

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

2018-2023

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Eliška Hlaváčková**

**Duševní poruchy dětí mladšího školního věku na Základní  
škole při Psychiatrické nemocnici Bohnice z pohledu  
speciálního pedagoga**

Praha 2023

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Tereza Vacínová, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR FULL-TIME STUDIES**

**2018-2023**

**BACHELOR THESIS**

**Eliška Hlaváčková**

**Mental disorders of children of younger school age at the  
Primary School at the Bohnice Psychiatric Hospital from the  
point of view of a special pedagogue**

Prague 2023

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Tereza Vacínová, CSc.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 06.03.2023

Eliška Hlaváčková

## **Poděkování**

Děkuji paní profesorce PhDr. Tereze Vacínové, CSc. za její konzultace, za pomoc, ochotu a vstřícný přístup. A dále paní profesorce PhDr. Marii Vacínové, CSc. za její pomoc při výběru vlastního tématu.

## **Anotace**

**Tématem bakalářské práce jsou Psychické poruchy mladšího školního věku na Základní škole při Psychiatrické nemocnici Bohnice. Toto téma bylo zvoleno na základě praxe, kterou jsem absolvovala na této škole jako asistentka pedagoga. V práci bude charakterizován mladší školní věk a popsány některé psychické poruchy, jejich příčiny a vývoj. Cílem práce je vymezit základní pojmy, problematiku duševních poruch a popsat týmovou spolupráci psychologa, psychiatra, dětského lékaře, výchovného poradce a speciálního pedagoga.**

## **Klíčová slova**

Deprese, duševní porucha, mladší školní věk, pediater, psychiatr, speciální pedagog, výchovný poradce, úzkost, žák

## **Annotation**

**The topic of the bachelor's thesis is Psychiatric disorders of younger school age at the Elementary School at the Bohnice Psychiatric Hospital. This topic was chosen based on the experience I completed at this school as a teacher's assistant. The work will characterize younger school age and describe some psychological disorders, their causes and development. The aim of the thesis is to define the basic terms, the issue of mental disorders and to describe the teamwork of a psychologist, psychiatrist, pediatrician, educational consultant and special pedagogue.**

## **Keywords**

Anxiety, depression, educational consultant, mental illness, pediatrician, pupil, psychiatrist, special pedagogue, younger school age

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
<b>1 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK.....</b>	<b>9</b>
<b>2 PSYCHICKÁ PORUCHA.....</b>	<b>29</b>
2.1 PŘÍČINY.....	29
2.2 DRUHY PSYCHICKÝCH PORUCH.....	34
<b>3 DOPAD PSYCHICKÝCH PORUCH NA OSOBNOST ŽÁKŮ ZE ZÁKLADNÍ ŠKOLY PŘI PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI BOHNICE A VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA, VÝCHOVNÉHO PORADCE A DĚTSKÉHO PSYCHIATRA .....</b>	<b>53</b>
<b>4 ZÁVĚR .....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>64</b>

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou Psychické poruchy mladšího školního věku na Základní škole při Psychiatrické nemocnici Bohnice. Toto téma bylo zvoleno na základě praxe, kterou jsem absolvovala na této škole jako asistentka pedagoga. V práci bude charakterizován mladší školní věk a popsány některé psychické poruchy, jejich příčiny a vývoj.

Cílem práce je vymežit základní pojmy, problematiku duševních poruch a popsat týmovou spolupráci dětského psychiatra, psychologa, speciálního pedagoga, dětského lékaře a výchovného poradce.

Práce se skládá z několika kapitol. V první kapitole je popsána obecně psychika a vývoj žáka mladšího školního věku. V druhé je popsána psychická porucha, její příčiny a psychopatologické stavy. A dále pokračují druhy psychických poruch a následně jsou vysvětleny a popsány konkrétní poruchy, jako např. bipolární afektivní porucha, schizofrenie, porucha osobnosti a úzkostná porucha. Ve třetí máme dopad psychických poruch na osobnost žáků na Základní škole při Psychiatrické nemocnici Bohnice a vzájemná spolupráce speciálního pedagoga, výchovného poradce a dětského psychiatra.

Vzájemná spolupráce dětského lékaře, dětského psychiatra, psychologa, speciálního pedagoga a výchovného poradce spočívá v analýze rozhovoru o příčinách daného onemocnění.

Všechny uvedené změny psychických funkcí narušují více či méně onen celek psychiky člověka nazývaný osobnost. Míra a četnost odchylek od normálu umožňuje třídit tyto patologické osobnosti do tří skupin: psychoneurotici, psychopati a psychotici.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

Mladší školní věk patří do období druhého dětství, tj. první stupeň základní školy (6-11 let). V průměru je to nejstabilnější období (reality). Podle Eriksona je to období snaživosti. Významnou roli v tomto období má škola.

**Tělesný vývoj** má pozvolné tempo. Žák roste asi 5 cm ročně a přibývá na váze 3 kg ročně. S růstem těla se mění tělesné proporce. Na kostře se mění lebka (cranium) a dentice. Zakřiveniny páteře tvoří hrudní, krční a bederní obratle. Jsou rychlejší životní pochody, mezi které patří zažívání, dýchání. Mozek je asi o 150 gramů lehčí než dospělého (diferenciace korových buněk). Funkce dětských žláz, tj. šišinka a brzlík, končí kolem 10. roku života.

**Vývoj motoriky** je závislý na funkci nervové soustavy, svalstva a na růstu a osifikaci kostí. Od 7. roku je stejné napětí ve flexorech jako v extenzorech, to znamená větší rozsah pohybů v kloubech. Pohyby jsou účelnější, přesnější a úspornější. Rozvíjí se jemná motorika a pohyby prstů. Roste výkonnost svalstva, ale mohou být individuální rozdíly.

Nástupem do školy se rozvíjí poznávací procesy, což začíná nová etapa rozumového vývoje. Vzniká nový poměr k jazyku. Řeč se stává předmětem. Rozvoj poznávacích procesů je vnímání i opticky – dítě dospívá samo ke slovní analýze. Žákům narůstá slovní zásoba. Nastává kvalitativní změna, tj. zpřesňování pojmů. Zlepšuje se artikulace. Rozlišuje se spisovný jazyk a dialekt.

V období mladšího školního věku jsou poznávací procesy, jako vnímání, pozornost, paměť a další. Vnímání je stále diferencovanější a má jemnější rozlišování. Pozornost se neliší od dospělých v bezprostředním rozsahu. Velký rozdíl je v úmyslné koncentraci (maximálně 15 minut). Jsou rozdíly mezi mechanickou pamětí a logickou pamětí; mezi pamětí optickou, akustickou a kinestetickou; a mezi pamětí pro událost, věci, čísla, jména a další. Převládá paměť mechanická. Zapomínání je pomalejší než u dospělých. Bývají tu znaky dětské paměti. Když u dítěte nastane komplexnost, tak se dítě učí

básničku, vypadne mu souvislost a musí začít od začátku. Dál může nastat eidetismus, což je představa, kde jsou ty největší detaily, u dospělých nejsou, ale u dětí ano. Dítě si umí představit konkrétnost – př. množiny v matematice (počítání 3 jablka, 3 hrušky a 1 dá kamarádovi). V tomto období také nastává etapa konkrétních logických operací, což je myšlení. V myšlení je charakteristické respektování základních zákonů logiky a vázanost na realitu (operace s reálnými objekty, představami i symboly). Převládá konvergentní myšlení (=sbíhavé myšlení=1 řešení).

Důležité jsou **emoce** neboli city. Dětská citovost je ještě mělká a povrchní. Žák má větší citovou labilitu a přechody nálad ve srovnání s dospělými nikoli s předškoláky. Afekty odreagování jsou beze zbytku, nevytěšňují je do podvědomí. Citové prožívání je více regulováno, normy jsou přiměřené věku. Žák více prožívá týrání zvířat, vysmívání spolužáků, ničení věcí, žalování a další.

V období mladšího školního věku nastává **role školáka**. Žák se připravuje na důležité životní role, jako je profesní role, symetrická vrstevnická role a podřízená role žáka. Nastává diferenciací komunikačního stylu. Dochází k respektování norem a pravidel chování, tzv. konvenční morálka („to, co dělají ostatní, dělám taky“). Je potřeba být akceptován, být úspěšný. Je důležitý význam školního výkonu.

Vstupem do školy přichází radikální – nastupuje vývojová etapa mladšího školního věku. Bývá vymezena věkovým rozpětím od 6-7 let do 10-11 let, kdy se začínají objevovat první známky pohlavního dospívání (prepubescence). Vzhledem k tomu, že existují významné rozdíly mezi dětmi na začátku školní docházky a dětmi ve vyšších třídách prvního stupně základní školy.

Máme-li říci, které vývojové období v životě dítěte je relativně osobnostně i emocionálně stabilní, je to právě mladší školní věk. To lze konstatovat ve světle událostí, které předcházely (dětský vzor, adaptace na mateřskou školu, adaptace na základní školu) a jež budou následovat (dospívání, emocionální labilita, hledání identity). Matějček nazývá toto období „zlatým věkem dětství“, právě pro relativní vyrovnanost a harmonii.

Langmeier charakterizuje tuto etapu jako **věk střízlivého realismu**, kdy je dítě zaměřeno na svět, jaký je chce ho pochopit a rozhodujícím činitelem, který ho má vyzbrojit na cestě k poznání, je to pro něj škola a školní práce. Realismus školáka je zpočátku **realismem naivním**. Dítě je odkázáno na to, co se dozví doma, ve škole, z knih. To, co mu poví autorita, je pro něj bernou mincí. Teprve postupem času začíná dítě přijímat informace, které dostává, kriticky, porovnává je se životními zkušenostmi, provádí první selekce. Naivní realismus se mění na **realismus kritický** a chápeme jej jako první známky blížícího se dospívání.

Psychoanalýza označila toto období jako **období latence**, kdy je ukončena jedna etapa psychosexuálního vývoje a základní pudová energie je relativně v klidu až do počátku dospívání. Podle S. Freuda jde o dobu, kdy je sexualita „latentní“. To znamená, že jak v chování, tak i ve vnitřním životě se projevuje jen slabě. **Latentní charakter** je psychoanalytický termín označující vyšetření Oidipovského (respektive Elektrina) komplexu, identifikaci s rodičem stejného pohlaví, klidnou reaktivitu, utlumenost pohlavního pudu, snahu o zdatnost a výkonnost i v oblasti poznávání, dodržování sociálních a etických norem a snahu navazovat dobré sociální vztahy (zejména s vrstevníky).

E. Erikson označil tuto etapu výstižně jako **období snaživosti a iniciativy**. Dítě si dokazuje svou vlastní hodnotu především výkonem, má smysl pro píli a pracovitost. Cílem tohoto období dosažení pocitu kompetence a sebevědomí, oproti pocitům **selhání a méněcennosti**.

Toto stádium je velmi důležité tím, že v něm dítě získává vztah k práci a ke spolupráci. V tomto období přesahuje zkušenost dítěte rámec rodinných vztahů a je vystaveno srovnávání a hodnocení v širším výběru školních a mimoškolních situací. Může se objevit **snaha o rivalitu, soupeření** s okolím, nebo naopak **pasivita** v chování či **mutilace** (oněmění – může být důsledkem příliš autoritativní výchovy). Výhodami tohoto období je, že má dítě možnost získat pocit, že je šikovné, že něco umí, něco mu jde a baví ho to. Nevýhodou je, že může získat pocit neschopnosti a neužitečnosti, trpět pocitu méněcennosti a neumět přijít na to, v čem je vlastně dobré. Podle Eriksona lze konstatovat, že jde patrně o nejstabilnější úsek v dětském vývoji.

Podle J.Piageta zhruba se začátkem školního věku nastupuje v myšlení stadium **konkrétních operací**. Znamená to, že dítě je schopné logicky přemýšlet o poznaných podnětech a o prožitých událostech. Myšlení a jeho vývoj jsou podstatně ovlivňovány školní činností a osobností učitele. Dítě si postupně osvojuje **schopnost logických operací** a odpoutává se od bezprostředního názoru. Jeho logické usuzování se opírá o konkrétní věci a jevy, které si lze názorně představit, dítě dává přednost poznávání a ověřování reality kolem sebe.

Na počátku školní docházky jsou proto pro učitele přínosem názorné pomůcky. Dítě dokáže propojit různé myšlenkové procesy v jedné chvíli, myšlenkové postupy na úrovni konkrétně-logických operací tvoří jednotný systém (dokáže pochopit zahrnutí prvků do třídy, rozřazuje předměty podle kritéria, chápe zachování množství, příčinné vztahy, je schopné již chápat, že váha nebo objem těles se při změně jejich tvaru nemění apod.). Výkony dětí jsou v tomto směru závislé na **motivaci, přiměřenosti úkolu** a dalších faktorech. Obecně platí, že mladší žáci jsou schopni pracovat převážně v **názorně-předmětové rovině** (opírající se o skutečné předměty nebo jejich zobrazení), zobecnění probíhá na základě nápadných znaků předmětů. Mladší školák se již dovede oprostit od subjektivního egocentrického pohledu na svět a lze říci, že jeho **přístup je realistický**.

Z jeho plyne důležitost podnětného prostředí, aby se myšlení rozvíjelo přiměřeně věku v duchu procesů **zrání a učení**.

Vnímání se stává cílevědomým, přestává mít ráz náhodnosti, stává se zaměřeným na poznávání podstaty vlastností předmětů a jevů, svět se školákovi rozšiřuje v prostoru i čase, objevuje nové vztahy a souvislosti. Rostoucí schopnost analyzovat a diferencovat umožňuje stále kvalitnější poznávání. Během této vývojové etapy dítě postupně přechází od vnímání konkrétních předmětů a jevů k vnímání všeobecnějšímu. Kolem 10.-11. roku je vnímání zhruba stejně přesné jako u dospělého, dítě má však méně zkušeností pro třídění informací a vyvozování souvislostí.

**Představivost** dosahuje u mladšího školáka vrcholu. Představivost postupně ztrácí spontaneitu z předškolního období, dítě dovede rozlišit skutečnost a fantazii, stále více vzniká do životní reality (odtud pramení pojem střízlivý realismus), ke světu představ se

ale rádo vrací ve hře či v četbě. Fantazie je do jisté míry potlačena realitou, vlivem školní práce se rozvíjí úmyslná, záměrná představivost. Jde o důležitý okamžik ve vývoji představ.

**Paměť** převládá **neúmyslná, mechanická**, bezprostředně spojená s vnímáním. Ke spojení nových poznatků s předcházejícími potřebuje dítě pomoc dospělého. Paměť se však rychle zdokonaluje. Velmi záleží na vedení učitelem. Paměť je tím efektivnější, čím jasněji si dítě uvědomuje cíl a účel zapamatování, důležitá je zde však i motivace. **Pozornost** její rozvoj má pro školáka **prvořadý význam**. Školní selhání je často zapříčiněno **neschopností přiměřené koncentrace pozornosti**. Na počátku školní docházky je pozornost krátkodobá, spontánně zaměřená; převládající vzruch nad útlumem způsobuje časté přerušování pozornosti, dítě není schopné odolávat rušivým vlivům. Vůlí ovládaná pozornost je velmi vyčerpávající a je výrazně ovlivněna organizací vyučování, neboť žáci ještě nemají vytvořené autoregulační mechanismy. Čím nižší ročník, tím by měly být úkoly krátkodobější, buzení pozornosti častější, stejně jako obnovení motivace k činnosti. V prvních třídách není také většinou problémem něco děti naučit, ale udržet jejich pozornost.

**Motivace** k dobrému výkonu musí u mladších školáků přicházet zvnějšku (pochvala, povzbuzení, známka, úsměv, dotek, obdiv apod.).

Vývoj morálního vědomí a jednání závisí na psychických vlastnostech dítěte, kognitivních schopnostech, intelektu, emocionálních a dalších komponentech. Výzkumy J. Piageta o morálním úsudku dítěte jsou méně známé než jeho výzkumy o vývoji logického myšlení. Ve 30. letech minulého století však stanovil **tři stadia morálního vývoje**:

**1. Předkonvenční**, kdy se dítě přizpůsobuje pravidlům uloženým autoritou, aby se vyhnulo trestu nebo získalo odměnu.

**2. Konvenční**, kdy se jedinec na této úrovni snaží dodržovat pravidla a sociální normy, aby si zasloužil uznání jiných a udržel sociální řád.

