Diplomová práce

2008 Lucie Zíková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie a sociologie

Diplomová práce

NEUROTICKÉ PORUCHY U DĚTÍ V RANÉM ŠKOLNÍM VĚKU

Vedoucí práce: PhDr. Jan Polivka

Autor práce: Lucie Zíková
Studijní obor: Pedagogika volného času
Forma studia: prezenční
Ročník: V.

2008

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

23. dubna 2008

Děkuji klinické psycholožce PhDr. Boženě Kadubcové a vedoucímu diplomové práce PhDr. Janu Polivkovi za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD 8

1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ 11

1.1 Neuróza, neurotická porucha 11
1.2 Historie pojmu 12
1.3 Vývoj dítěte v raném školním věku 12
1.3.1 Vývoj základních schopností a dovedností 14
1.3.2 Kognitivní vývoj 15
1.3.3 Socializace 17
1.4 Neurotické poruchy u dětí v raném školním věku 19
1.4.1 Neurotické návyky (F98.4) a tiky (F95.0,1,8) 21
1.4.2 Poruchy spánku (F51) 23
1.4.3 Somatické stesky – somatoformní poruchy (F45) . 24
1.4.4 Poruchy příjmu potravy (98.2,3) 25
Poruchy vyměšování (F98.00,1) 27
1.4.5 Poruchy přizpůsobení (F43.2) 28
1.4.6 Úzkostné poruchy (F93.0,1,2) 29
Obsedantně-kompulzivní porucha (F42) 30
1.4.7 Poruchy komunikace a řeči (F94.0, 98.5,6) 31
1.4.8 Dětská hysterie (F44) 34
1.4.9 Smutky a deprese (F92,32,33) 35
Suicidální chování (F38) 36

2. PŘÍČINY VZNIKU NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ 38

2.1 Vrozené dispozice 38
2.1.1 Dědičnost 39
2.1.2 Temperament 40
2.1.3 Emocionalita 41
2.1.4 Povahové rysy a projevy 42
2.1.5 Pohotovost k úzkostnému prožívání 43
2.1.6 Vývojové faktory – faktor věku 44
2.1.7 Syndrom ADHD 45
2.1.8 Aktuální somatický stav 46
2.2 Vlivy vnějšího prostředí 52
2.2.1 Rodinné prostředí 52
2.2.2 Škola 54
2.2.3 Vrstevníci 56
2.2.4 Náročné životní situace 57
2.2.5 Média 59

3. PŘÍPADNÉ NÁSLEDKY NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ 61

3.1 Týrání a násilí na dětech 61
3.2 Poruchy některých psychických procesů 62
3.3 Jiné psychosomatické potíže 63

4. LÉČBA NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ 65

4.1 Psychoterapie 66
4.1.1 Individuální psychoterapie 68
4.1.2 Rodinná psychoterapie 69
4.1.3 Skupinová psychoterapie 70
4.1.4 Kognitivně-behaviorální psychoterapie 71
4.2 Farmakoterapie 72
4.2.1 Nootropika 73
4.2.2 Hypnotika 73
4.2.3 Neuroleptika 74
4.2.4 Antidepresiva 74
4.2.5 Anxiolytika 75
4.3 Relaxace 75
4.4 Akupunktura 77

5. PREVENTIVNÍ ASPEKTY NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ 80

6. KOMUNIKACE S NEUROTICKÝM DÍTĚTEM 83

7. KAZUISTIKY 85
7.1 Kazuistika č. 1 (Sabina, 9 let) 85
7.2 Kazuistika č. 2 (Dominik, 9 let) 87
7.3 Kazuistika č. 3 (Klára, 12 let) 89
7.4 Kazuistiak č. 4 (Josef, 12 let) 92

ZÁVĚR 94

Seznam použitých zdrojů 96
Seznam zkratek 100
Seznam příloh 101
Přílohy 102
Abstrakt 110
Abstract of bachelors thesis 111

ÚVOD

Ke zvolení tématu této diplomové práce mě přiměla účast na praxi v jedné menší školní družině, kterou jsem podle svého výběru a se zájmem absolvovala v rámci studia na Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ve zmiňované školní družině jsem setkala s dětmi vyrovnanými, svéráznými, osobitými, ale také s dětmi, jež vykazovaly znatelné tzv. neurotické potíže, které narušovaly jejich aktivity, soustředění a další procesy. A právě problémy těchto dětí, se kterými jsem byla v každodenním styku, mě přivedly k tomu, abych se problematice neurotických poruch u dětí věnovala hlouběji. Nejenom děti v oné školní družině se mi staly názorným příkladem, který jsem mohla zkoumat. Kontakt s neurotickými dětmi mě tedy přiměl, abych zpracovala diplomovou práci, týkající se tohoto problému.

Z informací, které máme možnost všichni slyšet nebo číst každý den, se domnívám, že problematika neurotických poruch je aktuální v každém věku. U dospělých jedinců se mluví v poslední době velmi často o depresivních náladách nebo o jiných formách neurózy. Buď se jedná o víceméně situační „depky", které asi postihnou aspoň jednou za život každého, nebo hlubší deprese, které už nás nutí vyhledat pomoc lékaře. Děti na tom nejsou o nic lépe. Jednak se jejich psychika vyvíjí, je nestabilní, ale hlavně jsou snáze zranitelné a odkázané na pomoc a péči nás dospělých. V jejich případě má neuróza jiné symptomy než u dospělých, různé bývají i jejich příčiny. Jedná se o projevy, které je obtěžují a narušují kvalitu jejich života, ale mohou mít i dlouhodobější důsledky.

Proto snahou a cílem mé práce je upozornit na tyto mnohdy složité poruchy, na poruchy, o kterých se moc nemluví, i když se vyskytují v dětské populaci poměrně často, plní ordinace dětských lékařů, psychologů a dalších odborníků v oboru. Touto prací tak přináším ucelený přehled na neurotické poruchy. Navíc se domnívám, že na oblast těchto poruch je třeba zaměřit pozornost, mohou mít

doživotní následky. Je třeba se jim věnovat, upozornit rodiče, členy rodiny, pedagogy, vychovatele, sociální pracovníky na vyvolávající faktory a na rizikové či ohrožené skupiny dětské populace.

Nejprve se ve své práci snažím vymezit podstatné termíny a pojmy s problematikou související. Definuji pojmy, které jsou důležité k pochopení a orientaci v problému - neuróza, neurotická porucha, důležité vývojové znaky v období raného školního věku. Postupně v práci přecházím k neurotickým poruchám u dětí v raném školním, zmiňuji jednotlivě nejčastější poruchy, jejich význam, příznaky, někdy specifické příčiny. V další kapitole uvádím příčiny hromadně pro celou tuto problematiku. Považuji je za velice důležité, jejich podíl u takového námětu nelze opomenout, proto jim věnuji větší část práce. Poté jsou na řadě případné následky, které mohou u dětí z neurotických poruch vyplynout. Nemám tím na mysli následky dlouhodobé, které si dítě přinese do dospělosti, i když samozřejmě se z nich mohou vystupňovat, ale spíš takové následky neurotických poruch, které dítěti zhorší jiné procesy a znepříjemní vzpomínky na dětství. V následujících kapitolách uvádím možné terapeutické přístupy tradiční i moderní, preventivní opatření těchto poruch a neopomíjím ani základní prvky komunikace s neurotickým dítětem.

Ke konci práce uvádím několik kazuistik, ke kterým mi pomohla jednak praxe ve školní družině, kde jsem měla možnost komunikovat a získávat informace o dětech, jejich problémech a trápení, a také bezproblémový kontakt s PhDr. Boženou Kadubcovou, klinickou psycholožkou pro děti a dorost, se kterou jsem práci konzultovala. Informace o dětech mi umožnily vytvořit takové případové studie, které mi sloužily i jako základ při zpracovávání této diplomové práce.

Poznatky a informace o problematice jsem čerpala z reprezentativních monografií z oboru. Novinky a aktuality z internetového serveru a článků z časopisu. Jelikož problematika neurotických poruch je interdisciplinárního

charakteru, najdeme řadu relevantních údajů také v s psychologické a sociologické literatuře.

1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 Neuróza, neurotická porucha

Když se řekne slovo neurotická porucha nebo neuróza, řada lidí si představí člověka, který se třese, není schopen se soustředit, je nějaký neklidný či jinak nápadný. Člověk tak reaguje na vnitřní konflikt, vnitřní napětí, obvykle je tento stav doprovázený také úzkostí.

„Je-li organismus, ať už je lidský, nebo zvířecí, vystaven po určitou dobu konfliktu, narůstá v něm vnitřní napětí, přecházející v přepětí, které posléze vyústí ve zhroucení procesů v centrální nervové soustavě. To se projevuje řadou fyziologických, zejména vegetativních a psychologických symptomů a jeho podstatou je přepětí vzruchu nebo útlumu, nebo obou těchto nervových procesů, vyvolaná disharmonie mezi těmito základními nervovými procesy.“[1] Mohou se objevit příznaky jako je srdeční arytmie, zvýšená potivost, třes rukou, nespavost, ale i neschopnost koncentrace pozornosti, poruchy spánku, u mužů poruchy pohlavní potence, zvýšená únavnost, neklid, u dětí potom četné projevy typu zadrhávání, pomočování, bolesti hlavy, bolesti břicha, nauzea, nechutenství a další. Kromě těchto se projeví i symptomy psychického původu, jako je podrážděnost, emoční labilita, neklid a neschopnost soustředit se a zejména neklid.[2]

Jako **neurotické** jsou označovány **funkční poruchy** CNS, které jsou projevem snížené adaptační schopnosti jedince na prostředí, ve kterém žije. Objeví se někdy náhle a zase mizí nebo mohou trvat déle, a stát se chronickými; pak se označují jako **neurózy.**

[1] NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 413-414.
[2] Srov. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 414.

Jsou nejrozšířenějšími poruchami duševního zdraví vůbec. Především zhoršují kvalitu života a zejména tehdy, když přinášejí takové subjektivní potíže, které sám nositel vnímá jako nebezpečné, ohrožující a vyhledá proto pomoc lékaře.[3]

Neurotické příznaky prožívá občas i zdravý člověk: strach, neklid, obavy, úzkost, slabost, smutek, pocity méněcennosti. Kontakt s realitou je ale zachován, neobjeví se žádné bludy, halucinace, deliria apod.

1.2 Historie pojmu

Historicky je pojem „neuróza“ označení pro ty poruchy, které tvoří přechod mezi normou a duševní poruchou psychotického rázu. Mezi první patřila hysterie, která byla považována za „malou psychózu“, která má blíže k normě, ale nese menší neurotické příznaky. Koncem 19. století se hodně mluvilo o sexualitě, nevědomí, sugesci a hypnóze. To dalo podnět pro vznik psychoanalýzy, která rozvinula představy o psychogenní povaze některých poruch, rozvíjela se psychoterapie. Neurózy se začaly považovat za psychogenní, funkční a reverzibilní nemoci. Neurotické chování může být v řadě parametrů chápáno a vysvětlováno v pojmech regrese.[4]

1.3 Vývoj dítěte v raném školním věku

Období raného školního věku je doba od šesti až sedmi let (od nástupu do školy) do jedenácti až dvanácti let, kdy se začínají objevovat první známky dospívání, což odpovídá prvnímu stupni základní školy.

[3] Srov. CHODURA, V. *Psychiatrie*, s. 61.
[4] Srov. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*, s. 213-214.

Někdy se dělí období základní školy ještě na raný školní věk (6-7 let do 8-9 let) a na střední školní věk (8-9 let do 11-12 let).[5]

Po formální a administrativní stránce se dítě z předškoláka mění na školáka ze dne na den. Je to pro něj významný mezník v životě, začíná mu řada povinností: denně vstávat, pracovat ve škole, učit se, psát úkoly. Znamená to pro většinu dětí značnou zátěž, kterou se musí učit překonávat.

Je pravda, že zprvu se do školy většina dětí těší, ale po několika dnech zjistí, že práce je náročnější, někdy jednotvárnější než v mateřské škole, vyžaduje delší soustředění, očekává se od nich výkon, který učitelé a rodiče hodnotí.

Vyhovění učitelovým požadavkům může vyvolat v dítěti napětí a potíže v přizpůsobení. Stává se, že se dítě nevydrží soustředit, ruší při hodině, nevydrží klidně sedět. V důsledku toho že dítě nestačí tempu probírané látky a zaostává.[6]

Stejně tak to mohou sledovat i rodiče doma: dítě nechce ráno vstávat, nechce jít do školy, vrací se ze školy unavené, ranní nevolnosti, stesk apod. Zde je třeba dát pozor, jak tyto projevy trvají dlouho a jakou mají frekvenci.

Častá je potřeba provádět různé testy školní zralosti, které zjišťují celkový rozvoj předpokladů pro úspěšný začátek školy. Týká se to především zralosti fyzické, psychické, kognitivní, emoční, motivační a sociální.

Z hlediska vývoje je období raného školního věku relativně klidná životní etapa. Může se zdát, že se závratné změny nedějí. Ale podle vývojově psychologických studií vývoj pokračuje trvale a plynule, jsou patrné výrazné pokroky, které jsou pro budoucnost dítěte často rozhodující.[7]

Psychologicky se dá říci, že je tento věk obdobím tzv. **střízlivého realismu**, kdy je školák plně zaměřen na to, co je a jak to je. Chce pochopit svět

[5] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*, s. 148.
[6] Srov. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*, s. 90.
[7] Srov. HORT, V. et al. *Dětská adolescentní psychiatrie*, s. 37.

„doopravdy“, dává přednost knihám, encyklopediím, cestopisům. I v jeho hře či „práci“ se snaží udělat úkol tak, aby odpovídal skutečnosti, reálnému prvku.[8]

Děti v raném školním věku chtějí být stále aktivní, jsou hravé, na hru jim ještě po vyučování zbývá dost času. Dříve si tyto děti hrály hlavně ve skupinkách, společně běhaly, oblíbená byla hra na honěnou, schovávanou, u chlapců na indiány či na vojáky, děvčata vydržela dlouho ve hře s panenkou nebo u kreslení. Časté byly hry s míčem, stolní hry s pravidly (při porušování pravidel docházelo k prudkým konfliktům), konstruktivní hry se stavebnicemi. V poslední době se ale děti spíše upínají na počítačové hry, upřednostňují sledování televize, videa a podobných médií, nebo mají větší možnost využít nové trendy ve sportu, umění, kultuře a cestování. Obecně chtějí děti věci prozkoumat, provádí různé „pokusy“, zajímají se o reálnou činnost.

Také dochází ke střídání rolí, učí se vládnou a podřídit se. Pokud dítě zvládá techniku čtení, může se stát vášnivým čtenářem, čtení věnuje dost volného času. Tím dítě získá mnoho nových informací, rozšiřuje si slovní zásobu.[9] Dnes je dětských čtenářů poměrně málo, dávají přednost sběru informací z televize a ostatních sdělovacích prostředků, čímž je klasická četba nahrazena.

Během raného školního věku si všímáme **charakteristik ve vývoji** v těchto třech oblastech:

1. **vývoj základních schopností a dovedností,**
2. **kognitivní vývoj,**
3. **socializace.**

1.3.1 Vývoj základních schopností a dovedností

Vývoj je závislý na tělesném růstu, který je rovnoměrně plynulý. Lze si ovšem všimnout ke konci období zrychlení růstu. Výrazně se zlepšuje hrubá a jemná

[8] Srov. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*, s. 106.
[9] Srov. ČECHOVÁ, V. - MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika pro střední zdravotnické školy a pro obory sociální*, s. 30.

motorika. Svalová síla je větší, zlepšuje se koordinace pohybů těla, obratnost, vytrvalost, „zjemňuje“ se koordinace pohybů zápěstí a prstů, což je patrné při psaní a kreslení. [10] Zde pak závisí na rodičích a učiteli, jak rozvoj těchto dovedností podchytí a zda jsou schopni je podporovat a motivovat. Objevit se mohou rozdíly mezi dětmi, mezi dívkami a chlapci. Může růst zájem o různé druhy sportu a podobné fyzické aktivity.

Vyvíjí se i smyslové vnímání, zejména zrakové a sluchové. To znamená, že dítě se stává pozornějším, vytrvalejším, nevnímá věc jako jeden celek, ale jde do detailů. Stejně tak je tomu i u vnímání prostoru a času, chápe význam slov jako je například „brzy“, „zítra“, „nekonečno“. Obrovského pokroku v tomto období dosahuje představivost, řeč[11], artikulace, krátkodobá a dlouhodobá paměť, proces učení, kdy si osvojuje strategie učení a nachází si svůj vlastní systém, jak a co se učit.[12]

1.3.2 Kognitivní vývoj

Na počátku raného školního věku je dítě podle Piageta schopno používat logické operace, úsudky, přechází od názorného myšlení ke ***konkrétním logickým operacím***, vnímá identitu, zvratnost děje a vzájemné spojení různých myšlenkových procesů do jedné sekvence.[13] Tyto operace se nemusí projevovat najednou, mohou se překrývat, jsou závislé na učení, ale vhodným výcvikem mohou být urychleny. Roli zde pak hraje motivace ze strany rodičů, mateřské školy a osobnost žáka. Školák také lépe chápe vztahy, důvody a příčiny jednání,

[10] Srov. LANGMEIER, J. *Vývojový psychologie pro dětské lékaře*, s. 107.
[11] Výrazně roste slovní zásoba, roste délka a složitost vět. Děti sedmileté znají průměrně 18 633 slov, děti jedenáctileté asi 26 468 slov (Příhoda 1963, *studie Divokého).*
Z řeči je také možné poznat, jak rodiče mluví mezi sebou doma, z jaké etnické skupiny dítě je, jaké má dítě myšlenkové pochody. Řeč signalizuje i pochopení učební látky, pokrok ve výuce.
[12] Srov. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*, s. 108-112.
[13] To Piaget vysvětloval na pokusu s korálky a skleničkami. Měl skleničky, které měly stejný objem, ale každá jiný tvar (jedna užší a vyšší, druhá menší a širší). Školák měl říct, zda je v obou korálků stále stejně. Předškolák by řekl, že počet korálků je jiný, naproti tomu školák jednoznačně ví, že korálků je stejně. Srov. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*, s. 112.

lépe se přizpůsobuje novým situacím[14] Dítě se stává originálním tvůrcem, a to je třeba včas podchytit.

Erikson označil tutu etapu za ***období snaživosti a iniciativy***, dítě si dokazuje svojí hodnotu hlavně výkonem, je pracovité, umí se dělit se o práci, nabývá pocitu sounáležitosti.[15]

Tato oblast poznání souvisí s aktivitou dítěte a důležitou roli zde hraje škola. Školák je aktivní a zvídavý. Vnímání mu slouží jako orientace v čase a prostoru, poznává předměty a jevy v souvislostech, postupně se vnímání přetváří na všeobecné. Důležitá je i představivost, která v tomto věku dosahuje vrcholu. Dítě je schopné rozeznat fantazii od reality a vytvořit si potřebné představy i pro svojí práci ve škole. Školák je schopen vytvářet si i svoje paměťové strategie. Zde má i prvořadý význam rozvoj pozornosti, neboť ta rozhoduje o úspěších či neúspěších ve studiu. Myšlení je ovlivněno školní činností a osobností učitele. Výkony jsou závislé hodně na motivaci, která by měla přicházet zvnějšku (pochvala, úsměv, známka). S tím souvisí i rozvoj řeči, který je převážně individuální.[16]

Školní děti mívají přání starat se o zvířata, chovají např. papoušky, morčata, psa, kočku, králíka, rybičky. Péče o zvíře přináší dítěti určité povinnosti, které pravidelně plnit, zvyšuje se jeho zodpovědnost a samostatnost, přináší mu radost a citové prožitky, nové informace o životě zvířat včetně zkušeností s rozením a umíráním, uspokojuje se potřeba o někoho pečovat.

Stejně jako péče o milované zvíře, má dítě příležitost starat se například o vlastního sourozence a pomáhat mu. U děvčat to může vyvolávat rodičovské chování a tak trochu radost a „důležitost“.

Naopak děti těžce nesou rozvraty v rodině, konflikty, nesoulady. Ztrácí jistotu existence rodinného zázemí. Negativní důsledky se mohou projevit i ve škole.

---

[14] Srov. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*, s. 112-117.
[15] Srov. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*, s. 93.
[16] Srov. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*, s. 94-96.

Těžko si zvykají na nového partnera nebo partnerku rodiče, nebo ten rodičovský vzor zcela chybí. *„Výzkum také potvrdil, že nového partnera poměrně nejhůře přijímají děti ve věku od devíti do dvanácti let“.*[17]

1.3.3 Socializace

Při začleňování dítěte do společnosti hrají důležitou roli rodiče, při vstupu do školy i učitelé a spolužáci. Učitele mají děti většinou na začátku školní docházky rády, podřizují se jeho autoritě, věří mu, identifikují se s ním. Ve vyšších ročnících jsou děti více kritické.

„Období raného školního věku bývá obdobím extraverze, kolektivního života a vztahů.“[18] Vztahy mezi spolužáky bývají kamarádské, spolupracují, ale je možné všimnout si soupeřivosti a soutěžení nejen v učení, ale i ve sportovním výkonu. Často na sebe děti žalují, bojují o sebeprosazení.

Patrný je vývoj sociálních kontrol a hodnotové orientace, osvojení si norem chování, základních životních hodnot, uvědomuji se příkazy a zákazy, vnitřní kontrolu a pocit svědomí.

S tím souvisí i vývoj morálního vědomí a jednání, chápání mravních norem o hodnot. Dítě tak chápe, co je správné nebo nesprávné, spravedlivé a nespravedlivé, vytváří si vlastní názor. Na tomto základě L. Kohlberg v této etapě vývoje člověka rozlišil 3 stádia morálního vývoje: *1. je předkonvenční úroveň*, kdy dítě přijímá konkrétní následky; *2. je konvenční úroveň*, kdy dítě jedná podle očekávání a norem společnosti; *3 je postkonvenční, principiální úroveň*, kdy dítě přijímá obecné principy jednání všech lidí. Piaget k tomu dodal, že morální vývoj neprobíhá u všech dětí stejně, roli hrají i silné motivační faktory.[19]

---

[17] MATĚJČEK, Z. – DYTRYCH, Z. *Děti, rodina, stres*., s. 151.
[18] ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*, s. 98.
[19] Srov. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*, s. 120-122.

Další složkou je vývoj a osvojování si sociálních rolí, kdy dítě přijímá novou roli žáka, spolužáka, upevňuje se i role ženy nebo muže. Co si také uvědomuje, je sebepojetí a sebehodnocení.[20] V konkurenci mezi vrstevníky ve škole si utváří dítě obraz o sobě, porovnává se s vrstevníky, je hodnoceno učitelem i rodiči. Pro jeho klid a duševní pohodu je důležité, aby si udržel kladné sebehodnocení.

„K nízkému sebehodnocení dochází obvykle u dětí, které nejsou schopny splnit očekávání rodičů, nemají dobrý prospěch, nebo se nedokážou dobře přizpůsobit školnímu režimu“.[21] Může se jednat o děti impulzivní, „pomalejší“, úzkostlivé, neurotické (okusování nehtů, zadrhávání v řeči, noční děsy nebo pomočování, tiky apod.), se zdravotními potížemi, chronickým onemocněním, poruchami učení.

Rodiče často děti přetěžují, kladou na ně vysoké nároky, organizují jim čas tak, že nemají možnost dělat si, co by samo dítě chtělo. Tím může dítě ztrácet pocit rozhodování o sobě, je zmanipulováno. Problémy s rozhodováním a samostatností se pak objevují hlavně v dospělosti.

Dítě je schopno pochopit svojí pozici ve skupině, pozici spolužáka, kamaráda, postavení učitele jako autority. Identifikuje se se svojí dívčí nebo chlapeckou rolí, rozpoznává rozdíly v pohlaví.

Nejdůležitější aktivitou je stále hra, kterou dítě koná dobrovolně, ale poznává i práci, kterou musí splnit jako svůj úkol, svojí povinnost. Hra je prostředkem relaxace a odreagování od školních povinností. Jsou dvě činnosti, kterým dítě věnuje pozornost, a mělo by si pro ně umět vymezit čas. V tomto období se objevují počátky zájmů.[22]

---

[20] Srov. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*, s. 124.
[21] ČECHOVÁ, V. – MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika pro střední zdravotnické školy a pro obory sociální*, s. 31.
[22] Srov. LANGMEIER, J. et al. *Vývojový psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie, s.* 85.

1.4 Neurotické poruchy u dětí v raném školním věku

„Neurózy jsou funkční psychické poruchy, které jsou ve významné míře psychosociálně podmíněné a projevují se specifickými, psychickými i somatickými příznaky. Nejsou spojeny s nálezem v oblasti nervového či jiného orgánového systému. Typickým znakem neuróz je narušení subjektivního prožívání, tj. změna emocí.“[23]

Bereme v úvahu, že citové prožitky umožňují jedinci hodnotit situaci, ovlivňují jeho aktuální prožívání, přizpůsobení se situaci, mají vliv na další psychické a tělesné funkce, jsou schopné regulace.

