

ÚVOD

Žijeme v době, ve které musíme čelit spoustě nepříznivým vlivům. S přibýváním nároků denně na nás kladených, nedostatek času, stres, to vše přispívá ke vzniku psychických problémů. Dospělý člověk má problém se s některými životními situacemi a problémy dnešní společnosti vyrovnat. A co potom děti, které žijí v současném chaosu? Jak mají s těmito negativními vlivy bojovat ony? Přece jenom nemají ještě vyvinut repertoár obranných mechanismů jako dospělý, nevědí jak se s danou situací či problémem vyrovnat a bojují tak značně oslabeni.

Cílem této diplomové práce bylo vysvětlení úzkostných a depresivních poruch a nakonec zmapování jejich výskytu u dětí středního školního věku.

Inspiraci na toto téma jsem čerpala ze své rodiny, v níž se někteří mí nejbližší příbuzní věnují práci s dětmi, a tak o témata problémů na dané téma nemám nouzi. Sama jsem si taky zavzpomínala na svá léta ve školní lavici a přemýšlela jsem, zda jsme jako děti podobné problémy, které známe dnes jako úzkost či depresi registrovali a vnímali jejich výskyt. Ať jsem vzpomínala jak jsem chtěla, nevzpomněla jsem si, že by tenkrát, před asi 10-15 lety se vůbec někdo zabýval myšlenkou psychického onemocnění dětí. Možná to bylo i tím, že lidé, ani pedagogové neměli takové povědomí o různých psychických onemocnění a už vůbec ne o jejich řešeních. Dnes slyšíme na každém kroku slova jako úzkost, deprese, neuróza, psychoterapie. Je to dobře? Lidé dnešní společnosti dobře ví, že mohou téměř se sebemenším problémem navštívit psychologa a jejich dítě může získat omezení, která je budou do značné míry reintegrovat z běžné dětské populace. Každé druhé dítě má dnes problémy, ať už výchovné či vzdělávací – poruchy pozornosti, poruchy učení a další. Máme dnes možnosti a již víme, na koho se s danými problémy obrátit a kde si nechat odborně poradit. Je pravda, že někteří rodiče těchto služeb využívají až přehnaně a dožadují se za každou cenu omezení při výuce pro jejich dítě. Dříve nebyly tyto možnosti tolik rozšířené, a tak jsme se s tím prali, jak jsme uměli. Co je tedy lepší?

Děti, které kladly zvýšené nároky na výchovu, byly v každé době a všude.

Většina lidí si myslí, že jich dnes přibývá. Můžeme se dohadovat, zda je to pravda, a jestliže ano, jaké jsou příčiny. Jak se na tom podílí celá naše překotná doba? Nedostatek času, nervozita, násilí v televizních pořadech, honba za penězi, příliš autoritativní nebo příliš liberální výchova, zdravotní oslabení a celá řada dalších vlivů zde hraje roli.

Já mám však na mysli něco jiného. Chci čtenáři přiblížit obtíže v chování dětí, které trpí úzkostí a depresivitou. Zamýšlet se nad jejími příčinami a možnostmi léčby. Myslím si, že

děti středního školního věku jsou nejohroženější skupinou dětí, které mohou trpět úzkostnými nebo depresivními stavy a náladami.

1 K SOUČASNÝM PSYCHOLOGICKÝM PROBLÉMŮM VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE

Je moje dítě celkově a trvale nešťastné?...

Projevuje se mé dítě výjimečně impulzivně a bez jakýchkoliv zábran?...

Vyvolává chování mého dítěte negativní reakce u ostatních?...

Má výchova své významné postavení v postmoderní době?...

Do jaké míry má zasahovat výchova, tedy i škola, do vývoje dítěte? ...

Jak se projevuje neustálá kritika, frustrace a úzkostnost na prožívání dětí?...

Může smutek za zhoršení školních výsledků?...

Pocituje moje dítě obavy, které pronikají do jeho myšlenek?...

Uvádíme jen některé otázky, které byly inspirativní k vytvoření výzkumu u žáků třetích až pátých tříd na základní škole. Je jisté, že chceme-li porozumět chování dětí, pochopit je a umět předvídat, jak budou za určitých okolností jednat, musíme znát příčiny či důvody jejich jednání. Tyto příčiny a důvody lidského chování, které mu dávají psychologický smysl, jsou nazývány motivy. Jsou to funkční prvky osobnosti, které určují směr a intenzitu jejího chování a prožívání. Prožíváním označujeme zase vnitřní psychické procesy, chováním pak pozorovatelné vnější projevy. Jinak řečeno, chování je projevem prožívání. A to, jak dítě mnohé skutečnosti prožívá, je odrazem správného vývoje, postavením rodiny, ekonomickou a sociální situací jeho rodiny, sourozeneckou konstelací, stylem výchovy, zatěžujícími událostmi...(Ondráček, 2003).

Psychický vývoj nezačíná okamžikem narození, ale probíhá již v prenatálním období. Jisté je, že pro nejrůznější budoucí obtíže výchovné či školní, je nesmírně důležité „přijetí“ dítěte jeho nejbližším sociálním prostředím, a to již v nejranějších fázích soužití. Z hlediska mé práce nás bude více zajímat mladší školní věk. A proto se přes „kouzelný svět předškoláka“, jak nazývá toto období Z. Matějček (1994), velmi rychle dostaneme k dalšímu důležitému sociálnímu mezníku dítěte, a to je nástup do školy. Školní zralost je jedním z předpokladů přijatelného zvládnutí role školáka. Jde o zralost tělesnou, kognitivní, emoční, sociální a motivační. Pokud dítě není ještě natolik zralé, aby uneslo školní zátěž (brzy se unaví, nedovede se na práci přiměřeně soustředit), funguje nezralost nervového systému jako blokáda přijatelného uplatnění rozumových schopností dítěte. Dítě se z tohoto důvodu nenaučí všechno, co má (Vágnerová, 1995).

Je toho spousta, co musí prvňáček zvládat, a proto mohou nastat vážné problémy. Často se mluví o takových dětech jako o dětech problémových (nikoliv problematických). Označení problémové dítě je velmi obecné a hodně neurčité (Edelsberger, Kábele a kol., 1998).

Potřeba uspět, dosáhnout dobrého výkonu a získat za něj dobrou známku je přirozenou motivační tendencí školáků. Do školy ovšem chodí i děti, které nejsou schopné dosáhnout požadovaných výsledků. A. Adler ve třicátých letech dvacátého století považoval potřebu úspěchu za základ dynamiky vývoje člověka. Podle tohoto pojetí je veškerá aktivita stimulována právě tímto mechanismem. E. Erikson nazval období školního věku fází pílě a snaživosti a dobrý výkon představuje úspěch. A úspěch posiluje sebedůvěru. Jestliže se to dítěti nedaří, zvyšuje se u něj riziko pocitu méněcennosti a nejistoty (Vašutová, 2005).

Školní neprospěch může mít celou řadu variant. Příčiny souvisejí:

- § Se sníženou úrovní rozumových schopností (mentální retardace).
- § S nerovnoměrným nadáním (základ pro specifické vývojové poruchy učení a chování).
- § S vývojovými změnami (školní zralost a připravenost na školu).
- § Se somatickým stavem dítěte (omezení výkonnosti, časté absence).
- § S aktuálním psychickým stavem a trvalejšími vlastnostmi osobnosti dítěte (Vašutová, 2005).

Jedna z nejčastějších příčin školního neprospěchu spočívá v *podprůměrné inteligenci*. Přibližně třináct procent dětí má podprůměrnou inteligenci: IQ 70-85. Nejde ještě o mentální defekt, ale pouze o určité snížení předpokladů. Tyto děti se ve škole něco naučí. Ale v momentě, kdy jim nebude stačit jen mechanické memorování, začnou mít potíže (např. v myšlenkových operacích, nedovedou zobecňovat, mají obsahově chudší řeč, sklon k infantilismu, hravosti...). V oblasti komplexní adaptace na školu bývají podprůměrní žáci handicapovaní (Vágnerová, 1995).

Příčiny mohou být různé :

- § První skupinu tvoří děti s organickým poškozením CNS (porodní komplikace, krvácení do mozku...).
- § Pro druhou skupinu je typická kombinace nižšího nadání a výchovně nepodnětné prostředí až zanedbanost (lhostejní rodiče, interakce mezi členy rodiny...) (Vágnerová, 1995).

Záměrně se v této práci nezabýváme *mentální retardací*. Na škole, kde výzkum probíhal se žádné dítě s MR nevzdělávalo, jelikož v témže městě je i Speciální škola pro tyto děti.

Nerovnoměrné nadání se může projevit u dětí, jejichž obecná inteligence je dostačující, ale žák trpí nedostatečným rozvojem dílčích schopností. Ty představují základ pro vznik specifických poruch učení (dále jen SPU). Specifické poruchy se dělí na: *dyslexii*, *dysgrafii*, *dysortografii*, *dyskalkulii*, *dysmúzii*, *dyspinxi*. Na škole, kde probíhal výzkum mají s reedukací neboli nápravou SPU dlouholetou tradici a proškolený tým učitelů. Náprava je prováděna skupinově několikrát týdně v tzv. dyslektických kroužcích a kromě zajímavých pomůcek využívají speciální PC programy na odstraňování konkrétních symptomů. Často jsou SPU spouštěcím mechanismem výchovných obtíží u dětí a vyskytují se spolu s emocionálními poruchami (Vašutová, 2005).

Somatické onemocnění nepůsobí jen na tělesný stav dítěte, ale ovlivňuje i jeho aktuální prožívání. To znamená, že i běžné, akutní onemocnění se odrazí ve školní práci. Děti bývají mrzuté, neklidné, se sklonem k afektivním výbuchům. Nebo naopak skleslé, apatické, bez zájmu o okolí. I po nemoci bývají děti zvýšeně unavitelné a zvyšuje se riziko neuspokojení z potřeby seberealizace (Vašutová, 2005).

Školní prospěch závisí na trvalejších vlastnostech osobnosti žáka a na jeho aktuálním *psychickém stavu*. Tuto závislost školního prospěchu na psychickém stavu dítěte popisujeme obšírněji v kapitole 3. Emocionalita a emoční poruchy.

Zde bychom se více chtěli věnovat poruchám související s *hyperaktivitou a neschopností se soustředit*. Syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou je podle Traina (1997) v angličtině označován jako Attention Deficit Hyperaktivity Disorder, tedy ADHD. U nás se dříve užívalo označení LMD-lehká mozková dysfunkce. Jde však o dvě různá pojetí. Patří sem děti jak tiché a zasněné, tak také nesmírně aktivní, jejichž bezbřehá energie dohání ostatní k šílenství. Ve školním prostředí se značná vzrušivost dítěte ještě zvýrazní. Dítě bloumá po třídě, vykřikuje, má problém dokončit práci, udržet pozornost, neošívát se stále, neřukat s předměty, nevydávat zvuky. Je roztěkané, vypadá stále neklidně, mluví překotně a hlasitě a jedná impulzivně, bez přemýšlení. Mezi hlavní symptomy patří: *porucha pozornosti, impulzivita, hyperaktivita*. Do této skupiny řadíme i děti, které jsou vytrvale nespolečenské a neschopné se podříditi autoritě. Tyto děti se zdánlivě nedokáží přizpůsobit ani zhodnotit důsledky svého chování. Jsou to rváči a postrach okolí. Mohou být vzdorovité, extrémně nepřátelské a agresivní. Chlapci jsou postiženi přibližně osmkrát častěji než dívky. Původní představa dokládající, že porucha s hyperaktivitou je záležitostí dětství, která končí pubertou, nebyla doložena. Train (2001) se domnívá,

že je dědičná. Existuje poměrně dobrá šance, že se stav dítěte zlepší, ale hodně závisí na inteligenci dítěte, na vlivu rodinného prostředí, a na tom, jakou má podporu doma i ve škole. Setkala jsem se na škole i s diagnostikovým žákem ADHD, kdy vlivem farmakoterapie (Ritalin) se zmírnily jeho obtíže ve vyučování natolik, že byl schopen přizpůsobit se podmínkám, které mu učitel a kolektiv vytvořily. Mohl potom plně využít svých výjimečných schopností a zkušeností ohledně přírody, a tím se i změnil vzájemný vztah se spolužáky. Žák zažíval doposud nepoznanou a neskutečnou radost a pocit z důležitosti a úspěchu .