**3. Postkonvenční,** kdy jsou pro jedince hlavní obecné zásady spravedlnosti, které by mohly být v rozporu s psaným zákonem či autoritou, avšak v nichž ob stojí sám před sebou a převezme za ne zodpovědnost.

Součástí mnoha evropských jazyků se v současné době stal pojem **gender**. Je to slovo řeckého původu a znamená „rod“. **Genderové role jsou soubory pravidel a představ, jací jsou muži a jaké jsou ženy.** Příkládají určité typy chování převážně ženám, jiné především mužům a většina společnosti je považuje za správné.

**Genderová identita** je složkou lidské osobnosti. Jedná se o vlastní identifikaci člověka k maskulinitě, k feminitě či jakékoliv kombinaci obou těchto genderů nebo k žádnému z nich. Zásadním obdobím pro vytváření a přijímání genderových rolí je mladší školní věk. Děti na počátku školní docházky věří, že rozdíly mezi chováním mužů a žen jsou přirozenou a jednou pro vždy danou záležitostí. Svá očekávání týkající se druhých lidí si vytvářejí v tomto světle, tedy na základě příslušnosti k pohlaví. V dalších letech dochází v představách o mužích a ženách ke změnám. Děti mladšího a středního školního věku začínají připisovat odlišným projevům i sociální příčiny. U dívek se častěji objevuje představa budoucího rodinného života, u chlapců pouze výjimečně.

Identifikace s genderovými rolemi se objevuje i v dětské kresbě. Dětská kresba představuje originální výpověď o psychickém světě dítěte. Výtvarným projevem totiž umožňuje seznámení s tím, jak děti vidí svět, jak vidí sebe a jak se vyrovnávají se svým okolím. Dítě v mladším školním věku se nachází ve **stadiu realistické kresby**, které nastupuje mezi pátým a šestým rokem. Dochází zde k oddělení dětského zážitku od reality. Dítě se chystá na přechod od kresby podle své představy je kresbě podle předlohy. Hlavním rysem popisovaného stadia je obohacování původního náčrtu věrnějšími a typickými detaily.

Zpřesňují se proporce jednotlivých částí kresby. Preferovaným motivem je kresba postavy, která se zdokonaluje. V kresbě en face (zepředu) má obličej většinu podstatným rysů, účes bývá nepřehlédnutelný, zdokonaluje se vyznačení nohou, které nejsou již kresleny paralelně, ale sbíhají se v rozkroku. Setkáváme se také s pokusem

zachytit pohyb. Kresby v deseti a jedenácti letech se vyznačují pokusy o perspektivní zachycení, stínování a tvarování.

Propojíme-li hledisko genderu s dětskou kresbou, bývá preferovaným motivem lidské postavy pěti- až sedmiletých dětí z 80% osoba stejného pohlaví. Identifikace se vzory, které si děti volí ve svých kresbách, vypovídá o rozdílných aspektech dívčí a chlapecké identity a rozdílném vnímání genderových rolí. Nejčastějším motivem dívek bývá kresba princezny a u chlapců se jedná většinou o kresby hokejistů a policistů. Dívčí ztvárnění postav princezen tak ukazuje z hlediska genderové identity patrně na přijetí ideálu ženského půvabu a v případě chlapeckých kreseb na identifikaci s prvky mužského hrdinství a výkonu.

Pro dítě v mladším školním věku je významná sociální skupina. Chce být jejím platným členem a nechce si zadat s ostatními. Děti v tomto věku začínají mít tendenci **sdružovat se do party**.

Vnitřní strukturu **party chlapců** určuje sociální vliv, dovednosti či věk jednotlivců. Bývá zde vůdce, který má své blízké kamarády. Má tedy své hierarchické uspořádání. Tento status není neměnný, je třeba si ho udržet, bojovat o něj. Dominuje zde potřeba dokazovat vlastní sílu. V rámci her dávají přednost spíše skupinovým soutěžím hrám, pokud dojde ke konfliktům, řeší je většinou pomocí fyzické síly nebo výhrůzkami.

Přátelská **seskupení dívek** jsou většinou v **dyádách či triádách** nejlepších kamarádek. Hierarchie nebývá tolik zřetelná jako v chlapeckých skupinách, atmosférou rovnosti se snaží udržet vyhýbání se konfliktům. V důsledku toho řeší konflikty spíše nepřímou, převážně pomluvou, žalováním, někdy intrikováním, přesvědčováním. Důvodem nepřímé konfrontace je silná potřeba zachovat kamarádství. V dívčích skupinách se však vyskytuje to, co se v chlapeckých téměř nevyskytuje, a sice **nejlepší kamarádky**.

Na druhou stranu se zde začíná rodit **erotický či partnerský zájem o druhé pohlaví**. Prvním, méně zralým způsobem je škádlení, pošťuchování a posměšky, jimiž většinou chlapci častují dívky.

Výraznější projevy erotické zvědavosti v podobě osahávání se objevují spíše až počátkem dospívání. V tomto věku s tělesné kontakty dějí spíše prostřednictvím facek, brání si věci a vzájemného přetahování, postrkování. Thorne tyto zřídkaivé kontakty mezi skupinami dívek a chlapců tohoto věku nazývá border work (označuje něco jako „překročení hranic“) a považuje se za jakýsi nácvik partnerské interakce.

V období mladšího školního věku (ale někdy již i v předškolním věku) se v souvislosti s přijetím genderové role a sexuální identity mohou u dítěte vyskytnout pochybnosti ve smyslu pozdějších poruch pohlavní identity, které je v dětství většinou zaženou do sociální izolace.

Podle Říčana je každý učitel téměř bez výjimky žákem milován a žák se mu ochotně podrobuje, neboť je pro něj autoritou, alespoň zpočátku a za podmínky, že ani rodiče, ani učitel svým přístupem dítě neznechutí.

Dítě by mělo být obklopeno „kvalitními lidmi“, kteří jej budou ovlivňovat konstruktivním životním směrem. Zde **záleží zejména na typu osobnosti rodičů a učitele**. Vágnerová uvádí, že postoj učitele k dítěti se postupně fixuje do určité podoby a stává se mnohdy stereotypem. Dostí časté je **vydělení žáků „problematických“**, které pak funguje jako sociální stigmatizace.

S jistým zjednodušením lze vymezit nejčastější chyby v interpretaci projevů žáka v mladším školním věku v závislosti na typu osobnosti učitele:

-> **Autoritativní učitel** vyžaduje dodržování všech stanovených norem, bývá netolerantní vůči všem odchýlkám, nestojí o samostatný projev dítěte, vyžaduje především plnění povinností.

-> **Nejistý učitel** limituje variabilitu dětských projevů, protože si s ní neví rady, neví, co je ještě v normě a co je již nad rámec normy. Interpretuje dětské chování vztahovačně, často jako projevy negativismu nebo naschválů. Trvá na formálních znacích žádoucího chování žáků k nadřízené autoritě. Tolerantní naopak bývá k pomalým a úzkostným žákům.



-> **Temperamentní učitel** nemívá dostatek trpělivosti s bázlivým a úzkostným dítětem, spíše chápe živější a neklidné děti. Unavený, vyhořelý učitel je málo tolerantní k jakýmkoliv rušivým projevům, mívá sklon k nepružnosti a ke stereotypu v přístupu k dětem.

-> **Mediální učitel** preferuje užívání techniky a digitálních médií, podporuje objevování světa „klikáním myši“, ve výuce nadužívá laptopy, interaktivní tabule, upozaďuje učení způsobem „tužka-papír“.

-> **Kreativní učitel** je charakteristický vnímavostí, divergentním myšlením, nezávislostí v hodnocení druhých, je přístupný novým zkušenostem. Je verbálně obratný, hravý, více spontánní, také ambiciózní, má snahu vysvětlovat jevy a má smysl pro humor.

-> **Nekreativní učitel** považuje většinu vlastností, které jsou charakteristické pro tvořivého žáka, za nežádoucí.

-> **Liberální, až žoviální učitel** nemá nastavené hranice ve svém chování, je velmi „free“, působí nesystematicky.

K dalším frekventovaným stereotypům učitele patří přeceňování nadaných a pilných žáků a podceňování méně nadaných a nepodrobivých žáků.

V mladším školním věku je od jeho prvopočátku úkolem školy naučit děti číst, psát a počítat. V pedagogice byl význam slova „učit se“ objasněn J. H. Pestalozzím poměrně brzy tak, aby byl efektivní. **Učení by mělo prostupovat srdcem, mozkiem a rukou.** Co se týče počítání, na pozadí vývojové neurobiologie jsou velmi významné studie k tzv. **embodimentu** (ztělesňování myšlenkových procesů). Jde o to, že své tělo neustále nosíme s sebou, tudíž jsou pro nás velmi důležité tělesné zkušenosti. Pokud se jednou vytvoří stopa, později se již sotva změní. V návaznosti na tyto znalosti je dobré **využívat tělesné a myšlenkové spoje** (např. v matematice). Dříve než začnou děti přemýšlet o číslech (a v číslech), používají k počítání prsty, které mohou být vždy uvedeny do vztahu s množstvím počítaných věcí. Tento způsob počítání je senzomotorickou činností, jež se utváří dříve než počítání „z hlavy“ a stane se činností čistě duševní.

Nešvarem současné doby je, že děti jsou od samého nástupu povinné školní docházky neúměrně vytíženy povinnostmi mimo domov.

Období mladšího školního věku je **poslední vývojovou příležitostí**, kdy ještě lze **využít přirozeného nadšení malých školáků pro různorodé aktivity**. Když jsou vhodně motivovaní, rádi se vším pomohou a rádi tráví čas s rodiči. S chutí vykonávají práce doma či na zahradě, učí se jimi kompenzovat nároky školních povinností a zažívají nedělitelnost obou těchto světů (páce, škola/budoucí profese/, spolupráce, zručnost, posilování vztahů, rozložení sil práce – odpočinek – soukromý život apod.) Je velmi důležité, aby se rodiče či učitelé s dětmi tohoto věku hodně mluvili i o tom, co se děje v jejich vnitřním světě, aby s nimi nenásilně probírali jejich **emoční prožívání** nebo potřebu sebekontroly či sebeovládání. Děti se potřebují naučit chápat své duševní stavy i své vlastní vnitřní motivy. Potřebují, aby jim jejich blízcí dospělí byli citlivými průvodci.

V čím ranějším věku si dítě osvojí správné návyky chování, tím větší je pravděpodobnost, že na ně naváže i v pozdějších letech (v dospělosti) a bude je předávat dalším generacím. Dítě v mladším školním věku je přirozeně aktivní, zvědavé a ochotné spolupracovat. Mladší školní věk je tudíž velmi vhodný čas pro využití správných návyků chování:

-> **Stravovat se zdravě:** k nejčastějším onemocnění se jedinec zpravidla „projí“ (nevhodnou a kalorickou stravou, nadměrnými porcemi, nedostatek ovoce a zeleniny, ryb v jídelníčku apod.).

-> **Dostatečně se hýbat:** pěší chůze (do školy, ze školy, používání schodů místo výtahu, práce na zahradě, na chalupě, sport).

-> **Být méně zamyšlen:** soustředit se na „tady a teď“, nebýt duševně nikde jinde.

-> **Pouštět se jen do věcí, které jsme schopni uskutečnit:** neklást na sebe příliš vysoké nároky.

-> **Pomáhat druhým:** z výzkumu vyplývá, že pomoc je pro pomáhající zdravá.

-> **Zpívat:** zpěv je velmi zdravý; z jednoho výzkumu vyplynulo, že účast na sborovém zpěvu zlepšila respondentům kvalitu života.

-> **Usmívat se:** úsměv podporuje oblasti mozku zodpovídající za pozitivní pocity.

-> **Budovat sociální síť:** udržovat a aktivizovat vztahy v sociálním okolí (rozhovory, společné jídlo, společný zážitek apod.)

-> **Trávit čas ve volné přírodě:** pohled na louky, stromy, vodu zvyšuje spokojenost a klid.

-> **Číst pohádky:** dokud jsou děti ještě malé, předčítejte jim ze skutečných knih skutečné, staré pohádky. Děti se tím učí vážit si knih. V pohádkách lze nalézt mnoho praktického do života (např. jak nalézt prince nebo princeznu, jak zabít draka a proč, k čemu je dobrá živá a mrtvá voda, jak se vyvarovat nevhodnému užití apod.). Vyprávěné pohádky pomáhají utvářet fantazii, jak u posluchače, tak u vypravěče.

-> **Učit říkat pravdu a nelhat:** vysvětlovat lidová moudra typu „lež má krátké nohy“, vysvětlovat, že ti, kteří lžou a kradou, mohou sice mít krátkodobé výhody, avšak ztrácejí důvěru, hodnotu životně významnou.

-> **Učit vidět věci v souvislostech:** pokoušet se vidět, co stojí za informacemi, jak je dát do souvislosti, co mají společného, „nebiflovat“ mrtvé a neužitečné informace, snažit se brzdit přesycení podněty, filtrovat, co je důležité a podstatné a co je navíc.

-> **Zapojovat děti do činností:** učit se užívat lokální potraviny odpovídající klimatickému pásmu, ve kterém žijí. Například sbírat, poznávat a sušit houby, ovoce, jíst zeleninu, učit děti zavařovat.

-> **Hrát si:** umožnit a poskytnout dětem časový prostor, aby si hrály s tím, co je. Například s kamínky, větvičkami, sněhem, přírodními materiály.

-> **Učit se vnímat a rozumět času:** pochopit relativitu vnímání času, vnímat čas ve velkých intervalech apod. K tomu mohou opět posloužit pohádky, báje, pověsti, čímž se děti učí předvídat, co přichází, a nezapomenou na minulost. Jedině tak budou jednou dělat moudrá a prospěšná rozhodnutí.

-> **Učit se řeči:** samozřejmě je v současné době důležité učit se cizím jazykům, ale také je životně důležité učit se řeči stromů, mechem pokrytých kamenů, řeči zvířat, mraků plujících po obloze apod. Souvisí to s tím, že všude kolem nás je příroda a hodně živočichů v ní a pro děti je prospěšné a zábavné s ní umět vycházet, naslouchat jí a odpovídat.

-> **Vnímat ticho v kontrastu se zvuky:** je důležité, aby se děti naučily vnímat ticho. Pokud na ně bude někdo křičet (nebo děti samy navzájem) nebo když na ně někdo bude neustále mluvit či hlučet (rádio, televize, hudba, auta, motory, sluchátka apod.), děti přestanou vnímat. Vše se pro ně stane šumem a nebudou schopny rozlišovat podstatné od méně podstatného, nehledě k poškození sluchu.

Spitzer uvádí v souvislosti se zapojováním dětí do užívání digitálních technologií důležitost omezení konzumního života v rodinách a **zabránění vzniku tzv. digitální demence**. Doporučuje vyhýbat se těmto médiím, neboť způsobují obezitu, ohlupování, podporují agresivitu a činí lidi nemocnými a nešťastnými. Jediná možnost je dávkovat dětem přítomnost u počítače, neboť je to jediné opatření, které má prokazatelně pozitivní efekt. Každý den, který děti tráví bez digitálních médií, je čas vyhraný. Období mladšího školního věku je zkrátka mimořádně důležité pro ukotvení celkových základů zdravého životního stylu, omezení návyku na sedavý způsob života a pro eliminaci nadměrného příjmu nevhodné potravy, stejně jako pro osvojení si pravidel rovnováhy mezi povinnostmi a odpočinkem.

Jako mladší školní věk označujeme zpravidla období od 6 - 7 let, kdy dítě vstupuje do školy, do 11 - 12 let, kdy začínají první známky pohlavního dospívání i s průvodními psychickými projevy. Někdy se mluví jen o školním věku, ale povinná školní docházka trvá ještě i v období pubescence, které pak můžeme nazývat také „starším školním věkem“. Svět školy skutečně poznamenává rozhodujícím způsobem toto období, zatímco u pubescenta už se začínají prosazovat výrazně jiné mimoškolní vlivy.