Pro neurotické poruchy jsou typické změny prožívání. Základem toho je pocit ohrožení, napětí, strachu a úzkosti. V tom případě se mění i způsob uvažování pod vlivem zátěže nebo konfliktu, kdy problém sám jedince nevyřeší, a začne jednat neuroticky. Chování takového jedince je nápadné a neobvyklé, ale neporušuje základní sociální normy. Hodnocení reality není narušeno.[24]

Neurotický jedinec si své potíže uvědomuje a většinou jimi subjektivně trpí, jsou pro něj i jeho nejbližší okolí obtěžující, znepříjemňují život a jsou na překážku sociální adaptaci. Na rozdíl od psychóz nevedou neurotické poruchy ani při chronickém průběhu k velkým změnám osobnosti, v dětském věku mohou nepříznivě ovlivnit další vývoj osobnosti.[25]

Neurózy u dětí se liší od neuróz dospělých hlavně formou neurotických příznaků, které mohou být přechodné a jsou značně závislé na aktuální životní situaci dítěte. Někdy vymizí po změně prostředí, skončení školního roku, rozvodu rodičů apod. Je třeba najít příčinu. Pokud není odstraněna, může dojít ke změně jednoho příznaku za jiný nebo může dojít k regresivnímu způsobu chování, například dítě, které již umělo dodržovat tělesnou čistotu, se začalo po odloučení

[23] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 201.
[24] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 201.
[25] Srov. ČEPIČKA, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy*, s. 27.

matky opět pomočovat, dítě, které již správně mluvilo, mluvit přestává nebo koktá. [26]

Sklon k neurotickým projevům může být vrozený, častější je výskyt u dětí se slabším nebo nevyrovnaným typem vyšší nervové činnosti, u oslabených v rekonvalescenci po infekčních onemocněních, úrazech, u chronicky nemocných, v pubertě (vlivy hormonální) apod. Vyvolávajícím momentem jsou tzv. **psychogenní faktory**, které někdy působí náhle, krátkodobě (otřesný zážitek, úmrtí blízké osoby, úraz nebo dopravní nehoda), častěji se však uplatňují dlouhodobě působící vlivy (nedůsledná nebo naopak náročná výchova, nesrovnalosti v rodině, nepřiměřené nároky ze strany rodičů nebo učitelů, vztah ke spolužákům ve třídě apod.).

Podstatná je **přítomnost konfliktu**, který dítě neumí uspokojivě vyřešit a nenalézá z něho východisko. Typické jsou nápadné reakce v chování a jednání dítěte, nepřiměřené svou intenzitou nebo délkou trvání.

Projevy porušené rovnováhy CNS se vyznačují jednak **změnami psychickými**, jednak **tělesnými**. U neurotických dětí se zvýšené duševní napětí často projevuje pocity smutku a deprese, úzkosti, strachu, plačtivosti (znaky útlumové). Nebo naopak neklidem, záchvaty zlosti a agresivity, zlobivosti (znaky podráždění). Objevují se také nutkavá jednání a pocity, touha po sebeuplatnění, buzení pozornosti a snaha po zajímavosti pro okolí. Někdy naopak vystupují do popředí různé formy úniku před nepříjemnou skutečností (uzavřenost, bázlivost, obtížné navazování kontaktů s okolím, snění, obavy před nápadností, vztahovačnost).

V důsledku stresů, které na dítě působí, může dojít kromě uvedených psychických projevů také k poruše funkcí kteréhokoliv orgánu nebo systému. Při klinickém vyšetření, které je vždy nutno zajistit, se neobjeví žádná orgánová abnormalita.[27]

[26] Srov. ČEPIČKA, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy*, s. 29.
[27] Srov. CHODURA, V. *Psychiatrie*, s. 62.

Mezi **neurotické poruchy u dětí v raném školním věku** patří:

- neurotické návyky a tiky,
- poruchy spánku,
- somatické stesky,
- poruchy příjmu potravy,
- poruchy vyměšování,
- poruchy přizpůsobení,
- úzkostné poruchy,
- obsedantně-kompulzivní porucha,
- poruchy komunikace a řeči,
- dětská hysterie,
- smutky a deprese,
- suicidální tendence a chování.

1.4.1 Neurotické návyky (F98.4) a tiky (F 95.0,1,8)

Přívlastek **neurotické** tu platí jen částečně a spíše jen pro některé případy. Jde o velmi různorodou skupinu **návyků** či spíše zlozvyků, které jsou nepříjemné a nevkusné z hlediska společenského, ale zdravotně obvykle nezávadné. Mají určité společenské znaky: poměrně často se vyskytují u dětí předškolního a raného školního věku; s postupným vyzráváním nervové soustavy jich ubývá (jen výjimečně přetrvávají déle než do puberty); častěji se vyskytují u dětí s konstitučně slabším nebo oslabeným nervovým systémem; vyskytují se u dětí, které byly v raném dětství výchovně zanedbávány; dítě jimi zpravidla uvolňuje určité vnitřní napětí; mají většinou formu pohybové aktivity.

Neurotické návyky jsou rytmické, nutkavé, zautomatizované, stereotypní pohyby. Jsou spojené s pocity úzkosti a napětí, které by se zvýšily, kdyby dítě činnosti (pohybu) zanechalo. Jedná se o pohyby nevědomé, které částečně uvolňují napětí při nadměrném zatížení. Např. dítě si začne kousat nehty

(onychofagie), když má psát těžkou písemnou práci. Mezi další neurotické návyky patří dumlání prstů, dloubání v nose, cucání palce, okusování rtů, masturbace u dětí, rytmické pohyby hlavy a trupu, tlučení do hlavy, kývání těla, kroucení a luskání prsty, dloubání v očích. Závažnější poruchu může signalizovat vzácnější návyk *trichotillomanie*, tedy vytrhávání nebo následné pojídání vlasů. Nejedná se o pouhý návyk, ale příznak nedostatečné vazby na druhé osoby a citového uspokojení.[28]

Neurotické návyky jsou varovným znamením, že ve vývoji osobnosti dítěte není vše v pořádku. Nelze je odstranit tresty nebo zákazy. V prvé řadě je třeba pátrat po vyvolávajícím konfliktu.

Tiky jsou opakované, náhlé, rychlé, bezděčné rytmické pohyby různých částí těla, zejména drobných svalových skupin obličeje a horních končetin, které provádí dítě mimovolně. Ve srovnání s neurotickými návyky jsou méně uvědomělé, dítě je často ani neregistruje. I ony jsou vůlí neovladatelné a nepotlačitelné. Pokud je chce člověk potlačit či jinak ovlivnit, nastává pocit napětí, neklidu a úzkosti. Spánkem většinou ustávají. Chorobnými se stávají tehdy, když přetrvávají podmínky jejich vzniku, jsou časté a trvají dlouho. [29]

Frekvence tiků kolísá během dne, mění se v různých prostředích a v čase, je závislá na zevním prostředí a teplotě okolí.

Nejčastější výskyt tiků je u dětí raného školního věku (13 % u chlapců, 11 % u dívek). Souvisí to hlavně s nástupem do školy a následnou školní zátěží. Primární je také výskyt především u dětí trpících poruchou pozornosti, u dětí hyperaktivních. [30]

Rozlišujeme tiky **motorické**, které se vykytují v oblasti mimického svalstva (mrkání, vraštění čela, krčení nosu, grimasování, poškubávání obočím, potrhávání hlavou, ramenem), **fonační – vokální,** při kterých dítě vydává zvuky jako frkání, chrochtání, poštěkávání, pokašlávání, mručení, hekání, syčení, pohvizdování,

[28] Srov. MATĚJČEK, Z. – DYTRYCH, Z. *Děti, rodina, stres,* s. 81-85.
[29] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 216.
[30] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie,* s. 352.

popotahování, slabiky, slova mnohdy nevhodná (koprolalie) a tiky **komplexní,** které se projevují opakovaným poplácáváním, poskakováním, předkláněním, točením se, pliváním, olizováním, a opakovaným vyrážením různých vlastních či slyšených slov a zvuků.[31]

Zvláštním a ojedinělým typem tikové poruchy je **syndrom Gilles de la Tourette**. Jedná se o kombinované tikové onemocnění, při kterém jsou motorické tiky kombinované s pokašláváním, obscénními výkřiky či frázemi.[32]

U dětí raného školního věku se k tikům přidružuje onychofagie, enuréza (pomočování), balbuties (koktavost).

1.4.2 Poruchy spánku (F 51)

Spánek reaguje na psychický stav jedince. Jeho poruchy jsou v dětském věku velmi časté a dosti pestré. Mohou být symptomem emoční poruchy.

Některé děti nemohou večer usnout, jiné se budí i několikrát za noc, ve spánku jsou neklidné a vykřikují. Někdy se děti předčasně budí a už neusnou. Může jít třeba o návyk z raného dětství, kdy neměly vhodné podmínky ke spaní, nebo se obávají z dalšího dne, co jim přinese za události, bojí se jít do školy, tíží je pocity viny, trápí je všelijaké bolesti. Vliv na poruchy spánku může mít i temperament dětské osobnosti.

K poruchám spánku řadíme:[33]

1. **poruchy usínání** (Angličané hovoří o syndromu večerní 9. hodiny) – porucha, kdy dítě nemůže nebo odmítá samo usnout v místnosti a vyžaduje trvalou přítomnost a pozornost jednoho z rodičů v době usínání. Poruchy usínání často vyvolávají tíseň, pocity úzkosti. Děti mezi 8. – 10. rokem věku zase

[31] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie,* s. 352.
[32] Srov. KŘÍŽ, J. *Pedopsychiatrie,* s. 59.
[33] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie,* s. 358.

při usínání přemýšlejí o možných neštěstích, nad univerzálností a nezvratností smrti. Obávají se, že ony sami nebo někdo jim blízký by mohl zemřít.

2. **somnabulismus** (náměsíčnost) – porucha, pro kterou jsou charakteristické opakované epizody vstávání z postele během spánku, chození po místnosti, vykonávání jednoduché činnosti a následné ulehnutí. Jedná se o mrákotný stav, vzniklý ve spánku, dítě si na něj ráno nepamatuje. Náměsíčnost je příbuzná s nočním děsem. Všechny podobné poruchy začínají zpravidla 60-120 minut od usnutí dítěte.
3. **noční děs** (pavor nocturnus) – porucha, kdy se dítě náhle posadí na posteli nebo se vztyčí a vyběhne z ní. Má úzkostný výraz, nepoznává své blízké a křičí. Po uplynutí několika minut usíná a na záležitost si ráno nepamatuje.
4. **noční můry** (úzkostné sny) – porucha, při které se během spánku dítěte objevují živé sny s děsivým obsahem, přičemž je zachována orientace a vzpomínka na prožitý stav. Porucha přitom zneklidňuje a narušuje spánek. Noční můry bývají u dětí reakcí na aktuální zátěž nebo jsou součástí emočního vývoje, dochází při nich k evokaci zážitků ze dne, které dítě prožívalo úzkostně. Jen pokud jsou velmi časté a intenzivní, mohou signalizovat nadměrný stres nebo emoční přetížení dítěte.
5. výjimečně se u dětí vyskytují poruchy spánku jako je **hypersomnie** (nepřiměřená ospalost nebo záchvaty spánku) a **poruchy rytmu spánek-bdění** (desynchronizace přiměřeného vzorce rytmu spánku a bdění tak, že přetrvává hypersomnie v období bdělosti, a insomnie – nepsavost v době, která má být pokrytá spánkem).

1.4.3 Somatické stesky – somatoformní poruchy (F 45)

Vazba mezi psychickou a somatickou složkou je u dětí daleko větší a silnější než u dospělých, proto úzkostné děti často reagují na emoční zátěž somaticky (zažívací potíže, bolesti, dýchací potíže, kašel, poruchy hybnosti). Tyto symptomy jsou symbolickým vyjádřením základního emočního konfliktu nebo pokusem o vyřešení. Potíže jsou vyvolány psychickými problémy, organismus na ně

reaguje somaticky. [34] Jsou přítomny tělesné příznaky bez prokazatelných patologických změn.[35]

Častými stížnostmi v tomto věku jsou vracející se bolesti břicha, které následují bolesti hlavy. Obvyklé jsou i bolesti končetin, svalů, únava, dušnost.

Příznaky bývají dětmi líčeny velice dramaticky, aby upoutaly pozornost okolí, staly se středem zájmu, pracuje trochu fantazie. Rodiče reagují tím, že podezírají dítě, že si vymýšlí, aby se vyhnulo nějaké nepříjemné události, jíž se bojí (zkoušení ve škole, šikana apod.). Tyto projevy jsou sice reakcí na problémy, ale nejsou výmyslem. Nejde o simulaci. Dítě potíže (bolesti) má a přináší mu úlevu. Rodiče tak nenutí dítě do školy, věnují mu pozornost, a tím pádem se mu uleví a potíže vymizí.

Příznaky mohou mít proměnlivý charakter, mohou se střídat. Sklon k nim může být posílen nemocemi rodičů, zátěží, zvýšenou úzkostností, sklonem k afektivnímu jednání.

1.4.4 Poruchy příjmu potravy (F 98.2, 3), poruchy vyměšování (F 98.00, 1)

Poruchy příjmu potravy v raném školním věku mají charakter vybíravosti v jídle, nechutenství nebo odmítání jídla bez jasného důvodu. Mohou se objevit tendence ke zvracení, které souvisejí se zvýšeným napětím. Mezi specifické symptomy vázané na příjem jídla lze řadit ruminaci a piku.

Nechutenství je velmi častým příznakem neurózy u dětí a velmi častým problémem v mnoha rodinách s dětmi. Rodiče mají často mylnou představu o množství jídla, které dítě potřebuje, a porce, které dostává, nejsou přiměřené jeho věku. Nechutenství tak může být u dítěte vypěstováno nevhodnými postoji rodičů. Ti si nesou už ze svých původních rodin přesvědčení, že dobré rodičovství

[34] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 216.
[35] Srov. TUČEK, J. – CHODURA, V. *Psychiatrie*, s. 72.

se projevuje především dobrou výživou dítěte. Pokud začne dítě jídlo odmítat, rodiče to chápou jako selhání, rostou problémy, napětí v rodině a nechuť dítěte k jídlu. Doba jídla se tak stává stresem pro všechny členy rodiny.

Nechutenstvím a odmítáním jídla se mnohdy snaží dítě na sebe upoutat pozornost učitelů, spolužáků, vychovatelů.

K velmi častý neurotickým projevům u školních dětí patří různé **bolesti břicha, nauzea** (nevolnost, pocit na zvracení), **zvracení**. Buď může jít o určitý projev vzdoru, nebo obavy ze školy, studijních výsledků, hodnocení a dalších rozrušení či napětí.

Ruminace je porucha spojená s regurgitací žaludečního obsahu do ústní dutiny, jeho žvýkání a opětné polknutí. Není přítomna nauzea, dítě vypadá spokojeně. Ruminace se vyskytuje velice zřídka, a to spíše u dětí mentálně retardovaných. Za příčinu se považují zejména deprivační vlivy nebo problémy ve vztahu k nejbližší osobě, obvykle matce.[36]

Pika je porucha, při které opakovaně dochází k pojídání a polykání nejrůznějších nestravitelných látek či předmětů (hlína, barviva, odpadky, písek, vlasy, papír, textilie apod.). Může být součástí jiné duševní poruchy, v našem případě ji chápeme jako samostatné psychopatologické chování. Nebo se vyskytuje jako součást protestní reakce deprivovaných dětí, příp. je spojena s nízkou sociokulturní úrovní rodiny (v nižších sociálních vrstvách). Pokud není součástí jiného onemocnění, jedná se o izolovaný příznak, dítě tak reaguje na nezájem ze strany rodičů, rozvrat rodičů, zanedbávání a týrání.[37]

[36] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 281.
[37] Srov. KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*, s. 60.

Poruchy vyměšování (F 98.00, 1)

Poruchy vyměšování se mohou objevit jako reakce na psychickou zátěž. Pro školáka je to věc společensky závažná, může ovlivnit jeho prestiž ve skupině mezi dětmi, vrstevníky. Dítě se stává objektem posměchu a pohrdání. Proto jej děti úzkostlivě tají, stydí se za to.

Enuréza (pomočování) je porucha funkce vyprazdňování močového měchýře, mimovolní únik moči u dětí starších pěti let, tedy v době, kdy už děti ovládají funkci močového měchýře. O enuréze se hovoří tehdy, není-li přítomna organická porucha nervového systému nebo močových cest, která by vedla k neschopnosti udržet moč. Může jít o enurézu denní (enuresis diurna), která je závažnější, dítě se pomočuje např. při hře, při vyučování, při zátěžových situacích. Nebo noční (enuresis nocturna), která je častější, dítě se pomočuje v noci i několikrát během spánku. [38] Stejně jako při vývoji dovednosti dodržování čistoty se děti nejdříve obvykle naučí ovládat svěrače ve dne a teprve později v noci.

Do věku sedmi let je enuréza stejně častá u obou pohlaví, poté stoupá zastoupení chlapců, takže v 11 letech je počet chlapců dvojnásobný oproti počtu dívek.[39]

O neurotickou poruchu se jedná v případě, když není prokázáno organické onemocnění, enuréza vznikla sekundárně, tedy již po vytvořeném hygienickém návyku, a vyvolávacím faktorem je nějaký rozpor, konflikt, vnitřní nesoulad, ztráta blízké osoby, školní neúspěch apod. Někdy bývá enuréza v kombinaci s enkoprézou.[40]

Enkopréza je poruchou vyměšování stolice, mimovolní defekace u dětí starších čtyř let. Jde o opakované znečišťování stolicí, která má normální

[38] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 219.
[39] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie,* s. 364-365.
[40] Srov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. et al. *Basic Psychopathological Terms and Psychiatric Diagnoses,* s. 153.

konzistenci. K odchodu stolice dochází v malých dávkách a v nevhodných situacích. Někdy bývá u těchto dětí nápadné, že jsou nečistotné, někdy provádějí i nechutné manipulace se stolicí. Pak to způsobuje dítěti závažné sociální potíže. Vzniká podobným mechanismem jako enuréza, ale je vzácnější a závažnější. Nejčastěji bývá důsledkem konfliktů v rodině, konfliktních vztahů dítěte k rodičům, problémů s vrstevníky ve škole. Může se rovněž objevit po narození sourozence či po vstupu do školy. [41]

Kolem osmého roku se s neudržením čistoty setkáváme asi u 1,5 % dětí. Chlapci jsou postiženi častěji (2,3 %) oproti dívkám (0,7 %). Kolem desátého roku se enkopréza vyskytuje u 1,3 % chlapců a 0,3 % dívek.[42]

1.4.5 Poruchy přizpůsobení (F43.2)

Poruchy přizpůsobení představují stavy subjektivní tísně a poruchu emotivity i chování. Vznikají jako reakce na významnou životní změnu, stresovou událost, trauma nebo vážnou somatickou nemoc (narušení rodinných vztahů, zklamání v lásce, neschopnost vyhovět požadavkům rodičů nebo školy). Je prokázáno, že 60 % osmiletých dětí s poruchou přizpůsobení trpí ještě jinou psychiatrickou poruchou. [43]

Při jejich vzniku předpokládáme individuální predispozice, temperament, větší míru emotivity, podstatná je přítomnost specifického stresoru (u dětí jde o ztrátu blízké osoby, rozvod rodičů, ztráta rodičů, špatné vysvědčení, stěhování do nového prostředí, týrání a další). K překonávání těchto poruch dopomáhá vnější prostředí. Ovlivňuje průběh, ale i prognózu poruchy přizpůsobení. Součástí toho vnějšího prostředí jsou rodiče, kteří zajišťují bezpečí a ochranu. V případě, že selžou a stávají se sami stresorem, nachází dítě náhradní ochranu u starších sourozenců nebo prarodičů.

[41] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 367.
[42] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 367.
[43] Srov. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*, s. 222.

Charakter poruchy zahrnuje regresivní projevy (pomočování, dumlání palce), poruchy chování, depresivní náladu, úzkost, bezmoc, obavy, sebepodceňování, napětí, zlost. Reakce na zátěž mohou být pro dítě natolik silné a výrazné, že mohou ohrozit a ztížit jeho fungování v rodině a ve škole, oslabit jeho sociální působení a vztahy s vrstevníky.

1.4.6 Úzkostné poruchy (F 93.0, 1, 2), obsedantně-kompulzivní porucha (F 42)

Úzkost a strach patří mezi fyziologické fenomény lidského života. Setkáváme se s nimi v případě, když nám hrozí nebezpečí, připravují člověka na ohrožení. Úzkost nemá konkrétní obsah, nelze přesně určit její příčinu, neváže se na konkrétní předmět nebo situaci. Chápeme jí jako nepříjemný citový stav, kdy převažují hlavně pocity napětí a obavy, prožitky při úzkosti nelze přesně specifikovat.

Pokud je úzkost intenzivní, trvá dlouho, narušuje běžné fungování dítěte, obtěžuje jeho soužití nebo dokonce brzdí jeho další vývoj, stává se patologickým projevem.

Separační úzkostná porucha je úzkostná reakce dítěte na jeho skutečné nebo hrozící odloučení od členů rodiny, nejčastěji od matky. Součástí mohou být obavy, že se blízkým něco stane a už se nevrátí, odmítají jít do školy, mají strach ze samoty, bojí se usnout, opakují se noční můry. Často doprovázené nauzeou, bolestmi břicha, zvracením, palpitací, poruchami dýchání.

Jedná se o potíže dlouhodobé, častým projevem této poruchy u dětí v raném školním věku je ***školní fobie***, tedy nadměrný strach ze školy. Dítě odmítá chodit do školy, má strach opustit domov, bojí se neúspěchu ve škole, učitelů, kontaktu s druhými, zkoušení, šikany. Takové dítě je velice tiché, introvertní, perfekcionistické, přecitlivělé, má strach ze selhání přesto, že podává dobré výkony. Může trpět dalšími úzkostmi (strach z úrazu, o rodiče, ze smrti). Když

nastane doba odchodu do školy (ráno, konec víkendu), přepadne dítě bolest břicha, nauzea, zvracení.[44]

Fobická úzkostná porucha u dětí představuje kombinaci úzkosti a nadměrného strachu z něčeho, co samo o sobě není nebezpečné.[45] Dítě neumí situaci správně určit, očekává nebezpečí tam, kde nehrozí. Nejčastěji je to fobie ze zvířat obecně, za psů a koček, z hadů, z pavouků, hmyzu, krve, tmy, výšek, uzavřených prostor, zvuků, scének v televizi, zlodějů. Taková úzkost vzniká rychle, a pokud není posilována, tak i rychle vymizí. Pokud trvá dlouhou dobu, narušuje adaptaci dítěte.[46] Úzkost je v tomto případě považována za nepříjemnou, obtěžující, bránící běžným činnostem. Kromě psychických projevů se objevují i vegetativní potíže.[47]

Sociální úzkostná porucha u dětí znamená patologické přetrvávání strachu z cizích lidí a vyhýbání se jim. Za běžných okolností by měl tento jev nejpozději do tří let ustoupit. Pokud přetrvává, vyhýbá se dítě kontaktu s jinými lidmi, staršími, mladšími a s vrstevníky, brání vývoji sociálních vztahů, navazování kontaktů, vytváření sociálních dovedností. V průběhu puberty se situace pozvolna upravuje, v horším případě se může vystupňovat do podoby sociální fobie nebo k rozvoji elektivního mutismu (nemluvnost), v dospělosti ke vzniku sociálně úzkostně (vyhýbavé) poruchy osobnosti.[48]

Obsedantně-kompulzivní porucha (F 42)

Obsedantně-kompulzivní porucha patří mezi nejsložitější neurotické poruchy vůbec. Na době výskytu se autoři neshodují. Chodura uvádí, že se

[44] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 217.
[45] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 217.
[46] Srov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. et al. *Basic Psychopathological Terms and Psychiatric Diagnoses*, s. 149.
[47] Srov. TUČEK, J. – CHODURA, V. *Psychiatrie,* s. 71.
[48] Srov. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie,* s. 168-9.

vyskytuje až v pozdním školním věku a v adolescenci, Vágnerová trvá na tom, že příznaky se mohou objevit už v osmi letech života.

„Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD – obsessive-compulsive disorder) u dětí adolescentů patří mezi tzv. internalizované poruchy, které jsou charakterizovány subjektivně prožívanou tenzí, nepohodou, úzkostí, pocitem strachu, obavami a přítomností obsesí a kompulzí.“[49] Přičemž **obsese** znamenají opakující se nutkavé a vtíravé myšlenky, které vyvolávají zbytečnou úzkost a znepokojují, **kompulze** jsou definovány jako nutkavé formy chování nebo psychické aktivity, kterými děti reagují na obsesi. Jedná se o aktivity přehnané, zmírňující úzkost a zabraňující hrozivým následkům.[50]

Potíže začínají prudce. Mezi spouštěcí faktory u dětí patří různé negativní rodinné události, onemocnění nebo úmrtí blízké osoby, potíže ve škole, s vrstevníky, úzkostné zážitky z televize apod. Sklon k této poruše mají děti trpící tikovou poruchou, děti přecitlivělé, dispozičně úzkostné, perfekcionistické, pedantské, nadprůměrně inteligentní, hodně ovlivnitelné matkou. Děti bývají hodně opatrné, nejisté s velkou potřebou přehnaně plnit sociální normy a očekávání. Většinou se jedná o nutkavé chování ve vztahu k sebeobsluze, k dodržování čistoty (mytí rukou vedoucí až k maceraci kůže a zánětlivým procesům), snaha vyhnout se kontaktu s nejrůznějšími předměty denní potřeby s obavou, že jsou znečištěné a další rituály (oblékání, urovnávání, organizování), které například zabrání přijít včas do školy nebo jít včas spát.

U této poruchy jsou horší následky, které ovlivní nebo naruší život dítěte. Přináší hlavně snížení výkonnosti, zhorší sociální vztahy, vztahy v rodině, naruší sociální chování, naruší spánek a plnění běžných povinností.

1.4.7 Poruchy komunikace a řeči (F 94.0, 98.5, 6)

Lidé na celém světě mají potřebu předávat si informace, sdělovat svoje názory a potřeby, reagovat na ně. Tomuto dorozumívání se říká komunikace. Jednou

[49] HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 228.
[50] Srov. PRAŠKO, J. et al. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit.*, s. 12.

z nejdůležitějších a nejpoužívanějších forem verbální komunikace vůbec je řeč. Řečí si předáváme myšlenky, sdělujeme naše názory, argumentujeme, vyjadřujeme pocity.

U dětí v raném školním věku je důležitá především k rozvoji osobnosti, rozšiřování zájmů, rozšiřování slovní zásoby, sdělování emocí. Dětem velice záleží na tom, jak s nimi komunikuje rodina, učitelé, kamarádi, sousedé. Jsou citlivý na konflikt, trpí často pocity viny a méněcennosti. Potřebují pozitivní, neagresivní a povzbuzující přístup, který brání jakémukoli vzniku neuroticismu.

Dětem, jejichž rodiče volí spíše přístup ponižující, odsuzující, trestající, volí agresivní a manipulativní styl výchovy, hrozí větší riziko poruch v oblasti komunikace. Podobně tomu může být i u dětí úzkostných, kteří se bojí separace od matky nebo mají obavy z cizích lidí. Takže i emoce mají vliv na komunikaci.

Mutismus (nemluvnost) je náhlý útlum řeči u dítěte, které mluvit umí, chápe jazyk, je schopné se vyjádřit, ale z důvodu emočního narušení mluvit odmítá.[51]. Útlum nastává ze strachu či napětí při nějaké situaci nebo v komunikaci s určitou obvykle cizí osobou. Pokud je mutismus vázán jen na určité prostředí, nese přívlastek **elektivní.**[52]

Sklony k mutismu mají děti úzkostné, plaché, uzavřené, samotářské, zvýšeně závislé, které se neumí sociálně prosadit. Nějčastěji se projevuje na začátku školní docházky (nástup do nového prostředí, cizí lidé, nová situace, zátěž). [53] Typické je, že dítě hovoří doma nebo s blízkými přáteli, ale ve škole nebo ve styku s cizími lidmi je němé. Nápadná bývá i malá pohyblivost dítěte.

Mutismus vymizí zpravidla za několik týdnů nebo měsíců, je však třeba, aby si okolí příznaků nevšímalo. Je-li učitelem nebo rodiči mutismus zdůrazňován a dítě

[51] Srov. HŐSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*, s. 295.
[52] Srov. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. et al. *Basic Psychopathological Terms and Psychiatric Diagnoses*, s. 150-151.
[53] Nezanedbatelná menšina dětí s elektivním mutismem má v anamnéze buď určité zpoždění ve vývoji řeči, nebo má problémy s artikulací.

je do řeči nuceno, případně je i trestáno, že nemluví, může dojít k jeho fixaci. Pak přetrvává i řadu let.[54]

Balbuties (koktavost) je porucha plynulosti řeči, zadrhávání, křečovité vyrážení nebo opakování slabik či slov, zejména na počátku věty a typicky jen pro některé hlásky. Příčinou je neschopnost koordinovat struktury, které se podílejí na tvorbě mluvy (dýchání a řeč). V případě neurotické poruchy je vyvolávajícím faktorem koktavosti napětí v zátěžové nebo stresující situaci, situace psychického přepětí. Koktavost může přicházet také jen při některých společenských situacích, zejména při nejistotě a rozčilení. Ani u těžších případů nebývá koktavost patrná při zpěvu nebo při monotónním čtení. Vyskytuje se asi u 10 % školních dětí, častěji u chlapců.[55]

Pro nás je zajímavější z toho důvodu, že může vyvolávat jiné sekundární neurotické reakce. Jednou z nich je ***logofobie***, nepřiměřený strach z řeči spojený s pocity méněcennosti. Dále může jít o únik z traumatizující situace, izolace od skupiny, útěk ze školy. Koktavé dítě trpí tím, že je nápadné, vybočuje z normálu, upozorňuje na sebe a vyvolává nepříznivé reakce okolí (výsměch), těžko se s tím srovnává, má nízké sebehodnocení a sebevědomí. Koktavost může člověka obtěžovat po celý život.

Breptavost (tumultus sermonis) je též porucha plynulosti řeči, která se vyznačuje zrychleným tempem řeči bez opakování nebo zaváhání. Řeč není rytmická, je nesrozumitelná, s přeříkáváním, s rychlým trhavým proudem slov, což navozuje chybné struktury ve vyjadřování (střídají se pauzy a pak náhlé výbuchy slov, které nemusí odpovídat gramatické skladbě věty).[56] Mezi vyvolávající faktory v případě neurotické poruchy patří opět různé situace plné napětí, tréma, nejistota, strach z chybování obvykle ve škole při zkoušení, apod.

---

[54] Srov. ČEPIČKA, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy,* s. 35.
[55] Srov. HŐSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře,* s. 295.
[56] Srov. KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých,* s. 61.

1.4.8 Dětská hysterie (F 44)

Pojem „hysterie“ je dnes už poměrně zastaralý a nepotřebný, neboť byl užíván ve spojení s nejrůznějšími klinickými obrazy. Případně se užívá jen přívlastek „hysterický“. V dnešní době je moderní mluvit ve smyslu „nepřiměřená reakce na pro nás nepříjemnou situaci, bolest, událost” nebo “reakce v afektu“. MKN-10 řadí dětské hysterické reakce pod kód F 44, tedy **dissociativní (konverzní) poruchy** (pro dětský věk typické dissociativní křeče, F 44.5).

U raného školního věku se setkáváme někdy již s naznačenými rysy hysterické povahy. Je to hlavně snaha upoutat na sebe pozornost různými teatrálními projevy, hlučným hovorem a přehnanou afektivitou, hašteřivostí a náladovostí, sklonem ke lžím a často i předčasnými sexuálními zájmy.

U těchto dětí může poměrně často dojít k výskytu hysterických reakcí, které se projevují nejčastěji vegetativními poruchami (bolesti hlavy, břicha, zvracení, odmítání jídla, mdloby), někdy se objeví i hysterický záchvat, nejčastěji křečový (podobný epileptickému), kdy se dítě válí po zemi, tluče kolem sebe, křičí a projevuje bouřlivě své afekty.[57] Jindy dochází k funkčním obrnám, že dítě nemůže chodit nebo stát.[58]

Hysterické záchvaty jsou častější v období dopívání, kdy se mohou objevovat i hysterické mrákotné stavy a pseudologie phantastica[59]. U všech hysterických projevů je patrná podvědomá snaha poutat pozornost chorobnými příznaky, nebo se vyhnout nepříjemné situaci, ale nejde o vědomou simulaci. Projevům dítěte se nesmí věnovat velká pozornost, jinak je nebezpečí, že dojde k jejich fixaci. [60]

---

[57] Srov. MKN-10. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*, s.142.
[58] Srov. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*, s. 226.
[59] Chorobný sklon k lhaní, vymýšlení, přehnané fantazii.
[60] Srov. ČEPIČKA, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy*, s. 37-38.

1.4.9 Smutky a deprese (F 92, 32, 33), suicidální tendence a chování (F 38)

Smutek vzniká jako reakce na ztrátu osobně významné hodnoty nebo jako pocit pouhého ochuzení o něco pro nás významného. Kromě smutku člověk reaguje i jinak, např. vztekem, únikem, izolací, agresí. Pokud smutek přetrvává a ovlivňuje náladu, lze mluvit o **depresi**.

Deprese u dětí má trochu jinou formu a průběh než u dospělých. Je variabilnější (dá se odklonit, stavy se mění), obvykle je depresivní nálada reakcí na nějakou závažnější ztrátu (spíše dítě truchlí a trpí ze ztráty blízké osoby či věci) a nálada může být doprovázená i různými somatickými příznaky (bolesti hlavy, břicha, nauzea, únava), regresivními projevy. Vše je ale ovlivněno věkem dítěte. Mezi rizikové faktory patří konflikty v rodině, nedostatečné způsoby zvládání stresu, málo přátelských vztahů.[61]

Deprese v dětství se vyskytuje poměrně často, bývá spíše spojována s poruchami chování, agresivitou a somatickými stesky. Podle MKN-10 se v dětství převážně vyskytuje **depresivní porucha chování,** pro kterou jsou charakteristické tyto příznaky: nepřiměřeně smutná nálada, pasivita, útlum střídaný s agresí, ztráta zájmu a radosti, pocity viny a beznaděje, poruchy spánku a chuti k jídlu, únava, zhoršená soustředivost, u mladších školáků obvykle odpor k učení, neschopnost komunikace s vrstevníky, izolovanost, ztráta motivace, špatná koncentrace pozornosti a paměti. V horším případě i v tomto věku musíme počítat s reálným nebezpečím suicidia.

Depresivní školáci mají až z 80 % poruchu sebehodnocení, jsou „stažení, nemluví se o nich“ (ve skupině se o nich hovoří jako o „outsiderech“). Jsou nepřiměřeně pasivní, přesto někdy agresivní. Čekají na ocenění jako výraz zpětné vazby, ale nedostává se jim ho. Rodiče bývají hodně kritičtí, šetří pochvalou.

[61] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese,* s. 221.

Deprese se poté může stát závažným rizikovým faktorem v sociální adaptaci v dospělosti. Převaha depresivní poruchy je 0,4-2,5 % u dětí do 10 let.[62]

Suicidální tendence a chování (F 38)

Suicidální nebo-li **sebevražedné jednání** je staré jako lidstvo samo. Z mnoha historických pramenů je patrné, že řada filozofů a stoupenců křesťanství spekulovala nad dobrovolným odchodem ze života a pojmem svoboda člověka. Z toho pramení i dodnes přejímaná definice, že se jedná o vědomé, dobrovolné a úmyslné ukončení vlastního života z vlastního rozhodnutí.

Suicidální chování zahrnuje suicidální myšlenky a tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium. *„**Suicidium** je definováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít. **Suicidální pokus** je každý život ohrožující akt, s úmyslem zemřít, avšak s nikoli letálním koncem. **Suicidální myšlenky a tendence** jsou charakterizovány verbálními či neverbálními projevy toho, že jejich nositel se zabývá myšlenkami na sebevraždu.“*[63]

Sebevražedná jednání dětí jsou vzácná, jejich četnost roste až po desátém roce života. Souvisí to hlavně s rozvojem myšlení, uvažování a chápání smrti jako něčeho nevratného. Od devátého roku věku je smrt spojena s představou zániku tělesných funkcí a rozkladu živé hmoty. Úroveň takových představ o smrti je také dána inteligenční a citovou úrovní, zkušenostmi a prostředím kolem vyvíjejícího se dítěte.[64]

U dětí bývají sebevražedné pokusy většinou výrazem zkratkovitého jednání např. v afektu (skok z výšky), výrazem obavy z trestu (užití střelné zbraně), upozornění na sebe (pořezání žiletkou, užití léků), pomsty, napodobení (z filmu či

[62] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 190.
[63] HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 405.
[64] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 503. 3. rozš. a přeprac. vyd. 2004.

literatury), agrese. Málokdy jsou tyto pokusy u dětí důsledkem deprese (oběšení). Pozor je třeba dát na rizikové faktory: konfliktní rodinné prostředí (rozvody rodičů, úmrtí, konflikty s rodiči, odloučení od rodičů, týrání, alkoholismus), potíže ve škole (šikana, školní neprospěch, poruchy chování), v partě kamarádů (nešťastná láska), dlouhodobé deprese, drogy.

V posledních letech se někdy setkáváme většinou u dospívajících dívek se sebepoškozováním (viz kazuistika č. 3). To může mít obraz hrubších škrábání nebo dokonce řezání na předloktí, pažích, dolních končetinách, ale i na prsou, břiše, v okolí genitálií. Dalším častým způsobem sebepoškozování bývají otravy léky. Jejich osobnosti jsou depresivně laděné, jednání má nutkavý charakter a po provedení popisují úlevu, snížení tenze, pocit spokojenosti. Dalším důvodem může být touha na sebe upozornit, dívky trpí nedostatkem zájmu, pocitu bezpečí a jistoty, chybí jim adekvátní rodinné prostředí. V tomto případě se jedná spíše o demonstrativní charakter siucidálního jednání.

Podobně jako dívky jsou na tom i chlapci. S výjimkou, že chlapci se dopouštějí sebevražedného jednání s letálním koncem (oběšení, zastřelení).[65]

V dětech by se měla posilovat schopnost vlastního sebeocenění a pocit přiměřeného sebevědomí už od raného dětství. K tomu blahodárně přispívá pozitivní rodinné prostředí (zejména citové), přátelské vztahy ve škole, mezi vrstevníky. Suicidální chování u dětí je často spíše výrazem volání o pomoc („cry for help“) než skutečného přání zemřít.

[65] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 406.

2. PŘÍČINY VZNIKU NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ

Neurotické poruchy jsou poruchy převážně psychogenního charakteru. To je výsledkem toho, že každý jedinec reaguje na vnitřní konflikt nebo vnější zkušenost individuálně, typickým způsobem, který je zase dán dědičnými (dispozičními) předpoklady. Toto všechno je tedy ovlivněno kombinací faktorů, které lze rozdělit do dvou základních skupin: **vrozené dispozice** a **vlivy vnějšího, psychosociálního prostředí.**

Vnitřní konflikt má intrapsychický charakter. Jedinec prožívá rozpor mezi vlastními představami a reálnou situací, které je vystaven. Neumí situaci, svoje schopnosti a možnosti kriticky zhodnotit. **Vnější konflikt** má interpersonální charakter, kdy zdrojem může být rodina, škola, kamarádi, zájmové útvary apod. Konflikt znamená pro toho člověka napětí, nejistotu a frustraci, které vedou ke vzniku prvotních příznaků, příp. dlouhodobých potíží.[66]

2.1 Vrozené dispozice

Při vzniku neuróz hraje důležitou roli dědičnost jako příčina vzniku psychických odchylek. Dále jsou podstatné vrozené temperamentové vlastnosti (včetně typologie osobnosti), emocionalita, povahové rysy a projevy, pohotovost k úzkostnému prožívání, vývoj osobnosti. V dětství může být jedním z rizikových faktorů funkční nezralost CNS nebo ADHD. Mezi další faktory patří aktuální somatický stav (onemocnění akutní i chronické, alergie, oslabená imunita, únava, nedostatky ve výživě, snížení tolerance k zátěži, snadná zranitelnost, sklon k vegetativním potížím – bolestivým příznakům bez organické příčiny).

[66] Srov. KŘÍŽ, J. *Pedopsychiatrie*, s. 57.

2.1.1 Dědičnost

Dědičnost je jeden z nejpodstatnějších důvodů, proč může dítě trpět neurotickou poruchou. Dědičnost chápeme jako přenos vlastností z rodičů na děti. Tyto vlastnosti jsou uloženy v genech[67] a přinášejí dětem vrozené tělesné vlastnosti, ale také neurofyziologický potenciál – genetický potenciál (psychické vlastnosti). Tyto vlastnosti jsou během výchovy v rodině, spíše jen v raném dětství, různě posilovány nebo potlačovány. Vlivem prostředí, nabýváním zkušeností a s přibývajícím věkem vliv dědičnosti ubývá. Přesto zděděné psychické vlastnosti nelze výchovou zásadně změnit. Podle výzkumů má dědičnost vliv i na oblast inteligence, temperamentu, agresivity, odolnosti vůči stresu, sklonu k depresím, plachosti, jazykových schopností a představivosti.[68]

Genetické předpoklady k neurotickým reakcím jsou **polygenního charakteru**, tj. na jejich vzniku se podílí větší počet genů malého účinku. Tyto geny se ve své funkci navzájem ovlivňují a výsledkem může být zvýšená dispozice reagovat vegetativními projevy, dráždivě, přecitlivěle, nevyrovnaně, nestabilně apod. Tyto projevy člověka ovlivňují jeho blízké prostředí a okolí se k němu začne chovat jinak než obvykle. Pokud je dispozice k neurotickému způsobu reagování silná, stačí k rozvinutí potíží úplně prostá pro jiného člověka zvládnutelná zátěž.[69]

„Obecně se předpokládá, že neuroticismus jako rys osobnosti je dědičný z 50 %.“[70] Těžko se takový fakt určuje, protože zde spolupůsobí celá řada různých faktorů (výběr partnera, kombinace genů, přenos genů, vztahy mezi geny, vrozené dispozice jako je temperament, charakter apod.)

---

[67] Genetická výbava je zakódována ve formě genů (uloženy ve vlákně DNA - chromozomy), tvořících dvě identické sady. Jedna pochází z otcovské zárodečné buňky a druhá z mateřské. Soubor zděděných vloh je genotyp. Psychická vlastnost, fenotyp, je výsledkem dlouhodobých vztahů mezi genotypem a faktory životního prostředí, které se v průběhu života mění. Srov. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*, s. 47.
[68] Srov. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 80-81.
[69] Srov. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*, s. 53.
[70] ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*, s. 53.

Výskyt neurotických projevů v jedné rodině může souviset jednak s dědičností dispozic pro takové reakce, tak i s abnormálními mezilidskými vztahy, způsobem komunikace, zpracováním jednotlivých rolí. Vytváří se tak systém, kde odchylky se stávají běžnou normou.

2.1.2 Temperament

Dalším z možných faktorů, který ovlivňuje vznik a sklon dítěte k neurotickým potížím je vrozený temperament. *„Temperament je soustava psychických vlastností, které se projevují způsobem reagování, chování a prožívání člověka, zvláště tím, jak snadno vznikají city, jak jsou silné a jak živé se projevují navenek, jak rychle se střídají.“*[71] Je určován typem vyšší nervové činnosti.

Dodnes je nám známá prastará řecká typologie temperamentu, kterou vypracoval řecký lékař Hippokrates, později ji upravil Galenos. Z této teorie vychází čtyři základní typy temperamentu osobnosti rozdělené podle toho, která tělesná tekutina (šťáva) převládá: Sangvinik (sanguis-krev) je člověk veselý, čilý, společenský, nestálý, rychlý. **Cholerik** (chole-žluč) nese sklony k neuroticismu. Je mrzutý, dráždivý, vzteklý. O nic lépe na tom není **melancholik** (melainchole-černá žluč), u kterého převládá smutná nálada, je pomalý, spíše uzavřený a hodně citově založený. Typ, který má též sklony k neurotickým potížím. Poslední je flegmatik (flegma-hlen). Člověk klidný až lhostejný, netečný, pomalý, ale spolehlivý.[72]

Na rozlišení temperamentu pracoval i zakladatel teorie o vyšší nervové činnosti I. P. Pavlov, který pospal charakteristické znaky typů vyšší nervové činnosti podle vlastností nervových procesů (pohyblivost, vyrovnanost podráždění a útlumu a sílu): Silný, vyrovnaný, živý typ jako sangvinik. Typ silný, vyrovnaný, klidný jako flegmatik. Třetí je **nevyrovnaný**, **silný typ**, impulzivní, agresivní, který svým temperamentem má sklony k neurotickým projevům jako cholerik.

[71] ČECHOVÁ, V. – ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*, s. 37.
[72] Srov. ČECHOVÁ, V. – ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*, s. 37.

Podobné sklony a sklony k emocionálně labilnímu jednání má **slabý typ** jako melancholik, pro kterého je typický sklon k pesimismu, zvýšená únavnost a časté pocity méněcennosti.[73]

Na teorii I. P. Pavlova volně navázal psycholog H. J. Eysenck, který v popisu temperamentu osobnosti užívá základních termínů C. G. Junga *extraverze – introverze* a svých termínů *stabilita – labilita* (viz příloha I).

Extravert je člověk společenský, impulzivní, družný, hlučný má rád zábavu a vzrušení, není na něj spolehnutí, může mít sklony k agresivitě. **Introvert** je naopak člověk tichý, uzavřený, spolehlivý a trpělivý, rád plánuje a má vše promyšlené. Většinu neurotických dětí lze zařadit mezi stav **emocionální lability**, kdy dítě oproti **stabilitě** bývá úzkostné, neklidné, podrážděné, s pocity méněcennosti. Snadno se poleká a rozpláče.[74]

Nemůžeme potvrdit, který z uvedených typů je lepší nebo horší. Každý má kladné nebo záporné vlastnosti. To si ovšem nemůžeme vybírat, s tím se rodíme na svět. Můžeme aspoň korigovat svoje chování a jednání. Co ale z toho vyplývá a můžeme říci je to, že děti citově labilní s temperamentem introverta, se slabým a nevyrovnaným typem vyšší nervové činnosti, s temperamentem cholerika nebo melancholika mají větší pravděpodobnost, že jejich život potrápí třeba i sebemenší neurotický problém.

2.1.3 Emocionalita

Tak jako dospělí lidé jsou i děti velice vnímavé, mnohdy i mnohem víc, k událostem, které se kolem nich dějí. Hodnotí je vnitřně jako příjemné nebo nepříjemné, dobré nebo špatné. Ještě více to děti vnímají nebo prožívají tehdy,

---

[73] Srov. ČECHOVÁ, V. – ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*, s. 38-39.

[74] Děti mladšího školního věku bývají spíše extraverti, jsou aktivní, neposedný, ale citově spíše labilní a hlučný. Vlivem společenských podmínek, vlivem výchovy a sebevýchovy může dojít ke změnám v projevech temperamentu (utlumeny nebo zvýrazněny). Srov. ČECHOVÁ, V. - ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*, s. 41.

když se to týká jich samotných nebo bytostí, ke kterým je vážou nějaké city. Podle toho se pak děti chovají, vyjadřují svoje pocity. K tomu je důležité pochopení další vnitřní složky osobnosti dítěte, kterou je emocionalita.

„Emocionalita je vnitřní dispozice k emocionálním reakcím, které určují vlastnosti emocí, např. také jejich intenzitu. Pojem emocionality zahrnuje také obsahový zřetel, tj. cítění a jeho vývojovou úroveň (citovou zralost).“[75] Podle emocionality lze posoudit dítě klidné, vyrovnané, emocionálně zralé. Nebo naopak dítě, které je náladové, nervózní, nerozhodné.

I emocionalita má svojí zralost, která roste se schopností sebekontroly a zodpovědnosti za své jednání. Emocionálně zralý člověk je tehdy, když je schopen ovládat své pocity, je schopen kontrolovat svoje projevy jednání, jedná s rozvahou, nejedená ihned podle emocí. Emocionální nezralost má vrozený neurofyziologický základ (vrozená míra neuroticismu a emocionální lability spolu s vegetativními projevy), může být ale i následkem nežádoucí rodinné výchovy.[76]

Děti bývají spíše citově nezralé, např. při neschopnosti odpoutat se od matky a následný pláč, těžko se vyrovnávají se ztrátou oblíbeného zvířete, ke kterému měly citový vztah nebo trpí obavou z toho, jak budou reagovat rodiče na horší známku apod. Pravděpodobně to v několika případech může být otázka času.

2.1.4 Povahové rysy a projevy

Často kolem sebe slýcháme, jak lidé hodnotí sebe sami navzájem vyjádřením, že někdo má dobrou povahu nebo jiný má zase špatný charakter. Tím vlastně mluví o povahových vlastnostech, které psychologie odborně označuje termínem **rysy osobnosti.**

„Rys osobnosti je psychická vlastnost, která se projevuje určitým způsobem jednání, chování, prožívání. Je příznačný pro určitého člověka (odlišuje ho

[75] NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 299.
[76] Srov. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 299-301.

od jiných lidí) a je poměrně stálý v průběhu života.“[77] Soubor rysů je již zmíněný temperament.