Další závažnou kapitolou jsou **poruchy chování**. Je pro ně charakteristické opakované a přetrvávající agresivní, asociální nebo vzdorovité chování odpovídající danému věku. Projevy by měly být závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství pubescentů. A trvají-li šest měsíců nebo i déle, hovoříme o poruchách. Pokud se vyskytnou před desátým rokem života, bude na tom dítě mnohem hůř, než kdyby se příznaky objevily až v pubertě. Začne-li totiž porucha v útlém dětství, mívá dítě větší dispozici ke vzniku asociální poruchy osobnosti, poruchy nálady, úzkostné poruchy nebo k drogové závislosti (Train, 2001).

Poruchy chování lze rozlišovat podle různých aspektů (vznik, rozsah, intenzita, frekvence, věk...). V naší práci je budeme dělit podle společenské závažnosti. Nejméně společensky závažné jsou **poruchy disociální**. Patří sem *špatné návyky, zlozvyky, dětská neposlušnost a nekázeň, vzdorovitost*, což je vystupňovaná neposlušnost. Zpravidla je možno je zvládnout běžnými pedagogickými prostředky. Velmi častá je *lež*, jako záměrný podvod. Lež může být *instrumentální*, což je záměrná snaha oklamat jinou osobu s cílem zabránit vlastní prozrazení. Nebo *neinstrumentální, nutkavé lhaní*, kdy si je dítě vědomo, že neříká pravdu, ale současně mu není jasný motiv, proč to dělá. Třetí je *prosociální lež*, kdy dítě jedná v rozporu se skutečností a nechce se dotknout citů jiného. Častá je u děvčat. Chválí spolužačce oblečení, jen aby neztratily její náklonnost. *Bájevá lhavost* je taková, kdy dítě nedokáže odlišit fantazii od skutečnosti. U malých dětí jde o normální stav. Ve čtvrté třídě ale již hovoříme o poruše. Dětské lhaní často ukazuje na existenci dalších obtíží a poruch (Vašutová, 2005).

Asociální chování je závažnějším stupněm poruchy chování jedince. Psychickým mechanismem většiny těchto poruch je únik v psychické nebo fyzické formě. Projevuje se *útekami, toulkami, záškoláctvím*, které představuje porušení jednoho ze základních pravidel vymezujících roli školáka. Příčinou záškoláctví může být strach ze špatné známky, ale i odmítnutí školy, jako bezvýznamné instituce (Edelsberger, Kábele, 1988).

Další, velmi nebezpečná z důvodu obtížné léčby, nápravy a podchycení je *toxikomanie*. Nejrozšířenější a zcela běžné po opuštění školních prostorů se stává kouření. Z jiných výzkumů také víme, že požívání alkoholu nebo experimentování s drogami, není pro školáky nic nenormálního. U dětí ale vzniká rychlejší závislost a zvyšuje se riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky. A to by si měli uvědomovat rodiče, kteří mnohdy o kouření svých dětí ví, a omlouvají si to tím, že sami kouří. V současné době probíhají výzkumy, které sledují účinky počítačových her na psychiku dítěte. Je to totiž další rozšířená závislost a může být určitým předstupněm závislosti ve hře na výherních automatech (Vašutová, 2005).

Chování antisociální se vyznačuje nejvyšší společenskou nebezpečností a nejvyšším stupněm narušení. Patří sem *krádeže*, které jsou definovány záměrností jednání. Cíl krádeže a motivace souvisí s problémy dítěte. *Sexuální zneužívání* má ve většině případů krátkodobé i dlouhodobé traumatické následky. Docházet k němu může na škole, ale četnější případy poukazují na možnosti zneužívání dětí v domácím prostředí. Učitel by v této situaci měl být stále připraven na skutečnost, že dítě, které má potíže s učením i chováním ve škole, by mohl zažívat vážné problémy i doma. Měl by znát příznaky týrání a zneužívání (Train, 2001).

Mnohem rozšířenější je na školách *tělesné týrání a šikana*. Šikanování je nemocné čili patologické chování. Porušuje školní pravidla nebo dokonce naplňuje skutkovou podstatu trestných činů. Mezi hlavní rysy patří úmyslné, opakované týrání a zotročování spolužáka s používáním agrese a manipulace. Šikanování může být přímé (kopání, facky...) a nepřímé (ničení věcí...), fyzické (bránění oběti v dosahování cílů...) a verbální (urážení, šíření pomluv...), aktivní a pasivní (nikdo se oběti nezastane). Nejtěžší forma antisociálního jednání je *zabití* nebo *vražda* (Kolář, 2001).

2 CHARAKTERISTICKÉ ZNAKY CHOVÁNÍ A PROŽÍVÁNÍ RANÝCH PUBESCENTŮ

*„Vadou těla se duše nezohaví,
ale krásou duše se zdobí i tělo“.*

(Lucius Annaeus Seneca)

Mladší školní věk je poměrně klidné, nebouřlivé a přitom šťastné období. Normálně se vyvíjející dítě se snaží být co nejvíce aktivní, rádo spolupracuje s druhými a chce poznávat okolní svět. V této době je subjektivně velmi důležité, jak dítě ob stojí při plnění svých povinností a v činnosti vůbec. Na podaném výkonu závisí sebehodnocení dítěte. Hodnotit sebe znamená posuzovat se podle určitých kritérií, oceňovat své vlastnosti, projevy a výkony vzhledem k nim. Lapidárně to vyjádřil jeden velmi nadaný, avšak průměrně prospívající žák: „Škola se nevešla do mne a já se nevešel do školy.“ (Taxová, 1987).

Jeli neúspěchů mnoho, může se trvale fixovat pocit vlastní nedostatečnosti nebo méněcennosti. Takový jedinec se celkově podceňuje, obává se úkolů a zátěžových situací. Strach a tréma často jeho výkony snižují a ještě více se prohlubují pocity nedostačivosti, bezmocnosti i ukřivděnosti. A protože u pubescentů se sebevědomí díky úspěchům a neúspěchům teprve formuje, představuje to i poměrně složitý problém pedagogický. U některých je třeba sebevědomí posilovat, u jiných se nadměrné sebevědomí koriguje orientací na pomoc druhým (Taxová, 1987).

V průběhu dosavadního vývoje se dítě naučilo diferencovat žádoucí a nežádoucí chování. Schopnost dodržovat normy je spojena s rozvojem různých psychických kompetencí. Dostáváme se tak k období, kdy školní docházka a svět školy udává ráz dalších let více než cokoli jiného. Do života vstupuje nyní školní práce a s ní povinnosti. Znamená to rázem mnohem vyšší nároky na kázeň, schopnost odložit uspokojení okamžitých potřeb, kdy by dítě raději dělalo něco úplně jiného. Učitel očekává, že děti raného školního věku znají a uznávají základní normy jako pravidla lidského jednání. Ví tedy, co je mu dovoleno a co je mu zakázáno. Jde o jednu z podmínek školní zralosti a připravenosti. Přesto respektování svého učitele a zákonitosti chodu školy jsou pro dítě mnohdy těžké. Zkušení poradenští pracovníci uvádějí, že mnoho potíží objevujících se v dospělosti může mít svůj původ právě v této době. Nezastupitelné místo zde má právě laskavá a chápající paní učitelka v první třídě. Pro každé období školního věku jsou typické určité problémy v chování. Signalizují tím dosažení nějaké vývojové fáze (Vašutová 2005).

Jednu velkou skupinu mohou tvořit obtíže související se *školním prospěchem, s přizpůsobením se školním nárokům a nadměrná úzkost*. Když dítě nesplňuje očekávání dospělých, ať už z jakýchkoliv důvodů (zdravotní problémy, lehký intelektový podprůměr, specifické vývojové poruchy učení a chování, narušená pozornost, nedostatky v rodinném soužití,...), dostává se tím do velkého tlaku a zde mohou vyvstat ony závažné psychosociální potíže. Kromě těchto okruhů existuje ještě celá řada dalších otázek a problémů, s nimiž se rodiče i učitelé setkávají. Nemluvíme o poruchách, ale spíše o problémech nezralého a dosud nedostatečně socializovaného chování. Mezi typické případy poruchového chování u dětí mladšího školního věku patří lež a krádež. Závažnější jsou již toulky, útky z domova a záškoláctví.

Ve středním školním věku, který bývá nazýván i „pozdním dětstvím“ a trvá zhruba tři roky (od 8 do 9, případně od 11 do 12 let), a který vzhledem k našemu výzkumu nás zajímá nejvíce, dochází k mnoha změnám daným nejen sociálně, ale i biologicky. Lze jej považovat za čas přípravy na dobu dospívání (Vašutová, 2005).

V tělesném vývoji dítěte je již dokončena první tvarová přeměna postavy. Růst těla je nejprve zrychlený, zpomaluje se kolem osmého roku. Čelo ztrácí typicky dětskou klenutost, rysy obličeje jasněji vystoupí a přiblíží se dospělé podobě. Tváře jedenáctiletých jsou rozmanitější a individuálnější než tváře šestiletých školáčků (Říčan, 2004).

Ke konci tohoto období jsou výrazněji patrné znaky pohlavní diference. Podle Freuda jde o dobu, kdy sexualita je latentní; to znamená, že se jak v chování, tak ve vnitřním životě projevuje jen slabě a skrytě. Její vývoj jako by přešlapoval na místě. Někteří američtí autoři s oblibou tvrdí, že se Freud mýlil. Konstatují u obou pohlaví častou masturbaci i heterosexuální hry, výměnu informací o nejrůznějších záležitostech souvisejících se sexualitou, schematické kreslení genitálu apod. Od časů Freuda se úloha sexuality v našem životním stylu zvýšila a lidé se jí docela prostě více zabývají. A to přímo nebo nepřímo doléhá i k dětem (stačí jen sledovat reklamy v televizi, časopisy, televizní seriály, internet, ...). Tam se to přeci „nevhodnými“ obrázky a návody jen hemží. Pak by zde ovšem měla správným způsobem zakročit rodina, která má být pro školáka *nástupním prostorem* ke všem těm velkým výbojům, které podniká. Potíž je v tom, že skoro každý pátý školák dnes žije v neúplné rodině, kde se děti rozvíjí mnohem hůře, než děti z úplných rodin (Říčan, 2004).

