnerabilitu. Jedná se zejména o rozdíl v temperamentu a adaptabilitě dětí. Vznik poruchy přizpůsobení výrazně ovlivňuje rovněž vnější prostředí a emocionální a praktická podpora dítěte. (Hort, 2000, s. 249-250)

#### 1.4.8 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Jedná se o pocity hrůzy, strachu o život a pocitu bezmoci následkem těžkého traumatu. Posttraumatickou poruchu poprvé zkoumala Anna Freudová u dětí, které byly evakuovány z Londýna, který byl bombardován. Zabývala se vztahem mezi reakcemi matek a dětí. V dětském věku je tato porucha reakcí na závažný stresor, který má hrozivý ráz. Tento stresor může pro dítě představovat ohrožení života nebo jeho psychické a fyzické integrity. (Hort, 2000, s. 252)

Traumatická událost se u dětí může opakovaně objevovat v intruzivních myšlenkách, vzpomínkách nebo snech v podobě obrazů, zvuků, chutí, dojmů či pocitů bezmoci. U dětí se též projevuje například jako vyhýbání se podnětům, ustrnutí reagování, poruchy spánku, zvýšená dráždivost, poruchy koncentrace či zvýšené úlekové reakce. Pro vznik této poruchy je patogenním faktorem zejména stresor. Posttraumatická stresová porucha se může objevit u každého dítěte, které se setká s traumatickou událostí, jejíž ráz je velmi intenzivní. (Hort, 2000, s. 253-254)

Říčan ve své knize uvádí, že: „*Vlastní posttraumatická stresová porucha se však rozvíjí obvykle až po latenci několika týdnů až měsíců, ale nejpozději do 6 měsíců po traumatické události, je zpožděnou nebo protrahovanou reakcí na trauma; vzniká přitom snáze u disponovaných osob – s osobnostní zranitelností nebo s nemorbidní neurotickou poruchou.*“ (Říčan, 2006, s. 244)

#### 1.4.9 ÚZKOSTNÉ PORUCHY SE ZAČÁTKEM SPECIFICKÝM PRO DĚTSTVÍ

##### Separční úzkostná porucha v dětství

Jedná se o úzkostnou reakci dítěte na skutečné či hrozící odloučení od blízké osoby. Objevuje se mezi 6 a 8 měsícem života dítěte a její intenzita postupně klesá. Ve třech letech je většina dětí schopna být krátký čas odloučena od matek. Dítě trpící touto poruchou má nereálné stále obavy, že se blízká osoba již nevrátí nebo se jí něco stane. Charakteristické je odmítání chodit do školy, jít spát pokud tato osoba není nablízku. U dítěte se objevují ve spánku noční můry týkající se odloučení. (Hort, 2000, s. 257)

Děti, u kterých byla diagnostikována tato porucha, jsou většinou tiché, inhibované, úspěšné ve škole a perfekcionistické. I přes úspěšnost trpí strachem ze selhání, mají

zvýšenou míru úzkostnosti a řadu dalších obav. V mírnější formě se tato porucha může objevovat již při nástupu do školky nebo do první třídy, nejčastěji se však objevuje u dítěte kolem 11 let. (Hort, 2000, s. 257-258)

#### Fobická úzkostná porucha v dětství

U této poruchy se objevuje nepřiměřeně silná reakce strachem nebo úzkostí na určitou situaci či objekt. Touto fobií je u dětí nejčastěji strach ze zvířat, jako jsou psy, kočky, hadi, pavouci, různý hmyz, ale také ze špíny, parazitů, mikrobů, krve, tmy, ohně nebo výšek. Fobie vznikají u mladších dětí a často rychle a spontánně odeznívají. V období dospívání vzniká sociální fobie, u které hrozí dlouhodobé narušení sociálního fungování a chronicita. (Hort, 2000, s. 259-260)

#### Sociální úzkostná porucha v dětství

Hort ve své publikaci uvádí, že: „*Strach z cizích lidí je obvyklým jevem v druhé polovině prvního roku života a určitý stupeň obav ze sociálních kontaktů přetrvává i během raného dětství, měl by však za normálních okolností ustoupit nejpozději do tří let věku.*“ (Hort, 2000, s. 260)

