

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie a patopsychologie

Bc. Martina Veverková

II. ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší
odborné školy

Analýza úzkosti a úzkostných projevů u žáka
na 2. stupni ZŠ
Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.

Olomouc 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

.....

podpis

V Olomouci dne 22. dubna 2014

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Lucii Křeménkové, Ph.D., za odborné vedení, odbornou pomoc, rady a připomínky, které mi poskytovala při vytváření mé diplomové práce. Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině za její podporu a trpělivost, kterou mi poskytovala při psaní této práce.

OBSAH

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 ÚZKOST	9
1.1 PŘÍČINY ÚZKOSTNOSTI	11
1.2 ÚZKOST A STRACH	12
1.2.1 Příčiny vzniku úzkosti a strachu	14
1.3 ÚZKOSTNÉ PROJEVY	14
1.3.1 Úzkostné chování	14
1.3.2 Tělesné příznaky	16
1.3.3 Zneklidňující myšlenky a obavy	17
2 ÚZKOSTNÉ PORUCHY	19
2.1 NORMÁLNÍ A PATOLOGICKÁ ÚZKOST	19
2.1.1 Patologická úzkost	19
2.2 TYPY ÚZKOSTNÝCH PORUCH	19
2.2.1 Fobické úzkostné poruchy	20
2.2.1.1 Agorafobie	21
2.2.1.2 Sociální fobie	22
2.2.1.3 Specifické fobie	25
2.2.2 Panická porucha	27
2.2.3 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)	29
2.2.4 Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)	31
2.2.5 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)	32
2.2.6 Poruchy přizpůsobení s úzkostí a depresí	33
2.3 DIAGNOSTIKA	34
2.3.1 Anamnéza	34
2.3.2 Nynější onemocnění	34
2.3.3 Základní fyzikální vyšetření	35
2.4 LÉČBA	35
3 ÚZKOSTNÉ PORUCHY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH	39
3.1 FAKTORY VYVOLÁVAJÍCÍ ÚZKOST U DĚTÍ	39
3.2 DRUHY ÚZKOSTNÝCH PORUCH V DĚTSTVÍ	40
3.2.1 Separační úzkostná porucha v dětství	40
3.2.2 Fobická úzkostná porucha v dětství	42
3.2.3 Sociální úzkostná porucha v dětství	42
3.3 TERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH	43
4 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ	44

4.1	TĚLESNÉ ZMĚNY V DOSPÍVÁNÍ	44
4.2	ROZVOJ POZNÁVACÍCH PROCESŮ	46
4.3	SOCIALIZACE V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ	47
4.4	PROMĚNA PROŽÍVÁNÍ PUBESCENTA.....	48
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	50
5	CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	51
5.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	51
6	METODA SBĚRU DAT.....	52
7	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	54
7.1	DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	54
8	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	57
8.1	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1	57
8.2	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2	57
8.3	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3	58
8.4	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 4	58
8.5	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 5	60
8.6	SHRNUTÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	65
8.7	KAZUISTIKA	66
8.7.1	Kazuistika č. 1.....	67
8.7.2	Kazuistika č. 2.....	71
9	DISKUZE.....	76
9.1	VYJÁDŘENÍ K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM	76
9.2	INTERPRETACE PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ.....	78
	ZÁVĚR	80
	SOUHRN	82
	SUMMARY	83
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	84
	SEZNAM ZKRATEK	89
	SEZNAM PŘÍLOH	90

ÚVOD

Tato práce se zabývá úzkostí u adolescentních dětí. Cílem je podat přehledně nejdůležitější aspekty, které souvisí s úzkostí jejími projevy a poruchami u žáků na 2. stupni základní školy (ZŠ).

Práce bude rozdělena na 2 části – teoretickou a praktickou. Teoretická část bude zaměřena na objasnění pojmů úzkost a strach a vysvětlení rozdílu mezi nimi. Úzkost se může projevovat u pubescentů a adolescentů, proto zde budou popsány její projev i vliv na organismus. Dále se bude věnovat úzkostným poruchám, jejich příznakům a léčbě. Z důvodu, že je práce zaměřena na žáky 2. stupně, je nutné, aby bylo popsáno vývojové období pubescence a adolescence.

Jelikož se nejdříve zabývá úzkostí, musí být vysvětlen její význam, jaký má vliv na organismus a její funkce. Protože tyto děti procházejí v tomto období náročnými změnami nejen fyzickými, ale i psychickými, které jim mění i způsob prožívání, je možné, že se u nich mohou objevovat různé strachy, které dříve neměly. Proto je důležité v tomto bodě také objasnit rozdíl mezi pojmy - úzkost a strach. Dalším důležitým bodem v této práci je seznámit čtenáře s úzkostnými poruchami. V dnešní době je z vnějšku na osobu vyvíjen poměrně silný tlak, který může způsobovat jejich psychickou nepohodu. Proto je nezbytné seznámit s projevy těchto poruch, jejich příčinami vzniku, prevencí, která je pro jedince důležitá a v neposlední řadě jejich léčbou. Jelikož práce je zaměřena na pubescentní a adolescentní děti, bude následující část věnována úzkostným poruchám u dětí. Téma práce je zaměřeno na děti, jsou zde důležité vývojové období. V posledním bodě budou tedy popsány 2 vývojové období, ve kterých se nacházejí, jedinci, kteří jsou žáky 2. stupně ZŠ. Jedná se o období pubescence a adolescence.

Cílem v praktické části je zjistit, do jaké míry jsou žáci 2. stupně ZŠ vystaveni situacím, které mohou způsobovat úzkost a míru náchylnosti k úzkosti.

Výzkumné šetření, po konzultaci s vedoucí práce a souhlasem ředitele ZŠ, bude provedeno pomocí dotazníku na ZŠ ve Valašských Kloboukách. Šetření by mělo ukázat, jaká je míra náchylnosti k úzkosti u žáků navštěvujících tuto školu.

Z hlediska praktické ukázky, zde budou zahrnuty případové studie dětí, u kterých se vyskytuje úzkost.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚZKOST

Staročeská „úzkost“ znamenala úžinu, rozsedlinu nebo propast, ale také sklíčenost, tíseň a nesnáz. Úzkost se latinsky řekne *angor*, což má blízko ke slovu *angustus* tzn. těsný, úzký. Toto slovo je podobné německému výrazu *Angst* a anglickému *anxiety*, což v překladu znamená také úzkost (Vymětal, 2000).

Základní charakteristikou úzkosti je těsnost, sevřenost. Význam tohoto slova je také soužení a nesnáz (Vymětal, 2000).

Podle Bartáka (1999, s. 1107) se jedná o *tísňový emocionální stav blízký strachu, ovšem bez zjevného důvodu. Z psychologického hlediska se jedná o stav negativní emoce doprovázený fyziologickými reakcemi, ale obvykle vyvolaný nekonkrétním podnětem nebo spouštějící se zcela bez vnějšího podnětu. Nadměrná úzkost nebo její neadekvátní prožívání může vést k narušení až dezintegraci¹ osobnosti. Patologická úzkost je součástí některých duševních chorob.*

Vznik a rozvoj úzkosti

Úzkost nejčastěji vyvolávají obavy a starosti. Je to přirozená emoce, kterou prožívá každý. Nemusí být pouze škodlivá, jak si většina lidí myslí. V mnoha případech člověku pomáhá a má adaptivní význam, neboli chrání ho a připravuje, aby zvládl reálnou hrozbu (Praško, 2003).

Jestliže organismu hrozí nebezpečí, strach ho mobilizuje k obraně nebo k útěku². Při reálném nebezpečí se tělo připravuje k akci tak, že se do krve uvolní adrenalin a tím vznikají tělesné pocity úzkosti. Reakce na stres má zlepšovat tělesnou i psychickou výkonnost, při překročení určité hranice se však tato výkonnost naopak zhoršuje. Organismus je plně připraven k útěku nebo k boji, neboť adrenalin zvýšil zásobení svalů krví, napětí ve svalech, zrychlil dýchání a srdeční činnost a zvýšil pocení, aby se tělo ochladilo. Avšak zároveň tím, že je

¹ Dezintegrace neboli rozpad, rozklad, rozpolcení, rozdělení celku. Je také definovaná jako ztráta systematickosti a organizace. (Barták et al., 1999)

² „Obrana nebo útěk“ („Fight or flight“) je to reakce, která je základním typem obrany před nebezpečím. Formuloval ji W. B. Cannon. Jedná se o fyzickou akci, na kterou je připravován organismus při stresu. (<http://e-psycholog.eu/pdf/horakova.pdf>)

krev odvedena z pokožky, mohou být vyvolány pocity mravenčení, dlouhodobě zvýšené napětí ve svalech vede k bolesti, zrychlené dýchání může navodit příznaky hyperventilace, zrychlené bušení srdce a pocení může vyvolat znepokojení a obavy. Výkon člověka, kterého jeho tělesná reakce na stres znepokojí, se pak spíše zhorší, než zlepší (Kennerleyová, 1998).

Při reakci na stres dochází i ke změnám v psychice, zvyšuje se bdělost a soustředěnost, což je výhodné pro rychlé rozhodování ve chvílích, kdy si člověk nemůže dovolit se rozptylovat. Psychická reakce na stres však může být i kontraproduktivní, když se z bdělosti stane přecitlivělost vedoucí k chronickým obavám – zhoršují totiž paměť a soustředění (Kennerleyová, 1998).

Úzkost ovlivňuje řadu aspektů činnosti těla i mysli – od vnímání, učení a paměti po chuť k jídlu, sexuální funkce a spánek. Také úzkostná porucha může narušit celou řadu schopností a může se projevit v mnoha různých podobách (Kennerleyová, 1998).

Funkce úzkosti

Má trochu jiný charakter než strach: je to stav přípravy na nebezpečí, které by se mohlo vyskytnout v budoucnu. Vyostřuje smysly a mobilizuje energii. Její určitá úroveň zvyšuje výkon. Mírná úzkost je tedy potřebná na to, aby dotyčného motivovala k výkonu a aby vnímal reálná nebezpečí nebo hrozby (Praško, 2003).

Jejím smyslem je chránit organismus před nebezpečím. Většina tělesných pocitů provázejících úzkost je vyvolána změnami vegetativního nervového systému. Ten má dvě složky, které jsou parasympatikus a sympatikus. Tato série změn v mysli a těle může být spuštěna jak reálným ohrožením, tak ohrožením, které si jedinec vytvoří ve svých obavách a starostech (Praško, 2003).

Působení sympatického nervového systému při stresové reakci:

- Puls se zrychluje a stoupá krevní tlak, protože je třeba napumpovat víc krve do velkých svalů.
- Zrychluje a prohlubuje se dech k zajištění dostatku kyslíku.
- Cévy na periférii se zužují (blednutí a chlad).
- Zvyšuje se napětí svalstva.

- Zvyšuje se sekrece potu k ochlazení těla.
- Rozšiřují se zorničky a zaostřují na dálku.
- Krev se přemísťuje do důležitých oblastí pro boj nebo útěk (svaly) a omezuje její přísun do oblastí v danou chvíli nepodstatných (trávicí systém).
- Z nadledvinek je vylučován adrenalin.
- Vyšší hladiny cukru poskytují tělu více energie.
- Stoupá celková aktivita.
- Varlata vystoupí nahoru k břišní dutině, kde jsou lépe chráněná (Praško, 2003).

1.1 Příčiny úzkostnosti

Úzkostnost (anxiozita) je vlastnost člověka, která má trvalejší povahový rys. Projevuje se častějšími pocity nejistoty, obav, ohrožení. Činí lidi citlivějšími na to, co by mohlo dopadnout špatně, co je podle nich nebezpečné. Úzkostnost je do jisté míry dána konstitučně. Liší se od úzkosti, tedy od aktuálního, přechodného stavu, který může zažít kdokoli (Průcha, 1995).

V některých rodinách se zvýšená citlivost ke stresu a emočním podnětům dědí z generace na generaci. Další příčinou může být učení se v dětství. Předčasné odloučení od matky (nemocnice, jesle, školka) může být pro citlivé dítě silným stresorem, který vede k nedostatečnému pocitu bezpečí ve světě. Ve výchově pak hraje roli zejména nápodoba úzkostného rodiče. Matka nebo otec, který často vyjadřuje obavy a starosti, funguje jako vzor pro dítě. Jinou výchovou, která vede k nadměrné úzkostnosti, je příliš trestající, kritizující nebo odmítající výchova či výchova k perfekcionismu. Tato výchova vede k vytvoření zranitelných postojů k sobě i druhým. Takové dítě i v dospělosti „nesmí nikdy udělat chybu“, protože se stále obává trestu, odmítnutí nebo nezájmu od okolí. Být však vždy ve všem perfektní se nedaří, a to vede ke stálé frustraci. Spouštěčem vlastních obav a starostí je pak v dospělosti stres. Zejména negativní životní události upevňují

v dětství naučený pocit, že svět je nebezpečný, vyžaduje stálou ostražitost a kontrolu (Praško, 2003).

1.2 Úzkost a strach

Jak již bylo dříve zmíněno, úzkost patří mezi emoce neboli psychické stavy a děje, které stále doprovázejí lidský duševní život.

Mezi úzkostí a strachem není přesná hranice a pojmenování těchto psychických stavů a dějů je věcí konvence, popř. jazykového citu. V jazyce jsou pro ně k dispozici celá řada výrazů, jimiž se zachycuje jejich kvalita a kvantita (např. obezřetnost, nejistota, obava, tíseň, úlek, hrůza, děs, panika....) (Vymětal, 2000).

Strach

Strach je také zařazen mezi emoce. Jedná se o reakci na určitou skutečnost, kterou jedinec již poznal nebo prožil. Tato situace v něm vyvolává pocit ohrožení. Jeho funkce je popisována jako signální a ochranná. Může být racionální nebo iracionální. Racionální strach je chápán jako strach druhými pochopený, případně i sdílený a přirozený. Naopak iracionální je pro druhé nepochopitelný a je nepřiměřený (Vymětal a kol., 2000).

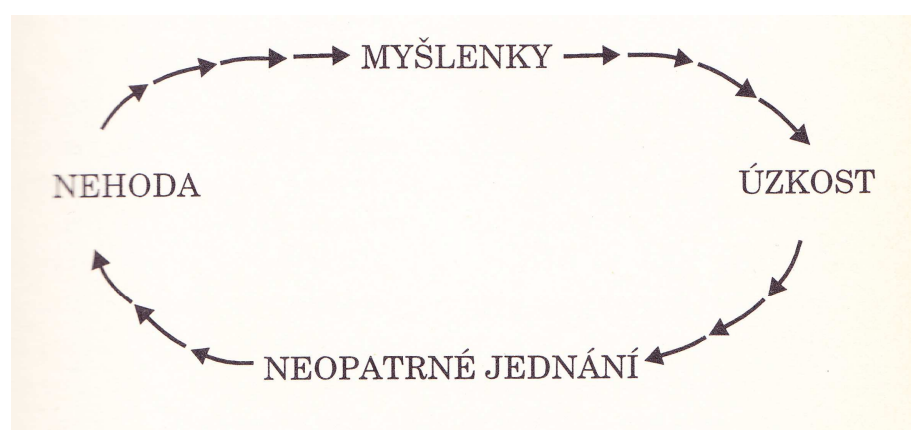
Další jeho definicí je, že se vyskytuje, když dochází k přesnému vnímání skutečných nebezpečí. Je tedy pro každého člověka velmi užitečnou emotivní reakcí. Právě díky strachu člověk přežívá. Strach vede k prospěšnému chování (Auger, 1998).

Úzkost

Úzkost je nepříjemný citový stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitou skutečnost, která ji vyvolává. Dalším možným vysvětlením je, že je původním naladěním lidského jedince a reakcí na tušené a neznámé nebezpečí. Subjektivně bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je obvykle horší, než událost sama, pokud je jasně poznána (Vymětal a kol., 2000).

Rozdíl mezi úzkostí a strachem

Intenzita úzkosti a strachu je různá. Může se pohybovat od mírného neklidu až po stavy panických záchvatů, které mají různou délku trvání. Rozvíjí se v průběhu sekund, minut, dnů nebo až měsíců. Jak strach, tak i úzkost jsou pro organismus velice energeticky náročné, z tohoto důvodu by neměly trvat dlouho. V dnešní době to ovšem není často možné, protože člověk je vystaven podnětům, které v něm mohou vyvolávat dlouhodobý a opakovaný strach. Mohou to být podněty pracovní (strach, že přijde o práci), soukromé (strach z hádky s partnerem) aj. Člověk se takto dostává do situací, které v něm vyvolávají strach, ale nemůže před nimi utéct ani s nimi bojovat. Strach a úzkost člověka provázejí každodenním životem³.



Obr. 1 – Uzavřený kruh úzkosti (Auger, 1998, s. 23)

O úzkosti a strachu může člověk uvažovat o určitém stavu i jako o osobnostním rysu. Stavem je míněn aktuální úroveň této emoce, tedy její momentální kvalita i kvantita, již lze měřit a srovnávat. Osobnostní rys může být chápán tak, že úzkostnost je dispozičním pojmem a vyjadřuje trvalejší charakteristiku člověka. Představuje míru pohotovosti k bojácnému chování a prožívání (Vymětal a kol., 2000).

³ PTÁČEK, Radek a Hana KUŽELOVÁ. Strach a úzkost jsou jako pavouk. *Lékařské listy* [online]. 2011, č. 1 [cit. 2014-02-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/strach-a-uzkost-jsou-jako-pavouk-457526>

1.2.1 Příčiny vzniku úzkosti a strachu

Chceme-li porozumět projevům a příčinám nadměrné úzkosti a strachu (nebo naopak psychické odolnosti) u konkrétního člověka, je důležité vycházet z jeho osobnosti. Proto je důležité přihlédnout k vývojovému období a potřebám, jež s ním souvisejí, k jeho předchozím zkušenostem a k funkci psychických obranných mechanismů, jejichž úkolem je úzkost snižovat. Žádoucí je i poznání zvládacích strategií, jimiž se určitý člověk pokouší vyrovnat se zátěží. Dále se zvažuje jeho aktuální zdravotní stav a celková kondice. Významné je také poznání životní situace – zvláště s ohledem na interpersonální vztahy, důležitá je přítomnost nebo absence subjektivně tělesných a pozitivních vztahů, ale i otevřená, nebo naopak uzavřená budoucnost. A hlavně, jak člověk sám vše předchozí vnímá a hodnotí (Vymětal a kol., 2000).

1.3 Úzkostné projevy

Úzkost sestává ze tří složek. Jsou to:

- úzkostné chování,
- tělesné příznaky a
- zneklidňující myšlenky a obavy (Kennerleyová, 1998)

1.3.1 Úzkostné chování

V chování má svůj význam psychický a fyziologický stav připravenosti na nebezpečí nebo hrozbu. Úzkostné chování je to, co jedinec udělá, když se ocitne v situaci, která v něm vzbudí úzkost, nebo když ji očekává. Typické je:

Zabezpečovací chování - proti úzkosti je možné se zabezpečit nejrozličnějšími způsoby. Může to být vyhnutí se situaci, odkládání nepříjemných činností, únik ze situací, které úzkost navozují, vyhledávání pomoci a ujištění. Zabezpečit se dále mohou jedinci také tím, že ztiší emoce za pomoci léků, alkoholu, nebo tím, že mají s sebou osobu, která jim pomůže (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

Vyhýbavé chování - člověk se snaží vyhnout takovým věcem nebo situacím, ze kterých má strach. Ovšem tím, že se jim vyhýbá, ztrácí možnost si ověřit, zda je

úzkost reálná a přiměřená a nemá příležitost naučit se jí čelit a překonat ji (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008)

Odkládání nepříjemné činnosti - lidé často nepříjemné aktivity odkládají na pozdější dobu. Což vede k hromadění nesplněných úkolů a strachu z toho, že nikdy splnit nepůjdou. Rovněž odložené činnosti mohou vést k obavám, že se v důsledku toho něco nepříjemného stane (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

Únik z nepříjemné situace - jedinec jednoduše uteče ze situace, která mu navodí úzkost. Může utéct ze společnosti, z práce, z volné zábavy, v podstatě může utéct odkudkoliv (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008)

Vyhledávání pomoci a ujištění – pomoc je hledána u blízkých, někdy u dobrých přátel a často u lékařů různých oborů medicíny. Uklidnění funguje vždy jen na krátkou chvíli. Téměř vždy, paradoxně s množstvím vyšetření, dochází k nárůstu úzkostí (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

Hádavost, vyčítání, obviňování druhých – úzkostný člověk zpravidla „vybuchuje“ na své nejbližší, jako jsou partneři, děti, rodiče a sourozenci. Protože je sám nejistý, chce, aby ho ostatní ubezpečovali, posilovali, oceňovali. A to vše daleko víc, než jsou lidé zvyklí. Chce po okolí, aby uznalo jeho obavy a starosti. Pokud to nefunguje, snadno začíná vyčítat, obviňovat. Důvody své nejistoty spatřuje v chybách druhých, hledá důvody pro spory (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

Perfekcionismus v chování – jedinci, kteří mají strach z odmítnutí, mívají tendenci se nadměrně zatěžovat úkoly, nadměrně se obávají selhání, kladou si nepřiměřeně vysoké cíle a nároky na sebe. Chtějí proto dělat všechno na 100%. Jinak mají pocit, že úplně selhali. Perfekcionismus se v chování projevuje ulpíváním na detailu a snahou dělat vše pokud možno co nejdokonaleji (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

Neurotické projevy v chování – jedná se o klepání nohou, přešlapování, pobíhání po místnosti, hraní si s předměty, tužkou, okusování nehtů, škrábání se, cucání vlasů, kouření nadměrného množství cigaret, přejídání se apod. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

1.3.2 Tělesné příznaky

Nadměrná aktivita sympatického nervového systému a zvýšené napětí ve svalech vede k řadě tělesných příznaků, kvůli kterým může postižený hledat pomoc u lékaře.