V poslední době vzrůstá znepokojení nad úrovní fyzické kondice dětí, protože životní styl mnoha dnešních dětí tvoří především televize, počítačové hry a rychlé občerstvení. Čas, který děti dříve trávily tím, že si hrály venku s kamarády ze sousedství, je

nyní více věnován sedavým činnostem. Musíme však děti motivovat, aby o sebe a o svoji tělesnou i duševní zdatnost pečovaly. Učitel by jim měl proto nabídnout pestré hodiny s aktivitami povzbuzujícími každého jednotlivce, se skupinovými činnostmi a občas i se soutěživými hrami, aby vzbudil zájem u všech žáků. Zvláštní pozornost zasluhují děti s různými alergiemi, astmatici, děti obézní a děti s vážnějšími zdravotními obtížemi, u nichž nelze plně rozvinout tělesné aktivity. Je velmi důležité, aby učitel u těchto dětí neutvářel pocity méněcennosti .

Ale vraťme se k mladším žákům, kteří již lépe ovládají svou hrubou a jemnou motoriku. Stále se ještě dotváří koordinace mezi zrakem a jemnými pohyby prstů a ta je využívána zejména k nácvičku psaní. I zde ale může docházet k velkým obtížím, kdy písmo je beznadějně kostrbaté a nedaří se písmena napodobit tak, jak učitel požaduje. Grafická složka písemného projevu zabírá dětem mnoho času a pozornosti, takže se již u nich nedostává kapacity na kontrolu mluvnických pravidel. I když neklid, nesoustředěnost nebo malá vytrvalost pozornosti se díky přechodné nezralosti nervového systému vyrovnává, mohou přetrvávat obtíže odpovídající syndromu lehkých mozkových dysfunkcí. Také za školním neúspěchem mohou být specifické poruchy učení, které je nutné v této době podchytit a věnovat náležitou pozornost jejich reedukaci. Tělesná síla a obratnost rozhodují - zvláště u chlapců - o jejich postavení v kolektivu (Říčan, 2004).

Vzrůstá význam skupiny vrstevníků, v tomto případě třídy, jako normativní skupiny. Třída má nyní značnou autoritu a dítě zde potřebuje získat dobré ocenění a být skupinou přijímáno. Musí cítit, že pro ostatní něco znamená, že je součástí sítě vztahů, která mu dává pocit vlastní identity. Chce někam patřit. Pokud dítě bývá skupinou odmítáno, stává se často terčem šikany, násilného chování a agresivity. Chceme ještě připomenout výkonnost dětského organismu, která je obdivuhodná a jakoby nevyčerpatelná. Uvážíme-li, jak jsou neustále v pohybu při svém typickém „řádění“, tak ve srovnání s dospělými dokáží neobyčejně rychle nabrat nové síly. Jak říkají mnozí učitelé, jsou k neutahání – zvláště na školních výletech (Říčan, 2004).

Dokonalejší je také rozvoj vnímání a sílící součinnost druhé signální soustavy při analyticko-syntetické činnosti mozkové kůry. Vnímání je jedním ze základních předpokladů pro úspěšnou školní činnost. Každým rokem se vnímání stává zralejším. Druhořadé ve vnímání ustupuje do pozadí a vyděluje se to podstatnější.

V oblasti myšlení v době raného školního věku začnou děti uvažovat jiným způsobem. J. Piaget (1996) nazval způsob myšlení typický pro první polovinu školního věku fází konkrétních logických operací. Teď už nevystačí s pozorností bezděčnou,

ale musí se úmyslně koncentrovat na plnění školních úkolů. Vlivem výchovného a vzdělávacího procesu se paměť mění z nezáměrné na záměrnou. Vedle mechanické paměti se začíná uplatňovat i složitější forma paměti, logická. Myšlení se zrychluje, je stále efektivnější, hlubší a pronikavější. Dítě udrží v mysli více fakt najednou, a proto může uvažovat složitěji. Pro dětskou paměť je charakteristická názornost a konkrétnost (Vašutová, 2005).

Ta by se měla v co největší míře objevovat ve výuce (pomůcky, pokusy, střídání a prolínání zajímavých praktických činností,...).

V průběhu školní docházky u dítěte velmi rychle postupuje emoční vývoj a schopnost seberegulace. Jeho city se diferencují, ztrácejí afektivní charakter a dostávají se pod vědomou kontrolu. V první třídě jsou děti ještě vázáni na učitelku a kolektiv, jako skupina se teprve strukturuje. Ve třetím ročníku už můžeme pozorovat výraznou kamarádkou solidaritu. Autorita a vliv učitele pomalu ustupují a do popředí se dostávají fyzicky silní a sociálně obratní jedinci. Kolem desátého roku přestávají děti žalovat, jsou solidárnější. Převládá u nich kladné citové ladění, radostnost a bezstarostnost. Citově jsou spíše povrchní, nevydrží se dlouho zlobit, svůj vztek umí rychle odreagovat, ale také ještě neumí být věrným kamarádem. Soucit je v tomto věku vzácný, spíše převládá opačný cit: posmívání. Postupně začíná také respektovat, že není středobodem všeho dění. Uvědomuje si, že ostatní mají na tutéž věc jiný pohled. Kolem devátého roku je schopné empatie – dokáže se vcítit do pozice druhého stylem, jako by tam byli s ním, a viděli, co vidělo ono (Říčan, 2004).

Vývoj mladšího školáka se po období klidnějšího růstu nezadržitelně blíží k novému období, bouřlivému, a to po tělesné stránce nesporně puberta je. Pokud je vše v souladu, dítě nemá v podstatě vážný problém. Ale může nastat i vývojová krize a to nejen v pubertě, kdy se dostanou hybné síly vývoje do ostrého rozporu. Je to stav, kdy už není možné zůstat takovým jako dosud, a přitom cesta kupředu je velmi nesnadná. Jaké hybné síly se dostávají do rozporu při krizi duševního vývoje? Jsou to síly biologické, sociální a psychologické. Vývoj člověka tvoří velmi spleť celek. Erikson předpokládá v každém vývojovém stadiu příslušnou krizi. Tvrdí, že patří k náplni každého stadia. A pokud člověk projde takovou krizí, změní se, zdokonalí, vyroste. To ovšem jen tehdy, projde-li krizí úspěšně. Sama vývojová krize se může vyhrotit a přerůst v poruchu (Říčan, 2004).

Jaké poruchy mohou potkat děti mladšího školního věku na cestě vývojem budou náplní jiné kapitoly.

3 EMOCIONALITA A EMOČNÍ PORUCHY V DĚTSTVÍ

Emocionalitu můžeme charakterizovat jako zvláštní dimenzi temperamentu. Je chápána jako *citovost vůči situacím, které vzbuzují emoce*. Jako trvalejší vlastnost osobnosti určuje především dynamiku prožívání emocí, tj. citlivost, hloubku prožívání, jeho délku v čase a doznívání, častost a stálost emocí. Dále určuje vnější projevy emocí, sílu jejich výrazu a stupeň nasycenosti (Nakonečný, 1995).

K čemu jsou vlastně dobré city, které člověka v mnoha případech znepokojují a trápí? Při hledání odpovědi se musíme zamyslet nad vzájemným vztahem emocí a motivů. Někteří autoři považují emoce především za psychosomatickou odezvu na významné vnější podněty. Jiní předpokládají, že většina citových prožitků je výsledkem duševního dění. V současné psychologii existuje několik hlavních teoretických přístupů ke studiu emocí. *James-Langeova teorie emocí*, *Canon-Bardova teorie* i *Schachter-Singerova teorie emocí* spadají do přístupu *fyziologického*. *Kognitivní teorie emocí* hledají odpověď na otázku, zda myšlení ovlivňuje citové prožívání. K rozvoji této teorie výrazně přispěla psycholožka českého původu *Magda Arnoldová*. Podle ní se na vzniku citových prožitků podílí kognitivní interpretace smyslových podnětů přicházejících do mozkové kůry. Na její myšlenky navázali američtí psychologové *Albert Ellis* a *Richard Lazarus*. Propracovanou *evoluční teorii emocí* navrhl Robert Plutchik. Podle Plutchika existuje osm základních emocí, které jsou vrozenou, automatickou odezvou na opakující se životně důležité situace. Tato teorie se úplně dobře nehodí ani na lidi, ani na ostatní primáty. Přes určité výhrady v současné psychologii existuje několik nových evolučních teorií emocí, které většinou navazují na jeho dílo (Plzáková, 2003).

V psychologii neustále vznikají nové teorie emocí. Každá obohacuje pohled na danou problematiku, ale nezaznamenávají zásadní obrat. Za perspektivní směr výzkumu emocí lze považovat transkulturní studie, které analyzují slovní zásobu užívanou různými národy a etniky k označení citových projevů. Významným představitelem tohoto přístupu je americký psycholog James Russell (Plzáková, 2003, str. 431).

Emoce hrají významnou roli v našem psychickém životě. Emocionální prožitky označujeme jako city, respektive pocity a provázejí veškeré lidské chování. Lze jen těžko odlišit chování „emocionální“ od „neemocionálního“. Význam citů v duševním životě člověka však nebyl vždy dostatečně docenován. Pokud jsou emoce upřímné a přiměřeně intenzivní, jsou i „nakažlivé“. Člověk má schopnost a tendenci přijímat od svého sociálního okolí převažující citové „ladění“. Známe to všichni z vlastní zkušenosti.

Lidé s dobrou náladou dokáží okolo sebe rozšiřovat příjemný pocit. Naopak v blízkosti rozzlobeného či nenaladěného člověka se dříve či později necítíme dobře. Emocionální „nakažení“ probíhá rychleji, je-li pro nás tento člověk důležitý a přenesený pocit je o to intenzivnější.

Učitel by měl být mezi dětmi nositelem pozitivní emotivní atmosféry. Jeho pedagogická profesionalita by měla obsahovat schopnost vědomě a cíleně pracovat s vlastními emocemi tak, aby se žáci ve třídě cítili jistě a dobře. V opačném případě se cítí ohroženi, dostanou strach a snaží se dělat, jako by nebyli přítomni (ignorance). Jiní zase vyvíjejí agresivitu a namísto zklidnění atmosféry dochází k negativním interakcím a není možné očekávat něco pozitivního.

Emocionalita má blízký vztah k organickým funkcím. Velmi podstatnou část emocionality tvoří činnost vegetativní nervové soustavy. Projevuje se bušením srdce, zvýšeným tlakem, rozšířením zornic. Podle Guilforda mezi primární faktory emocionality, které souvisí s intenzitou a kontrolou emocionálních reakcí patří **emocionální integrace**. Je nejdůležitějším faktorem kontroly afektivity, a jako taková silně nasycuje tyto rysy osobnosti: klidný, trpělivý, vyrovnaný, málo kolísavé nálady, uvolněný. Není ve svých citech tak snadno zranitelný. Dalším faktorem je **nedůvěra**, která souvisí s těmito rysy osobnosti- nedostatek tolerance vůči druhým, žárlivost, zlomyslnost, hledání chyb u druhých. Taky **bázlivost**, která souvisí s pocitem viny a sníženou sebedůvěrou a v postoji, že ve výchově dětí je namístě přísnost než shovívavost. **Napětí** je další faktor projevující se prudkými změnami nálad a zvýšeným emočním napětím osobnosti. Takový člověk je lehce zmatený, snadno se poleká, dělá si často neodůvodněné starosti, stěžuje si na nespavost, cítí se často sklíčený. Tento faktor je nejjistějším indikátorem neuróz. **Sebekontrola**, neboli zvýšené sebeovládání se projevuje následujícími vlastnostmi osobnosti: je energický, dodržuje sliby, nepoddává se těžkostem, spoléhá více na své zajištění než na své štěstí (Nakonečný, 1995).