Rys osobnosti vyjadřuje nějakou psychologickou charakteristiku typu: družný – uzavřený, kladný vztah k lidem – záporný vztah k lidem, vytrvalost – její nedostatek, dobré zvládnutí zátěže – nízká odolnost, dominantní - submisivní atd.

I rysy osobnosti mohou mít určitý podíl na vzniku neurotických potíží u dětí. Rozlišujeme totiž rysy **povrchové a pramenné.** Povrchové jsou takové, které vysledujeme z chování dítěte, pramenné rysy jsou vnitřní dispozice, vnitřní faktory. K pochopení je důležitý rozdíl v popisu a vysvětlení: popis vyjadřuje charakteristiku dítěte (uzavřené, málo komunikuje), vysvětlení vyjadřuje vnitřní dispozici (úzkostné, bojí se).[78] To, jak se dítě chová, jak jedná, je výsledkem toho, co prožívá, jak se cítí, co mu chybí, reaguje na vnitřní napětí.

U neurotických dětí tudíž převažují rysy jako je uzavřenost, pesimismus, labilita, nízká odolnost k zátěži, sebepodceňování, nedůvěra, smutek, nejistota, náladovost, sklíčenost, věčný „outsider“ ve skupině, nepozornost, nespokojenost.

2.1.5 Pohotovost k úzkostnému prožívání

Úzkost je sice fyziologický fenomén, ale když obtěžuje delší dobu, stává se patologickou potíží a narušuje vývoj dítěte.

Pro každé vývojové období je typický určitý soubor podnětů vzbuzujících strach dítěte. Vývojově ale není úplně jasné, od kdy dítě začíná prožívat strach a úzkost jako pocity odlišné od bolesti a nepohody.

V kojeneckém a batolecím věku se jako součást normálního vývoje objevuje separační úzkost jako strach z cizích lidí, který by měl ke konci 3. roku ustupovat. Mírné formy mohou přetrvávat i po zbytek života člověka. V předškolním věku mají děti bohatou fantazii s tzv. magickým myšlením. Často se objevují různé

[77] ČECHOVÁ, V. – ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*, s. 36.
[78] Srov. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s, 279.

strachy. Dítě svojí přehnanou fantazií a neschopností odlišit realitu od fantazie řadu běžných záležitostí zveličuje a přetváří. Pokud takové fobie nejsou posilovány, tak obvykle vymizí. Přetrvat mohou spíše fobie z pavouků, ze psů, z lékařského ošetření, neznámého prostředí, lidí, situací. *„Typickým obdobím zvýšené míry úzkostnosti je věk kolem 10 let, kdy dítě při pokračujícím kognitivním vývoji dospívá k plnému pochopení pojmu smrti s její univerzalitou a nezvratností. Řada dosud odvážných dětí se v tomto období začne bát tmy s představou možných číhajících nebezpečí, šumění větru, drobných šramotů apod.“*[79]

Sklon k úzkostnému prožívání mají děti emocionálně labilní, tiché, inhibované, nestálé, bojácné, uzavřené, netečné, snadno unavitelné, trpící i somatickými potížemi perfekcionistické, hodně navyklé na neustálou přítomnost rodičů. Dále děti, které podávají ve škole dobré výkony, ale přesto trpí neustálým strachem ze selhání a trpí řadou dalších obav.

K úzkostné poruše dochází snáze u dítěte, které má genetickou predispozici a vedle toho je vystavováno ještě dalším psychogenním stresům nebo frustraci.

2.1.6 Vývojové faktory – faktor věku

Období raného školního věku je pro dítě etapa, kdy nastává mnoho životních změn. Pobyt v mateřské škole střídá nástup do základní školy, a tím řada nových a složitějších pravidelných povinností. Nejenom, že musí vstávat kolikrát i ve velmi brzkých ranních hodinách, ale musí třeba dojíždět hromadnou dopravou, přestupovat, orientovat se v čase apod. S tím souvisí i adaptace na nové podmínky, nové lidi, kolektiv a hlavně odloučení od rodičů a umět se spolehnout sám na sebe.

Ve škole se musí děti soustředit, spolupracovat, nevyrušovat, poslouchat. Dítě získá řadu nových povinností, musí se připravovat na vyučování, nejlépe dodržovat pravidelný denní režim.

---

[79] ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie,* s. 167.

Nejsou to ale jen samá negativa. Dítě se stane žákem, členem školní třídy, nové sociální skupiny, získá mnoho přátel, blízkých kamarádů někdy i na celý život. Pozná nové lidi, nové společenství, učitelé (nadřízené), naučí se orientovat ve vztazích, pozná rozdílné charaktery, chápe svoji roli žáka, potomka, sourozence, kamaráda. Kromě toho začíná start v osvojování si podstatných vědomostí a dovedností pro celý život.

Období tohoto věku je bohaté na stresové situace. Na situace, které mohou vyvolat nejenom u slabších jedinců vznik neurotických problémů. Dítě bývá obvykle přetěžováno povinnostmi, bojí se jít do školy, protože učivo neovládá, spolužáci ho šikanují, těžko se mu ráno vstává, protože trpí poruchami spánku. Neumí se soustředit, je roztěkané, vyrušuje. Nerado se odpoutává od matky, těžko ovládá své city. Trpí úzkostmi, které samo těžko specifikuje.

Řada problémů nemusí mít spojitost jenom se školou. Dítě začne prožívat různé životní události, zátěžové situace, se kterými se musí umět vyrovnávat. Vina může být i na straně rodičů, kteří se svému potomkovi dostatečně nevěnují, nebo naopak tu péči tak přehání, že je dítě nervózní z jejich nároků. To pak neurotické příznaky mohou zasáhnout kromě psychické oblasti i oblast somatickou, a objeví se bolesti břicha, hlavy, pocity na zvracení, různé tiky, motorický neklid, zadrhávání v řeči.

2.1.7 Syndrom ADHD[80]

Syndrom ADHD označuje případy poruch chování na podkladě drobných poškození mozku vzniklých v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období. Jedná se o drobná poškození, která postihují různé části CNS a různé funkce. Takové děti bývají problémem pro výchovu v rodině a na prvním stupni základní školy. Obtíže mohou přetrvat i déle. Pokud je ale výchovné zacházení

[80] Zkratka ADHD *(Attention deficit / hyperactivity disorder)* slouží pro označení hyperkinetické poruchy a poruchy pozornosti. V MKN-10 se používá pro označení hyperkinetické poruchy (porucha aktivity a pozornosti, porucha chování).

dobře uvážené, napomáhá k „normalizaci“ stavu chování. Když je výchovné působení nepřiměřené, může se stav zhoršovat.[81]

K hlavním projevům lze řadit hyperaktivitu, impulzivní jednání, poruchy pozornosti, poruchy vnímání, střídání nálad, citovou labilitu, zvýšenou únavnost. Vypozorovat můžeme třes prstů, tiky v obličeji, zhoršenou pohybovou koordinaci a celkovou neobratnost dítěte. Syndrom ADHD může být jedním z vyvolávajících činitelů neurotických poruch.

2.1.8 Aktuální somatický stav

1. <u>Somatické onemocnění</u> akutní (rýma, angína, virózy) nebo chronické (srdeční, dýchacího ústrojí, ledvin) může mít vliv na psychiku člověka a její projevy. Každé onemocnění působí na člověka nepříznivě, ovlivňuje jeho reakce, emoční projevy, prožívání, uvažování, případně i některé rysy osobnosti.

Nemoc na rozdíl od zdraví přináší potíže. Je pro většinu lidí náročnou životní situací, která je vnímána jako obtížně zvládnutelná, působí jako stresor, s nímž se člověk musí vyrovnat. Nemoc mění obvyklý způsob života, mění dosud navyklý denní režim, může člověka omezit v běžných zvyklostech a v uspokojování potřeb. Narušuje dítěti výkon ve škole, soustředění, kontakt s okolím apod. Onemocnění vyžaduje adaptaci na novou situaci. A s tím se každý vyrovnává po svém.

K somatickým změnám, které nemoc vyvolává patří hlavně bolest. Pokud je bolest neurotického původu, jedná se u dětí zpravidla o bolest břicha a hlavy. Bolest je spojena s negativními citovými prožitky, vyčerpává, stává se varovným signálem a určitou negativní změnou, která narušuje a otravuje život toho dítěte. U této bolesti je třeba se pozastavit, zda je následkem opravdového somatického onemocnění (zánět, nádor), následkem poranění nebo reakcí dítěte na vnitřní konflikt a vnější podmínky (dysfunkční rodina, potíže ve škole).

---

[81] Srov. ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*, s. 183.

Psychické změny v nemoci u dětí i u dospělých bývají spojené hlavně se změnou prožívání a se změnou emočního postoje. Každá nemoc totiž vyvolává i sebemenší citovou odezvu.

Jakékoli onemocnění představuje pro dětský organismus i psychiku zátěž. Reakce psychiky závisí na vnitřních dispozicích, věku dítěte (ve školním věku dítě sice chápe skutečnosti logičtěji, ale dá spíš na vlastní zkušenost; chápe nemoc jako danost), rysech osobnosti a hlavně na prostředí, v němž dítě žije.

Z psychických reakcí na nemoc, které můžeme zařadit k dětským neurotickým projevům patří změny v oblasti prožívání, které souvisí s nepříjemností příznaků a změn, k nimž vedou. Patří sem dráždivost a emoční labilita. Děti bývají úzkostné, trpí nejistotou, strachem, který je hodně často na ně přenášen z rodičů, mají potřebu být zvýšeně citově vázány. Nemocné děti mohou být smutné až depresivní, mohou být vzdorovité, popudlivější, mohou cítit beznaděj a zdánlivou či reálnou bezmocnost.[82]

Nemocné dítě je dítě, které se cítí v ohrožení. Má větší potřebu podpory a citové jistoty. Potřebuje kontakt s blízkou osobou a přítomnost těch nejbližších.

2. <u>Únava</u> je dalším z možných vyvolavatelů neurotických potíž a nepříznivých faktorů ovlivňujících psychickou výkonnost jedince.

Každá lidská činnost, práce, hra nebo učení, vyžaduje intenzivní aktivní zapojení člověka. Pokud trvá dlouho, nastupuje pocit únavy (přirozený stav) a vyčerpání (chronický stav), svěžest člověka ochabuje a nastupují projevy únavy (viz příloha II).

„Únava je stav organismu, při němž se snižuje fyzický a intelektový výkon, zpomalují se reakce, stoupá počet chyb, žák nedokáže vyřešit úlohy, které by v lepším stavu zvládl. Mění se i prožívání, vzniká pocit únavy, malátnosti, někdy lhostejnosti, jindy podrážděnosti, klesá žákova motivace k učební činnosti, narušuje se pozornost.“[83]

---

[82] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 74.
[83] ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*, s. 174.

Kromě těchto jevů vyvolává únava poruchy spánku, soustředění, podrážděnost, nervozitu, a možné emocionální změny (nesnášenlivost, náladovost, lhostejnost, stísněnost), je omezená komunikace, dítě může mít sklony k depresím a úzkostnému chování. Záleží však na stupni nebo druhu únavy.

Únava je stav dočasný, stav zhoršené psychické a fyzické aktivity organismu, lze mu proto čelit různými psychohygienickými aspekty. Jedná se o procesy, které si musí uvědomit sám člověk, v případě malého dítěte rodič a učitel či vychovatel ve škole nebo při zájmové činnosti.

3. Nedostatky ve výživě

Jídlo nás doprovází od početí až po poslední dny života. Embryo přijímá živiny prostřednictvím matky. Po narození je novorozeně opět závislé na mateřském mléce. Postupně se dítě osamostatňuje, poznává různé druhy a chutě jídla. Jak dítě roste, učí se kontrolovat svůj příjem potravy, učí se rozhodovat, co bude jíst a co odmítat. Vliv rodičů je ale patrný. Poznává, že jídlo je základní biologickou potřebou, bez které nelze žít, a že má vliv i na zdravotní stav. Stárnutím chutě klesají, člověk se stává závislým na druhé osobě. Je třeba uznat, že jídlo je svým způsobem centrem našeho žití.

Nutno tedy dodat, že i výživa je faktor, který působí na psychiku člověka. Přijímané látky působí na vývoj, růst a funkci orgánů a tělesných systémů. Pokud je jejich přívod nedostatečný, může zpomalovat nebo narušovat vývoj mozku a centrálních procesů.

Důsledky mohou být krátkodobé a lze je vhodnou výživou upravit, ale v případech velkého nedostatku nebo nevhodnosti potravy se mohou objevit poruchy, které pak přetrvávají po celý život. Takže i duševní činnost jako součást biologických pochodů probíhá v závislosti na přijaté potravě.[84]

[84] Srov. FRAŇKOVÁ, S. *Výživa a psychické zdraví*, s. 8.

Na psychický vývoj dítěte má vliv už výživa budoucí matky. Matka by měla dbát na vyvážený přísun všech základních živin, minerálů a vitamínů. Neměla by se omezovat v zájmu zachování štíhlé linie nebo dokonce trpět podvýživou, ale zase by se neměla přejídat nezdravými jídly ve smyslu, že musí tzv. „jíst za dva“. Důležitá je vyváženost, přiměřená tělesná aktivita a duševní pohoda.

Kromě základních živin - bílkoviny, sacharidy, tuky (stavební prvky a energetické zdroje) by si měla budoucí matky hlídat především přísun vitamínů skupiny B (B komplex), kyseliny listové, vitamínů A, D, E. Jejich přívod je důležitý ke správnému vývoji mozku dítěte a jeho nenarušené duševní činnost. Z minerálních látek napomáhají k normální funkci nervové soustavy prvky jako je vápník, zinek, jód. Na trhu je sice bohatá řada různých potravinových doplňků, které lákají a skoro usnadňují přísun všech vitamínů a minerálů, ale není nad to, když žena jí stravu pestrou a bohatou na tyto potřebné látky. Tělo je přijímá v čisté, přirozené a nechemické formě. Pozor by si měla dávat na možný a nechtěný přísun toxických látek z prostředí jako je kadmium, olovo, rtuť a hliník.[85]

Nejvíce je dítě poznamenané tehdy, když matka během těhotenství holduje nadbytku kofeinu (podrážděnost, poruchy spánku a příjmu potravy), alkoholu (riziko vzniku fetálního alkoholové syndromu – opožděný vývoj, poškození mozku, neklid apod.) a dalším drogám (poškození mozku, nevyvinutí orgánů, mentální retardace).[86] Horší jsou pak už jen nemoci (AIDS, hepatitidy, syfilis). Toto všechno už je ale otázka celkové životního stylu budoucí matky.

Stejně jako je důležitá výživa či dieta matky, je důležitá i vyvážená a pestrá strava narozeného dítěte pro jeho zdravý vývoj. Existují složky potravy, které svým způsobem mohou pomoci předcházet vzniku neuróz u dětí. Složky, které mají vliv na psychiku a chování.

Z aminokyselin je podstatný přísun tryptofanu, který má antidepresivní účinek a blahodárné účinky na emoce, spánek a bolest. Na špatnou náladu a depresi

[85] Srov. FRAŇKOVÁ, S. et al. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*, s. 44-54.
[86] Srov. FRAŇKOVÁ, S. et al. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*, s. 56-58.

může pozitivně působit i tyrosin. Z lipidů výrazně na vývoj mozku, na chování, učení a celkový duševní vývoj působí esenciální mastné kyseliny, zejména kyselina linolová a arachidonová. Sacharidy obecně tlumí depresivní stavy a psychické napětí. Přísun vitamínů, minerálů a stopových prvků je samozřejmostí.[87] K tlumení stresu přispívá také česnek. Jeho aktivní látky působí na roztahování cév, a tedy ke snižování krevního tlaku.[88]

Naopak negativní účinky na psychický stav dítěte mohou mít různá barviva, příchutě, konzervační prostředky. Zejména hojně používaný glutamát sodný. Dále pak opět alkohol, kofein apod. Tlumivé účinky mohou mít různé druhy hub, koření a bylinky.[89]

Dítě v prvních letech života nerozhoduje o tom, co bude jíst a co ne. Dítě se musí přizpůsobit rodičům, je odkázané na jejich způsob stravování. Vyrůstá v rodině, kde si osvojuje návyky a zlozvyky, v rodině, která má určitý životní styl. Podle toho se pak odvíjí i jeho budoucí život, životní styl, nemoci, životní krize.

Málokdy a málokde se dnes u nás můžeme setkat s nedostatkem jídla a podvýživou. Bývá to spíš v rodinách sociálně slabších, početných nebo neúplných. Tam se dá říci, že nedostatek základních složek potravy může spolupůsobit na vzniku neurotických potíží.

Naopak v rodinách, které sice netrpí nedostatkem potravin může být ten příjem potravy určitým problémem nebo komplikací. Můžeme se u dětí setkat se selektivním výběrem potravin, nechutenstvím, stěžováním si na neustálé bolesti břicha, nauzeou, odmítáním některých jídel, alergiemi na některou složku pokrmu apod. Dítě je pomalé, pasivní, malátné, přecitlivělé, ospalé. Nejen že dítě nepřijímá hodnotnou potravu pro svůj zdravý vývoj, ale může si vytvořit doživotní chronické potíže i zažívacího traktu.

---

[87] Srov. FRAŇKOVÁ, S. *Výživa a psychické zdraví,* s. 87-152.
[88] Srov. MACH, I. Výživou proti stresu. *Psychologie dnes*, 2008, roč. 14, č. 4, s. 49.
[89] Srov. FRAŇKOVÁ, S. *Výživa a psychické zdraví,* s. 158-165.

4. <u>Snížená odolnost k zátěži</u>

Odolnost znamená vlastnost jedince, která umožňuje zvládat obtížné životní situace, umožňuje zvládat dětem problémy ve škole, v rodině, v sociálních vztazích a jiných dalších náročných situacích. Odolnost zahrnuje temperamentovou složku, ale také složku volní, charakterovou, která se formuje výchovou a sebevýchovou. Též souvisí i s vytrvalostí, která se jako další volní vlastnost uplatňuje při styku a překonávání překážek a obtíží.[90]

Zátěž neodmyslitelně patří k životu každého z nás. I samotné malé dítě s ní přichází do styku, především ve škole a při činnostech se školou souvisejících. Řada autorů se domnívá, že právě školní prostředí je nejvýznamnějším zdrojem psychické zátěže dětí.

Za optimálních podmínek se dítě během vývoje a růstu učí zvládat požadavky vnějšího prostředí, a za spoluúčasti vnitřních faktorů osvojuje reakce, které dítěti napomáhají zátěž zvládat. Ne ovšem každé dítě je schopné optimálně zvládat potíže, být vyrovnané, emočně zcela labilní.

Pokud je snížená tolerance (odolnost) ke zvládání zátěže, může to ovlivnit jeho procesy v jednání, chování a reagování. V chování neurotických dětí se nápadným způsobem uplatňuje psychické napětí, přecitlivělost, tělesný neklid, urážlivost, tréma, uzavírání se do sebe, přílišná submisivita nebo naopak negativismus.[91] Děti se sníženou odolností k zátěži nadměrně tělesně i duševně vyjadřují pocity strachu a úzkosti, celkově jsou méně schopné zvládat tělesnou i duševní zátěž, bývají plačtivé a nervózní, těžko zvládají emocionálně vypjaté situace.

Důležité je uvědomit si, co všechno může být pro dítě zátěž, co a jak ve kterém věku by mělo zvládat. Podle toho jednat, postupovat a podněcovat během vývoje.

[90] Srov. ČECHOVÁ, V. – ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*, s. 43.
[91] Srov. MLČÁK, Z. *Psychická zátěž u dětí základní školy*, s. 42.

2.2 Vlivy vnějšího prostředí

Lidský jedinec je v trvalé interakci se svým prostředím a musí se adaptovat na jeho podmínky nebo přizpůsobit vnější prostředí svým potřebám. Člověk prostředí kolem sebe hodnotí na základě svých zkušeností, vlastností a kompetencí a aktivně na něj reaguje. Adaptace na ty vnější podmínky je proces utváření psychických vlastností a projevů. Proto se dá říci, že ta interakce je díky vrozeným dispozicím a vnějším vlivům vždycky individuálně variabilní. Prostředí může na různé lidi působit odlišně. Například dítě, které je přecitlivělé a vrozeně labilní, může vnímat a reagovat na podněty úplně jinak než dítě, které je spíše flegmatické.[92]

Mezi zdroje psychických potíží u dětí plynoucích z vnějšího prostředí patří hlavně charakter rodinného prostředí, škola a její zvládání, vrstevníci (šikana), náročné životní situace, dosavadní životní zkušenosti, sdělovací prostředky příp. sociokulturní a hygienické podmínky v dosavadním vývoji dítěte (uspokojování tělesných potřeb, výživa, podmínky bydlení, zdravotní péče, ochrana před nebezpečím, sociální vztahy).

2.2.1 Rodinné prostředí

Rodina je primární skupinou, do které se dítě narodí. Kromě toho, že je základní výchovnou institucí, uspokojuje i psychické a fyzické potřeby dítěte, vytváří podmínky pro jeho zdravý vývoj, hierarchii rodinných a citových vztahů, vytváří si společný prostor, čas, prožitky, podílí se na vzniku společné budoucnosti a tvoří základ pro hodnoty a postoje dětí.

Rodina je považována za subsystém společnosti a měla by existovat jako celek. Když se něco naruší v jedné její součásti, naruší se funkce celku. Rodina může zůstat tou samou rodinou, jestliže se přestěhuje, ale nemůže být tou rodinou,

[92] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 28.

pokud se něco stane dítěti, pokud se matka stane závislou na alkoholu, jestliže zemře babička nebo když otec naváže jiný citový vztah a původní rodinu zanedbává.

Základ rodiny tvoří matka, otec a dítě. Každý z členů má svojí nezastupitelnou funkci. Matka má tu nejdůležitější úlohu, neboť si vytváří vzájemný vztah už během nitroděložního vývoje a přivádí dítě na svět. Matka působí jako vzor a umožňuje vytvořit a podat dítěti citové vazby. Dalším členem manželské a rodičovské diády je otec. Otec je v rodině tradičně pojímán jako nositel autority. Jako opora, která spíš jedná racionálně, zatím co matka emotivně. Oba však mají výchovně působit na dítě, vytvářet výchovnou jednotu a společnou autoritu, přinášet pocit bezpečí.[93]

Ne vždycky výchova probíhá tak, jak by měla. Existují různé extrémní výchovné styly, které mohou v dítěti vyvolávat psychické potíže, traumata a špatné vzpomínky na dětství. Můžeme je rozdělit do dvou velkých skupin. Do první můžeme zařadit ty postoje a praktiky, jako je zavrhování dítěte, lhostejnost k němu, zanedbávající výchova apod. Do druhé skupiny patří naopak výchova rozmazlující, protekční až perfekcionistická. Oba postupy mají jedno společné: postihují dítě komplexně, intelektově, citově i mravně. Projevy dětí mohou spadat do psychiatrie.

První skupina patoplastických výchovných stylů (výchova zanedbávající, zavrhující, výchova bez lásky) je charakteristická chyběním citového vztahu. Dítě bývá nechtěné, podceňované, zanedbávané, neustále napomínané za své nedostatky nebo malé chyby. Trpí úzkostí a ztrátou přízně často v podobě neurotických symptomů, objevují se tiky, noční pomočování (viz kazuistika č. 2), někdy i potíže psychosomatické. Školní prospěch u těchto dětí bývá celkově rovnoměrně snížen.[94]

Druhá skupina patoplastických výchovných stylů (výchova rozmazlující, hýčkající, přetěžující, příliš úzkostná) je charakteristická tím, že rodiče na dětech

[93] Srov. HINTNAUS, L.*Člověk a rodina. Smysl a funkce rodiny*, s. 32-37.
[94] Srov. MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*, s. 61.

příliš citově lpějí až je přetěžují, dopřávají jim vše, nač si vzpomenou, ale nepřipravují dítě na budoucí samostatný život. Chybná je i výchova založená na kázni a poslušnosti, s přemírou často obtížně splnitelných požadavků. Často hraničí s týráním. Podobná tomu je i výchova perfekcionistická, kdy dítě se stává nástrojem kompenzace a je hodně přetěžováno fyzicky i psychicky. Nejen, že může dítě trpět úzkostí a strachem, že požadavky nesplní dle přání rodičů, ale je ohrožen i jeho další duševní vývoj. Takové dítě je ochuzeno o normální dětství.[95]

Za vznikem neurotických poruch mohou stát i samotné pozice rodičů a vztahy mezi nimi. Situace, kdy rodiče jsou nezralí, nezodpovědní, neschopní plnit svojí roli. K tomu lze připojit problémy spojené s rozvodem, s úmrtím z jednoho z rodičů, s nástupem do výkonu trestu, rodiny neúplné nebo dysfunkční. U mužů se často objevují psychické odchylky, u žen střídání partnerů, drogové a alkoholové závislosti. V těchto případech vždy nejvíc trpí děti. Neklid v dítěti mohou způsobit i sourozenci, vztahy se sourozenci, vztahy mezi rodiči a sourozenci dítěte.