Ke vzniku strachu u dítěte dochází při kontaktu s dospělými a vrstevníky. Výjimku tvoří rodiče a osoby, které dítě považuje za známé. Důsledkem vyhýbání se sociálnímu kontaktu a strachu z kontaktu je podstatné narušení sociálního fungování, které brání vývoji sociálních vztahů a osvojování sociálních dovedností. Nejčastěji se porucha objevuje u dívek před 6 rokem. V některých případech může dojít k rozvoji elektivního mutismu nebo sociální fobie, v dospělosti může dojít ke vzniku sociálně úzkostné poruchy osobnosti. (Hort, 2000, s. 260)

## 1.5 SPECIFIKA NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ

Neurotické poruchy se u dětí často váží na poruchy životosprávy (jako jsou například poruchy příjmu potravy, poruchy vyměšování a poruchy spánku), poruchy řeči, tikové poruchy, psychomotorický neklid a neurotické návyky.

### Mentální anorexie

Jedná se o patologické nechutenství, které není příliš časté. Mezi hlavní příznaky se řadí trvalé, aktivní odmítání potravy a nápadný úbytek hmotnosti. V tomto období je velmi nápadná zvýšená úroveň tělesné aktivity. Tato porucha se nejčastěji objevuje u děvčat v pubertě, někdy se však může objevit ještě před pubertou. (Matějček, 2011, s. 137-138)

Průběh onemocnění je často spojován s psychickými změnami. Často bývá rovněž přítomen depresivní syndrom, zvýšená dráždivost, pacient ztrácí zájem o okolí, zajímá se pouze o svůj výkon ve škole. (Hort, 2000, s. 265)

### Mentální bulimie

Jedná se o syndrom, pro který jsou charakteristické opakované záchvaty přejídání a přehnaná kontrola tělesné váhy. Tato porucha může být následkem trvající mentální anorexie. Neustále zvracení může zapříčinit vznik poruchy elektrolytů v těle a somatické komplikace, například epileptické záchvaty či srdeční arytmií. (MKN-10, 2006, s. 145)

Hort ve své publikaci uvádí, že: „*Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou pacientku k pocitům viny a následné snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou zvracení. Nemocná si na rozdíl od mentální anorexie uvědomuje chorobnost svých příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení.*“ (Hort, 2000, s. 271)

### Ranní zvracení

Jedná se o poruchu zažívání, která není považována za nijak vzácnou u dětí předškolního a mladšího školního věku. Nejčastěji se vyskytuje u dětí povahově úzkostně naladěných a u dětí se slabším nervovým systémem. Zvracení se většinou vyskytuje v situacích,

ve kterých dochází ke zvýšení napětí, zvláště pokud dítě očekává něco nepříjemného. Většinou ke zvracení dochází ráno před odchodem do školky nebo školy. (Matějček, 2011, s. 138)

#### Poruchy spánku a noční děsy

V předškolním a školním období se nejčastěji objevují noční můry. Dochází k většímu uplatňování hlubokého stadia nREM spánku, manifestaci nREM parasomnií vázané na časové úseky, kdy dochází k přechodu spánku do REM periody. (Hort, 2000, s. 359)

Noční děsy mají formu nervového záchvatu, který se objevuje ve spánku. Dítě, které postihne noční děs, křičí ze spánku, zmítá sebou, někdy se posadí či vstane, má v obličeji strach. Ráno si dítě na nic nepamatuje. (Matějček, 2011, s. 141)

#### Poruchy vyměšování – Enuréza, Enkopréza

Enuréza - jde o poruchu, při které dochází k přetrvávajícímu neuvědomělému vypouštění moči ve dne nebo v noci, které je vzhledem k věku dítěte pokládáno za abnormální. Enurézu dělíme na denní a noční. U dětí předškolního a školního věku se denní enuréza vyskytuje jen zřídka. Naopak noční enuréza se u předškolního dítěte vyskytuje častěji. Existují dva případy. V prvním se u dítěte dosud nevytvořil nebo nefunguje mechanismus udržení moči po celou noc. Ve druhém byl uvedený mechanismus u dítěte již vytvořen, ale dítě se znovu začalo pomočovat. (Matějček, 2011, s. 142-143)

Enkopréza – jedná se o přetrvávající vědomé nebo neuvědomělé uvolňování stolice v již nepřiměřeném věku dítěte. Tato porucha se vztahuje na děti, které ještě nedosáhly kontroly svěračů konečníku a na ty, které získanou kontrolu opět ztratily. Vyskytuje se většinou u dětí se slabší nervovou konstitucí. (Matějček, 2011, s. 147)