Běžné příznaky v dýchací oblasti zahrnují pocit sevření hrudi, ztížený nádech a nadměrné dýchání (hyperventilaci).

V oblasti kardiovaskulární je nejběžnější zrychlený tep, bušení srdce, bolest nebo tlak u srdce a bušení ve spáncích.

Potíže z oblasti centrálního nervového systému zahrnují pískání v uších, rozostřené vidění, pocity píchání v hlavě a točení hlavy.

Příznaky v oblasti gastrointestinálního traktu se projevují suchem v ústech, obtížným polykáním, nevolností a pocity na zvracení, větry a častou nebo řídkou stolicí.

Genito-urinární příznaky jsou zvýšená frekvence a nucení na močení, u mužů impotence, u žen ztráta libida a porucha menstruace nebo bolesti při menstruaci (Kennerleyová, 1998).

Další příznaky mohou být vyvolány zvýšeným svalovým napětím. V kůži na hlavě je to pociťováno jako bolest hlavy, obvykle oboustranná a ve formě tlaku ve spáncích. Napětí v jiných svalech může vyvolávat ztuhlost nebo bolest a třes rukou. Častým důsledkem zvýšeného napětí ve svalech je únava (Kennerleyová, 1998).

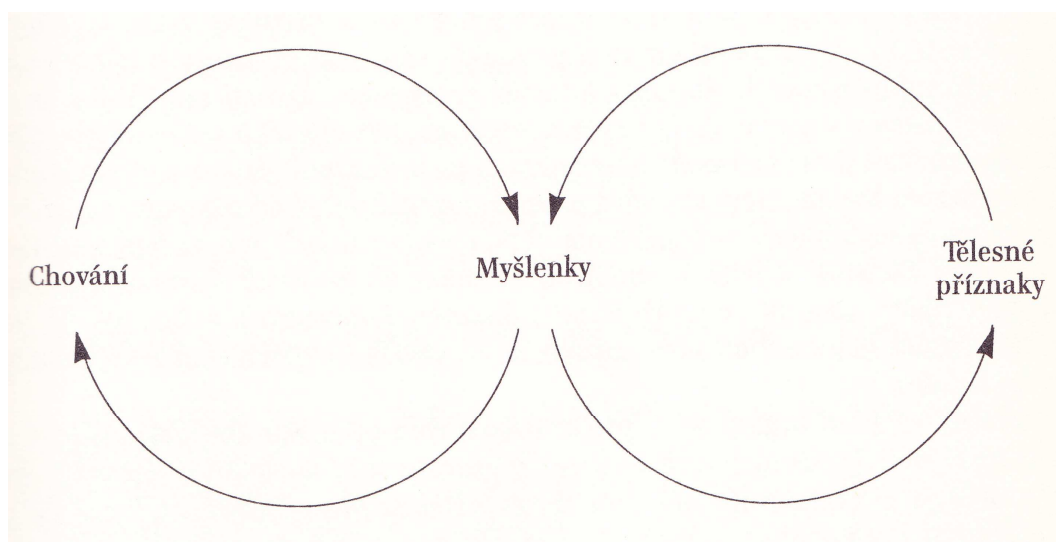
Ke zvládnání tělesných příznaků úzkosti slouží hlavně tři přístupy: kontrolované klidné dýchání, relaxace a tělesné cvičení. Pomocí klidného dýchání lze rychle zmírnit silné tělesné příznaky úzkosti (bušení srdce, závratě, lapaní po dechu aj.) a zkrotit i panický záchvat. Relaxace pomáhá odstranit celkové tělesné napětí (sevření žaludku, bolesti ve svalech, bolesti hlavy aj.). Pravidelné tělesné cvičení je ideální k předcházení tělesným příznakům úzkosti. Zlepšuje i schopnost odolávat psychickým příznakům úzkosti a brání rozvoji depresivních nálad (Praško, 2003).

1.3.3 Zneklidňující myšlenky a obavy

Obavy jsou myšlenky, které se týkají toho, co přijde v budoucnosti. Mohou se týkat zítřejších úkolů, ale také obecnějších témat, jako jsou zdraví, finanční situace, existenční problémy, vlastní chování i chování druhých osob apod. Největším problémem je neschopnost zastavit proces obav a pocit, že se nedají kontrolovat. Někdy se lidé mohou snažit nemít obavy, protože se jim zdá, že jich mají příliš mnoho, ale ony se stále nutkavě vracejí (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

Obavy, starosti a katastrofické představy jsou spjaty s úzkostí. Tato vnitřní řeč se dostavuje automaticky, bez toho, že by si ji člověk přál. Vede ke změně nálady do úzkosti nebo bezradnosti. Jsou to nepříjemné a často se vracející myšlenky, které doprovázejí zvýšené rozrušení. Tyto myšlenky nebo představy se někdy týkají možného ohrožení z okolí, ale častěji jsou to obavy z psychického nebo tělesného onemocnění či zranění. Například při letu v letadle si úzkostný člověk stále představuje, že letadlo havaruje, tělesné příznaky stresové reakce mylně považuje za známku počínající duševní poruchy nebo vážného tělesného onemocnění. Tyto obavné myšlenky jsou obvykle vyvolány tím, že si člověk uvědomí příznaky tělesného napětí, a to se pak dále zvyšuje v důsledku obavných myšlenek (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

Souhrnně řečeno: všechny tři složky úzkosti jsou přítomny v různých kombinacích, přičemž někdy je více vyjádřena jedna složka, jindy jiná (Kennerleyová, 1998).



Obr. 2 – Vzájemné ovlivňování tří složek úzkosti (Kennerleyová, 1998, s. 27)

2 ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Úzkost představuje stav neurčité vnitřní tísně, na rozdíl od strachu, který je reakcí na definovatelné nebezpečí. Úzkost a strach se projevují v rovině somatické, emocionální i kognitivní. Jejich projevy mohou být považovány jako základní charakteristika poruchy (kategorie úzkostných poruch), jako osobnostní rys (například anxiózní/ vyhýbavá/ porucha osobnosti), nebo jako symptomy, které provázejí jiné základní poruchy a onemocnění (psychiatrické nebo somatické). Řada poruch se vyskytuje komorbidně⁴ (Vymětal a kol., 2000).

2.1 Normální a patologická úzkost

Úzkost je stav, jehož fyziologické i psychologické projevy jsou běžně známé. Objevuje se při vnímání signálů, které představují nebezpečí pro integritu jedince, nebo i zdánlivě bezdůvodně. Normální úzkost má adaptivní funkci. Je signálním pocitem, který upozorňuje nejen na vnější nebezpečí, ale také na vnitřní ohrožení například v důsledku těžko řešitelného vnitřního konfliktu. Jedinec musí na takový signál reagovat (Vymětal a kol., 2000).

2.1.1 Patologická úzkost

Patologickou úzkost představuje nadměrné, přetrvávající úzkostné prožívání, které vede k narušení psychosociální adaptace v některých významných životních aktivitách – pracovní, rodičovské, partnerské, sexuální. Projevuje se buď přímo v symptomatice úzkosti, nebo nepřímo v jiných neurotických symptomech a syndromech, či v určitých osobnostních rysech, jako je úzkostnost nebo závislost. Její vznik u jedince je závislý na řadě okolností, jako je jeho osobnost, věk, pohlaví, životní okolnosti (Vymětal a kol., 2000).

2.2 Typy úzkostných poruch

Úzkost se objevuje u většiny psychiatrických onemocnění; pod pojem „úzkostné poruchy“ radíme pouze skupinu onemocnění se společnými subjektivními,

⁴ Komorbidita = současný výskyt více nemocí

fyziologickými a behaviorálními charakteristikami (Beer, Pereira, Paton C., 2005).

Podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) se tato skupina onemocnění označuje jako „neurotické, somatoformní poruchy a poruchy vyvolané stresem (F40 – F48):

- fobická úzkostná porucha – agorafobie, sociální a specifické fobie;
- panická porucha;
- generalizovaná úzkostná porucha (GAD);
- obsedantně-kompulzivní porucha (OCD);
- posttraumatická stresová porucha (PTSD);
- poruchy přizpůsobení s úzkostí a depresí⁵.

2.2.1 Fobické úzkostné poruchy

Fobie je označení pro výrazný, neopodstatnělý či nesmyslný strach omezující život. Zasahuje do prožívání a chování jedince. Jsou spojeny s vyhýbáním se určitým situacím nebo objektům (často naprosto běžných a nijak nebezpečných). Dotyčný si vesměs uvědomuje nepřiměřenou sílu strachu, který jej doslova „zaplaví“. Není však zpravidla schopen mu sám dostatečně čelit nebo jej dostat pod racionální kontrolu (Orel a kol., 2012).

Objevují se pocity na omdlení, provázené somatickými příznaky úzkosti. Často se přidružuje sekundární strach ze smrti, ze ztráty sebekontroly, ze zešílení. Pouhé myšlení na fobickou situaci navozuje dotyčnému anticipační úzkost (úzkost z očekávání). Jedinou úlevou pro pacienta je vyhnutí se takové situaci. Často se vyskytuje současně fobická úzkost a deprese (Vymětal a kol., 2000).

Fobická reakce se obvykle zhoršuje v obdobích, kdy je jedinec vystaven zvýšenému stresu, dále v době nemoci a zvláště pak při depresivní náladě.

⁵ Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99): Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F48). In: *ÚZIS - ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>

Rozlišují se tři hlavní fobické syndromy. Jsou to specifické fobie, agorafobie a sociální fobie (Praško, 2006).

2.2.1.1 Agorafobie

V doslovném překladu znamená agorafobie „strach z tržiště“. Podstatou tohoto onemocnění je strach z panického záchvatu v situaci, ve které není dostupná pomoc nebo ze které je obtížné se vzdálit (Praško, Prašková H., Prašková J., 2008).

Tento termín poprvé v klinickém kontextu použil německý lékař Carl Friedrich Whestphal (1988). Whestphal viděl řadu pacientů, kteří se obávali pohybu po otevřeném prostranství nebo prázdnými ulicemi, také se obávali jít do kostela, nebo vstoupit do místnosti, ve které se nacházeli lidé, nebo jízdy vlakem. Jeho pacienti popsali silné pocity úzkosti až hrůzu. Whestphal začal používat slovo „agorafobie“ jako strach z otevřených prostranství. (Pollard, Zuercher-White, 2003)

V průběhu doby „fobie“ začala znamenat iracionální strach, který je nepřiměřený dané situaci, což vede k vyhýbání se obávané situaci nebo místu. V posledních několika desetiletích se agorafobie začala spojovat do značné míry se syndromem známým jako panická porucha. Mnoho lidí trpící agorafobií trpí nečekanými záchvaty paniky. Existuje mnoho typů agorafobií. (Pollard, Zuercher-White, 2003)

Lidé trpící agorafobií, kromě strachu z panického záchvatu, mohou mít dále také strach z toho, co by řekli druzí, kdyby jejich záchvaty paniky viděli, strach ze ztráty sebeovládání nebo strach, že se zblázní. Mohou se obávat také toho, že omdlí, začnou šíleně ječet nebo že nedokážou udržet stolicí a tím na sebe přitáhnou pozornost ostatních lidí. Pokud mají tyto jedinci opustit svůj domov, většinou je uklidňuje přítomnost někoho, komu důvěřují, že by jim v situaci pomohl (Praško, Prašková H., Prašková J., 2008). Nebo se začnou vyhýbat řadě situací ze strachu, aby se záchvaty paniky neopakovaly (Pollard, Zuercher-White, 2003).

Diagnostickým kritériem je strach nejméně ze dvou následujících:

- z davu lidí,
- veřejných prostranství,
- cestování ve veřejných dopravních prostředcích bez doprovodu,
- opuštění domova (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

Diagnostika:

Agorafobii diagnostikuje odborník, kterým je v tomto případě psychiatr. Diagnostikuje ji na základě vyšetření nemocného, kde hraje klíčovou roli osobní anamnéza, výskyt těžkostí, jejich frekvence a také rodinná anamnéza. Diagnosticky je potřebné agorafobii odlišit od specifické fobie i od sociální fobie⁶.

Terapie:

Především psychoterapie (velmi účinná je kognitivně-behaviorální terapie). Z medikamentózní léčby se nejčastěji podávají anxiolytika, antidepresiva. Léčení bývá dlouhodobé (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

Pokud se nemocný nebude léčit, může agorafobie přejít do chronického stavu, i když tato porucha sama o sobě má tendenci ke kolísavému průběhu⁷.

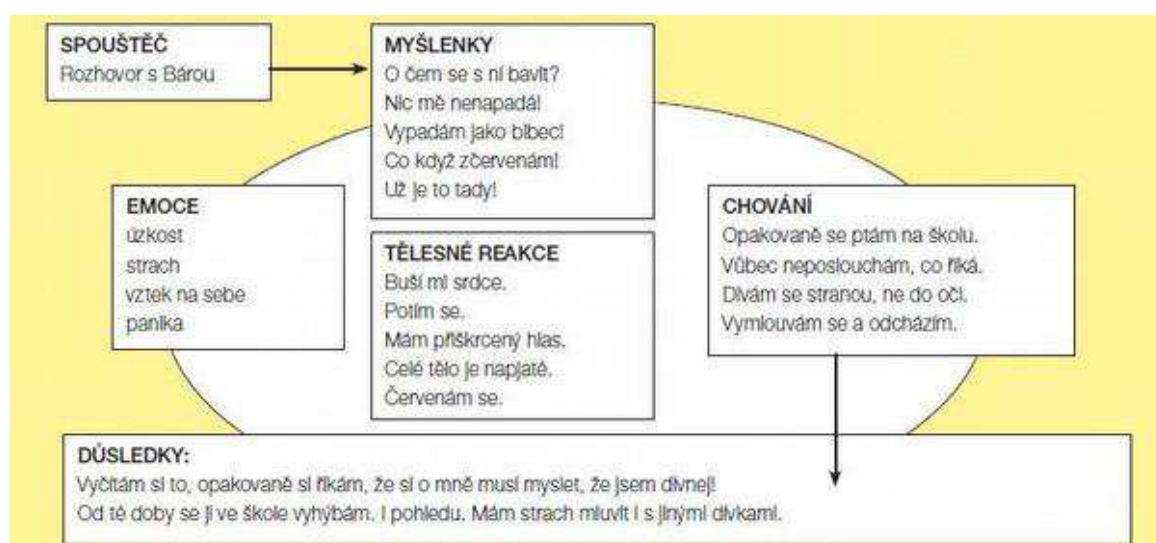
2.2.1.2 Sociální fobie

Řada lidí trpí napětím a úzkostí v mezilidských situacích. Situace jako seznamování s novým člověkem, zejména opačného pohlaví, mluvení s cizincem, povídání si v malé skupině, přednáška před kolektivem, jednání s úřední osobou, ale i telefonování, stolování v přítomnosti někoho druhého, to všechno může u některých lidí vyvolávat silnou stresovou reakci. Jedná se o sociální fobii, kterou trpí až kolem 13 % obyvatel (Praško, Prašková, 2007).

⁶ HERETIK, Anton. Agorafóbia. In: *Zdravie.sk* [online]. Bratislava, 2009, 4.2.2013 [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.zdravie.sk/choroba/36894/agorafobia-fobia>

⁷ HERETIK, Anton. Agorafóbia. In: *Zdravie.sk* [online]. Bratislava, 2009, 4.2.2013 [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.zdravie.sk/choroba/36894/agorafobia-fobia>

Základním rysem sociální fobie je výrazný a trvalý strach z jedné či více společenských situací, při nichž bychom se mohli znemožnit. Reakcí na vystavení takové situace je okamžitá úzkost, která často vede až k záchvatu paniky. Pokud je to jen trochu možné, člověk se takové situaci vyhýbá. Jestliže to není možné, s hrůzou ji jedinec přetrpí. Lidé trpící strachem z veřejných vystoupení se bojí, že je ostatní odsoudí jako nervózní, slabé, ztřeštěné nebo hloupé. Výrazné pocity úzkosti se proto často objevují dlouho před plánovaným vystoupením. Dalšími aspekty, s nimiž se mohou potýkat lidé trpící sociální fobií, jsou přecitlivělost vůči kritice, negativnímu hodnocení či odmítnutí; neschopnost chovat se asertivně; nízké sebevědomí nebo pocity méněcennosti. (Esposito, 2011)



Obr. 3 – Bludný kruh sociální fobie⁸

Důsledky sociální fobie

Lidé trpící touto fobií zůstávají daleko častěji osamělí bez partnera než jiní lidé. Problémem, který je často postihuje, je oddělit se od svých rodičů a začít žít samostatně (Praško, 2005).

⁸ PRAŠKO, Ján a Jana VYSKOČILOVÁ. Sociální fobie a její léčba. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2010, roč. 10, č. 03 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/socialni-fobie-a-jeji-lecba-454150>

Dále mají tito lidé často studijní problémy. Nedělá jim problém naučit se danou látku, ale mají výrazný strach ze zkoušení, hlavně ze zkoušení před třídou nebo komisí. Z tohoto důvodu se často nepřihlásí k dalšímu studiu nebo studium předčasně ukončí, i když pro něj mají předpoklady (Praško, 2005).

Obdobné problémy je postihují i v pracovním životě. Často i přes odborné schopnosti odmítají povýšení a to z důvodu toho, že by jim přineslo nutnost častějších kontaktů s druhými lidmi, nebo nutnost mluvit na schůzích aj. Proto častěji dosahují hůře placených míst, jsou v práci méně úspěšní a častěji bývají nezaměstnaní (Praško, 2005).

Častým problémem je postupně vznikající závislost na alkoholu nebo drogách. Jelikož alkohol i návykové látky krátkodobě snižují napětí a úzkost, mohou proto činit tyto jedince krátkodobě „odvážnějšími“ a více uvolněnými. U úzkostných lidí závislost vzniká brzy. Postupně také vznikají psychické i tělesné projevy závislosti na alkoholu s nastupujícími i ekonomickými důsledky (Praško, 2005).

U lidí trpících sociální fobií jsou častější epizody depresivní nálady a také jsou častější pokusy o sebevraždu (Praško, 2005).

Léčba sociální fobie:

Přestože je řada lidí přesvědčena, že sociální fobie je rys jejich povahy, a proto s tím nemohou nic dělat, není to pravda. Sociální fobie je dobře léčitelná úzkostná porucha. Možnosti léčby jsou v zásadě dvě a obě jsou velmi úspěšné. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008)

Možnosti léčby jsou jak psychoterapeutická, tak farmakoterapeutická. Efekt léků bývá rychlejší, účinek psychoterapie je však trvalejší. Léčbou volby u sociální fobie je kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Nicméně dobře vedená podpůrná psychoterapie v kombinaci s farmakoterapií může také významně pomoci⁹

⁹ PRAŠKO, Ján a Jana VYSKOČILOVÁ. Sociální fobie a její léčba. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2010, roč. 10, č. 03 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/socialni-fobie-a-jeji-lecba-454150>

2.2.1.3 Specifické fobie

Specifická fobie je definována jako strach z objektu nebo situace a je charakterizována výrazným a přetrvávajícím strachem z objektu nebo situace, společně s touhou se tomuto objektu nebo této situaci vyhnout (Stein, 2004). Tento strach je iracionální a člověk trpící fobií je schopen si ho přiznat, pokud je od předmětu, který způsobuje fobii, daleko (Praško, Prašková J., Prašková H., 2008).

Specifické fobie lze rozdělit do několika skupin:

- fobie z přírodního prostředí (např. výšky, bouře, voda aj.)
- fobie z krve – injekcí – zranění
- situační fobie (např. strach z letadel, výtahů, uzavřených míst aj.)
- jiné fobie (např. strach z dušení, zvracení aj.; v dětství – strach z hlasitých zvuků nebo postav v kostýmech) (Stein, 2004)

Základní projevy specifických fobií

Fobická úzkost se nedá subjektivně, fyziologicky ani v chování odlišit od jiných typů úzkostí a může se co do závažnosti pohybovat od mírného pocitu nepohody až k děsu. Postižený se může soustředit na jednotlivé symptomy (např. bušení srdce, pocity na omdlení, často se přidružuje sekundární strach ze smrti, ze ztráty sebekontroly nebo ze „zbláznění se“. Pouhé pomyšlení dané osoby na to, že přijde do kontaktu s předmětem fobie, vyvolává obvykle anticipační úzkost (Praško, Prašková J., Prašková H., 2008).