Vždy je třeba pečlivě rozmýšlet postupy a kroky ve výchově, ve vytváření vztahů a zůstat v jednotě názorů, přístupů a postojů.

2.2.2 Škola

Začátek školní docházky bývá nejvýznamnější událostí v životě každého dítěte. Školní docházku děti začínají v šesti případně sedmi letech. Na školu, její prostředí, podmínky, zátěž, vliv musí být dítě připravené. Mluvíme o školní zralosti. S tím souvisí následné zvládání školní zátěže.

Školní zralost[96] znamená schopnost a připravenost dítěte zvládat nároky školního vzdělávání. Tj. dosažení takového stupně vývoje, který umožňuje dítěti zdárně si osvojovat znalosti a dovednosti. Vývoj probíhá v interakci s vnějším

[95] Srov. HINTNAUS, L. *Člověk a rodina. Smysl a funkce rodiny*, s. 50-54.
[96] Též „školní pohotovost“, „školní způsobilost“.

prostředím, v němž dítě vyrůstá. Dítě je připravené po stránce fyzické, kognitivní, emoční a motivační, sociální (tj. tělesně zdatné a odolné k únavě, má rozvinuté pohyby a motoriku, vnímání, paměť a myšlení, umí zvládat pocity, je odolné k frustracím, je vytrvalé a pozorné, ochotný ke spolupráci a vzájemné pomoci ve skupině).[97]

Pokud se ale objeví opoždění či deficit v jedné z těchto oblastí, označuje tento stav klinická psychologie jako **školní nezralost**, kdy dítě není připravené na povinnou školní docházku.

Nezralé děti mívají problémy ve škole, těžko zvládají zátěž, jsou neklidné nebo utlumené, neobratné, nesoustředěné, nesamostatné, přecitlivělé, závislé, bázlivé, ale stejně tak i prudké, výbušné, nekomunikující, se sklonem k negativismu nebo mutismu. Takové chování pak směřuje k neurotickým symptomům (tiky, bolesti břicha, koktání, poruchy přizpůsobení, úzkost), k narušení motivace k učení, ke snížení sebehodnocení, zesílení lability.

Prevencí je hlavně stimulace k vývoji, zjišťování školní zralosti (testy prováděné psychologem, pediatrem) a odklad školní docházky s vypracovaným speciálním programem pro rozvoj dítěte.[98]

Zvládání školní zátěže je otázka, kterou řeší asi každá rodina s dětmi. S nástupem do školy se spektrum zátěže rozšiřuje, přibývá i jejich zdrojů: učitelé, spolužáci, rodiče, požadované činnosti, požadované tempo činnosti, kvalita činnosti apod. Pravděpodobnost komplikací vzrůstá, pokud dítě pochází z méně podnětného rodinného prostředí, z etnika odlišujícího se od majority, pokud je zdravotně znevýhodněné. Závažnost situace je závislá i na tom, zda je dítě na školu připravené.

V této souvislosti mluvíme o tzv. **psychosociálním stresu**. Tj. soubor závažných psychologických procesů plynoucích ze sociální faktorů, které působí na naše vnímání myšlení. Úkolem žáka je se s nimi vypořádat, zvládnout tu danou

[97] Srov. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*, s. 225-230.
[98] Srov. ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*, s. 180.

zátěž, zareagovat.[99] Zvládání zátěže závisí na věku, odolnosti vůči zátěži (viz výše), dosavadních zkušenostech, podpoře ze strany rodičů, emocionalitě dítěte, sebehodnocení, aktuálním zdravotním stavu, šikaně apod.

Všechny zmíněné handicapy mohou vyústit nejen v poruchy učení a chování, ale mohou vyvolat obavy ze školy, školních povinností a výsledků, úzkost a strach, neochotu chodit do školy spojenou s psychogenními bolestmi břicha nebo hlavy, špatné sny, nespavost, nechutenství, sebevražedné tendence, tiky. Dítě je napjaté, neklidné, nervózní.

2.2.3 Vrstevníci

Ve škole i mimo ni se mohou děti již v raném věku setkat se zjevným nebo skrytým **šikanováním**. Jedná se o snahu „silnějšího“ (agresor) získat nadvládu nebo výhodu nad nejčastěji „slabším“ spolužákem (oběť), a různými způsoby mu ubližovat, zesměšňovat, vyhrožovat nebo zastrašovat. Obvykle se šikana týká stejně starých nebo jen o několik měsíců starších dětí ze stejné školy či třídy, odehrává se o přestávkách a cestou do školy a ze školy. Šikana spadá mezi asociální společenské jevy.

Agresor bývá impulzivní, dominantní typ se sklonem k agresivitě. Pochází z rodinného prostředí, kde chybí citová náklonnost a přebývá fyzické násilí. Obvykle se v dospělosti stává pachatelem trestných činů. Agresoři si vybírají oběti, které se liší rasou, náboženstvím, sociálním nebo ekonomickým prostředím, inteligenční úrovní. Oběť bývá úzkostnější, klidnější, citlivější, izolovanější od skupiny spolužáků, mívá bližší vztahy se svými rodiči. Příslušníci obou kategorií mají spíš horší prospěch, jsou méně oblíbeni u učitelů.[100]

„Více než 2/3 šikanovaných dětí zažívají posmívání, pomluvy a nadávky. Fyzickou šikanou trpí nejméně každý desátý, 21% je šikanovaných každý den,

[99] Srov. ČÁP, J. – MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*, s. 527-531.
[100] Srov. FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*, s. 303.

25% každý týden, 22% alespoň jednou měsíčně a 31% nejméně jednou za rok. Častěji šikanují chlapci, ale i dívky umějí být pěkně tvrdé a vynalézavé.“[101]

Děti, které se staly obětí šikany se často nacházejí v krajní nouzi. Potřebují pomoc od svých rodičů, ale většinou si o ni sami nedokáží říct. Dítě trpí strachem z pomsty, pokud by o šikaně někomu řekl. Proto je důležité, aby se rodiče všímali podezřelých projevů, které šikana může vyvolávat. Nejen že se výrazně může zhoršit prospěch dítěte, chodí domů špinavé a s potrhaným oblečením, ale může špatně usínat, mít noční můry, trpět úzkostí, bolestmi břicha, vyhrožovat suicidálními pokusy.

2.2.4 Náročné životní situace

Každý jedinec žije v trvalé interakci se svým prostředím. Musí se učit adaptovat na podmínky nebo podmínky přizpůsobovat svým potřebám. Jak dospělý jedinec, tak i dítě si ale musí uvědomit, že ne všechny potřeby jsou uspokojovány tak, jak by si přáli. Tudíž může dojít k omezení nebo strádání, což vede k narušení psychické rovnováhy.

Následkem je vznik zátěžových situací, které mohou mít různý význam. K nejčastějším řadíme frustraci, konflikt, stres, deprivaci. To jsou základní typy zátěžových situací. Konkrétní velmi časté náročné situace, při kterých mohou děti strádat, jsou úmrtí jednoho z rodičů nebo obou rodičů a rozvody rodičů.

Frustrace je stav, kdy je člověku znemožněno uspokojení subjektivně důležité potřeby, i když si původně myslel, že uspokojena bude. Taková situace vyvolá zklamání, ale nemusí znamenat nepřiměřené reakce. Nutí člověka nalézt jiné řešení.[102]

Konflikt je specifická varianta frustrace, která je závažná tehdy, pokud trvá dlouho a člověk jí není schopen řešit. Z psychopatologického hlediska je

[101] RADAČIČOVÁ, A. Agresor & oběť. Rada rodičům. *Svět ženy*, 2007, roč. 6, č. 9, s. 100.
[102] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 31-32.

významný vnitřní konflikt, tedy střetnutí neslučitelných, antagonistických tendencí.[103] Vnitřní konflikt přerůstá v napětí, které se může stát zdrojem např. neurotických potíží.

Stres[104] chápeme jako stav nadměrného zatížení, vypětí či ohrožení organismu. Tento stav vyvolává stresor (školní zátěž, náhlá životní změna, smrt blízkého člověka atd.), jehož prožívání je spojeno s různými psychickými reakcemi. U dětí je nejběžnější reakcí úzkost, smutek, deprese, suicidální tendence.

Deprivace je stav, kdy některá z významných biologických nebo psychických potřeb není dostatečně uspokojována. Deprivace má vliv na psychiku, může narušit psychický vývoj. Závažnou formou hlavně u dětí raného školního věku je citová deprivace, při které dochází k citovému strádání. Chybí např. stabilní vztah s matkou nebo jinou blízkou osobou.[105]

Velmi častým příkladem náročné situace v životě dítěte je **rozvod rodičů.** Ukončení manželského vztahu ohrožuje zdravý rozvoj osobnosti dítěte, způsobuje psychickou zátěž (úzkost, nechutenství, stesky, smutek), kterou si rodiče mnohdy ani neuvědomují. Přičemž děti mladšího školního věku jsou rozvodem rodičů zasaženy hlouběji než děti jiné věkové kategorie. Rodina stejně jako rodiče totiž v tomto věku zaujímají ústřední postavení. Odchod jednoho z nich znamená velkou zradu, ztrátu a nejistotu. Dítě ztrácí rodičovský vzor, obtížně se soustředí na školní povinnosti, touží po větší pozornosti, u chlapců hrozí vznik asociálního jednání. Řada jedenáctiletých a dvanáctiletých dětí mívá záchvaty vzteku a je náchylná k depresím, zatímco jiné děti cítí silnou zlost na jednoho nebo oba rodiče za to, že se rozvedli.[106]

„Děti vnímají napjatou atmosféru velmi citlivě. Rozpoznají každou lež, přetvářku, intuitivně vycítí negativní nálady ve svém okolí a s ohledem na věk se s takovou situací těžko vyrovnávají. Rodiče jsou pro ně dvě nejdůležitější osoby

[103] Srov. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*,, 339.
[104] Slovo *stres* pochází z anglického jazyka a znamená *napětí, zátěž.*
[105] Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 36-37.
[106] Srov. SMITH, H. *Děti a rozvod*, s. 43-45.

v jejich životě a trvalé neshody vyvolávají úzkost, strach ze ztráty někoho blízkého, ohrožují jejich pocit bezpečí.“[107]

Další závažnou situací je **úmrtí rodičů**. Úmrtí jednoho nebo obou rodičů je sice ztráta relativně vzácná, zato definitivní než je tomu u rozvodu. Zpočátku vyvolá ztráta určitý šok, beznaděj, skleslost, poté nechutenství, vývojovou regresi, fobii, úzkost, stesk, ale také provokativní nebo „předvádivé“ chování. U některých dětí dochází k velmi silným emocionálním poruchám, trvají krátce a uzdravení je úplné a trvalé. U jiných naopak relativně slabší obtíže a nápadnosti přetrvávají měsíce a léta. Zcela pochopit tuto situaci můžeme předpokládat až u dětí staršího školního věku.[108]

2.2.5 Média

Média, masmédia, mediální komunikace jsou pojmy, které patří k nejpoužívanějším v posledních letech. Jsou součástí veškerého sociálního, politického, ekonomického i kulturního dění kolem nás. Zasahují do rodinného, profesionálního, studijního a osobního života. Málokdo z nás si dovede představit den bez televize, internetu, tisku, rozhlasu. Jsou sice sdělovací prostředky, které nám udržují přísun informací, mohou nás vzdělávat, ale na druhou stranu s námi mohou manipulovat nebo dokonce ovlivňovat pohled na realitu. Týká se to zejména televize, videa, internetu, počítačových her.

Tato skupina médií jsou pro tu nejmenší věkovou skupinu nejpřitažlivější a zároveň nejdostupnější. Zprostředkovávají různá spektra barev, zvuků, pohybů, novinky, možnost propojit se s hrdinou, stát se samotným aktérem dění na obrazovce. Zprostředkovávají také, zejména televize, násilí, rivalitu, konflikty, kriminalitu, agresi, nadávky, vyhrůžky. Tato produkce nemá zrovna blahodárné účinky na vývoj dítěte, dopad je spíš negativní.

---

[107] ŠŤASTNÁ, J. Vyřizovat si své spory s dětmi je obrovská chyba. *Svět ženy*, 2007, roč. 6, č. 5, s.130.
[108] Srov. MATĚJČEK, Z. – DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*, s. 104.

To, co vidí na obrazovce se může stát určitým vzorem chování (suicidální tendence), tendencí jednat podle hrdiny příběhu. Násilí láká k napodobení, děti si ho zkoušejí třeba šikanováním bezbranných spolužáků. U dětí emocionálně labilních může násilí vyvolat úzkost, pocity bezmocnosti, nejistoty, paniku, smutek, může narušit jindy klidný spánek (viz kazuistika č. 5). Záleží na okolnostech, citovém zázemí, odolnosti dítěte, věku dítěte. Ale faktem je, že odpovědnost mají rodiče, pomáhat by měl i učitel.

3. PŘÍPADNÉ NÁSLEDKY NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ

3.1 Týrání a násilí na dětech

Děti neurotické, nadměrně úzkostné, plačtivé, nesoustředěné, neklidné patří mezi jednu z rizikových skupin dětí, jež jsou ohroženy následným týráním a podobným nevhodným či násilným zacházením. Jedná se o děti bojácné, submisivní, podřídivé, které trpí násilím sekundárně, tedy v důsledku svých potíží. Primárně trpí násilím ty děti, které svým chováním provokují k tomu, aby byly trestané.

Týrání je veškeré patologické chování dospělé osoby (rodič nebo jiná blízká osoba) spojeno s jeho bezohledným přístupem k dítěti, který neposkytuje vhodné podněty pro rozvoj, neposkytuje pocit bezpečí a jistoty, dítěti chybí komunikace a vzájemná řeč, dítě ztrácí důvěru apod. V tomto případě se mluví o tzv. **syndromu CAN** (Child Abuse and Neglect), což znamená *„týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, úmyslné ubližování nejbližšími pečovateli, hlavně rodiči, které má závažný dopad na život dítěte, jeho další vývoj, na jeho postavení ve společnosti. Zahrnuje kruté zacházení, fyzické ubližování a násilí, nedostatek výchovy, vzdělání, zdravotní péče, psychické vydírání, citové týrání a sexuální zneužívání.“*[109] Tedy takové společensky nepřijatelné jednání, jež poškozuje tělesný, duševní a společenský vývoj dítěte.

Týrání znamená pro dítě další zátěž, stres a citovou deprivaci. Může si uvědomovat, že jeho potíže jsou příčinou konfliktů v rodině, je nechtěné a odmítané. Rodiče nejsou schopni situaci řešit racionálně, a radši volí formu násilí.

[109] HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 385.

Fyzické násilí (bití, popáleniny, zlomeniny, vnitřní krvácení) je výsledkem nezvládnutí situace ze strany rodičů, kdy se dítě stane předmětem agresivity. **Psychické týrání** (výsměch, nadávky, nahánění strachu, izolace) je sice méně časté, obtížně prokazatelné, zato s dlouhodobějšími až doživotními následky. [110] Psychické týrání velmi často doprovází týrání tělesné.

3.2 Poruchy některých psychických procesů

Neurotické poruchy jsou funkční poruchy CNS, jsou celkově nejrozšířenější poruchy duševního života vůbec. Omezují adaptaci dítěte na nové prostředí, ale i na prostředí stávající a přirozené, příp. v něm mohou zhoršovat kvalitu a průběh života, ohrožovat jeho vývoj nebo se mohou stát příčinou jiných psychopatologických projevů. Vyvolat mohou další závažné poruchy duševního života: poruchy soustředění, učení, chování nebo deprese trvalejšího rázu, dlouhodobé psychózy[111] a poruchy osobnosti,[112] které velmi často obtěžují člověka do období dospělosti.

Pro školní věk jsou aktuální hlavně **poruchy učení**. Nemusí jít konkrétně o SPU, ale o oslabenou schopnost získávat vědomosti vinou některých neurotických potíží (poruchy spánku, přizpůsobení, balbuties, tiky), pro které je zase zdrojem školní zátěž.

Oslabená může být i **pozornost a soustředění** hlavně v prvních letech školní docházky. Děti unavené, nevyspalé, úzkostné, emocionálně nestabilní se těžko soustředí na právě probíhající výuku nebo další aktivity, které vyžadují schopnost koncentrace po určitou dobu. I při dobrém intelektu mají nižší výkonnost a horší prospěch.

---

[110] Srov. VYKOPALOVÁ, H. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*, s. 37.
[111] Schizofrenie, paranoia, trvalé duševní poruchy s bludy.
[112] Dissociální, emočně nestabilní, schizoidní, histriónská, anxiózní nebo závislá porucha osobnosti.

Pokud jsou neurotické projevy (deprese, suicidia) nebo následné poruchy učení zanedbávány, dá se předpokládat vznik **nepřiměřených způsobů chování** typu záškoláctví, vyrušování, odmlouvání, nekázeň, vzdorovitost. Tyto negativní jevy jsou záležitostí jak rodinnou, tak školní.

Kromě výše zmíněných poruch může dojít k narušenému vnímání, zpomalenému myšlení, střídání nálad.

3.3 Jiné psychosomatické potíže

Poslední z možných následků neurotických poruch mohou být různé opakované potíže, při kterých si děti stěžují na bušení srdce, obtížné polykání, suchost v ústech, neklidný spánek, časté a opakované bolesti břicha nebo hlavy. Vypozorovat můžeme kýchání, pokašlávání, pocení, třes, červenání, časté močení, záškuby v obličeji jako následek jiné neurotické poruchy než tikové.

Pravděpodobně se jedná o tělesné reakce na psychosociální vlivy, které narušují psychickou rovnováhu a kvalitu prožívání. Tyto reakce mají své symptomy, které nelze ovlivnit vůlí.

Bolesti břicha obvykle vznikají náhle a vyskytují se opakovaně. Objevují se v celém dětském věku, spíše u menších dětí než u adolescentů. Postihují asi 10-15 % školáků, kteří zameškají minimálně tři až čtyři dny výuky v měsíci pro záchvat bolesti. Bolesti vznikají na základě úzkostné poruchy, strachu, deprese nebo jiné poruchy. Bolest břicha může doprovázet zvracení, které je u dětí raného školního věku poměrně časté. Reagují tím na separaci od matky, úzkostní prvňáčci ráno odmítají jít do školy a často zvrací.[113]

Zhruba u 2-5 % školáků se vyskytují **bolesti hlavy** i s nepříjemnými závratěmi doprovázené zvýšeným napětím, úzkostností. Bolest může různě kolísat, může

[113] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 377.

trvat i hodiny. Pokud je bolest vyvolaná psychickou zátěží, jsou přítomny další příznaky jako je brnění prstů nebo pocity na omdlení.[114]

V posledních letech je častější ***migréna*** i u školáků Děti si stěžují na difúzní bolest hlavy tepavého charakteru, která vzniká ve škole nebo po vyučování. Dá se říci, že migréna má souvislost se zátěží. Obtěžuje hlavně tehdy, pokud přetrvá do dospělosti.

[114] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 378.

4. LÉČBA NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ

Diagnózu neurózy dostane dítě tehdy, když trpí tělesnými nebo duševními obtížemi, pro které při lékařském vyšetření nebyl zjištěn organický podklad, tj. prokazatelné poškození mozku nebo jiného orgánu. Dítě si stěžuje na potíže, které mají někdy zřetelnou, jindy ne zcela jasnou nebo ne zcela uvědomovanou souvislost s duševními problémy, problémy ve vztazích v rodině, ve škole a celkově mezi blízkými lidmi. Potíže pramení ze závažných vnějších nebo vnitřních konfliktů, spíše dlouhodobých, které často souvisí se vztahy, postoji a osobnostními vlastnostmi jedinců.

Léčení neurotických potíží u dětí je zaměřeno především na *příčiny*. Sama jsem při sběru informací o klientech měla možnost poznat, z čeho potíže vznikají a na co je třeba se při nápravě zaměřit. Ukázalo se mi, že neurózy vyplývají nějčastěji z konfliktů, narušených vztahů a postojů hlavně uvnitř rodiny. Tím pádem se léčba zaměřuje na tyto vztahy a postoje, tedy příčiny a zdroje potíží. Léčba neurotických poruch se snaží odstranit a eliminovat příčiny, snaží se dosáhnou změny v chování jak postiženého, tak jeho nejbližších. Urovnat tu situaci tak, aby dítě mohlo bez velkých problémů existovat a zdravě se vyvíjet.

Jen ojediněle je léčba zaměřená na konkrétní *příznaky* jako je bolest břicha, bolest hlavy, neklidné spaní, úzkostné stavy, nechutenství, deprese. Pro odstranění příznaků se mohou předepisovat **léky (psychofarmaka) - farmakoterapie**, ale to u dětí jen v případech, je-li to nezbytně nutné. Spíše jen léky na uklidnění nebo povzbuzení. Léky neodstraňují příčiny, spíž snižují napětí a příznaky s ním spojené, ale problém, který je v pozadí, vyřešit nemohou.[115]

Při léčbě se proto zdůrazňuje především **psychoterapie**, která se pokud možno provádí ambulantně a v doprovodu rodičů. Pokud zdrojem konfliktů je rodina, resp. učitel či vychovatel, pracuje lékař více s nimi než s dítětem samotným.

[115] Srov. KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou. O neurotických poruchách a jejich zvládání,* s. 32-33.

Pokud je to možné, nevyřazujeme dítě z jeho prostředí. Např. přeřazování do jiné školy na neuváženou žádost učitelů nebo rodičů, protože „dítě zlobí“, nemocnému spíše uškodí. Změna prostředí, často i opakovaná, ruší jeho citové i sociální vztahy a nové si jen těžko vytváří. Konečný výsledek je zhoršení neurotických projevů a poruchy chování.

K tomu všemu klinický psycholog doporučuje stanovení a dodržování pravidelného režimu dne, zklidňující relaxaci, jen výjimečně hypnózu, autogenní trénink. Rodiče mohou s dětmi vyzkoušet i jiné alternativní metody, např. akupunkturu.

4.1 Psychoterapie

Psychoterapie je podle Kratochvíla takový léčebný postup, který užívá psychologické prostředky (verbální a neverbální podněty, rozhovor, stimulace emocí, vztahů, učení, sugesce aj.) k dosažení prospěšné změny při různých poruchách zejména psychického rázu, poruchách psychických funkcí. Jejím cílem je odstranění nebo zmírnění potíží, případně i odstranění příčin, které je vyvolaly. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v oblasti emočního prožívání, rozumového hodnocení, celkového postoje k sobě i k okolí a ke změně v chování. Psychoterapii může provádět jen specialista s odbornou kvalifikací, zpravidla lékař nebo klinický psycholog.[116]

Průkopníkem integrované formy psychoterapie u nás byl F. Knobloch. Začal s psychoterapií neuróz na psychiatrické klinice a na fakultní poliklinice v Praze. Spolu s manželkou vybudoval integrovaný systém pro léčení neuróz v Lobči, který sloužil jako model pro další zařízení. Psychoterapií dětí a jejich rodičů se zabývají na psychiatrické klinice v Praze E. Malá, D. Janotová a P. Hellerová, na dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Motole V. Hort, J. Kocourková

[116] Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 13.

a J. Špitz. O rozvoj psychoterapie dětí mají nemalé zásluhy J. Langmeier, Z. Matějček a J. Šturma.[117]

Psychoterapie u dětí je nedílnou součástí péče. Jejím cílem je navodit změny v osobnosti, chování a zdravotním stavu výhradně psychologickými prostředky. Důležité je zvládnutí komunikačních vzorců. Dnešní postoj odborníků k tomu ještě zdůrazňuje bio-psycho-sociální přístup včetně spolupůsobení různých vlivů jako je např. věk, intelekt, osobnost, zdraví dítěte, rodina sourozenci, škola, vrstevníci, masmédia, vývoj dítěte apod. „*Důležitým specifikem práce s dětmi je nutnost těsné spolupráce s jejich rodiči a mnohdy s dalšími blízkými osobami jejich života.“*[118]

V klinické praxi s dětmi mladšího školního věku jsou nejdůležitějšími metodami u neurotických potíží ***psychoterapeutický pohovor, tvůrčí činnost a hra***. Dále se mohou využívat formy: individuální, rodinná, skupinová nebo kognitivně-behaviorální psychoterapie.