Při běžném pohledu na tuto životní etapu můžeme nabýt dojem, že je to období vcelku nezajímavé, ve kterém se toho tolik neděje s osobností dítěte. Změny se nezdají být tak převratné, jako v útlém a předškolním dětství, ani tak bouřlivé, jako v následujícím období dospívání. Skutečně také označila psychoanalýza tento věk jako

období „latence“ – tedy etapu, kdy je ukončena jedna část psychosexuálního vývoje a kdy základní pudová a emoční složka osobnosti dřímá nyní až do začátku pubescence, v níž se opět projeví v plné síle. Četné vývojově psychologické studie však ukazují, že tomu tak není: vývoj pokračuje plynule a trvale a ve všech směrech dosahuje dítě výrazných pokroků, které jsou pro jeho budoucnost často rozhodující.

Kdybychom chtěli celé období psychologicky nějak celkově smysluplně charakterizovat, patrně bychom je mohli označit jako věk **střízlivého realismu**. Na rozdíl od menšího dítěte, které ve svém myšlení, vnímání i jednání je hodně závislé na vlastních přáních i fantaziích, a na rozdíl od dospívajícího, pro kterého je často důležitější vědět, co by mělo být správné, je školák plně zaměřen na to, co je a jak to je. Chce pochopit okolní svět a všechny věci v něm doopravdy.

Tento charakteristický rys školního věku můžeme pozorovat v mluvě, v kresbách, v písemných projevech, v čtenářských zájmech i ve hře. Školák se více zajímá o knihy, které ho poučují o věcech, lidech a zemích a rozšiřuje tak vlastní poznání zkušenostmi uloženými v cestopisech, v robinzonkách a indiánkách, v historických a válečných povídkách, v dobrodružných románech, ale i v dětských encyklopediích, v knihách o technických vynálezech apod. Dává zpravidla přednost realisticky provedeným ilustracím – a to i dnes, kdy je ovlivňován moderně pojatými kresbami. Také v jeho hře se projevuje snaha o věrné zpodobení úloh, které představuje, nebo o provedení konstrukcí, které pokud možno věrně odpovídají skutečné předloze.

*„Zpravidla je realismus školáka zprvu závislý na tom, co mu autority (rodiče, učitelé, knihy) povědí, je to realismus „naivní“, a teprve později se dítě stává kritičtější, a tedy i přístup ke světu je „kriticky realistický“ - to už se ohlašuje blízkost dospívání“* (Langmeier, Josef, Vývojová psychologie pro dětského lékaře, str. 89). I když toto rozlišení, jak je popsal německý psycholog O. Kroh ve dvacátých letech, není přijímáno všeobecně, přece jen představuje asi nejčastější vývojový trend. Je ovšem pravda, že tu hodně záleží na postojích vychovatelů, zda například kritičnost školáka vůči autoritám tolerují nebo dokonce podporují, nebo ji potlačují.

I ve školním věku je a chce být ovšem dítě plně aktivní ve svém vztahu ke světu – není jen pasivní obětí vnějších podmínek, ať už je hodnotíme kladně, nebo záporně.

Proto rodina a škola, které nutí jen k trpnému přejímání poznatků a způsobů chování, nevyhovují jeho psychickému zaměření a nevyužívají jeho vývojových možností. Dítě chce věci prozkoumat, a to skutečnou, reálnou činností. Proto jsou tak oblíbené všelijaké pokusy a zkoušení různých možností, především v technických oblastech. Skutečně se prokázalo, že nejhůře se učily děti, kterým se dostalo jen slovního výkladu učiva, lépe již děti, které viděly vyložené vztahy na obrázcích konkrétně znázorněny, ale nejlépe ty děti, které kromě výkladu a ilustrací měly k dispozici ještě materiál, s kterým mohly aktivně samy experimentovat. Význam dobře plánované a psychologicky věku přiměřené polytechnické výchovy je tak zřejmý, zejména v současném světě, kde se s technickými problémy setkáváme na každém kroku.

Realistické zaměření mladšího školního věku se zdá být charakteristickou známkou tohoto období i v rychlém historickém proměně: prokazovali je badatelé na počátku tohoto století a proniká činností dítěte v této vývojové etapě i dnes.

#### **a) Vývoj základních schopností a dovedností**

Vývoj pohybových i ostatních schopností je ovšem do značné míry závislý na tělesném růstu. Je během období většinou rovnoměrně plynulý – zatímco před jeho začátkem a opět na jeho konci lze většinou pozorovat větší nebo menší růstové zrychlení. Po přechodném nepoměru zdá se tedy školní dítě většinou harmonicky vyvinuté. Longitudinální studie však naznačují, že individuální růstové křivky jednotlivých dětí se často značně odlišují v ročních přírůstcích i v době, kdy růstová akcelerace objevuje. Dnešní školní děti jsou v průměru větší a silnější než děti před třiceti lety, ale rozdíl je podmíněn více rychlejším růstem v útlém a předškolním věku než akcelerací ve školním věku.

Výrazně a souvisle se během celého období zlepšuje hrubá i jemná motorika. Pohyby jsou rychlejší, svalová síla je větší a zejména je nápadná zlepšená koordinace všech pohybů celého těla. S tím souvisí rostoucí zájem o pohybové hry a sportovní výkony, které vyžadují obratnost, vytrvalost a sílu. Ale závisí na tom i zlepšený výkon při učení psaní a kreslení. Nejdříve jsou pohyby při praktických výkonech soustředěny do ramenního a loketního kloubu, teprve delší cvičení vede k potřebné jemnější koordinaci pohybů zápěstí a prstů.

Jestliže jsou pohybové výkony závislé na vnější i vnitřní motivaci, pak na druhé straně samy dále motivaci a celou emoční stabilitu dítěte ovlivňují. Děti rodiči omezované nebo tělesně slabé podávají nižší výkony, a ztrácejí tak dále zájem o pohybové aktivity, které se proto málo rozvíjejí: tak se často uzavírá nepříznivý kruh, který je žádoucí vhodným zásahem přetrnout, např. soustavným uznáním a povzbuzováním. Dítě ve školním věku je už dobře vědomo svých úspěchů a neúspěchů v této oblasti a začíná si své vlastní dovednosti poměřovat s výkony druhých dětí, eventuálně s výkony dospělých. Opakované studie sociometrie ukázaly, že tělesná síla a obratnost hrají velkou roli v postavení dítěte ve skupině dětí – rozhodují namnoze o obdivu a oblíbenosti, vedoucí roli apod. Malí či slabí chlapci bývají častěji samotáři nebo kompenzují své nedostatky jinak - ve školní práci nebo v jiných aktivitách, pro které mají vlohy.

*„Také druhá složka senzomotorické aktivity se v tomto věku soustavně vyvíjí: **smyslové vnímání**. Vnímání je složitý psychický akt, na němž jsou vždy zúčastněny již všechny složky osobnosti člověka – jeho postoj, očekávání, soustředěnost a vytrvalost, dřívější zkušenosti, zájem i dosud rozvinuté schopnosti“* (Langmeier, Josef, *Vývojová psychologie pro dětského lékaře*, str. 90-91). Ve všech oblastech vnímání – zejména sluchového a zrakového – pozorujeme ve školním věku právě z tohoto hlediska výrazné pokroky. Dítě je pozornější, vytrvalejší, všechno důkladně zkoumá, je pečlivé a méně ve svém vnímání závislé na svých okamžitých přáních a potřebách než mladší dítě. Je proto poměrně dobrým a stále častěji kritickým pozorovatelem. Nevnímá už věci vcelku, ale zkoumá je po částech až do malých detailů. Vnímání se tak stává stále více cílevědomým aktem – „pozorováním“. Vznik pozorování znamená rozhodný krok v oddělení teoretické poznávací činnosti od praktické jednací aktivity.

Stále větší měrou se však školák odpoutává od vázanosti jen na to, co právě dělá a co v daném okamžiku vnímá. Jeho svět se významně rozšiřuje v prostoru i v čase. Už malé dítě je ovšem schopno vzpomenout si na minulé události a vybavit si je v mysli, ale nemá dosud představu spojitého časového průběhu a nedovede tedy posoudit, co je dříve a co později. Ostatně je celým svým základním zaměřením orientováno na přítomnost a na to, co je zde. Teprve ve školním věku se uvolňuje z tohoto sevření úzkého času a prostoru – slova jako „brzy“, „později“, „zítra“, „daleko“ apod. začínají

mít teprve nyní svůj konkrétní význam. Abstraktní význam pojmů jako „konečno“ – „nekonečno“, „život“ – „smrt“ mu však dosud uniká a je objeven teprve na prahu dospívání.

*„Nejen motorika a smyslové vnímání se ve školním věku zdokonalují a rozvíjejí do složitých a vzájemně propojených forem, ale také řeč, která lidskou činnost řídí a která dovoluje další kvalitativně nový rozvoj v celé oblasti chování a prožívání, se výrazně vyvíjí“* (Langmeier, Josef, Vývojová psychologie pro dětského lékaře, str. 92). Je základním předpokladem pro úspěšné školní učení, pomáhá pamatování a prodlužuje pochopení a zvládnutí světa. Ve školním věku roste slovní zásoba, roste délka a složitost vět, souvětí jsou stále složitější a celá skladba vět i užití gramatických pravidel na vyšší úrovni.

Počet slov, která dítě v té době aktivně užívá nebo jim pasivně rozumí, je už na začátku školní docházky značný a stále stoupá. Uvádí se průměrný počet slov při vstupu do školy asi 20 000, v šesté třídě již 50 000 slov, ale rozdíly mezi dětmi jsou obrovské, a tak musíme počítat s tím, že jde vždy jen o hrubý odhad.

Rychlý rozvoj řeči podporuje také rozvoj paměti. Ve školním věku je jak krátkodobá i dlouhodobá paměť stabilnější. Dítě dovede podstatně lépe podat naučenou látku a vzestup v tomto směru je od začátku do konce školního věku důležitý.

Ještě v předškolním věku je **učení** značně nahodilé, závislé na právě vnímaných jevech a zpravidla omezené na jednoduchá spojení. Ve školním věku získává učení novou kvalitu tím, že se mnohem více opírá o řeč. Dítě dovede dávat pozor současně na více aspektů učební látky a tak roste složitost učení.

### **b) Kognitivní vývoj**

Už v předškolním věku pokročilo poznávání světa značně daleko. Dítě chápe vztahy mezi různými ději, ale jen na názorné rovině, kde vychází ze své vlastní činnosti. Právě tím, že mu dáváme příležitost k samostatnému zacházení s věcmi v okolí, můžeme podporovat vývoj myšlení a jeho postupné odpoutání od bezprostředního názoru. Předškolní dítě je už také schopno řešit nějaké problémy jen v mysli, pokud si to může představit. Avšak teprve na začátku školního věku – kolem sedmi let - je dítě schopno



skutečných logických operací, pravých úsudků, které odpovídají zákonům logiky, bez dřívější závislosti na viděné podobě. Teprve na začátku dospívání – kolem jedenácti let – je dobře se vyvíjející dítě schopno vyvozovat soudy i formálně, i když si obsah nemůže konkrétně představit.

Jestliže tedy poněkud zjednodušíme Piagetův výklad vzniku konkrétních logických operací, můžeme říci, že podstata nového vývoje myšlení je v tom, že je dítě schopno různých transformací v mysli současně – může chápat **identitu, zvratnost, vzájemné spojení různých myšlenkových procesů** do jedné sekvence.

*„Na úrovni konkrétních logických operací může podle Piageta dítě řešit problémy v rámci jednotného systému myšlenkových kroků. To znamená v jeho poznávání značný pokrok. Dítě je schopno také pochopit zahrnutí (inkluzi) prvků do třídy – a odlišuje skutečně prvek a třídu např. v tomto úkolu: Ukážeme-li dítěti 8 žlutých bonbónů a 4 hnědé bonbóny, a zeptáme-li se ho, zda je tam více žlutých bonbónů, nebo více všech bonbónů, odpoví dítě v předškolním věku zpravidla najisto, že je více žlutých bonbónů. Nepoznává tedy – na rozdíl od školáka – ještě rozdíl mezi prvkem (žlutý bonbón) a třídou (bonbóny vůbec)“ (Langmeier, Josef, Vývojová psychologie pro dětského lékaře, str. 95 -96).*

Školák už také lépe chápe příčinné vztahy a nevykládá je na základě svého postoje jako předškolní dítě, kterému stačí vysvětlit, že žárovka svítí, protože jsem otočil vypínačem – zaměňuje tedy následnost za příčinnou souvislost.

### **c) Socializace dítěte v mladším školním věku**

Začlenění dítěte do lidského společenství postupuje výrazně vstupem do školy. Významnými osobami, podle kterých se učí modelovat své vlastní způsoby chování, nejsou už jen rodiče, ale přistupují k nim stále více učitelé a spolužáci.

Pokud jde o způsoby **sociální reaktivity**, dává skupina dítěti příležitost k četnějším a rozlišenějším interakcím. Reakce dítěte na druhé dítě má jiný raz než reakce na dospělé. Dítě je dítěti bližší svými vlastnostmi, svými zájmy i svým postavením mezi lidmi. Právě proto jen ve skupině se může dítě naučit takovým důležitým sociálním reakcím, jako je pomoc slabším, spolupráce, ale i soutěživost a soupeřivost. Už v předškolním věku se některé děti více prosazují jako vedoucí a dominující, jiné se

radši podřizují a dají se vést druhými. Tyto rozdíly se ve školní věku dále zvyrazňují a mohou vést až k agresivnímu chování nebo trpké podřidivosti. Pozorný učitel může podobné sociální reakce korigovat, je-li si vědom souvislostí a poskytne-li podřidivým dětem více emoční opory.

*„Vývoj sociálních kontrol a hodnotové orientace byl už v základech zahájen v předškolním období, takže školní začátečník si už s sebou do školy přináší zvnitřněné elementární normy (kontroly) sociálního chování (ví, co se „smí“ a co se „nesmí“, co je dovoleno a co zakázáno, ev. trestáno) a rovněž i základní hodnoty (tj. ví, co je žádoucí – „dobré“ - a co je nežádoucí – „zlé“).“ (Langmeier, Josef, Vývojová psychologie pro dětského lékaře, str. 101). Sociální kontroly a hodnotové orientace jsou velice labilní a jsou závislé na situacích, na okamžitých potřebách dítěte a na postojích dospělých autorit. Vnitřní kontroly jsou na začátku školní docházky ještě velmi nepevné a musíme je stále pozorovat zvnějška. Stejně tak hodnoty, podle kterých dítě orientuje své úsilí, jsou až rozmanitě nahodilé. Teprve během školního věku se začínají sociální normy morálního jednání stabilizovat a s příchodem logického myšlení a s rozšířením časové perspektivy je dítě schopno pochopit na obecné rovině určité věci a jevy jako trvalé hodnotné cíle vlastního jednání.*

Záměrné výchovné techniky nejsou tak rozhodující pro vývoj mravního jednání dítěte jako skutečný, každodenní, ustavičně se opakující, bezděčný, ale opravdu **autentický způsob interakce** mezi všemi členy rodiny. Tam, kde si lidé v rodině mohou volně a nefalšovaně sdělovat každý své pocity a svá přání, dítě si uvědomuje, že samo působí na činy druhým dobro či zlo, že také oni mu bezděčně nebo záměrně pomáhají a škodí a snaží se pochopit obecné mravní principy. Naproti tomu tam, kde se vzájemnost pocitů nevyvine a kde si žije každý sám (**nedostatek vzájemnosti**), nebo kde lidé jednají jakoby si rozuměli, ačkoliv jejich pocity jsou odlišné, vývoj morálního hodnocení ustrne na nižším heteronomním stupni.

Podle teoretického východiska byly navrženy různé konkrétní výchovné postupy, jak mravní vývoj podporovat. Konečně se může podporovat mravní vývoj nepřímou, ale patrně nejúčinněji tím, že se rodině, ve škole, v dětském domově apod. vytvoří celková atmosféra porozumění a spravedlnosti.