Významnou charakteristikou osobnosti vázanou na city je zvláště stabilita a labilita. Lidé projevující vyšší **stabilitu** jsou spíše zralí, klidní, vyvážení, ovládají se, jednají uvážlivě a plánovitě, mají rádi situaci pod kontrolou a bývají v životě úspěšnější. I u dětí se již dá pozorovat větší emoční stabilita a vyrovnanost. Tyto děti se nebojí okolního světa a mívají dobré sebehodnocení. Naopak vyšší míra **lability** je vázána na určitou nezralost a nevyváženost, neklid a impulsivitu, až téměř pubertální nepředvídatelnost projevu. Děti mívají tendenci k úzkostným reakcím, ke strachu, jsou zpravidla nejisté k okolnímu světu. Mívají nízké sebehodnocení (Vágnerová, 1995).

Charakter trvalejšího osobnostního rysu mívá i ustálený typ převažující emocionality z hlediska *pesimismu a optimismu*. Převažující míra životního optimismu či pesimismu má však dopad na zaměření a dynamiku osobnosti a následně na celkovou duševní rovnováhu jedince.

Proto je tak nesmírně důležité, aby učitel byl nejen optimisticky naladěný a podněcoval kolem sebe tu správnou tvůrčí atmosféru, ale zároveň posiloval v dětech zdravé sebevědomí a věřil v jejich schopnosti. S tím úzce souvisí jak nemalý vliv na jedince mají **nálady**. Jsou to setrvávající emoční stavy, které vytvářejí jakési zážitkové pozadí aktuálních dojmů. Mají vztah k temperamentu: *elace* – rozjařenost, spojená s aktivací a činností; *deprese* – skleslost, spojená s dezaktivací a nedostatkem činnosti. Nálady jsou důsledkem celkového psychického a somatického stavu dítěte. V jejich utváření se uplatňují jak minulé zkušenosti, tak i očekávání nebo stav organismu, spojený s průběhem metabolických procesů. Takové emoce jako zklamání, úzkost, naděje a pocit jistoty mohou v čase doznívat a znovu se vracet tak, že si jedinec vždy plně neuvědomuje jejich příčiny. Nálady jsou nejspodnějším stupněm pro základ celého duševního života. Vyjadřují druhově určené hodnocení a jejich významnými dimenzemi jsou zvláště veselost – smutek, napětí-uvolnění, lehkomyšlnost-starostlivost (Nakonečný, 1995).

Individuální citová schopnost závisí nejen na vrozené dispozici – temperamentu, ale i na specifické zkušenosti, kterou jedinec ve svém dosavadním životě získal. Pokud je tato zkušenost nepříznivá, může značně ovlivnit další rozvoj osobnosti dítěte, jeho chování a prožívání. Odchylky v emotivní oblasti lze hodnotit jako poruchy prožívání. Obvykle se pod jejich vlivem nějakým způsobem mění i chování dítěte. Děje se tak především vlivem napětí, strachu a úzkosti. Emoční poruchy nepříznivě ovlivňují sociální vztahy, prospěch i ostatní výkony dětí ve škole (Vágnerová, 1995).

3.1 Charakteristika citů

Při vymezování citů je užitečné připomenout, že již lipská škola gestaltpsychologie celostního směru podřazovala duševní procesy stále vyšším celkům až po souhrnný zážitkový proud, jehož celostní kvalitou je právě cit. V tomto pojetí je tedy cit „globální duševní kvalitou, která podbarvuje vnímání dílčích obsahů“ (Soukup, 2005, str.10).

City jsou všeobecně známé projevy radosti, smutku, vzteku, strachu, vzrušení, lásky, nenávisti, pohrdání... Jejich přesné vymezení je obtížné. Lze je definovat jako odraz reálných vztahů člověka ke skutečnosti. Jsou spontánní, nakažlivé a neopakovatelné. Vyjadřují vždy subjektivní vztah jedince – v našem případě dítěte – školáka, k předmětům a jevům. Pomáhají mu orientovat se v závažnosti okolních jevů a jsou dynamickým regulátorem jeho činnosti.

City plní dvě **funkce**: orientační a regulační. Orientační funkce vyplývá z toho, co city signalizují, co může uspokojit jeho potřeby. Regulační funkce citů se projevuje změnami v organismu a v chování.

Trvání citových prožitků se vyznačuje proměnlivostí. Mohou trvat několik sekund – překvapení, leknutí, nebo i po celé roky, jako tomu je u přátelství či lásce. K nejstabilnějším citovým vztahům patří láska mezi rodiči a dětmi (Plizáková, 2003).

Prostřednictvím citů víme, zda je pro nás něco pozitivní, a tudíž příjemné, nebo naopak. Jakákoliv citově zbarvená informace může fungovat jako impuls aktivizující či tlumící nějakou činnost. Obvykle jde o aktivitu zaměřenou na uspokojení nějaké potřeby. Ve školním věku se sice objevují i vyšší regulační mechanismy, tj. vůle, ale city stále hrají velkou roli (Vágnerová, 1995).

Emoční zhodnocení situace může být *pozitivní* nebo *negativní*. V tomto směru je regulační význam zřejmý: jedinec se snaží udržet příznivou variantu a vyhnout se negativní. Ale už i v dětském věku je celá řada situací, které nemají jednoznačný význam, ale pocity jimi vyvolané mají ambivalentní charakter. Tato protichůdnost emocí není nic zvláštního ani ve vztahu dítěte ke škole. V průběhu svého vývoje se musí učit tyto pocity zvládat, neboť v běžném životě se jim nelze vyhnout. Pokud by to dítě nedokázalo a bylo jejich prostřednictvím vystaveno opakovaným vnitřním konfliktům, mohou působit jako neurotizující faktory.

Každý jedinec má tendenci emocionálně reagovat určitým způsobem. Základem emočních zážitků je **temperament** a ten je vrozenou a trvalou dispozicí jedince. Vědomě

bývá jeho výraznější změna možná jen do jisté míry a zpravidla ne natrvalo. S věkem však bývá více korigovatelný dosaženou vyspělostí řídicích mechanismů.

Již v antice byly vyzorovány čtyři typy temperamentu, které přetrvávají v mnoha současných koncepcích pod nejrůznějšími názvy dodnes. Četné teorie temperamentu se také dosti odlišují i výkladem jeho podstaty – od předpokládaných rozdílů v poměru tělesných tekutin, přes charakter emocí a kombinaci vlastností nervových buněk až po současnost. Pozoruhodné jsou také pokusy o ověření a výklad typů temperamentu *faktorovou analýzou*. Nejznámější je Eysenckova kombinace faktorů *emocionální stability a lability* a bipolárních faktorů *extroverze a introverze*. Sangvinik: stabilní extrovert, choleric: labilní – extrovert, melancholik: labilní – introvert, flegmatik: stabilní – introvert (Nakonečný, 1997).

Z výzkumů vyplývají následující vlastnosti:

Sangvinik je schopen velké zátěže, projevuje přiměřené reakce a dokáže se pružně přizpůsobovat. Schází mu však podněty, stává se, že je sám vyhledává.

Choleric je dostatečně odolný a přizpůsobivý, ale je „nevyrovnaný“ v tom smyslu, že do všeho vkládá více energie, než je nutné.

Flegmatik není snadno odklonitelný od právě prováděné činnosti. To vede k tomu, že místo řady povrchních zájmů jich má zpravidla méně, ale hlubších. Jedná se tedy o ideální typ temperamentu pro vědeckou práci nebo pro profesi programátora či učitele informatiky.

Melancholik nebývá schopen okamžité reakce a to zejména na silné podněty. Proto mívá obtíže v bezprostředním kontaktu s lidmi a k dosažení žádoucího výkonu vyžaduje stabilní podmínky. Výtkami se pak dodatečně v ústraní trápí.

Existuje však také značný počet nevyhraněných a mezních typů temperamentu, u kterých je nutné posuzovat jejich obraz individuálně (Nakonečný, 1997).

City mají tu vlastnost, že se projevují navenek ve změnách činnosti různých automaticky probíhajících funkcí a systémů. Člověk, který prožívá intenzivní emoce např. strachu, vzteku, si může uvědomit řadu tělesných změn: zrychlený srdeční tep, sucho v ústech, zvýšené svalové napětí, pocení, chvění končetin, stažení žaludku. Předpokládá se, že právě toto uvědomění si nějakého pocitu je dáno zpracováním proměn činnosti soustav, které ho vytvořily. Víceméně automaticky. Regulační funkce citů spočívá v tom, že každé citové prožívání se krátkodobě projevuje změnami v organismu a v chování (Drtinová, Koukolík, 1994).

Složka psychologická, neboli zkušenostní nám ukazuje všechny způsoby, kterými své pocity prožíváme. Jsou to *nálady, city a citové vztahy*. Ačkoli je **citová složka** emocí subjektivně nesmírně významná, většina psychologických škol se jejím studiem donedávna příliš nezabývala (Plzáková, 2003). Zřejmě proto, že každý emocionální zážitek lze popsat z několika hledisek.

Poslední složka emocí je **sociální**, společenská. To jsou způsoby, jimiž své pocity vyjadřujeme, včetně jejich dopadu na naše okolí. Význam emocí nelze dostatečně zdůraznit. Bez pocitů nebo se špatnými se stává život pustinou a choré emoce z nás mohou udělat násilníky, nebo lidi neschopné života (Drtinová, Koukolík, 1994).

Podle formy prožívání lze klasifikovat a rozlišit city na tyto kategorie:

Afekty jsou bouřlivá emocionální vzplanutí. Působí příznačně na organismus, což se projevuje vegetativními změnami (zčervenáním, zblednutím), porušením dynamiky korových procesů (zúžené vědomí, ztráta sebeovládání) a prudkými motorickými reakcemi (zatnutí pěstí, bouchnutí do stolu). Může dojít k celkovému vyčerpání nebo může afekt vyústit až do stresu.

Nálady délka trvání a intenzity vytváří z nálady protiklad afektu. Nálada je trvalejší citový vztah člověka, bez určitého obsahu. Ovlivňuje chování pozitivně i negativně. Rozeznáváme náladu patickou (zachvátí celého člověka), expanzivní (veselá, zvýšené sebevědomí), skleslost a depresi, sklíčenost a stísněnost (projevuje se bezradností) a zlostnou náladu.

Vášeň je silný a hluboký cit, který ovládá myšlení a jednání člověka. Existují vášně pozitivní (pro práci, pro vědu) a negativní (pro hru v karty, automaty,..).

Intenzivní prožívání citů se projevuje v emocích, které celkově ovlivňují chování organismu. To znamená i jeho vnější projevy.

Nejsilnější změny nastávají u těchto druhů emocionálního prožívání:

Strach je častý afektivní projev. Je potřebný v mnohých životních situacích, protože slouží instinktu sebezáchovy.

Hněv, zlost, nenávisť jsou negativní reakce a vyskytují se tam, kde jsou zanedbávány základní potřeby člověka. Hněv může mít různou intenzitu a délku trvání. Jeho bouřlivý projev nazýváme zuřivostí. Je provázen změnami v organismu, které vyvolávají napětí a potřebu útoku, ať už fyzického, nebo slovního. Zlost se nejčastěji projevuje opozičním postojem (Soukup, 2005).