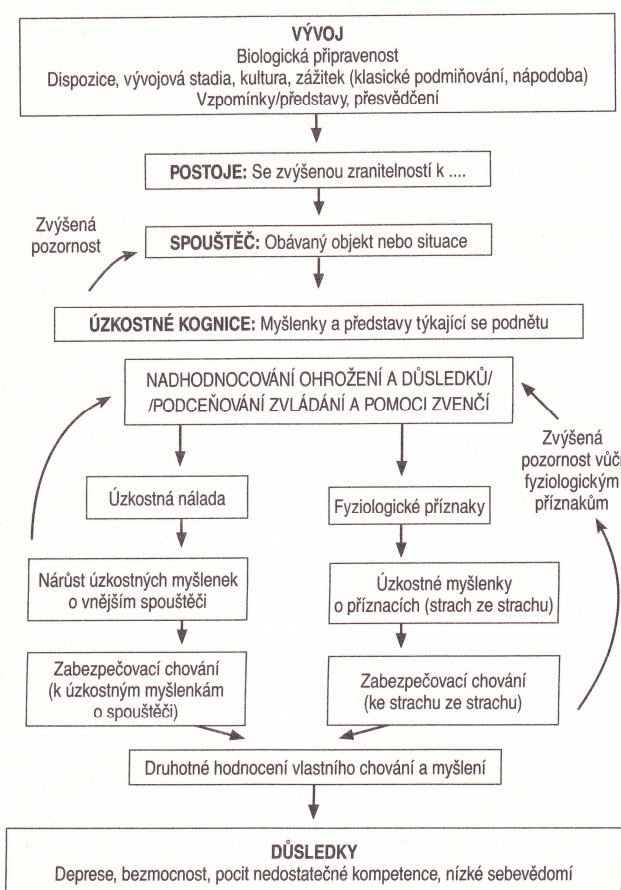
Tyto fobie častěji vznikají v dětství. Méně často pak v dospělosti po traumatickém zážitku (např. pokousání psem, pád z výšky aj.). Některé fobie, které začnou v dětství, mohou v dospělosti spontánně vymizet, velká část se jich v dospělosti oslabí nebo zůstanou beze změny. Někdy dochází k postupnému zhoršování – většinou v souvislosti s vnějším stresem (Praško, Prašková J., Prašková H., 2008).

- ▶ Výrazný strach z určitého objektu nebo situace (které nejsou zahrnuty do agorafobie nebo sociální fobie) – mezi nejčastější patří zvířata, ptáci, hmyz, výšky, bouřka, cestování letadlem, uzavřené prostory, pohled na krev nebo ránu, injekce, zubař, nemocnice, použití veřejných toalet;
- ▶ vyhýbání se těmto objektům nebo situacím;
- ▶ při expozici příznaky silné úzkosti až paniky.

Obr. 4 – Diagnostická vodítka u specifických fobií (Praško, Prašková J., Prašková H., 2008, s. 30).

Léčba specifických fobií

Specifická fobie je dobře léčitelná úzkostná porucha. Jsou v zásadě dvě možnosti léčby, které jsou velmi úspěšné. Jsou to psychoterapie, zejména kognitivně-behaviorální terapie a léčba léky, zejména některými antidepresivy. Samotná léčba léky vede ke zlepšení u 30-50% postižených. Kognitivně-behaviorální terapie dosahuje vyšších výsledků. Lépe se po ní cítí 70-80% lidí. Důležité pro léčbu je vytvořit žebříček strachů, od nejlehčího k nejtěžšímu, a poté se postupně, krok za krokem, obávaným situacím vystavit a vydržet v nich dostatečně dlouho, aby úzkost mohla citelně polevit. Pokud nepomohla léčba jedním způsobem, je možná i kombinace obou přístupů (Praško, Prašková J., Prašková H., 2008).



Obr. 5 – Kognitivně-behaviorální model specifické fobie (Praško, Prašková J., Prašková H., 2008, s. 62).

2.2.2 Panická porucha

Panická porucha je charakterizována náhlými epizodami intenzivního strachu až hrůzy, které se objevují bez zjevné vnější příčiny (Praško, Prašková J., Prašková H., 2008).

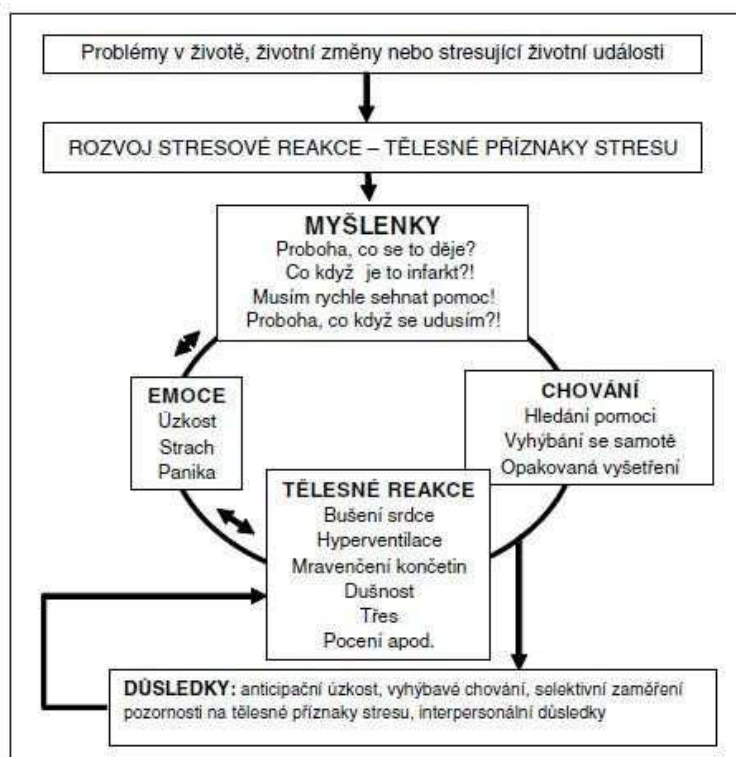
Podobně jako u ostatních úzkostných poruch jsou patrné různé symptomy a projevy úzkosti. Pro panickou poruchu je typický náhlý začátek záchvatu, palpitace, pocení, třes, sucho v ústech, obtížné dýchání, bolesti na hrudi, pocity nevolnosti. Dalšími příznaky jsou pocity závratě a neklidu, derealizace, strach ze ztráty kontroly, smrti, ze zešílení. Jednotlivé panické ataky trvají několik minut a vyskytují se v proměnlivé frekvenci, v průběhu několika dnů až několika roků. Potíže zvyšuje výskyt úzkosti z další ataky anebo vyhýbání se místům, kde k atace došlo. Další projevy jsou závislé na osobnosti pacienta (Vymětal a kol., 2000).

Panické poruchy se také pojí nejen s fobiemi, ale také často s depresemi, s hypochondrií nebo s nutkavými symptomy (Kast, 2012).

Průběh:

Kolem 70 % pacientů popisuje zřetelný stres v době prvního záchvatu. Často mu předchází stresující životní událost. Až u 90 % se, dříve než se objeví první panický záchvat, objevuje úzkostná a fobická symptomatologie nebo hypochondrická sebeobservace (sebepozorování). Průběh panické poruchy u pacientů bez léčby bývá zpravidla dlouhodobý. Řada z nich má za sebou chronické potíže, zpravidla s dlouhodobě se zhoršujícím trendem trvajícím 10 až 15 let. U 40 % pacientů porucha přechází do chronické podoby. Může však dojít jak ke spontánnímu uzdravení, tak k recidivě po několikaleté remisi¹⁰. Kolem 7 % lidí trpících panickou poruchou spáchá sebevražedný pokus. Celoživotní riziko sebevraždy v případě komorbidit panické poruchy s depresí je až 20%.

¹⁰ Přechodné vymizení projevů nemoci, nikoli nemoci samotné (Barták at al., 1999).



Obr. 4 – Zjednodušený model panické poruchy a bludný kruh fungování příznaků¹¹

Klinické vedení pacienta

Pacient by měl být lékařem dostatečně informován o možnostech léčby a mít přístup k literatuře, ve které může najít další informace. Vhodné jsou na začátku orientační přehledné krátké příručky. Bez ohledu na to, zda bude pacient léčen farmaky nebo psychoterapií, psychoedukace o příznacích, panické poruše a možnostech léčby by měla být dostatečně jasná a v průběhu času opakovaná. Edukace pomáhá odstranit mýty, které si pacient do léčby přináší a často už tím,

¹¹ PRAŠKO, Ján. Panická porucha a její léčba. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2010, roč. 10, č. 02 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/panicka-porucha-a-jeji-lecba-449530>

že ho vyjme z nejistoty, co mu vlastně je, vede ke zklidnění a lepšímu snášení záchvatů. Zaměřuje se na porozumění nemoci a možnostem její léčby¹².

2.2.3 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

GAD je charakteristická dlouhodobou, všeobecnou a „všudypřítomnou“ úzkostí. Dotyčný se opakovaně zabývá starostmi, stresujícími myšlenkami, obavami. Stav je spojen s nervozitou, zvýšeným svalovým napětím, chvěním nebo třesem, bušením srdce, bolestmi a točením hlavy, nevolností atd. Příznaky tak narušují životní spokojenost, zhoršují výkonnost, kvalitu spánku apod. (Orel a kol., 2012).

GAD lze rozpoznat podle toho, že je člověk nervózní, neklidný, v napětí, neboli není schopný se uvolnit. Přepadají ho neurčité úzkostné pocity, ale také úzkosti z určitých očekávání. Takový člověk je úzkostně napjatý a mívá nejrůznější tělesné symptomy (výše popsané). Připadá mu, že vždycky nastane ta nejhorší možnost. Je na něm vidět, že žije v přehnaných obavách. Tato porucha se ovšem může projevit také úzkostně napjatou bdělostí. To znamená, že tento člověk trvale v úzkostném napětí kontroluje své okolí. Je to z důvodu toho, že chce mít neustálý přehled a tímto způsobem také vyloučit to, že by se mohlo stát něco zlého. Hlavní projev GAD je přepjatá bdělost (Kast, 2012).

Příčiny vzniku GAD:

GAD většinou vzniká na podkladě dlouhotrvajícího chronického stresu nebo se rozvíjí po závažné životní události u citlivých osob. Příčinami jsou:

- Každodenní stresory – drobné stresory mohou souviset s rozvojem úzkosti, když je jich příliš mnoho a překročí kapacitu jedince; s rozvojem nadměrných obav a starostí nejčastěji souvisejí chronické stresující situace v životě. Mohou to být vztahové stresory (neshody s rodiči, závislost na partnerovi, nevěra aj.), pracovní a výkonové stresory (konflikty na pracovišti, nízký

¹² PRAŠKO, Ján. Panická porucha a její léčba. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2010, roč. 10, č. 02 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/panicka-porucha-a-jeji-lecba-449530>

příjem, nadměrný hluk aj.), stresory životního stylu (nevyhovující bydlení, nedostatek přátel atd.), nemoc, závislost, handicapy (tělesné či duševní onemocnění sebe nebo partnera, rodičů, alkohol, drogy atd.) (Praško, 2009).

- Životní událost – může se jednat o událost, která vede k sociální izolaci, změně role, ztrátě důležité role, ztrátě autonomie, přirozené aktivity a důležitosti apod. (Praško, 2009).
- Vrozené faktory (Praško, 2009).
- Podmínky vývoje v dětství – pokud dítě v raném věku nevnímá své prostředí jako dostatečně bezpečné, neutvoří si pevný vnitřní pocit o světě jako o bezpečném místě, proto mívá i v dospělosti pocit neustálého ohrožení (Praško, 2009).
- Povahové vlastnosti – lidé s nízkým sebevědomím, kteří se dívají na sebe, okolnosti a budoucnost pesimisticky, jsou více náchylní k rozvoji úzkostné poruchy (Praško, 2009).
- Současná rodinná a pracovní situace – konflikty v rodinném životě a problémy pracovní situaci (Praško, 2009).

Léčba

Tato porucha je léčitelná dvěma způsoby. Je to jednak farmakologická léčba (zejména antidepresivy) a psychoterapie (zejména kognitivně-behaviorální terapie) (Praško, 2006).

V léčbě GAD je základním přístupem psychoterapie. Léčba psychofarmaky v kombinaci s psychoterapií je na místě u závažnějších případů, nebo když se samotné psychoterapeutické přístupy neukážou jako dostatečné. Pokud léčba jedním způsobem nepomohla, je možná i kombinace obou přístupů (Praško, 2006).

Cílem psychoterapeutické léčby je naučit jedince, kteří trpí touto poruchou, myslet systematicky a v mnoha perspektivách, tj. změnit ztuhlé myšlenkové postupy, které umožňovaly vše vidět jen v jedné, ohrožující rovině. Jedinec trpící GAD se potřebuje zbavit neohebnosti jak v myšlení, tak v emočních a tělesných

reakcích i v chování. Z tohoto důvodu se léčebné strategie zaměřují na zamezení vyhýbavému chování, neboli vystavení se obavám a starostem, dále také na nácvik odolnosti k silným emočním a tělesným reakcím, systematické řešení problémů a relaxaci (Praško, 2006).

2.2.4 Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)

Pro OCD je typické, že člověka obtěžují vtíravé nepříjemné myšlenky, které vedou k psychické nepohodě. Bývají to vracející se obavy (obsese), že se stane něco, co bude mít katastrofické následky. Důvod obav může být u každého člověka jiný např. ušpinění, infekce, agrese vůči druhým, kontrolování, onemocnění vlastní nebo blízkých a další. Napětí či úzkost z obsesí se snaží člověk s OCD neutralizovat kompulzemi, což jsou opakované úkony nebo stereotypní myšlenky. Kompulze však sníží nepohodu jen na přechodnou dobu. Záhy se objeví další obsese a nepohoda, nová potřeba ji snížit, a další kompulze. V průběhu času se typicky kompulze rozrůstají (Praško, Prašková, 2008).

Porucha existuje v každé kultuře, může postihnout jak bohaté, tak i chudé. OCD má obvykle postupný nástup, ale může ji také náhle vyvolat událost jako je emocionální stres doma nebo ve škole, přestup na nové místo, zdravotní problémy, nebo nárůst životních povinností. Je důležité si uvědomit, že tyto události nemusí zákonitě způsobit OCD. Pro člověka, který má predispozice pro OCD, mohou tyto události nástup urychlit (Hyman, Pedrick, 2011).

Příčiny:

Jasně příčiny OCD nejsou plně známy. Na vzniku a rozvoji poruchy se pravděpodobně podílí řada faktorů, jako jsou:

- Vrozené faktory – v některých rodinách se tato porucha vyskytuje častěji, může to znamenat přítomnost vrozené biologické zranitelnosti (Praško, Prašková, 2008).
- Biochemické faktory – antidepresiva, která zvyšují dostupnost serotoninu v mozku, významně snižují příznaky OCD (Praško, Prašková, 2008).
- Podmínky vývoje v dětství a výchova (Praško, Prašková, 2008).

- Rysy osobnosti – tendence dělat si nadměrné starosti o každodenní věci, problémy s přijímáním kritiky, nadměrná preciznost a přesnost, výrazná výkonová orientace. Někdy může být důvodem stresového prožívání chybění některých dovedností – neschopnost si dostatečně plánovat čas, oddělit důležité od nedůležitého, umět si říct o to, co potřebuji, způsobem, který je pro druhé přijatelný apod. (Praško, Prašková, 2008).
- Stres (Praško, Prašková, 2008)

2.2.5 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

Termínem „posttraumatická stresová porucha“ se označuje soubor různých poruch chování a prožívání, včetně somatických reakcí (poruchy spánku, potivost, třes, nevolnost apod.), které vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku přesahujícího běžnou lidskou zkušenost. Záludnost posttraumatické stresové poruchy spočívá v tom, že rozmanité příznaky mohou propuknout až po delším časovém úseku od prožité krize. Posttraumatická porucha se u obětí trestných činů může projevit:

- okamžitě po odeznění akutní reakce, plynule na ni navazuje;
- jako zpožděná či protrahovaná odezva na otřesný zážitek, poté co byla oběť zdánlivě bez příznaků (Čírtková, Vitoušová a kol., 2007).

PTSD je charakterizována těmito základními okruhy symptomů:

1. Příznaky znovuprožívání a ožívání traumatu v dotírajících vzpomínkách nebo snech, které jsou prožívány často ve výrazně vizualizované podobě jako vracející se obrazy, doprovázené intenzivním emočním prožitkem. Vzpomínky na trauma se opakují v úzkostných snech.
2. Pocity nevolnosti a emočního otupění, ztráta obvyklých pozitivních emocí a zájmů, pocit odcizení a ztráty smyslu.

3. Vyhýbání se situacím a činnostem, které připomínají trauma, ať již jde o přímou připomínku traumatu (např. místo), nebo i konverzace o tématu traumatizující události.
4. Vegetativní hyperaktivace, spojená se zvýšenou dráždivostí, úlekovými reakcemi a poruchami spánku.

Kromě těchto příznaků se také objevují typické pocity viny, pokoření a studu (Vymětal a kol., 2000).

Zásady léčby:

Pro člověka, který byl nedávno vystaven traumatické události, je nejdůležitější emoční podpora, jeho povzbuzení, vyjádření emocí, kterou by mu měl poskytnout terapeut. Jednoduchý přístup s podporou a pochopením většině postižených dostatečně pomůže. Ale pokud se u jedince již rozvinula PTSD, je léčba složitější. Důležitá součást léčby je psychoedukace. Jedná se o to, že člověk trpící PTSD se dozví vše o tom, co se s ním děje a jak je možno tuto poruchu léčit. Důležitou součástí léčby je v tomto případě psychoterapie. Přidání farmakoterapie k psychoterapii má výrazně pozitivní efekt na výsledek léčby až u 70% léčených. Platí, že čím je závažnější symptomatologie, tím více se uplatňuje podporující účinek farmak na schopnost dotyčného traumatickou událost zpracovat a řešit aktuální problémy v životě¹³.

2.2.6 Poruchy přizpůsobení s úzkostí a depresí

Jedná se o poruchy, které vznikají jako reakce na významnou životní změnu nebo jsou následkem stresové životní události (včetně vzniku somatické nemoci). Predispozice a osobnostní charakteristiky hrají větší roli než u jiných stavů této skupiny, předpokládá se však, že by k poruše přizpůsobení nedošlo bez zátěžové situace. Klinické projevy jsou různé a zahrnují depresivní náladu, úzkost, zlost, obavy, že jedinec není schopen se se zátěžovou situací vypořádat. Klinických

¹³ PRAŠKO, Ján. Posttraumatická stresová porucha. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2005, roč. 05, č. 01 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282>

forem této poruchy je několik (např. smíšená úzkostná a depresivní reakce) (Vymětal a kol., 2000).

2.3 Diagnostika

Naprostá většina jedinců, kteří trpí úzkostnou poruchou, většinou nejdříve vyhledají pomoc praktického lékaře nikoli odborníka. Dotyční nepřichází do ordinace praktického lékaře pro úzkost, ale pro somatické příznaky (Praško, Laňková, 2006).

2.3.1 Anamnéza

Rodinná a osobní anamnéza zaměřená na psychiatrická onemocnění a léčbu.

- Osobní anamnéza, která je zaměřená na tělesná onemocnění spojená s úzkostnou symptomatologií.
- Anamnéza abusu neboli závislost na alkoholu, stimulačních látkách, kofeinu, kouření, hráčství.
- Farmakoterapie – Lékař se snaží zjistit, zda dotyčný užívá farmaka, která mohou vyvolávat úzkostné stavy. Dotazuje se, jestli jedinec užívá něco na spaní, na uklidnění aj. (Praško, Laňková, 2006).

2.3.2 Nynější onemocnění

Další důležitou fází v diagnostice je zjištění současných onemocnění, kterými nemocný trpí.

- Typické situace, které vyvolávají úzkost nebo strach.
- Charakter úzkostných stavů (atak); kdy, kde, jak, s kým a s kým nikoliv se úzkostné projevy objevují, jak se při tom chová, jak reaguje na druhé lidi; jaká jsou typická témata úzkostných myšlenek nebo strachů.
- Čemu se díky úzkostným příznakům vyhýbá a jak se proti úzkosti zabezpečuje, zda se naučil nějaké strategie, jak si sám pomoci.
- Jaké jsou projevy anticipační úzkosti.

- Co stavy úzkosti, strach, obavy a starosti modifikuje (aktivity, léky, menstruace, přítomnost druhých lidí apod.).
- Jak je to s užíváním kofeinových nápojů, silného čaje, jaké užívá léky (př. antihistaminika).
- V čem ho úzkostné stavy, strach, obavy, starosti a úzkostnost omezují v životě (pracovním, rodinném, ve volném čase) (Praško, Laňková, 2006).

