

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Denisa Gattingerová

Duševní onemocnění u dětí předškolního věku zaměřené na psychózu, poruchy chování a deprese

OLOMOUC 2022

vedoucí práce: Mgr. Tereza Buchtová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala sama pod odborným vedením Mgr. Terezy Buchtové, Ph.D. a použila jen prameny uvedené v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne 30. 8. 2022

Podpis.....

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi pro psaní práce poskytli svůj drahocenný čas. Zejména vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Tereze Buchtové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky.

Obsah

Úvod	6
1 Charakteristika duševních poruch	8
2 Charakteristika dítěte předškolního věku	9
3 Nejčastější druhy duševních onemocnění u dětí.....	11
3.1 Psychóza	11
3.1.1 Skupiny psychóz.....	12
3.1.2 Diagnostika psychózy.....	12
3.1.3 Příčiny psychózy	13
3.1.4 Příznaky a projevy psychózy	13
3.1.5 Léčba psychóz	15
3.2 Deprese	16
3.2.1 Typy depresí	16
3.2.2 Diagnostika deprese.....	17
3.2.3 Příčiny deprese	17
3.2.4 Příznaky a projevy deprese.....	18
3.2.5 Léčba deprese	18
3.3 Poruchy chování	20
3.3.1 Druhy poruch chování	20
3.3.2 Příčiny poruch chování.....	21
3.3.3 Diagnostika poruch chování	22
3.3.4 Příznaky a projevy poruch chování	22
3.3.5 Léčba poruch chování.....	23
3.4 Zhodnocení stavu zkoumané problematiky.....	24
4 Základní informace o výzkumu.....	27

4.1 Téma výzkumu	27
4.2 Cíl výzkumu	27
4.3 Výzkumné otázky	28
4.4 Výzkumné předpoklady.....	28
4.5 Výsledky výzkumného šetření	29
4.6 Zhodnocení předpokladů	44
4.7 Závěry výzkumného šetření	45
4.8 Diskuze	46
Závěr.....	48
Zdroje	49
Seznam zkratk.....	52
Seznam grafů.....	53
Seznam příloh.....	54

Úvod

Učitel v mateřské škole se v dnešní době stále častěji setkává s různými duševními poruchami. Uvnitř vzdělávacího procesu se nejvíce vyskytují poruchy chování. Nesoustředěnost či problém s autoritou nebo autismus, jsou častým tématem na denním pořádku většiny pedagogů. Námět pro tuto bakalářskou práci byl zvolen pro velký zájem autorky práce z toho důvodu, že je s tímto tématem velmi úzce spjata a zajímá se o danou problematiku.

Bakalářská práce nese název: „Duševní onemocnění u dětí předškolního věku zaměřené na psychózu, poruchy chování a deprese.“

Teoretická část této bakalářské práce se v první řadě zaměřuje na pojem duševního onemocnění a specifika dětí předškolního věku a jejich následnou charakteristiku. V další části textu jsou pak již podrobněji rozebrány tři formy duševních onemocnění, a to psychóza, deprese a poruchy chování, se zaměřením právě na děti předškolního věku. U každé formy následuje vymezení příznaků, projevů a případné léčby. V části praktické části se společně zaměříme na výsledek z nashromážděných poznatků. Díky nim pak získáme přehled o současném stavu dětí trpících například psychózou či depresemi.

Cílem bakalářské práce je popsat základní pojmy, které se vážou k tématu a zjistit, zda se už v mateřských školách mohou objevovat duševní onemocnění ve výše uvedených formách. Dílčím cílem je zjistit, zda může být jednou z příčin vzniku těchto onemocnění také rodinné prostředí. Další dílčí cíl je analyzovat, zda se duševní onemocnění objevuje více u chlapců nebo dívek, dále jak se tyto děti v MŠ projevují a jestli je kvůli těmto dětem narušen vzdělávací harmonogram v MŠ. Tyto získané informace by měly pak rodičům či pedagogům zajistit lepší orientaci v problematice duševních onemocnění dětí předškolního věku, zejména poruch chování. V teoretické části pak mohou dohledat možné příčiny a následně i léčbu dané poruchy.

Výzkumu se zúčastnili učitelé z různých mateřských škol v různých krajích. Většina respondentů odpověděla na všechny otázky, což svědčí o tom, že učitelé mají s daným tématem zkušenosti a jsou otevření o této problematice mluvit. Při zpracování dotazníku se nenarazilo na žádné komplikace. V závěru práce jsou shrnuty a popsány výsledky výzkumu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika duševních poruch

Duševní poruchy zpravidla představují druh onemocnění, který jedinci narušuje chování, myšlení a mezilidské vztahy. Nemoc je vlastně opakem zdraví, tedy stav nedostatečné sociální, duševní a tělesné pohody. Pokud bychom měli definovat duševní poruchy, jednalo by se o nedostatek duševního zdraví. Vznik duševních poruch je podmíněn biologickými, sociálními a psychologickými faktory.

Pokud bychom se chtěli pouštět do diagnostikování duševní poruchy, tak musíme znát nejen diagnostická kritéria, ale především normy duševního zdraví (Dušek a kol., 2010).

MKN 10 klasifikuje duševní poruchy od F00- F99 do kategorie Poruchy duševní a poruchy chování.

„F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emoci s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99-F99 Neurčená duševní porucha“ (Úzis ČR, 2022, online).

2 Charakteristika dítěte předškolního věku

Vývoj člověka je dlouhý a velmi složitý proces. Každý je naprostý originál a neexistuje nikdo se stejnými vlastnostmi ani vzhledem. Lidský život prochází významnými životními etapami. S ohledem na jednotlivé znaky v rámci biologických, psychologických a sociálních změn se obvykle člení podle Evy Šmelové (2018) na: prenatální období, rané dětství, předškolní věk, mladší školní věk, střední a starší střední věk, adolescence, dospělost a stáří.

Předškolní věk je zlomovým obdobím, dítě opouští od fáze, kdy se naučilo chodit a běhat a vstupuje do fáze utváření vlastní identity a následné socializace.

Období předškolního věku bývá také často nazýváno jako stadium předškolního dětství nebo také věkem mateřské školy. Jedná se o věkovou hranici 4 až 6 let života dítěte, některé zdroje uvádí zhruba od 2 do 5 let (Barker, 2007). Psychomotorický vývoj dítěte v této etapě je velmi významný. Tělesný vývoj je poměrně rychlý, v pěti letech zrychluje růst končetin, z toho důvodu ztrácí dítě baculatost a zeštíhluje (Kuric, 2001). Tohle období bývá zvršeno vstupem dítěte do školy.

Psychický vývoj je ještě u dítěte předškolního věku nedokonalý a je charakteristický nedostatečnou hloubkou a přesností v myšlení a prožívání. V tomhle věku dominuje paměť neúmyslná, jelikož si dítě pamatuje nejvíce ty prožitky, které byly hluboce citově zabarvené. Úzce spjaté jsou s pamětí také představy, které se stávají jasnějšími a jsou podobné realitě. V tomto období se rozvíjí také aktivní řečová činnost, rychle dochází k rozšiřování slovní zásoby. Předškolní dítě pojmenovává předměty okolního světa, ale také své duševní zážitky. Šestý rok dítěte je stěžejní díky tomu, že je dítě schopné analyzovat, porovnávat a rozlišovat. Nachází souvislosti mezi věcmi a dějem.

Dítě si svůj názor na svět utváří pomocí hry, kresbou či vyprávěním. Kresba se postupně vyvíjí od jednoduchých čmáranic, hlavonožců, geometrických tvarů až po znázornění lidské postavy. Díky vyprávění a hře je dítě schopné vnímat samo sebe a skutečnosti kolem něj, utváří si životní hodnoty a postoje. Tato etapa bývá také nazývána obdobím hry, ta vyplývá z vnitřních potřeb dítěte a bývá ve většině případů ještě spontánní. Dětská hra je různorodá a dominují převážně tyto hry a činnosti: úlohové, konstruktivní, didaktické, receptivní a dětská kresba a modelování (Kuric, 2001).

Již od začátku kojeneckého věku převažuje potřeba sociálního kontaktu a malé dítě se převážně váže na dospělou osobu, nejvíce pochopitelně na své rodiče. Tato potřeba je u dítěte

přirozená a je tedy důležité, aby se uspokojovala jak v rodinných, tak i ve společenských podmínkách.

Dle Barkera (2007) se v této důležité životní etapě dítěte odehrávají další významné změny, jejichž hlavními rysy jsou:

- převzetí iniciativy, důvěra ve své schopnosti spojená s adekvátní kontrolou vnitřních impulzů
- rozvoj fantazie
- pokrok v socializaci, dítě si osvojuje dovednosti důležité pro začlenění do rodiny
- identifikace s rodiči, rozvoj motivace a osobnostních rysů
- rozvoj uvědomování si sebe sama
- rozvoj smyslu pro vlastní sexuální identitu
- rozvoj intelektuálních dovedností a kognitivních funkcí
- nárůst porozumění řeči a její komplexita
- vznik vzorců psychických obranných mechanismů
- rozvoj vzorců chování ve vztahu k osobám mimo rodinu

Je tedy zřejmé, že období předškolního věku je pro dítě stěžejní z hlediska zdravého fyzického i psychického vývoje. Pakliže v tomto období dojde u dítěte k nějakému spouštěcímu faktoru, např. v podobě silně stresující situace, může to následně ovlivnit celý jeho život a projevit se ve formách, které budou dále popsány.

3 Nejčastější druhy duševních onemocnění u dětí

V dnešní době se vyskytuje stále více duševních onemocnění u dětí předškolního věku, které se stávají vážným zdravotním problémem. Mnoho dětí se setkává s psychologickou nebo psychiatrickou péčí z důvodů problémů ve svém chování, problémů v rodině, s učením, s příjmem potravy, s vrstevníky nebo kvůli osobnímu pojetí jako je nespokojenost se sebou, sebevražedné sklony atd. (Marxtová, Marečková, 2007).

Specifika diagnostiky duševních poruch u dětí

Osobnost dítěte je stále v procesu, dlouhou dobu se vyvíjí a vyžívá. Vývoj může být harmonický nebo disharmonický, nerovnoměrný. Stanovovat přesnou diagnózu je velmi předčasné, jelikož během vývoje v dětské psychice dochází k mnoha podstatným změnám. Nejvyužívanější metodou diagnostiky v předškolním věku je pozorování.

Přehled nejčastějších diagnóz v dětství podle Marxtové a Marečkové (2007) :

- Schizofrenie
- Deprese
- Psychózy
- Fobie a úzkostné poruchy
- Poruchy spánku
- Poruchy příjmu potravy
- Poruchy chování
- Mentální retardace
- Tikové poruchy
- Pervazivní vývojové poruchy- autismus, Aspergerův syndrom
- Hyperkinetické poruchy (také lehká mozková dysfunkce)

3.1 Psychóza

Psychóza je závažné duševní onemocnění, které je v odborné literatuře definováno jako hluboké narušení vztahu člověka ke skutečnosti (Hosák a kol., 2021). „*Osoba s psychózou žije vlastní vnitřní svět, který neodpovídá pohledu druhých. Vnitřní privátní svět osob s psychózou je dán odlišným vnímáním a odlišným myšlením. Dále může být provázen změnami dalších modalit psychiky.*” (Horáček, s. 15, 2003).

V dětské psychiatrii byl termín psychóza po dlouhou dobu používán ve velmi širokém smyslu, přičemž až do vydání Amerického diagnostického manuálu DSM-III (American

Psychiatric Association, 1980) byly v podstatě všechny vážné dětské poruchy ztotožňovány se schizofrenií (Volkmar, 1996).

Výskyt psychóz, zejména schizofrenie, je u dětí předškolního věku naštěstí vzácný. Před 10. rokem života je to jen 0,1-1 %, přičemž nejmladší diagnostikované případy byly ve věku 3 a 5,7 roků. Před 6. rokem života je vždy nutné diagnózu psychotického onemocnění pečlivě zrevidovat (Horáček, 2003).

Psychóza v dětství vzniká postupně a tento proces může trvat několik let. Počáteční příznaky mohou být různorodé - od vývojového opoždění s poruchami učení přes opoziční a agresivní chování až k příznakům typu ADHD a jiným příznakům v sociálním projevu a v afektivním prožívání (Barker, 2007).

Okruh diagnóz v rámci dětských psychóz je stejný jako u dospělých, zejména se v tomto směru jedná o schizofrenii a příbuzné poruchy.

3.1.1 Skupiny psychóz

Psychotické poruchy můžeme rozdělit do několika skupin, např. Horáček (2003) dělí psychózy na funkční a organické. Funkční psychózy zahrnují schizofrenii, schizoafektivní poruchu, paranoii (porucha s bludy) a afektivní psychózy. Organické psychózy vznikají v souvislosti se záněty, nádory, atrofií, apod., nebo s užíváním psychoaktivních látek (označované také jako toxické psychózy), případně k nim dochází kvůli poruchám funkce celého organismu (symptomatické psychózy, např. hypertyreóza, systémové infekce apod.)

Langmeier a kol. (2010) obdobně uvádí následující rozdělení psychóz, které se v dětském věku vyskytují častěji než u dospělých, a to symptomatické psychózy, endogenní (funkční) poruchy a psychózy psychogenní.

3.1.2 Diagnostika psychózy

U dětí předškolního věku je problematické stanovit, zda trpí psychotickou poruchou, a to zejména z následujících důvodů:

- dítě má omezené verbální schopnosti, což znesnadňuje popis subjektivních prožitků;
- dítě má obvykle bohatou a živou fantazii, takže není snadné rozlišit psychotické bludy od bujné fantazie;
- dítě se připodobňuje k imaginárním postavám, což způsobuje také komplikace při odlišení od poruch vnímání (Barker, 2007).

„Pro klinika je důležité psychózu včas rozpoznat, vnímat ji jako momentální změnu zpracování informací spojenou s dysfunkcí na několika úrovních a hledat příčiny této dysfunkce.“ (Horáček, s. 19, 2003).