Opozdí-li se citový vývoj vůči věku a normě, hledají se příčiny a mluví se o různém stupni citové nezralosti nebo citové nevyváženosti. Ještě bych se chtěla zaměřit

na **emoční problémy** školáků na prvním stupni. Tomuto termínu rozumí jinak psychiatr či psycholog, jinak učitel a jinak rodič. Psychiatři užívají tento pojem k označení specifických obtíží spojených s určitými diagnózami. Poradenští psychologové používají tento termín i v širším smyslu, kdy popisují přechodné potíže vzniklé na podkladě nadměrné zátěže, nezralosti nebo špatné adaptace. Učitelé obvykle hovoří o emočních problémech u dětí, které se od svých vrstevníků nápadně liší emočním laděním. Nemají schopnost emoce zaznamenávat a vyjadřovat, ale zejména neumí vlastní emoce kontrolovat. Období mladšího školního věku je rozhodující dobou pro formování emočních kompetencí. Děti v tomto věku si teprve vytváří repertoár způsobů, jak se s nimi vyrovnávat a jak je zvládnout (Stuchlíková, 2005).

Emoce nás provázejí vždy a všude a je nesmírně těžké oddělit běžné emoce od emočních případů, případně od emoční patologie. Mnohdy jsou emoce jen jakoby přidruženým problémem, který je z hlediska dospělých (zejména rodičů) méně důležitý než například školní prosperita dítěte. Ale řešit emoční potíže až už „přerostou přes hlavu“ dlouhodobě udržuje dítě v obtížné situaci. Může to být strach ze školy, emoční a sociální nezralost kterou dítě „maskuje“ rozumovou vyspělostí, poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou. Přibývá také dětí s křehkou, oslabenou CNC (nebo se slabostí nervového systému) a občas se vyskytuje i separační úzkost nebo děti nadměrně úzkostné. Úzkostné dítě se může projevat jako agresivní, aby překonalo svou nejistotu a získalo tolik potřebný pocit sebedůvěry (Stuchlíková, 2005).

Emoční problémy jsou rovněž doprovodem zdravotních a jiných obtíží dětského věku. Patří sem děti alergické, astmatické, obézní, a také děti s vážnými zdravotními obtížemi tyto faktory mohou umocňovat úzkost nejen u dětí, ale i u rodičů těchto dětí. Je velká pravděpodobnost, že úzkostný rodič vychová úzkostné dítě (Stuchlíková, 2005).

3.2 Disociativní a konverzní poruchy

Stavy označované jako disociativní (konverzní) poruchy popisoval již v 19. století Charlott nebo Freud jako známé „hysterie“. U disociací se odštěpí nějaký proces myšlení a vědomí při nadměrné zátěži, aby se s touto situací mohl jedinec vypořádat. Ztráta integrativní funkce vědomí, narušuje, mění nebo brání prožívání vlastní osoby jako celku. Disociace se může týkat vzpomínek na minulost, vědomí vlastní identity nebo prožitku kontroly nad tělesnými vjemy a pohyby. Objevují se náhle nebo mohou přicházet postupně a mohou být jak přechodného tak chronického rázu. Disociativní poruchy se vyznačují více nebo méně zřetelnou ztrátou psychické integrace prožívání a jednání.

U konverzí je určitý psychický komplex nahrazen tělesným příznakem. Vznikají stavy, kdy se jedinec nepamatuje, kde se několik dní bezcílně a podivně toulal pod jinou identitou, nebo podivně ztuhne, je u vytržení ve změněném stavu vědomí, nebo prazvláštně ochrne či se střeše. Hlavním projevem konverzních poruch je „přítomnost“ příznaků nebo výpadků funkcí, které postihují volní motorické nebo sensorické funkce a které připomínají tělesné onemocnění (Smolík, 2002).

Podle manuálu DSM-IV rozlišujeme pět základních kategorií disociativních poruch (Soukup, 2005):

Disociativní amnézie je charakterizována neschopností vybavit si důležité osobní informace, které bývají obvykle stresujícího původu (sebepoškozování, výbuchy násilí, suicidální pokusy). V dětském a preadolescentním věku lze disociativní amnézii jen obtížně posoudit. Může být zaměněna s nepozorností, úzkostí, vzdorovitým chováním, poruchami učení i psychotickými poruchami.

Disociativní fuga se projevuje jako náhlý, nečekaný odjezd z místa bydliště, spojený s neschopností vybavit si části, nebo celou svoji minulost. Cestování může být krátké-hodiny, dny, ale i dlouhodobé. Postižený nejeví známky psychopatologie a tudíž nepřitahuje pozornost. Začátek fugy je obvykle spojený s traumatickým, stresujícím či příliš silným zážitkem. Jedinci s disociativní fugou mohou trpět poruchami nálad a poruchami spojenými s užíváním drog.

Disociativní porucha identity je charakterizována přítomností dvou nebo více stavů totožnosti, nebo typů osobnosti, které se střídavě ujímají kontroly nad chováním osoby. Je doprovázena neschopností upamatovat se na důležité osobní informace a nelze ji vysvětlit běžnou zapomnětlivostí. Jednotlivé osobnosti se mohou od sebe velmi lišit. Některé mohou být agresivní, nepřátelské, pasivní, závislé, trpící pocitem viny a v depresi. Přidružené charakteristiky a projevy: zážitek vážného fyzického a sexuálního zneužívání – hlavně v dětství, posttraumatické symptomy – noční můry, úlekové reakce, sebepoškozování, suicidální a agresivní chování, opakující se vzorec chování v mezilidských vztazích. U dětí mohou být projevy této poruchy hůře odlišitelné než u adolescentů a dospělých. Mezi charakteristické diagnostické znaky u dětí patří: amnézie, narušené vnímání sebe, stavy podobné transu, náhlé změny nálady a chování, nepochopitelné změny v dostupnosti některých vědomostí, obsahů paměti, dovedností, akustické a vizuální halucinace, dítě si velmi živě představuje imaginární společníky.

Depersonalizační porucha je charakterizována přetrvávajícím nebo vracejícím se pocitem oddělenosti od vlastních mentálních pocitů nebo od vlastního těla. Postižený se může cítit

jako automat, nebo že žije ve snu či filmu. Je si vědom, že jde jen o pocity, ale špatně se mu o nich mluví, neboť se obává, že tento projev znamená, že se zbláznil. Depersonalizace se může projevit i při schizofrenii, panické i akutní stresové poruše. Častá je koexistence s depresí a poruchami spojenými s užíváním návykových látek. Porucha se může vyskytnout i v dětství, ale nejčastěji se s ní setkáme u adolescentů a v dospělosti. Postižení si přitom stěžují spíše na úzkosti, paniku a depresi. Epizody depersonizace mohou trvat sekundy, ale i roky. Může vyústit v akutní intoxikaci nebo abstinenční syndrom. Často je depersonizace příčinou zneužívání návykových látek.

Pro **disociativní poruchu nespecifikovanou** je charakteristickým rysem disociativní symptom, který nenaplnuje kritéria pro žádnou disociativní poruchu. Patří sem mimo jiné:

- § Disociativní stavy jedinců, kteří byli vystaveni násilnému a dlouhodobému přesvědčování (zajetí, sekty...)
- § Disociativní trans (zúžené uvědomování si bezprostředního okolí nebo stereotypní pohyby), stavy posedlosti
- § Ztráta vědomí, stupor či kóma, jež nelze vysvětlit zdravotním stavem
- § Ganserův syndrom (známe ze Švejkových „bláznivých“ odpovědí u odvodu)
- § Klinické prezentace podobné disociativní poruše identity, jež ale nenaplnují všechny její kritéria (např. chybí odlišné stavy osobnosti, amnézie)

Tato kategorie je zvláště důležitá u dětí, protože mnoho z nich jeví vážné disociativní symptomy, ale nenaplnují přísná diagnostická kritéria pro tyto poruchy v dospělosti. Mohou být přítomny sluchové nebo zrakové halucinace, které ovlivňují chování, ale nejsou pozorovány alternující osobnosti.

Spektrum disociativních projevů je značně široké a rozdělovat je lze na základě různých hledisek.

Pro účely zmapování disociativních projevů v adolescenci se jeví jako nejužitečnější rozdělení na primární, sekundární a terciární (Soukup, 2005).

Primární disociativní symptomy reflektují přímý vliv disociace na kognitivní procesy a chování. Dělíme je na dvě skupiny:

Amnézie a paměťové symptomy:

- § Amnézie – paměťová okénka, po jejichž uplynutí dítě neví, co dělalo, ačkoli docházelo ke komplexnímu chování
- § Zarážející zapomnětlivost základních informací (jména svých nejlepších přátel, vlastnictví určitých věcí,..)

- § Nekonzistentní a proměnlivé dovednosti a schopnosti (např. školní, sportovní, hudební,..)
- § Nekonzistentní a dramaticky se měnící zvyky a záliby (např. odlišné oblíbené barvy, jídla, oblečení,..)
- § Epizody fugy (cestování na krátkou vzdálenost)
- § Flashbacky a intruzivní vzpomínky (mohou zahrnovat náhlé zneschopňující somatické příznaky)

Symptomy disociativních procesů:

- § Trans připomínající stavy nepřítomnosti (nadměrné denní snění, „vypnutí“, chvíle nepřítomného pohledu do prázdna)
- § Sluchové halucinace (zřetelně odlišné hlasy s pohlavím, afektivními vlastnostmi)
- § Rychlá regrese chování (behaviorální stavy, kdy se postižený chová jako malé dítě)
- § Zážitky pasivního ovlivňování – vměšování (tělesné boje se sebou samým, kompulzivní masturbace nebo sebepoškozování, i přes snahy přestat)

Sekundární symptomy

- § Deprese
- § Úzkost
- § Afektivní labilita (iritabilit, rychle se měnící nálady)
- § Nízká sebeúcta
- § Somatizace (rychle se měnící stížnosti na různé fyzické potíže – bolesti hlavy, břicha,..)

Terciární symptomy

- § Suicidální myšlenky nebo pokusy
- § Sebepoškozování
- § Problémy s chováním (agresivita, chová se vzdorovitě, vyrušuje)
- § Problémy se sexuálním chováním
- § Problémy ve škole (problémy s učením, s koncentrací, snadno se rozptýlí,..)

Dítě které zažije traumatickou událost, a v případě týrání a zneužívání to platí obzvlášť, má málokdy to štěstí, že se mu dostane od dospělých pomoci se s událostí vyrovnat.

Zůstává v situaci samo a disociace je účinný způsob, jak trauma přežít a denně fungovat.

K rozvoji disociace může dojít i u dětí, které jsou vystaveny méně závažným formám týrání či zanedbávání. Může to být opakovaná ztráta důležitých osob, pozorování domácího násilí, lékařské procedury, emoční týrání, ale i odmítání vrstevníky (Soukup, 2005).