2.3.3 Základní fyzikální vyšetření

Úzkostnými příznaky se může již od počátečních stádií projevovat řada nemocí (např. mozkové příhody, Parkinsonova choroba, epilepsie, nádorová onemocnění aj.). U některých žen může přinést řadu úzkostných a depresivních příznaků menopauza. Při podezření na organické postižení mozku je nutné doplnění neurologického vyšetření (Praško, Laňková, 2006).

2.4 Léčba

Cílem léčby úzkostných poruch není jen odstranění příznaků poruchy, ale také obnovení kvalitního fungování pacienta. **Terapie se „šije na míru“ pacienta!** Své místo v ní zaujímají jak psychoterapeutické, tak farmakologické přístupy k léčbě. Optimální je kombinace obou přístupů. Z psychofarmak mají v léčbě úzkostných poruch svoje místo benzodiazepinové a nebenzodiazepinové anxiolytika a antidepresiva. Vzhledem k tomu, že se jedná o psychické poruchy s chronickým průběhem, platí ve farmakoterapii několik zásad. Léčba se začíná nižšími dávkami, které se postupně zvyšují. Důvodem je zvýšená citlivost pacienta na nežádoucí účinky léků¹⁴.

Psychoterapie je nejdůležitějším přístupem k léčbě úzkostných poruch. Pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem trpícím úzkostí děje. Také pomáhá nalézt události v životě, které s rozvojem poruchy souvisí, snaží se pomoci změnit

¹⁴ IZÁKOVÁ, Lubomíra. Úzkostné poruchy - diagnostika a liečba. In: *EHealth.sk* [online]. Bratislava, 2013, 15.3.2013 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.ehealth.sk/clanok/49765/uzkostne-poruchy-diagnostika-a-liecba>

vztahy, které úzkost udržují. Zároveň učí jedince, jak mají zacházet s příznaky a problémy v životě a posléze trénuje dovednosti, které umožňují předcházet novým problémům. Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svými emocemi, myšlenkami a chováním (Praško, Prašková J., Prašková H., 2006).

Terapeut pomáhá danému jedinci:

- Porozumět propojenosti minulých zážitků, současných vztahových a životních problémů s příznaky úzkosti.
- Najít cestu pro překonání současných životních problémů.
- Vytvořit pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem (Praško, Prašková J., Prašková H., 2006).

Nejčastěji používané přístupy psychoterapie jsou dynamická psychoterapie a psychoanalýza, skupinová psychoterapie a kognitivně-behaviorální terapie (Praško, 2003).

Dynamická psychoterapie a psychoanalýza

Psychodynamická psychoterapie a psychoanalýza nejsou zaměřeny na přímé snížení úzkostnosti, ale jsou zaměřeny spíše na vybudování osobnosti, která mimo jiné dobrou schopnost úzkost snášet. Postupně umožňuje zvědomení nevědomých konfliktů a jejich řešení. To úzkostnému člověku pomáhá osvobodit se od závislosti na druhých, uvědomit si svoji hodnotu, naučit se odvaze postavit se za sebe. Takto si buduje sebevědomí, které je nejlepší ochranou před úzkostí (Praško, 2003).

Skupinová psychoterapie

Tato terapie svojí důvěrnou atmosférou pomáhá ujasnit si vlastní situaci ve světě, porozumět způsobům, jakým se člověk vztahuje k druhým, a uvědomit si formy chování, které vedou ke stresu. Skupina je prostředí, které umožňuje jejím příslušníkům prožívat svoji individualitu a její změnu prostřednictvím reflexí a změn ostatních členů skupiny i přes změny skupiny samé. Věnuje se jedinci ve skupině, také však jedinci v rámci skupiny a také skupině jako celku (Praško, 2006). Základní ideje skupinové terapie jsou:

- Autonomie člověka a jeho zdroj psychického a sociálního zrání jsou umocňovány kontaktem a komunikací s druhými lidmi.
- Vlastní pochopená zkušenost je stabilnější než zkušenost, která se předává jenom zvenčí (Praško, 2003).

Základní idea skupinové terapie vychází z předpokladu, že léčebné problémy vznikly v malých přirozených skupinách, jako jsou rodina, školní třída nebo pracovní kolektiv. Tyto malé skupiny mohou formovat nebo deformovat psychiku a chování člověka. Tyto poruchy je možné v terapeutické skupině diagnostikovat a léčebně korigovat. Ve skupině se v jejím průběhu manifestují přenosové vztahy, jak směrem k terapeutovi, tak k jednotlivým členům skupiny. Člen skupiny se učí porozumět způsobům, jak si tvoří svoje vztahy na základě konfrontací se členy skupiny a interpretace skupiny. Náhled znamená pochopení, čím jsou jeho vztahy podmíněny, odkud pochází jeho vztahové vzorce a jak se projevují v chování k druhým, případně jak je prožívají druzí. Úkolem člena skupiny je však nejen pochopit podmíněnost svých vztahů a najít jejich lepší polohu, ale také změnit své chování k druhým, které z těchto vztahů vyplývá. Pokud je změna postojů k chování nově začleněna do psychiky, je pak změna chování ke členům skupiny následována změnou chování k lidem v přirozeném prostředí (Praško, 2003).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

KBT je založena na principech teorie učení neboli jak se člověk v průběhu života naučil být úzkostný, může se také naučit být vůči úzkosti odolným. Tato terapie je založena na jasném programu jednotlivých kroků, který je do značné míry přizpůsoben individualitě každého jedince. Podle logického plánu se dotyčný postupně učí dovednostem, jak zvládat své epizody obav a starostí, jak zmírnit úzkost i jak efektivně řešit životní problémy (Praško, 2003).

Léčba úzkostných poruch je dlouhodobá a ukončuje se zpravidla v průběhu 12 – 18 měsíců po ústupu příznaků. Doporučuje se postupné vysazování farmak.

V případě, že se příznaky objeví znovu, je potřebné pokračovat ve farmakoterapii¹⁵.

¹⁵ IZÁKOVÁ, Ľubomíra. Úzkostné poruchy - diagnostika a liečba. In: *EHealth.sk* [online]. Bratislava, 2013, 15.3.2013 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.ehealth.sk/clanok/49765/uzkostne-poruchy-diagnostika-a-liecba>

3 ÚZKOSTNÉ PORUCHY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Každé vývojové období může přinášet takové podněty, které u lidí, zejména u dětí, mohou vyvolávat úzkost a strach, se kterými se musí vyrovnat. Dítě v kojeneckém věku ještě nedokáže zřetelně odlišit vnitřní a vnější realitu, a proto také nedokáže tak dobře odlišit pocit strachu a úzkosti od pocitu bolesti, napětí nebo nepohody. V dalším průběhu vývoje, kdy už dítě dokáže lépe rozlišovat sebe a blízké osoby, jsou známé projevy separační úzkosti jako tzv. úzkost osmého měsíce. Dále v průběhu batolecího období se vyvíjí separační úzkost a strach z cizích lidí a kolem třetího roku ustupuje. Děti v předškolním věku se potýkají s řadou přechodných fobií (např. z hmyzu, zvířat, zlodějů, tělesného poškození aj.). Tyto fobie ovšem během dalšího vývoje obvykle mizí. Typickým obdobím zvýšené úzkostnosti je věk kolem deseti let, kdy při pokroku v kognitivním vývoji dítě dospívá k pojmu smrt a její nezvratnost. Úzkost v dětském věku se může projevovat skrytě, nebo se může projevovat v podobě neklidu a zvýšeného zlobení. Po napětí a úzkost jsou typické projevy různých dětských poruch v oblasti jídla (např. nechutenství, odmítání určitého druhu potravin apod.), spánku (např. poruchy usínání, noční můry apod.) nebo tzv. dětské neurotické návyky (tj. okusování nehtů, trhání vlasů apod.). Tyto projevy bývají u dětí většinou vázány na napětí v prostředí, ve kterém žije a na konflikty s osobami, na nichž je závislé. Také k těmto projevům může přispívat vlastní dětská fantazie (Vymětal a kol., 2000).

3.1 Faktory vyvolávající úzkost u dětí

Faktor vývojový – kdy je mozek schopen určitého racionálního nebo iracionálního konstruktů hrozby vyvolávající úzkost nebo specifického kontextu, který vytváří ohrožující situace.

Faktor maturační – kdy dítě musí zvládnout kategorie známé X neznámé – úzkost je zde důležitá pro přežití, živé X neživé, kde je sociální úzkost dalším vývojovým krokem umožňujícím socializaci a akulturaci¹⁶.

3.2 Druhy úzkostných poruch v dětství

- Separační úzkostná porucha v dětství
- Fobická úzkostná porucha v dětství
- Sociální úzkostná porucha v dětství (Vymětal a kol., 2000)

3.2.1 Separační úzkostná porucha v dětství

Tato porucha se diagnostikuje v dětském věku tehdy, když separační úzkost dosahuje neobvyklého stupně závažnosti a znemožňuje dítěti se vzdálit od blízkých osob. Blízkou osobou bývá nejčastěji matka. Začátek poruchy je obvykle kolem 7 – 8 roků a vyskytuje se rovnoměrně často jak u dívek, tak u chlapců. Separační úzkostná porucha se řadí mezi nejběžnější úzkostnou poruchu v dětství. (Vymětal a kol., 2000)

Projevy

U dítěte můžeme pozorovat nereálné obavy, že se něco stane blízkým osobám, že odejdou a nevrátí se, nebo dítě prožívá nereálnou obavu, že bude odloučeno od blízké osoby. Strach z odloučení může vést dítě k vyhýbání se cizímu prostředí a k odmítání docházet do školy, někdy může odmítat i jít spát, pokud nemá blízkou osobu nablízku. Dále se opakují noční můry, dítě má strach být doma samo. Také je možné pozorovat zvýšený výskyt somatických obtíží při nároku na odloučení od rodičů (nauzea, bolesti hlavy, žaludku, zvracení, subfebrilie). Objevuje se nadměrný strach, úzkost, pláč, výbuchy vzteku při předpokládaném odloučení od blízké osoby. (Vymětal a kol., 2000)

¹⁶ KOUTEK, Jiří. Separační úzkostná porucha v dětství. *Lékařské listy* [online]. 2003, roč. 03, č. 43 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/separacni-uzkostna-porucha-v-detstvi-157716>

Klinický obraz

Tato porucha se nejčastěji manifestuje jako odmítání školy, tedy tzv. školní fobie. Může se projevit i po delší době neproblematické docházky do školy. Může nasedat na přerušení docházky do školy pro nemoc, anebo se objevit po odloučení od rodiny (škola v přírodě). Obtížím může předcházet změna učitele, na kterého bylo dítě zvyklé. Dítě si začne stěžovat na přísné učitele, někdy na hlučné spolužáky, mluví o svém strachu ze špatného prospěchu. Dítě s touto poruchou ráno nedokáže jít do školy. Buď neodejde z domova, nebo dojde ke škole, ale vrátí se domů. Tyto obtíže provázejí i tělesné příznaky, které jsou výše popsány.

Při identifikování poruchy je často nutná mezioborová spolupráce pediatrie, dětské psychiatrie a psychologie. Prvními obtížemi jsou často příznaky somatické, které jako první může správně diagnostikovat praktický dětský lékař a následně zajistit adekvátní psychiatrickou a psychologickou péči¹⁷.

Léčba separační úzkosti

Léčba této poruchy musí být komplexní, zahrnuje jak přístup psychoterapeutický, tak i přístup farmakoterapeutický, proto je nutná úprava režimu a nácvik separace od blízké osoby. Potřebná je práce s celou rodinou. Účel léčby je co nejrychlejší návrat dítěte do školy. Tento návrat se může podařit i za spoluúčasti neutrální osoby, která dítě do školy odvádí. Vhodné bývá zapojení spolužáků, kteří mohou dítě do školy doprovázet. Pokud se tento návrat nepodaří, je indikována hospitalizace. Čím déle dítě zůstává doma a nedaří se mu navštěvovat školu, tím je návrat obtížnější.

V psychoterapii je možné využít přístupy jak dynamicky orientované, tak kognitivně behaviorální. Důležitou součástí léčby je rodinná terapie, při které je zapotřebí pracovat na uvolnění často velmi silné vazby mezi dítětem a matkou, a posílení role otce. Účelným doplněním léčby jsou neverbální psychoterapeutické techniky – např. relaxační cvičení, arteterapie a muzikoterapie.

¹⁷ KOUTEK, Jiří. Separační úzkostná porucha v dětství. *Lékařské listy* [online]. 2003, roč. 03, č. 43 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/separacni-uzkostna-porucha-v-detstvi-157716>

Ve farmakoterapii se mohou krátkodobě použít anxiolytika, delší dobu lze podávat antidepresiva s anxiolytickým účinkem.

3.2.2 Fobická úzkostná porucha v dětství

Mezi 3. - 4. rokem se vývojově objevuje určitý strach z konkrétních objektů, subjektů (zvířata a lidé) a situací. Jak již bylo výše popsáno, fobie předškolního věku nejsou fobie, ale patří do vývojového procesu poznávání, neboli se jedná o kognitivní zpracování a zvládnutí kategorie známé versus neznámé, živé versus neživé. Ovšem jestliže je strach nadměrný, iracionální a vývojově nepřiměřený, jedná se o fobickou úzkostnou poruchu¹⁸.

U dětí může dojít k rozvinutí strachu ze zcela specifického předmětu nebo situace. Tyto strachy bývají typické v předškolním věku. Tato porucha je diagnostikována tehdy, když jde o specifické strachy podmíněné vývojovou fází, kdy stupeň úzkosti dosahuje extrémního stupně a úzkost není součástí generalizovanější poruchy (Vymětal a kol., 2000).

3.2.3 Sociální úzkostná porucha v dětství

Úzkostné reakce na cizí prostředí a cizí osoby jsou v raném období života dítěte zcela běžným jevem. Porucha může být diagnostikována tehdy, když úzkost vznikne před šestým rokem věku, je neobvyklá co do stupně a narušuje oblast sociálního vývoje dítěte. U dětí s touto poruchou se objevuje trvalý nebo se opakující strach z cizích lidí, kterým se může vyhýbat. Tento strach bývá vázán na kontakt dítěte s dospělými, s druhými dětmi, nebo bývá kombinací obojího. V rodinném prostředí nemívají děti obtíže. Vyhýbání se kontaktu s cizími lidmi hrubou měrou překračuje běžné dětské chování a negativně ovlivňuje jeho

¹⁸ KOUTEK, Jiří. Separační úzkostná porucha v dětství. *Lékařské listy* [online]. 2003, roč. 03, č. 43 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/separacni-uzkostna-porucha-v-detstvi-157716>

sociální aktivity. Poruchu může zhoršovat elektivní mutismus¹⁹. (Vymětal a kol., 2000)

3.3 Terapie úzkostných poruch

Léčba je vždy komplexní neboli psycho-, farmako- i socioterapeutická. Jakmile se vytvoří léčebný plán, zahrne se do něj i zpětná vazba a poučení rodičů o úzkosti specifické pro jejich dítě, dále také konzultace s pediatrem, školním psychologem a s vyučujícími.

Při navrhování psychoterapie u úzkostných dětí a adolescentů mají celosvětově prioritu dvě základní psychoterapeutické metody. Jedná se o metodu dynamickou a kognitivně-behaviorální terapii v kombinaci s rodinnou terapií – zvláště pokud se jedná o menší děti. Pro specifické úzkosti jsou přesně vymezené terapeutické postupy.

Indikace farmakologické léčby u dětí a adolescentů jsou všude tam, kde anxiózní symptomy vyvolávají trvalé zhoršení výsledků ve škole, ztrátu komunikace s vrstevníky, v rodině, kompenzatorní rizikové chování, tam, kde selhává psychoterapeutické ovlivnění, nebo také naopak tam, kde je potřeba navázat psychoterapeutický kontakt. U předškolních dětí je nejdůležitější zjistit, jestli pečující osoba je úzkostná a dále zda její léčba zlepší vztah mezi ní a dítětem a zvýší pocit odpovídající rodičovské kompetence a tím pocit jistoty a bezpečí u dítěte²⁰.

¹⁹Jedinec s elektivním mutismem se verbálně projevuje jen v určité skupině lidí nebo za určitých situací. Ovšem domněnka, že si jedinec danou skupinu lidí nebo situace, ve kterých se bude verbálně projevovat, vybírá vědomě sám, je špatná. Elektivní mutismus je rozdělován na psychotický, který se vyskytuje více v dospělosti, a na neppsychotický, který je typický pro dětský věk. Psychotický má dvě formy, expresivní a receptivní. Expresivní – jedinec nedokáže verbalizovat svoje myšlenky. Receptivní – jsou utlumeny myšlenkové procesy.

²⁰ KOUTEK, Jiří. Separační úzkostná porucha v dětství. *Lékařské listy* [online]. 2003, roč. 03, č. 43 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/separacni-uzkostna-porucha-v-detstvi-157716>

4 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Období dospívání je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. Jeho začátek je přibližně v 11 letech a končí dosažením dospělosti tj. ve 20 letech. Toto období se dělí na dvě dost rozdílné fáze dospívání. Jsou to období pubescence a období adolescence (Vágnerová, 2000).

Toto období je bráno jako léta „bouří a stresů“, které provází přechod mezi dětstvím a dospělostí. Během této doby jsou na jedince, který prochází tímto obdobím, kladeny požadavky dospělé společnosti, musí se podřítit normám chování, které se u dospělého vyžadují, měl by se stát nezávislým na rodičích, vytvářet heterosexuální vztahy, přizpůsobovat se vrstevníkům, volit budoucí povolání, vytvořit si vlastní filozofii života. Vliv těchto sociálních i biologických faktorů způsobuje u těchto jedinců rozkolísanost a konfliktnost (Šimíčková-Čížková, 2008).

Pro toto období jsou charakteristické výrazné změny jak ve fyzickém, tak v psychickém vývoji. Také je zde typická rozdílná akcelerace vývoje nejen mezi chlapci a dívkami, ale i u téhož pohlaví. Fyzické i psychické změny nastupují odlišně v závislosti na pohlaví – u dívek nastupují tyto změny dříve. Ale i u stejného pohlaví je hranice nástupu jednotlivých fází velmi individuální (Šimíčková-Čížková, 2008).

4.1 Tělesné změny v dospívání

Mladý dospívající člověk je ovlivněn řadou faktorů, které jsou společenské a kulturní. Kromě nich ho také ovlivňuje řada tělesných změn, které se promítají do jeho duševní sféry. V žádné jiné životní etapě nejsou již tělesné změny tak výrazné jako v této (Melgosa, 1999).

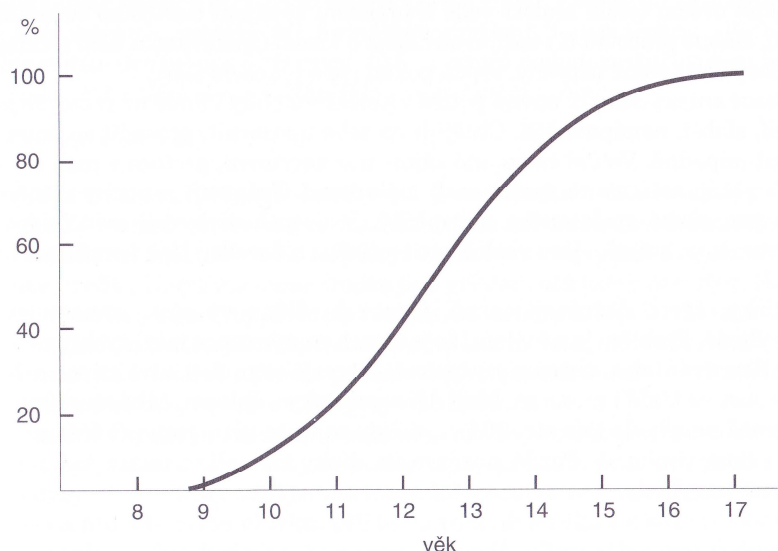
V období dospívání se objevuje tzv. růstový spurt neboli prudké zrychlení růstu u dívek i chlapců. Průměrná dívka vyroste za rok, v němž vyvrcholí její růstový spurt, asi o 9 cm a přibude o 5 kg, chlapec vyroste o 10 až 12 cm a přibere 6 kg. Dívčí spurt vrcholí nejčastěji mezi jedenáctým a dvanáctým rokem, chlapecký o dva roky později (Říčan, 2006).

Dochází ke změně tělesných tvarů. Zejména u chlapců se rozšiřují ramena a u dívek boky, přičemž linie pasu se snižuje a u dívek je výraznější. U obou pohlaví se objevuje na bocích a na nohou vrstva podkožního tuku, která u chlapců mizí a u dívek zůstává. Paže a nohy nasazují spolu s krkem, k růstovému spurtu o rok dříve než trup a zpočátku rostou také ruce rychleji než paže, koncové části nohou rychleji než celé nohy (Říčan, 2006). To způsobuje, že tito jedinci působí při pohybu neohrabaně.