Při klinickém vyšetření je pak nezbytné získat nezávislou anamnézu od rodiny a dalších osob, které dítě znají a mohou o něm podat informace o možných příčinách a kontextu rozvoje psychotického stavu. Díky tomu je pak možné posoudit míru změny v osobnosti dítěte a jeho projevech (Hosák a kol., 2021).

V případě, že se u dítěte objeví příznaky psychózy, je také zapotřebí důkladné fyzické vyšetření, které může odhalit nemoci způsobující psychotický stav. Vyšetření zahrnuje rozbor krve a moči, a dále vyšetření mozku počítačovou tomografií nebo magnetickou rezonancí. Nutností je vyšetření psychologem, který může určit konkrétní diagnózu.

Psychotické stavy musí být v rámci vyšetření odlišeny od ostatních duševních onemocnění, zejména od neurotické či úzkostné poruchy. Jeden z hlavních rozdílů je v tom, že se psychotické dítě snaží přizpůsobit se subjektivně zkreslenému vnímání reálného světa, kdežto dítě s neurotickou nebo úzkostnou poruchou reaguje patologickým způsobem na reálnou životní situaci (Barker, 2007).

3.1.3 Příčiny psychózy

Pokud jde o příčiny vzniku psychózy u dětí předškolního věku, je jich poměrně mnoho, a často působí společně. Zejména se jedná o genetické předpoklady, dále zde svoji úlohu hraje vliv prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, např. špatné rodinné vztahy a podmínky, alkoholismus či drogová závislost v rodině, domácí násilí, zneužívání, nezáměr, a další. Zmínit je možné také případné komplikace při porodu, různé těžké nemoci po porodu či v raném dětství a špatná výživa. Dalším faktorem jsou události, které dítě během svého života prožívá.

3.1.4 Příznaky a projevy psychózy

U psychózy dochází k poruše vnímání a myšlení. Nejčastěji se psychóza projevuje ve formě bludů a halucinací.

Bludy

“Bludy jsou falešné představy, o kterých je postižený přesvědčen, přestože je to v rozporu s míněním druhých.“ (Barker, s. 114, 2007).

Höschl a kol. (2002) dělí bludy následovně:

- I. podle obsahu
 - A. bludy expanzivní (megalomanické) - např. přesvědčení dítěte o schopnostech a vlastnostech překračujících hranice lidských možností (u dětí typicky superhrdinové)
 - B. bludy depresivní - např. přesvědčení dítěte o vlastní úplné neschopnosti
 - C. bludy paranoidní - např. chorobný pocit změny v jinou bytost, např. zvíře
- II. podle vzniku
 - primární blud (poruchy myšlení)
 - sekundární blud (poruchy nálady)

Halucinace

Velmi důležitým psychiatrickým příznakem jsou halucinace, jimiž rozumíme patologické vjemy, které nemají žádný reálný podklad.

Dělení halucinací podle Höschla a kol. (2002) je následující:

- I. podle kritičnosti
 - pravé halucinace a pseudohalucinace (podle toho, zda si dítě uvědomuje nereálnost vjemů či nikoli)
- II. podle složitosti
 - elementární
 - komplexní
 - kombinované
- III. podle lokalizace
 - sluchové
 - zrakové
 - čichové a chuťové
 - tělové
 - intrapsychické
 - inadekvátní

U dětí se nejčastěji objevují halucinace sluchové, které mohou mít podobu opakujícího se hlasu. Tento hlas může komentovat myšlenky či chování dítěte, nebo dokonce navádět k násilným činům (Barker, 2007). Dítě může těmto hlasům i odpovídat a povídat si samo pro sebe. V případě, že se u dítěte tyto příznaky projevují dlouhodobě a není možné je přisuzovat

pouze bohaté dětské fantazii či hře, je nutné vyhledat odbornou pomoc, dítě důkladně vyšetřit a stanovit, zda se může jednat o projevy psychotické poruchy.

3.1.5 Léčba psychóz

Vzhledem k tomu, že projevy a příznaky u dětí a dospělých se v podstatě neliší, probíhá u psychotických dětí léčba obdobně jako u dospělých.

V prvé řadě léčba probíhá pomocí psychoterapie, a to zejména v podobě rodinné terapie. Funkce rodiny a rodinného prostředí je při tomto onemocnění velmi důležitá a nezbytná pro úspěšnou léčbu. Rodinná terapie je založena na komunikaci v rodině, přičemž vytváří dítěti s tímto onemocněním pocit bezpečného a láskyplného prostředí, díky kterému se může jeho psychický stav rychleji zlepšovat.

V případě akutních stavů je nutné nasadit léčbu pomocí antipsychotik, v některých nejzávažnějších případech je také nutné dítě hospitalizovat alespoň po dobu, než překoná nejhorší příznaky.

3.2 Deprese

Deprese je duševní onemocnění, jehož *“hlavním rysem je smutná nálada a sklíčenost, často též pocity beznaděje a zoufalství. Ve stavu deprese člověk může ztratit zájem a potěšení ze života, může si též přát, že lépe by bylo nežít.”* (Barker, s. 87, 2007).

Věková hranice, ve které se depresivní porucha vyskytuje, se neustále snižuje. Výskyt této poruchy v dospívání byl uznáván již dříve, nicméně až v průběhu posledních desetiletí došlo k přijetí názoru, že i děti mohou trpět depresivní poruchou typickou pro dospělé (Barker, 2007).

Ačkoliv tedy bývá dětství považováno za šťastné období, deprese se projevuje již v předškolním věku poměrně často. Symptomy depresivních stavů jsou však obvykle spojovány s poruchami chování, agresivitou, podrážděností nebo hyperaktivitou.

Hort a kol. (2000) uvádí výskyt depresivní poruchy u dětí do 10 let v rozmezí 0,4-2,5 %. Podle Hrdličky a Dudové (2021) se pak deprese u menších dětí vyskytují v rozmezí 2-4 %, přičemž po pubertě se prevalence zvyšuje až na 4-8 %. Do puberty je zastoupení pohlaví stejné, později jsou deprese častější u žen.

Obdobně jako u psychóz je rozvoj příznaků depresivních poruch předškolních dětí obvykle pozvolný, někdy však může nastat akutní nástup deprese, a to zejména v případě úmrtí blízké osoby.

Diagnostické typy depresivních poruch u dětí a adolescentů jsou shodné s obecnou dospělou populací.

3.2.1 Typy depresí

MKN-10 rozlišuje čtyři typy depresivních poruch podle závažnosti

- lehká
- středně těžká
- těžká
- těžká s psychotickými příznaky

Takto jasně definované formy se vyskytují vzácně před sedmým rokem věku, běžně se s nimi setkáváme až v adolescenci (Dudová, 2007).

Projevy lehké formy deprese dítěti nebrání ve větší míře plnit každodenní úkoly, u středně těžké formy je však schopnost účastnit se na běžných aktivitách výrazně snížena.

Těžká depresivní forma je pak dále spojena s dalšími závažnými příznaky, např. pocity sebeobviňování a beznadějí, u těžké formy s psychotickými příznaky se navíc přidávají halucinace a bludy.

3.2.2 Diagnostika deprese

Jak již bylo řečeno, depresivní stavy u předškolních dětí se často zaměňují s jiným problémovým chováním. Při podezření na depresi dítěte je nutné provést důkladné vyšetření a testy, které mají za cíl určit, zda se skutečně jedná o depresi či jinou poruchu. Důležitá je zde opět spolupráce s rodinou a zjištění rodinné anamnézy. Často je vyžadováno také kompletní vyšetření u psychiatra nebo psychologa.

Zpočátku se u dítěte mohou objevit bolesti hlavy, poruchy spánku, nesoustředěnost, úbytek hmotnosti, zácpa atd. U dětí také může dojít k tomu, že se deprese projeví různými tělesnými příznaky, nejčastěji ji pociťují v oblasti hrudníku a krku (Dušek a kol., 2010).

„V prvním roce života se jedná o tzv. anaklitickou depresi. Anaklitická deprese je způsobena dlouhodobým odloučením od matky, na které kojeneček reaguje nejprve pláčem, kterým chce přivolat matku.“ (Marxťová, Marečková, s. 11, 2007).

Dítě mezi 2. - 3. rokem reaguje na odloučení od matky, nazýváme ji separační úzkostí. V dnešní době už nejsou děti oddělené ani při hospitalizaci v nemocnici od pečující osoby. Pokud o dítě pečuje depresivní matka, pozorujeme u nich indukovanou depresi, jelikož zrcadlí projevy dospělého (Marxťová, Marečková, 2007).

3.2.3 Příčiny deprese

Příčiny deprese u dětí předškolního věku jsou mnohočetné a shodují se s příčinami u adolescentů i dospělé populace.

Barker (2007) uvádí následující příčiny:

- genetické faktory
- stresující události
- nejistá vazba
- separační zkušenost, ztráty a úmrtí
- jiné psychiatrické stavy (např. poruchy chování, poruchy přizpůsobení, poruchy pozornosti).

Jedním z nejdůležitějších faktorů je vliv prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Jestliže prostředí dítěte není dostatečně podnětné a rodina nemá dostatek finančních prostředků, může pak dojít k oslabení pozitivního myšlení.

3.2.4 Příznaky a projevy deprese

Mezi nejčastější projevy deprese u dětí patří smutná nálada, nechutenství, únava, pocity viny, nechuť ke hře, poruchy spánku, strnulá mimika, sebedoceňování, ztráta energie, pasivita s lhostejností. První projevy se můžou vyskytnout ve třídě mateřské školy, kdy dítě ztrácí zájem o hru, přestává být zvědavé, v nejužším případě se mohou objevit také sebevražedné myšlenky. Genetické dispozice bývají často rizikovými faktory, kdy rodina není schopná dítěti zajistit dostatečné biologické, psychologické či sociální potřeby. Rodinné prostředí je konfliktní, dochází často ke stresovým situacím, dítě se cítí osamělé a upadá do deprese.

Malá (Hort, 2000) uvádí tyto symptomy z oblasti:

- kognitivní - neschopnost se soustředit
- emoční - labilita
- afektivní - pláč, křik, afektivní výbuchy
- motorické - neklidné a agresivní chování, střídání hyperaktivity a apatie
- somatické - nechutenství, poruchy spánku
- sociální - straní se kolektivu, mutismus, plachost

3.2.5 Léčba deprese

Při léčbě deprese se bere v potaz hlavně věk dítěte, intenzita depresivních stavů, ale i eventuální příčiny vzniku. Používá se farmakoterapie v podobě antidepresiv a psychoterapie. Důležitá je včasná diagnostika a intervence, díky které jsou pak odborníci schopni zabránit riziku sebevražd. Včasnou indikací problémů můžeme dítě co nejdříve začlenit do normálního života.

Obvyklou léčbou deprese je individuální nebo rodinná psychoterapie, popřípadě obojí. V závažných případech předepíše dětský lékař nebo psychiatr antidepresiva, jejich účinnost však nebyla u dětí a u adolescentů prokázána. Jestliže se vaše dítě nebo teenager pokusí o sebevraždu, bude muset být hospitalizován. Délka hospitalizace záleží na závažnosti deprese. Stav dětí s mírnými příznaky deprese se obvykle zlepší během měsíce nebo dvou po zahájení léčby. Těžké případy často vyžadují dlouhodobou psychoterapii trvající měsíce nebo roky.

Depresivní projevy u dětí je nutno léčit jak psychoterapeuticky, tak farmakoterapeuticky. Nejdříve se léčí akutní stav, následuje léčba stabilizační, která přechází v léčbu udržovací. Vždy se zvažuje nutnost hospitalizace, a to především v případě, kdy se dítě projevuje podrážděností, agresí a také v případě nevhodného domácího prostředí (riziko týrání či sexuálního zneužívání). Každý dětský pacient má svůj individuální terapeutický léčebný plán. Cílem tohoto terapeutického plánu je odstranění cílových symptomů. Individuální plán závisí podle Malé (Hort, 2000) na:

- věku dítěte
- úrovni schopností a dovedností
- symptomech
- typu deprese
- ochotě a možnosti rodiny podílet se na léčbě

Léčba depresivní poruchy je dlouhodobá, nicméně u většiny dětí bývá úspěšná, a to zejména po nasazení antidepresiv, přičemž výrazné klinické zlepšení nastává již v průběhu jednoho až dvou měsíců od zahájení léčby. Před zahájením léčby je také zapotřebí obeznámit rodinné příslušníky dítěte o průběhu léčby a poskytnout jim informace o tom, jakým způsobem mohou k léčbě přispět (Tůma, 2021).

3.3 Poruchy chování

Jako poruchy chování je možné označit *“takové jednání dětí, které by bylo posuzováno jako přestupky a patřičně trestáno, kdyby se objevilo u mladistvých nebo dospělých. Jsou to tedy vážnější odchylky od společenských norem, jako například lhaní, krádeže, vloupání, záškoláctví, útěky z domova, toulání, čachrování s věcmi.”* (Matějček, s. 299, 2011).

V této souvislosti je však zapotřebí zmínit, že děti předškolního věku jsou motivovány jiným způsobem, než je tomu u starších dětí a adolescentů. Tak tomu je především z důvodu, že děti v mladším věku uvažují naivně a nedomýšlejí veškeré důsledky, které mohou jejich jednání mít.

Závažnější a trvalejší poruchy chování v různých formách se u dětí a dospívajících projevují odhadem v rozsahu 10-15%. Častější jsou u chlapců, než u dívek, nicméně vývojové trajektorie jsou u nich podobné (Vágnerová, 2014).

Poruchy osobnosti mohou mít přechodný charakter a projevovat se pouze v období dětství, nicméně pokud přetrvávají dále, mohou značit rozvíjející se poruchy osobnosti. Jestliže dítě vykazuje v dětství problémové chování, může v pozdějším věku trpět depresemi a úzkostmi (Vágnerová, 2014).