Psychoterapeutický pohovor

Spočívá v tom, že psycholog hovoří s dítětem o jeho životě a jeho problémech. Snaží se dítě zaujmout, motivovat a přimět k další spolupráci. Psycholog se ptá na rodiče, citový vztah k nim, sourozence, školu, prospěch, bydlení, zájmy, zda je spokojené nebo ho něco trápí, čeho se bojí, co je mu nepříjemné, co mu vadí nebo kdo mu chybí. Slova ihned nehodnotí, spíš se snaží naslouchat a porozumět. Závěrem může doporučit rodiči, co by bylo dobré změnit, co je příčinou problému, jak vztahy nejlépe upravit.

V průběhu pohovoru může psycholog rozpoznat potlačované pocity, různorodost emocí a zdroje problému, příp. jiné nesrovnalosti či lži.

[117] Srov. KRATOCHVÍL, S. *Zásady psychoterapie*, s. 280, 286.
[118] VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí. Jak jim předcházet a jak je překonávat*, s. 175.

Tvůrčí činnost

Znamená způsob sebevyjádření nejčastěji pomocí malby nebo kresby na papír. Devítiletá Sabina (viz kazuistika č. 1) mi na požádání nakreslila svou rodinu (viz příloha III). Výsledek může sloužit jako důkaz vnitřních emocí, vztahů k blízkým lidem, oblíbenosti členů rodiny apod. Z jiných prostředků se může použít plastelína, která dítěti pomůže hmotně se vyjádřit nebo odreagovat.

Hra

Je nejoblíbenější činností dětí od počátku předškolního až po konec raného školního věku. Zároveň je i základním prostředkem psychoterapeutické práce s problémovými dětmi.

Psycholog nabídne dítěti hru nebo hračku, která opět umožní sebevyjádření a odreagování, zároveň zobrazí problémy, zejména citové, prožívání nebo frustrace. Psycholog sleduje, jak si dítě hraje, zda si povídá, jak se ke hračce chová, jak je do hry ponořen, co prožívá. Kromě toho do hry zasahuje, může usměrňovat nebo podněcovat.[119]

4.1.1 Individuální psychoterapie

Je nejběžněji praktikovaný způsob psychoterapie, kdy dítě se s psychologem setkává samo. Vzniká mezi nimi zpravidla velmi intenzivní a důvěrný vztah, pracují jako tým. Navození takové vztahu pomáhá odkrývat a zároveň překonávat bariéry, problémy, zlepšuje kvalitu života. Psycholog se stává významnou osobou v životě dítěte.

Forma individuální psychoterapie se nesoustředí jen na skutečný vztah mezi psychologem a dítětem, ale ještě k tomu se snaží umožnit popsat nebo vysvětlit prožitky dítěte, pocity spojené se symptomy (např. stud vyvolaný enurézou),

[119] Srov. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie,* s. 368.

obavy a přání.[120] Z toho vyplývá, že rozvíjí oblast důvěrného vztahu mezi oběma aktéry a i oblast vztahu k vlastním potížím, pocitům, snahám, přáním.

Zatímco u dospělých osob probíhá tato psychoterapie formou diskuse, u dětí se praktikuje hra. Hra (viz výše) zahrnuje aktivity, jež psycholog sleduje a interpretuje. Předpokládá se, že děti ve hře zpracovávají emocionální konflikty, tím je i ozřejmují. Hra může také zlepšit komunikaci, odvést pozornost od citlivého tématu.[121]

Podmínkou k úspěchu léčby je podpora ze strany nejbližších osob dětí, nejčastěji rodičů a sourozenců. Buď může jít o pouhou poradu, jak s neurotickým dítětem pracovat, jak se k němu chovat, jak pomáhat, nebo může jít o systematičtější společnou práci se všemi najednou formou rodinné psychoterapie.

4.1.2 Rodinná psychoterapie

Zahrnuje celou rodinu – rodiče, děti, někdy také prarodiče – nebo různé dílčí části rodiny (dvojice matka a dítě). V této formě je terapeutická práce zaměřená na komunikaci, vztahy, interakci a vývoj v přirozené rodinné skupině dítěte.[122]

„Rodinná psychoterapie je cennou metodou k rozpoznání sociálních pozic a rolí v rodině a vztahů mezi jednotlivými členy rodiny. Může vést i k náhledu jednotlivých členů rodiny ne své vlastní jednání a přispět k odhalení centrálního problému.“[123]

Pří rodinné psychoterapii se schází celá rodina a diskutují o svých vztazích s psychologem společně. Současně se při jejich interakci ukazuje, jaké poměry v rodině panují, a psycholog na to může poukázat a pomoci jim to změnit.

---

[120] Srov. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie,* s. 393.
[121] Srov. PLANTE, T. G. *Současná klinická psychologie,* s. 224.
[122] Zaměřuje se spíše na rodinu jako celek než na jednotlivce.
[123] HINTNAUS, L. *Člověk a rodina. Smysl a funkce rodiny,* s. 77.

Podstatným znakem je, že se nepracuje v uměle vytvořené modelové situaci, ale pracuje se s aktuálními problémy v reálném čase jejich výskytu. K tomu je důležitá potřeba přijmout psychologa jako bezprostředního účastníka interakcí, který do nich může zasahovat.[124] Cílem je vyhodnotit situaci vzájemného hodnocení, komunikace a jednání, pocitů, vazeb a hlavně snaha o urovnání situace (např. urovnat nebo vyjasnit konflikty mezi rozvedenými rodiči, které jsou příčinou neurotických obtíží dítěte nebo zavést změny ve způsobu soužití). Výsledkem by mělo být vytvoření cest ke zdravému vývoji dítěte a kvalitnímu soužití celé rodiny, ve které jsou uspokojovány hmotné, citové a sociální potřeby svých členů.[125]

V současné době jsou moderní různé postupy konané v rámci rodinné psychoterapie, které se opírají zpravidla o zlepšení komunikace v rodině a o zlepšení schopnosti rodiny řešit společně problémy a nevyhýbat se jim.

4.1.3 Skupinová psychoterapie

Tato forma terapie probíhá ve společnosti obvykle 3-10 dětí přibližně stejného věku a s podobnou klinickou problematikou. Je zaměřena především na oblast interpersonálních vztahů, na význam vztahů dítěte s vrstevníky a na oblast sociálních dovedností. Je nutné respektovat věkové zvláštnosti, a to v oblasti emočního, kognitivního a interpersonálního vývoje.[126]

Skupina by měla být optimálně sestavená podle věku nebo podle psychopatologických potíží, měla by být bezpečná, motivující a schopná podporovat navazování vztahů ve skupině. Práce ve skupině umožňuje dítěti vyjádřit samo sebe svým chováním a vnějšími projevy.

---

[124] Srov. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*, s. 396-397.
[125] Srov. HORT, V. at al. *Dětská adolescentní psychiatrie*, s. 469.
[126] Srov. ŘÍČAN, P. - KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*, s. 394.

Skupinovou psychoterapii u dětí je vhodné využít hlavně při překážkách v komunikaci, při sociální fobii, úzkosti, v dlouhodobějším stresujícím období (komplikovaný rozvod, nemoc) nebo při poruchách přizpůsobení. U školních dětí sezení probíhá jednou týdně po dobu max. 90 minut formou opět herních aktivit u mladších dětí, nebo u starších dětí formou různých prací tvůrčí povahy (ruční práce, konstruktivní práce, modelování, malování) v závislosti na pohlaví či formou rozhovorů. Důležitá je pro ně interakce, zpětná vazba a podpora ostatních členů skupiny, odreagování.[127] Účastník získá nové zkušenosti, prověří svoje dosavadní dovednosti, uplatní schopnosti.

4.1.4 Kognitivně-behaviorální psychoterapie

„Kognitivně-behaviorální psychoterapie představuje moderní pragmatický přístup, který kombinuje metody behaviorální a kognitivní terapie.“[128] Přičemž **behaviorální terapie** vychází z předpokladu, že chování je naučené, a proto je třeba dosáhnout jeho změny, což je opět možné učením. Změnit to nežádoucí chování lze i bez rozluštění jeho příčin. Klinická praxe se nejprve zajímala o ovlivnění symptomů, později se ale vývoj zaměřil na kognitivní procesy a vnitřní postoje. To vystihuje **kognitivní terapii**, která věnuje větší pozornost kognitivním faktorům, tj. názorů klienta, jeho očekávání a interpretaci různých událostí ve vztahu k vlastnímu problému.[129]

Kognitivně-behaviorální psychoterapie zahrnuje metody, které využívají jak behaviorální techniky[130], tak metody zaměřené na změnu názorů a postojů klienta.[131] U dětí je tento přístup užitečný zejména proto, že dítě je ve svém vývoji výrazně ovlivňováno působením prostředí, a samo na vlivy prostředí reaguje.[132] Psycholog se zaměřuje na konkrétní chování, klade si konkrétné cíle

[127] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie,* s. 472.
[128] HORT, V. et al. *Dětská a adolescentí psychiatrie,* s. 465.
[129] Srov. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře,* s. 316-317.
[130] Techniky operačního podmiňování, expoziční přístup, modelování.
[131] Kognitivní techniky zaměřené na řešení problémů, zvládání stresu, sebeovládání.
[132] Vychází z teorií učení, příčiny poruch vidí v interakci dítěte s prostředím.

a předpokládá aktivní spolupráci dítěte. Na počátku si vypracuje behaviorální vyšetření, formuluje hypotézy a vědecky je ověřuje. Proces léčby bývá relativně krátkodobý, asi 20 až 30 sezení.[133]

„Kognitivně-behaviorální terapie není určena pouze dětem, ale také jejich rodičům, kteří mohou změnou svého chování pomáhat ke změně svému dítěti. Kognitivní přístup může ovlivnit sebeovládání a sebehodnocení dítěte, a tak přispět k pozitivnímu osobnostnímu vývoji.“[134]

Psychoterapie je nezbytnou součástí léčby neurotických poruch v ambulantní praxi a i při hospitalizaci dítěte. Volba vhodné psychoterapeutické metody závisí na osobnosti dítěte, na úrovni vývoje, na konkrétních problémech, tedy diagnóze, ale může záviset i na osobnosti psychologa, na tom, který přístup je mu bližší. Nezapomínat by se nemělo na přirozenou závislost dítěte na rodičích a rodinném systému.

4.2 Farmakoterapie

Na začátku této kapitoly jsem se zmínila o možnosti léčení neurotických projevů u dětí psychofarmaky. Jedná se o léky, které ovlivňují CNS, a tím regulují psychické funkce. Obecně ale pro ně platí, že jsou v dětské psychiatrii používány méně než v psychiatrii dospělých. Lékař (psychiatr) je předepisuje dětem ve výjimečných případech, a to hlavně proto, aby napomohly k odstranění těch patologických projevů, které dítě obtěžují nebo dítěti vadí v jeho činnostech a někdy i znemožňují adaptaci v prostředí. Psychofarmaka mohou mít nežádoucí vedlejší účinky. Pátrat by se proto mělo po příčině neurotické poruchy, tudíž vypořádat se hlavně s ní a léky používat v nutných případech.

[133] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentí psychiatrie*, s. 465.
[134] HORT, V. et al. *Dětská a adolescentí psychiatrie*, s. 466.

Psychofarmaka lze rozdělit na tři hlavní skupiny: na léky ovlivňující převážně úroveň vigility a lucidity vědomí, na léky ovlivňující zejména afektivitu a na léky ovlivňující integrovanost psychických funkcí.[135]

Podle účinků lze psychofarmaka, používající se při léčbě dětských neurotických příznaků, rozlišit do skupin: nootropika, hypnotika, neuroleptika, antidepresiva, anxiolytika.

4.2.1 Nootropika

Nootropika zvyšují koncentraci a působí příznivě na metabolismus mozkových buněk s lepším využitím glukózy. Zlepšují metabolismus nukleových kyselin a proteinů a prokrvení mozku. Pozitivně působí na poruchy vědomí a navíc do jisté míry zlepšují i kognitivní funkce jako je pozornost, učení a paměť.[136] U neurotických potíží mohou být užívány při léčbě enuresis nocturna. Nootropika nejsou návyková.

Nejznámější nootropika: piracetam (Nootropil, Oikamid), pyritinol (Encephabol, Enerbol), meclofenoxat (Lucidril).[137]

4.2.2 Hypnotika

Hypnotika působí na vigilitu tlumivě. Jejich cílem je navození spánku, který se má co nejvíce podobat fyziologickému. U dětí se užívají tehdy, pokud nebyla úspěšná úprava denního režimu. Předepisují se u nespavosti, zejména u poruch usínání. Po dlouhodobém užívání jsou návyková.[138]

Patří sem: Nitrazepam, flunitrazepam (Rohypnol), zolpidem (Stilnox), midazolam (Dormicum, Fulsed).[139]

---

[135] Srov. CHODURA, V. *Psychiatrie*, s. 70.
[136] Srov. CHODURA, V. *Psychiatrie*, s. 70.
[137] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 425-426.
[138] Srov. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*, s. 326.
[139] Srov. DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*, s. 25-26.

Často se k navození spánku v pedopsychiatrii užívá jiných sedativně působících farmak. Je to především skupina **antihistaminik/antiemetik**, např. moxastin (Theadryl) před spaním nebo ze skupiny **antidepresiv** mianserin (Lerivon), který se užívá zejména při dlouhodobější nespavosti v kombinaci s depresí.[140]

4.2.3 Neuroleptika

Neuroleptika působí na integraci psychických funkcí. Mají velký význam pro léčbu psychotických poruch. Pro nás jsou důležitá z hlediska jejich využití při léčbě tiků a Tourettova syndromu: clonazepam (Rivotril), tiaprid (Tiapridal), haloperidol (Apo-Haloperidol). Jsou však u nich časté nežádoucí účinky.[141]

4.2.4 Antidepresiva

Antidepresiva jsou léky, které působí převážně na afektivitu. V posledních letech lze zaznamenat pokrok při hledání účinných a nenávykových farmak tohoto typu. U dětí se používají sporadicky, resp. o jejich užití bylo zatím publikováno málo prací.[142] Jejich výběr je určen typem deprese, věkem a také tím, zda jde o léčbu akutního stavu, nebo o léčbu udržovací.

Povolená pro léčbu deprese v dětském věku jsou tzv. tricyklická antidepresiva (TCA): amitriptylin (Amitriptylin), nortriptylin (Nortrilen), clomipramin (Anafranil), dosulepin (Prothiaden).[143]

K antidepresivům řadíme i zvláštní skupinu psychofarmak zvaných **thymoprofylaktika**. Jedná se o skupinu léků, které při dlouhodobějším užívání předchází vzniku depresivních fází, stabilizují náladu a výkyvy emotivity,

[140] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 429.
[141] Srov. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*, s. 333.
[142] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 434.
[143] Srov. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 435.

předchází afektivním poruchám. Děti dobře snášejí např. lithium, ale není vhodné ho podávat do dvanáctého roka života.[144]

4.2.5 Anxiolytika

Anxiolytika jsou léky odstraňující úzkost, ve vyšších dávkách mají účinek hypnotický a často i myorelaxační (uvolňují svalové napětí). Jedná se o vysoce účinné léky, které jsou dětem indikovány při úzkostné poruše, somatoformní poruše, fobii nebo napětí zejména u neuróz. V posledních letech jsou velice rozšířena a často až nadužívána, stejně jako hypnotika jsou návyková.[145]

Nejpoužívanější jsou: alprazolam (Neurol, Xanax), clonazepam (Rivotril, Antelepsin), buspiron (Anxiron, Bu-spar), oxazepam (Oxazepam).[146]

4.3 Relaxace

Jednou z mnoha variant, kterou kliničtí psychologové doporučují dětem a jejich rodičům jako doplněk léčby neurotických potíží, je relaxace.

Potřeba uvolnit se je společná všem lidem a dokonce i zvířatům. Existují různé způsoby, jak toho dosáhnout. Pokud má relaxace pomoci, musí se zvolit správná technika.[147] Někdo dává přednost **progresivní relaxaci**, která je založená na vnímání těla. Lidé, kteří mají smysl pro pořádek a disciplínu, najdou zalíbení v **autogenním tréninku**. Jiného může zaujmout **jóga** nebo **buddhistická meditace**.

U dětí, v jejichž pozadí neurotických reakcí stojí obvykle nějaký závažný konflikt, je možno cvičením zvládnout pouze příznaky, bez vyřešení toho základního konfliktu. Může se stát, že se konflikt odstraní, ale reakce přetrvávají,

[144] Srov. DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*, s. 35.
[145] Srov. CHODURA, V. *Psychiatrie*, s. 71.
[146] Srov. RABOCH, J. - PAVLOVSKÝ, P. et al. *Basic Psychopathological Terms and Psychiatric Diagnoses*, s. 173.
[147] Na světě je jich mnoho, obvykle se liší tím, z jaké kultury nebo kulturního prostředí vzešla.

i když už vlastně ztratily své oprávnění. Jejich úplné odstranění se bez procvičování neobejde.[148]

Nacvičování takových správných reakcí umožňuje metoda zvaná **systematická desenzibilizace**. Používá se hlavně u neurotických strachů a fobií, u úzkosti. Vychází ze zkušenosti, že protikladným stavem ke strachu je uvolnění, které umí strach „rozpustit".[149]

Důležitou součástí této metody je nácvik hluboké relaxace s postupným uvolňováním svalových skupin (např. paže a ramena, dolní končetiny) a nácvik soustředění. U dětí často spojené s nějakou imaginací. Dítě si vytvoří seznam situací, které ho dovádí do stavu úzkosti nebo strachu. Spolu s psychologem se na tyto situace soustředí, pracují na tom, aby emoce, strach a podobné nepříjemné stavy v relaxovaném stavu zvládli a dítě se je naučilo prožívat v naprostém klidu. Cílem je, aby dítě po několika sezeních (cca 15–20 minut) dokázalo relaxovat, a tím se strachu zbavilo samo.[150]

Tento systematický nácvik se používá ještě u dalších neurotických příznaků. *„U tiků, mimovolných záškubů, jako poškubávání ramen, křečovité mrkání, frkání nebo šklebení části obličeje, se učí dítě před zrcadlem dostávat nežádoucí pohyby pod kontrolu – napřed je vyvolat a pak i zastavovat podle vlastního přání. U enuresis nocturna se dítě učí v noci se včas vzbudit napřed pomocí budíku, až si vytvoří návyk včasného probuzení k odchodu na toaletu apod."*[151]

Relaxaci, jejímž cílem je prosté uvolnění těla a mysli, je potřeba provádět dlouhodobě a pravidelně. Stačí 3-5 minut třeba i několikrát denně. Vhodná doba pro děti je po návratu ze školy, kdy je dítě unavené, a uvolnění si užije. Dobrý čas pro relaxování je také těsně před spánek. Spánek navozený relaxací je mnohem hlubší a vydatnější, bez nočních můr a děsů. Neopomínat by se nemělo na správné

[148] Srov. KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou. O neurotických poruchách a jejich zvládání,* s. 41.
[149] Srov. KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou. O neurotických poruchách a jejich zvládání,* s. 41.
[150] Srov. ELLIOTT, J. – PLACE, M. *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie,* s. 47.
[151] KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou. O neurotických poruchách a jejich léčení,* s. 42.

dýchání, polohu těla, klidné prostředí. Děti obecně mívají horší schopnost koncentrace a menší trpělivost, zato živou představivost.[152]

4.4 Akupunktura[153]

Kromě zmíněných terapeutických metod můžeme využít k léčbě neurotických poruch i metody tzv. *alternativní medicíny*, které se do určité míry považují za problematické. Jednou z mnoha takových metod je tradiční čínská součást medicíny - **akupunktura**, která je podle WHO uznávanou terapií nejenom duševních nemocí (viz příloha V).

Akupunktura je stará několik tisíc let. Přesné datum vzniku nelze určit, ale velký rozmach zaznamenala v 7. století, kdy se stala samostatným oborem čínského léčitelství. .*Acus* znamená latinsky jehla a *punctura* znamená vpichování. Akupunkturní jehly se vpichují do akupunkturních bodů, které jsou rozmístněné po celém těle (hlava, trup, končetiny) a seřazené na jednotlivých meridiánech.[154]

Dlouholetým vývojem se tato metoda rozšířila do celého světa a teprve současná moderní medicína a výzkum dokazují, že její jádro je racionální. Exaktní vědy dokázaly existenci speciálních bodů na povrchu těla, které se liší svými vlastnostmi od okolí a jsou přístrojově objektivně zjistitelné. Tyto body mají úzkou souvislost s určitými orgány a funkcemi v organismu, vpichem speciálních

---

[152] Srov. NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka*, s. 94.

[153] Srov. GERLA, V. Akupunktura – tradiční čínská medicína, Meridiány. In *Životní energie* [online]. © 2007-2008 [cit. 2008-03-12]. Zdraví, alternativní medicína. Dostupné na www: <http://www.zivotni-energie.cz/akupunktura-tradicni-cinska-metoda-meridiany.html>.

[154] Meridiány jsou dráhy (kanály), kterými proudí energie. Každý meridián a body na něm souvisí s některým orgánem. Když je některý z akupunkturních bodů ucpaný, v těle dochází k nerovnováze (je zabráněno toku energie) a vznikají zdravotní problémy. Když se ošetří vybrané body na meridiánu, energie začne znovu proudit, tělo se dostává do rovnováhy, zbavuje se bolestí a dalších zdravotních problémů. Pokud dojde k nahromadění či nedostatku této energie v těle, dochází k nemoci. Srov. Tamtéž.

jehliček či jiným podrážděním (elektricky, ultrazvukem, laserem) můžeme působit na postižený orgán i na celý organismus ve smyslu stimulace nebo útlumu. Jedním vpichem tak vždy ovlivníme organismus jako celek, komplexně, včetně vyrovnání psychiky. Takto je možno jen akupunkturou, nebo v kombinaci s jinou léčbou, zvládnout řadu nemocí.

Akupunkturu lze provádět u všech věkových kategorií. Pokud má dítě strach z jehliček, lze je nahradit méně invazním způsobem (např. elektrickým stimulem). Akupunktura se nejlépe hodí pro léčbu funkčních nemocí, ale lze ji s úspěchem aplikovat i u celé řady jiných potíží. Může se použít i jen z preventivních důvodů, k posílení celkového stavu organismu, kondice, imunity, psychické stability. Dobře se hodí pro „odvykací“ kůry (obezita, alkoholismus, kouření), migrény a jiné bolesti hlavy, onemocnění svalově-kloubního aparátu, zejména zde působí protibolestivý efekt. Pro děti je přínosná z toho důvodu, že může ovlivnit neurotické poruchy všeho druhu: koktavost, nechutenství, neprospívání, poruchy spánku, pomočování. Jako podpůrná, pomocná, ale v některých případech i základní léčba může akupunktura působit u všech alergií, onemocnění dýchacích cest, výborně upravuje nemoci žaludeční sliznice, funkční poruchy trávení. Můžeme ji použít i u některých gynekologických potíží s jasnou příčinou. Dá se užít i jako preventivní léčba komplikací cukrovky.

<u>Pro děti je vhodná z těchto důvodů:</u>

1. malé podráždění co do rozsahu místa podráždění,
2. specifický charakter dráždění s minimálními bolestivými vjemy,
3. dráždění nepůsobí jen na kůži, ale i na receptory hlubších tkání,
4. výsledný efekt léčby působí často vzdáleně od místa podráždění.

Dá se říci, že akupunktura je relativně nová forma terapie u nás, i když má dlouholetou tradici. Zdá se být docela úspěšná a využívaná stále více a více. Ne každý rodič bude její službu vyhledávat. Ne každý psycholog, psychiatr nebo jiný odborník bude její službu doporučovat. Spíše je to záležitost jednotlivých rodičů,

jejich ochoty pomoci svému nemocnému dítěti, jejich životního stylu, smyslu života, informovanosti a bezpochyby jejich důvěry v lepší výsledky. Tím mám na mysli i to, zda chtějí pomoci vlastnímu dítěti za každou cenu. Zapomínat nesmíme na aktivitu a spolupráci všech zúčastněných stran.

5. PREVENTIVNÍ ASPEKTY NEUROTICKÝCH PORUCH U DĚTÍ

Otázka prevence v dětské psychiatrii stojí vždy před otázkou, jaké příčiny vedou ke vzniku patologie. Z toho tedy vyplývá, jak jim předcházet, jak předcházet celé řadě faktorů, které se podílí na vzniku klinické poruchy. Těch příčin, které vyvolávají dětské neurotické potíže je celá řada.

V druhé kapitole této práce jsem nastínila dvě základní skupiny faktorů, které se dají označit za příčiny. První skupinu faktorů, vrozené dispozice, dítě samo málokdy ovlivní. Jsou to aspekty vnitřní, vrozené, dané od přírody. Ovlivnit je mohou rodiče, ale to jen velmi zřídka a pochopitelně ne všechny.[155] Druhá skupina, vlivy vnějšího prostředí, je záležitostí rodiny, školy a dalších institucí, které jsou s dítětem v kontaktu. Tedy ty příčiny, které působí na dítě zvnějšku, a dají se měnit.