Důsledky těchto změn se výrazným způsobem promítají v psychice. Důsledky této změny jsou zhoršení motorické koordinace, která může vést k poklesu sportovní výkonnosti. Dále je to určitá neohrabanost dětí apod. Tato neohrabanost se může jevit jako krok zpět a ve vývoji může být příčinou konfliktů v rodině a její důsledky mohou být zásadně zhoršovány poukazováním na její negativní charakter, který bývá někdy jedinci přisouzen jako osobní charakteristika (např. „Ty nemehlo“). Taková hodnocení mohou mít negativní vliv na sebehodnocení jedince, a proto mohou vzbuzovat úzkost (Vymětal a kol., 2000).

V období dospívání plně dorostou pohlavní orgány. Tyto anatomické změny mívají významný vliv na psychiku jedince. U dívek zvýší vaječníky produkci estrogenu a pod vlivem tohoto hormonu začnou produkovat zralá vajíčka. U chlapců zvýší varlata produkci testosteronu a začnou produkovat zralé spermie. K tomuto dozrání dojde kolem patnáctého roku a jedinci jsou schopni reprodukce. U dívek se objevuje první menstruace a u chlapců se objevují první poluce, které mají podobný význam jako menstruace u dívek – signál nastupující mužnosti (Říčan, 2006). Působením pohlavních hormonů se objevují sekundární pohlavní znaky, jako jsou např. u žen růst prsou, ochlupení v oblasti přirození, ochlupení v podpaží, zaoblení boků, změna hlasu a změny na kůži. U chlapců to jsou ochlupení v oblasti přirození, ochlupení v podpaží, růst vousů, změna hlasu, změny na kůži, zmohtnutí v ramenou (Melgosa, 1999).

Tyto změny díky své interindividuální variabilitě jsou častými zdroji úzkosti. Některé děti mohou nepříjemné prožívat svou odlišnost od vrstevníků. Odlišností je myšleno, že se u jedince určitý znak objevuje, zatímco u vrstevníků nikoliv nebo naopak (Vymětal a kol., 2000).



Obr. 5 – Nástup menstruace v závislosti na věku (Říčan, 2006, s. 173)

4.2 Rozvoj poznávacích procesů

Kognitivní vývoj je výsledkem interakce zrání a učení. Pubescent se může dále rozvíjet jen tehdy, pokud je z neurofyzilogického hlediska dostatečně zralý a také získal dostatečné zkušenosti. Nástup puberty je tedy spojen se změnou uvažování (Vágnerová, 2000).

V poznávacích procesech jsou klíčovou novinkou pro pubescenta formální logické operace. Myslet formálně znamená myslet nezávisle na obsahu. Formálně logické operace také umožňují myslet o neskutečném, neexistujícím „kdyby“, např. o tom, co by se stalo, kdyby přestala působit zemská přitažlivost (Říčan, 2004).

Fantazijní produkce u pubescenta se projevuje se svou nápaditostí a originalností. Jeho bohatá představivost ovlivňuje časté denní snění. Toto snění se stává prostředníkem mezi realitou a ideálem. Častým obsahem ideálních představ je sexuálně-erotické zabarvení (Šimíčková-Čížková, 2008).

V myšlení se zdokonaluje schopnost abstrakce, usuzování hypotetické, deduktivní je na úrovni dospělých. Odborným zájmem pubescenta bývá úzce spojen se vzorem dospělého, může to být rodič, učitel nebo někdo z jeho okolí. Myšlení se často orientuje i na vnitřní dění pubescenta, snaží se poznat vlastní individualitu tím, že sebe porovnává s druhými lidmi, všímá si vlastních nedostatků a má

tendenci tyto nedostatky kompenzovat buď jinými činnostmi, nebo pozměněným chováním. Tento jedinec také začíná hledat smysl života (Šimíčková-Čížková, 2008).

V tomto období se u jedince projevuje racionalismus. Ten se vyznačuje tím, že neuznává citové důvody lidského jednání, více lpí na rozumových zdůvodněních, a to i přesto, že jeho vlastní chování ovlivňují citové pohnutky (Šimíčková-Čížková, 2008).

Myšlení se také vyznačuje radikalismem. Ten se projevuje unáhleným hodnotícím soudem, kdy jednu získanou zkušenost generalizuje a přijímá jako platný fakt (Šimíčková-Čížková, 2008).

4.3 Socializace v období dospívání

Konec puberty je spojen s důležitým sociálním mezníkem, kterým je ukončení povinné školní docházky a volba další vzdělávací varianty, která už není povinná a funguje jako předstupeň určité profesní role. Možnost získat určitou profesní roli, je významná, protože bude v mnoha směrech spoluurčovat další život jedince. Ovšem pro pubescenta ještě větší subjektivní význam nemá. Dospívající je zaujat jinými problémy. Proměny osobnosti dospívajícího jsou ovlivněny také společenskými faktory, resp. se do nich nějakým způsobem promítnou. Určitou změnu lze pozorovat ve všech oblastech (Vágnerová, 2000).

Tento vývoj je ovlivněn snahou pubescentů po nezávislosti, která se projeví v tendenci samostatně se rozhodnout, uplatnit vlastní názor v diskuzi s dospělými (Šimíčková-Čížková, 2008). Klesá závislost na rodičích, přesto jsou vztahy k rodičům, a to nejen existenční závislost, ale i citové vazby, stále ještě na prvním místě. Pubescent stále potřebuje i výchovné vedení, sice opatrné a nenásilné, ale pozorné. Autoritativní, případně i razantní výchovné zásahy se doporučují pro zcela výjimečné situace (Říčan, 2006).

Pubescent je netolerantní k dospělým. Jeho lpění na rigidním dodržování pravidel a důraz na absolutní spravedlnost může mít smysl jak uspokojování potřeby jistoty, tak vyžadování rovnoprávnosti. Rovnoprávnost se projevuje také v tom, že některá pravidla musí dodržovat všichni a ne jen děti (Vágnerová, 2000).

Zvyšuje se obecně význam a vliv vrstevnické skupiny. Vztah k vrstevníkům je jednou z hlavních hybných sil pubescentního vývoje. Skupina vrstevníků (školní třída, parta), má stále větší vliv. Vrstevníci usnadňují nezbytnou citovou emancipaci od rodiny a získání nezávislosti (Říčan, 2006).

Dospívající jedinci, kteří v předchozím období dávali spíše přednost společníkům stejného pohlaví, začínají projevovat stále větší zájem o opačné pohlaví. Zároveň chtějí navazovat vztahy, které jsou svým charakterem odlišné od těch dosavadních. Mladý člověk si potřebuje osvojit nové strategie chování ve vztahu. Vstupuje do situace, kterou dosud nezná, má jen matnou představu, jak se v ní chovat, co dělat, ale přitom mu velmi záleží na výsledku. Napětí vytváří stav, kdy pudový vývoj předbíhá psychický (Vymětal a kol., 2000).

V tomto období může vzbuzovat úzkost skupinový tlak mezi vrstevníky. Když první z nich postoupí k realizaci svých přání, mohou zvýšit úzkost z tohoto kroku u svých vrstevníků. Velmi nepříjemně bývá prožívána i situace, kdy mladý člověk patří k menšině těch, kteří ještě s nikým nechodí (Vymětal a kol., 2000).

4.4 Proměna prožívání pubescenta

Citová labilita už není v tomto období tak výrazná. Je to zapříčiněno vlivem hormonizace somatického vývoje. Objevuje se více pozitivního ladění u většiny pubescentů (Šimíčková-Čížková, 2008).

Emoční ladění se objevuje hlavně v sociálních vztazích, mluvíme o sociálních citech. Emoční vázanost k rodičům se výrazně uvolňuje, odmítají jejich citové projevy, jejich chování hodnotí více racionálně, neprojevují k nim přílišnou vřelost a spontánnost.

Ve vztahu k druhému pohlaví mizí vzájemná izolovanost chlapců a děvčat a dochází ke vzájemnému sbližování, které má z počátku podobu škádlení, koketování. U puberty je velká potřeba navazovat citový vztah, dochází k prvnímu zamilování, ve kterém je velká míra idealizace milovaného partnera. Tyto vztahy mívají na počátku převážně erotický charakter, představa sexuálního styku není aktuální. Nedostatek erotických zkušeností bývá pubertou negativně prožíván a je nahrazován fantazijními představami.

City k sobě jsou nevyrovnané. Pubescenti se k sobě staví kriticky, v porovnání s druhými se oslabuje sebejistota, pochybuje o vlastních kvalitách, přecitlivěle reaguje na kritiku vůči své osobě. To může vést přechodně až k pocitům osamění a izolace.

Pro toto období je typický rozvoj vyšších citů morálních, estetických, přijímá mravní hodnoty vlastní rodiny a celé společnosti. (Šimíčková-Čížková, 2008)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Téma je zaměřené na úzkost a úzkostné projevy u žáků 2. stupně na ZŠ, jelikož v dnešní době se zvyšuje počet úzkostných poruch nejen u dospělé populace, ale i u dětí a mladistvých (zejména školní fobie apod.). V souladu s tím je realizováno výzkumné šetření, které má prozkoumat vybrané aspekty u žáků Základní školy Valašské Klobouky (informovaný souhlas viz Příloha č. 2).

Vyrovnaní se s úzkostnou situací je pro dospělého náročné, vzniká zde otázka, jak náročné to tedy je pro dítě. V období dospívání prochází dítě velkými změnami, se kterými se musí seznámit a vyrovnat. V této fázi se setkává se situacemi, které u něho mohou vyvolat úzkost (např. tělesná změna, vztahy, sociální faktory, atd.).

Hlavním cílem šetření je analýza úzkosti a úzkostných projevů u žáků na 2. stupni Základní školy Valašské Klobouky.

Z uvedeného hlavního cíle vyplývají následující dílčí cíle:

- 1) Specifikace výskytu úzkosti ve výzkumném souboru respondentů.
- 2) Analýza distribuce jednotlivých typů úzkosti v rámci výzkumného souboru.
- 3) Rozbor případových studií specifikované na úzkost.

5.1 Výzkumné otázky

- 1) Vykazují žáci 2. stupně ZŠ rysy úzkosti?
- 2) Postihuje úzkost více dívky nebo chlapce?
- 3) Je u respondentů stejnoměrný výskyt jednotlivých typů úzkosti? Je více zastoupen u respondentů některý typ úzkosti?
- 4) Ovlivňuje úplnost a neúplnost rodiny výskyt úzkosti u žáků?
- 5) Ovlivňuje výskyt úzkosti u žáků počet sourozenců?
- 6) Jaké jsou možné příčiny vzniku úzkostí v případových studiích? Jaký vliv má rodina na úzkostné dítě? Jaké jsou možné způsoby řešení úzkosti?

6 METODA SBĚRU DAT

K provedení výzkumu byl použit test, který je znám pod názvem Škála klasického strachu, sociálně-situační anxiety a trémy – KSAT. Autorem tohoto testu KSAT je Ondrej Kondáš (1973). Ke sběru dat jsem použila formu A – forma pro mládež 12 – 18 let (viz Příloha č. 1).

Dotazník se může charakterizovat jako škála klasického strachu (samota, bouřka, výška, nemoc, tma aj.), sociálně-situační anxiety (posměch, kritika, ignorace okolí, neznámí lidé) a trémy (mluvení na veřejnosti, zkouška před komisí, být pozorován při práci). Jedná se o sebehodnotící škálu, umožňující zachytit oblast a stupeň negativního citového reagování na vybrané typické objekty a situace, které mohou vyvolávat obavy a anxiету. KSAT je považována za metodu na zjišťování výskytu a míry subjektivní nepříjemnosti zážitku předmětného a situačního strachu. Obsahuje 31 položek týkajících se výše zmíněných škál.

Tento dotazník je pro praktické uplatnění vyhotoven ve třech verzích:

- A. forma pro mládež, resp. děti a mládež,
- B. forma pro dospělé,
- C. forma pro tělesně nemocné – pacienty ²¹

Druhou metodou, která je v této práci využita, je kazuistika. Ta je známá také pod pojmem případová studie a patří mezi výzkumné metody. Zabývá se popisem jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a vyléčením duševní choroby apod. Kazuistika se může týkat jak jedince, tak i skupiny lidí nebo instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy.²²

Dotazník nebyl administrován v elektronické podobě, ale v písemné podobě (forma papír – tužka) i z důvodu větší návratnosti. Dotazníky byly rozdány na

²¹ Psychodiagnostika s.r.o. *Psychodiagnostika s.r.o.* [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: http://www.psychodiagnostika-sro.cz/cz/Katalog_popis.asp?kod=666&ZozArg=1&Kateg=1

²² Metodický portál RVP.cz. GOŠOVÁ, Věra. *Kazuistika* [online]. 2011, 12.9.2011 [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/K/Kazuistika

Základní škole ve Valašských Kloboukách žákům na 2. stupni za pomoci učitelů. Za jejich asistence bylo dosaženo toho, aby se vrátilo od žáků co nejvíce dotazníků – návratnost dotazníků byla 97%.

Tabulka 1 Návratnost dotazníků

<i>Dotazníky</i>	Četnost	Relativní četnost (%)
<i>Rozdané</i>	200	100
<i>Vrácené</i>	194	97
<i>Špatně vyplněné</i>	8	4

7 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor byl tvořen žáky 2. stupně Základní školy Valašské Klobouky.

Právní forma této školy je příspěvková organizace, která vykonává činnost základní školy, školní jídelny a školní družiny. Poskytuje základní vzdělávání, školní stravování a zájmové vzdělávání.

V době, kdy jsem prováděla tento výzkum, navštěvovalo 2. stupeň této školy 271 žáků.²³

7.1 Demografické údaje

Věk

Po vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno, že žákům, kteří navštěvují 2. stupeň a vyplnili tento dotazník je průměrně 13 let. Nejmladšímu žákovi mezi dotazovanými bylo 11 let. Nejstaršímu bylo 15 let. Ostatní dotazovaní se pohybovali mezi těmito hodnotami.

Tabulka 2 Věk respondentů

	Chlapci		Dívky	
	Četnost	Relativní četnost (%)	Četnost	Relativní četnost (%)
15 let	18	9,7	11	5,9
14 let	18	9,7	30	16,1
13 let	28	15,1	17	9,1
12 let	23	12,4	29	15,6
11 let	6	3,2	6	3,2

²³ Základní škola Valašské Klobouky. *Základní škola Valašské Klobouky* [online]. [cit. 2014-03-26]. Dostupné z: <http://new.zsvk.eu/>

Počet sourozenců

Dále byl zjišťován počet sourozenců respondentů. Nejvíce sourozenců měl respondent, který jich měl 6, a nejméně měli respondenti, kteří neměli žádného sourozence. V průměru měli respondenti 1,7 sourozence.

Tabulka 3 Počet sourozenců

<i>Sourozenci</i>	Četnost	Relativní četnost (%)
0	15	8,1
1	77	41,4
2	65	34,9
3	18	9,7
4	7	3,8
5	3	1,6
6	1	0,5

Pohlaví

Tabulka 4 Pohlaví

	Četnost	Relativní četnost (%)
<i>Chlapci</i>	93	50
<i>Dívky</i>	93	50

V tabulce je uvedeno, že mezi dotazovanými byl stejný počet chlapců i dívek.

Rodina

Tabulka 5 Stav rodiny

	Četnost	Relativní četnost (%)
<i>Úplná</i>	158	85
<i>Neúplná</i>	28	15

Tabulka 5 ukazuje úplnost rodiny žáků. Poměrně větší zastoupení mají žáci, kteří vyrůstají v úplné rodině.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola je soustředěna na vyhodnocení dotazníku. Jak bylo již výše zmíněno, návratnost vyplněných dotazníků byla výborná. Z vrácených dotazníků bylo 8 dotazníků vyřazeno, protože byly špatně vyplněné a nebylo možné je vyhodnotit.

Tato část bude mít strukturu, která odpovídá struktuře výše uvedených výzkumných otázek.

8.1 Výzkumná otázka č. 1

Vykazují žáci 2. stupně ZŠ rysy úzkosti?

Tabulka 6 Celkové skóre

<i>Soubor</i>	Průměrné celkové skóre
11 – 15 let	68,2

Z tabulky lze vyčíst, že v souboru žáků ve věkovém rozmezí 11 let až 15 let, jsou průměrné hodnoty nižší, než hranice úzkosti, která je stanovená v pravidlech pro vyhodnocení použitého testu. Tato hranice je 76,0 pro děti ve věku 12 – 15 let. V mém souboru bylo 64 dětí, které v době vyplňování dotazníku dosahovaly věku 11 nebo 12 let. Ostatní děti spadaly do věkového rozmezí 12 – 15 let.

8.2 Výzkumná otázka č. 2

Postihuje úzkost více dívky nebo chlapce?

Tabulka 7 Interpohlavní rozdíly v rámci celkového skóre

Věk	Chlapci	Dívky
15 let	63,1	67,2
14 let	65,5	72
13 let	63,6	71,1
12 let	70,2	69,7

11 let	65,2	76
---------------	------	----

Výše uvedená tabulka ukazuje rozdíly průměrného celkového skóre mezi pohlavími. V jednotlivých skupinách byly hodnoty průměrného skóre zvýšené pouze u chlapců ve věku 15 let, což svědčí o tom, že v tomto zkoumaném souboru jsou jedinci více náchylní k úzkosti. Také děvčata ve věku 11 let mají vyšší dosaženou hodnotu, takže jsou více úzkostlivé.

8.3 Výzkumná otázka č. 3

Je u respondentů stejnoměrný výskyt jednotlivých typů úzkosti? Je více zastoupen u respondentů některý typ úzkosti?

Tabulka 8 Jednotlivé oblasti škály

	Chlapci			Dívky		
	K	S	T	K	S	T
15 let	20,9	24,1	18,1	23,9	24,1	19,2
14 let	21,2	23,1	21,2	25,8	26,3	20
13 let	22,6	23,2	17,8	24,6	26,4	20,1
12 let	23,3	25,9	21	23,5	26,8	19,4
11 let	20	26	19,2	27,2	26,8	22

Z výsledků výše uvedených je zjevné, že u 15 letých a 12 letých chlapců v oblasti sociální úzkosti je hodnota mírně vyšší. Tento soubor má tedy vyšší strach z různých sociálních situací. Může to být strach z toho, že se mu budou ostatní posmívat nebo z vlastního selhání apod. Dále jsou mírně zvýšené hodnoty v této oblasti u děvčat ve věku 11 let až 14 let. Také lze zde vyčíst, že u děvčat ve věku 11 let je mírně zvýšená hodnota u klasických fobií. Neboli tato kategorie má zvýšený strach z klasických událostí, které mohou v běžném životě nastat. Jedná se o situace, jako jsou např. bouřka, tma, výška apod. Ostatní hodnoty jsou nižší.

8.4 Výzkumná otázka č. 4

Ovlivňuje úplnost a neúplnost rodiny výskyt úzkosti u žáků?

Tabulka 9 Vliv stavu rodiny na výskyt úzkosti

	Věk	Chlapci				Dívky				CS
		K	S	T	CS	K	S	T	CS	
Úplná	15	21,4	24,3	18,7	64,4	23,9	24,1	19,2	67,2	68
	14	21,2	23,1	21,2	65,5	25,8	26,3	20	72	
	13	22,8	23,3	17,7	63,8	24,6	26,4	20,1	71,1	
	12	23,3	25,9	21	70,2	23,4	27	19,8	70,2	
	11	20,2	25,8	19	65	27,2	26,8	22	76	
Neúplná	15	17,7	22,3	14,3	54,3	23,5	31	26,5	81	68,4
	14	19,7	23,3	18,7	61,7	30	30,5	22,7	83,2	
	13	23	22,5	18,3	63,8	0	0	0	0	
	12	16,3	21	18,7	58	25,7	27,8	19,5	73	
	11	19	27	20	66	0	0	0	0	

Zde je možné posoudit, zda jsou děti z neúplné rodiny více úzkostliví než děti z úplné rodiny.

Celkové skóre respondentů z úplných rodin je nižší a nepoukazuje na to, že by měli tito respondenti být více zatížení úzkostí. Celkové skóre žáků z neúplných rodin je vyšší než žáků z úplných rodin, ale i přesto je stále tato hodnota v pořádku.

Celkové skóre ukazuje, že u chlapců není v podstatě žádný rozdíl v úzkostlivosti mezi chlapci vyrůstajícími v úplné rodině a v neúplné rodině. Naopak u 15-ti letých chlapců v úplné rodině je skóre mírně vyšší a dokazuje, že jsou více úzkostliví. U dívek jsou výsledky následující. V úplných rodinách jsou hodnoty u dívek pod hranicí vyšší náchylnosti k úzkosti. Dívky z neúplných rodin mají hodnoty vyšší než dívky z rodin úplných, ale stále jsou tyto výsledky nižší, než jsou hodnoty uvedené v orientačních údajích k vyhodnocení tohoto dotazníku.