3.3.1 Druhy poruch chování

Podle MKN-10 rozlišujeme následující poruchy chování:

- ve vztahu k rodině
- nesocializovaná
- socializovaná
- porucha opozičního vzdoru

Další kategorií jsou poruchy chování, které popisujeme jako trvalé disociální, agresivní a vzdorovité chování, kterými dítě opakovaně překračuje společenské normy. Může jít v konkrétním případě o opakované fyzické napadání vrstevníků, bezdůvodné rozbíjení věcí někdy s pocitem uspokojení, krádeže, týrání zvířat atd. Pokud je takové chování „jednorázové“, nelze ho považovat za poruchu chování, rovněž pokud jde o projev jiné psychické poruchy (například deprese či psychózy).

Poruchy chování jsou diagnostikovány jen tehdy, pokud trvají déle než 6 měsíců a opakuje se nerespektování sociálních norem ve skupině (Marxťová, Marečková, 2007). U

předškolních dětí se vyskytují lži a krádeže, avšak ještě nemusí signalizovat poruchy chování. Avšak pokud má někdo z okolí dítěte pochybnosti o jeho

3.3.2 Příčiny poruch chování

Hosák a kol. (2021) pak uvádějí následující souhrn rizikových faktorů poruch chování:

- biologické faktory (např. genetika, nízká porodní hmotnost, poranění mozku, atd.)
- individuální faktory (nízké IQ, agresivita, narušená pozornost, vada řeči)
- rodinné faktory (domácí násilí, nadměrná rodičovská kontrola, deprese a úzkost matky)
- sociální a školní faktory (odmítnutí vrstevníky, vztahy s problémovými vrstevníky)

Důvody špatného chování dítěte jsou tedy různé, často se jedná o tzv. „skryté příčiny“. Tyto situace mohou dítě podněcovat k nevodnému chování a může se u nich objevit zdroj strachu, který bychom nikdy nemuseli považovat za možný.

Týrání a zneužívání se bezpochyby projeví na chování dítěte. Mnoho subjektů se může domnívat, že je určité chování normální, jelikož se k sobě takto členové v dané skupině chovají. Je důležité si vždy uvědomovat následky zneužívání a včas zasáhnout, a daný problém řešit. Citové týrání se většinou vyskytuje tehdy, když jsou rodiče přetíženi svými osobními zájmy a o dítě dlouhodobě nejeví zájem a neuspokojují jeho základní potřeby. Vyhrožují mu odchodem nebo ho neustále kritizují, odmítají a podceňují. Tělesné týrání je velmi nebezpečné, protože pokud je dítě v útlém věku týráno, je zde pravděpodobnost, že bude agresivní a násilné v dospělosti a stane se delikventním jedincem (Train, 2001). Zhoršení chování dítěte mohla nastat v důsledku šikany. Bývá nenápadná a vyskytuje se mimo dohled učitel a v tichosti. Je důležité se problémem začít zabývat, jelikož by pak mohly mít v dospělosti závažné potíže, v podobě nedůvěry, strachu, podceňování a dalších.

Dalším důvodem projevu nevhodného chování může být změna ve společnosti, ve které dítě vyrůstá. Touto změnou máme na mysli rozvod nebo úmrtí. Bude si muset na novou situaci zvyknout, bude si muset vytvořit nové citové vazby a to se může promítnout do dětského světa v podobě nevhodného chování. Je důležité brát zřetel na všechny vyskytující se projevy a neustále dítě sledovat a jeho psychický i fyzický stav vyhodnocovat.

3.3.3 Diagnostika poruch chování

K diagnostice či ke stanovení prognózy je důležité zjištění motivačního komplexu, zejména jaké má dítě definovány etické normy z rodiny, neboť v předškolním věku jsou poruchy chování definovány tolerancí rodiny. Pokud jsou normy konvenčně ustanoveny, je pak zapotřebí zjistit, co dítě vede k tomu, že je překračuje (Michalová, 2012).

Při posuzování poruch chování je nutné brát v potaz vývojový stupeň dítěte. Poruchy chování jsou vymezeny třemi základními znaky uvedenými v roce 1994 v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV):

- chování dítěte nerespektuje sociální normy
- není schopno udržovat přijatelné sociální vztahy
- rysem jeho osobnosti nebo chování je agresivita

3.3.4 Příznaky a projevy poruch chování

Poruchy chování se vyznačují opakujícím se a trvalým vzorcem agresivního, asociálního nebo vzdorovitého chování, při kterém jsou porušována základní práva jiných nebo porušovány závažnější společenské normy a pravidla odpovídající věku. Klinické příznaky poruch chování jsou ovlivněny především věkem dítěte, nutné je také přihlížet k vývojovému stupni dítěte a k tomu, zda se nejedná o typický, ale ojedinělý jev (Hosák a kol., 2021).

Hort a kol. (2000) uvádí následující příznaky poruch chování, které je možno vztáhnout k dětem předškolního věku:

Agrese k lidem a zvířatům:

- šikana, vyhrožování, zastrašování druhých
- vyvolávání pranic a bitek
- používání předmětů jako zbraní za účelem zranění druhých
- fyzická agrese, hrubost k lidem i ke zvířatům
- destrukce majetku a vlastnictví
- poškozují a ničí cizí majetek
- nepoctivost nebo krádeže
- lhaní za účelem prospěchu, výhody nebo vyhnutí se povinností
- krádeže

- vážné násilné porušování pravidel (častěji však u adolescentů)
- zůstává přes zákazy rodičů v noci venku
- útěkářství.

Aby se jednalo o poruchu chování, musí být během uplynulého roku přítomny alespoň tři výše uvedené příznaky s jedním příznakem trvale přítomným v průběhu posledního půlroku.

Porucha chování se častěji objevuje u chlapců, kromě určitých vrozených dispozic se vyskytuje v dlouhodobě sociálně neuspokojivém prostředí (špatné rodinné zázemí) a souvisí s ní i selhávání ve škole. Je velmi důležité problém podchytit včas, v extrémní podobě je velmi špatně ovlivnitelná a dětem v dospívání reálně hrozí střet se zákonem.

3.3.5 Léčba poruch chování

S léčbou je samozřejmě nutné co nejdříve od prvních projevů poruchy, přičemž v rámci léčby je v první řadě nutné pečlivě vyšetřit příčiny poruchy chování a následně vytvořit racionální léčebný plán. (Barker, 2007).

Využívají se různé psychologické, behaviorální a farmakologické prostředky zaměřující se jak na dítě, tak na rodinu. Nejčastěji používaná je léčba interdisciplinární, do které se zapojují nejen rodiče, ale také učitelé a vychovatelé. S léčbou je vhodné začít co nejdříve. Léčba těžkých poruch chování je obvykle velmi obtížná a frustrující, jelikož dochází k opakovaným psychiatrickým hospitalizacím a nezřídka k umístění do diagnostického a výchovného ústavu. Léčba medicínského smyslu není u poruch chování využívána, léky totiž neřeší konkrétní problém, jen stimulují dítě.

Hosák a kol. (2021) doporučují při léčbě u mladších dětí kombinaci více následujících technik:

- rodičovský trénink – hlavní úlohu zde hrají rodiče, kteří se musí naučit zvládat a korigovat problematické chování dítěte

„Bezvýhradná a ničím nepodmiňující rodičovská láska, přiměřeně důsledná výchova, otevřenost a spolupráce rodičů a učitelů mohou zlobivci pomoci ovlivnit jeho projevy.“ (Michalová, s. 21, 2012).

- individuální psychoterapie – samo dítě se učí zvládat svoji poruchu projevující se vztekem, agresí a dalšími příznaky

- rodinná terapie – podněcuje zlepšení komunikace v rodině, často za použití odměn a trestů
- nácvik sociálních dovedností
- intervence ve školním zařízení.

3.4 Zhodnocení stavu zkoumané problematiky

Ačkoliv bylo řečeno, že výskyt duševních onemocnění u předškolních dětí je vcelku vzácný a nesnadno odhalitelný, bylo by jistě vhodné, aby se tomuto tématu věnovalo zvýšené pozornosti. Pokud by totiž byly stanoveny účinné metody pro odhalování prvotních příznaků duševních onemocnění již u předškolních dětí, mohlo by se tím předcházet těžším stavům, které nastávají v pozdějším věku.

Publikací a závěrečných prací, které by se zabývaly výhradně tématem duševních poruch u předškolních dětí, je však poměrně málo. Nejvíce prostoru je s ohledem na častější výskyt věnováno poruchám chování. Co se týče depresí a psychóz, tyto jsou v souvislosti s onemocněním předškoláků zmiňovány pouze okrajově.

Například Kubicová (2022) ve své kvalifikační práci nazvané „Dětská a adolescentní deprese ve školním kontextu“ pouze ve vztahu k depresím předškoláků uvádí některé námi taktéž popsané symptomy (např. záchvaty pláče nebo křiku, podrážděnost, adhedonie, apod.), ve zbytku však již tuto problematiku dále nerozebírá a věnuje se dětem ve školním věku, přestože základ projevů deprese starších dětí může vyplývat právě z předškolního období.

Z kvalifikační práce Zoss (2019) s názvem „Příčiny poruch chování u dětí předškolního věku“ pak vyplývají obdobné výsledky a závěry jako z naší práce, a sice že období předškolního věku je velmi významným pro psychologický vývoj dítěte, a také zdůrazňuje zásadní vliv rodiny, rodinného prostředí, v návaznosti na to pak důležitou roli mateřské školy. Vzhledem k tomu, že v naší práci je zdůrazňována potřeba kvalitní spolupráce a komunikace rodičů s mateřskou školou, jsou z tohoto pohledu zajímavé výsledky výzkumu uvedené ve zmíněné práci. Výzkum byl zaměřený na analýzu podmínek komunikace a spolupráce rodičů a mateřské školy, a jeho výsledky přinesly zejména zjištění, že rodiče i pedagogové považují komunikaci a spolupráci za klíčovou, přičemž zajímavé je, že rodiče vyjádřili nespokojenost s komunikací ze strany mateřské školy.

Dvořáková (2021) se ve své práci s názvem „Psychická onemocnění dětí předškolního věku“ zabývá v jedné z kapitol poruchami chování předškolních dětí, přičemž podrobněji

rozebírá jednotlivé kategorie poruch chování, které uvádíme ve třetí kapitole této práce. Zajímavým výsledkem výzkumu je zjištění, že pouze 4,2 % dotazovaných učitelů mateřských škol zhodnotilo psychické zdraví dnešních dětí jako velmi dobré.

Z hlediska poruch chování předškolních dětí je pak dále zajímavý výzkum Dedkové (2013), která v empirické části své diplomové práci s názvem „Poruchy chování v předškolním věku – depistáž intervence v mateřské škole“ zkoumá mimo jiné schopnost pedagogů v mateřské škole rozpoznat příznaky poruch chování a jejich následný postup při zjištění problémového dítěte. Z výstupů plyne, že pedagogové jsou v naprosté většině schopni rozpoznat náznaky nestandardního chování, které může vést k různým poruchám, včetně poruch chování, přičemž následuje pozorování dítěte, konzultace s kolegy a rodiči, doporučení či intervence odborníka.

Je tedy možné shrnout, že duševní onemocnění dětí předškolního věku není prozatím předmětem významnějšího výzkumu a studií, a to zejména z důvodů nedostatečného stupně vývoje dětí v tomto věku, neschopnosti dětí plně se vyjadřovat a také zaměnitelnosti příznaků s bohatou dětskou fantazií. Více než odborný zdravotnický zásah zde proto hraje svoji nezastupitelnou roli rodinné prostředí a mateřská škola. V tomto směru je pak velmi důležitá spolupráce mateřské školy s rodiči, schopnost pedagogů rozpoznat příznaky duševního onemocnění a také zvolení správného přístupu k dítěti, u něhož bylo duševní onemocnění rozpoznáno, popř. přímo diagnostikováno.

V praktické části se tedy zaměříme na výskyt duševního onemocnění dětí v mateřských školách a jeho projevy.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 Základní informace o výzkumu

V této práci byl použit kvantitativní výzkum, kdy metodou sběru dat byl dotazník s cílenými otázkami pro danou problematiku a se zaměřením na stanovené cíle této práce. K otázkám nebyly psané konkrétní odpovědi, jednalo se tedy o otevřené otázky. Směřovali jsme k tomu, abychom dostali větší vyjádření respondentů než jen zvolení nabídnuté odpovědi. Dotazník je určen přímo pro učitele mateřských škol, většina z nich má letité zkušenosti a přímo s předškolními dětmi pracují, tudíž mají objektivní srovnání. Předem daný počet vyplněných dotazníků jsme si stanovili, cílili jsme na to, aby byly odpovědi nejlépe ze všech krajů ČR, což se povedlo. Nakonec se nám vrátilo 72 vyplněných dotazníků, což je dost ke splnění cílů této práce.

Z došlých dotazníků pak byly shromážděny odpovědi na jednotlivé otázky a výsledky byly dosazeny do grafů ke každé dílčí otázce. Grafy pak znázorňují procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí respondentů.

Výsledky vyjádřené v grafech jsme pak analyzovali, slovně hodnotili a vyvodili z nich závěry vůči našim výzkumným otázkám a předpokladům.

4.1 Téma výzkumu

Tématem výzkumu praktické části je duševní onemocnění u dětí předškolního věku zaměřené na psychózu, poruchy chování a deprese.

4.2 Cíl výzkumu

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, zda se v mateřských školách objevuje u dětí duševní onemocnění. Dílčím cílem je zjistit, zdali má rodinné prostředí souvislost s duševním onemocněním předškolních dětí. Dalším dílčím cíle bylo analyzovat, zda se duševní onemocnění objevuje více u chlapců nebo dívek, dále jak se tyto děti v MŠ projevují a jestli je díky těmto dětem narušen vzdělávací harmonogram v MŠ. Tyto získané informace by měly pak rodičům či pedagogům zajistit lepší orientaci v problematice duševních onemocnění dětí předškolního věku, zejména poruch chování.

4.3 Výzkumné otázky

Které pohlaví je více zastoupeno v otázce duševních onemocnění?

Je souvislost mezi rodinným prostředím a duševními poruchami u dětí předškolního věku?

Jak se projevují děti s duševní poruchou v mateřské škole?

Jak ovlivňují duševní problémy dítěte vzdělávací harmonogram MŠ?

Vyskytuje se dnes více dětí s duševním onemocněním než v dřívějších letech?