Zatímco na začátku školní docházky je pro dítě určujícím modelem hodnocení učitelka, v dalších letech školního období stále roste vliv dětské skupiny.

**Osvojování sociálních rolí** je další složka socializačního procesu. Ve škole si dítě osvojuje novou roli žáka, ale poznává i komplementární roli učitele, učí se novým způsobům chování v roli spolužáka, od něhož očekává pomoc v případě potřeby. Také v jiných situacích se dítě učí novým rolím. Zvláště významné pro život v dospělosti je však upevnění sexuálních rolí (mužské – ženské). Od muže se očekává v naší společnosti jiné chování než od ženy: předpokládá se a také toleruje častější a výraznější sebeprosazování, síla, odvaha, ale i lepší ovládání citových projevů. Naopak ženy jsou pokládány za více závislé, projevující navenek své city, úzkostnější a přizpůsobivější, například při dodržování pořádku ve třídě i později v pracovní skupině. Někdy se předpokládá, že rozdíly mezi muži a ženami jsou podmíněny vrozenými vlohami, tomu by nasvědčovala skutečnost, že se podobné rozdíly pozorují u chlapců a dívek už velmi brzy – na začátku batolecího věku.

Z různých rolí, které přijímá, i ze svého postavení ve skupině vrstevníků osvojuje si dítě i uvědomlejší **sebepojetí a sebehodnocení**. Jeho počátky bychom museli hledat daleko v prvních letech života. Vlastní uvědomělé sebehodnocení se rozvíjí teprve ve školním věku a zvláště intenzivně se prožívá v období dospívání.

Kladné sebehodnocení je pro duševní zdraví velmi významné. Člověk, který si sám sebe realisticky necení, tedy buď se podceňuje a v něčem si nevěří, nebo se přeceňuje – má obyčejně problémy i ve styku s druhými lidmi. Současně však ve školním věku významně ovlivňuje vývoj sebehodnocení dětská skupina, ať už formální (ve třídě) nebo neformální (na hřišti).

Dětská skupina je ovšem na začátku školního věku ještě uvnitř málo diferencovaná. Vztahy dítěte ke spolužákům a k druhým dětem vůbec jsou stále nahodilé – závisí například na tom, s kým sedí v lavici, vedle koho bydlí v sousedství, s kým si společně hraje apod. Teprve kolem deseti let se vytváří trvalejší vztahy přátelství.

*„Kromě rodičů a dětské skupiny má na rozvoj sebehodnocení jistě vliv i učitel. Může sebevědomí žáka vhodně podpořit, ale může také zasít semínko pocitu méněcennosti,*

*zejména když ho ponizuje pře třídou a ironizuje ho“ (Langmeier, Josef, Vývojová psychologie pro dětského lékaře, str. 106 – 107).*

Nejdůležitější činností pro poznávání světa věcí i začlenění do lidského společenství byla v předškolním věku hra, nyní je to také skutečná **práce**. Schopnost vykonávat úkoly, které nejsou samy o sobě příjemné a nevyplývá z okamžitých potřeb, ale jsou prováděny pro zamýšlený cíl, je jednou z hlavních charakteristik zralosti dítěte pro školu a rychle roste už od počátku školní docházky.

Dítě, které začíná pracovat, nepřestává si ovšem hrát. Pro zdravý vývoj osobnosti je **hra** i ve školním věku nezbytná a mají být pro ni vytvořeny podmínky. Formy hry pro školáka jsou sice podobné jako v období předchozím, ale její projevy jsou bohatší a diferencovanější. Mění se obliba her – stále více dává dítě přednost hrám se složitějšími pravidly. Vedle jednoduchých her založených na náhodě (házení kostkou) učí se nyní dítě hrát dámu, šachy atd.

Hra a práce stojí od této doby vedle sebe jako odlišné činnosti se zvláštním zaměřením. Od začátku školní docházky se á dítě učí, že má zvláště vymezený čas na práci, kdy má soustředit pozornost a vynaložit potřebné úsilí bez hravého odbíhání. Na druhé straně má mít volnost při hře. To ovšem neznamená, že práce by nemohla být stejně lákavá a zajímavá jako hra a že by hra nemohla být stejně vážná jako práce a nepřispívala k výchově. Jen v tomto smyslu může být „škola hrou“ a „hra školou života“.

## 2 PSYCHICKÁ PORUCHA

Psychické poruchy se objevují ve společnosti od nepaměti. S nárůstem vlivů a rychlosti prožívání naší moderní doby, narůstá také počet lidí, kteří jsou tímto tlakem postiženi a mnohem častěji je postihne nějaká duševní porucha. Určit přesnou příčinu vzniku poruch a nemocí psychického rázu je obtížné. Lidská psychika je složitý systém, který se skládá z mnoha složek a je také ovlivněn spoustou proměnných.

Psychické poruchy jsou velmi rozmanité. Navzájem se liší v mnoha ohledech. *„Každá duševní porucha se projevuje určitými příznaky, symptomy. Podle těchto symptomů jsou duševní poruchy diagnostikovány. V současné době se používají mezinárodně platné diagnostické systémy. Na americkém kontinentu se uplatňuje Diagnostický a statický manuál, nyní již v V. revizi (DSM-V.). Druhým klasifikačním systémem je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Světová zdravotnická organizace, která je garantem MKN, vydala v roce 1992 MKN-10, která platí i u nás od roku 1993.*

*V současnosti je vymezeno asi 1000 duševních poruch, které jsou rozděleny do základních sekcí:*

- 1. Neurotické poruchy*
- 2. Poruchy nálad*
- 3. Schizofrenní poruchy*
- 4. Poruchy osobnosti*
- 5. Poruchy intelektu (mentální retardace a demence)*
- 6. Poruchy vyvolané požíváním alkoholu a jiných návykových látek*
- 7. Jiné návykové a impulzivní poruchy*
- 8. Sebevražedná jednání“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 78).*

### 2.1 PŘÍČINY

Pokud bychom mohli nějak definovat příčiny duševních poruch, pak jsou velmi rozmanité a komplikované. Příčiny jsou komplexního charakteru.

Duševní poruchy jsou vyvolány vlivy, které je možno poznat, i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat. Můžeme je rozdělit podle vzniku do tří základních skupin:

1. **Etiologický činitel je známý** – Jde o situaci, kdy se duševní porucha vyvine na základě organického postižení mozku. Jde o např. o cévní poruchy (hypertenze, mozková ateroskleróza), dále infekční onemocnění mozku, mozkové nádory, poranění mozku a toxické postižení.
2. **Duševní poruchu vyvolává společně více činitelů** – V tomto případě se na vzniku duševní poruchy podílejí faktory hederitárně – konstituční a vlivy prostředí.
  - a) **Faktory hereditárně – konstituční** – Jde o faktory zděděné dispozice reagovat specifickým způsobem nebo být náchylnější, méně odolný ke vzniku té které poruchy. Hrají velkou roli úlohu při vzniku tzv. predispozice k určitému onemocnění, určité duševní poruše.
  - b) **Faktory zevní** – vlivy prostředí - se dělí na **negativní a protektivní**. *„Mezi negativní (rizikové) vlivy prostředí počítáme perinatální poškozující vlivy, expozice infekcím, toxinům, vliv traumat, vliv farmak vyvolávajících závislosti, další komorbidní poruchy. Patří sem i negativní životní události – zraňující události a nepříznivé sociální situace, například neúspěchy v práci, konflikty v rodině, ztráty – zvláště opakované (úmrtí, rozvody), nefunkční zázemí, nezaměstnanost atd.“* (Malá Eva, Pavlovský Pavel, Psychiatrie – Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese, str. 16). Tam, kde se člověk není schopen vyvinout takové psychické mechanismy, aby se vyrovnal se zátěžovou situací, se může vytvořit psychogenní porucha. Jedinec ztrácí schopnost porozumění druhým lidem a dostává se do sociální izolace. Naopak **pozitivní (ochranné čili protektivní) vlivy prostředí** vznikají v harmonické rodině, kde dítě získá pocit základní jistoty, pocit, že je přijímáno a milováno. Tato základní jistota mu pomáhá úspěšně zvládat nepříznivé události (psychotraumata nebo stresy) i v dospělosti. Dalšími protektivními faktory jsou dobré nebo nadprůměrné intelektové schopnosti, dále schopnost sociální komunikace, odolnost – což je schopnost vzpamatovat se po ráně (traumatu), a určitá víra (např. náboženská), která dává jedinci naději.
3. **Etiologický činitel je neznámý** – Duševní poruchy, kde dosud neznáme žádnou specifickou příčinu, jež je vyvolává. Jde o duševní poruchy v užším slova smyslu – dříve zvané psychózy – při kterých se u lidí např. objeví poruchy vnímání a myšlení nebo patická nálada.

*„Otázka genetického přenosu u duševních poruch je velice složitá. Nikdy nebyla nalezena přímá dědičnost, přitom se však ví, že v určitých rodech např. častější výskyt alkoholismu, deprese a sebevraždy, čili že je zde určitý genetický podíl. Určitý podíl genetického přenosu se předpokládá např. u schizofrenie, schizoafektivní poruchy, u bipolární afektivní poruchy a všech dalších poruch nálad, u tikových poruch, u mentálních retardací. Z hlediska dědičnosti se uvažuje o větším množství různě*

*defektních genů, tzv. polygenní hypotéza genetické koncepce duševních poruch.*“ (Malá Eva, Pavlovský Pavel, Psychiatrie – Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese, str. 16 – 17).

Poznat člověka v celém komplexu jeho psychiky předpokládá vědomosti nejen o tzv. normálních jevech, ale také o případných změnách, úchylnkách a abnormalitách, jejichž výsledkem je psychopatologický stav.

Příčiny psychopatologického stavu jsou v podstatě dvojí: predispoziční a vrozené. Zděděná predispozice je pouze snížená odolnost nervové soustavy nebo jiná náchylnost k úchylce do zárodečných hmot obou rodičů, nebo dokonce jejich předků.

Za vrozené příčiny jsou považovány ty, které jsou už při narození v organismu, ale nejsou zděděné, jen získané v prenatálním období. Na rozdíl od zděděných příčin jsou nazývány dispozice. Ne vždy je tento rozdíl v příčinách respektován a termínem dispozice jsou označovány všechny předpoklady, které má dítě při narození.

*„Současné výzkumy o prenatálním vývoj dítěte potvrzují, že lidské embryo již od svého počátku vytváří ve svém centrálním nervovém systému bílkovinné struktury, které umožňují příjem informací. Na některé z nich odpovídá organismus negativně a dává tak podnět ke vzniku dispozic k úchylkám. Dokladem může být příklad gravidní ženy, která nadužívá vegetativní jedy. Plod v jejím těle přijímá tuto informaci o zbytečné látce, kterou k životu nepotřebuje. Tento jed neumí organismu odstranit, ačkoliv škodí formující se nervové soustavě, a tak se stává informace příčinou vrozené dispozice k psychické úchylce.“* (Vacínová Marie, Langová Marta, Vybrané kapitoly z psychologie, str. 63 – 64).

Náchylnost k psychické abnormalitě získané po narození jsou podmíněny neblahým prostředím, ať už fyzikálním nebo společenským, zvláště v raném dětství. Společenské prostředí značně ovlivňuje hlavně citovou oblast.

Citová labilita dítěte, která sama je už defektem, může být vyvolána chybnou výchovou, špatným rodinným prostředím, účastí v nemorální společenské skupině a pochybným společenským vzorem. Hysterické dítě není také jen proto, že zdědilo

predispozice k této úchylce od hysterické matky, ale také proto, že mělo od nejútlejšího mládí před očima stále projevy této odchylky.

Získaná psychopatologická dispozice může být podmíněna přestálou somatickou chorobou. Každá těžší choroba, při které dochází ke snížení nebo poškození výkonnosti mozku, může vytvořit dispozice pro úchylky nervové činnosti. Tyto úchylky se po vyléčení nemusí v příznivých životních podmínkách vůbec projevit, ale větší psychické zatížení, stresy, mezní životní situace se stávají vyvolávajícími příčinami.

Na rozdíl od individuálních dispozic existují tzv. všeobecné dispozice, které se objevují u některých věkových skupin. Náchylnost nacházíme u mládeže v období puberty, ale také u lidí v obdobích života, kdy procházejí značným psychickým tlakem, jako například v těhotenství, v šestinedělí, v přechodu a ve stáří.

*„Predispozice, stejně jako dispozice jsou pouhými předpoklady a stávají se významnými, až se objeví vyvolávající příčina. Tyto předpoklady jsou obvykle v nepřímé úměrné závislosti s vyvolávajícími příčinami. Čím větší je dispozice, tím menší stačí vyvolávající příčina, aby nastala úchylka, kdežto člověk s malou dispozicí utrpí defekt až po zásahu silného činitele.“* (Vacínová Marie, Langová Marta, Vybrané kapitoly z psychologie, str. 64).

Vyvolávající příčiny lze třídit podle toho, kterou oblast bytosti zasahují primárně – na somatické a psychické. Ze somatických příčin jsou to především tyto:

- toxické – mohou být exogenní, jsou-li toxické substance zavedeny zvnějšku (například alkohol, omamné látky), nebo endogenní, produkuje-li organismus sám (například urémie = hromadění dusíkatých látek v organismu způsobené nedostatečnou funkcí ledvin);

- traumatické – poranění kterékoli části těla (zvláště hlavy) může zavinit značnou duševní zátěž a z ní vyvěrající úchylku, i když často jen přechodnou;

- tělesné choroby, které porušují krevní oběh, výživu nebo vysokými horečkami, které vyčerpávají člověka a neumožňují normální funkci organismu;



- nevhodné životní prostředí, které poškozují somatickou oblast člověka a ochromuje činnost některých orgánů ( tlak, vlhkost, teplota vzduch, smog, hluk a další).

### **Mozek a duševní poruchy**

Složitost studia příčin duševních poruch (např. jejich genetického přenosu), ale i jejich diagnostiky a léčby odpovídá složitosti anatomické stavby mozku a složitosti jeho neuronových sítí – tzv. propojení neuronů mezi sebou. Neuronové sítě mezi sebou komunikují pomocí chemických, ale i elektrických přenosů a reagují na změny jak vnějšího, tak vnitřního prostředí. V posledních desetiletích se velká pozornost věnuje hypotéze, že klíčovou roli při vzniku duševních chorob hrají látky zvané **neuromediátory**. Jsou to látky zajišťující mezibuněčný přenos nervového signálu (informace).

Základním nástrojem psychiatrického vyšetření je vyšetření klinické, tedy řízený pohovor s pacientem, během kterého lékař hodnotí jak jeho slovní projev, tak i vzhled, mimiku, dynamiku, náladu. Důležitou součástí řízeného pohovoru je získávání amnestických údajů. V rodinné se pátrá po psychiatrické zátěži, kterou se rozumí výskyt duševních poruch, sebevražd nebo návykových stavů.

### **Symptomy duševních poruch**

*„Symptom (příznak) je určitým projevem nemoci, upozorňuje na to, že se něco děje. Subjektivní symptomy jsou ty prožitky, o kterých pacient referuje. Za objektivní se pokládají ty symptomy, které lze zjistit pozorováním, vyšetřením nebo pomocí laboratorních zkoušek a lékařských přístrojů. Symptomy se rozdělují na specifické a nespecifické symptomy. **Specifické symptomy** jsou pro chorobu určující (např. snížení intelektu u mentální retardace). **Nespecifické symptomy** se vyskytují u řady psychických poruch (např. poruchy spánku, podrážděnost, úzkost).“* (Malá Eva, Pavlovský Pavel, Psychiatrie – Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese, str. 25)

## 2.2 DRUHY PSYCHICKÝCH PORUCH

### Neurotické poruchy

*„Jedná se o funkční onemocnění psychiky, které není spojeno s organickými změnami CNS. Lehčími a těžšími neurózami, trvající měsíce až roky, trpí přibližně 20% naší populace.*

*Nejčastějšími příčinami vzniku neuróz jsou dlouhodobé, chronicky působící a neřešené psychické zátěže (konflikty) v zaměstnání a rodinném životě. K neurózám jsou predisponováni spíše temperamentoví melancholici a cholericí.*

*Nejrozšířenější skupinou neuróz jsou tzv. **neurastenie (dráždivá slabost)**, projevující se zpravidla nadměrnou přecitlivělostí na vnější podněty, rychlou unavitelností neúměrnou skutečně vynaložené námaze, narušenou koncentrací, neschopností uvolnit se, bolestmi hlavy, nespavostí apod.“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 79)*

Dále bývá rozlišována **neuróza úzkostná**. Úzkost se definuje jako stav neklidu, bázně, nejistoty, obav z toho, co se může stát, znepokojení z eventuální budoucí události. Někdy se stav úzkosti váže na konkrétní budoucí případ, jindy se stavy úzkosti se vážou na nějakou představu v budoucnosti. Někdo prožívá úzkost jako všeobecný pocit neklidu. Přestože úzkost může být vyvolána stresem, je třeba pochopit, že úzkost nemusí nutně za všech okolností ze stresu vyplynout. Je možné cítit stres a neprožívat přitom stav úzkosti. Na druhé straně je možné cítit úzkost bez jakékoli zjevné příčiny nebo i když se děje něco pěkného.