3.3 Obsedantně kompulzivní porucha

Obsedantně kompulzivní porucha patří k úzkostným poruchám a je poruchou chronickou. Projevuje se nutkavými myšlenkami (rituály), tedy obsesemi, které se objevují v mysli bez naší vůle a nutí nás vykonávat následně různé aktivity. Člověk, který trpí obsedantně kompulzivní poruchou, bude mít pocit nesnesitelné úzkosti, dokud nevykoná kompulzi. Tyto kompulze mohou být patrné navenek, nebo se mohou odehrávat v mysli. Například u lidí, jejichž obsese se týká bakterií nebo kontaminace, kompulze obvykle zahrnují opakované čištění a mytí nebo úzkostlivé vyhýbání se odpadkům a nepořádku. Obvyklými kompulzemi je také shromažďování věcí, opakované dotýkání se objektů, počítání, urovnávání věcí...a další rituální chování, pomocí kterého se pacient zbavuje obsesivních myšlenek (Moje psychologie, únor 2010, str. 97).

Začátek poruchy je většinou mezi 18. a 25. rokem, ale může se objevit i v dětském věku. Dítě má k poruše větší dispozice, pokud poruchou trpí i některý z rodičů. Ve většině případů se příznaky poruchy objeví a zase zmizí. A. Train (2001) se domnívá, že jsou spouštěny stresovými situacemi. Porucha však může způsobit i dlouhodobou invaliditu.

Dítě, u kterého pozorujeme některé příznaky této poruchy, by mohlo trpět rovněž depresí, fobií nebo poruchou příjmu potravy. Mnoho dětí s Tourettovým syndromem trpí také obsedantně – kompulzivní poruchou (Train, 2001).

Jaký dopad může mít porucha na chování dítěte:

- § Dítě může trávit většinu času urovnáváním osobních věcí
- § Možná je opakovaně počítá a stále ukládá
- § Objevuje se řada rituálů
- § Možná znervózní pokaždé, když se ušpiní – proto se vyhýbá i hraní her
- § Nerado se dotýká věcí, podává ruce lidem
- § Neodbytné myšlenky, strach a předtuchy mu mohou bránit v práci a účasti na běžných školních aktivitách

Některé projevy obsedantně – kompulzivní poruchy lze sledovat i u ostatních dětí a nemusí to nutně znamenat, že touto poruchou trpí. Jedná se třeba o:

- § Opakující se myšlenky na marnost bytí – mohou znamenat depresi
- § Neustálé obavy dítěte (např. z toho, co souvisí se školou, s kamarádem) – mohou signalizovat generalizovanou úzkostnou poruchu
- § Stále se opakující strach z jedné věci – může trpět fobií

- § Pokud má vtíravé myšlenky nebo nutkavé chování a v pozdějším věku není schopné uvědomit si svůj problém – může trpět schizofrenií
- § Pokud často pije alkohol nebo nepřiměřeně jí – a rádo, může se jednat o poruchu vyvolanou užíváním návykových látek, nebo o poruchu příjmu potravy (Train, 2001).

Nejčastější typy obsedantně kompulzivní poruchy jsou:

- § *Obsese bez zjevných kompulzí*
- § *Nadměrný strach ze špíny a infekce*
- § *Kontrolování* (strach z opomenutí, které by ohrozilo je nebo jiné lidi)
- § *Jiné kompulze* (opakování slov, čísel, dotykové kompulze,..)
<<http://cs.wikipedia.org>>

3.4 Somatizační poruchy

Poruchy se somatickými projevy jsou podmíněny vzájemnou interakcí biologických a psychosociálních faktorů. Společným znakem těchto poruch je, že se u nich úzkost a stres, jimiž dítě trpí, manifestuje jako určitý tělesný příznak (Train, 2001).

Otázka psychosomatických problémů u dětí je velmi důležitá, neboť dítě je disponováno k „somatizaci“ konfliktů v psychosociální oblasti. Tyto poruchy představují širokou škálu somatických obtíží, na jejichž vzniku se podílejí psychické a sociální faktory (Vašutová, 2005, str.159).

Chování dítěte neporušuje základní sociální normy, ale vlivem narušeného prožívání a hodnocení může být nápadnější. Na vzniku potíží se podílí *vrozené dispozice* (temperament, vegetativní systém, afektivní prožívání, nezralost SNS...) a *vlivy vnějšího prostředí* (neúnosné konflikty, traumata, stresy v rodině, ale i ve škole).

Tiky jsou náhlé, rychlé, opakující se bezúčelové pohyby, zvuky, gesta. Podle Traina (2001) se rozlišují tři skupiny tikových poruch:

- § *Přechodná tiková porucha* – se vyskytuje mezi třetím až desátým rokem věku dítěte, častější je u chlapců, obvykle jsou tiky v oblasti očí, obličeje, hlavy, krku a horní poloviny těla (mrkání, grimasy, krčení nosu...). Trvají nejméně čtyři týdny a méně než rok.
- § *Chronická motorická nebo vokální tiková porucha*- se může vyskytnout kdykoli během dětství, může přetrvat do dospělosti a tam se projevuje ve stresových

situacích. Postižené dítě má buď motorické (uhlazování vlasů, čichání k předmětům, olizování se, předklánění, dloubání do obličeje...), nebo vokální (pískání, chrčení, pokašlávání...) tiky, ne však oba druhy současně. Dochází k nim mnohokrát za den a jsou zjevné po dobu delší než rok.

§ *Tourettův syndrom* je nejzávažnější tiková porucha. Projevuje se četnými motorickými tiky a nejméně jedním tikem vokálním (Train, 2001).

Tiky jsou častější v mladším školním věku a na začátku dospívání. Nejzávažnější symptomy se obvykle projeví kolem devátého až patnáctého roku, mohou však během dospívání vymizet. Hlasové tiky se obvykle zmírní rychleji než pohybové.

Mnoho dětí trpí přechodnými tiky. Chronická tiková porucha bývá u dětí vzácná.

Mezi nejběžnější neurotické návyky patří:

§ *Dumláním prstů nebo okusování nehtů* – běžný výraz jakéhokoliv napětí

§ *Vytrhávání vlasů a mnohdy jejich pojídání* – signalizuje závažnější poruchu

(Vágnerová, 1995).

Poruchy komunikace – mají negativní sociální význam. V našem případě hlavně neurotické změny řeči. Jsou nápadné a rušivé, a tím vyvolávají u dětí pocity méněcennosti a snížené sebehodnocení, pocity napětí, úzkost a strach. Komunikační handicap zvyšuje riziko selhání dítěte ve škole.

§ *Koktavost – zadržávání v řeči* - je charakteristická častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, případně častým zaváháním a pauzami, které narušují rytmický tok řeči

§ *Breptavost* – je značně rychlá řeč s přestávkami, ale bez opakování a váhání. Její tíže vede někdy až k nesrozumitelnosti. Řeč je nerytmická s přeřkáváním, s rychlým, trhavým proudem slov, což vede k chybnému vyjadřování

§ *Mutismus* je zase neurotický útlum řeči u dítěte, které mluvit umí, ale z důvodů emoční inhibice mluvit odmítá (Vašutová, 2005). K mutistickým dětem nelze uplatňovat autoritativní přístup. Jsou velmi citlivé na nevlídnost a pokárání.

Vývojem a výchovou řeči v podmínkách fyziologických i patologických se zabývá logopedie (Edelsberger, Kábele a kol., 1988).

Do této skupiny poruch patří ještě poruchy s tělesnými projevy, neboli neurotické vegetativní poruchy. Jakékoliv zátěžové situace ovlivňují prostřednictvím změn emočních reakcí i vegetativní funkce.

Poruchy příjmu potravy – jsou časté u dětí, které se silně zaměřují na vlastní vzhled, odmítají určitá výživná jídla, a to s negativními důsledky.

- § *Mentální anorexie* - ve většině případů se jedná o dívky, které v období dospívání mají strach že ztloustnou a až extrémně snižují svou váhu. V souvislosti s jídlem se chovají obsčně či kompulzivně a nedají na to, co jim říkají i blízcí lidé.
- § *Nechutenství* - se může objevit v méně nápadné míře v jakékoliv věkové kategorii
- § *Mentální bulimie* – se objevuje v pozdním dospívání a je charakteristická opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Aby si dívky udržely svou hmotnost, vyvolávají u sebe zvracení.

Poruchy vyměšování- objevují se jako reakce na závažnější či dlouhotrvající psychickou zátěž. Závažnost poruch vyměšování svědčí i o určitém stupni regrese. Pro školní dítě mají největší význam z hlediska ohrožení jeho sociální prestiže (Vágnerová, 1995).

- § *Enuréza* - mimovolné pomočení u dětí starších pěti let, které bývá zpravidla noční.
- § *Enkopréza* - je opakovaná mimovolná defekace u dětí starších čtyř let. Postižení bývají především chlapci.

Poruchy spánku – se objevují v kterémkoliv vývojovém období, protože spánek je funkcí, která velmi citlivě reaguje na celkový somatický i psychický stav dítěte. Existuje mnoho druhů spánku, o všech se Train (2001) domnívá, že souvisí s úzkostí. Dítě, které jimi trpí je ve škole unavené, podrážděné a nevykonné. Pokud učitel neví, že dítě má tyto potíže, vysvětluje si jeho slabou výkonnost pro dítě nepříznivě. Dlouhodobé potíže spánku zpravidla samy neodezní (Vágnerová, 1995).

- § *Noční děs* - se odehrává ve spánku, má formu nervového záchvatu. Dítě křičí ve spánku, zmítá sebou, vstane, má ustrašený výraz a ráno o noční příhodě nic neví. Porucha se začne objevovat mezi čtvrtým a dvanáctým rokem a mizí během dospívání. Častěji jí trpí chlapci než děvčata (Train, 2001).

Běžné jsou také *obtěže při usínání, neklidný a přerušovaný spánek nebo předčasné buzení.*

Všechny projevy mají spojení s negativními citovými prožitky, strachem a úzkostí.

Neurotické bolesti – vznikají následkem zvýšeného napětí, únavy a vegetativní či citové labilit. V dětském věku jde obvykle o:

- § *Bolesti hlavy a břicha* - ve snaze uniknout nějakému nepříjemnému zkoušení.
- § *Psychogenní zvracení* – bývá velmi časté u dětí mladšího školního věku, kdy dítě má zvýšenou fixaci na matku a pláčem až zajíkáním může dojít k pozvracení. Tím vyvolá žádoucí reakci u dospělých, chování se tím fixuje a stane se reakcí na frustraci.

3.5 Diagnostika

Naším záměrem je v této kapitole seznámit čtenáře s bližším pohledem na to, jakým způsobem bychom mohli problémovému dítěti pomoci. Pro různé poruchy existují speciální terapeutické postupy, ale existují i obecné zásady použitelné ve většině případů. Klíčem k úspěchu je v našem případě, kdy se orientujeme na děti mladšího školního věku ve škole, spolupráce rodičů, učitelů a odborníků z např. pedagogické – psychologické poradny. Existuje také řada sdružení na podporu nejruznějších dětských poruch. Taková sdružení nejsou jenom zdrojem informací a rad, ale i pramenem nedocenitelné citové a praktické opory.

Odborníci obvykle zjišťují rozumové schopnosti dítěte formou testu. Rovněž členové rodiny většinou projdou pohovorem, který je důležitý k sestavení rodinné anamnézy a stanovení dynamiky, jak do ní dítě zapadá. Neopomíjí se ani lékařské vyšetření a vyjádření pediatra. Diagnostika a léčba dětských poruch je velmi složitý proces. Nelze od ní očekávat rychlé a jednoznačné řešení.