4.4 Výzkumné předpoklady

Předpokládáme, že v otázce duševních onemocnění bude větší zastoupení chlapců (70%) než dívek (30%).

Předpokládáme, že v neúplných rodinách je výskyt duševních onemocnění u dětí předškolního věku vyšší, jelikož dítě velmi ovlivňuje vnější prostředí, a pokud se mu nedostane pomoci, tak se onemocnění zhoršuje a prohlubuje.

Předpokládáme, že v mateřské škole se děti s duševním onemocněním projevují hlavně poruchami chování. Nedostává se jim dostatek pozornosti, zlobí, upozorňují na sebe, ubližují ostatním dětem, mají nedostatek pozornosti a jsou nedisciplinovaní. Nerespektují autoritu.

Předpokládáme, že vzdělávací harmonogram v MŠ děti s duševním onemocněním narušují. Často vyrušují především v řízené činnosti, takže se učitel musí věnovat žákovi, kterého je třeba ukočírovat a tím se krátí čas pro výuku. Nehledě na dopad, který to má na ostatní děti, kteří jsou u toho.

Předpokládáme, že v posledních letech se dle mého názoru počet dětí s duševním onemocněním zvýšil. Mantinele toho, co vše je ještě v pořádku se posunují jak u rodičů, tak i učitelů a poradny jsou vytížené.

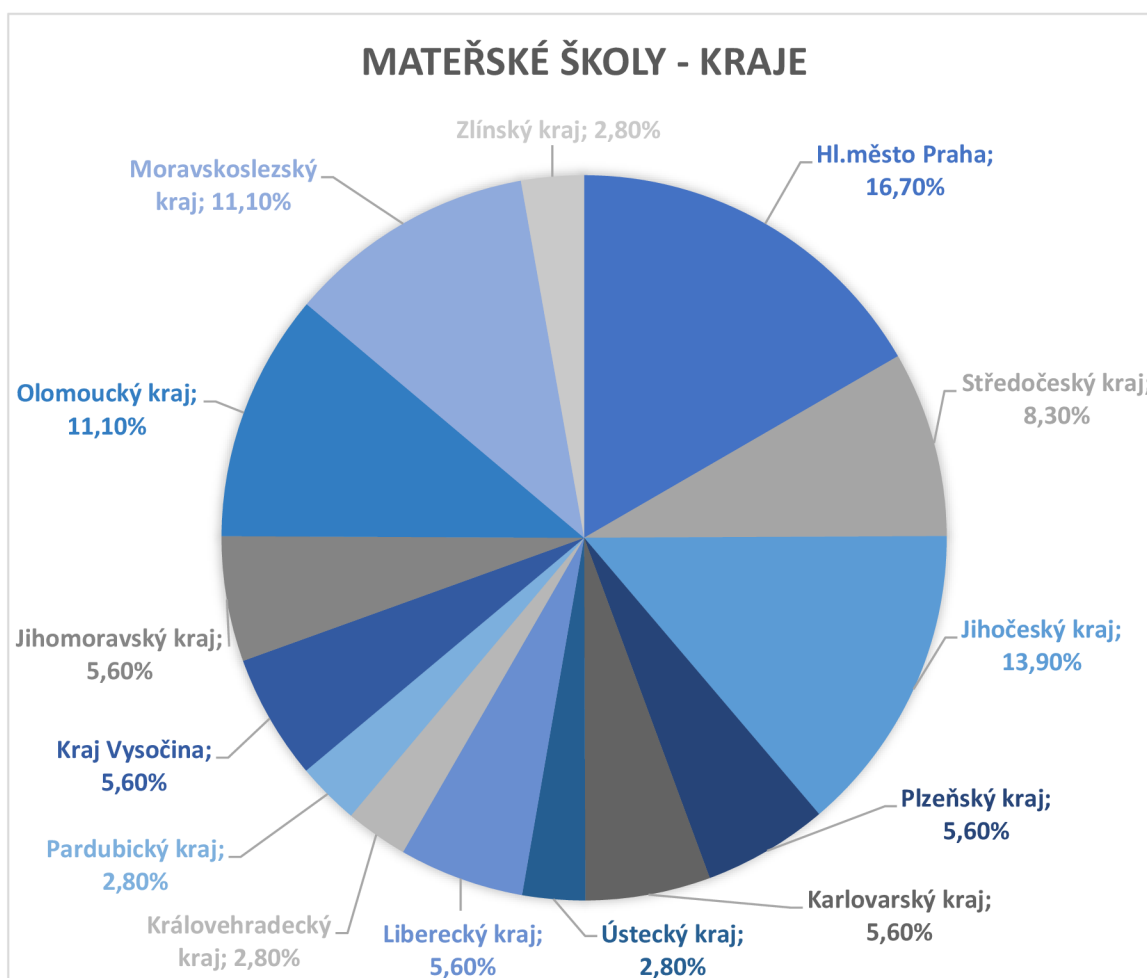
4.5 Výsledky výzkumného šetření

Celkem vyplněno 72 dotazníků.

1. zjištění z dotazníku: *Procentuální zastoupení jednotlivých krajů v souvislosti s MŠ odpovídajícími na dotazník.*

Předem jsme si stanovili, že chceme odpovědi MŠ ze všech krajů v ČR. Jelikož nebyly odpovědi ve stejném počtu z každého kraje, je v následujícím grafu uvedeno procentuální zastoupení odpovědí z každého kraje zvlášť. Nejvíce odpovědí se nám vrátilo z hlavního města Prahy, dále z kraje Jihočeského, Olomouckého a Moravskoslezského.

Graf č. 1: Zastoupení MŠ v jednotlivých krajích ČR

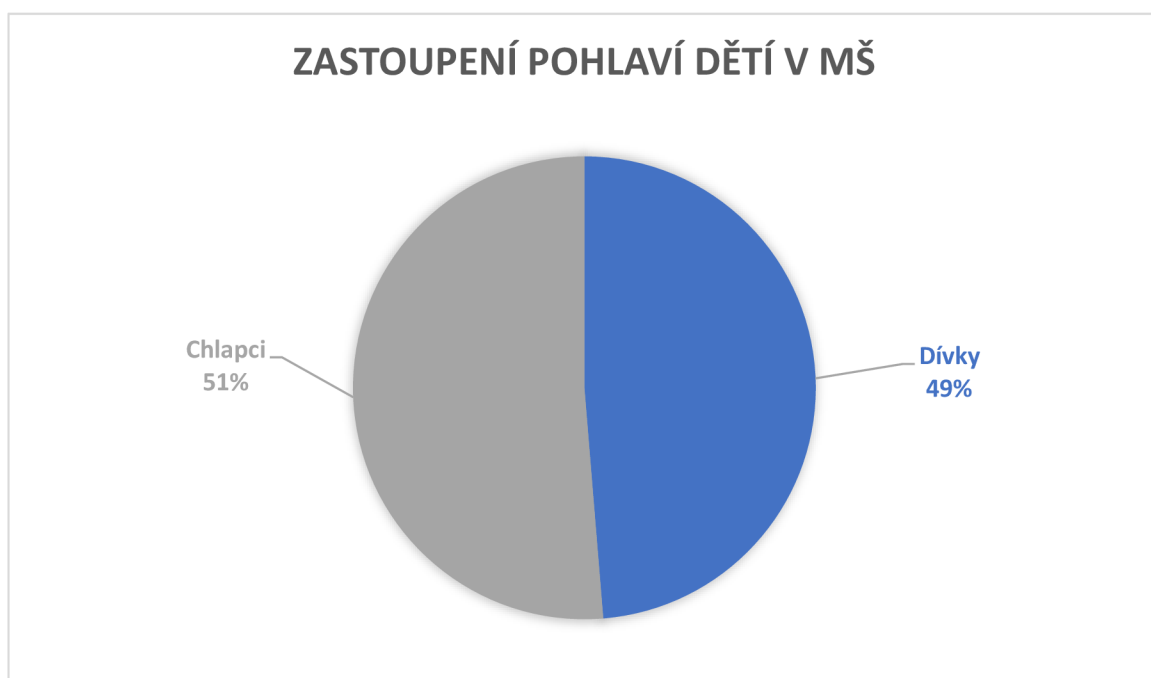


2. zjištění z dotazníku: *Počet dětí v MŠ celkem – z toho počet dívek a počet chlapců.*

Celkový počet mateřských škol, které nám zaslaly odpovědi na dotazník, bylo 72. Celkový počet všech dětí v mateřských školách, které se výzkumu zúčastnily, je 4244, z toho dívek 2066, chlapců 2178. Průměrný počet dětí v každé mateřské škole je tedy 59. Dívky jsou v zastoupení 48,7%, chlapci 51,3%.

Bylo tedy zjištěno, že zastoupení dívek a chlapců v rámci tohoto zkoumání je téměř shodné, což je důležité zejména z toho hlediska, že některá duševní onemocnění jsou častější u chlapců (např. poruchy chování), jiná u dívek (např. deprese).

Graf č. 2: Zastoupení pohlaví dětí v MŠ

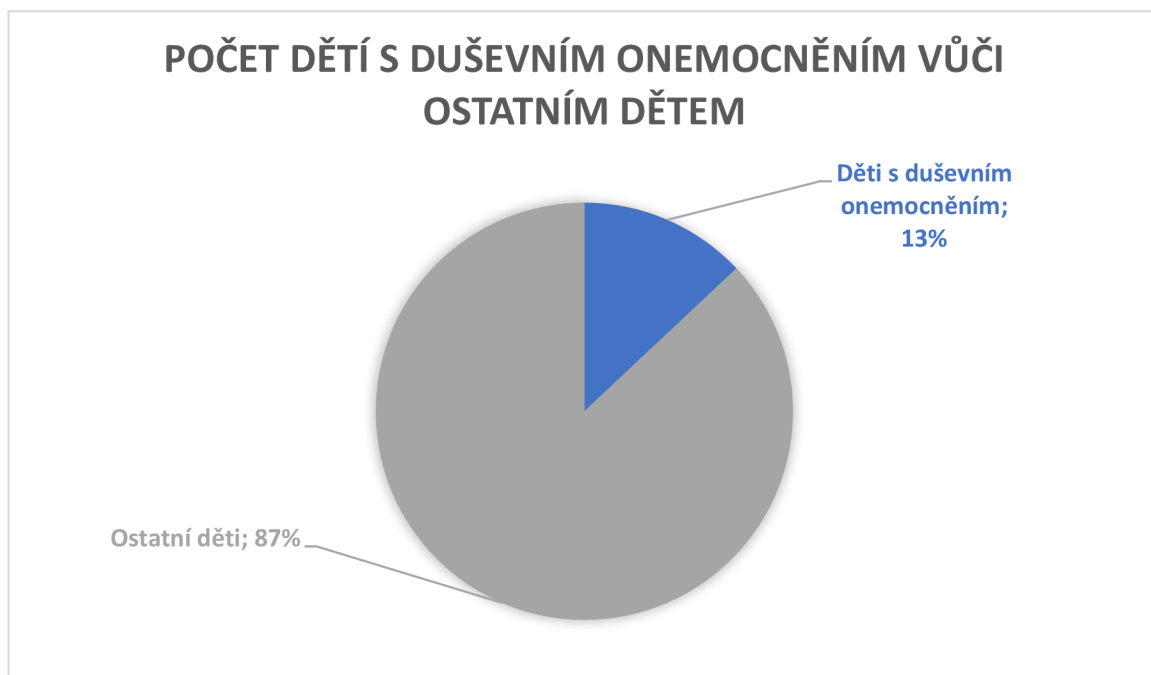


3. zjištění z dotazníku: *Celkový počet dětí, kterých se dotazník týká.*

Celkový počet všech dětí v mateřských školách, které se výzkumu zúčastnily, je 4244, jak je již uvedeno výše. Z tohoto počtu je dle respondentů 550 dětí, kterých se dotazník týká.

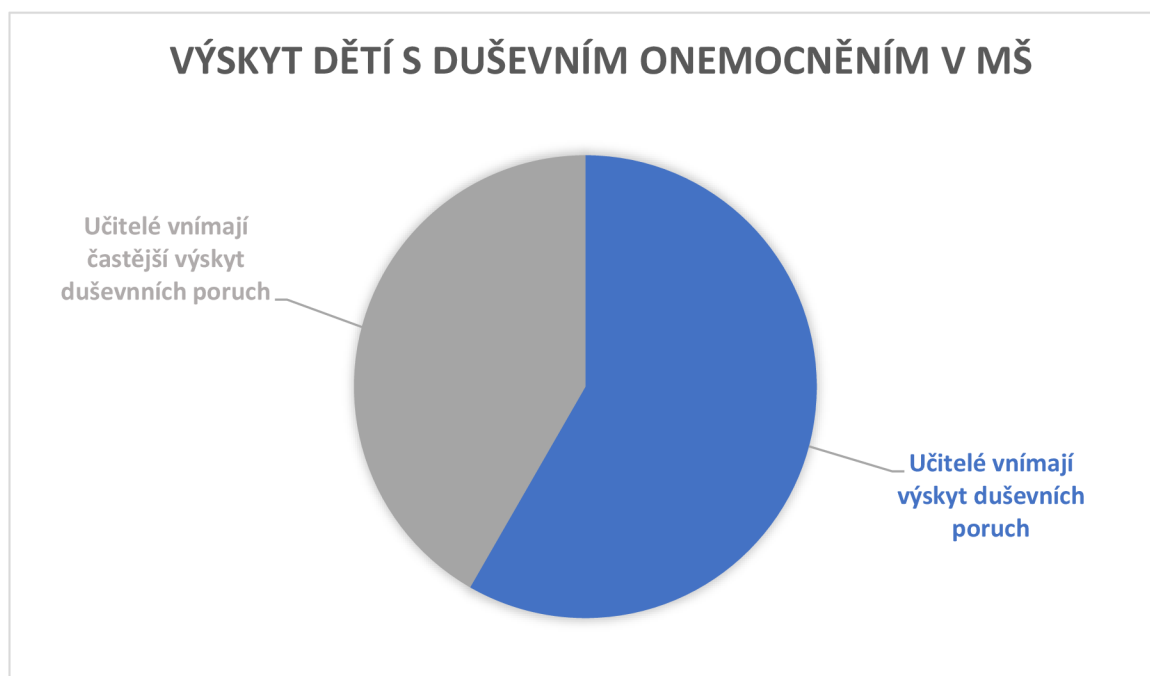
Z výsledků tedy vyplývá, že 13% dětí trpí nějakou formou duševního onemocnění a zbylých 87% dětí je bez těchto potíží.