#### Poruchy řeči – Koktavost, Neurotický mutismus

Koktavost – je charakteristická křečovitým opakováním slabik, slov či křečovitým prodlužováním začátků mluvních projevů. Koktavost se u dítěte obvykle zhoršuje při mluvení s někým cizím, o nezvyklých věcech a v nezvyklé situaci. Při mluvení šeptem či

zpěvu koktavost mizí. Při zjištění koktavosti u dítěte je nutné foniatrické a logopedické vyšetření. (Matějček, 2011, s. 168-169)

Neurotický mutismus – jedná se o poruchu sdělovacího procesu, která znamená ztrátu řeči, která je způsobena důsledkem neurotických zábran u dítěte, které mluvit umí a netrpí žádnou skutečnou vadou řeči. Mutismus není u dětí předškolního věku žádnou zvláštností. Postihovány jsou převážně úzkostné a přecitlivělé děti. (Matějček, 2011, s. 170-171)

### Tikové poruchy

Jedná se o syndromy projevující se nějakou formou tiků. Tik je charakteristický mimovolným, rychlým a opakujícím se nerytmickým pohybem nebo hlasovou produkcí, která má náhlý začátek a neslouží žádnému účelu. Mezi jednoduché tiky řadíme mrkání, trhavé pohyby šije, pošukávání rameny či grimasy. Pokašlávání, poštekávání, popotahování či syčení patří mezi jednoduché vokální tiky. Poplácávání či skákání řadíme mezi komplexní motorické tiky. Opakování zvláštních slov a užívání společensky nepřijatelných slov spadá do komplexních vokálních tiků. (MKN-10, 2006, s. 216)

Mezi hlavní rysy tiků řadíme rychlé, bezděčné, napohled bezúčelné a často opakující se pohyby, které nejsou následkem žádného neurologického onemocnění. Tiky se mohou objevit, na kterékoli části těla, nejčastěji ale postihují obličej. (Matějček, 2011, s. 282)

### Psychomotorický neklid

Řadíme sem nesoustředěnost, hyperaktivitu a neklid. Nejčastěji se tyto problémy objevují na začátku školní docházky. Nesoustředěnost podmíněná poškozením mozku či konstituční slabostí nervového systému se dá pomocí psychologického vyšetření zjistit brzy. Během testování jsme nuceni střídat úkoly, měnit situaci a zesilovat podněty, abychom udrželi pozornost dítěte. (Matějček, 2011, s. 203)

Slabý nervový systém dítěte se dá snadno vyčerpat a přetížit. I hyperaktivní dítě se dá rychle unavit a musí si odpočinout, jelikož jeho mozkové buňky mají málo energie. Z tohoto důvodu je nutné činnosti neustále střídat, aby docházelo také k zapojování jiných mozkových center a svalových skupin. (Matějček, 2011, s. 205)

### Neurotické návyky

Jedná se o různorodou skupinu návyků či zlovyků, které jsou brány jako nepříjemné a nevkusné ze společenského hlediska. Tyto návyky jsou charakteristické především pro děti předškolního věku a postupně dochází k jejich ubývání. Jedním z nevhodných návyků je dumláni palce, které se u předškolních dětí objevuje před usnutím či po probuzení. Okusování nehtů je dalším zlovykem, který se však na rozdíl od dumláni palce vyskytuje především přes den, když se dítě nudí. Mezi uvolňovací činnosti, které dítě často provádí, patří šourání v nose, tahání za ušní boltce, tahání za vlasy, dloubání do dlaně, škrábání se na obličeji nebo na ruce. Jedná se o polouvědomělé činnosti, avšak není zde na závadu provedení lékařského vyšetření, zda není nějaká organická závada v místě, které velmi upoutává pozornost dítěte. (Matějček, 2011, s. 279-281)



## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 PŘEDMĚT A CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, POUŽITÉ METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

V praktické části bakalářské práce se věnuji výzkumnému šetření výskytu neurotických projevů u dětí předškolního věku. Výzkumné šetření, které jsem měla možnost provést, jsem realizovala v několika mateřských školách a rodinách v Plzni. Pro toto šetření bylo vybráno několik předškolních dětí ve věku od 4 do 6 let.