V tabulce jsou patrné rozdíly v jednotlivých oblastech. První se zaměřím na rozdíly mezi chlapci vyrůstajícími v úplných a neúplných rodinách. Hodnoty u klasických fobií jsou nižší, než je hranice v orientačních údajích pro vyhodnocení

tohoto dotazníku. Mezi těmito hodnotami dosahují vyšších hodnot děti z úplných rodin. U dětí žijících v úplných rodinách jsou zvýšené hodnoty sociálních fobií u chlapců ve věku 12 a 11 let. Tato skupina chlapců je tedy více náchylná k úzkosti. U dětí z neúplných rodin mají zvýšené hodnoty pouze respondenti, kteří se nacházejí ve věkové skupině 11 let. Rozdíly mezi hodnotami v oblasti trémy jsou nepatrné. V obou případech, ať se jedná o chlapce z úplných rodin nebo z neúplných rodin, jsou hodnoty nižší, než se udávají v tabulkách pro vyhodnocení dotazníku KSAT.

U dívek jsou výsledky následující. V oblasti klasických strachů mají dívky z neúplných rodin ve věkové skupině 14 let vyšší dosažené hodnoty než dívky z úplných rodin. V oblasti sociální anxiety je orientační skóre mírně zvýšené u dívek z úplných rodin, které jsou ve věkové skupině 11 až 14 let. Jen skupina dívek ve věku 15 let má orientační skóre nižší než je uvedeno v tabulkách pro vyhodnocování. Dívky žijící v neúplných rodinách mají hodnoty vyšší než hodnoty, které jsou orientační při vyhodnocování. Z tohoto lze vyčíst, že dívky žijící v neúplných rodinách jsou více náchylné k sociální úzkosti než dívky žijící v úplných rodinách. Rozdíly v oblasti trémy mezi těmito dívkami jsou následující. Pouze ve věkové kategorii 15 let v neúplných rodinách jsou hodnoty mírně zvýšené. Zbývající kategorie dosahují nižších hodnot, a proto se nedá říci, že by v této oblasti měl život v úplných nebo neúplných rodinách zásadní vliv na dívky.

8.5 Výzkumná otázka č. 5

Ovlivňuje výskyt úzkosti u žáků počet sourozenců?

Tabulka 10 Počet sourozenců

Sourozenci	Věk	Chlapci				Dívky				CS
		K	S	T	CS	K	S	T	CS	
0	15	16,5	22	15	53,5	0	0	0	0	68
	14	16	21	16,5	53,5	25,3	24	19	68,3	
	13	24	30	23	77	22	25	17,5	64,5	
	12	22,3	24,3	21	67,7	20	19	12	51	
	11	23	26	22	71	0	0	0	0	

1	15	19,9	24,3	18,4	62,5	21,3	22,2	19,3	62,8	68,4
	14	20	23,4	19,6	63	25,8	25,1	18,8	69,7	
	13	23	23	16,8	62,8	24,2	23,3	16,8	62,8	
	12	23,6	24,6	21,4	69,6	22,5	26,	18,7	67,2	
	11	14	24	16	54	27	29	20,5	76,5	
2	15	24,3	24,7	19	68	27,5	26	20,3	73,8	68,4
	14	21,9	23,2	22,4	67,6	25,4	28,1	20,1	74,1	
	13	24,2	26	17,7	67,8	28	30,7	22,8	81,5	
	12	24,4	27,4	19,7	71,6	23,6	26,6	20,4	70,6	
	11	19,5	29	22,5	71	27,3	25,8	22,8	75,8	
3	15	20	23	13	56	0	0	0	0	68,1
	14	26	24	24,5	74,5	27	28,5	24	79,5	
	13	19,3	14,7	14,3	48,3	25	37	22	84	
	12	22,3	27	24	73,3	25,8	31,5	18,8	76	
	11	22	24	16	62	0	0	0	0	
4	15	18	25	22	65	25	28	14	67	68,6
	14	0	0	0	0	0	0	0	0	
	13	22	26,5	21,5	67	17	19	11	47	
	12	19	28	17	64	32	39	32	103	
	11	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	63,7
	14	0	0	0	0	27	30	27	84	
	13	17	28	30	75	19	19	19	57	
	12	0	0	0	0	0	0	0	0	
	11	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	15	0	0	0	0	0	0	0	0	44
	14	0	0	0	0	0	0	0	0	
	13	0	0	0	0	0	0	0	0	
	12	0	0	0	0	17	15	12	44	
	11	0	0	0	0	0	0	0	0	

Výše zobrazená tabulka obsahuje průměrné hodnoty, které podávají informace o tom, jak jsou úzkostliví jedinci, kteří mají daný počet sourozenců. V tabulce jsou respondenti rozdělení do skupin podle toho, kolik mají sourozenců a podle jejich věku.

Celkové skóre

Průměrné hodnoty celkového skóre nejsou zvýšené, neboli jsou pod hranicí hodnoty, která je daná jako orientační údaj k vyhodnocování tohoto testu.

Počet sourozenců 0

Průměrné celkové skóre u jedinců, kteří nemají žádného sourozence je u chlapců ve věku 11 a 13 let zvýšené, a proto tato skupina má tedy zvýšenou míru náchylnosti k úzkosti. Hodnota průměrného celkového skóre u dívek je nižší než je hraniční hodnota uvedená v orientačních údajích pro vyhodnocování KSAT.

V jednotlivých oblastech jsou výsledky následující. Hodnoty týkající se oblasti klasických strachů nejsou zvýšené. Proto ani chlapci, ani dívky nemají zvýšenou přecitlivělost na tyto strachy.

Vyhodnocení oblasti sociální úzkosti je následující. U chlapců ve věkové skupině 11, 12 a 13 let jsou tyto výsledky zvýšené a chlapci v této skupině prožívají tyto strachy průměrně více než ostatní. Naopak dívky, které nemají žádné sourozence, mají hodnoty pod hranicí, která je dána v materiálech pro vyhodnocování této škály. Tedy úzkost na situace této oblasti není zvýšená a situace, ve kterých se mohou nacházet, jim nedělají větší obtíže.

Poslední oblast, která se v této škále vyhodnocuje, je oblast nazývaná se tréma. Chlapci, ani dívky nemají zvýšené průměrné skóre pro jednotlivé skupiny a tudíž nemají větší problémy s např. vystupováním na veřejnosti apod.

Počet sourozenců 1

Další skupinou, která je v tabulce uvedená, jsou respondenti, kteří vyrůstají v rodině společně s jedním sourozencem. Jejich celkové průměrné skóre není zvýšené, náchylnost k úzkosti tedy není zvýšená a je v normě.

Hodnoty oblasti klasických strachů se vyskytují v normě i u chlapců, i u dívek. Tedy nemají větší problémy s vyrovnáním se takových situací, které se řadí mezi klasické strachy, jako jsou např. požár, strach z výšek apod.

Sociálně situační anxieta je v této skupině zvýšená u chlapců ve věku 11 let až 13 let. U dívek ve věku 15 let skóre mírně zvýšené. Dále dívky ve věkové skupině 12 let až 14 let jsou zvýšené více než skupina dívek ve věku 15 let.

Hodnoty, které se týkají trémy, nejsou zvýšené ani u dívek, ani u chlapců.

Počet sourozenců 2

Jedná se o skupinu, ve které mají jedinci 2 sourozence. Tato skupina je rozdělena podle věku, tak jak tomu bylo i u výše zmíněných skupin.

Celkové průměrné skóre jedinců nacházejících se v této kategorii je zvýšené u chlapců ve věkové kategorii 11 let, 12 let a 15 let. Z toho u 15 letých chlapců je toto skóre zvýšené více než u chlapců 11 a 12 letých. U dívek jsou průměrné hodnoty zvýšené pouze mírně a to u věkové kategorie 13 let.

Průměrné hodnoty oblasti klasických strachů je u chlapců v normě. U dívek je tato průměrná hodnota zvýšená u respondentů, kteří se nacházejí ve věkové skupině 11 let, 13 let a 15 let.

Sociální anxieta u této skupiny respondentů je zvýšená u chlapců ve věku 11 let až 13 let. Dále jsou mírně zvýšené hodnoty u dívek ve věku 11 let, 13 let a 15 let.

Průměrné hodnoty, které vypovídají o tom, jak žáci prožívají trému, nejsou u dívek, ani u chlapců zvýšené. Jsou v normě.

Počet sourozenců 3

Celkové průměrné skóre u respondentů, kteří mají 3 sourozence, je u pouze u dívek ve věku 13 let mírně zvýšené.

V kategorii klasických strachů jsou průměrné hodnoty dívek i chlapců nižší. Čili tyto strachy nečiní respondentům větší obtíže a dokáží se s nimi vyrovnat.

Průměrné hodnoty v oblasti sociálně situační anxiety jsou u chlapců ve věku 12 let a také u dívek ve věku 12 let až 14 let zvýšené. Tzn., že těmto jedincům, různé

situace, které patří do oblasti těchto úzkostí, mohou způsobovat určité potíže s jejich zvládnutím.

Výsledky v oblasti trémy nejsou zvýšené, nacházejí se v normě.

Počet sourozenců 4

Celkové skóre u respondentů, kteří mají 4 sourozence, je u 15 letých chlapců a také u dívek ve věku 12 let zvýšené.

Průměrné hodnoty u klasických strachů jsou zvýšené pouze u dívek ve věku 12 let. Průměrné hodnoty ostatních respondentů jednotlivých věkových skupin jsou nižší, než je hodnota udávaná v materiálech pro vyhodnocení tohoto testu.

Průměrná hodnota sociálně situační anxiety je zvýšená u chlapců věkové kategorie 12 let, 13 let a 15 let. A také je tato hodnota zvýšená u skupiny dívek ve věku 15 let a 12 let.

Tréma se vyskytuje u skupiny 12-ti letých dívek.

Počet sourozenců 5

Do této skupiny jsou zařazeni respondenti, kteří vyrůstají společně s dalšími 5 sourozenci. I když respondentů v této skupině není mnoho, výsledky jsou následující.

Průměrné celkové skóre je zvýšené pouze u skupiny chlapců ve věku 13 let. Ostatní hodnoty skupin chlapců, i dívek jsou nižší a tudíž se nacházejí v normě. Oblast klasických strachů nemá průměrné hodnoty zvýšené žádná skupina respondentů.

V sociálně situační oblasti tohoto testu mají orientační skóre zvýšené pouze skupiny chlapců ve věku 13 let a také skupina 14-ti letých dívek.

Poslední oblast je zaměřená na trému. V této oblasti jsou zvýšené výsledky u kategorie chlapců, kterým je 13 let a u dívek ve věku 14 let.

Počet sourozenců 6

V této skupině byl pouze jeden respondent, který vyrůstá ještě s dalšími 6 sourozenci. Jeho výsledky byly následující. Jak celkové průměrné skóre, tak i

průměrné skóre ve všech třech oblastech byly nižší, než je uváděná hranice hodnoty pro vyhodnocení tohoto testu.

8.6 Shrnutí výzkumných otázek

Z výše uvedených výsledků je patrné, že skupina respondentů, kteří vyplnili tento dotazník, nejsou více náchylní na úzkost. Tedy odpověď na výzkumnou otázku č. 1 je záporná.

Z vyplněných dotazníků jsem zjistila, že mezi dotazovanými se dle daných výsledků objevují skupiny, které jsou více náchylné na úzkost. Tyto skupiny dotazovaných se objevují jak mezi chlapci, tak i mezi dívkami. Jelikož mezi chlapci měla skupina 15 letých zvýšené skóre a mezi dívkami to byla skupina 11 letých. Proto je z těchto výsledků patrné, že odpověď na výzkumnou otázku č. 2 je, že úzkost se ve stejné míře vyskytuje u chlapců i dívek.

Žáci 2. stupně ZŠ hůře prožívají situace, které jsou zahrnuty do oblasti sociální anxiety. Situace, které spadají do klasických strachů nebo trémy žákům nezpůsobují takovou úzkost jako situace sociálně situační. Dětem dělá větší potíže představit si, že by měli čelit vlastnímu selhání nebo tomu, že by se jim druzí měli posmívat. Odpověď na výzkumnou otázku č. 3 je tedy záporná a více se u respondentů vyskytuje sociálně situační anxiety než klasické strachy nebo úzkost.

Zda vyrůstá jedinec v úplné rodině nebo v neúplné rodině, dle výsledků výzkumu, nehraje příliš velkou roli. Skupina respondentů žijící v úplné rodině měla nepatrně nižší průměrné celkové skóre než skupina jednotlivců, kteří žijí v neúplné rodině. Ovšem, ani jedna skupina se nenachází v hodnotách, které by ukazovaly na větší náchylnost k horšímu prožívání situací, které mohou vyvolávat úzkost. Odpověď na výzkumnou otázku č. 4 je tedy záporná. Úplnost nebo neúplnost rodiny neovlivňuje výskyt úzkosti u žáků.

Podle výsledků v tabulce 10, je patrné z celkového průměrného skóre, že hodnoty nejsou zvýšené. A tudíž je možno konstatovat, že podle těchto výsledků by nemělo záležet na tom, zda jedinec nemá žádného sourozence nebo jich má více. Ovšem hodnoty u vyššího počtu sourozenců (5 a 6 sourozenců) jsou nižší, než jsou hodnoty u ostatních skupin. Tedy by bylo možno z toho výzkumu soudit, že jedinec, který vyrůstá z více sourozenci má menší potíže s prožíváním určitých

situací, které mohou vyvolávat úzkost. Odpověď na výzkumnou otázku č. 5 je tedy kladná.

Celkově je možné shrnout, že žáci celkově nejsou více náchylní na situace, které mohou vyvolávat úzkosti. Ale jak je patrné z výsledků, nejvíce mají obavy ze situací, které jsou sociálně situační. Neboli mají strach z vlastního selhání, že se jim mohou ostatní posmívat, nebo že přijdou o své přátele. Což pro žáky, kteří se nacházejí ve věkovém rozpětí 11 let až 15 let může být velmi namáhavé. Může se to projevovat také v jejich psychice. Proto by bylo dobré, kdyby byla žákům věnována ve škole péče nejen v poskytování informací, ale také psychologická péče.

Jedinci, kteří mají pocit, že potřebují pomoc od někoho dospělého, mají možnost vyhledat radu o výchovného poradce, který by měl být proškolen v psychologické problematice. Ale najdou se jedinci, kteří si své problémy nechtějí připustit nebo se za ně stydí, a proto nikoho nevyhledají a „dusí“ to v sobě. Dle mého názoru by bylo dobré, kdyby ve škole probíhali pravidelně třídnické hodiny nebo hodiny, na které by byl pozván i výchovný poradce a přednášeli žákům o této problematice. A zkoušeli s nimi různé hry na uvolnění, používali by formu duševní hygieny, která pro děti může být velmi uvolňující a může jim i pomáhat.

8.7 Kazuistika

Následující část je věnována dvěma kazuistikám. V těchto případových studiích jsou popsány 2 úzkostné situace a jejich řešení.

První kazuistika popisuje dívku, která se straní společnosti a spíše vyhledává samotu. Dívka navštěvuje základní školu a tento problém ji ve velké míře zasahuje nejen do osobního života, ale také do školního života. Proto za pomoci rodičů vyhledala pomoc psychologa, kterého navštěvuje do dnešní doby.

Druhá případová studie je zaměřena také na dívku, ale tato dívka má problém se psy. Jelikož před nějakým časem ji pokousal pes, má do dnešní doby z nich strach. Tato událost jí ovlivnila natolik, že odmítala sama chodit na ulici, aby tam nepotkala volně se potulující psy.

Oba případy jsou sestaveny za pomoci zmíněných dívek a jejich rodičů. Pro zachování jejich anonymity, byla jména i data dívek i jejich rodičů a příbuzných změněna.

8.7.1 Kazuistika č. 1

Jméno: Anička

Rok narození: 2003

Problém: Dívka je méně průbojná, straní se svým spolužákům, nevyhledává společnost ostatních. Je spíše samotářská a „bojí“ se kontaktu s ostatními lidmi.²⁴

Rodinná anamnéza:

Matka – T.V., narozena 1978, vyrůstala s rodiči a jednou sestrou ve Slavičíně, v 15 letech odešla na internát do Zlína, kde začala studovat Střední zdravotnickou školu. V 18 letech se seznámila s budoucím manželem a otcem svých dětí. Na střední škole prospívala bez problémů. Po maturitě se vrátila zpět k rodičům a nastoupila do zaměstnání do místní nemocnice, kde zůstala až do otěhotnění. Dítě nebylo plánované, ale i přesto bylo chtěné. Po ukončení mateřské dovolené nastoupila zpět do nemocnice jako zdravotní sestra, kde pracuje doposud.

Otec – R.V., narozen 1973, bydlel ve Valašských Kloboukách s rodiči, jednou sestrou a jedním bratrem. Vystudoval Střední odborné učiliště, obor Automechanik. V 18 letech odešel od rodičů, žil s kamarádem v bytě ve Zlíně. Zde si také našel pracovní místo v autoservisu. Po zaměstnání rád vyrážel v nočních hodinách za zábavou. Za tímto účel navštěvoval různé zábavní podniky (bary, kluby apod.), kde si společně s kamarády zlepšovali náladu pomocí alkoholu. Ve 23 letech se v jednom baru seznámil se svou budoucí manželkou a matkou svých dětí. Po prvním roce jejich vztahu ukončil způsob života, kterým žil doposud. Jakmile jeho přítelkyně otěhotněla, odstěhoval se za ní k jejím rodičům. Našel si nové pracovní místo v autoservisu.

²⁴ Při otázce na diagnosu byla rozhozená. Sama si diagnosu pouze odvozuje a snaží se informace vyhledávat i na internetu. Psycholog, kterého navštěvují, se je snažil obeznámit se stavem dívky, ale diagnosu jim do dne rozhovoru nesdělil.

Sourozenci – bratr, který se narodil v roce 2000, byl chtěné dítě. Otec po synovi vždy toužil, a proto chlapce preferuje. Je na syna hrdý, i když má ve škole problémy s chováním a prospěchem. Se sestrou si moc nerozumí, chlapec je extrovert a rád se na sestru povyšuje. Vztah mezi nimi je spíše chladný.

Rodiče – po narození syna žili u rodičů matky. Nevyskytovali se zde větší potíže v soužití. Ale i přesto se po roce přestěhovali do vlastního bytu. Po třech letech se jim narodila dcera, která byla chtěná. Matka se snažila neupřednostňovat jedno dítě před druhým, ale otec byl opak. Syna velmi upřednostňoval a vyzdvihoval ho, kde jen mohl. Dcera se cítila odstrčená a nemilovaná od otce. Proto nastali mezi rodiči rozepry, které mezi nimi vyvolávaly časté hádky. První se snažili, aby o těchto hádkách děti nevěděli, ale později už to nešlo a hádali se před dětmi. Chlapec tyto rozepry řešil útekem ven za kamarády a vracel se až k večeru. Dcera je řešila skrýváním se v pokoji a izolováním se. Matka se proto rozhodla podat žádost o rozvod. Před 3 lety se rodiče rozvedli. Nyní děti žijí společně s matkou v bytě a otec se od nich odstěhoval. Snaží se i přesto je pravidelně navštěvovat a každý druhý víkend tráví děti u něj.

Osobní anamnéza:

Průběh těhotenství – bylo plánované a chtěné, zjištěné v prvním trimestru, matka po zjištění těhotenství se vyhýbala zakouřenému prostředí a alkoholu. Chodila na pravidelné těhotenské prohlídky a vyšetření, která jí byla naordinovaná. Matka žila společně s otcem a jejich prvním dítětem.

Porod – porod proběhl v 41. týdnu. Matka doma přestala cítit pohyby plodu, a proto vyhledala gynekologa, který ji okamžitě poslal do porodnice, tam ji byl vyvolán porod a dítě se později narodilo s omotanou pupeční šňůrou kolem krku. Naštěstí, díky pohotovosti matky, bylo i přes tuto komplikaci dítě bez funkčních nálezů, porodní hmotnost byla normální, dítě bylo kojeno až do 1,5 roku. S matkou bylo dítě propuštěno domů po 5 dnech hospitalizace.

Šestinedělí – matka i dítě bez potíží

Zdravotní stav dítěte – Dívka si prošla běžnými dětskými nemocemi, jako jsou neštovice, spalničky, trpěla záněty středního ucha a častými záněty HCD. Očkována je dle předpisu, jak mají očkování probíhat.

MŠ – navštěvovala od svých 3 let, protože matka se po mateřské dovolené vrátila zpět do zaměstnání.

ZŠ – nyní navštěvuje 6. třídu, od počátku povinné školní docházky nemá problémy s prospěchem. I když je introvert, učitelé si všimli, že více zdrženlivá, bojácná, méně průbojná apod. než ostatní děti. O přestávkách radši sedí v lavici a čte si, než aby si hrála se spolužáky. Spíše se jim straní. Pokud je ve škole vyvolána před tabulí nebo má přednášet před ostatními dětmi, trpí trémou. Také ji dělají problémy rozhovory se staršími výše postavenými jedinci např. ředitel školy.

Mimoškolní činnost – navštěvuje místní Základní uměleckou školu, kde se učí hře na klavír. A také navštěvuje kroužek, který se věnuje disco tancům.