Na první pohled není snadné úzkost dost dobře rozpoznat, takže může budit dost hrůzné obavy a pocity. Občas si lidé myslí, že znají příčinu své úzkosti, ale při podrobnějším vyšetření vyjde najevo, že jejich odůvodnění postrádá logiku. Někdo může stejně tak pociťovat úzkost z čehokoli a takové starosti mohou být daleko závažnější, nežli by si ve skutečnosti vůbec zasluhovaly. Je třeba si uvědomit jeden zásadní fakt týkající se úzkosti – a sice, že nemá logický základ. Na rozdíl od nervozity, která se vždy váže ke konkrétní události, odpovídá její velikosti a po

příslušné události se vytrácí, úzkost je stav, kdy obavy přesahují rámec jakéhokoli logického vysvětlení.

Úzkost působí na vaši paměť, ovládací a koordinační schopnosti i na váš úsudek. Někomu se i ve stavu úzkosti vede poměrně dobře, ale obavy dokážou naprosto podkopat schopnost se z dané činnosti radovat.

Většina z nás občas nějakou úzkost už prožila. Někdy se úzkosti zbavíme odpočinkem, jindy ji proměníme v příjemné očekávání nějakého dalšího úkolu. Občas musíme svou úzkost jen trpně snášet a perspektivně s ní počítat. Někdy se však stane, že se úzkost projeví v daleko drastičtější podobě. Tehdy může způsobit zhoršení zdravotního stavu nebo nám znemožní jakoukoli činnost.

### **Zdravotní poruchy související s úzkostí:**

Hodně zdravotních potíží či nemocí lze vysvětlit jako reakci našeho těla na úzkost. Délétrvající stavy úzkosti mohou snížit celkovou odolnost proti chorobám. Úzkost může být příčinou bolesti hlavy, nechutenství, bolestí krku a páteře a únavy. Ve vážnějších případech vede až ke vzniku žaludečních vředů, zánětu tlustého střeva, k vysokému tlaku, nemoci krevního oběhového systému a srdce a vážným potížím s páteří. V mnoha případech souvisí s úzkostí i astma, nemoc způsobující potíže s dýcháním, kdy silné pocity úzkosti mohou vyvolat těžké astmatické záchvaty nebo delších období problémů dýchacích cest.

### **Záchvaty úzkosti:**

Občas jsou stavy úzkosti u některých lidí tak silné, že vedou až k záchvatům úzkosti. Náhle jim srdce tepe jak o závod, puls se neúměrně zvýší, v hlavě jim buší. Mohou se připojit potíže s dechem, pocity, jako by se smršťovaly plíce a měli se každou chvíli dusit, anebo lapají po dechu, ztěžka dýchají, jako by právě absolvovali běžecký maraton. Mají pocit, jakoby je svíraly kleště strachu, nebo naopak naprosto znečitliví, jako by ztratili všechny smysly. Záchvat úzkosti může vyvolat závratě, nevolnost či celkovou slabost. Z lékařského hlediska nejsou tyto záchvaty vyvolány žádným tělesným faktorem, jsou to čistě emocionální reakce. Přestože na první pohled budí dojem ohrožení života, nejsou o nic nebezpečnější než bolest hlavy

nebo náhlá nevolnost. Pakliže zjistíte, že vás ochromují záchvaty úzkosti, je to signál, že byste měli vyhledat pomoc psychologické poradny nebo některé instituce, která by vám pomohla s vašimi emocionálními problémy.

### **Jak vznikají úzkostné stavy:**

Úzkost je velice složitá situace a existuje mnoho eventálních faktorů, které ji mohou zapříčinit. Můžeme však prohlásit, že úzkost vzniká na základě skrytých pocitů. Mezi takové skryté pocity může patřit zlost, vina, smutek nebo strach. Každý pocit, který si odmítáme otevřeně připustit, protože je příliš zraňující, se může najednou projevit ve formě úzkosti. Během našeho vývoje prožíváme spoustu pocitů, které jsou bolestivé nebo tíživé. Někdy nám připadá, že jsou tyto pocity naprosto nesnesitelné. Jindy se trápíme, že tyto pocity nám signalizují, že jsme „špatní lidé“. V obou případech se je snažíme potlačit a předstírat, že nic takového necítíme.

### **Úzkost prohlubují určité názory:**

1. Lidé si spíše zapamatují jednu vaši chybu nežli dvacet dobrých, které jste vykonal.
2. Když budete velice příjemná osoba, nikdo se na vás nerozčílí a nikoho nezklamete.
3. Jen sobci kladou sami sebe na první místo; nesobecké lidi vždy více zajímají ostatní a až pak hledí na vlastní zájmy.
4. Skutečný přítel vás nikdy nenechá na holičkách a v ničem vás nezklame.
5. Pokud vás někdo doopravdy miluje, neudělá nic, co by vám ublížilo.
6. Člověk, který nedosáhne vytčených cílů, je nespolehlivý a nedůvěryhodný.
7. Vždy byste měli dodělat rozdělanou práci.
8. Daleko důležitější je všimnout si vlastních chyb a nedostatků, nežli hledět na své silné stránky a úspěchy.

9. Jsem typ člověka „buď všechno, nebo nic“ – pokud nemohu mít všechno, co chci, jediná věc, kterou nemám, mne bude velice trápit a nezajímá mne nic z toho, co mám.

10. Když se mnou nemluví jeden člověk na večírku, znamená to pro m víc, nežli těch pět, kteří byli rádi, že mě vidí.

11. Jakmile něco dodělám, házím to rád za hlavu a pouštím se do další práce. Nechci se poflakovat a žít z toho, co se mi kdysi povedlo.

12. Často přemýšlím o chybách, kterých jsem se v minulosti dopustil, a pokouším se zjistit, jak jsem to mohl udělat jinak.

Tyto názory jen úzkost prohlubují, neboť se soustřeďují na špatné životní zkušenosti namísto toho, aby vyzdvihovaly vše pozitivní.

*„Depresivní neurózu charakterizuje zejména dlouhotrvající skličenosť a smutná nálada. Maximum obtíží se vyskytuje večer na rozdíl od psychotických podob deprese, kdy se intenzivní depresivní ladění objevuje již ráno po probuzení.“*  
(Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 79)

Deprese patří do afektivních poruch neboli poruch nálad. Deprese patří mezi nejčastější psychické poruchy v naší populaci. Při srovnávání s některými západoevropskými státy (Anglie, Francie) se zjistilo, že u nás je skoro dvakrát častější. Z toho plyne i mnohem častější sebevražednost než v západoevropských státech. Deprese (dříve melancholie, trdomyslnost) je popisována už v nejstarších záznamech lidstva.

Na začátku depresivní epizody mohou být nevýrazné projevy. Mezi prvními příznaky se objevují poruchy spánku, nervozita, nesoustředivost, opadání zájmu o jakoukoli činnost, jindy se přidávají bolesti hlavy, nechutenství, úbytek tělesné hmotnosti.

#### **Diagnostická kritéria:**

a) Epizoda musí trvat nejméně dva týdny.

b) U postiženého se nikdy nevyskytla hypomanická nebo manická epizoda.

c) Porucha není způsobena užíváním psychoaktivních látek (alkohol a jiné drogy), ani není způsobena jinou organickou psychickou poruchou.

Současná klasifikace (MKN-10) rozlišuje čtyři základní typy depresivní epizody (lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky), které se od sebe odlišují množstvím příznaků uvedených v následujícím přehledu:

d) Depresivní nálada je přítomna po většinu dne téměř každý den:

- ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které bývají příjemné,
- pokles energie nebo zvýšená unavitelnost.

e) Ztráta sebedůvěry:

- bezdůvodné výčitky nebo pocit neodůvodněné viny,
- opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu,
- snížená schopnost myslet, soustředit se, nerozhodnost, váhavost,
- snížené psychomotorické tempo (někdy je agitovaný),
- poruchy spánku,
- snížená chuť k jídlu (snížená hmotnost).

f) U nepsychotických forem nesmí být přítomny bludy, halucinace, stupor.

g) U psychotických forem se naopak bludy, halucinace a stupor vyskytují (nebo alespoň jeden z nich).

**U lehké formy** jsou ze skupiny d) přítomny dva příznaky a ze skupiny e) jeden nebo více symptomů. **U středně těžké formy** musí být přítomny nejméně dva příznaky ze skupiny d) a ze skupiny e) tolik příznaků, aby jejich celkový počet (z d) a e)) byl alespoň šest. U těžké nepsychotické formy jsou přítomny všechny tři příznaky ze

skupiny d) a ze skupiny e) tolik, aby jejich celkový počet (z d) a e)) byl nejméně osm. U formy psychotické musí být přítomno tolik symptomů jako u těžké nepychotické formy a navíc jsou přítomny příznaky ze skupiny g).

Pochopit depresi může být dost obtížné. Máme sklony ji zaměňovat ji s pocitem smutku, zármutkem nebo s tíživou situací. Deprese může tyto stavy doprovázet, ale je možné být smutný a netrpět depresí - a je možné trpět depresí bez jakékoli zjevné příčiny. Podobně jako úzkostné stavy je i deprese složitý emocionální stav, který nelze na první pohled snadno vysvětlit.

Deprese se u lidí projevují různě. Někdy tušíte, že jste deprimovaní. Zemřel vám někdo, koho jste milovali, nebo se s vámi rozešel či se odstěhoval. Něco jste si důkladně naplánovali a nakonec to nevyšlo podle vašich přání, nebo ne vycházíte právě nejlépe s někým v rodině. To vše může člověka nějakým způsobem a v odlišné míře deprimovat.

Jindy zase vlastně vůbec netušíte, proč se cítíte zrovna tak, jak se cítíte. Vnímáte jediné – necítíte se nijak valně, ať jde o cokoli. Nechce se vám provádět věci, které zpravidla děláte – dokonce můžete dospět až tam, že se vám nechce ani vstát ráno z postele. Život vám připadá nudný anebo ho vnímáte jako neskutečně těžké břemeno. Jídlo vám nijak zvlášť nechutná, špatně usínáte, přátelé už vás tak nebaví, jak tomu zpravidla bývá.

Ve slovníku najdeme dvě definice *deprese*. První definici zhruba vystihují výrazy „špatná nálada, zasmušilost, sklíčenost, smutek“. Druhá definice odpovídá daleko vážnějšímu problému: „Emocionální stav, charakterizovaný pocity beznaděje, neschopnosti atd.“

Každý se čas od času cítí „smutný“ – má špatnou náladu, je zasmušilý a sklíčený. Problém nastává tehdy, když tyto pocity trvají dny, týdny či ještě déle - nebo když se vracejí na pár dnů každý týden. Když se někdo najednou cítí na dně delší dobu anebo pravidelně, může trpět depresí. V takovém případě je zpravidla „smutek“ doprovázen hlubšími pocity beznaděje a neschopnosti, když se člověk trpící depresí snaží nějak s vlastním zoufalstvím zabojovat.

Deprese je kontroverzní téma, o němž lékaři, psychiatři a psychologové neustále polemizují. Jejich spory jsou částečně založeny na různém chápání slova deprese. Jeden druh deprese lze pojímat jako *špatnou náladu*, která příležitostně trápí každého z nás. Tato reakce může mít psychologické příčiny: Máte starosti, bojíte se, zlobíte se nebo jste utrpěli nějakou ztrátu. Může souviset i s vaším tělesným stavem, např. nedostatek spánku, určité aspekty vaší výživy, nějaký lék nebo antikoncepční pilulky či počasí.

Někdy vznik deprese podnítl nějaká životní událost, například smrt, stěhování, rozchod s chlapcem či dívkou nebo kamarádem, rozvod rodičů, nový sňatek jednoho z rodičů. Tyto případy mohou vyvolat velice silné pocity ztráty, zármutku, zlosti a zoufalství.

Existuje stav, který psychologové nazývají *klinická deprese*. Přestože zatím nikdo nedokáže v úplnosti vysvětlit tento druh deprese, většina lékařů a psychiatrů se drží teorie, že tento stav má své biologické kořeny, úzce související s chemickými procesy v mozku, a pravděpodobně je rovněž ovlivněn hormonální činností. Vyplývá z toho, že osoba, která má sklony ke klinické depresi, o ní nemusí mít ani ponětí až do věku dospívání, kdy dochází k bouřlivé hormonální činnosti. Hlavní rozdíl mezi klinickou depresí a ostatními druhy deprese spočívá v tom, že žádná reálná životní událost se špatným stavem deprimovaného člověka zdánlivě nesouvisí. Člověka mohou dovést k depresi jak biologické tak psychické příčiny. A samozřejmě člověk, který „zdánlivě“ nemá k depresi „žádný důvod“, může mít nakonec velice pádný důvod.

Ke klinické depresi zřejmě existují vrozené předpoklady, což znamená, že pokud někdo ve vaší rodině trpí tímto syndromem, můžete být k této nemoci náchylnější. Neexistuje zatím naprostá shoda v tom, co tento stav způsobuje a jak s ním zacházet, ale léčba antidepressiv je často velmi účinná. Na rozdíl od uklidňujících léků, léčba antidepressiv neovlivňuje výkonnost člověka, ani nemění náladu, spíše se zaměřuje na nápravu chemických procesů v mozku i těle.

### **Identifikace deprese:**

Existuje několik způsobů jak rozpoznat stav deprese. Zde jsou některé příznaky:



- časté pocity únavy, apatie, úbytek energie
- chuť k jídlu se buď ztrácí, nebo naopak roste
- náhlý nezáměr o fyzickou stránku nějakého vztahu, nebo naopak zájem jen o fyzickou stránku vztahu
- nedostatek radosti z věcí, které dříve přinášely potěšení, například sport, filmy, čas strávený s přáteli
- pocit „prázdné hlavy“ nebo „vygumovaného mozku“, chybí zájem o cokoliv a reakce na podnět z okolí
- častý nebo stálý pocit beznaděje nebo zoufalství
- výbuchy pláče nebo časté a snadné dojetí k pláči
- bolesti hlavy
- pocit izolace – dojem, že nikdo dané osobě nerozumí, nebo že je každému jedno, pocit, že se k nikomu nelze přiblížit
- ztráta zájmu o vnější vzhled nebo naopak až přehnaný zájem o fyzický vzhled
- nespavost
- spánek častější než je obvyklé
- dojem, že špatné pocity jsou neustále přítomny a nikdy se jich člověk nezbaví, neschopnost představit si jiné pocity
- přemýšlení o smrti, např. představy, jaký klid může smrt přinést, nebo úvahy, jak každý bude truchlit, jakmile příslušná osoba zemře

Ne každý člověk v depresi prožívá všechny tyto pocity.