Realizace tohoto šetření byla prováděna metodou pozorování dětí a nestrukturovaným rozhovorem s dětmi, učitelkami v mateřských školách, rodiči a příbuznými dětí.

Cílem výzkumného šetření v praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké neurotické projevy se u dětí ve vybraných mateřských školách a rodinách nejvíce vyskytují. Dalším úkolem bylo vypracovat metodiku zjišťování neurotických projevů u dětí předškolního věku.

## 2.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

### Martin – 6 let

Martin pochází z úplné rodiny a má mladšího sourozence. Oba rodiče jsou zaměstnaní. Maminka pracuje u tatínka ve firmě. Martin říká, že tam bude jednou pracovat. Celá rodina bydlí v rodinném domě se zahradou. Chlapec na mne působí vyplašeně a velmi nervózně, stydí se, trochu potí a červená. Na požádání mi namaluje obrázek. Po celou dobu si sahá na obličej nebo si hraje s vlasy a stále je trochu nervózní.

Při společné hře s dětmi se drží co nejdál, skoro v ústraní. Vyhýbá se pozornosti. Z chování chlapce vyplývá, že se vyhýbá také kontaktu s ostatními dětmi, má strach z kontaktu s ostatními ve třídě. Ostatní děti se spíše cpou dopředu, jsou aktivní a chtějí být středem pozornosti. Martin ale vyčkává, až na něj přijde řada, splní svůj úkol a odejde si stoupnout opět někam dozadu. Při tancování se chlapec oproti ostatním dětem moc neprojevuje, není aktivní, spíše se houpe do rytmu, aby se neřeklo. Jeho výraz je velmi znuděný.

Volná hra baví Martina o něco více. Přidává se ke svým spolužákům, kteří si hrají se stavebnicí. Snaží se zapojit do diskuze o tom, co ze stavebnice vlastně budou stavět a rozdělí si, co bude mít každý z nich za úkol postavit. Po domluvě si zase Martin začíná stavět svou část trošku stranou. Na svačinu si chlapec sedá na první volné místo, nehledá si místo vedle nějakého kamaráda jako ostatní děti, které se o místo i hádají.

Martin nastupuje od září do základní školy. Moc se tam netěší, rád by prý zůstal ještě chvíli ve školce, má to tu moc rád.

### Ondra – 6 let

Ondra je z rozvedené rodiny a je jedináček. Nyní žije jen s maminkou, která má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako personalistka. Bydlí s maminkou a se svým psem v panelovém bytě.

Chlapec je velmi veselý, přátelský a otevřený. Je velmi nadšený, když ho požádám o namalování obrázku. Namaluje auto, které se mu líbí a také si ho jednou pořídí. Při

kreslení si povídá a komentuje, co právě dělá. Po dokreslení autíčka si pečlivě poskládá všechny své pastelky zpátky do obalu a vrátí je do své přihrádky ve skříní.

Ondra se jeví jako perfekcionista. Ostatní děti nechávají pastelky rozházené po stole i se zmuchlanými papíry. Ondra by rád stůl uklidil. Vyhodí tedy zmuchlané papíry, ale pastelky mu ostatní děti nedovolí uklidit. Když paní učitelka řekne dětem, aby uklidili hračky, se kterými si hrají, protože bude následovat jiná aktivita, má Ondra tendence děti kolem komandovat a radit jim, jak mají uklízet a co kam dávat.

Při stavění puzzlí je chlapec velmi nervózní, protože se mu nedaří najít ten správný dílek. Také se po chvíli začíná hádat s ostatními dětmi o dílky skládačky, bere je ostatním z rukou a chce vyřešit problém s nezapadajícími dílky sám. Po sestavení obrázku z puzzlí je velmi nadšený a raduje se.

Ondra také nastupuje od září do první třídy, do které se moc těší. Hlavně na nové kamarády a paní učitelku. Říká, že ho nejvíce ve škole bude bavit matematika a tělocvik.

#### Barbora – 5 let

Barbora je z úplné rodiny. Maminka i tatínek mají vysokoškolské vzdělání a mají stálou práci. Má staršího sourozence, kterému je 10 let a chodí do čtvrté třídy. Rodina bydlí v rodinném domě, ve kterém spolu s nimi bydlí také prarodiče z matčiny strany.