Kamarádi – nejvíce se stýká se svojí sestřenicí, která je v jejím věku a je více průbojná a energická. Jelikož se bojí vůbec vyjádřit svůj názor, vybírá si za kamarády spíše osoby podobné své sestřenici. Ale pokud si může vybrat, tráví svůj čas radši sama v „bezpečí“ domova.

Zájmy – četba, hry na počítači, sport (spíše individuální než kolektivní) – např. cyklistika, kolečkové brusle, plavání, apod.

Charakter, vlastnosti – dívka je introvert, plachá, bojí se kritiky, velmi dobrosrdečná, tichá, pořádku milovná, bojácná, zdrženlivá, neprůbojná, milá

Současný stav:

Matka se stará o obě své děti. Pomáhá jim s přípravou do školy a snaží se uspokojit jejich potřeby a zároveň i své. Pokud nastane problém a matka musí do práce na noční apod., pomáhá otec nebo prarodiče, kteří se snaží pomáhat svým vnoučatům, ať se jedná o rodiče matky či rodiče otce. Rodiče se i přes rozpad manželství snaží stále udržovat rodinné vztahy, aby děti měly určitou jistotu a věděly, že se na ně mohou vždy obrátit, pokud budou mít problém. Dívka pravidelně navštěvuje výchovného poradce ve škole, který jí pomáhá překonat obtíže. Dále za doprovodu matky navštěvuje jednou týdně psychologa. Jelikož dívka se snaží již skoro rok řešit své potíže, má jistou naději, že svou úzkost překoná a bude žít „normální“ život. Za dobu léčení se její stav poměrně zlepšil. V současné době má další kamarádky, se kterými chodívá někdy ven, i když stále

v sobě z toho cítí úzkost, kterou se snaží potlačit. I když dívka čekala, že léčba bude rychlejší, je spokojená s dosavadním průběhem a doufá, že se to bude i nadále zlepšovat. I s bratrem si začala více rozumět a už se tak nehádají jako dřív.

Problémy dítěte:

Přechod z mateřské školy do základní školy byl hodně obtížný, začala být méně průbojná, více se stranila svým spolužákům, prožívala trému, když měla mluvit před třídou. Vyskytovaly se i další podobné projevy, které učitelé i rodiče přisuzovali právě změně, kterou prodělala. Poté se to začalo trochu zlepšovat a nikdo tomu proto nevěnoval pozornost, protože se domnívali, že se adaptovala v novém prostředí. Anička byla vždy považována za introvertní. Ovšem jakmile začali rozepře mezi rodiči, začala se projevovat ještě uzavřeněji. Uzavírala se sama do sebe a nechtěla chodit ven se svými vrstevníky. Školu ovšem navštěvovala poctivě, i když věděla, že o přestávkách se s ní budou děti chtít bavit, vždy měla vymyšlenou nějakou výmluvu, aby se tomuto rozhovoru vyhnula. Postupně jí přestali ostatní vyhledávat. Toho si začali všimnout učitelé. Také matka začala pozorovat, že je raději doma zavřená v pokoji, než aby šla ven s kamarádkami. Jakmile se matka dozvěděla o situaci ve škole, byla jí doporučena návštěva výchovného poradce ve škole. Proto si domluvila s ním setkání. Poradce doporučil návštěvu psychologa, který jim dál poradí. Matka domluvila dceři schůzku s psychologem, který ji doporučil pravidelné návštěvy, jelikož tato situace byla podchycena poměrně včas a dívka měla teprve počáteční projevy. Anička proto navštěvuje psychologa jednou týdně, který s ní i nadále pracuje a snaží se jí pomoci. A také se snaží na sobě pracovat sama a bojovat s úzkostí, která jí provází, pokud má jít ven s kamarády nebo když má jít do školy, kroužků apod.²⁵

Závěr:

Na dívku měl rozvod rodičů silný dopad a ona sama se s tím těžko vyrovnávala. Ale dívka je velmi statečná a nyní se snaží s těmito problémy

²⁵ Při vyprávění matky bylo znát, že se o stav své dcery zajímá. Matka působí vyrovnaným dojmem, ale bylo zřejmé, že tato situace jí velmi trápí. Jako zdravotní sestra se jí snaží chápat, i když je to někdy náročné.

bojovat. Je pravděpodobnost, že i přes mírné úzkosti, které ji mohou provázet, bude schopna žít v budoucnu celkem „normální“ život. Ovšem záleží na ní, zda bude i nadále vytrvalá ve svém boji se strachem, nebo danou situaci vzdá a bude žít se svým problémem i v budoucnu.

8.7.2 Kazuistika č. 2

Jméno: Bára

Rok narození: 2001

Problém: Po útoku psa se dívka bojí chodit sama po ulici, aby nepotkala toto zvíře volně puštěné. Omezuje to nejen její osobní život, ale také školní – posttraumatická stresová porucha.²⁶

Rodinná anamnéza:

Matka – M. T., narozena 1976, žila s rodiči a 2 bratry v rodinném domě ve Vlachovicích, kde navštěvovala 9 let základní školu (ZŠ), poté byla přijata na Gymnázium ve Valašských Kloboukách, které zdárně zakončila maturitou, nastoupila na Pedagogickou fakultu Masarykovy univerzity v Brně, kde vystudovala obor Učitelství pro 1. stupeň. V průběhu studia na vysoké škole se seznámila se svým přítelem, se kterým po roce vztahu začala bydlet. Po ukončení studia se i s přítelem vrátili zpět do rodného bydliště, kde si našla zaměstnání jako učitelka prvního stupně ZŠ, kde pracovala 2 roky, když s přítelem otěhotněla a poté nastoupila na mateřskou dovolenou.

Otec – L. T., narozen 1976, vyrůstal s rodiči, 1 bratrem a 2 sestrami v rodinném domě ve Valašských Kloboukách. Zde navštěvoval ZŠ, po absolvování povinné školní docházky nastoupil ke studiu na Gymnázium ve Zlíně, kde celé 4 roky, které zde studoval, bydlel na internátu. Po úspěšném absolvování maturitní zkoušky byl přijat ke studiu na Lékařské fakultě Univerzity Masarykovy v Brně, kde úspěšně vystudoval obor Stomatologii. V průběhu studia se seznámil se svou partnerkou, s kterou se po zdárném absolvování této školy, odstěhoval zpět do

²⁶ Diagnosa byla rodičům sdělena před nedávnou dobou. Na matce bylo znát, že je ráda, že zná problém své dcery. Společně s otcem se snaží dceru podporovat. Zajímají se o její stav a pravidelně s ní chodí na sezení.

svého bydliště. Jakmile získal potřebnou praxi, založil si svou vlastní stomatologickou ordinaci. Během budování vlastní praxe, jeho přítelkyně otěhotněla.

Sourozenci – 2 sestry, obě jsou mladší. První sestra J. T. se narodila o 2 roky později v roce 2004, byla chtěné dítě, navštěvuje stejnou základní školu jako sestra. Nejsou s ní větší problémy, ve škole se snaží a prospívá velmi dobře.

Druhá sestra V. T. se narodila v roce 2009. Nyní navštěvuje mateřskou školu (MŠ), kde má hodně kamarádů. V MŠ s ní nejsou žádné problémy, dívka je svědomitá, přátelská a hodná.

Všechny sestry si celkem dobře rozumí, ovšem dvě starší sestry si rozumí o něco více, protože už navštěvují ZŠ a mají trochu jiné zájmy než nejmladší dívka. Samozřejmě jsou mezi všemi třemi rozepře, tak jako v každé další rodině. Ale pokud se jedná o jejich vztah, hodnotila bych ho jako velmi vřelý.

Rodiče – rodiče se po zjištění prvního těhotenství vzali a dodnes žijí ve spokojeném manželství. Po vrácení se do svého bydliště si společně našli byt, kde spolu vychovávali své první 2 dcery, poté si postavili svůj vlastní dům, do kterého se později ještě narodila třetí dcera. Rodiče se snaží své dcery vychovávat svědomitě a tak, jak si myslí, že je to nejlepší. Nebrání svým dcerám vodit si domů kamarády a nepoužívají žádné fyzické tresty. Ve výchově se doplňují, a pokud se v nějaké situaci rozcházejí, snaží se najít kompromis, který je podle nich nejlepším řešením. Pravidelně jezdí s dětmi na návštěvu k prarodičům. Matka se po ukončení mateřské dovolené opět vrátila do místní základní školy, kde i nadále vyučuje děti na prvním stupni. Otec i nadále vlastní soukromou praxi.

Osobní anamnéza:

Průběh těhotenství – těhotenství bylo plánované a chtěné, zjištěné v 7. týdnu, matka dodržovala životosprávu a nepožívala žádný alkohol a snažila se vyhýbat zakouřenému prostředí. Pravidelně docházela na těhotenské prohlídky a absolvovala všechna naordinovaná vyšetření. V průběhu těhotenství se nevyskytly žádné potíže. Matka žila s otcem, se kterým v době očekávání miminka uzavřeli manželství.

Porod – porod proběhl v 38. týdnu, porodní hmotnost byla přes tři kilogramy, dítě bylo bez funkčních nálezů, vyskytla se u něj novorozenecká žloutenka. Matka dítě kojila do 1 roku. Společně s dítětem je propustili po 5 dnech domů z nemocnice.

Šestinedělí – u matky, ani u dítěte se nevyskytovaly žádné potíže.

Zdravotní stav dítěte – u dívky se nevyskytovali žádné závažnější choroby. Prodělala běžné dětské choroby, jako jsou např. neštovice apod. Často prodělávala bronchitidy, později jí bylo diagnostikováno astma bronchiale. Pravidelně dochází na preventivní lékařské kontroly. Také je pravidelně očkována.

MŠ – i když byla matka na mateřské dovolené s její mladší sestrou, začala mateřskou školu navštěvovat ve 4 letech. Bylo to z důvodu toho, aby si zvykla na určitý režim a začlenila se mezi děti.

ZŠ – nyní navštěvuje 7. třídu, protože měla roční odklad povinné školní docházky. Na prvním stupni patřila mezi premianty třídy, po přestupu na druhý stupeň ZŠ patří mezi průměrné žáky. Povahově je spíše extrovert, ráda se baví s kamarády, ve škole nemá problémy se spolužáky. Problémy ji působí, pokud mají jít v rámci školy nebo výuky ven např. v hodině tělesné výchovy nebo návštěvy divadelního představení.

Mimoškolní činnosti – navštěvuje kroužek sportovních her a gymnastiku.

Kamarádi – jelikož je ráda středem pozornosti, nemá problémy s hledáním přátel. V kolektivu je velmi oblíbená, průbojná a kamarádká. Ráda vyhledává společnost přátel, pokud to jen jde, snaží se s nimi být neustále v kontaktu.

Zájmy – ráda sportuje, ale snaží se provozovat sporty v uzavřených prostorech, dále ráda maluje, poslouchá hudbu, tancuje, čte, sleduje filmy a pomáhá rodičům v domácnosti.

Charakter, vlastnosti – dívka je extrovert, je zábavná, oblíbená v kolektivu, přátelská, obětavá, průbojná, umí projevit svůj názor.

Současný stav:

Rodiče se o své tři dcery starají. Pomáhají jim s přípravou do školy a snaží se uspokojovat svoje potřeby a zároveň potřeby svých dětí. Rodiče jsou s dětmi v neustálém kontaktu. Pravidelně jezdí s nimi na návštěvu ke svým rodičům.

Ovšem Bára se v poslední době snaží těmto návštěvám vyhýbat. Důvodem je, že rodiče bydlí na venkově, kde volně pobíhají volně psi. Bára má ze psů panický strach. Pravidelně navštěvuje psychologa, který jí pomáhá překonat tento strach. Sezení probíhají pravidelně, dříve to bylo jednou týdně, nyní jsou jejich setkání po dvou týdnech. Snaží se se svým problémem bojovat. Pokud jde ven, musí s ní někdo pokaždé jít, ale v současné době jí stačí přítomnost jen přátel. Přátelé se jí snaží chápat a pomáhat jí. Ve škole byli učitelé seznámeni s jejím problémem a poté upozornili i její spolužáky na situaci, ve které se dívka nachází. Proto nikdy neměla větší problémy ve škole. Nyní do školy dochází za doprovodu mladší sestry nebo spolužáků. Pro odstranění svého problému se snaží dělat vše, co je jí doporučeno a léčbě se nevyhýbá. Snaží se poctivě spolupracovat. Rodiče i ostatní vidí, jak dívka se vzniklou situací bojuje a snaží se jí překonat.

Problémy dítěte:

Před 5 lety měla rodina na zahradě psa. Když šla Bára ven, chtěla ho pohladit, nechtěně kopla do nádoby s jeho jídlem a pes na ni zaútočil. Ošklivě ji pokousal na noze a rukou. Zachránil ji otec, kterému se povedlo psa od ní odtrhnout. Okamžitě svou dceru zavezl do nemocnice, kde byla odborně ošetřena a hospitalizována. Rodiče během hospitalizace nechali psa vyšetřit a následně ho nechali utratit, protože se báli, aby se to neopakovalo. Nikdy si již psa nepořídili. Po návratu domů dodržovala naordinovanou léčbu a postupně se uzdravila. Po ukončení léčby se vrátila zpět do školy. Po rekonvalescenci se zdálo, že dívka kromě jizev, které měla na noze a rukou, nezanechal útok psa na ní žádné jiné následky. Ovšem po čase začala dívka pociťovat nepříjemné pocity po zaslechnutí psiho štěkotu. Poté jí začalo dělat problémy chodit ven sama. Proto ji začal do školy vodit otec nebo matka. Jelikož rodiče o své děti dobře pečují, zpozorovali brzy psychické problémy dívky a včas zajistili péči psychologa. Proto si domluvili schůzku s psychologem. Následně se domluvili na pravidelných sezeních, která dívka pravidelně navštěvovala. Její stav se začal zlepšovat. Psycholog rodičům poradil, aby o daném stavu informovali i školu.. Nyní k němu dochází jednou za dva týdny a snaží se na sobě pracovat, aby se její stav zlepšoval. I když ví, že

strach ze psů úplně nevymizí, doufá, že ji to v budoucnu nebude ovlivňovat více, jak by chtěla.²⁷

Závěr:

Situace, kterou Bára prožila, byla velmi traumatizující. Pravděpodobnost, že by jí tento strach úplně opustil, je mizivá, ale nevzdává se. Věří, že se jí podaří ho alespoň minimalizovat do takové míry, že jen ona bude vědět, co prožívá, když jde po ulici, kde je pes. Také doufá, že se dostane do takové fáze, kdy nebude muset chodit ven s někým, ale bude moct jít sama. Ovšem tohle už záleží pouze na této dívce, zda bude i nadále tak silná a vytrvalá, jako je teď.

²⁷ Na rodičích je znát, že o svou dceru měli velký strach, který přetrvává i nadále.

9 DISKUZE

Jelikož dnešní doba sebou nese spoustu složitostí, je proto obtížné se vyhnout situacím, které mohou vyvolávat úzkost. Proto je praktická část zaměřena na analýzu úzkosti a úzkostných projevů u žáků 2. stupně ZŠ, které bylo provedeno pomocí škálového dotazníku KSAT. Dotazníkům je všeobecně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni. Velmi malou výpovědní hodnotu mají dotazníky neodborně sestavené a nevhodně použité. Data získaná dotazníkem mají vždy jen podmíněnou platnost a vyžadují vždy velmi obezřetnou interpretaci, aby byla odlišena objektivní zjištění od subjektivních soudů (Chráska, 2007). To může ovlivňovat výsledky dotazníků. Ovšem literatura také uvádí, že nespornou výhodou dotazníku je umožnění poměrně rychlého a ekonomického shromažďování dat od velkého počtu respondentů (Chráska, 2007).

Nevýhodou tohoto dotazníku je, že v odborné literatuře se obligatorně rozlišují strach a úzkost. Ovšem Kondáš spolu s dalšími autory, kteří vycházejí z teorie učení, tyto pojmy nerozlišuje. Ve své škále se tedy vyhýbá pojmu úzkost a pojmy strach a úzkost používá alternativně, neboť jde o naučenou odpověď na určité podněty. Pojem *anxieta* používá jako souhrnné označení pro strach, fobie, obavy a úzkost (Svoboda, 1999).

Vedení ZŠ Valašské Klobouky umožnilo provést výzkumné šetření na jejich škole. Zástupkyně ředitele umožnila, aby dotazníky byly rozdány učitelům do jednotlivých tříd. Díky tomuto přístupu byla návratnost dotazníků vynikající, jak v počtu (téměř 100 %), ale i v rychlosti (všechny dotazníky byly vráceny do týdne). Učitelům, kteří testy rozdávali, byly vysvětleny požadavky na vyplnění. Celková spolupráce se školou i žáky byla výborná.

9.1 Vyjádření k výzkumným otázkám

Nejdříve byla položena otázka, zda vykazují žáci 2. stupně ZŠ rysy úzkosti. Z výsledku šetření je zřejmé, že dotazovaní žáci nejsou úzkostí ohroženi. Byl zde předpoklad, že soubor těchto respondentů bude ohrožen úzkostí, jelikož v období

dospívání dochází ke komplexní proměně všech složek osobnosti dospívajícího (Vágnerová, 2000). Ale tato premise se nepotvrdila.

Otázka, zda postihuje úzkost více ženy nebo muže, v tomto šetření byla sporná. Původní domněnka byla, že ženy budou v tomto vývojovém období více náchylné na úzkost. Ovšem v této životní etapě dochází k pohlavnímu dozrávání, které představuje mimořádně obtížnou etapu ve vývoji jak pro dívky, tak i pro chlapce. Její vymezení je také podle kalendářního věku komplikováno různými faktory, jako jsou dřívější nástup zrání u dívek, mezigenerační variabilita, změny v průběhu vývoje společnosti a v neposlední řadě velké interindividuální rozdíly (Vymětal, 2007). Z tohoto důvodu je zřejmé, že úzkost může postihovat chlapce i dívky stejně.

U žáků na 2. stupni se více objevuje typ úzkosti, nazvaný sociálně situační anxieta než zbylé dva typy úzkosti. Jednou z příčin, které mohou vést k této anxiety je pocit osamělosti, kterou podle Melgosa (1999) v době dospívání prožívá 10 až 50 procent mladých lidí. Důvody, které mohou vést k pocitu osamělosti je nejistota. Mladí lidé ve věku mezi 12 a 18 lety se necítí bezpečně, a proto se stahují do určité izolace. V tomto období jsou také běžné pocity méněcennosti. Z toho vyplývá, proč se tyto jedinci obávají situace, kdy jsou středem pozornosti, kdy je někdo posuzuje, nebo když mají pocit, že jsou jiní než druhí. Postupem času se budou cítit spokojenější s tím, jací jsou. Dále to může být neúspěch ve vztazích. Také se mohou tyto jedinci méně účastnit společenských událostí, což může vést též k sociálně situační anxiety.

Další otázka byla, zda úplnost a neúplnost ovlivňuje výskyt úzkosti u žáka. Podle výsledků tento faktor nehraje příliš velkou roli. I když průměrné skóre skupiny jedinců, kteří žijí v neúplných rodinách, bylo nepatrně vyšší než u jedinců žijících v úplných rodinách, stále se hodnota nachází v rozmezí, které neukazuje na větší náchylnost k úzkosti. Podle Melgosa (1999) se v období dospívání situace v rodině podstatně mění. Mnohdy její členy zastihne nepřipravené. Často dochází k nedorozumění mezi rodiči a dětmi. Děti přestávají rodiče respektovat a otevřeně se staví proti jejich názorům. V některých případech se mohou problémy vyhroutit do takové míry, že si rodina s dětmi není schopna poradit. Potom je potřeba vyhledat odbornou pomoc.

I přesto je rodina pro dospívajícího jedince nepostradatelná. Výsledky tohoto šetření, které se týkají stavu rodiny, si vysvětlují následovně. I přes rozpad rodiny jsou děti i nadále v kontaktu s oběma rodiči. Což je pro ně velmi důležité. Pro tyto děti je nesmírně důležité, že se mohou se svými starostmi obrátit na své rodiče, ve kterých by měly mít podporu.

Další otázkou bylo, zda ovlivňuje počet sourozenců výskyt úzkosti. Tato otázka nám má ukázat, zda jsou jedinci s větším počtem sourozenců více úzkostliví. Vychází z domněnky, že děti, které nevyrůstají sami, jsou většinou chráněni svými sourozenci. Ale i opačně, že v případě, že jsou starší, mají ochraňovat své mladší sourozence. Ovšem jedinec, který vyrůstá bez sourozenců, musí spoléhat sám na sebe, a proto se se zátěžovými situacemi, které mohou vyvolávat úzkost, musí vyrovnávat sám. Po provedení tohoto šetření je odpověď na tuto otázku sporná. Ukázalo se, že na počtu sourozenců tolik nezáleží jako na individualitě dítěte.