### **Poruchy nálad a schizofrenní poruchy**

*„V dřívějších klasifikačních systémech byly obě skupiny poruch slučovány pod jeden společný název a byly označovány jako tzv. psychotické poruchy.“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 80)*

*„Do skupin psychóz patří především:*

- afektivní poruchy, poruchy nálad (dříve maniodepresivní psychóza);*
- schizofrenie a schizofrenní poruchy (paranoia, paranoický vývoj).*

*Podstatou onemocnění je narušení normální vazby mezi emocionalitou a životní situací jedince. Nálady nemocného jedince nekorespondují s realitou a jsou zvenku neovlivnitelné. Podstatu poruchy tvoří manický a (nebo) depresivní syndrom. Tyto syndromy se mohou střídát, mohou se však vyskytovat i samostatně.“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 81)*

Pro **bipolární afektivní poruchu** je charakteristické, že v minulosti se již vyskytla nejméně jedna afektivní epizoda – buď manická nebo depresivní. Pro současný obraz jsou shodná kritéria jako pro manickou nebo depresivní epizodu. Současná klasifikace MKN – 10 proto rozlišuje varianty podle toho, jaká je současná epizoda, případně zda je porucha v remisi.

Tato porucha měla v minulosti řadu jiných názvů – cyklofrenie, maniomelancholie, maniodepresivita – které vyplynuly z toho, že intenzita jednotlivých epizod není vždy stejná.

Pro poruchu je charakterizován jak klinický obraz, tak průběh. Počátek bývá mezi 20. až 30. rokem věku, ale není to pravidlem. Může se vyskytovat ve kterémkoli věku. Častěji se vyskytují epizody depresivní než manické. K projevům poruchy může dojít po různých psychogenních zátěžích (významné události v rodině, zaměstnání, okolí), úrazech hlavy, polytraumatech, infekčních onemocnění (chřipka, angína aj.), po porodu. Epizody poruchy se vyskytují častěji na jaře a podzim, kdy působí klimatické, povětrnostní podmínky. Projevují se vlivy denního rytmu: deprese je výraznější ráno a dopoledne (ranní pesima) a v odpoledních hodinách se zmírňuje.

Frekvence epizod je rozličná. Může jít o velmi častou frekvenci epizod i několikrát do roka nebo naopak jsou epizody velmi řídké, třeba několik let od sebe vzdálené. V období mezi epizodami by se neměly vyskytovat žádné projevy onemocnění, ale ve skutečnosti tomu tak nebývá právě vlivem medikace.

Průběh epizod narušuje i denní rytmus: depresivní projevy jsou časté ráno a dopoledne, odpoledne se mírní, proto pacienti většinou dobře usínají, ale spánek není dlouhodobý a dostatečně kvalitní. Pacienti se brzy probouzejí, cítí se unavení, nevyspalí. Časté jsou také těžké, nepříjemné sny. Naopak u manických epizod bývá celková doba spánku krátká, pacienti se cítí ve velmi dobrém stavu, jsou zvýšeně aktivní, ale po nějaké době dochází k celkovému vyčerpání.

U depresivních epizod je běžná porucha až ztráta chuti k jídlu, proto dochází k úbytku hmotnosti, který může být i více značný (deset i více kilogramů). U manických epizod by se dala předpokládat zvýšená chuť k jídlu a přejídání se, ale obvykle to tak není, pacienti i při zvýšené aktivitě nepotřebují výrazně větší přísun potravy. Jen zřídka se tělesná hmotnost zvyšuje.

### **Mánie:**

Pacienti se cítí výborně, jak fyzicky, tak psychicky. Nemají pocit, že by byli nemocní, když jim někdo naznačí, že jejich nálada není přiměřená, mohou reagovat podrážděně. Cítí se šťastní, spokojení, úspěšní, mají pocit, že je svět v pořádku a leží jim u nohou. Pacienti málo spí, k odpočinku jim stačí málo hodin.

Mají sníženou dávku jídla a tekutin. Na druhé straně mají sklon ke zvýšené konzumaci alkoholu, cigaret nebo jiných psychoaktivních látek. Rádi hazardují, přeceňují své síly, riskují. Pouštějí se do nových projektů, velkolepě plánují, zbytečně a nadměrně utrácejí, zadlužují se. Jednají ukvapeně, impulzivně, provádějí nepromyšlené činy. Připadají si atraktivní, neodolatelní, výkonní. Jejich řeč je většinou hlasitá, zrychlená, myšlení překotné, chování postrádá společenský odstup.

Mají zvýšenou potřebu společenských kontaktů, rádi komentují, chlubí se, chvástají. Jejich pozornost je roztěkaná. Mánie je závažný psychický stav, který se většinou bez hospitalizace neobejde.

## **Deprese:**

Depresivní fáze je charakteristická smutnou náladou, pocitem bezmoci a beznaděje, ztrátou životní energie, bezradností, neschopností se rozhodnout, pomalostí myšlení, útlumem motivace a přesvědčením, že nemá nic cenného. Při depresi jsou běžné pocity zmaru, beznaděje, zoufalství. Pacient v depresi ztrácí schopnost pro něco se zaujmout, radovat se z něčeho. Situace a činnosti, které mu dříve činily potěšení, ztrácí svoji atraktivitu, stává se lhostejnými.

Pacienti v depresi nejsou schopni kvalitního odpočinku, nenalézají únik ani ve spánku. Ten je často nekvalitní, přerušovaný, krátký, předčasně ukončený probuzením v časných ranních hodinách. Častá je změna chutí k jídlu, změny hmotnosti, převážně ve smyslu její ztráty, ale v některých případech naopak.

Běžně se u depresivních pacientů vyskytuje sebeobviňování, pocity bezcennosti, nicotnosti. Kromě těchto pocitů bývá ústředním myšlenkovým obsahem úvaha o ukončení života jako jediné možnosti, jak uniknout psychickému trápení.

Sebevražda je největším rizikem této poruchy.

Při střední a těžké depresivní epizodě pacienti nejsou schopni chodit do práce či do školy a plnit svoje povinnosti. Nejsou schopni dokončit započatou věc, popisují, že je vše stojí neúměrně mnoho času a energie. Většina pacientů si stěžuje na zpomalení psychických procesů. Postupně ztrácejí sebedůvěru, mohou se dostavit výčitky a pocity viny. Dvě třetiny pacientů přemýšlejí o sebevraždě, 10-15 % pacientů se o ni pokusí. Doprovodným symptomem je až u 80 % pacientů úzkost.

Dalšími projevy jsou nesoustředěnost, nerozhodnost, váhavost, zpomalenost, porucha spánku a změna chutí k jídlu. Pokud se vyskytnou bludy, mají depresivní obsah (pocity viny, bídy, zavinění katastrofy nebo přesvědčení o tělesné nemoci). Neléčená deprese je spojena s rizikem sebevraždy. V neposlední řadě znamená neléčená deprese dlouhodobou pracovní neschopnost, finanční ztrátu a poničení rodinných a společenských vztahů.

Deprese se somatickými příznaky je charakterizovaná předčasným probouzením, sníženou chutí k jídlu, váhovým úbytkem, snížením až vymizením libida, nedostatkem emoční reaktivity.

*„Jinou relativně častou psychózou je **schizofrenie**, která většinou pomalu a plíživě vede k citovému chudnutí, k poruchám myšlení a řeči, k postupnému rozpadu osobnosti.“* (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 82)

Schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy a je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Dalším významným projevem je porucha emotivity především kvalitativního charakteru: emoční nepřiměřenost, oploštělost, chudost. Onemocnění vzniká v mladém věku, nejčastěji kolem dvaceti let, ale jsou i formy začínající v dětství. Onemocnění poté probíhá řadu let buď kontinuálně, nebo v relapsech. Proto může vznikat dojem, že schizofrenií je více než jiných psychických poruch, postihuje asi jedno procento obyvatelstva. Výskyt u mužů a žen je přibližně stejný.

Termín schizofrenie zavedl do psychiatrie Eugen Bleuler v roce 1911 (řecky: schizo – štěpím, fren – mysle, proto byly překlady rozštěp mysli, ale vhodnější je rozpad osobnosti).

Pro diagnostiku schizofrenie je rovněž důležité posoudit, zda u nemocného převládá pozitivní nebo negativní symptomatika. Pojem pozitivní symptomatika znamená takové příznaky v psychice nemocného, které se u zdravého jedince nevyskytují. Vzniká dojem, jakoby psychická aktivita postiženého byla o tyto projevy rozšířena. Jde o výskyt bludů, halucinací, vzrušenost.

Negativní symptomatikou se rozumí takové příznaky, které proti normě znamenají jisté mínus nebo ochuzení psychiky. Sem patří psychomotorický útlum, zpomalená reaktivita, ztráta přirozenosti a autismus.

Eugen Bleuler odlišoval u schizofrenie primární (základní) a sekundární (akcesorní) příznaky. Primární symptomy považoval za psychologicky nevysvětlitelné. Počítal mezi ně poruchy asociační činnosti, poruchy afektivity, autismus a protichůdné impulsy. Oproti tomu sekundární příznaky lze psychologicky vysvětlit.

Mezi sekundární příznaky řadil halucinace, bludy, poruchu osobnosti, změny v mluveném a psaném projevu, katatonní a somatické příznaky.

Kurt Schneider (1887-1967, profesor psychiatrie) hovoří o příznacích prvního druhého řádu. Příznaky prvního řádu chápe jako mimořádně závažné pro diagnostiku schizofrenie. Za symptomy prvního řádu považoval za ozvučování myšlenek, slyšení hlasů ve formě otázek a odpovědí, slyšení hlasů provázejících vlastní činnost poznámkami, prožitky tělesného ovlivňování, odnímání myšlenek, a jiné působení na myšlení, odcizování myšlenek, bludné vnímání a všechny prožitky, které v oblasti citění, snažení (pudů) a vůle jsou způsobovány a ovlivňovány cizími zásahy. Mezi symptomy druhého řádu Kurt Schneider zařadil ostatní smyslové klamy, bludný nápad, bezradnost, depresivní a euforické rozlady, prožitky citového ochuzení a některé další.

Schizofrenie se projevuje **bludy a halucinacemi**, je to přesvědčení o existenci určitých věcí, které ve skutečnosti nejsou reálné. Schizofrenik projevuje velkou šíři citových vztahů. Od apatie až po silné stavy vzrušenosti.

V současné době se při diagnostice schizofrenie držíme kritérií stanovených MKN-10.

**Obecná kritéria** (z následně vyjmenovaných kritérií první skupiny musí být přítomen alespoň jeden znak, nebo alespoň dva příznaky z druhé skupiny):

1) -> ozvučování myšlenek, imputace nebo amputace myšlenek, vysílání myšlenek  
-> bludy ovlivňování, kontrolování, ovládání, bludné vnímání

-> sluchové halucinace, které komentují chování postiženého, nebo mezi sebou hovoří, či přicházejí z jiných částí těla

-> přetrvávající bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné (náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti)

2) -> přetrvávající halucinace kterýchkoli smyslů, pokud se vyskytují každý den alespoň po dobu jednoho měsíce, které jsou provázeny buď prchavými, nebo pevnými bludy

-> neologismy, zárazy nebo vkládání jiných myšlenek do již probíhajícího myšlenkového proudu, takže výsledkem jsou inkoherece

-> katatonní projevy (vzrušení, nástavy, mutismus, negativismus a další)

-> negativní symptomy

*„U paranoidních osob jsou obvykle přítomny záslachy (nemocný slyší našeptávající hlasy), imperativní halucinace a perzekuční bludy (bludy pronásledování domnělými nepřáteli). Paranoia je psychózou, u které vzniká logicky skloubený systém bludů, zejména perzekučních, popř. vynálezeckých, reformátorských či náboženských. Zůstává však schopnost učit se a získávat nové informace.“* (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 82)

Léčby psychóz a rehabilitace psychotických pacientů bývají velmi obtížné.

*„Psychózy jsou závažným onemocněním, při kterém dochází ke ztrátě kontaktu s realitou. Nemocný žije v cizím světě, jeho vnímání, myšlení i citění je poroucháno.“* (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 83)

### **Poruchy osobnosti**

*„Poruchy osobnosti byly dříve označovány jako **psychopatie**. Ačkoliv se nyní od tohoto pojmu v odborných klasifikacích upouští, je stále ještě silně ukotven v povědomí laické a odborné veřejnosti, a lze se s ním tudíž setkat v médiích i soudních síních. Blízkým pojmem je sociopatie, která označuje specifickou variantu psychopatií vyznačujících se chronickým nerespektováním morálních a právních norem. Podstatné je, že poruchy osobnosti se nevztahují na intelekt; týkají se všech ostatních složek osobnosti s výjimkou intelektu.*

*Poruchy osobnosti přetrvávají prakticky celý život, lze je pozorovat již od dětství, v různých životních etapách se mohou kompenzovat či naopak dekompenzovat. Příčiny vzniku nejsou přesně známy, předpokládá se souhra vrozených dispozic a dotvářejících vlivů prostředí.“* (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 83)

### **Poruchy intelektu (mentální retardace)**

„Poruchy intelektu lze členit na primární, vrozené, které jsou označovány jako **mentální retardace** (dříve oligofrenie), a na sekundární, získané, které nazýváme **demence**. Demenci je možné diagnostikovat až po druhém roce věku, kdy u zdravého dítěte dochází k rozvoji řeči. Přechodným stupeň mezi normálním intelektem a mentální retardací představuje slaboduchost či mentální subnorma (pásmo mezi 79 až 70 body IQ).

Stupeň mentální retardace udává hloubku postižení intelektu. Rozlišujeme následující základní stupně:

- *Lehká mentální retardace (starším označením debilita) s IQ v rozmezí 69 až 50 bodů, při které jsou postižení vychovatelní a v určitém rozsahu i vzdělavatelni.*

- *Středně těžká mentální retardace (imbecilita) s IQ v rozmezí 49 až 35 bodů, při které jsou jedinci vychovatelní a j jednoduchých dovednostech i vzdělavatelni, zpravidla však vyžadují celoživotní dohled.*

- *O těžké mentální retardaci pak hovoříme u pásma 34-20 bodů IQ. Jedinci této kategorie mají výrazně snížené schopnosti, většina z nich trpí také značným stupněm poruchy motoriky.*

- *Hluboká mentální retardace (idiocie) s IQ pod 20 bodů, při které je postižený nevzdělavatelny a nevychovatelný, často také imobilní.“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 85)*

Příčiny mentální retardace mohou být různorodé. Je ovlivněna genetikou. Dalšími příčinami jsou poškození plodu během těhotenství (např. kouřením, alkoholem), při porodu nebo v době krátce po narození.

„Demence je v průběhu života získané postižení inteligence a paměti. Při demenci dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových operací a s postupem času degraduje celá osobnost. U většiny nemocných se ztrácí obvyklá šíře motivačních pochodů, objevuje se ztráta zájmů o cokoli, osoba se stává apatickou.“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 86)

**Psychické poruchy vyvolané požíváním alkoholu a jiných návykových látek**



*„Alkohol je nejrozšířenější psychotropní drogou. Kromě škod na tělesném zdraví způsobuje bohatý rejstřík poruch – od lehčích narušení kognitivního systému až po těžké alkoholické psychózy, demence a halucinózy, signalizující celkové a vesměs neodstranitelné poškození osobnosti. Závislost vzniká během 3-15 let, rychleji se vytváří u mladých lidí. Hlavní metodou léčby je psychoterapie, doplňovaná medikamentózním vyvoláváním averze k alkoholu. Drogová závislost (nealkoholová toxikomanie) se na rozdíl od alkoholické vyvíjí a upevňuje mnohem rychleji někdy už po jediném nebo několika málo požitích.“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 86)*

### **Jiné návykové a impulzivní poruchy**

*„Patologické hráčství (ludomanie) představuje jednu z nejmladších forem závislosti. Odhaduje se, že ve vyspělých státech postihuje zhruba 1% populace. Projevuje se prakticky stejnými příznaky jako závislosti na určité substancii (droze). Například byl zaregistrován stejný průběh abstinčního syndromu (podrážděnost, nespavost, třes, pocení).“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 87)*

*„Impulzivní poruchy jsou používány jako nutkavé chování. Jedinec je popoháněn silným vnitřním popudem, prožívá napětí, zklidní se až po provedení činnosti, která mu vězí jako neodbytný příkaz ve vědomí.“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 87)*

Mezi nejznámější impulzivní poruchy patří:

*„- **Pyromanie**. Projevuje se opakovaným úmyslným zakládáním požárů, které nemá žádný specifický motiv.*

*- **Kleptomanie**. Jde o nutkání ke krádežím předmětů, které nemají pro jedince žádnou cenu. Krádeže nejsou motivovány instrumentálně, nepřinášejí osobě žádný zisk či materiální prospěch.“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 87-88)*

**Poruchy příjmu potravy** jsou závažné, špatně léčitelné poruchy, které vznikají nejčastěji v dospívání a jejich výskyt se celosvětově dramaticky zvyšuje. Jedná se o poruchy vztahující s k jídlu a o percepční poruchy.

Poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP) jsou psychické onemocnění, kam řadíme mentální anorexii (úmyslné snižování váhy, které může vést až k úplnému odmítání potravy), bulimii (přejídání a následné vyzvrácení potravy) a záchvatovité přejídání (vlčí hlad). Často se může stát, že se tyto nemoci střídají, například přejedení => zvracení => hladovka => přejedení.

### **1) Mentální anorexie:**

Příčiny mentální anorexie nejsou zcela jasné. Předpokládá se význam genetické predispozice.

*„Onemocnění se objevuje náhle u adolescentních dívek (nyní často i u preadolescentních) a u mladých žen, vzácně u chlapů. Mentální anorexie se projevuje ztrátou tělesné hmotnosti (více než 25%) bez přítomnosti somatické poruchy. Pacienti mají změněný postoj k jídlu a potřebám výživy, mají radost z váhového úbytku. Přejí si být štíhlí, jsou bez náhledu na nepřiměřenost své nízké hmotnosti“* .(Malá Eva, Pavlovský Pavel, Psychiatrie – Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese, str. 76).

Často se vyvolávají zvracení, berou projímadla a různým způsobem manipulují s jídlem. Typická je hyperaktivita někdy doprovázená extrémním cvičením, s naprostým popřením nemoci.

Ve svém důsledku může extrémní vyhladovění vést až k smrti postižené a smrt jako důsledek anorexie není nijak výjimečná.

### **2) Mentální bulimie:**

Příčinami jsou biologické, sociální a psychologické faktory.

Porucha je diagnostikována stále častěji. Jde o neodolatelnou touhu po jídle se záchvaty přejídání. Epizody končí vyvolávaným zvracením. Zjišťování zneužívání diuretik, laxativ a různých anorektik. Následuje období jednoho až tří dnů s určitým hladověním, které je přerušeno dalším přejídáním. Občas je bulimie konečným stádiem mentální anorexie.

*„Bulimie i anorexie mají mnoho společného. Jejich rozdíly pomohou správně určit nejen diagnózu, ale hlavně prognózu onemocnění.“* (Malá Eva, Pavlovský Pavel, Psychiatrie – Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese, str. 77).

### **Léčba:**

Léčba je obvykle nutná v ústavním zařízení - na psychiatrii. U mentální anorexie léčba vyžaduje spolupráci lékařů z několika oborů. Intenzivní psychiatrická léčba je spojená s dlouhodobou hospitalizací, důslednou kontrolou přijímání potravy a rodinnou podporou může být jedinou možností, jak zvládnout tuto nemoc. Cílem je nutriční rehabilitace, tedy navození normálního jídelního režimu. U mentální bulimie je důležité, aby se pacient léčil dobrovolně a spolupracoval. Důležitou součástí je psychoterapie – kognitivně behaviorální psychoterapie, farmakoterapie – antidepresiva, antiepileptika, léky poskytující zvracení.

*„V poslední době jsou zřizovány specializovaná oddělení a centra poruch příjmu potravy, kde sestry se speciálním výcvikem, často i v psychoterapii, mají nezastupitelnou roli v diferencované komplexní léčbě.“* (Malá Eva, Pavlovský Pavel, Psychiatrie – Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese, str. 77).

### **3) Záchvatovité přejídání:**

Je to psychická porucha patřící mezi poruchy příjmu potravy. Jedná se o chronické onemocnění, může trvat i řadu let a je provázené spořádáním velkého množství jídla za krátký čas, které končí až když je pacientovi velmi špatně a nemůže pokračovat (tato situace se pravidelně opakuje). Není tak známé jako mentální anorexie a bulimie, ale je přitom nejčastější ze všech příjmů potravy. Většinou si lidé myslí, že se jedná jen o nedostatek vůle, skutečnost je taková, že se jedná o závažný problém a je nutné vyhledat odbornou pomoc. Nemoc vede k obezitě, ovšem není to nutnou podmínkou.

Problém je mnohem hlubší, často se jedná o kumulaci neléčené stresové, úzkostné a afektivní poruchy. Postižený ve snaze uvolnit vnitřní napětí podvědomě utíká k jídlu, které obsahuje vyšší podíl sacharidů. Sacharidy mají mimo jiné i relaxační efekt, proto

mu jejich konzumace poskytne dočasnou úlevu. Tento problém je třeba řešit včas a za pomoci odborníka.

### **Léčba:**

První krokem je k úspěchu je si uvědomit problém. Dále je vhodné se někomu svěřit. U samotné léčby je hlavním klíčem zjistit, proč tato nemoc vznikla a snažit se odstranit její příčinu. Pacient by měl docházet na sezení k psychoterapeutovi. Také hraje důležitou roli nutriční terapeut, který pacientům vysvětlí, co jsou bílkoviny, sacharidy a tuky, a kolik je třeba jich za den přijmout. Jako prevenci návratu je vhodné dodržovat zdravý životní styl, neomezovat se v jídle, dopřát si v malých porcích to, na co máme chuť, pravidelně sportovat a dostatečně spát.

### **Sebevražedná jednání**

*„Sebevražda (suicidium) bývá rovněž přiřazována k jevům, které poznává a objasňuje psychopatologie. Statistiky ukazují, že celosvětově je vyšší sebevraždnost u mužů než u žen. Častější je sebevražda u osamocně žijících jedinců (rozvedení, ovdověli). Se vzrůstajícím věkem sebevraždnost stoupá.“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 88)*

Mezi nejčastější důvody sebevražedných jednání patří pocit izolace a osamění, ztráta smyslu života, deprese, nedostatek radostných zážitků a uspokojivých mezilidských vztahů, pocit, že je člověk ostatním na obtíž.

*„Z hlediska motivace se rozlišuje **sebevražda bilanční** (je výsledkem dlouhé rozumové úvahy, v níž člověk dospěje k pevnému rozhodnutí, přeje si skutečně zemřít a svůj záměr obvykle dokoná), **impulzivní** (je plodem náhlého, silně afektivně podmíněného rozhodnutí a často lze sebevražedný pokus interpretovat jako „volání o pomoc“ či prostředek k dosažení cíle, motivem jsou obvykle problémy v mezilidských vztazích). Zejména u dětí a mladistvých se objevuje i sebevražda „**experimentální**“ (v motivačním pozadí chybí srozumitelné důvody, jako např. vážné problémy v rodině či špatný školní prospěch, sebevražedný čin působí dojmem experimentování s vlastním životem).“ (Čírtková, Ludmila, Policejní psychologie, str. 89)*

### **3 DOPAD PSYCHICKÝCH PORUCH NA OSOBNOST ŽÁKŮ ZE ZÁKLADNÍ ŠKOLY PŘI PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI BOHNICE A VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA, VÝCHOVNÉHO PORADCE A DĚTSKÉHO PSYCHIATRA**

Sonda pro bakalářskou práci se uskutečnila v zařízení Základní škola při Psychiatrické nemocnici Bohnice.

Škola je převážně určena nemocným nebo zdravotně oslabeným žákům, u kterých je nezbytná odborná psychiatrická péče lékařů a speciální přístup pedagogů. Jedná se především o žáky, kteří pro své psychické potíže mají problémy ve škole i v rodině. Naše škola sídlí ve 2. patře pavilonu 28 Psychiatrické nemocnice Bohnice. V tomto pavilonu se nachází oddělení dětské psychiatrie, kde jsou umístovány děti z Prahy i jiných krajů ČR, u kterých je nutná hospitalizace.

Přijetí je plně v kompetenci lékařů. Provádí se na doporučení obvodního psychiatra, pediatra, sociálního pracovníka či jiného odborníka. Zařazení dítěte do výuky je konzultováno s ředitelkou školy.

Škola byla založena v roce 1950 jako škola pro žáky nemocné epilepsií a pro mládež vyžadující zvláštní péči. Byla první tohoto druhu v Československu. Od začátku fungovala úzká spolupráce mezi vyučujícími, lékaři a zdravotnickým personálem PNB. Díky tomu se výrazně zlepšoval zdravotní stav hospitalizovaných žáků. Tato spolupráce probíhá i v současné době.

Ve školním roce 1992/93 byly otevřeny další třídy, ale mimo areál PNB. Tak vzniklo dislokované pracoviště v Poznaňské ulici, kam docházejí žáci, kterým ambulantní léčba umožňuje zůstat v rodině.

Od 1.7.2000 je škola právním subjektem. Oficiální název zní Základní škola při Psychiatrické nemocnici Bohnice.

V této škole jsou vyučováni žáci s organickými poruchami osobnosti, s poruchami chování a učení s ADHD, s nápadně nerovnoměrným vývojem jednotlivých mentálních funkcí, s nápadnostmi a poruchami v dynamice duševních pochodů, tj. hyperaktivita, hypoaktivita, nesoustředěnost, impulzivnost, s Turetovým syndromem (děti, co znenadání vykřiknou a neuvědomují si to), s Aspergerovým syndromem, s psychickými problémy, tj. schizofrenie.

Dále jsou zde žáci, kteří jsou léčeni pro suicidální (sebevražedné) pokusy, deprese a žáci se sociálně patologickými jevy jako alkoholismus, drogová závislost, záškoláctví, šikana, příp. trestná činnost.

S přihlédnutím k výše zmíněným problémům žáků je na škole redukován učební plán i osnovy. Ke každému pacientovi je přístup individuální a přizpůsobení se jeho momentálnímu zdravotnímu stavu. Znamky jsou spíše motivační.

Žáci jsou vyučováni ve čtyřech moderně a účelně vybavených třídách. Dále se ve škole nachází učebna informatiky a jedna třída pro individuální výuku problémových žáků. Kromě prostor samotné školy jsou využívány k výuce také multifunkční hřiště u pavilonu, řemeslné dílny centrálních terapií, hipoterapeutickou farmu a Divadlo Za plotem.

Škola začíná v půl deváté ráno, přestávky mezi vyučováním si učitelé dělají sami. Ale v úterý a ve čtvrtek mají od čtvrt na jedenáct, protože mají ráno velkou vizitu. Vyučování probíhá ve všech předmětech kromě hudební a pracovní výchovy.

Výuka trvá do třičtvrtě na dvě odpoledne. Děti mají čtyři hodiny denně (někdy pět). Učitelé s dětmi pracují podle svého vzdělávacího plánu, ale pokud děti přijdou ze své školy se svou učebnicí, tak se jim samozřejmě přizpůsobí. Počet dětí ve třídě je maximálně 4-6, ale mohou být i výjimky.

Pokud děti mají dobrý režim, tak mohou jít na centrální terapie, to jsou dílny se zaměřením.

Každé druhé pondělí mají učitelé sezení s lékaři. V pátek mají tzv. Velkou komunitu. Na té se řeší chování a prospěch žáků za školu během celého týdne. Začíná to

v půl deváté ráno a trvá to kolem hodiny. Velké komunity se účastní všechny děti, jeden vyučující za školu, psychologové, primář, vedoucí lékař, stážisti lékaři, terapeut.

Když jsem tam přišla poprvé, tak jsem tam měla chlapce s lehkou mentální retardací a ADHD.

Chlapec narozen z dvojčat, porod 38. týden, pod 3 kg, měl „spláclou hlavičku“. Matka zdravá, pečuje o syna. Otec je truhlář, řidič a skladník, je po operaci hlavy pro nádor. Dvojče – sestra je zdravá, chodí do běžné základní školy. Cvičili Vojtovu metodu, mluvit začal až po 5. roku života, aktuálně je schopen se domluvit, dochází na logopedii. Má narušenou jemnou i hrubou motoriku. Od raného dětství má opožděný vývoj. V 1 a půl roce měl operaci tříselné kýly a v 6ti letech měl zlomenou ruku. Má alergii na pyly.

Je fixovaný na domácí prostředí, má vzdorovitý přístup směrem k hospitalizaci. Edukace je omezená, opakovaně agresivita k personálu postupně opadala. Chlapec bydlí s matkou a se sestrou – dvojčetem. Společně s oběma rodiči žil do 10ti let věku, kdy se rodiče rozvedli pro „selhání manželství“. Poté svěřen do péče matky a otec si ho bere každý víkend na přespání.

Chodil do mateřské školy logopedické od 4 let, adaptace byla dobrá. Poté nastoupil na základní školu speciální s odkladem, po 4. třídě byla změna základní školy, protože odmítal docházet s afekty pro velkou zátěž. V nové škole byl dvakrát a dále odmítal.

Má diagnostikovanou lehkou až středně těžkou mentální retardaci a ADHD. Celkově stav odpovídá spíše nižšímu pásmu lehké mentální retardace. Medikace je bez výraznějšího efektu.

Snaží se spolupracovat, odpovídá na všechny dotazy.

Doma se bohužel stalo, že matku chytil pod krkem a za hodinu jí říkal, že ji miluje. S aktuálními léky je to lepší, ale stále denně má několikrát záchvaty, kdy hází věcmi, do všeho bije a křičí. Matka nemá představu, co by mělo být dál. Vyžaduje režim, který mu matka nedokáže dát. Neví, jestli za tím není ještě autismus, který údajně lékaři zmiňují,

ale diagnostikovaný není. Má svůj svět, kdy má rád fontánky, světýlka, ohýnky. V tenzi je schopen říci, ať ho matka zabije nebo dá někam do ústavu.

Chlapec byl zařazen do vyučování na Základní školu při Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde strávil 28 dní. Pracoval formou speciálně pedagogické individuální péče v rozsahu 19ti hodin týdně.

Prvotní vstup do školy byl bez negativismu, jen převažovala lítost, stesk po rodině. Výrazné zlepšení asi po týdnu pobytu. O škole říká, že chodí rád, individuální péči přijímá dobře, čeká na pomoc učitele, sám zatím není schopen se zapojit. V hodinách je snaživý, při upevňování učiva je nutné vždy uvést chlapce do obrazu, zvládá tedy pouze s dopomocí, je netrpělivý.

Grafický projev na nízké úrovni, nemá ještě zcela zafixovanou grafickou podobu hlásek, nekorektní úchop tužky, dyslalie. Špatná orientace pravá-levá, na ploše, v prostoru i čase přetrvává. Špatná zraková i sluchová diferenciací řádek, sloupek, slabiky, slova, věty. Přečte text, připraví se na čtení, čte s porozuměním. Pozornost má oslabenou, snadno rozptýlitelnou vnějšími podněty. V hodinách nevyrušuje, nebyl zaznamenán žádný náznak nechuti ve třídě setrvat. Je nutné neustále vymýšlet nové aktivity, u kterých však dlouho nevydrží.

Rád vypráví o tématech svého zájmu, stavebnice Lego, Vánoce, příroda. Probírá to pořád dokola.

Vzhledem k tomu, že neumí navazovat kontakty se spolužáky, není u žáků oblíben. Doma je rád, vypráví, že opravuje rozbité věci, baví ho i prohlížet si elektroniku na PC.

Během pobytu rodina školu nekontaktovala.

Po pobytu na Základní škole při Psychiatrické nemocnici Bohnice byl umístěn do diagnostického ústavu.

Během praxe na této škole v rámci vyučování jsem měla možnost poznat chlapce s autismem. Byla jsem tam jako asistentka pedagoga při vyučování. Pozorovala jsem jeho chování v rámci vyučování.