Dívka je velmi fixována na dospělé osoby ve svém okolí. Při našem setkání musí být přítomna její babička. Pokud tak není, je dívka velmi neklidná, chvíli neposedí, má obavy, že ji babička či rodiče nechali samotnou, že už se nevrátí. Stejný problém u Báry nastává i ve školce, kde si odmítá hrát s ostatními dětmi a vyhledává přítomnost a pozornost učitelek. Pokud ji učitelka vyzve, aby si šla hrát s ostatními, je našťvaná a jde si radši hrát sama. Do kolektivní hry se často zapojuje, pouze když musí. Současně vyžaduje na rodičích, aby ji babička vyzvedávala ze školky už po obědě, aby tam nemusela spát.

Bára si velmi často ráno před odchodem do školky stěžuje na bolest břicha či jiné části těla, aby tam nemusela jít a mohla zůstat doma s babičkou. Tato situace se opakuje i několikrát do týdne.

Dle mého názoru je z celé rodiny Bára nejvíce fixována právě na babičku, která se o ni starala skoro každý den až do 3 let, než nastoupila do školky.

Bára by měla od září nastoupit do první třídy, což si moc nedovedu představit. Bude se jednat o nové prostředí, kamarády, novou paní učitelku a Bára bude nucena trávit delší čas bez babičky či rodičů.

### Honza – 4 roky

Honza pochází z rozvedené rodiny a nemá žádného sourozence. Spolu s maminkou se před půl rokem přestěhovali do Plzně, jelikož zde maminka začala pracovat. Bydlí v panelovém domě, ve kterém má každý svůj pokoj.

Chlapec je zpočátku velmi zamlklý, uzavřený, trochu v křeči a také mám pocit, že ze mě má strach. Nechce si povídat, já se pouze ptám a on odpovídá. Když po chvíli zjistí, že se mne nemusí bát a nic mu nehrozí, trošku se uvolní a rozpovídá. Z chování a projevů chlapce mám pocit, že si je v novém prostředí a mezi novými spolužáky nejistý a neklidný. Často se dívá po ostatních ve třídě, zda ho pozorují.

Při hře se snaží ostatní spolužáky napodobovat. Pokud se jedná o hru, ve které jsou zapojeny všechny děti, se snaží ukrýt v davu, aby na něj nebylo moc vidět. Jestliže má každé dítě něco ostatním předvést, vidím v jeho očích paniku. Nechce být středem pozornosti ostatních ve třídě, má z toho strach.

Všimla jsem si, že při volné hře si hraje pouze s určitými dětmi, zřejmě s těmi, se kterými se již začal kamarádit. K těmto dětem si také při svačině a při obědě ke stolu, aby si s nimi mohl povídat. Mezi těmito dětmi je Honza veselý, směje se, rovněž mi připadá uvolněný a klidný. Z tohoto důvodu z jeho chování usuzuji, že si získali jeho důvěru.

### Daniela – 6 let

Daniela pochází z úplné rodiny a má starší sestru, které je 9 let. Rodina bydlí kousek za Plzní v rodinném domě. Zahradu jim hlídají dva psy, labradorové. Oba rodiče mají vysokoškolské vzdělání a stálé zaměstnání.

Dívka je velmi otevřená a přátelská. Nebojí se neznámých lidí a nemá problém se s nimi ihned bavit. S nadšením mi ukazuje, jak připravila dopolední posezení u kavičky pro

své kamarádky. Mám se podívat jakou má hezkou růžovou konvičku a šálky s talířky. Můžu si přisednout a také si s nimi dát šálek kávy.

Daniela je velmi aktivní dítě. Jednou týdně chodí na angličtinu, kreslení a plavání. Nejvíce ji baví angličtina. Těší se, jaká nová slovíčka se příští hodinu naučí. Už umí počítat do deseti a říci své jméno, maminky, tatínka i sestřičky.

Dívka trpí fobií z hmyzu, konkrétně má největší strach z pavouků a velkých brouků. Pokaždé když se nějaký objeví a všimne si ho, začne ječet a brečet, občas je přímo hysterická. Odmítá být v místnosti a utíká pryč. Dokud někdo neodstraní brouka či pavouka pryč z místnosti, do místnosti se nevrátí. I potom co je hmyz odstraněn, vyžaduje, aby někdo celý pokoj prohlédnul, jestli tam není další hmyz.