Mezi obecné zásady, které by rodič nebo učitel mohl uplatnit při zvládnutí problematického dítěte jsou:

- § Nalézt společný tón s dítětem, vcítit se do jeho myšlenek, pocitů i problémů.
- § Trávit s ním víc času, věnovat se společným zájmům, sounáležitost.
- § Stanovit jasná pravidla a být důsledný při jejich plnění.
- § Potřeba lásky, bezvýhradného přijetí.
- § Snažit se o podnětné, rozmanité prostředí.
- § Často dítě chválit.
- § Zaměřit se na odměňování dítěte, zpevňovat žádoucí chování.
- § Podporovat odpovědnost a kamarádství.
- § Učit chápat druhé, ovládat hněv pomocí stimulačních hříček. Další rady a metody pro rodiče a učitele doporučí nejspíš odborník, který diagnostikuje problémy dítěte.

Diagnostická kritéria v originálu jsou převzata z *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV)*, který vydala Americká psychiatrická asociace. U nás odborníci pracují s diagnostickými kritérii podle *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10)* (Train, 2001).

4 ÚZKOSTNOST U DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU

„Problém úzkost je průsečíkem, v němž se rodí nejrůznější a nejdůležitější otázky, hádanka, jejíž vyřešení by nutně vrhlo světlo na celou naši mentální existenci.“

(Sigmund Freud in A. T. Beck, 2005)

Úzkostnost je definována jako emoční prožitek tísně, nebo tíšňového napětí neurčitěho obsahu (Matějček, 1994). Subjektu není předmět obav znám, nebo není uvědomován. Na rozdíl od strachu, u něhož je zdroj obav známý. Úzkost vzniká v situaci nejistoty nebo pocitu ohrožení, ať už je reálný nebo není. Má-li jedinec pocit, že by mohly být ohroženy některé osobně významné hodnoty, vzniká úzkost. K úzkostnému způsobu prožívání má člověk větší či menší dispozici, vázanou na typ temperamentu. Např. melancholik by měl zvýšený sklon takto prožívat. Únava a vyčerpání či jiné negativní změny somatického stavu, zvyšují aktuální tendenci k úzkostnému prožívání. Predispozice k takovému prožívání mohou být dány vrozenými předpoklady (Koukolík, 1995, in Vágnerová 1995). Nelze ovšem opomíjet ani vliv zkušenosti. Nepříjemné zážitky z minulosti zvýší, zejména u disponovaného dítěte, tendenci reagovat úzkostí a strachem, a to často ještě dříve, než se jakékoliv další ohrožení reálně objeví. K jeho vyvolání stačí už pouhá představa, tj. anticipace takové možnosti. Úzkostnost je trvalejší osobnostní rys, stabilní pohotovost pociťovat nejistotu a reagovat na ni úzkostnými prožitky. Úzkostné dítě vnímá svět jako ohrožující, nebezpečný. Cítí se ohroženo ve větší míře, než je obvyklé a než by bylo přiměřené okolnostem. Nepříjemný pocit v něm mnohdy vyvolávají i běžnější situace. Má sníženou frustrační toleranci a zcela běžné požadavky pociťuje jako zátěž. (Tak se může docela dobře stát zátěží i škola, navzdory tomu, že po dítěti nevyžaduje nic zvláštního.) Všechny neznámé a nové situace vyvolávají nejistotu. V chování dítěte se ve větší míře, pokud je úzkostnost z nějakého důvodu zvýšena, projeví (Vágnerová, 1995).

Jakékoliv organické poškození mozku bývá spojeno s odlišností emočního prožívání a reagování. Může dojít k útlumu, jehož důsledkem je emoční oploštělost a apatie, nebo ke zvýšené aktivizaci, jež se projevuje dráždivostí, labilitou či sklonem k afektivním výbuchům. Úzkost a deprese mohou být na jedné straně projevem poškození určitých mozkových struktur (např. čelních laloků), ale na druhé straně mohou být reakcí na nepříznivou změnu životní situace, kritériu si takto postižený člověk uvědomuje (Vágnerová, 1999).

Dle Sigmunda Freuda existují dva základní druhy úzkosti. Automatická úzkost, která vzniká samovolně při záplavě ega nezvládnutelnými podněty. Nadměrná excitace někdy pramení z reálné situace (sexuální zneužívání, tělesné týrání, ale častěji pramení z vnitřních zdrojů, především z nezvládnutelných popudů z id. Automatická úzkost může být i jakýmsi oživením dřívějších traumatických situací, kdykoliv se člověk ocitne v podobné situaci. Prototypem traumatické situace je porod. Freud se domníval, že úzkost vzniká nejčastěji v raném dětství, kdy je ego relativně nezralé a slabé a může být přívalem podnětů snadno zahlceno. Když se dítě snaží nástup nebezpečných či traumatických situací předvídat, nastupuje signální úzkost, která je slabší než automatická. Má za následek mobilizaci sil a obranných mechanismů, kterými se ego snaží danou situaci zvládnout a zabránit dalšímu stupňování nelibosti. Nebezpečná situace u starších dětí je např. strach z potrestání či pokárání ze strany superega (Plháková, 2003).

4.1 Úzkostné poruchy u dětí, definice a vývoj

Vstup do školy znamená pro většinu dětí značnou zátěž, která se ještě zvětšuje v době stoupajících nároků na vzdělání a na pracovní výkonnost. Dítě, které nechodilo do mateřské školy, se má nyní na delší dobu obejít bez rodičů, zapojit se do poměrně velkého kolektivu stejně starých dětí a podřídit se autoritě cizího dospělého. To dítě, které už do školky chodilo, má sice v tomto směru situaci snazší a změna jeho života není tak velká, ale i pro něj je organizace školní činnosti zcela odlišná. Od všech dětí se očekává, že se během celé vyučovací hodiny přiměřeně soustředí, budou po celou dobu sedět v lavici a zachovávat pravidla školní kázně. I když má učitel probírat náročnou látku v prvních třídách zejména na začátku vyučovací hodiny, přece jen je celá hodina pro šestileté dítě dlouhá a klade značné nároky na aktivní pozornost a schopnost inhibice spontánní pohyblivosti a hravé činnosti, která až do té doby naprosto převládla. Poměrně rychle se dnes začíná přímo s výukou, která klade nemalé požadavky na rozumovou vyspělost, ale i na přiměřenou pracovní motivaci, zájem, dostatečnou koncentraci a na řadu dalších osobních vlastností. Laťka nároků stoupá a je vlastně stejná pro všechny děti, s malým ohledem na jejich schopnosti, osobní vlastnosti nebo podmínky rodinného prostředí. Není tedy divu, že velký počet dětí vykazuje po delší nebo kratší dobu po vstupu do školy různě intenzivní a rozličně projevované známky nepřízpůsobení. Učitelka na nich pozoruje, že se špatně podřizují kolektivnímu vedení, nevydrží se soustředit na vyučování, stále si musí s něčím hrát, i kdyby to byl jen papír a tužka, nevydrží klidně sedět, otáčejí se, mluví

při výkladu učitelky apod. Dříve či později se u mnohých objeví potíže ve výuce. Neúspěchy snižují sebehodnocení dítěte, a jestliže se kumulují, brání úspěšnému postupu a nutí se k rozhodování, zda má být školní docházka ještě přerušena a dítě se má vrátit zpět do mateřské školy, nebo zda má první třídu opakovat, či zda má být přeřazeno do zvláštní školy, vyrovnávací či jiné speciální třídy. I při méně hrozivých neúspěších jsou subjektivní prožitky dítěte často trpké a působí nepříznivě na celý další vývoj jeho osobnosti. Úspěch či neúspěch ve škole ovlivňuje v té době postavení dítěte v kolektivu třídy, které je opět pro jeho vztahy k druhým lidem i k sobě samému velmi významné (Langmeier, Křejičřiová, 1998).

Většina psychologů rozlišuje strach a úzkost. Jsou to emoce, s nimiž mají lidé nejvíce zkušeností, poněvadž svět je plný skutečných i potencionálních nebezpečí. Strach je reakcí na specifický podnět, který člověk vnímá jako bezprostřední ohrožení, jež nemůže zvládnout, proti němuž je bezmocný (lupič, válka, blesk, apod.) (Machač, Machačová, Hoskovec, 1985).

V situaci konkrétního ohrožení člověk pociťuje tendenci k útěku nebo k úhybu. Využije-li tuto možnost, strach pomine. Na otázku „Z čeho máš strach?“ můžeme odpovědět snáze, než na otázku „Z čeho máš úzkost?“. Mezi strachem a úzkostí nejsou ostré hranice. Jsou mezi nimi plynulé přechody. Je-li strach více méně přiměřenou reakcí na určitý škodlivý objekt, pak úzkostnost, jde-li nám o maximální zdůraznění odlišnosti, může být relativně stálou vlastností osobnosti. Úzkostný člověk se v tomto případě cítí ohrožen, ale neví čím (Machač, Machačová, Hoskovec, 1985).

Pro každé vývojové období je typický určitý soubor podnětů vzbuzujících strach dítěte, který souvisí s normativními konflikty a vývojovými úkoly daného období (např. separační úzkost, jako tzv. úzkost 8. měsíce) (Řičan, Krejičřiová, 2006, str. 225).

Separální úzkost a strach z cizích lidí je v kojeneckém a batolecím věku součástí normálního vývoje. Koncem třetího roku života by však měly ustupovat. Mírné formy strachu z cizího a neznámého, spolu se zájmem o nové, jsou ovšem adaptivní a trvají v průběhu celého životního běhu člověka. V předškolním věku pozorujeme u většiny dětí velké množství přechodných strachů až fobií, častý je zejména strach z hmyzu, ze zvířat, z tělesného poškození, ze zlodějů apod. Velmi rychle se utvářejí, nejsou-li však posilovány i rychle mizí. U 3-8 % dětí mohou dosáhnout patologické intenzity a interferovat pak se zdravým vývojem dítěte a vyžadují včasnou terapii (podle MKN-10 F93.1). Klasické „dospělé“ fobie (klaustrofobie, agorafobie, atd.), jsou u malých dětí vzácné a vznikají nejdříve v období dospívání. Kolem 8-10 let je dítě vystaveno další zvýšené úzkostnosti,

dospívá k plnému pochopení pojmu smrti s její univerzalitou a nezvratností. Řada dosud odvážných dětí se v tomto období začne bát tmy, s představou možných číhajících nebezpečí, šumění větru, drobných šramotů a podobně (Říčan, Krejčířová, 2006, str. 225). Bowlby považuje reakce na neznámé a neobvyklé podněty za přirozený strach (Bowlby, 1970).

Ukazuje se, že patologické zvláštnosti dětí mohou být determinovány jak podmínkami vnitřními (např. oslabením dětského organismu po infekční nemoci, snížením sluchu po středoušním zánětu apod.), tak podmínkami vnějšími (např. nedostatečnou výchovou v rodině), nebo nejčastěji oběma faktory současně. Pokud hledáme příčiny nedostatků ve výchově, ať už rodinné, školní či mimoškolní, máme co dělat s tzv. patologií výchovného prostředí (Edelsberger, Kábele, 1988, str. 21).