Graf č. 3: Počet dětí s duševním onemocněním vůči dětem ostatním



4. zjištění z dotazníku: *Registrujete oproti předchozím rokům děti s duševním onemocněním?*

Graf č. 4: Výskyt dětí s duševním onemocněním v MŠ

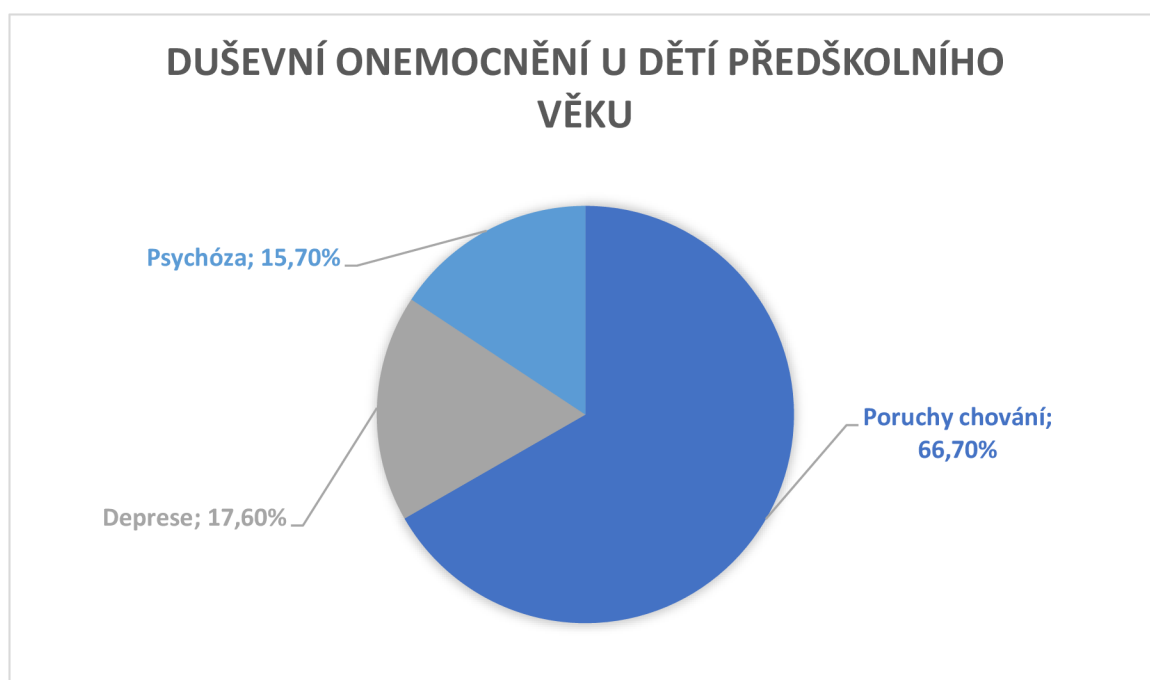


Vzhledem k tomu, že se duševní onemocnění u dětí předškolního věku nediagnosticskuje, odpovědi na tuto otázku jsou názory z praxe respondentů odpovídajících na náš dotazník. Názory respondentů jsou následující: výskyt dětí s duševním onemocněním je stále stejně uvedlo 63, častější výskyt vnímá 45 respondentů.

Podle 41,7% respondentů je tedy výskyt duševních onemocnění u předškolních dětí rostoucí. Z toho je pak možné usuzovat, že nárůst duševních onemocnění u dětí není až tak dramatický, když nadpoloviční většina respondentů odpovídá, že výskyt onemocnění zůstává stejný, nicméně určitý nárůst zde pozorovat lze.

5. zjištění z dotazníku: *Se kterým duševním onemocněním se u dětí setkáváte nejčastěji?*

Graf č. 5: Nejčastější duševní onemocnění u dětí

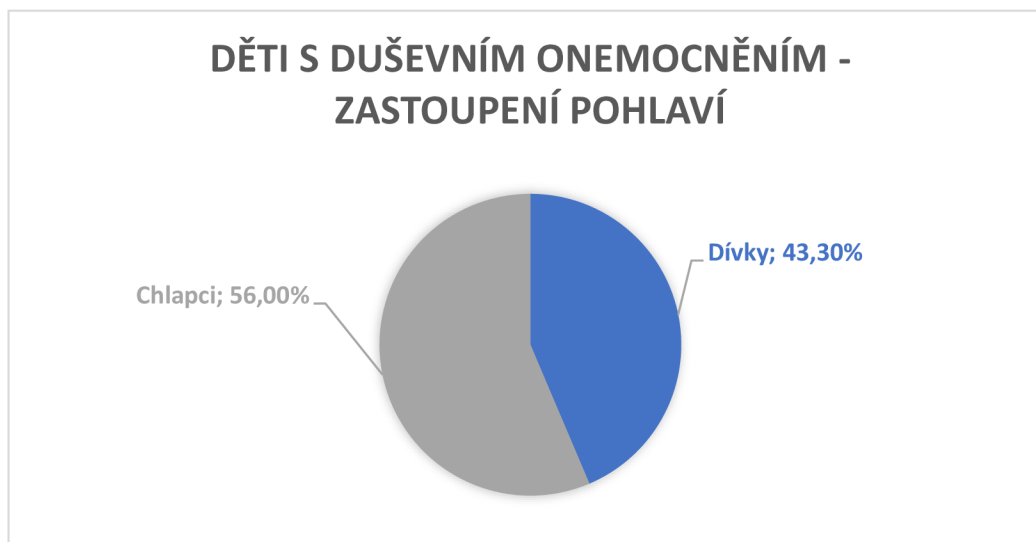


Stejně jako v otázce výše musí být tato otázka brána pouze jako názor učitele v MŠ, podle posouzení projevů dítěte. Dle respondentů je procentuální zastoupení duševních onemocnění u dětí předškolního věku takové, jak uvádíme výše v grafu. Nejčastějšími odpověďmi, tedy celkem 48x, byly uvedeny poruchy chování, dalším uvedeným duševním onemocněním byly deprese (celkem 13 odpovědí) a poslední variantou byly různé psychózy (celkem 11 odpovědí).

Z výsledků vyplynulo, že poruchy chování jsou skutečně nejčastějším duševním onemocněním u dětí předškolního věku, když se vyskytují v podstatě ve dvojnásobném počtu, než zbývající posuzovaná onemocnění dohromady.

6. zjištění z dotazníku: *Dítě, kterého se dotazník týká – chlapec/dívka, úplná/neúplná rodina*

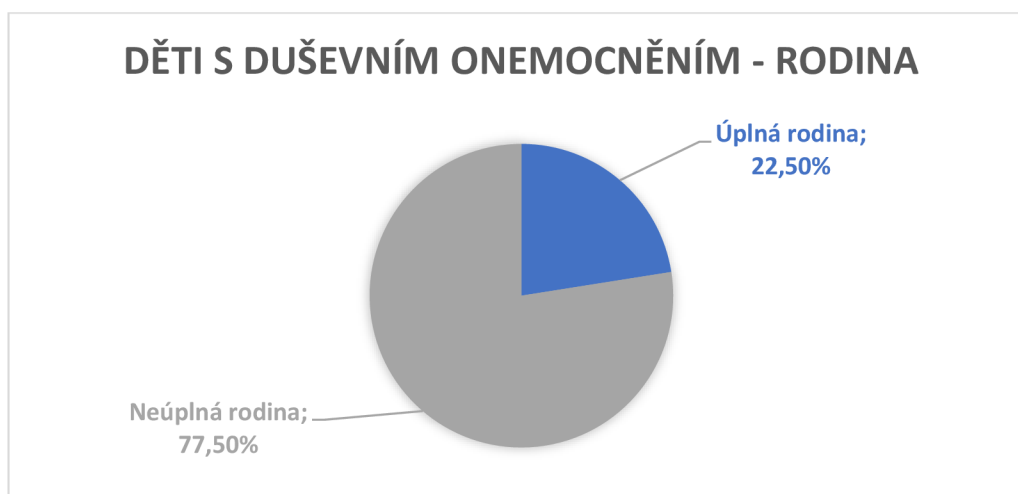
Graf č. 6: Zastoupení pohlaví dětí s duševním onemocněním



Celkový počet dětí, kterých se dotazník týká, bylo celkem 550, jak je již uvedeno výše. Z toho dívek 238, což je 43,3%, chlapců celkem 312, což je 56,7%. Dále respondenti uvedli, že 426 těchto dětí žije v neúplné rodině (77,5%) a 124 z dětí žije v rodině úplné (22,5%).

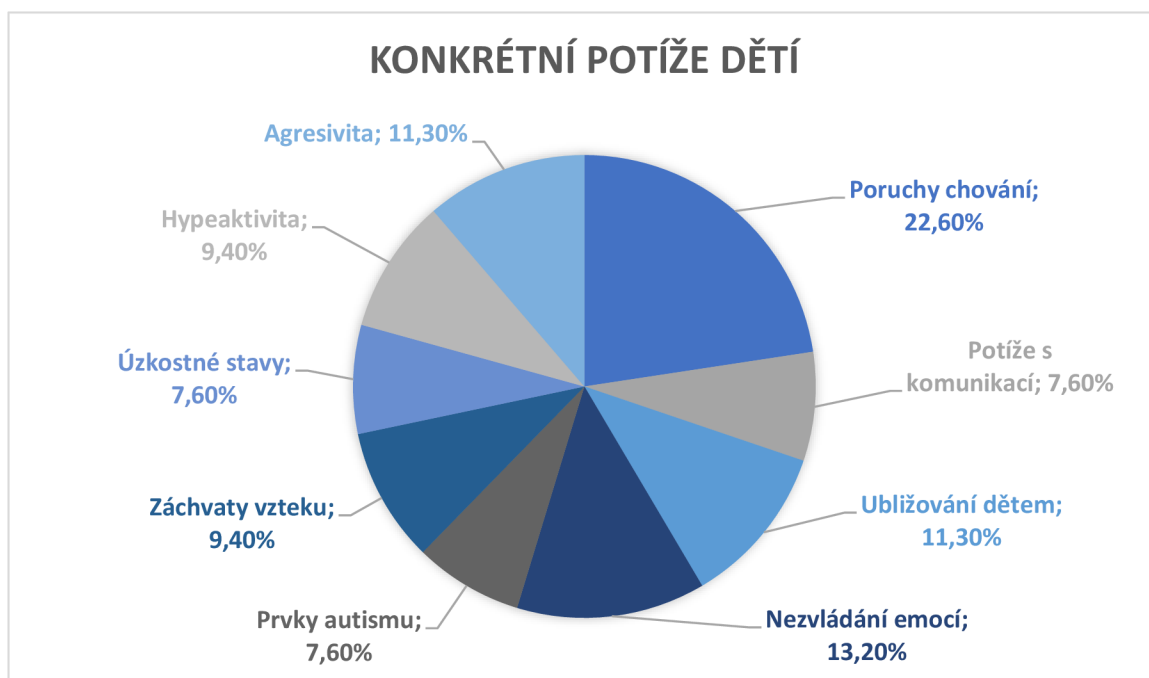
Z předchozí odpovědi vyplynulo, že nejčastějším duševním onemocněním jsou poruchy chování, které jsou častější u chlapců, a proto není překvapující výše uvedený výsledek o tom, že předškolní chlapci trpí duševním onemocněním více než dívky. Z výsledků je dále patrné, že rodinná situace je také jedním z faktorů, kvůli kterým duševní onemocnění vzniká, když více než tři čtvrtiny dětí s duševním onemocněním pochází z neúplné rodiny.

Graf č. 7: Rodinná situace dětí s duševním onemocněním



1. otázka: *Jaké konkrétní potíže dítě ve školce má?*

Graf č. 8: Konkrétní problémy dětí s duševním onemocněním



Respondenti nejčastěji zmiňovali následující potíže: poruchy chování, nezvládnání emocí, agresivita, ubližování dětem, hyperaktivita, záchvaty vzteku, potíže s komunikací, úzkostné stavy, prvky autismu. V následujícím grafu je uvedeno procentuální zastoupení těchto vyjmenovaných problémů.

Opět se těmito výsledky potvrdilo, že nejčastějším onemocněním jsou poruchy chování, hned poté následují problémy s nezvládnáním emocí, přičemž tento projev je často spojovaný se vznikem deprese.