Prevence by se tudíž měla soustředit na ty záležitosti, o nichž předpokládáme, že jsou rizikovými, dítě je s nimi v běžném každodenním styku. U dětí v raném školním věku se to týká hlavně **rodiny** a **školy** (instituce, které se podílí na výchově).

O tom, jak má **rodina** pozitivně působit na dítě, jak má rodina vychovávat, je napsána řada knih, polemik a statí. Diskuze na toto téma se vedou denně v každé rodině s malými dětmi, téměř v každém sdělovacím prostředku, téměř v každé poradně nebo na seminářích pro studenty. Proto preventivní aspekty rodiny shrnu stručně do pár vět.

Dítě potřebuje ke svému zdravému duševnímu vývoji klidné domácí prostředí s pravidelným denním režimem odpovídajícím jeho věku, pocit citové jistoty a bezpečí, který pramení z vyrovnaných interpersonálních vztahů v rodině

[155] Záleží na zdravotním stavu budoucích rodičů, odpovědnosti matky v těhotenství, genetických odchylkách v rodině, péči o zdraví dítěte apod.

i ze silného a vhodným způsobem uplatňovaného citového vztahu rodičů k dítěti. U dětí vnitřně nestabilních a úzkostných je třeba podporovat zdravé sebevědomí a sebepojetí. Rodina by měla držet pohromadě, ze všech sil se bránit hádkám, rozvodům, násilí, patologickému chování rodičů (alkoholismus, kriminalita), dysfunkčním výchovným stylům. Ohrozit rodinu může chudoba, ztráta zaměstnání, časté stěhování, ztráta jednoho člena. Jednoduše řečeno, pokud bude doma pozitivní emoční atmosféra a plná rodičovská podpora dítěte, sníží se tak možnost výskytu neurotických potíží. Když si rodiče uvědomí, že nestačí, požádají o pomoc odborníka. Ten provede intervence v rámci sekundární prevence.

Ve **škole**, volnočasových nebo jiných institucích pečujících o dítě působí preventivně pedagog, vychovatel, výchovný poradce, sociální pracovník, psycholog. Jejich preventivní působení je součástí jejich práce s dětmi, proto vyzdvihnu několik podstatných aspektů.

V těchto institucích je podstatné umět zaměstnat dítě přiměřeně k jeho věku svým obsahem i trváním. Je nutno vhodně střídat jednotlivé činnosti a jen pozvolným postupným zatěžováním zlepšovat schopnost koncentrace, u mladších vsunovat delší pauzy s možností pohybu, nejraději mimo místnost. Prostředí, v němž se dítě pohybuje, nesmí být nadměrně hlučné. Ve školním věku je nutné přizpůsobit tempo výuky a nároky na jednotlivé žáky jejich schopnostem tak, aby byli plně zaměstnáni, ale aby nebyli přetěžováni. Jedině úspěšné splnění školních požadavků přináší dítěti radost z práce a podporuje jeho aktivitu. Z toho plyne pedagogická nutnost diferenciace výuky.[156]

Přístup učitele k dítěti nesmí být náladový, učitel nesmí s dítětem jednat podle citu, který v něm dítě vzbuzuje, ale musí se snažit, aby jeho přístup ke všem dětem byl stejně objektivní. Jeho hodnocení jednotlivých dětí nesmí být ovlivněno jeho sympatiemi nebo nesympatiemi k dítěti nebo k jeho rodičům. Nezachová-li učitel tuto zásadu, může některé dítě poškodit i na delší dobu, zvláště v nižších

[156] Srov. ČEPIČKA, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy*, s. 41.

třídách. U dětí vznikají následkem toho poruchy sebehodnocení s následným poruchami adaptace v kolektivu.[157]

Při volbě kázeňských zásahů musí učitel postupovat i individuálně nejen vzhledem k osobnosti dítěte, ale i vzhledem k osobnostem jeho rodičů. Nelze řešit všechny kázeňské přestupky u všech dětí stejně. Záleží nejen na talentu a zkušenosti učitele, ale i na jeho znalosti povahy a rodinných poměrů jednotlivých žáků, bude-li jeho pedagogický postup úspěšný a adekvátní, nebo stane-li se znakem neurotizace dítěte. Pedagog musí často vychovávat i rodiče a usměrňovat i jejich výchovu, aby výchovný postup školy i rodiny byl jednotný a aby ani denní režim dítěte v rodině neodporoval zásadám duševní hygieny.[158]

Do prevence neuróz by měla zasahovat i **mimoškolní výchova**. Pokud děti navštěvují školní družinu, nesmí to být pro ně „druhá směna školy". Je třeba, aby se náplň činnosti dítěte v družině co nejvíce blížila náplni v dobrém domácím prostředí, jehož výchovný smysl může být ještě zesílen kladným vlivem dobře vedeného kolektivu. Volnočasové aktivity mají dítě zaměstnat, a to takovým způsobem, aby to pro ně bylo zábavné, atraktivní a rekreační. To děti ocení hlavně tehdy, když tyto aktivity navštěvují ihned po výuce. To, jak se tam dítě chová, jak spolupracuje, komunikuje, je odrazem kvalitní práce vychovatele a kvalitních služeb té organizace.

Základem preventivních zásahů je respektovat jednotlivá rizika, která na dítě působí během jeho vývoje. Čím je dítě mladší, tím spíše bude intervence zaměřená na osoby, na nichž je dítě závislé (rodiče). Čím je dítě starší, tím víc budou preventivní programy kromě rodičů pracovat přímo s ním a s institucemi, které na něj mají vliv.

[157] Srov. ČEPIČKA, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy*, s. 41.
[158] Srov. ČEPIČKA, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy*, s. 42.

6. KOMUNIKCE S NEUROTICKÝM DÍTĚTEM

Komunikace je proces, jehož prostřednictvím sdělujeme nebo přijímáme informace. Je to proces, ve kterém předáváme podněty, abychom modifikovali chování druhých lidí, názory, vztahy a postoje, abychom poznali psychiku člověka nebo části společnosti.

Umět dobře komunikovat je stejně důležité jako umět dobře naslouchat, soustředit se na člověka. Pokud naslouchám, dáváme mu najevo, že pro nás má cenu a nejsou nám jeho myšlenky nebo trápení lhostejné. Obzvlášť dítě s duševní poruchou vyžaduje zvýšenou péči, náklonnost, objetí, empatii.

Umět naslouchat neznamená jen vnímat to, co dítě říká, ale také jakým způsobem mluví, jaký má výraz ve tváři nebo zda-li při rozhovoru vykonává nepřiměřené pohyby. Všechny tyto podněty mohou vytvářet nezbytné předpoklady pro lepší porozumění a pochopení smyslu těch informací, které nám dítě podává.[159]

Dítě ve školním věku je velice vnímavé na to, kdo a jak s ním komunikuje. Ať už s neurotickým dítětem komunikuje rodič, psycholog, učitel, musí každý z nich sdělování informací přizpůsobit jeho věku, stupni inteligence, aktuálnímu zdravotnímu stavu, slovní zásobě, zkušenostem, prostředí atd. Lékař nebo psycholog se vyhýbá odborným termínům, cizím slovům. Je milý, vstřícný, nespěchá, je ochotný pomoci. Učitel schválně nevystavuje dítě stresu a jiným nepříjemnostem před celou třídou. Mluví jasně a srozumitelně. Rodič neodbývá komunikaci s dítětem např. formou různých vzkazů na kousku papíru apod. Musí si uvědomit, že komunikace je prostředek výchovy a pozitivního působení.

Dítě s prokázanou neurotickou poruchu se vyznačuje různými patologickými příznaky v oblasti prožívání, chování, jednání, cítění. Poruchy dosahují různých

[159] Srov. BERAN, J. – SUMCOVOVÁ, P. *Introduction to Medical Psychology. Doctor – Patient Communication*, s. 28.

stupňů, mají různou délku trvání, narušují denní život, schopnost komunikace. Takové dítě vyžaduje klidný, trpělivý a soustředěný přístup s chápavou pantomimou. Nebagatelizujeme jeho prožitky, obavy, úzkost. Vedeme dítě k dialogu, ke konkretizaci a jednoznačnému vyjádření. Bereme v úvahu jeho tendence popisovat jevy a děje méně realisticky.[160]

Pokoušíme se o asertivní způsob komunikace i přesto, že jemu to jít nemusí (dítě rádo manipuluje). Můžeme se setkat i s tím, že dítě nevypovídá vůbec nebo jen hodně málo, příp. z něj informace „taháme“. Buď vinou poruchy, nebo se dítěti prostě nechce. V tomto případě se prověří schopnost tazatele, jak zaujme a dostane se např. od koníčků po trápení, které dítě obtěžuje.

Na závěr je třeba dodat, že dítě je mnohem citlivější na způsoby komunikace něž dospělý člověk. Agresivní přístup, nepřiměřená komunikace, manipulativní styl rodičů nebo vychovatelů ohrožuje duševní zdraví a směruje dítě k neuroticismu do budoucna (pocity viny a méněcennosti). Dítě si poté přenáší tyto způsoby jednání do vztahu k vlastním potomkům.

[160] Srov. CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*, s. 45-46.

7. KAZUISTIKY

Ke zpracování kazuistik mi pomohl kontakt s několika zdroji - dětmi, rodiči, psychologem. Začala jsem sběrem informací do anamnéz, rozhovorem s patřičnými osobami, které přispěli k popisu průběhu problému a popisu charakteru dítěte. Sběr nebyl až tak snadný, proto mohou působit neuceleně. Obvykle vinou zhoršení stavu dítěte. Ke konci každé kazuistiky uvádím zhodnocení a vlastní náhled na prognózu.

Údaje, které by vedly k identifikaci dítěte, jsem buď úmyslně vynechala, nebo pozměnila.

7.1 KAZUISTIKA č. 1

Sabina (9 let),

diagnóza F45.4 – Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha

RA: Sabina žije v panelovém bytě s matkou a jejím partnerem. Otec žije ve Vysokém Mýtě. Rodiče rozvedeni před 5 lety. V 5/2007 matka porodila syna Davida (nevlastní bratr Sabiny), kterého má s novým partnerem, jež žije s nimi v domácnosti. Otec je podnikatel ve stavebnictví, matka nyní na MD, jinak zubní laborantka. Začátek potíží začal v době, když musela Sabina dojíždět každých 14 dní daleko k otci. Vztahy ke všem členům všeobecně pozitivní.

ŠA: Do kolektivu začala chodit do MŠ od 3 let, v 6 letech do ZŠ. V 12/2006 chodila do 2. třídy ZŠ, prospěch výborný, i když jí škola „moc nebaví“. Zájmy: keramika, malování, plavání, jízda na kolečkových bruslích.

OA: Sabina pochází z rozvedené rodiny. Problémy začaly poté (12/2006), co se matka s dcerou odstěhovaly daleko od otce. Sabina, aby otce viděla, musí absolvovat dlouhé a náročné cestování za ním. Otce má ráda, ráda ho navštěvuje,

ale cesta trvá přes 3 hodiny. U děvčete tak vznikly psychogenní bolesti břicha a hlavy s náročným režimem styku s otcem. Psycholog doporučil upravit styk s otcem vzhledem ke vzdálenosti bydlišť (využívat prázdniny, prodloužené víkendy, svátky), tím snížit neúměrné nároky na časové ztráty a adaptaci dítěte. Dítě v tomto věku musí mít čas na udržování kontaktů s vrstevníky, rozvíjet s nimi zájmy a dovednosti. V 1/2007 se situace nezměnila, je ohroženo Sabiny duševní i somatické zdraví. V 5/2007 se Sabině narodil nevlastní bratr, nežárlí na něj, matka jí má stále ráda. Sabina si situaci uvědomuje, ráda by k otci jezdila na delší dobu a ne tak často. U otce je spokojená, má tam zázemí, bezpečí a jistotu, cítí se tam velice dobře. Převážně si hrají nebo jezdí na výlety. Ale stále jí trápí bolesti břicha a hlavy, občas zvrací. Po návratu k matce bývá ještě 2 dny unavená. V rozhovoru uvádí, že by byla nejraději, kdyby se rodiče k sobě vrátili. Psycholog opět apeloval na nezbytnost regulace odjezdů k otci a střídání návštěv v bydlišti otce a v bydlišti dítěte. Otec by měl zohlednit zdravotní a psychický stav své dcery. V 6/2007 otec uvedl, že cestování pro dceru není náročné, nikdy si na nevolnost nestěžovala. Pokud by byl styk omezen, obával by se ztráty dobrého a úzkého kontaktu. Tvrdil, že telefonní kontakt s dcerou je obtížný, domnívá se, že matka tyto kontakty nepodporuje. Přičemž známky přímého ovlivňování dcery nejsou patrné. Dodal, že domluva rodičů vázne, hádky přetrvávají. V té době Sabina uvádí, že „se jí někdy udělá v autě špatně“. Ale k otci se stále těší. V 9/2007 se somatické potíže mírně zlepšily. Sabina dojíždí k otci každý druhý víkend, otec stále neústupný v režimu. Doporučeno snížení zátěže a psychoterapie. V 12/2007 situace vyřešena, psychosomatické potíže ustoupily díky omezenému cestování, ale styk s otcem stále zachován.

Charakteristika Sabiny: Sabina na mě působila příjemně. Je to usměvavé a sympatické děvče, komunikativní, vnímavé, bystré, aktivní, ovšem snadno zranitelné. Zpočátku byla mírně zaražená, později se uvolnila a komunikovala spontánně. Nejevila známky napětí, rozhovor pro ni nebyl nijak traumatizující. Je si vědoma, v jaké situaci se nachází a že psychogenní potíže opravdu má. Situaci by nejraději vyřešila po svém: „přestěhovat se za babičkou do Pardubic, odtud už

k taťkovi není tak daleko“. Dodala, že s otcem má mnoho společných aktivit, k matce je velmi citově nakloněná, vztah ke „strejdovi“ (partner matky) není zcela stabilizovaný, bratra se teprve učí přijímat.

Prognóza: domnívám se, že pokud bude dodržován upravený režim, nehrozí potíže. Sabina nebude trápená nepříjemným cestováním, tudíž vymizí stížnosti na potíže. V opačném případě je možnost recidivy, zhoršení nebo přidružení jiných psychosomatických poruch. Nevylučovat kontakt s otcem, nutná opora v rodině.

7.2 KAZUISTIKA č. 2

Dominik (9 let),

diagnóza F 98.0 – enuréza, F95.0 – tiky

RA: Dominik pochází z rozvedené rodiny. Otec (základní vzdělání) nyní ve výkonu trestu, jinak dělník na pile. Chlapec bydlí ve společné domácnosti (RD) s matkou a jejím přítelem vietnamského původu (má manželku a s ní 2 děti). Spolu mají tříletou dceru (nevlastní sestra). Chlapec t. č. ale v péči babičky. Často se stěhovali po celé republice. Vlastní otec nemá o Dominika zájem.

ŠA: Dominik začal navštěvovat MŠ ve 4 letech, zapojoval se spíš zdrženlivě. Do ZŠ začal v 6 letech. V 3/2007 chodil do 2. třídy ZŠ. Prospěch s vyznamenáním i přesto, že je „divoký“, někdy agresivní. Zájmy: jazyky, sport, vaření, tanec.

OA: Chlapec pochází z dysfunkční rodiny, t. č. převážně v péči babičky. Babička uvádí, že je nesoustředěný, upovídaný a nervózní. Od 4 let má tiky, nikdy se nepřestal pomočovat. Je negativistický, matka o něj moc nepečuje. Když nemusí, kontaktu s matkou a jejím přítelem se vyhýbá. Problémy se u chlapce zhoršily v 3/2007. Uvedl, že přítel matky na něj křičí a nadává mu. Přitom by si přál, aby na něj byli všichni hodní. Závěr tedy zněl, že chlapce má enuresis nocturna a tiky

z důvodu složitých rodinných a citových vztahů. Psycholog doporučil režimové opatření, zavedení kalendáře se záznamem o pomočování, důslednost v péči a snížit počet konfliktních situací vůči dítěti. Bez medikace. V 5/2007 se situace změnila. Partner matky je trestně stíhán, chlapci je zakázán kontakt s babičkou. Z enuretického kalendáře je patrné, že chlapec se nepomočuje. Nejeví známky potíží. Ochotně sděluje, že má všechny členy velmi rád, zvykl si i na partnera matky („už je na mě hodný“). Opět umožněn kontakt s babičkou. V této době se zlepšily i tiky, ale složité rodinné vztahy přetrvávají. Psycholog doporučil dodržovat režim, psychoterapeutický pohovor, nebránit kontaktu s babičkou, je na ní citově poután. V 10/2007 chlapec ochotně sděluje, že co přítel matky odjel, je bez problémů. Dle matky se o letních prázdninách pomočil jen jednou, je „líný jít na toaletu“. Matka zpočátku předstírá, že partner na delší dobu odjel, pak ale neochotně připouští, že je výkonu trestu. S babičkou vztahy bez problémů. Neurotické příznaky téměř vymizely.

Charakteristika Dominika: chlapec působil mile, kontakt navázán bez potíží, nečistá výslovnost písmen R a Ř, viditelné drobné tiky v obličeji. Dle babičky zpočátku aktivní, zbrklý, nesoustředěný, nervózní. Jinak společenský a upovídaný. O kamarádech se nezmiňuje. Na babičku velmi citově vázaný, rád by navázal kontakt s otcem. Vztah k nevlastní sestře bez problémů.

Prognóza: při zachování stávajících podmínek nehrozí znatelné potíže. Domnívám se, že pokud by se vyvolávající element opět objevil, je možný opětovný návrat tiků nebo pomočování. Zároveň je důležité chlapce netrestat a nevystavovat stresovým situacím. Ty mohou také působit negativně. Dominik potřebuje oporu a vědomí péče, laskavou a důslednou výchovu, zachovat kontakt s babičkou. Podstatné je dodržování režimového opatření, motivace, účast na zájmových aktivitách. Prospěl by i min. kontakt s otcem.

7.3 KAZUISTIKA č. 3

Klára (12 let),

diagnóza F 38 – Jiné afektivní poruchy (suicidální pokusy)

F 41.2 - Úzkostně-depresivní porucha

RA: Klára („jedináček“) pochází z dysfunkční rodiny. Matka, vyučená prodavačka, pracuje jako barmanka. O děvče nikdy moc nepečovala. Otec je opravář. Byl 2x ve vazbě, několikrát stíhán za dluhy. Nežijí spolu, dosud nejsou rozvedeni. Rozešli se, když byly Kláře 3 roky. Oba povahy výbušné a hádavé. Dívka v roce 2002 byla svěřena do péče matky. V roce 2004 se péče dožadoval otec, když matka nechávala děvče doma sama a nepřiměřeně ji trestala. V péči otce se o děvče stará převážně babička (matka otce). V případě, že by se měla k vrátit matce, vyhrožuje sebevraždou. T. č. v péči babičky.

ŠA: Klára začala chodit do kolektivu do MŠ ve 3 letech, zapojila se bez problémů. V 6 letech nastoupila do ZŠ. Prospěch průměrný. Zájmy: kamarádi, sport, kreslení, procházky se psem.

OA: Klára začala mít problémy v době, kdy se rodiče nedohodli na výchově a ani jeden z nich nebyl schopný, možná ani nechtěl, se o dítě postarat. Otec byl agresivní, týral svou partnerku, matka Kláru trestala. Oba nebyli schopní se domluvit, vyjít vstříc a vychovat dítě. Ani u otce nebyla spokojená. Soud měl péči vyřešit. Tyto důvody a ztráta citové náklonnosti dovedly Kláru k suicidálnímu pokusu se svou kamarádkou, která měla podobné problémy. Důvod: „aby si jich rodiče víc všímali“. Situace se opakovala v 12/2006 u otce. Pokusila se otrávit léky a pořezala si ruku. Až pobyt u babičky od 1/2007 jí začal svědčit. Tam konečně nabyla pocitu, že má domov. Psycholog tuto věc uzavřel diagnózou afektivní labilita se suicidálními tendencemi z důvodu narušených a neklidných

rodinných vztahů. Tendence lze chápat jako „volání o pomoc“. Proto doporučil soud, i přes věk babičky, svěřit Kláru do její péče při zachování kontaktů s oběma rodiči. V 5/2007 se stav stabilizoval, suicidální tendence pominuly. V té době Klára bydlí u babičky, prosperuje. Rodiče navštěvuje. Koncem 5/2007 náhlý obrat. Otec požadoval u dcery toxikologické vyšetření na drogy, výsledek negativní. Soud doporučil pobyt u jednoho z rodičů. Klára se tak dostala do anxiózně depresivní situace, bezmocnost, ztráta důvěry. Ve škole zhoršení prospěchu, ztráta kamarádek. Požadavky rodičů hraničí s týráním. Pokud bude dle soudu svěřena do péče jednoho z nich, hrozí poruchy chování, úniky, další suicidální jednání. V 7/2007 s chováním Kláry nejsou problémy, jen ve škole 2 z chování za neomluvený odchod z výuky. Stav se zklidnil, odtažité vztahy k rodičům trvají. Proto nebyl důvod měnit péči, další změna by znamenala destabilizaci stavu, příp. impulzivní jednání. Po letních prázdninách v 9/2007 znalecký posudek doporučil ponechání Kláry v péči babičky a kontakt s rodiči dle přání. V 11/2007 babička už v péči zcela nestačí, matka požaduje umístit Kláru do ústavu, sociální pracovnice doporučuje pobyt u otce. Ten opět žádá toxikologické vyšetření, výsledek pozitivní. Cítí se přecitlivělá, úzkostná, trpí nespavostí. Objevují se vyhrocené úzkostné až depresivní stavy, hrozí siucidální pokus. Děvče je situací až týrané. V 12/2007 po vyšetření na pedopsychiatrii potvrzena diagnóza úzkostně-depresivní poruchy s psychosomatickými symptomy (poruchy spánku, nechutenství, bolesti břicha, hlavy, zvracení). Nasazena medikace (Trittio). Trvá emoční labilita, ale náznak zlepšení. V 2/2008 mírné zlepšení stavu, zřejmě patrný účinek psychofarmak. Otec požaduje Kláru do své péče s odůvodněním, že babička jí nezvládá. Podle slov babičky ani tak nestojí o Kláru, ale spíš mu jde o to, aby nemusel platit výživné.

Charakteristika Kláry: pohledná, štíhlá dívka, dětského habitu a vzezření, ne zcela psychicky v normě. Podle situace v rodině se měnily školní výsledky, přátelství i její vystupování. Jednou ochotná, sdílná, přátelská, jindy nesoustředěná, plačtivá, úzkostná, skleslá. Jinak kamarádská a ochotná pomoci komukoli. V souvislosti s touto její dobrou vlastností jí trápí, že z důvodu

vleklých rozepří a nařízení ztratila dobré kamarádky. Sděluje, že si od jisté doby více rozumí s chlapci. Jediná sestřenice na ní nezanevřela. Sama neví, kudy kam. Jedině v babičce a v dědovi má důvěru, rodiče pro ní ztratili pozici. Nemají o ní zájem, dělají jí schválnosti, cítí se jak otrok. Od doby složitých poměrů si stěžuje na problémy s jídlem, horší spaní. Svěřila se, že vyzkoušela kromě cigaret a marihuanu. Z rozhovoru bylo patrné, že pobyt u babičky jí svědčí, přesto, že si s ní moc nepopovídá. Ráda jí pomůže v domácnosti, sama jeden čas chodila na brigádu, aby si vydělala na počítač. Původně chtěla být „sestřičkou, policajtkou, veterinářkou“. Nakonec by jednou ráda pracovala jako sociální pracovnice. Překvapila mě její oddanost a ochota spolupráce se všemi institucemi přes všechny možné narážky a útoky ze strany vlastních rodičů a dalších zúčastněných osob. Neprotestovala, dodržovala doporučené postupy.

Prognóza: rodiče by si měli uvědomit, jak Kláře ubližují a pokud se nepolepší ve svém chování, stav se nezlepší. Domnívám se, že umístění do ústavu a podobné nápady nejsou řešením. Tam by se mohly přidružit i další potíže. Chybí jim pocit zodpovědnosti a viny, mohou Kláře znepříjemnit budoucí život. Tendence k recidivě sebepoškozování hrozí neustále, protože konflikty mezi rodiči přetrvávají. Spory a podobné události jí mohou destabilizovat a vyhrotit další neurotické potíže. Klára si uvědomuje, kde má zázemí, ale babička nebude její „věčný“ opatrovník. V každém případě by se mělo vyřešit „zdravé“ bydlení Kláry, neboť zázemí jí dodává energii a smysl žití. Kontakt s rodiči zatím jen dle přání. Kontroly u psychologa určitě zanechat, neboť ten situaci mapuje a sdílí.