Chlapec je kolem 10ti let. Má diagnostikovaný autismus. Bydlí s rodiči a mladším bratrem, který má úplně stejnou diagnózu jako chlapec ve škole. Což nebývá tolik časté, že by byla naprosto stejná diagnóza u obou synů. Podle všeho s rodiči jezdí na výlety, měl u sebe sešit, kde má obrázky a fotky, kde všude byli. Je to jakýsi jeho deníček. Jeho matka je zdravotní sestra, ale podle všech informací mu předepsané léky ani nedávala. Má problém s komunikací, špatně vyslovuje a používá málo slov. Když něco říkal, tak mu nebylo rozumět. Většinou to nemělo smysl a mluvil hodně jednoslovně. Byl fascinovaný otevíráním a zavíráním dveří a oken. Když jsme otevírali okno, tak to sledoval vši pozorností. Dveře otevíral a zavíral sám. Paní učitelka, se kterou jsem tam byla, tak chtěla dveře nechat otevřené kvůli vzduchu, chlapec je ale musel mít zavřené. Takže je pořád zavíral.

Když jsem tam byla u něj ve třídě poprvé, tak jsem si sedla vedle něj doleva a od té doby už jsem tam musela sedět po celou dobu praxe. To stejné měla i paní učitelka. První hodinu si sedla před něj v podřepu a od té doby tam musela tak být. Lidé s autismem totiž potřebují mít vše podle sebe a pořád stejné, je to takový řád. Pokud jsme se přesunuli k jiné lavici, tak i přesto moje židle musela být po levé straně.

Ve škole jsme dělali různé aktivity, muselo se to střídát, aby vydržela jeho pozornost. Dělali jsme například skládání obrázku, skládání puzzle, učení se orientace pravá-levá a nahoře-uprostřed-dole, učení se barev, kreslili jsme. Poslouchali jsme pohádku nebo písničky. Pohádku proto, aby chvíli vydržel v klidu a poslouchal, a při písničkách si vybil svoji energii.

Při psaní číslic zvládl jen číslici jedna a poté nulu, dvojku jsme zkoušeli, ale byla už na něj moc těžká. Při psaní nebyl schopný položit ruku na stůl, měl ji ve vzduchu a nešlo ho naučit to, že je lepší když bude mít ruku položenou.

Chlapec málo kdy udržel pozornost, každý den se choval jinak. Jeden den byl klidný a dělal všechny aktivity a učení bez toho, aby ho něco rozptylovalo. Jiný den nemohl udržet pozornost a pořád ho něco rozptylovalo. Například u poslouchání pohádky některý den nevydržel sedět na židli, ale pobíhal po třídě, ale některý den byl zase v klidu a poslouchal pohádku a poté nakreslil obrázek, který představoval nějakou postavu z té pohádky.

Během pobytu na Základní škole při psychiatrické nemocnici Bohnice mu měnili medikaci. Museli mu ji schovat do pudinku třeba, protože prášky nepolykal. V den, kdy prášek zrovna nepolknul, tak měl většinou klidný den. Ale pokud si prášek vzal, tak vůbec nebyl v klidu. Měnila se medikace, takže než zabrala, tak to chvíli trvalo. Některé dny dokonce měl záchvat, vypadalo to asi tak, že začal křičet a shazoval židle a stoly. V tu chvíli ho paní učitelka odvedla pryč z vyučování.

**Autismus** je vývojová porucha, která se projevuje abnormální sociální interakcí, stálými se opakujícími vzorci chování a narušenými komunikačními schopnostmi. Objevuje se před třetím rokem života. Patří mezi **poruchy autistického spektra**. Příčiny autismu jsou neznámé, většinou se má za to, že za poruchami autistického spektra patrně stojí kombinace genetických předpokladů a dalších faktorů. Včasná diagnóza je branou k účinné pomoci. Každé dítě s autismem je jiné, žádné nemá všechny projevy.

**Mentální retardace je vrozená či raně získaná** (do 2 let věku) porucha intelektu byla dříve označována jako oligofrenie – slabomyslnost. Je to porucha nervového systému. Záleží na nedostatečném nasycování základních fyziologických potřeb -> deprivace, i emoční, kulturní. Je závislá na typologických zvláštnostech. Projevuje se zvýšenou závislostí na těch nejbližších (rodina, vychovatelé), infantilností osobnosti (dětskost, myšlení), zvýšenou úzkostní reakcí, v pasivitě chování, konformností se skupinou, sugestibilitou (=ovlivnitelnost), opožděným psychosexuálním vývojem, nerovností aspirací a výkonu, poruchou interpersonálních vztahů (-důležité pro život člověka), snížením přizpůsobivosti na školské požadavky, impulsivností (=unáhlenost, jednání v afektu), hyperaktivitou nebo zpomaleností, citovou vzrušivostí, zpomalenou chápavostí, primitivností a konkrétností úsudků, ulpívání na detailech (-př.: barva), sníženou schopností srovnávat vztahy (-př.: malý x velký), sníženou logickou a mechanickou pamětí (-někdy nadprůměrná logická a mechanická paměť, těkavostí pozornosti, nízkou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování (- rozumí, ale neumí se vyjádřit), poruchami dizomotoriky a koordinací pohybových aktivit.

Neprojevují se tyto příčiny všechny naráz.

Výchova má smysl i u těchto dětí -> někteří rodiče jsou pesimističtí a je jim to jedno (-některé příčiny se mohou výchovou tlumit).

Mentální retardace má 4 stupně:

-lehká mentální retardace – IQ 69-50

-středně těžká mentální retardace – IQ 49-35

-těžká mentální retardace – IQ 34-20

-hluboká mentální retardace - IQ pod 20

**ADHD** je psychiatrická diagnóza, která se vztahuje na děti (a dospělé) s vážnými sociálními a kognitivními obtížemi. Rozlišují se tři hlavní symptomy: a) porucha pozornosti, b) impulzivita, c) hyperaktivita.

- a) **Porucha pozornosti** se vyznačuje tím, že dítě není schopno se soustředit, dokončit úkol, koncentrovat svou pozornost. Čím je situace uvolněnější, tím výraznější jsou obtíže dítěte. I v situaci, kterou ostatní děti bez problémů zvládají, je dítě s ADHD značně neklidné. Ať už pracuje nebo si hraje, zajímá ho více to, co se děje kolem, než to, co samo dělá. Každou chvíli ho vyruší něco jiného. Nevydrží dlouho u jedné činnosti ani tehdy, když je samo. I když dělá činnost, která ho baví, přesto mu soustředění dlouho nevydrží. Žádný zájem není trvalý. Na televizi se vydrží dívat jen chvíli, o něco déle jej zaujme vyprávění. Dokonce i fotbal je pro něj jen krátkodobou zábavou. Přechází od jedné činnosti ke druhé, ale není schopné nic dokončit. Nelze se spolehnout, že jakoukoli činnost dokončí. I když si hraje, nikdy nevydrží u hry do konce. Když mu řeknete, aby se umylo, zjistíte, že skončilo v polovině. Přestože mu vysvětlíte, jak má co dělat, nebude schopný se řídit pokyny. Vyřizovat vzkazy a pochůzky je pro něj těžké. Zapamatovat si telefonní číslo může pro něj znamenat problém. Neslyší všechno, co mu říkáte. Je myšlenkami každou chvíli jinde. Možná, že část toho, co mu říkáte, slyší, ale většinu toho neregistruje. Nikdy není schopný najít své věci, někde je odloží a neví, kde jsou. Nechává ležet oblečení, kdekoliv ho napadne. Nepečuje o své věci. Ve všem, co dělá, má zmatek.

- b) U **impulzivity** dítě není schopno kontrolovat a tlumit své projevy. Obecně si neuvědomuje důsledky toho, co říká. Nepřemýšlí o tom, platí pro ně: „Co na srdci, to na jazyku.“ Rází si bezohledně cestu, kudy se mu zachce. Pokud něco chce, tak hned a bez čekání. Nikdy nedokončí větu, aniž by vám neskočilo o řeči. Při práci se vám plete pod nohy. Když s někým mluvíte, strká do vás a tahá vás pryč. Je nebezpečné samo sobě i ostatním. Nemyslí na zranění, které by mohlo utrpět, nebojí se bolesti, kterou může způsobit sobě či druhým. Jeho hry jsou nevypočitatelné, prudké a nestálé.
- c) Dítě při **hyperaktivitě** těžko něco uspokojí. S tím, co mu dáte, nikdy dlouho nevydrží. Cítíte jeho neklid a nemůžete se v jeho přítomnosti uvolnit. Některé děti se dokáží zabavit samy, naopak jiné vyžadují neustále vaši pozornost. Trápí vás svou nepokojností. Bere bezdůvodně různé věci do ruky a zase je vrací zpět. Mluví s vámi a bubnuje přitom prsty na stůl nebo kope do zdi. Nikdy není spokojené a klidné. Doma neustále chodí sem a tam, při jídle nevydrží dlouho u stolu, nevydrží se dlouho dívat ani na televizi. Pokud s ním jdete na nákup, ztrácí se, jde na opačnou stranu než vy. Ve škole se bezdůvodně zvedá z lavice a chodí po třídě. Neuvědomuje si, že dělá, co nemá. V porovnání s jeho vrstevníky ho lze nazvat „tornádem“. Je vždy v pohybu, nikdy chvíli nesetrvá. Nepřetržitě povídá a plete páte přes deváté. Neustále komentuje vše, co mu přijde na mysl.

Předškolní děti s ADHD jsou neklidné od raného věku. Jako batolata jsou k nezastavení a stále se někam ženou. Když začínají mluvit, žvatlají jedno přes druhé. Všechno zkoušejí a nedají si pokoj. Jsou to vyčerpávající děti, dítě dlouho nespí a některé děti jsou pomalé a letargické.

Mnoho rodičů si nedělá vážné starosti až do chvíle, kdy dítě začne chodit do mateřské školy. Kontakt s ostatními dětmi totiž dále posílí typické projevy a problémové chování. Hyperaktivita, která provází děti s ADHD od narození, se nyní střetává s jejich vrstevníky. Neklidné děti jsou neoblíbené a odmítané, protože se stále něčeho dožadují. Ostatní děti nedokáží tolerovat jejich neustálou aktivitu, neschopnost se soustředit a zaujatost jen svými problémy. Děti pomalé a letargické jsou pravým opakem. Vrstevníci je spíše přehlížejí než odmítají. Tyto děti se ničeho

nedožadují a málokdo jim věnuje pozornost. Zdají se úzkostné, a proto nezískávají přátelství.

U **poruchy aktivity a pozornosti** jsou oba typy děti hyperaktivní, tak hypoaktivní, mají něco společného, tj. neschopnost se soustředit a setrvat u dané činnosti. Ve škole se jejich obtíže nejen plně projeví, ale i dále prohlubují. V důsledku poruchy pozornosti se nemohou normálně zapojit do výuky a navázat vztah s ostatními – tím se jejich chování dále zhoršuje. Spolužáci dávají hyperaktivnímu dítěti, neschopnému vydržet chvilku na místě, svůj nesouhlas otevřeně najevo. Jeho neklid se tak ještě víc zhoršuje, bloumá po třídě a rozčílí se, když ho někdo napomene. Cítí, že je odmítáno a snaží se za každou cenu upoutat pozornost. Nechce dělat úkoly a svou práci často ničí. Hází kolem sebe pravítka a tužky, vykřikuje, vyrušuje ostatní. Nadává jim, bere věci a mlátí vším kolem sebe. Je schopné i ohrožovat spolužáky a fyzicky napadat učitele – v takovém případě vážně hrozí dítěti vyloučení ze školy. Všechny tyto vedlejší příznaky jsou typické pro dítě s ADHD – hyperaktivitou s poruchou pozornosti. Naopak dítě hypoaktivní, které trpí tím, že úkoly nezvládá a ostatní se mu posmívají, se stáhne do vlastního světa. Jeho sebedůvěra klesá, prohlubuje se úzkost a zmatek. Dítě se uzavírá do sebe, pronásledují ho pocity viny a vlastního neúspěchu. Může se dokonce stát, že si ublíží nebo se pokusí ukončit své trápení sebevraždou. Tyto děti trpí tzv. hypokinetickým syndromem spojeným s poruchou pozornosti.

Situace na pracovišti byla úplně skvělá. Paní učitelka, se kterou jsem byla ve třídě, tak byla milá, pomáhala mi a říkala mi o chlapci, o jeho diagnóze, rodině apod. Ostatní vyučující byly vstřícné, nabízely mi čaj, kávu, vodu.

Některé děti a dospívající se svoji poruchou byli bohužel agresivní a jsou schopni tam cokoliv rozbít.

Jako vedoucí praxe jsem měla paní ředitelku této školy Mgr. Kamilu Svobodovou. Je velmi milá, ochotná, vstřícná. Dostala jsem od ní i některé materiály.

## 4 ZÁVĚR

Zabývali jsme se duševními poruchami dětí v mladším školním věku na Základní škole při Psychiatrické nemocnici Bohnice z pohledu speciálního pedagoga. Z důvodu psychicky problémových žáků je v tomto zařízení nutná odborná spolupráce speciálního pedagoga, dětského lékaře, dětského psychiatra, psychologa a výchovného poradce. Dále máme popis obecně psychickou poruchu a její příčiny. Poté máme popis každé duševní nemoci zvlášť.

V roli asistenta pedagoga mě obohatila komunikace s žákem autistického spektra. Žák měl problém s komunikací, mluvil spíše jednoslovně a bylo mu špatně rozumět. Byl fascinovaný otevíráním a zavíráním dveří a okna, stále dveře sám zavíral. První den jsem si sedla vedle něj doleva a od té doby už jsem musela sedět stále vlevo, i když seděl u jiné lavice.

Střídali jsme různé aktivity, jako skládání obrázku, skládání puzzle, kreslení, učení se barev, učení se orientace pravá-levá a nahoře-uprostřed-dole, poslech písničky nebo pohádky. Při psaní číslic zvládl jen číslici jedna a nula, dvojka na něj už byla moc těžká. Neuměl si položit ruku, při psaní ji měl ve vzduchu.

Nedokázal udržet pozornost, každý den se choval jinak. Někdy byl klidný a vydržel u všech aktivit a učení bez rozptýlení, jindy neudržel pozornost a stále ho něco rozptylovalo. Několikrát mu měnili medikaci, u které trvá než začne působit. A proto pokud si vzal prášek, tak byl neklidný. Zažila jsem i jeho záchvat, kdy začal křičet a shazoval stoly a židle. V tu chvíli vyučování bylo ukončeno.

Velice mě to obohatilo a budu umět komunikovat s dospělými autisty.

Odborná příprava na mnohá povolání předpokládá komplexní poznatky o člověku, a to nejen o stránce tělesné, ale i duševní. Jsou to především povolání, při kterých denně přicházíme do styku s různými lidmi, v různých situacích.



## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

DUŠEK, Karel. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Psyché, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9

KVINTOVÁ, Jana. PUGNEROVÁ, Michaela. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Psyché, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9

PUGNEROVÁ, Michaela a kolektiv. *Psychologie pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0532-8

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*, Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85800-33-0

Závěrečná práce, *Psychické poruchy*, Fakultní Základní škola Olomouc, Hálkova 4

MALONEY, Michael, *O depresi a úzkosti*, Praha: Lidové noviny, ISBN 8071061700

Univerzita Jana Amose Komenského, *Přednášky psychologie*, Mladší školní věk

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-266-7

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-2473-125-4

TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti*, Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2

VACÍNOVÁ, Marie. LANGOVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z psychologie*, Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-011-0

LANGMEIER, Josef. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*, Praha: Avicenum, 1983. ISBN 08-081-83

MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie - Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0



**ČÍRTKOVÁ, Ludmila. Policejní psychologie, Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-475-3**

## **DALŠÍ ZDROJE**

<https://psychologieprokazdeho.cz/priciny-psychicky-poruch/>

## SEZNAM ZKRATEK

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

Tzv – tak zvaně

Např – například

Str - strana

# SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

## Seznam obrázků



OBR. 1 – ZÁKLADNÍ ŠKOLA PŘI PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI BOHNICE



OBR. 2 – PAVILON 28 – DĚTSKÉ ODĚLENÍ



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Eliška Hlaváčková**

**Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství**

**Forma studia: Prezenční**

**Název práce: Duševní poruchy dětí v mladším školním věku na Základní škole při  
Psychiatrické nemocnici Bohnice z pohledu speciálního pedagoga**

**Rok: 2023**

**Počet stran textu bez příloh: 55**

**Celkový počet stran příloh: 4**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 14**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 1**

**Vedoucí práce: PhDr. Tereza Vacínová, CSc.**