2. otázka: *Jak se problémové chování projevuje?*

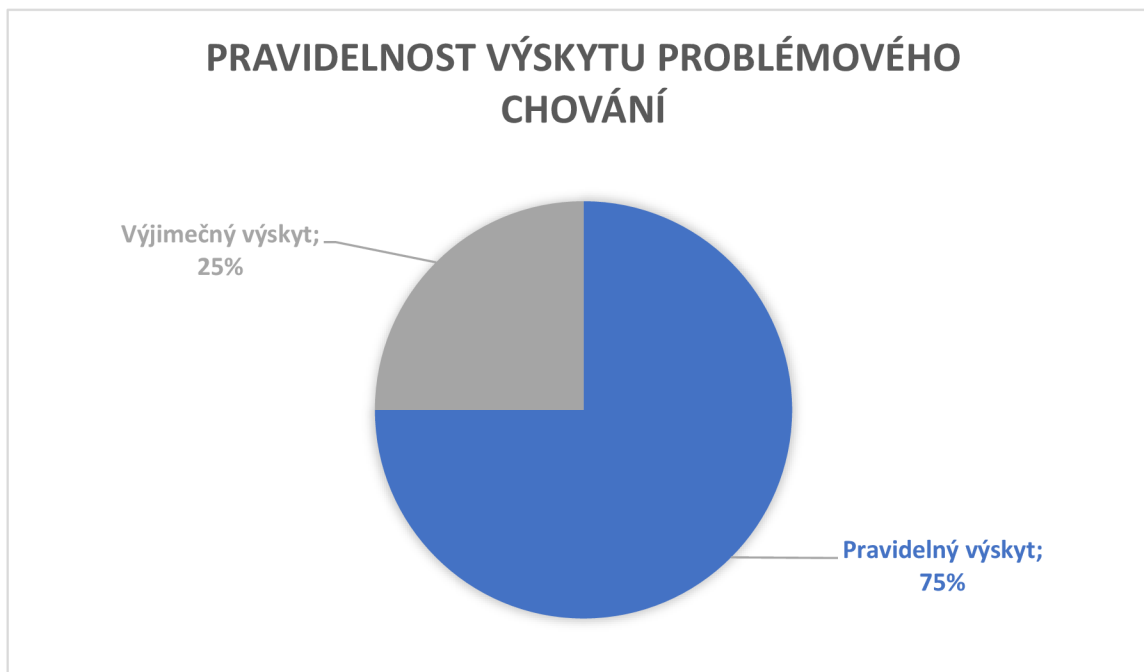
U této otázky se respondenti nejvíce rozepsali, vyjmenovali následující projevy problémového chování: nerespektování pravidel, obtěžování a ubližování ostatním dětem, nervozita, vulgárnost, nestabilita, odmítání dospělého, nerespektování autorit, agrese, hlasité projevy zlosti, ubližuje, křičí, vzteká se, nespolupráce, odbíhání od činností, neudrží pozornost, pláč, vzdor, vztekání se, nemluvnost, vynucování si pozornosti, ostych, stranění se kolektivu, nedodržování pokynů, únava, nechut' do činností, smutek, výmluvy, stres, strach, pomočování, neklid, zkoušení hranic, přecitlivělost, stranění se kolektivu.

Pakliže se u dítěte vyskytne některý z uvedených projevů nepravdělně a osamoceně, dá se ještě uvažovat o pouhém mimořádném vybočení, které za duševní onemocnění považovat

nelze a je v podstatě „normální“, že dítě občas zlobí nebo u něj nastane nějaký exces. Pokud se však takto některé dítě projevuje opakovaně, vykazuje více uvedených problémových chování a jeho chování se navíc stupňuje, je možné již uvažovat o poruše chování, popř. jiném duševním onemocnění.

3. otázka: *Vyskytuje se toto chování pravidelně?*

Graf č. 9: Pravidelnost výskytu problémového chování

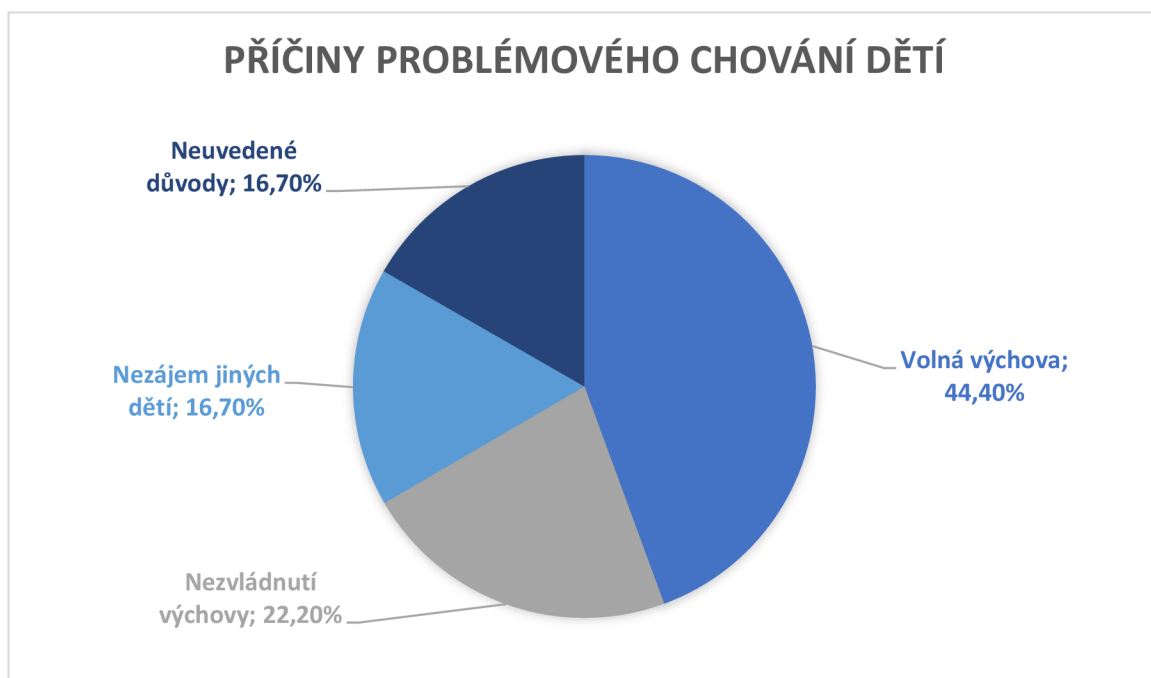


U této otázky potvrdily přesně tři čtvrtiny dotázaných (54 odpovědi = 75%) pravidelnost problémového chování, zbylá čtvrtina (18 odpovědi = 25%) uvádí problémové chování spíše jako výjimečné.

V návaznosti na předchozí otázku je možné z těchto výsledků uzavřít, že bohužel pouze u čtvrtiny dětí se jedná o ojedinělé případy problémového chování, zbývající děti problémové chování opakují, popř. stupňují.

4. otázka: *Dokážete říct, co je příčinou problémového chování?*

Graf č. 10: Příčiny problémového chování dětí

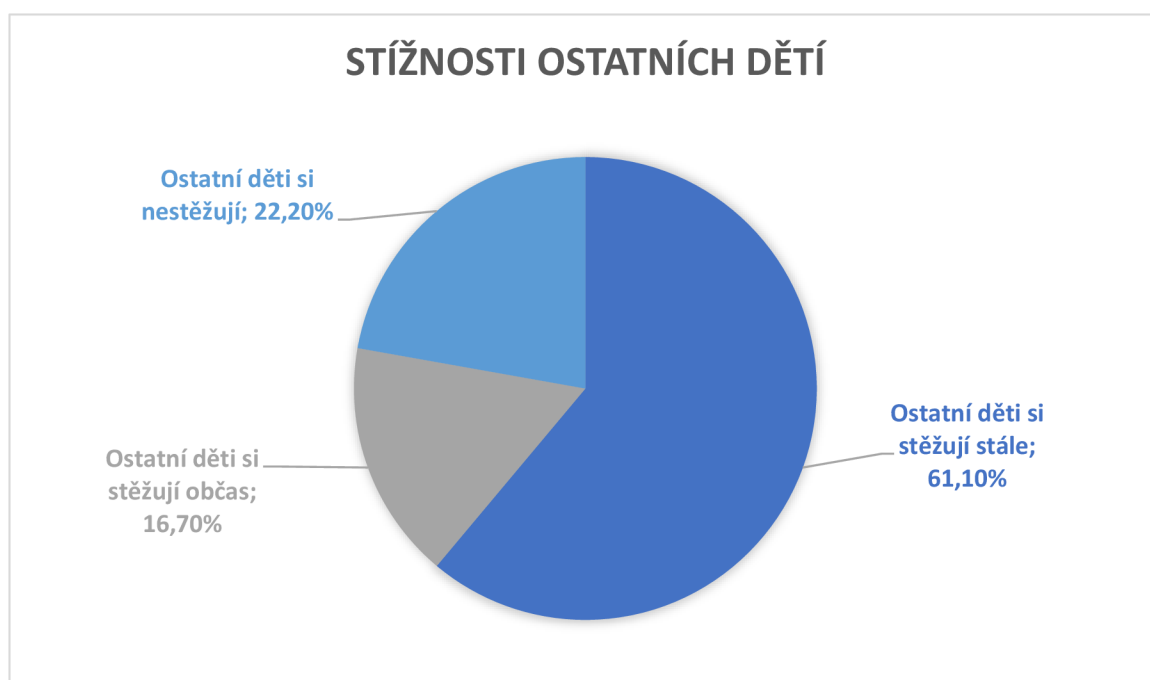


Na tuto otázku nedokázalo odpovědět 12 respondentů (16,7%), stejný počet dotázaných odpovědělo, že dítě se projevuje problémově z toho důvodu, že si jej ostatní děti nevěšují, takže na sebe upozorňuje. Dalšími odpověďmi byly problémy ve výchově – ve 44,4% to byl problém volné výchovy, tedy podřizování se dítěti, zbylých 22,2% respondentů odpovědělo, že rodiče výchovu nezvládají nebo jsou nedůslední.

Z výsledků vyplynul podstatný vliv rodiny a okolního prostředí na zdravý psychický vývoj dítěte. Jestliže dítě nemá stabilní a důsledné rodinné zázemí, projevuje se problematickým chováním a ve svém důsledku to může vést až k duševnímu onemocnění.

5. otázka: *Stěžují si na problémové dítě ostatní děti?*

Graf č. 11: Stížnosti ostatních dětí

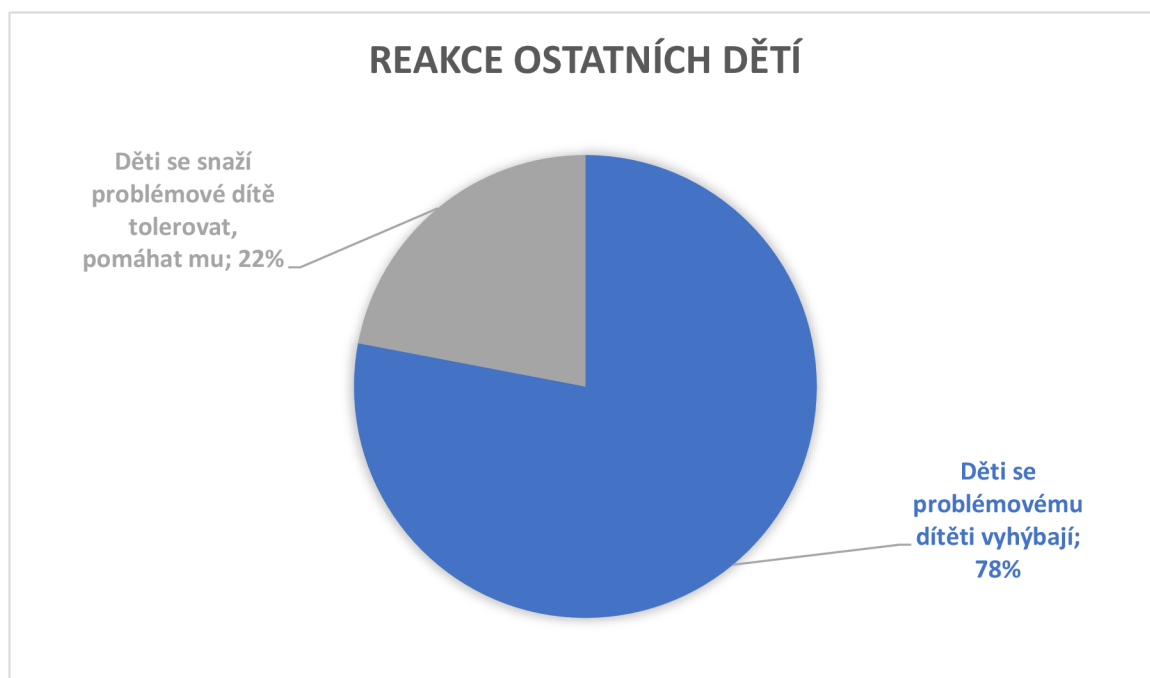


Zde z odpovědí vyplynulo, že v 61,1% (44 odpovědí) si ostatní děti na problémové dítě stěžují, v 16,7% (12 odpovědí) jsou stížnosti občasné, 22,2% (16 odpovědí) dětí si nestěžuje vůbec.

Je zřejmé, že ostatním dětem problémové chování ostatních spolužáků vadí, protože je nepovažují za normální a často se těchto spolužáků bojí. Odpovědi, že si děti nestěžují vůbec, mohou být proto zkreslené právě z důvodu strachu dětí před pomstou problémového spolužáka.

6. otázka: *Jak na dítě reagují ostatní děti?*

Graf č. 12: Reakce ostatních dětí

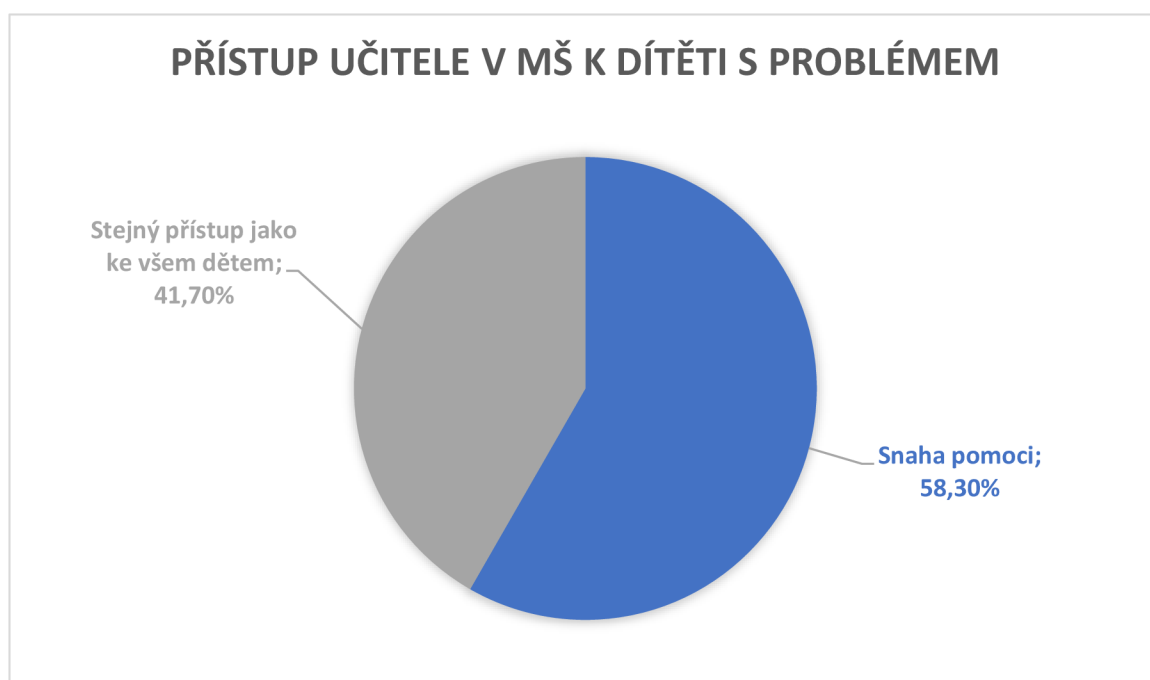


U této otázky byla nejčastější volbou odpověď, že se danému dítěti ostatní děti vyhýbají, celkem v 78%, zbývajících 22% dětí se snaží problémové dítě tolerovat, pomáhat mu a zapojovat ho do aktivit, což jistě souvisí i s přístupem učitele samotného.