9.2 Interpretace případových studií

Předcházející kazuistiky předkládají případy dvou dívek, které trpí úzkostnými poruchami. První dívka trpí sociální úzkostí, která může přejít v sociální fobii. Druhá trpí fobií ze psů. Dříve si s nimi hrávala, ale jelikož ji pokousal jejich vlastní pes, začala se jim vyhýbat. Obě dívky navštěvují psychologa, který se jim věnuje a pomáhá jim překonat těžké období pomocí terapie. Tady je viditelné, jak je pro ně nesmírně důležitá odborná pomoc. Samozřejmě velmi důležité je jako první přiznat si svůj problém a mít touhu po jeho řešení.

Nejen pomoc odborníků je pro tyto jedince důležitá. Dále je to také podpora rodiny. Pokud se jedná o dívky uvedené výše, je pro ně pomoc rodiny nezbytná. Rodina by měla být pro zdravého člověka největší opora. Pro člověka, který má psychické problémy, je potom nepostradatelnou součástí léčby. Protože se mu snaží pomoci i v případě, když je bez potíží a pokud nějaké potíže nastanou, snaží se být při nemocném, snaží se ho podporovat a povzbuzovat v „boji“.

Dalšími faktory, které mohou ovlivňovat léčbu, jsou přátelé a okolí. Pokud by jedinec, který se léčí pro psychickou poruchu, setkal s výsměchem, může to vést k jeho uzavření se a neochotě komunikovat s odborníkem, který by mu chtěl

pomoci. Ovšem pokud bude cítit podporu, bude mít motivaci k získání psychické pohody. Proto je nesmírně důležitá i informovanost ostatních, např. pokud se jedná o žáka školy, je důležité seznámit učitele s danou situací. Není dobré odsoudit jedince někým, aniž by věděl, v jaké situaci se ten jedinec nachází.

Ve škole jsou pracovníci, kteří zastávají pozici výchovného poradce. Tento poradce by měl být proškolen, jak postupovat v různých situacích. Také by měl umět poradit dětem, rodičům i učitelům, jak mají s žáky pracovat nebo jak mají řešit záležitosti, se kterými si neví rady. Také mohou být ve školách zaměstnání psychologové, kteří by měli poskytnout odbornější rady.

Pro jedince, kteří se léčí nejen kvůli psychice, ale i ze somatických nemocí, může být nepostradatelnou součástí léčby vlastní motivace léčeného.

Určitě by se dalo vyjmenovat mnoho dalších faktorů, které jsou nepostradatelné při řešení problému. Já jsem si pomocí těchto kazuistik uvědomila, jak je psychická pohoda a psychické zdraví pro člověka nepostradatelné. V podstatě každý člověk bere psychickou pohodu jako samozřejmost, ale co se stane, pokud najednou tato pohoda zmizí? Dokáže si s tím člověk poradit sám? Někteří lidé, si myslí, že pokud člověk navštěvuje psychologa či psychiatra, že je „blázen“. Ale ono tomu tak není. Tento člověk, který vyhledal pomoc odborníka, je pro mě neskutečně silný člověk, který si umí přiznat, že má problém a potřebuje ho řešit, ale sám na něj nestačí. Proto by bylo vhodné, neodsuzovat ostatní, ale první si zhodnotit sami sebe a případně umět nabídnout pomoc.

ZÁVĚR

Jako cíl této práce bylo stanoveno zjistit, do jaké míry jsou žáci 2. stupně základní školy ovlivňováni úzkostnými situacemi a do jaké míry se s těmito situacemi dokáží vyrovnat.

V práci byl vysvětlen pojem úzkost, co vlastně znamená, kdy se může vyskytnout a u koho. Dále mezi další důležité body, které se týkají úzkosti, patří její projevy, vliv na organismus a v neposlední řadě vyrovnání se jedince s ní. Pojem úzkost chápou někteří lidé stejně jako pojem strach. Vypracování této práce má možnost objasnit, jaký je rozdíl mezi těmito pojmy a jak je možné poznat, kdy člověk trpí úzkostí nebo strachem.

Dalším důležitým tématem byly úzkostné poruchy. Tato část práce byla velmi zajímavá, protože jsou zde vysvětleny poruchy, které mnoho lidí nezná. Jsou zde i situace, které člověk neřadí mezi poruchy a ony do úzkostných poruch patří. Existuje mnoho zajímavých informací o poruchách. Tyto poruchy mohou postihnout v podstatě každého člověka. Tato práce ukazuje jejich projevy, možnou diagnostikou a samozřejmě jejich léčbou.

Výše zmíněné poruchy jsou charakterizovány spíše na dospělé populaci. Jelikož práce je zaměřena na děti v dospívajícím období, následuje kapitola, která popisuje úzkostné poruchy v dětském věku. Samozřejmě, že některé poruchy mají podobné nebo stejné projevy jak u dospělých, tak i u dětí. Avšak jsou obtíže, které se vyskytují pouze u dětí.

Posledním bodem v teoretické části je popis vývojového období, do kterého spadají jedinci, na něž je zaměřena tato práce. Toto období je v psychologii nazýváno jako období dospívání. Jedná se o období, které je známo mnoha změnami nejen fyzickými, ale i psychickými.

Praktická část měla ukázat, do jaké míry jsou děti, navštěvující 2. stupeň základní školy, náchylní k úzkosti. Výzkumné šetření jsem prováděla na Základní škole Valašské Klobouky. Vyhodnocování test bylo velice zajímavé. Výsledky ukázaly, že v této škole děti s úzkostí objevují jen minimálně. Dále jsou v této části 2 kazuistiky, které popisují případy dívek, které se snaží bojovat se svou úzkostí. Výsledky testu a tyto kazuistiky nutí k zamyšlení se nad tím, jak by bylo možno

snížit výskyt úzkosti u těchto jednotlivců. Tím je myšleno, jaká by měla být preventivní opatření před výskytem úzkosti. Tato prevence je samozřejmě hodně o samotné osobě člověka, ale k psychické pohodě může přispět i kolektiv, který se vytvoří ve třídě, atmosféra, ve které je prováděna výuka atd. A v neposlední řadě je také důležitý životní styl, kterým jedinec žije. Pokud bude dodržovat zásady zdravého životního stylu, může předcházet úzkosti a posilovat svou osobnost ve zvládání úzkostných situací.

Vypracování této diplomové práce bylo velmi přínosem nejen po rozumové stránce, ale i duševní. Jelikož je zde mnoho informací, které mohou pomoci zvládat nejen úzkost, ale také strach, který může postihnout každého. Proto na závěr mohu říct, že vypracování této práce pro mě bylo velice přínosnou a zajímavou zkušeností.

SOUHRN

Zaměření diplomové práce je na úzkost a úzkostné projevy u jedinců na 2. stupni základní školy. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je zaměřena na popis a charakteristiku úzkosti, její projevy a rozdíl mezi ní a strachem. Dalšími důležitými body v této části jsou definice a popis úzkostných poruch, které se vyskytují u dospělých a následně i úzkostné poruchy u dětí. Nakonec je zde charakterizováno období dospívání.

Cíl praktické části byl zjistit, do jaké míry jsou žáci, kteří navštěvují 2. stupeň Základní školy Valašské Klobouky, náchylní na úzkost. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí škálového testu. Výsledky vyhodnocení jsou uvedeny v práci. Jako praktický příklad jsou zde 2 kazuistiky, které mají ukázat, jak lze přistupovat a řešit úzkost.

SUMMARY

A thesis is focused on anxiety and its symptoms in pupils of a second level of a primary school. The thesis is divided into two parts, a theoretical and a practical one.

The theoretical part is aimed at a description and a characteristics of anxiety, its symptoms and a difference between anxiety and fear. Other key points are a definition and description of anxiety disorders occurring in adults and children. Finally, there is a adolescence characteristics.

The aim of this thesis was to find out the susceptibility to anxiety in students attending a Primary school in Valašské Klobouky. The survey was realised using a scale test. The results of the test are shown in the thesis. There are two examples – casuistries, to demonstrate how to treat the anxiety.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura

- ANDERS, Martin, c2012. *Tělesné obtíže doprovázející úzkostné a další psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, 12 s. ISBN 978-80-7345-314-5.
- AUGER, Lucien, 1998. *Strach, obavy a jejich překonávání*. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 175 s. Rádci pro život. ISBN 80-717-8231-9.
- BARTÁK, Jan et al.; sestavili CHROBÁKOVÁ, Eliška et al, 1999. *Malá ilustrovaná encyklopedie A-Ž*. Praha: Encyklopedický dům, 1213 s. ISBN 80-860-4412-2.
- BEER, M, Stephen M PEREIRA a Carol PATON, 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
- BRETON, Sue, 1997. *Nač si dělat hlavu?, aneb-, Kterak se zbavit starostí a mít radost ze života*. Překlad Eva Křístková. Praha: Ivo Železný, 141 s. Knížky dostupné každému. ISBN 80-237-2332-4.
- ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ, 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada, 191 s. ISBN 978-802-4720-142.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 632 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1620-6.
- ESPOSITO, Janet, 2011. *Jak překonat strach z veřejného vystoupení*. Praha: Grada, 155 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3680-8.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANÍČEK, Jeroným, 2008. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 203 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3673-666.
- KAST, Verena, 2012. *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál, 235 s. Spektrum (Portál), 80. ISBN 978-802-6201-601.

- KENNERLEY, Helen a Stanislav KRATOCHVÍL, 1998. *Jak zvládat úzkostné stavy: příručka pro klinickou praxi: [psychologické metody a praktický nácvik]*. Překlad Petr Možný. Praha: Portál, 190 s. ISBN 80-717-8266-1.
- MELGOSA, Julián, 1999. *Žít naplno: kniha o dospívání*. Praha: Advent-Orion, 191 s. ISBN 80-717-2300-2.
- OREL, Miroslav, 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 263 s. Psyché. ISBN 978-802-4737-379.
- PEDRICK, Bruce M. Hyman. *Obsessive-compulsive disorder*. Minneapolis, MN: Twenty-First Century Books. ISBN 978-076-1372-905.
- POLLARD, Alec a Elke ZUERCHER-WHITE, 2003. *The Agoraphobia Workbook a Comprehensive Program to End Your Fear of Symptom Attacks*. Oakland: New Harbinger Publications. ISBN 978-160-8828-012.
- PRAŠKO, Ján, 2003. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada Publishing, 201 s. ISBN 80-247-0185-5.
- PRAŠKO, Ján, 2005. *Sociální fobie: jak překonat nadměrný stud*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 80-736-7031-3.
- PRAŠKO, Ján, c2009. *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu*. Praha: Galén, 84 s. ISBN 978-80-7262-631-1.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 277 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1697-8.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, c2008. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, 69 s. ISBN 978-80-7262-531-4.
- PRAŠKO, Ján a Jaroslava LAŇKOVÁ, 2006. *Úzkostné poruchy: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: 2006*. Praha, 14 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 80-869-9805-3.
- PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2008. *Specifické fobie*. Praha, 219 s. ISBN 978-807-3673-000.

- PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, c2008. *Sociální fobie a její léčba: příručka pro lidi se sociální fobií*. Praha: Galén, 64 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-7262-580-2.
- PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2008. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 2. vyd. Praha: Portál, 226 s. ISBN 978-80-7367-410-6.
- PRŮCHA, Jan, 1995. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 292 s. ISBN 80-717-8029-4.
- ŘÍČAN, Pavel, 2006. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-736-7124-7.
- SEDLÁČKOVÁ, Daniela, 2009. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada, 123 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4726-854.
- STEIN, Dan J, c2004. *Clinical manual of anxiety disorders*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub., xii, 187 p. ISBN 15-856-2076-9.
- SVOBODA, Mojmír, 1999. *Psychologická diagnostika dospělých*. Vyd. 4., V nakl. Portál 3. Praha: Portál, 342 s. ISBN 80-717-8327-7.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 175 s. ISBN 978-802-4421-414.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 528 s. ISBN 80-717-8308-0.
- VYMĚTAL, Jan, 2000. *Speciální psychoterapie: (úzkost a strach)*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 481 s. ISBN 80-861-2315-4.
- VYMĚTAL, Jan, 2007. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd., V nakl. Grada vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4713-151.

Internetové zdroje:

- PTÁČEK, Radek a Hana KUŽELOVÁ. Strach a úzkost jsou jako pavouk. *Lékařské listy* [online]. 2011, č. 1 [cit. 2014-02-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/strach-a-uzkost-jsou-jako-pavouk-457526>

- Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99): Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F48). In: *ÚZIS - ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>
- PRAŠKO, Ján a Jana VYSKOČILOVÁ. Sociální fobie a její léčba. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2010, roč. 10, č. 03 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/socialni-fobie-a-jeji-lecba-454150>
- PRAŠKO, Ján. Panická porucha a její léčba. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2010, roč. 10, č. 02 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/panicka-porucha-a-jeji-lecba-449530>
- IZÁKOVÁ, Ľubomíra. Úzkostné poruchy - diagnostika a liečba. In: *EHealth.sk* [online]. Bratislava, 2013, 15.3.2013 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.ehealth.sk/clanok/49765/uzkostne-poruchy-diagnostika-a-liecba>
- PRAŠKO, Ján. Posttraumatická stresová porucha. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2005, roč. 05, č. 01 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282>
- MALÁ, Eva. Úzkostné poruchy v dětství a adolescenci. *Lékařské listy* [online]. V Brně: Spolek čs. lékařů, 2010, roč. 10, č. 10 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/uzkostne-poruchy-v-detstvi-a-adolescenci-451803>
- KOUTEK, Jiří. Separační úzkostná porucha v dětství. *Lékařské listy* [online]. 2003, roč. 03, č. 43 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/separacni-uzkostna-porucha-v-detstvi-157716>
- HERETIK, Anton. Agorafóbia. In: *Zdravie.sk* [online]. Bratislava, 2009, 4.2.2013 [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.zdravie.sk/choroba/36894/agorafobia-fobia>

Základní škola Valašské Klobouky. *Základní škola Valašské Klobouky* [online].
[cit. 2014-03-26]. Dostupné z: <http://new.zsvk.eu/>

Psychodiagnostika s.r.o. Psychodiagnostika s.r.o. [online]. [cit. 2014-03-19].
Dostupné z: http://www.psychodiagnostika-sro.cz/cz/Katalog_popis.asp?kod=666&ZozArg=1&Kateg=1

SEZNAM ZKRATEK

GAD	Generalizovaná úzkostná porucha
OCD	Obsedantně-kompulzivní porucha
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
ZŠ	Základní škola
MŠ	Mateřská škola
KSAT	Škála klasického strachu, sociálně-situační anxiety a trémy

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Škála KSAT

Příloha č. 2 Informovaný souhlas ZŠ Valašské Klobouky

PŘÍLOHA Č. 1: ŠKÁLA KSAT

Jmenuji se Martina Veverková a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci. Nyní jsem v 5. ročníku a pracuji na své diplomové práci se zaměřením na analýzu úzkosti a úzkostných projevů u žáků 2. Stupně ZŠ. Prosím Vás o vyplnění níže uvedených dotazníků, které jsou součástí mé práce.

Pokyny pro odpovědi v dotaznících:

V dotazníku jsou vyjmenované situace, které v nás mohou vyvolávat obavy nebo strach. Tyto situace se nám stávají osobně nepříjemné, podle toho, jaký stupeň strachu a obav v nás vyvolávají. Některé jsou více, jiné méně nepříjemné.

Při čtení každého řádku si představte sebe v takové situaci a označte kroužkem číslo 1, 2, 3, 4 a 5 podle toho, jak je Vám daná situace nepříjemná:

Pokud Vás tato situace téměř neruší a není Vám nepříjemná – označte kroužkem číslo 1; pokud jen trochu, i když jen málo, nepříjemné – označte kroužkem číslo 2; pokud je to dost nepříjemná a vzbuzuje ve Vás takové obavy, že byste se jí nejraději vyhnuli – označte kroužkem číslo 3; pokud je Vám značně nepříjemná a vyvolává ve Vás strach – označte kroužkem číslo 4; pokud je Vám značně nepříjemná, nesnášíte ji a máte z ní „pořádný“ strach – označte kroužkem číslo 5.

Vaší úlohou tedy je: představit si jasně každou situaci (lépe řečeno: sebe v této situaci) a zakroužkováním jednoho čísla z čísel 1 – 5 určit, nakolik je Vám daná situace nepříjemná a nakolik ve Vás může vyvolat obavy a strach.

Věk:

Třída:

Pohlaví

a) muž b) žena

Sourozenci:

Rodina

a) úplná b) neúplná

	Téměř ne	trochu	dost	značně	velmi
1. Být úplně sám, osamocený	1	2	3	4	5
2. Bouřka, silně hřmí a blýská se	1	2	3	4	5
3. Vystupovat na školní slavnosti, kde jsou žáci, rodiče i učitelé	1	2	3	4	5
4. Posmívají se ti	1	2	3	4	5
5. Hovořit s ředitelem školy	1	2	3	4	5
6. Hučení sirény	1	2	3	4	5
7. Potkat odporné, protivné lidi	1	2	3	4	5
8. Jít k zubaři na ošetření	1	2	3	4	5
9. Přijít mezi cizí, neznámé lidi	1	2	3	4	5
10. Vidět zlostného, nahněvaného člověka	1	2	3	4	5
11. Dívat se dolů z velmi vysoké věže	1	2	3	4	5
12. Kritizují tě, vytýkají ti něco	1	2	3	4	5
13. Loučit se s rodiči	1	2	3	4	5
14. Vidět krev, pořezat se do krve	1	2	3	4	5
15. Musíš jít něco vyřídit do sborovny	1	2	3	4	5
16. Vidět požár, oheň	1	2	3	4	5
17. Potkat lidi, kteří vypadají jako lumpi nebo zloději	1	2	3	4	5
18. Odloučení od kamarádů	1	2	3	4	5
19. Vidět myš, která běží k tobě	1	2	3	4	5
20. Dávají ti najevo, že se jim nelíbí to, co děláš. Nesouhlasí s tím	1	2	3	4	5
21. Být po tmě v noci	1	2	3	4	5
22. Hovořit s několika neznámými lidmi	1	2	3	4	5

23. Hrozí ti neúspěch, selhání	1	2	3	4	5
24. Nikdo si tě nevšímne, ignorují tě	1	2	3	4	5
25. Odpovídat na hodině ve třídě	1	2	3	4	5
26. Odpovídat na hodině při hospitaci ředitele	1	2	3	4	5
27. Myšlenka, že vážně onemocníš	1	2	3	4	5
28. Pozorují Tě při práci, když něco děláš	1	2	3	4	5
29. Cestování letadlem	1	2	3	4	5
30. Musíš recitovat báseň na slavnosti	1	2	3	4	5
31. Vidět hada	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA Č. 2: INFORMOVANÝ SOUHLAS ZŠ VALAŠSKÉ KLOBOUKY

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Souhlasím s tím, aby se žáci naší školy – Základní škola Valašské Klobouky, zúčastnili výzkumného šetření pro diplomovou práci Bc. Martiny Veverkové, studentky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy. Výzkumné šetření bude anonymní.

.....
11. 2. 2014
datum

ZÁKLADNÍ ŠKOLA
VALAŠSKÉ KLOBOUKY
766 01 Valašské Klobouky, Školní 859
info@zskk.cz IČO: 708 731 86

.....
podpis

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Martina Veverková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Analýza úzkosti a úzkostných projevů u žáka na 2. stupni ZŠ
Název v angličtině:	The analysis of anxiety and anxious expressions of pupils at second degree of Elementary schools
Anotace práce:	Tato práce je zaměřena na úzkost a úzkostné projevy u žáků 2. stupně základní školy. Jedná se o respondenty ve věku od 11 let do 15 let. Teoretická část má objasnit informace, které se týkají úzkosti, úzkostných poruch, které se vyskytují u dospělých i dětí. Je zde také charakteristika období dospívání, jelikož práce se zabývá žáky 2. stupně ZŠ. V rámci praktické části bylo provedeno výzkumné šetření. Tohoto šetření se zúčastnili žáci, kteří navštěvují Základní školu Valašské Klobouky. Výzkumné šetření bylo provedeno dotazníkovou formou, která byla anonymní. V této části jsou i 2 případové studie, které ukazují různé formy úzkosti a možnosti jejich řešení.
Klíčová slova:	Úzkost, strach, projevy, úzkostné poruchy, dospívání

Anotace v angličtině:	This thesis is focused on anxiety and its symptoms in pupils of a second level of a primary school. The respondents are of the age group 11 to 15. A theoretical part reveals the information about anxiety and anxiety disorders occurring in adults and children. There is also a characteristics of adolescence, because of the age group of the respondents. A practical part contains a survey. The participants were students attending a Primary school in Valašské Klobouky. The survey research was anonymous. This part includes two case studies, which show different forms of anxiety and its treatment.
Klíčová slova v angličtině:	Anxiety, fear, symptoms, anxiety disorders, adolescence
Přílohy vázané v práci:	Škála KSAT Informovaný souhlas ZŠ Valašské Klobouky
Rozsah práce:	90
Jazyk práce:	český