Ve školce je Danielino chování bezproblémové. Nejraději si hraje na vaření v kuchyňce s ostatními dívkami ze třídy, také ji baví, když celá třída zpívá a tancuje na písničku, kterou je naučila paní učitelka. Od září nastupuje do první třídy, kam se velmi těší, protože bude ve třídě s kamarády ze školky.

## 2.3 PROJEVY VYSKYTUJÍCÍ SE U VYBRANÉHO VZORKU

Tabulka 1- Projevy

Projevy	Martin	Ondra	Barbora	Honza	Daniela
úzkost	✓		✓	✓	
strach			✓	✓	✓
hysterické chování					✓
bolest			✓		
tělesné symptomy					
kompulzivní jednání		✓			
obsedantní jednání					
deprese					
ztráta sebekontroly					
útlum					
panika				✓	
emoční reakce		✓			
nereálné obavy					

Projevy	Martin	Ondra	Barbora	Honza	Daniela
porucha soustředění a usínání					
vyhýbavé chování	✓		✓		
poruchy motoriky					
paměťové a vjemové výpadky					
tíseň					
regresivní projevy					
ustrnutí reagování					
izolace	✓		✓	✓	

Nejčastěji se vyskytující neurotické projevy u daného vzorku:

Při výzkumném šetření se jako nejčastější neurotické projevy odhalily úzkost, strach a izolace, které se objevily u 3 z 5 zkoumaných dětí.

Mezi další častý projev se zařadilo vyhýbavé chování, které se objevilo u 2 z 5 těchto dětí.

Bolest, hysterické chování, kompulzivní jednání, panika a emoční reakce patří mezi méně časté neurotické projevy, jelikož se projevíly vždy jen u jednoho zkoumaného dítěte.

## 2.4 METODIKA ZJIŠŤOVÁNÍ NEUROTICKÝCH PROJEVŮ U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

### Metoda pozorování:

#### Úzkost a strach

Úzkost a strach jsem u Martina vypožorovala na základě vysoké nervozity, když si chlapec přede mne sedl a měl namalovat obrázek, byl hodně vyplašený. Při malování se začal potit a červenat, nervozitou si začal hrát s vlasy a měl neustále tendence sahat si na obličej.

U Barbory jsem úzkost a strach pozorovala v situacích, kdy se v její blízkosti nepohyboval někdo z rodiny. Jestliže se dívka cítila opuštěná, byla velmi neklidná, chvíli neposeděla a měla strach, že už se nikdo z rodiny nevrátí a zůstane sama.

Největší projevy úzkosti a strachu byly pozorovatelné u Honzy. Chlapec byl velmi zamlklý, uzavřený do sebe a celé tělo měl jakoby v křeči. Bylo na první pohled zřejmé, že má z cizích lidí strach a jejich přítomnost mu není příjemná.

#### Kompulzivní jednání

Ondra na první pohled působil jako perfekcionista. Při pozorování jsem si všimla, že má chlapec tendence všechno kolem sebe uklízet, srovnávat a skládat. Velmi mu vadil nepořádek ostatních dětí. Ondra byl naopak velmi pečlivý a vždy si všechny své pastelky a papíry si uklidil.

#### Panika

Panika se velmi zřetelně projevila v obličejí Honzy, na kterého přišla řada předvést se během hry před ostatními ve třídě. Chlapec nechtěl být středem pozornosti, objevovali se u něj tendence se skrýt mezi ostatními dětmi, aby si ho učitelka nevšimla.



### Emoční reakce

U Ondry se při pozorování projevovalo také veliké nadšení, radování a potěšení. Pokud byl v nějaké činnosti či hře úspěšný náležitě se zaradoval a měl ze sebe radost.

### Vyhýbavé chování

Při sledování Martina při hře bylo zřejmé, že se vyhýbá pozornosti a kontaktu s dětmi. Martin se pohyboval v zadní části třídy, skoro v ústraní za všemi dětmi. Také do aktivit se nijak zvlášť nehrnul, vyčkal do doby, až na něj přišla řada. Chlapcovo chování na mne působilo velmi pasivně.