Obdobně jako u předchozí otázky, i zde svoji roli hraje strach ostatních dětí z chování problémových spolužáků. Je vcelku potěšující, že pětina dětí se snaží pomoci napravit chování těchto spolužáků a začlenit je do kolektivu.

7. otázka: *Jak vnímáte dítě vy?*

Graf č. 13: Přístup učitele k dítěti s problémem

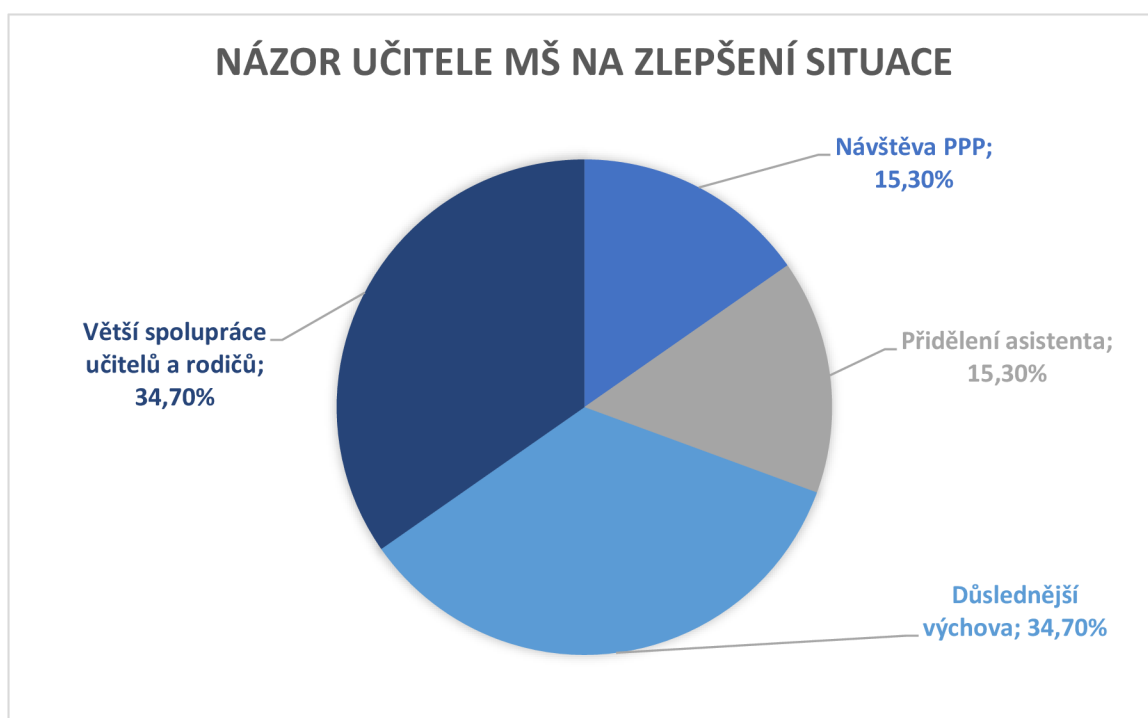


Odpovědi na tuhle otázku byly dvě - snaha dítěti pomoci nebo stejný přístup k dítěti jako k jiným dětem v MŠ. Snahu pomoci uvedlo 42 respondentů, stejný přístup vůči všem dětem volí 30 dotázaných. Procentuální zastoupení je uvedeno v následujícím grafu.

Z výsledků je patrná většinová tendence učitelů pomoci problémovým dětem, což je pochopitelné. Učitelé vnímají to, že děti s problémy v chování vyžadují více péče a komunikace než ostatní děti, a proto tomu uzpůsobují i přístup k nim.

8. otázka: V čem vidíte řešení?

Graf č. 14: Názor učitele MŠ na zlepšení situace

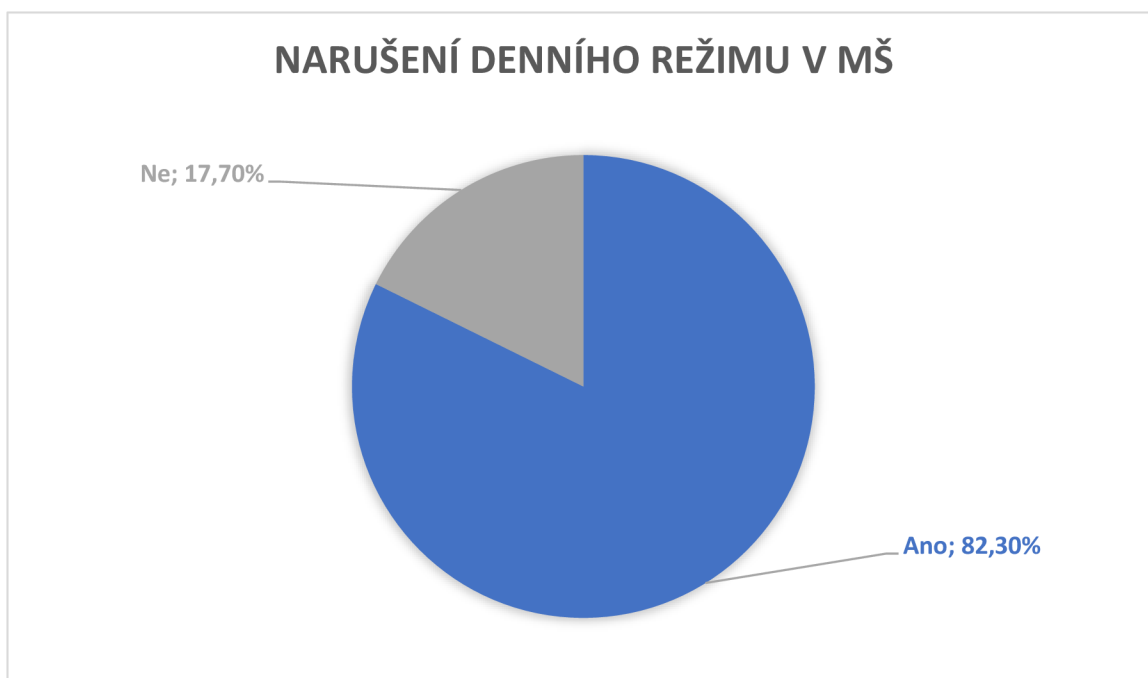


Na tuto otázku se sešly čtyři různé odpovědi, a to konkrétně tyto: návštěva pedagogicko-psychologické poradny (11 odpovědí), přidělení asistenta k dítěti (11 odpovědí), dále důslednější výchova (25 odpovědí) a poslední varianta, kterou respondenti uvedli je větší spolupráce učitelů s rodiči (25 odpovědí). Procentuální zastoupení zmíněných odpovědí je uvedeno ve výše uvedeném grafu.

Z výsledků je zřejmé, že učitelé znají příčinu problémového chování určitých dětí, a jsou tedy schopni stanovit, v jakých oblastech by bylo u konkrétních dětí zapotřebí zasáhnout. Nejčastěji je to pochopitelně důsledná výchova a spolupráce učitelů s rodiči, nicméně toto řešení je značně problematické, protože učitelů je v mateřských školách nedostatek v poměru k počtu dětí, a rodiče si navíc často nechtějí přiznat, že je s jejich dítětem nějaký problém.

9. otázka: *Jak porucha chování narušuje denní režim a vaši práci?*

Graf č. 15: Narušení denního režimu v MŠ



Podle odpovědí tyto děti, ve většině případů, narušují denní režim v mateřské škole a práci učitelů. V tomto se shodlo celkem 59 z dotázaných 72, což je 82,3%. Jako konkrétní příklady respondenti uvedli hlavně to, že se musí problémovým dětem více věnovat na úkor ostatních dětí, takže věnují dané činnosti více času nebo jí udělají méně. Zbýlých 13 odpovědí (17,7%) bylo, že denní režim a práci učitelů v MŠ děti s duševním onemocněním nenarušují. Tuto skutečnost znázorňuje výše uvedený graf.

Z výsledku vyplývá, že k narušení režimu kvůli problémovým dětem dochází ve většině případů, neboť jak bylo výše uvedeno, tyto děti vyžadují více péče a pozornosti než ostatní spolužáci.

4.6 Zhodnocení předpokladů

1. Předpokládáme, že v otázce duševních onemocnění bude větší zastoupení chlapců. Předpokládám 70% chlapci, 30% dívky.

Tento předpoklad byl potvrzen. Odhadovanými procenty ne zcela, ovšem chlapců s duševními problémy je více než dívek. Z výsledků vyplývá, že chlapců je 57%, dívek 43%.

2. Předpokládáme, že v neúplných rodinách je výskyt duševních onemocnění u dětí předškolního věku vyšší, jelikož dítě velmi ovlivňuje vnější prostředí, a pokud se mu nedostane pomoci, tak se onemocnění zhoršuje a prohlubuje.

Tento předpoklad je pravda. Problémových dětí je z neúplných rodin celkem 78%, z úplných rodin je zbylých 22%.

3. Předpokládáme, že v mateřské škole se děti s duševním onemocněním projevují hlavně poruchami chování. Nedostává se jim dostatek pozornosti, zlobí, upozorňují na sebe, ubližují ostatním dětem, mají nedostatek pozornosti a jsou nedisciplinovaní. Nerespektují autoritu.

Z odpovědí vyplývá, že poruchy chování jsou opravdu nejčastějším projevem dětí s duševním onemocněním, celkem v 67%. Třetí předpoklad se tedy potvrdil.

4. Předpokládáme, že vzdělávací harmonogram v MŠ děti s duševním onemocněním narušují. Často vyrušují především v řízené činnosti, takže se učitel musí věnovat žákovi, kterého je třeba ukočírovat a tím se krátí čas pro výuku. Nehledě na dopad, který to má na ostatní děti, kteří jsou u toho.

Čtvrtý předpoklad výsledky dotazníků potvrdily - 82% respondentů uvedlo, že tyto děti vzdělávací harmonogram narušují. Uvedli však také, že ne až v takové míře, aby se nedal zvládnout, jedná se spíše o delší čas, který se musí dané aktivitě věnovat.

Předpokládáme, že v posledních letech se dle našeho názoru počet dětí s duševním onemocněním zvýšil. Mantinele toho, co vše je ještě v pořádku se posunují jak u rodičů, tak i učitelů a poradny jsou vyčerpány.

Ohledně vyššího počtu dětí s duševním onemocněním v mateřských školách se shodlo celkem 42% dotázaných. Tento předpoklad je tedy taky potvrzen.

4.7 Závěry výzkumného šetření

Tématem výzkumu praktické části bylo duševní onemocnění u dětí předškolního věku zaměřené na psychózu, poruchy chování a deprese.

Cílem praktické části bylo zjistit, zdali se v mateřských školách objevuje u dětí duševní onemocnění. Z dotazníkového šetření vyplývá následující závěr. Duševní onemocnění se u dětí předškolního věku objevuje, a to u 550 dětí z celkového počtu 4244, což je celkem 13 % dětí s těmito problémy, což přibližně odpovídá celosvětovému souhrnnému výskytu duševních poruch.

Dílčím cílem bylo zjistit, zdali má rodinné prostředí souvislost s duševním onemocněním předškolních dětí. U tohoto dílčího cíle je odpověď pozitivní, tzn., že rodinné prostředí s duševním onemocněním souvislost má. V neúplné rodině žije, z celkového počtu 550 dětí, celkem 426 dětí (77,5%) a 124 dětí žije v rodině úplné (22,5%). Jako konkrétní důvody problémového chování dětí uvedli respondenti následující: problém volné výchovy, tedy podřizování se dítěti, dále nezvládnutí výchovy rodiči, či nedůslednost vůči dítěti. Ostatními důvody, které se netýkají rodinného prostředí, byly ty, že dítě na sebe přehnaně upozorňuje, když si jej ostatní děti nevšímají nebo nejsou věci, tak jak by chtělo samo dítě.

Následujícím dílčím cílem bylo analyzovat, zdali se duševní onemocnění objevuje více u chlapců nebo dívek. Celkový počet dětí, kterých se dotazník týkal, bylo celkem 550, jak je již uvedeno výše. Z toho dívek 238, což je 43,3%, chlapců celkem 312, což je 56,7%. Závěr tohoto dílčího cíle je tedy ten, že se duševní onemocnění objevuje častěji u chlapců.

Dalším dílčím cílem bylo konkretizovat, jak se tyto děti v MŠ projevují. U této otázky se respondenti nejvíce rozepsali, vyjmenovali následující projevy problémového chování: nerespektování pravidel, obtěžování a ubližování ostatním dětem, nervozita, vulgárnost, nestabilita, odmítání dospělého, nerespektování autorit, agrese, hlasité projevy zlosti, ubližuje, křičí, vzteká se, nespolupráce, odbíhání od činností, neudrží pozornost, pláč, vzdor, vztekání se, nemluvnost, vynucování si pozornosti, ostych, stranění se kolektivu, nedodržování pokynů, únava, nechut' do činností, smutek, výmluvy, stres, strach, pomočování, neklid, zkoušení hranic, přecitlivělost, stranění se kolektivu. Konkrétními potížemi, které dítě v mateřské škole má, jsou následující: poruchy chování, potíže s komunikací, ubližování dětem, nezvládnutí emocí, prvky autismu, záchvaty vzteku, úzkostné stavy, hyperaktivita a agresivita.