7.4 KAZUISTIKA č. 4

Josef (12 let),

diagnóza F 42.2 – Smíšené obsedantní myšlenky a jednání

F 40.3 – Fobicko-úzkostná porucha

RA: Josef pochází z úplné rodiny. Žije s rodiči v panelovém bytě, sourozence nemá. Matka je povoláním prodavačka, klidná, flegmatická. Otec je řidič z povolání, spíš energický a cholerický. Rodina je bezkonfliktní, pozornost chlapci věnují i prarodiče.

ŠA: Josef začal navštěvovat MŠ v 3,5 letech. Mluvit začal dříve než ostatní děti. Do ZŠ nastoupil v 6 letech, prospěch s vyznamenáním. Žádné kázeňské problémy. Zájmy: dříve sport, pak dal přednost počítači, sledování televize, film, čtení, hry na mobilním telefonu, rád spí.

OA: v 6/2007 si chlapec začal stěžovat na úzkostné pocity, nespavost, noční můry, závratě, když po upoutávce na horor v televizi shlédl děsivý obličej. Již dříve sledován u psychologa pro obsedantní chování (neustále si umýval ruce a umýval všechny předměty své potřeby). Na otázku, co ho k takovému chování vedlo odpověděl, že „po něm spolužák hodil něco od krve“. Intelekt má v normě, žádné úzkostné poruchy se v rodině nevyskytovaly. Při rozhovoru byl velmi napjatý, neklidný, nervózní, neustále přecházel, neposeděl. Odpovídal vyhýbavě, nejistě. Psycholog to zhodnotil diagnózou smíšená obsedantní a fobicko-úzkostná porucha. Doporučil psychoterapii, relaxaci před spaním, event. pokud se vyskytne strach, tak se ho pokusit namalovat. Bez medikace. V 7/2007 chlapec udává, že se potíže opět vyskytly, ještě doprovázené bolestmi břicha. Nutkavé akty mytí rukou se zlepšily. V 10/2007 se Josefovo úzkostné a depresivní stavy zhoršily natolik, že vyžadovaly nástup na terapii do psychiatrické léčebny v Opařanech.

Kontakt s ním jsem na přání přerušila. Tam se upřednostňuje režimová terapie, autogenní trénink, relaxace, arteterapie, psychoterapie, ergoterapie, dramatoterapie, canisterapie.

Charakteristika Josefa: chlapec vypadal nejistě, úzkostně, zranitelně i při jeho statnější postavě. Chybná výslovnost písmena R. Podle matky hyperaktivnější, energický, tvrdohlavý, přesto rozumný a rozvážný. Povídal o kamarádech, jak spolu jezdili na kole, pouštěli letadla. Působil vyspěle, přesto nejistě, neklidně, ustrašeně. Nerad maluje, každou požadovanou činnost nebo úkol rozmýšlel, z toho patrná grafomotorická neobratnost. Svěřil se, že má strach téměř z čehokoli, na nezájem rodičů si nestěžoval.

Prognóza: podle výsledků terapie v léčebně, která stále probíhá. Předpovídat takovou situaci je obtížné. Při posledním rozhovoru nebyly patrné horší potíže. Pak se situace náhle zvrátila, Josef nastoupil do léčebny. Neznám přesná stanoviska. Z toho je patrné, že průběh této nemoci může být variabilní. Pokud jsou příznivé okolnosti, mohou příznaky vymizet. Také se ale mohou opět objevit tytéž potíže, nebo jsou nahrazeny jinými. V tomto případě by měl být dodržován režim, důležitá je opora v rodině, vyhýbat se vyvolávajícím příčinám, jinak možný návrat potíží. Josef je chytrý chlapec, potíže si uvědomuje. Mohly by mu ztížit celý život, socializaci, partnerství, rodičovství. Úzkostné stavy mívají dlouhodobý charakter, mívají tendenci přecházet do depresivních stavů, které zase mají sociální dopad na člověka. Stává se, že úzkost má vliv na výchovu dětí, event. se pocity s ní spojené mohou na děti „přenášet“.

ZÁVĚR

Neurotické poruchy jsou nejrozšířenější skupinou poruch duševního života. Jejich průběh může být variabilní, často se opakují a svému nositeli zhoršují kvalitu života. U každé takové poruchy se pátrá po příčině, která přináší potíže. Příčinu je třeba najít a napravit, zejména u dětí hůře disponovaných. Podle příčiny a průběhu se zvolí metody a postup terapie (mnohdy stačí jen urovnat mezilidské vztahy); lze je dobře léčit. Pokud navržená léčba probíhá dobře, nemusí se do dospělosti přenášet.

Prostřednictvím této práce jsem se pokusila v ucelené formě přiblížit a upozornit na problematiku neurotických poruch u dětí v raném školním věku. Mou snahou bylo, abych vymezila pojmy, které je třeba v této souvislosti znát, abych charakterizovala jednotlivé poruchy, jejich příčiny, na které v práci hodně poukazuji, následky, léčbu, jejíchž některé postupy se někomu mohou zdát poněkud netradiční, ale určitě účinné, a samozřejmě jako budoucí pedagog i prevenci a základy komunikace s těmito dětmi.

Pro někoho se může zdát, že práce působí spíš teoretickým dojmem. Nutilo mě načerpat informace z knih, jednoho internetového serveru a časopisů. Ale zároveň pro mě byly více obohacující rady PhDr. Boženy Kadubcové, námitky PhDr. Jana Polivky a výpovědi z rozhovorů, které jsem zpracovala do závěrečných kazuistik. Tyto informace pro mne samotnou byly užitečnější, pomohly mi ujasnit teorii z literatury a hlavně dojít k závěrům, o kterých by se dala vést řada diskuzí. Mám tím na mysli překvapující a stále více „moderní“ nestabilní a dysfunkční vztahy v dnešních rodinách, které ve větším počtu (3 ze 4 kazuistik - případů) stojí za vznikem neurotických potíží vlastních dětí.

Dá se říct, že je to alarmující extrém, který stojí k zamyšlení. Zamyslet by se měli rodiče nad svou situací, kterou nezvládají, ihned kriticky hodnotí a bouřlivě řeší aniž by tušili, jak svému potomkovi ubližují. Tací rodiče jdou ihned vyhledat

pomoc odborníka, přitom takovou situaci a stav dítěte by mohli napravit sami za pomocí dobré vůle, odpovědnosti, úcty, trocha lásky a spolupráce.

Pochopitelně to není záležitost jenom rodiny. Vina může stát i na straně jiných okolností, konfliktů nebo jiných vnějších podmínek jako je škola, pedagogové, vychovatelé, spolužáci, kamarádi, masmédia apod. Proto touto prací mj. upozorňuji tyto subjekty, jak se svým neuváženým chováním mohou podílet na vzniku dětských neurotických poruch, které svým nositelům traumatizují a kazí jinak bezstarostné dětství.

Myslím si, že je to téma, o kterém se ve společnosti běžně nehovoří nebo se tomu společnost úmyslně vyhýbá, ale přesto je aktuální. Možná nás čeká ještě doba, kdy neurotickou poruchou bude trpět každé druhé dítě, a návštěva u odborníka nebude rodinným tajemstvím. Už dnes jsme ohroženi téměř všichni, návštěva psychologa či psychiatra neminula aspoň jednoho člena z každé rodiny.

Seznam použitých zdrojů

MONOGRAFIE – primární literatura:

BERAN, J. – SUMCOVOVÁ, P. *Introduction to Medical Psychology. Doctor – Patient Communication.* Prague: Charles University, 2005. ISBN 80-246-09-03-5.

ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování.* Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7066-534-3.

ČÁP, J. – MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463- X.

ČECHOVÁ, V. – MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika pro střední zdravotnické školy a pro obory sociální*. Praha: H&H, 1999. ISBN 80-86022-42-0.

ČECHOVÁ, V. – ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie.* 4. nezměněné vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7013-268-X.

ČEPIČKA, J. *Dětská psychiatrie pro speciální pedagogy.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1981. ISBN neuvedeno.

DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s. , 2005. ISBN 80-247-0197-9.

ELLIOTT, J. – PLACE, M. *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o. , 2002. ISBN 80-247-0182-0.

FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi. Příručka pro učitele.* Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-063-4.

FRAŇKOVÁ, S. *Výživa a psychické zdraví.* Praha: ISV-nakladatelství, 1996. ISBN 80-85866-13-7.

FRAŇKOVÁ, S. et al. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte.* HZ Editio spol. s r.o. , 2000. ISBN80-86009-32-7.

HINTNAUS, L. *Člověk a rodina. Smyl a funkce rodiny*. České Budějovice: Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 1998. ISBN 80-7040-315-2.

HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře.* Jinočany: H&H, 1996. ISBN 80-88-787-96-2.

CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy.* České Budějovice: Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2000. ISBN 80-7040-409-4.

CHODURA, V. *Psychiatrie. Skripta pro posluchače Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity.* České Budějovice: Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 1999. ISBN 80-7040-365-9.

KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou. O neurotických poruchách a jejich zvládání.* 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-478-8.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie.* Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-9.

KREJČÍŘOVÁ, D. – ŘÍČAN, P. et al. *Dětská klinická psychologie.* Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.

KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých.* České Budějovice: Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2000. ISBN 80-7040-386-1.

LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře.* 2. dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 80-2010098-7.

MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.* Praha: SPN, 1992. ISBN 80-0425236-6.

MATĚJČEK, Z. – DYTRYCH, Z. *Děti, rodina, stres.* Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. ISBN neuvedeno.

MLČÁK, Z. *Psychická zátěž u dětí základní školy.* Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 1999, ISBN 80-7042-541-1.

NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie.* Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.

NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka.* Praha: Grada Publishing, spol. s r.o. , 1998. ISBN 80-7169-652-8.

PLANTE, T. G. *Současná klinická psychologie.* Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-963-2.

PRAŠKO, J. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-810-4.

RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. et al. *Basic Psychopathological Terms and Psychiatric Diagnoses*. Prague: Charles University in Prague, 2004. ISBN 80-264-0825-1.

SMITH, H. *Děti a rozvod.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-906-2.

ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie.* 2. nezměněné vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0629-2.

TUČEK, J. – CHODURA, V. *Psychiatrie.* 3. vyd. České Budějovice: Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2005. ISBN 80-7040-786-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopaotlogie pro pomáhající profese* 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3..

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VYKOPALOVÁ, H. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0337-4.

VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí. Jak jim předcházet a jak je překonávat.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.

MONOGRAFIE – sekundární literatura:

COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

FISCHER, J. *Dětská psychiatrie pro pediatry.* Praha: Avicenum, 1980. ISBN neuvedeno.

HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. et al. *Psychiatrie.* Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

KURZOVÁ, H. et al. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře.* Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0532-5.

LANGMEIER, J. et al. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie.* Praha: H&H, 1998. ISBN 80-86022-37-4.

MEČÍŘ, J. *Některé příčiny školního neúspěchu.* Praha: Ústav školských informací při MŠ ČSR, 1974. ISBN neuvedeno.

PRAŠKO, J. – PAŠKOVÁ, B. et al. *Somatoformní poruchy.* Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-169-9.

Časopisecké statě:

MACH, I. Výživou proti stresu. *Psychologie dnes*, 2008, roč. 14, č. 4, s. 49.

RADAČIČOVÁ, A. Agresor & oběť. Rada rodičům. *Svět ženy*, 2007, roč. 6, č. 9, s. 100.

ŠŤASTNÁ, J. Vyřizovat si své spory s dětmi je obrovská chyba. *Svět ženy*, 2007, roč. 6, č. 5, s. 130.

Elektronický příspěvek:

GERLA, V. Akupunktura – tradiční čínská medicína, Meridiány. In *Životní energie* [online]. © 2007-2008 [cit. 2008-03-12]. Zdraví, alternativní medicína. Dostupné na www: <http://www.zivotni-energie.cz/akupunktura-tradicni-cinska-metoda-meridiany.html>.

Seznam zkratek

CNS - centrální nervová soustava

MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí

ADHD *(Attention deficit / hyperactivity disorder)* - hyperkinetické poruchy a poruchy pozornosti

SPU - specifické poruchy učení

WHO (World Health Organization) - Světová zdravotnická organizace

RA - rodinná anamnéza

ŠA - školní anamnéza

OA - osobní anamnéza

MD - mateřská dovolená

MŠ - mateřská škola

ZŠ - základní škola

RD - rodinný dům

JČ - jihočeský

Seznam příloh

Příloha I – Schéma typů temperamentu podle Eysencka

Příloha II – Ilustrační foto „Unavená studentka“

Příloha III – Kresba rodiny (Sabina, 9 let)

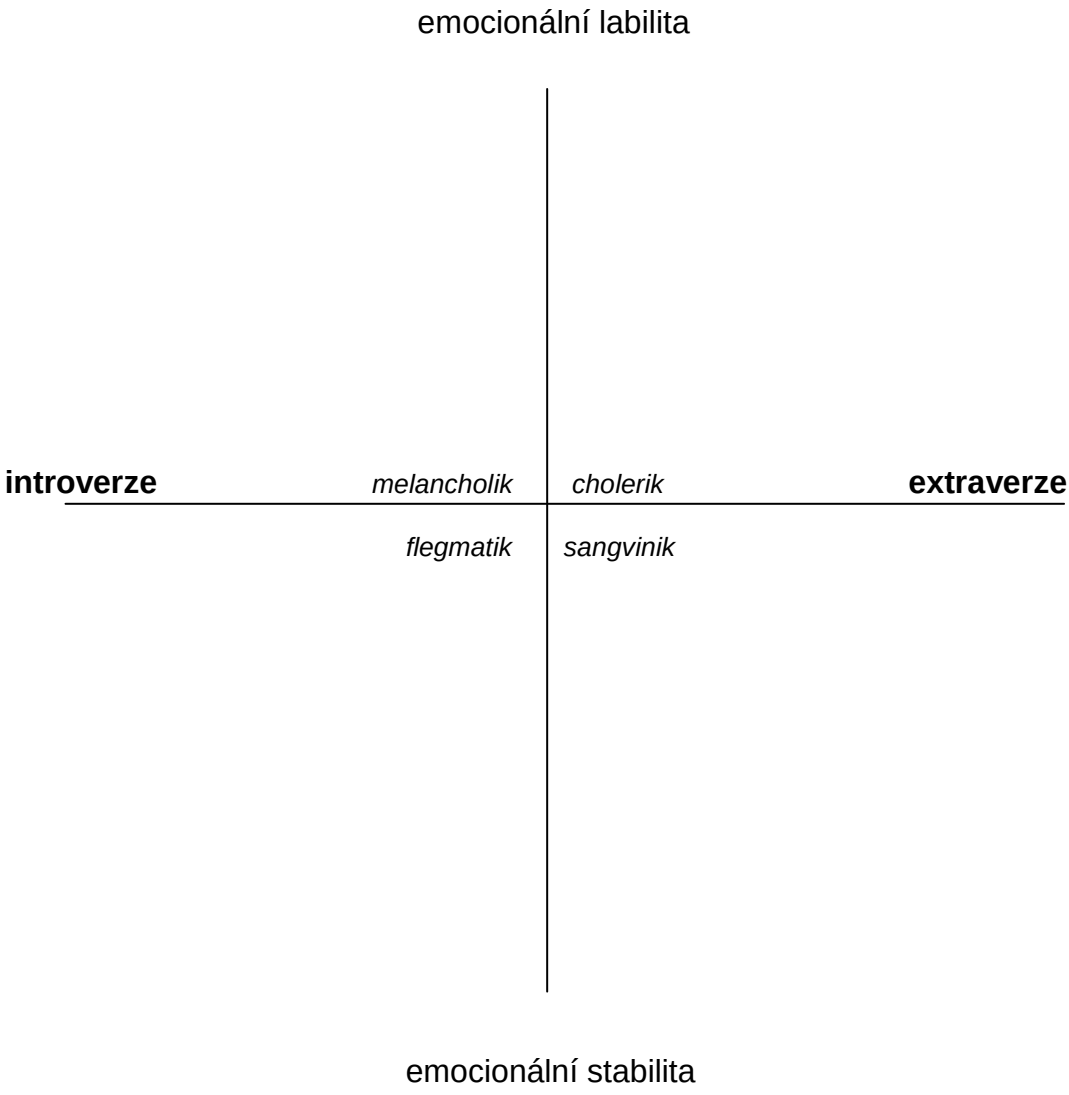
Příloha IV – Klasifikace psychofarmak

Příloha V – Indikace akupunktury dle WHO

Příloha VI – Přehled klinických pracovišť v JČ kraji

PŘÍLOHY

Příloha I



Zdroj:

NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 298.

Příloha II

Příloha III

Příloha IV

Ovlivnění	Třída psychofarmak
1. vigility	+ nootropika - hypnotika
2. afektivity	+ antidepresiva, anxiolytika + / - thymoprofylaktika
3. psychických integrací	+ neuroleptika

Zdroj:

HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 423

Příloha V

Infekce:	rýma, chřipka, zánět průdušek, zánět jater
Nemoci pohybového systému a nervové:	záněty kloubů, bolesti nervů, ústřel (ischias), bolesti v kříži, záněty šlach a šlachových pouzder, ztuhlá šíje, obrna lícního nervu, bolesti trojklanného nervu, bolesti hlavy (migrény), mozková mrtvice, mozková obrna, zánět předních rohů míšních, kloubní výrony
Vnitřní onemocnění:	astma, vysoký krevní tlak, vředové onemocnění žaludku a dvanácterníku, zánět tlustého střeva, poruchy trávení, hemeroidy, průjem, zácpa, cukrovka, snížená hladina cukru v krvi
Psychické poruchy:	**úzkost, deprese, stres, nespavost, koktavost, pomočování**
Kožní onemocnění:	ekzém, akné, pásový opar
Ušní, nosní a krční onemocnění:	hluchota, zvonění v uších, bolesti uší, poruchy zrakové ostrosti, závratě, záněty vedlejších nosních dutin, bolesti v krku, senná rýma
Onemocnění močových cest a pohlavního ústrojí:	impotence, neplodnost, premenstruální syndrom, záněty malé pánve, záněty pochvy, nepravidelný a bolestivý menstruační cyklus, ranní nevolnosti v těhotenství

Zdroj:

Česká lékařská akupunkturistická společnost České lékařské společnosti

J. E. Purkyně. *Akupunktura a přidružené techniky* [on-line]. © 1997-2008.

[cit. 2008 – 03 -07]. Dostupné na www: <http://www.akupunktura.cz>.

Příloha VI

Pedagogicko-psychologické poradny:

Pedagogicko-psychologické poradenství pro občany: PhDr. Ivona Mazehóová a Mgr. Jana Kouřilová, Karla IV. 93/3, České Budějovice, tel. 386 350 777.

Pedagogicko-psychologické poradny: České Budějovice, Nerudova 59, tel. 387 314 506.

Český Krumlov-Latrán, Špičák 114,
tel**. 3**80 711 505.
Jindřichův Hradec, Pravdova 873/II,
tel. 384 388 133.
Písek, Erbenova 722, tel. 382 213 387.
Prachatice, Zlatá stezka 245, tel. 388 313 519.
Strakonice, Čelakovského 555, tel. 383 321 704.
Blatná, Holečkova 1061, tel. 383 421 339.
Vodňany, Kodádkova 453, tel. 383 384 966.
Tábor, Vančurova 2904, tel. 381 415 160.
Soběslav, náměstí Republiky 1/21,
tel. 381 521 263.
Dačice, Palackého nám. 4, tel. 384 425 237.

Kliničtí psychologové:

PhDr. Vladimír Forst – psychoterapeut, Matice školské 17, Č. Budějovice, tel. 387 730 389.

PhDr. Vlasta Roušalová, U Tří lvů 294, Č. Budějovice, tel. 386 461 478.

PhDr. Božena Kadubcová, Senovážné nám. 248/2, Č. Budějovice, tel. 386 106 115.

PhDr. Jan Kovář, Světlogorská 2764, Tábor, tel. 381 261 311.

PhDr. Jitka Šebová, Vítkovecká 809, Sezimovo Ústí, tel. 381 264 025.

Mgr. Petra Feglerová, T. G. Masaryka 212, Č, Krumlov, tel. 380 712 244.

Aura – psychologická poradna pro děti a dospělé: PhDr. Eva Šonková, nám. Přemysla Otakara II. 4/7, tel. 386 350 069.

Centrum klinické psychologie, Resslova 27, české Budějovice, tel. 387 313 566.

Poradna pro děti, dospělé a rodinu: PaeDr. Dagmar Hrubá, Zlatá stezka 118, Prachatice, tel. 602 416 177.

Psychologická poradna pro děti a dospělé: Mgr. Miluše Pixová, Jírovcova 13, Č. Budějovice, tel. 774 853 275.

Nabídka služeb psychologa - akupunktura, rehabilitace, zdravotní pobyty, masáže, chráněné bydlení: Tomáš Kopecký, Dráchov, tel. 606 627 631.

Krizové centrum pro děti a rodinu v JČ kraji, občanské sdružení, Nerudova 2685/53a, Č. Budějovice, tel. 387 410 864.

Ambulance dětské klinické psychologie při Nemocnici Č. Budějovice, Boženy Němcové 585/54, tel. 387 878 738.

Ambulance dětské a dorostové psychiatrie při Nemocnici Č. Budějovice, Boženy Němcové 585/54, tel. 387 878 736/7.

Dětský diagnostický ústav, dětský domov se školou, **středisko výchovné péče**, základní škola a školní jídelna Homole, Homole 90, tel. 387 203 491.

Dětská psychiatrická léčebna Opařany u Tábora, odborný léčebný ústav pro děti a dorost se specializovanou péčí v oboru dětské a dorostové psychiatrie, tel. 381 204 211.

Zdroj:

Katalog firem a institucí. *Pedagogicko-psychologické poradny* [on-line].

© 1996-2008. [cit. 2008 – 04 - 10]. Dostupné na www: <http://www. firmy.cz>.

Zlaté stránky

ABSTRAKT

ZÍKOVÁ, L. *Neurotické poruchy u dětí v raném školním věku.* České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie a sociologie. Vedoucí práce Jan Polivka.

Klíčová slova: pedopsychiatrie**,** raný školní věk, funkční porucha, dětská neurotická porucha - dětská neuróza, vrozené dispozice, rodinné prostředí, školní zátěž, individuální, rodinná, skupinová a kognitivně-behaviorální psychoterapie, relaxace, komunikace.

Práce se zabývá problematikou neurotických poruch, které mohou vlivem různých příčin postihnout děti v rizikovém období raného školního věku. Teoretická část vymezuje základní pojmy a jejich charakteristiku (neurotická porucha, historie pojmu, raný školní věk, neurotické projevy - příznaky u dětí: tiky, poruchy spánku, somatické stesky, poruchy příjmu potravy, vyměšování, přizpůsobení, úzkostné, obsedantně-kompulzivní, poruchy komunikace a řeči, dětská hysterie, smutky a deprese, sebevražedné tendence a chování). Dále popisuje řadu vnitřních a vnějších faktorů, které se mohou podílet na vzniku neurotických potíží u dětí, a případné následky. Závěr této části je věnován léčbě pomocí psychoterapie, psychofarmakoterapie, event. pomocí relaxace. Tyto terapeutické postupy jsou zakončené preventivními aspekty a radami, jak s neurotickými dětmi komunikovat.

Praktická část obsahuje čtyři kazuistiky neurotických dětí, které vedou k porozumění popisovaného problému na konkrétním případě. Zároveň poukazuje na to, že u třech případů jsou poruchy způsobené dysfunkčím rodinným prostředím.

ABSRTACT OF BACHELORS THESIS

Neurotic disorders of early-school age children

Key words: pedopsychiatry, early-school age, functional disorders, children neurotical disorders - children neurosis, genetic dispositions, family environment, school stress, family, group and cognitive-behavioural psychotherapy, relaxation, communication.

The thesis deals with neurotic disorders problems, which can, due to different causes, affect children in the early-school age. The theoretical part defines the basic concepts and their characteristics (neurotical disorder, history of the concept, early-school age, neurotical symptoms of children, disorders such as: sleep, somatic, food-intake, excretion, adaptation and anxiety, obsessional-compulsive, communication and speaking, sadness and depression, suicidal tendencies and behaviour). Further on it describes a number of internal and external factors, which can participate in the originating of child's neurotic disorders. The end of this part is dedicated to the treatment by means of psychotherapy, psychopharmacotherapy, eventualy by means of relaxation. These therapeutical procedures end with preventive aspects and advices how to communicate with neurotic children.

The practical part contains four briefly case reports of neurotic children, which lead to the understanding of the problem described on concrete example. Simultaneously it refers to the fact, that in many cases the disorders are a result of dysfunctional family environment.