### Izolace

V průběhu pozorování Martina jsem měla pocit, že se snaží od ostatních ve třídě neustále izolovat. Málokdy si přisedl k ostatním na koberec, aby si s nimi mohl hrát. Nejlépe mu bylo v ústraní, kde na něj nebylo moc vidět. Na svačinu si sedl na první volné místo. Nepřisedl si k žádnému ze spolužáků, se kterým se kamarádí.

Prostřednictvím pozorování jsem u Honzy zjistila, že se snaží izolovat od lidí, ke kterým nemá důvěru. Z těchto lidí má dle mého názoru na základě pozorování, také strach. V přítomnosti spolužáků, kteří si získali jeho důvěru a jsou jeho kamarády, působí vesele, uvolněně a klidně.

### Metoda rozhovoru:

#### Úzkost a strach

Během rozhovoru s rodiči jsem měla možnost, zjistit, že Daniela trpí fobií z hmyzu. Konkrétně se jedná o strach z pavouků a velkých brouků. Nesnese být v místnosti, kde například na stěně leze pavouk. Vždy ho musí někdo odstranit, jinak se Daniela odmítá do místnosti vrátit.

### Hysterické chování

Toto chování se u Daniely projevuje vždy při zjištění, že se v místnosti, kde právě je objeví pavouk či brouk. Pokud se tak stalo, ihned následovalo ječení, do toho současně začala Daniela plakat. Rodiče při rozhovoru uvedli, že Danielino chování občas hraničí až z hysterií.

### Tělesné symptomy

Na základě rozhovoru s rodiči Barbory a babičkou vyplynulo, že si dívka často ráno před odchodem do školky stěžuje na bolest břicha či jiné části těla a to z důvodu, aby ji rodiče neposlali do školky. Dívka by byla raději, kdyby mohla zůstat doma společně s babičkou.

### Vyhýbavé chování

Během rozhovoru si rodiče Barbory stěžovali, že se dívka ve školce vyhýbá kontaktu s dětmi. Hraje si s nimi, jen pokud jí to učitelka vysloveně řekne a i to občas ignoruje a jde si hrát sama. Dívka by si nejradši hrála s dospělými, proto neustále ve školce vyhledává pozornost učitelek a chce s nimi trávit čas.

## ZÁVĚR

Předškolní období je významnou etapou pro vývoj dítěte. Dítě se rozvíjí jak tělesně, sociálně, tak i psychicky. Velmi často se v tomto období mohou projevit také neurotické symptomy. U dětí se obvykle objevuje strach projevovat se a také se bojí pozornosti ostatních ve třídě. Pro dítě tato fáze může znamenat obrovskou zátěž spojenou zejména s přechodem do první třídy základní školy. Z tohoto důvodu je má bakalářská práce věnovaná neurotickým poruchám u dětí předškolního věku.

Bakalářskou práci jsem rozdělila do dvou hlavních částí. Na teoretickou a praktickou část. V první kapitole teoretické části jsem se věnovala bližší sociálně-psychologické charakteristice dítěte předškolního věku, ve které jsem se snažila popsat, jaký by měl být správný fyzický, kognitivní a emoční vývoj včetně socializace. Ve druhé kapitole jsem se zabývala definicemi neurotických poruch od různých autorů, jelikož se jejich pohled na neurotické poruchy mnohdy liší. Třetí kapitola byla věnována neurotickým poruchám vyskytujícím se u dospělých jedinců. Zde jsem se snažila blíže popsat druhy těchto poruch, jejich vznik a symptomy projevující se u jedinců s těmito poruchami. Ve čtvrté kapitole jsem se zabývala dětskými neurotickými poruchami, jejich druhy, vznikem a symptomy. Tato kapitola pro mne byla velmi přínosnou při výzkumném šetření v praktické části. V páté kapitole jsem se věnovala specifickým neurotických poruch u dětí. V této kapitole jsem se snažila o bližší popis mentální anorexie, bulimie, ranního zvracení, poruch spánku a nočních děsů, poruch vyměšování, poruch řeči, tikových poruch, psychomotorického neklidu a neurotických návyků.