Posledním cílem bylo určit, jestli je kvůli těmto dětem narušen vzdělávací harmonogram v MŠ. Podle odpovědí tyto děti, ve většině případů, narušují denní režim v mateřské škole a práci učitelů. V tomto se shodlo celkem 59 z dotázaných 72, což je 82,3%. Jako konkrétní příklady respondenti uvedli hlavně to, že se musí problémovým dětem více věnovat na úkor ostatních dětí, takže věnují dané činnosti více času nebo jí udělají méně. Zbýlých 13 odpovědí (17,7%) bylo, že denní režim a práci učitelů v MŠ děti s duševním onemocněním nenarušují.

Respondenti byli dotázáni také na návrhy řešení, které by těmto duševně nemocným předškolním dětem mohly pomoci. Víceméně se neustále opakovaly čtyři odpovědi, a to následující: důslednější výchova, větší spolupráce učitelů s rodiči, návštěva pedagogicko-psychologické poradny a přidělení asistenta k dítěti.

4.8 Diskuze

Provedeným výzkumem se potvrdilo, že i děti předškolního věku mohou trpět některým z duševních onemocnění. Tomuto zjištění odpovídají i výsledky výzkumu Dvořákové (2021), dle kterých se 17,8 % dotazovaných pedagogů mateřských škol odpovědělo, že mají ve své třídě dítě, které trpí nějakým typem psychické poruchy. Stejně procento se pak setkalo s depresivními stavy svých žáků. Pouhých 11 % dotazovaných se pak nikdy nesesetkalo ve své třídě s problémovým chováním. Dvořáková (2021) při svém výzkumu získala odpovědi od 118 respondentů, oproti našim 72 respondentům, navíc má ve svém dotazníku širší okruh otázek. Za stěžejní je možné považovat otázku, zda mají respondenti ve třídě dítě, které navštěvuje psychologa. Kladná odpověď u 32,2 % dotázaných může napovídat, že tyto děti mohou mít skutečně psychický problém, a nejedná se pouze o subjektivní hodnocení psychické poruchy ze strany pedagoga. Z uvedených důvodů je možné považovat výsledky druhého výzkumu za prokazatelnější, nicméně cíl prokázání výskytu duševního onemocnění u předškolních dětí byl v obou výzkumech splněn. Po tomto zhodnocení můžeme konstatovat, že jsme se v rámci našeho výzkumu mohli v dotazníku širěji dotazovat respondentů na duševní onemocnění dětí a zda některé z dětí navštěvuje odborníka. Oproti našemu výzkumu ovšem ve druhém výzkumu chybí výstup, jakým způsobem je možné ze strany mateřské školy pomoci dětem s duševním onemocněním.

Tématem pomoci pedagogů takto nemocným dětem a jejich přístupu k nim se nicméně zabývá výzkum Dedkové (2013), která na základě rozhovorů s ředitelkami mateřských škol analyzuje postup pedagogů při podezření na symptomy poruch chování. Obdobně jako v našem výzkumu zjišťuje, že ze strany pedagogů je postup takový, že pozoruj dítě, konzultují situaci s

kolegy a rodiči, popř. doporučují odborníka. Zoss (2019) pak podrobněji uvádí analýzu podmínek komunikace a spolupráce rodičů a mateřské školy, která je velmi důležitá pro řešení problémového chování dítěte. Oba zmíněné výzkumy probíhaly v osobním kontaktu s pedagogy a rodiči, což zvyšuje pravdivost a správnost poskytnutých odpovědí. V našem výzkumu osobní kontakt chybí a výsledky tedy mohou být zkreslené např. z důvodu neúplného pochopení dotazu či neochoty odpovědět. Jak již bylo zmíněno, výsledky výzkumů jsou nicméně obdobné a za jeden z nejpodstatnějších faktorů je považována kvalitní komunikace mezi mateřskou školou a rodiči.

Co se týče ostatních výsledků zjištěných v našem výzkumu, výrazně se neodlišují od publikovaných názorů a zjištění. S ohledem na to, že u předškolních dětí převažují z duševních onemocnění poruchy chování, je výskyt těchto onemocnění častější u chlapců, což potvrzuje i Vágnerová (2014). Podstatný vliv rodinného prostředí na vznik duševního onemocnění dětí předškolního věku pak potvrzuje i Hosák a kol. (2021) či Marxtová, Marečková (2007). Projevy duševního onemocnění, které byly zjištěny v rámci našeho výzkumu, se v publikacích také objevují. Např. Hort a kol. (2000) u depresí a obdobně i u poruch chování uvádí projevy v podobě pláče, křiku, afektivních výbuchů a agrese, což odpovídá i našemu zjištění.

Po zhodnocení můžeme konstatovat, že naše stanovené předpoklady byly naplněny, nicméně některé otázky a předpoklady bylo možné formulovat podrobněji a ve větším rozsahu.

Přínos této práce do praxe spočívá především ve zjištění, že stabilní a důsledné rodinné zázemí, a také spolupráce rodičů s učiteli jsou jedním ze základních předpokladů pro zdravý psychický vývoj dítěte, popř. pro jeho obnovení, pokud je narušený nějakými nenadálými událostmi. Jestliže už se duševní onemocnění v nějaké formě u dítěte již rozvine, je důležité začít s léčbou v podobě terapií co nejdříve, aby se dosáhlo co nejlepších a nejrychlejších výsledků.

Na základě provedeného výzkumu je tedy možné shrnout, že úkolem učitelů v mateřských školách by mělo být rozpoznávání příznaků duševních onemocnění u dětí předškolního věku. Včasné odhalení onemocnění již v jeho zárodku a nástup léčby pak může mít příznivý vliv na celý další život dítěte.

Závěr

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou duševních onemocnění u předškolních dětí, se zaměřením na psychózu, deprese a poruchy chování. Cílem bakalářské práce bylo získat informace a přehled o současném duševním stavu dětí.

Cílem bakalářské práce, v teoretické části, bylo definovat pojmy a poznatky spojené s charakteristikou dítěte předškolního věku, jeho specifik a později se práce zaměřovala na konkrétní druhy duševních onemocnění, které se v dětské populaci vyskytují nejčastěji. U každé formy následuje vymezení příznaků, projevů a případné léčby. Cílem praktické části bylo zjistit, jaké zkušenosti mají s duševními onemocněními pedagogové v mateřských školách a zda tato onemocnění postihují více chlapce nebo dívky, následná data jsme analyzovali a zaznamenali.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělená do dvou kapitol. První kapitola charakterizuje pojem duševní onemocnění a klasifikaci dle 10. revize MKN. Druhá kapitola se zabývá charakteristikou dítěte předškolního věku, vymezením nejčastějších duševních onemocnění, s následným rozбором psychózy, deprese a poruch chování. Každý z těchto konkrétních druhů onemocnění byl definován, byly vymezeny příznaky, projevy a možnosti léčby.

Praktická část čerpá z osobních zkušeností učitelů mateřských škol. Cílem praktické části bylo zjistit, jak často se pedagogové setkávají s duševním onemocněním u dětí a jaké pohlaví má častěji problémy, které se projevují konkrétním způsobem.

Prostředkem pro zjištění byly použité dotazníky, které byly rozdané mezi pedagogy různých mateřských škol v různých krajích. Otázky byly sestaveny na základě teoretické části bakalářské práce, z toho důvodu, aby v nich byla zahrnuta problematika zvoleného tématu. Získali jsme zpět 72 vyplněných dotazníků, díky kterým jsme pak mohli analyzovat dotazníkové šetření. Učitelé MŠ na pokládané otázky odpovídali velmi svědomitě.

Práce pro nás byla přínosná v tom, že jsme se dozvěděli o základních pojmech a problematice týkající se daného tématu.

Zdroje

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.). American Psychiatric Association

BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-955-9.

DEDKOVÁ, Dagmar. *Poruchy chování v předškolním věku – depistáž a intervence v Mateřské škole [online]*. Brno, 2013 [cit. 2022-08-30]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Karel Červenka, Ph.D. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/oltjd/>.

DUDOVÁ, Iva. Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, č. 1, s. 29–31. ISSN 1213-0508.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

DVOŘÁKOVÁ, Markéta. *Psychická onemocnění dětí předškolního věku [online]*. Olomouc, 2021 [cit. 2022-08-29]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/iv80dz/>.

ELLIOTT, Julian a Maurice PLACE. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0182-0.

ESSA, Eva. *Jak pomoci dítěti: metody zvládnání problémů dětí v předškolní výchově*. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 978-80-251-2928-9.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7178-3039.

HORÁČEK, Jiří. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis - Aमेpra, 2003. ISBN 80-86694-01-1.

HORT, Vladimír, Michal HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ a Eva MALÁ. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5088-3.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice: základy kvantitativně orientovaného výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0765-5.

KUBICOVÁ, Klára. *Dětská a adolescentní deprese ve školním kontextu [online]*. Brno, 2022 [cit. 2022-08-29]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Tomáš Kohutek, Ph.D. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/izl05/>.

KURIC, Jozef. *Ontogenetická psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2001. ISBN 80-214-1844-3.

LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.

MARXTOVÁ, Monika a Martina MAREČKOVÁ. *Děti s psychiatrickou diagnózou*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-15-3.

MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-587-4.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.

Mezinárodní klasifikace nemocí: Poruchy duševní a poruchy chování. *Mkn10.uzis: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. platnost od 1. 1. 2022 [cit. 2022-08-05]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Předškolák s problémovým chováním: projevy, prevence a možnosti ovlivnění*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0182-3.

NOVÁK, Tomáš a Hana LÁSKOVÁ. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5851-0.

PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.

PRŮCHA, Jan. *Předškolní dítě a svět vzdělávání: přehled teorie, praxe a výzkumných poznatků*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-323-5.

ŠMELOVÁ, Eva a Michaela PRÁŠILOVÁ. *Didaktika předškolního vzdělávání*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1302-4.

TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.

VACULČÍKOVÁ SEDLÁČKOVÁ, Zuzana a Ján PRAŠKO. *Deprese a poruchy osobnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5590-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VOLKMAR, Fred. R.. Childhood and adolescent psychosis: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996, vol. 35, issue 7, s. 843–851. ISSN 0890-8567.

ZOSS, Pavlína. *Příčiny poruch chování u dětí předškolního věku [online]*. Brno, 2019 [cit. 2022-08-29]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Věra Vojtová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/56kwpb/>.

Seznam zkratk

ADHD- porucha pozornosti s hyperaktivitou

DSM-III- diagnostický a statický manuál duševních poruch, 3. vydání

MKN 10- 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

MŠ- Mateřská škola

Seznam grafů

Graf č. 1: Zastoupení MŠ v jednotlivých krajích ČR	29
Graf č. 2: Zastoupení pohlaví dětí v MŠ	30
Graf č. 3: Počet dětí s duševním onemocněním vůči dětem ostatním	31
Graf č. 4: Výskyt dětí s duševním onemocněním v MŠ	32
Graf č. 5: Nejčastější duševní onemocnění u dětí	33
Graf č. 6: Zastoupení pohlaví dětí s duševním onemocněním	34
Graf č. 7: Rodinná situace dětí s duševním onemocněním	34
Graf č. 8: Konkrétní problémy dětí s duševním onemocněním	35
Graf č. 9: Pravidelnost výskytu problémového chování	37
Graf č. 10: Příčiny problémového chování dětí	38
Graf č. 11: Stížnosti ostatních dětí	39
Graf č. 12: Reakce ostatních dětí	40
Graf č. 13: Přístup učitele k dítěti s problémem.....	41
Graf č. 14: Názor učitele MŠ na zlepšení situace	42
Graf č. 15: Narušení denního režimu v MŠ	43

Seznam příloh

Příloha č. 1- Dotazník pro učitele MŠ

Příloha č. 1- Dotazník pro učitele MŠ

DOTAZNÍK PRO UČITELE MŠ

Mateřská škola v

Počet dětí v MŠ celkem _____ – z toho dívek _____ , chlapců _____

Celkový počet dětí, kterých se dotazník týká _____

Jak často oproti předchozím letem registrujete děti s duševním onemocněním?

Se kterým duševním onemocněním se u dětí setkáváte nejčastěji?

(Otázky níže vyplnit prosím pro každé dítě zvlášť.)

Chlapec / dívka Věk: _____ Rodina: úplná / neúplná

- 1) Jaké konkrétní potíže dítě ve školce má?
- 2) Jak se problémové chování projevuje?
- 3) Vyskytuje se toto chování pravidelně?
- 4) Dokážete říct, co je příčinou problémového chování?
- 5) Stěžují si na něj ostatní děti?
- 6) Jak na dítě reagují ostatní děti?
- 7) Jak vnímáte dítě vy?
- 8) V čem vidíte řešení?
- 9) Jak porucha chování narušuje denní režim a vaši práci?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Denisa Gattingerová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Tereza Buchtová, Ph. D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Duševní onemocnění u dětí předškolního věku zaměřené na psychózu, poruchy chování a deprese
Název v angličtině:	Mental illness in preschool children focused on psychosis, behavioral disorders and depression
Anotace práce:	Záměrem bakalářské práce je v teoretické části seznámení s definicí duševního onemocnění, do kterých spadají rovněž i poruchy spánku. Cílem bakalářské práce je popsat základní pojmy, které se vážou k tématu a zjistit, zdali se v mateřských školách objevuje duševní onemocnění.
Klíčová slova:	Duševní onemocnění, psychóza, deprese, poruchy chování
Anotace v angličtině:	The intention of bachelor thesis is to introduce the definition of mental illness in the theoretical part, which also includes sleep disorders. The aim of bachelor thesis is to describe the basic concepts that relate to the topic and to find out whether mental illness occurs in kindergartens.
Klíčová slova v angličtině:	Mental illness, psychosis, depression, behavioral disorders
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1- Dotazník pro učitele MŠ
Rozsah práce:	54 stran
Jazyk práce:	český