Praktickou část jsem věnovala výzkumnému šetření, jehož cílem bylo zjistit, jaké neurotické projevy se nejvíce vyskytují u dětí předškolního věku. Při výzkumném šetření jsem použila metodu pozorování a metodu nestrukturovaného rozhovoru. Tuto část jsem také rozdělila do několika kapitol. První kapitola se zabývá charakteristikou zkoumaného vzorku. Jednalo o děti mezi 4 a 6 rokem, které jsem měla možnost navštívit v mateřských školách či jejich rodinách. Druhá kapitola je věnována jednotlivým neurotickým projevům vyskytujícím se u vybraných dětí, kdy u každého dítěte jsou označeny projevy, které u něj byly pozorovatelné či zjištěné rozhovorem. Pomocí této tabulky jsem určila, které neurotické projevy se u vybraných dětí vyskytují nejčastěji. Jako nejčastěji vyskytující se neurotické projevy u předškolních dětí jsem stanovila strach, úzkost a izolaci. V závěru praktické části jsem se zabývala vytvořením metodiky zjišťování neurotických projevů

u dětí předškolního věku. Tato metodika může být nápomocna zejména učitelkám ve školce či členům rodiny, kteří chtějí zjistit, zda se u jejich dítěte některé z těchto projevů vyskytují.

## RESUMÉ

V bakalářské práci se věnuji problematice neurotických poruch vyskytujících se u dětí předškolního věku. V první kapitole se věnuji charakteristice dětí předškolního věku z psychologicko-sociálního hlediska. Snažím se zde blíže popsat fyzický, kognitivní, emocionální a sociální vývoj u předškolního dítěte. Ve druhé kapitole jsem se zabývala definicemi neurotických poruch, kde jsem se snažila blíže přiblížit definice jednotlivých autorů. Ve třetí kapitole věnované neurotickým poruchám popisují příčiny vzniku těchto poruch, druhy poruch a symptomy specifické pro tyto poruchy u dospělých jedinců. Čtvrtá kapitola je věnována popisu dětských neurotických poruch. Zabývá se příčinami vzniku dětských neurotických poruch, symptomy těchto poruch a také zahrnuje druhy neurotických poruch, které mohou děti postihnout. V páté kapitole se věnuji specifikům neurotických poruch u dětí. V praktické části jsem se zabývala vlastním výzkumem. Tato část obsahuje cíle výzkumu, použité metody ve výzkumu, charakteristiku zkoumaného vzorku a tabulku projevů vyskytujících se u vybraného vzorku. Pomocí výzkumu bylo zjištěno, že mezi nejvíce se vyskytující neurotické projevy u dětí předškolního věku patří úzkost, strach a izolace. Na základě výzkumu byla také vytvořena metodika zjišťování neurotických poruch u dětí předškolního věku.

## **SUMMARY**

The bachelor thesis focuses on issues of neurotic disorders among pre-school children. In the first chapter of the theoretical part I focus on the characteristic of pre-school children from the psychological and social point of view. I aim to explain physical, cognitive, emotional and social development of pre-school children. In the second chapter I focus on the definitions of neurotic disorders where I try to explain definitions of individual authors. In the third chapter which is focused on neurotic disorders I describe the cause of these disorders, type of disorders and symptoms specific for these disorders among adult individuals. Fourth chapter is dedicated to the description of neurotic disorders in children. It focuses on the cause of neurotic disorders in children, symptoms of these disorders and also includes types of neurotic disorders which can affect children. In the fifth chapter I focus on the specific of the neurotic disorders in children. In the practical part I look into my own research. This part contains the aims of the research, methods used during the research, characteristic of the researched sample and table of expressions occurring in the selected sample. On the basis of the research it was found that the most common neurotic disorders which can be found among pre-school children are anxiety, fear and seclusion. Based on the research, a detection methodology of neurotic disorders among pre-school children was created.

## SEZNAM LITERATURY

- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou*. 1. vyd. Praha: AVICENTRUM, 1981. 156 s. ISBN 08-013-81.
- LANGMEIER, Josef et al. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 2. akt. vyd. Praha: Portál, 2011. 344 s. ISBN 978-80-262-0000-0.
- MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 3. rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. 134 s. ISBN 80-86898-70-9.
- MKN-10. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
- NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.
- PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. Praha: TRITON, 2012. 226 s. ISBN 978-80-7387-547-3.
- PRAŠKO, Ján. *Úzkost a obavy*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 226 s. ISBN 978-80-7367-410-6.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- ŘÍČAN, Pavel et al. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
- ŠKODA, Ctirad. *Neurózy a jejich výskyt v populaci*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1999. 105 s. ISBN 80-85121-91-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

## SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ

Tabulka 1- Projevy .....	35
--------------------------	----