Mezi další rizikové faktory patří partnerský konflikt mezi rodiči, psychická porucha u jednoho z rodičů, časté stěhování v dětství, útky z domova nebo špatné známky ve škole. Odborníci však nezjistili žádný rozdíl mezi jedináčky a dětmi z vícečetných rodin. „Jedináčci jsou snad méně zvyklí na lidské interakce, ale nikdy jsem neviděl statistiku, která by potvrdila nějaký významný rozdíl, co se týká inklinace k úzkostným stavům“, říká J. Praško (Sladká, L., Rodina a škola, č. 5, 2006). Aby se dítě zdravě vyvíjelo, musí projít určitými vývojovými stádii. Vývojové úkoly dle Eriksona:

- § *Důvěra* (naděje) – důvěřující naděje je celoživotním základem citových vztahů k těm, na jejichž péči je člověk odkázán (lékař, učitel, kněz, ale i manželský partner nebo blízký přítel), i vztahů k tomu, co lidského jedince přesahuje. Z tohoto zdroje se čerpá síla k překonání všech nezdarů a zklamání, všech rozvracejících pochybností o vlastní hodnotě (Říčan, Krejčířová, 2006, str. 49).
- § *Autonomie* (batolecí věk) – dítě se učí vědomě chtít (i nechít) ovládat vlastní tělo i psychické procesy. Je nápadné odporování vůli druhých, charakteristický batolecí vzdor (negativismus). Autorita omezuje jeho vlastní vůli, a tak si osvojuje princip spravedlivého řádu, v němž nachází i oporu své autonomní aktivity a sebevlády. Pokud je základní úkol stádia splněn chybně, osobnost je natrvalo ohrožena ve volní sféře, např. nutkavými poruchami /dosud neobjasněný výskyt rituálů v batolecím období/ (Říčan, Krejčířová, 2006, str. 49).
- § *Iniciativa* (předškolní věk) – dítě se učí pronikat do prostoru činů a střetů. Objevuje se také nový vyšší způsob autoregulace, cítit vinu. Nevhodná výchova může vypěstovat příliš kruté svědomí, jež na dlouhou dobu, snad až do dospělosti

podváže iniciativu jedince a promění každé odvážnější přání v intrapsychický neurotický konflikt (Říčan, Krejčířová 2006, str. 50).

- § *Snaživá píle* (školní věk) – novým citem z tohoto období je pocit méněcennosti, jímž se dítě učí reagovat na nezdar, který je stimuluje k vyšším výkonům. Dítě si osvojuje vztah ke světu práce a perspektivu celoživotního uplatnění v něm. Trvalými neúspěchy však může převážit pocit méněcennosti, dítě kapituluje a stává se outsiderem a ztrácí důležitou složku životní perspektivy. Může k tomu přispět řada příčin (subnormální inteligence, specifické poruchy učení, syndrom LMD, syndrom hyperaktivity, nejistota citového zázemí domova ústící ve školní fobii aj. (Říčan, Krejčířová, 2006, str. 50).
- § *Identita* (do dvacátého roku života) – někteří autoři jej dále rozdělují na stádium sociální identity a pozdější stádium osobní identity. Sociální identitou se rozumí ztotožnění se skupinou vrstevníků a nalezení vlastního místa mezi nimi v soutěži i v solidaritě. Vrstevnická skupina zde nabývá zvláštního významu, protože se citově radikálně odvrací od rodiny, v níž vyrostlo, zejména ovšem od rodičů. Nebezpečí stádia sociální identity je ztráta místa ve vrstevnické skupině a couvnutí do dětské závislosti na rodině. Stádium osobní identity má vést k osvojení relativně zralého pohledu na vlastní osobu i na prostředí, v němž jedinec žije, zejména na širší společenství obce, národa a celého lidstva a také k mravní orientaci. Kdo jsem, jaký jsem, kam patřím, čemu věřím, co hodlám podniknout se svým životem, to jsou nejpodstatnější otázky tohoto stádia. Tento přechod mívá podobu vyhrocené krize. Někteří adolescenti tento přechod neprodělají a přizpůsobí se požadavkům dospělosti v podstatě dětským způsobem. Přijmou nabízené hodnoty, role, jejichž přijetí se od nich očekává napodobí životní styl svých rodičů. Svou adolescentní krizi pak prožívají opožděně, třeba i o několik let. Jiní ztratí svou dětskou identitu, nejsou však schopni vytvořit si novou. Pak mluvíme o agravované adolescentní krizi, projevuje se bouřlivým negativismem, vnitřními rozpory, rozervaností, bezradností (Říčan, Krejčířová, 2006, str. 50).
- § *Moratorium* – typickým jevem adolescence je podle Eriksona vývojové moratorium, kdy jedinec nemůže zvládnout nahromaděné úkoly tohoto stádia, svůj přechod k dospělosti odkládá a sbírá síly k postupu vpřed. Žije způsobem, který umožňuje odklad a věnuje se intenzivně jiné činnosti, která ho plně zaujme, např. hobby, přívrženec sociálně únosné nebo neúnosné skupiny, sexuální promiskuitou (Říčan, Krejčířová, 2006, str. 51).

4.2 Anamnéza a rizikové faktory

Psychická deprivace

Neadekvátní péče o dítě má řadu forem, přechody mezi nimi jsou ovšem plynulé a mnohdy se vyskytují současně. Považujeme za důležité zmínit zde děti s psychickou deprivací, týrané, zneužívané a zanedbávané děti (Říčan, Krejčířová, 2006, str. 287). Dle Langmeiera a Matějčka (1974), je psychická deprivace definována jako stav, kdy člověk nemá dlouhodobě dostatečnou příležitost k uspokojení některé ze svých základních potřeb. Nejčastěji jsou to potřeby stabilního, vřelého a citového vztahu, ale i potřeby stimulace. Důsledkem časně psychické deprivace bývá:

- § Narušení kognitivního a motorického vývoje dítěte – vývojová retardace různého stupně, u velmi těžkých forem deprivace dochází současně i k poruchám somatického vývoje a někdy až k úmrtí dítěte. Děti, které vyrůstají v kojeneckých ústavech a dětských domovech do tří let, se celkově opožďují ve vývoji s nejvýraznějším postižením řeči a sociálním chováním. S umístěním do kvalitní rodiny se však brzy upraví.
- § Narušení vývoje osobnosti – narušena schopnost navazovat hlubší sociální vztahy, v dospělosti může přerůst k extrémnímu obrazu asociální poruchy osobnosti.

Emočně deprivované děti, jejich projevy chování a sociálních vztahů:

- § Sociální hyperaktivita – těmto dětem chybí strach z cizích lidí, velmi snadno a rychle navazují kontakt s dospělými a aktivně se dožadují jejich pozornosti. Vztahy však zůstávají povrchní a rozptýlené, špatné vztahy k vrstevníkům jsou u starších dětí obvyklé, mohou se přidružit poruchy chování - F94.2: „desinhibovaná příchyllost v dětství“.
- § Sociální provokace – od batolecího věku se mohou domáhat pozornosti záměrnou provokací. Projevují se agresí vůči dětem, dospělým a také destruktivním chováním. Tyto děti bývají také zvýšeně úzkostné a nezralé.
- § Útlumový typ – tyto děti jsou pasivní až apatické v kontaktu se sociálním prostředím. Nedostatek iniciativy je typický. Náhradní uspokojování citových a sociálních potřeb zaměřují na uspokojení potřeb biologických (jídlo, masturbace, apod.).

Jednotný klinický obraz citově a sociálně zanedbávaného dítěte tedy neexistuje. Při podezření na deprivaci, musí být dítě komplexně vyšetřeno s podrobnou anamnézou

a explorací rodinných vztahů. Někdy může být důležité odlišení lehké mentální retardace od důsledků časně psychické deprivace, které mohou být dlouho reparabilní.

Podíl deprivacních vlivů je důležitý u všech dětí s lehkou mentální retardací, nebo s jiným typem postižení. Postižené děti jsou totiž více ohroženy deprivací než zdravé děti. Vlivy deprivace nemůžeme opomenout ani u dětí s poruchami chování, nebo disharmonickým vývojem osobnosti. Při zanedbávání dítěte je výrazně zvýšeno riziko školního selhávání s dosažením nižší úrovně vzdělání, než by odpovídalo schopnostem daného dítěte (Langmeier, Matějček, 1974).

Týrané děti

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je označován zkratkou **CAN** (**C**hild **A**buse and **N**eglect). Jedná se soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte a jeho postavení ve společnosti, zvláště v rodině. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (dále jen syndrom CAN) je definován, jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů, nebo jiné dospělé osoby a je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Jde o soubor negativních důsledků špatného zacházení s dítětem. Tyto příznaky mohou vzniknout následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče, kdy dítě trpí zanedbáváním jeho důležitých životních potřeb. Jak je zřejmé z názvu, jde o poškození vzniklé týráním, zneužíváním či zanedbáváním dítěte. Různé způsoby ubližování mohou vést k rozdílným důsledkům, a proto odlišujeme problémy vzniklé deprivací (tj. nedostatečným uspokojováním různých potřeb), týráním a zneužíváním. Dítě nejčastěji poškozují jeho rodiče, popř. další členové rodiny, pokud jsou k němu necitliví a bezohlední, pokud je podřizují nebo využívají k uspokojení vlastních potřeb. Toto chování lze chápat jako zneužití fyzické síly či psychické nadřazenosti a moci dospělého nad komplementárně podřízeným a závislým dítětem. Dále je užíván pojem syndrom **CSA** (**C**hild **S**exual **A**buse), kterým se označuje sexuálně zneužitě dítě. Od roku 1986 je tento syndrom zaveden do Americké psychiatrické diagnostiky a statistického manuálu jako diagnóza. Syndrom CSA se vyznačuje symptomy, jako jsou nízká sebeúcta, poruchy spánku, strach, deprese, sexuální dysfunkce a zneužívání jiných <<http://www.kreativne.com/tyrane-deti/cz/projevy.php?sekce=syndromy>>.

Seriózní anamnéza, osobní i rodinná, zachycuje po všech stránkách vývoj jedince a jeho rodiny ještě před vznikem prvních příznaků těch či oněch změn, odchylek, nedostatků a poruch, příp. chorob. Naproti tomu tzv. katamnéza a katamnesticke šetření

zkoumá situaci, v níž se jedinec nalézá po určitém větším či menším časovém odstupu od ukončení nápravy, příp. terapie příslušných nedostatků. V úvahu tu přichází též tzv. recidiva čili návrat, opakování nebo opětovné vzplanutí nežádoucích projevů. Prognóza zase předpovídá na základě stanovené diagnózy průběh anebo výsledek nějakého procesu, ať už terapeutického, výchovně vzdělávacího či speciálně výchovného apod., jehož součástí jsou příslušná, na podkladě diagnózy indikovaná opatření (Edelsberger, Kábele, 1988, str. 35).

4.2.1 Patologická úzkost

Úzkost se stává patologickou, je-li nadměrná, přetrvávající a interferuje-li s běžným fungováním dítěte, brzdí-li jeho další vývoj v jedné či více vývojových oblastech. V batolecím a předškolním věku se klinicky projeví buď inhibicí, dítě se stahuje a stává se pasivním, nebo je naopak nadměrně neklidné. Úzkostné děti bývají někdy v předškolním věku chybně diagnostikovány jako děti s ADHD. Pro odlišení je nutná podrobná anamnéza. Tyto děti nebývají tolik impulzivní a jejich motorický a kognitivní vývoj bývá rovnoměrnější. Nadměrná úzkost v předškolním věku se může manifestovat i s poruchami jídla, spánku (poruchy usínání, noční můry a děsy) a tzv. neurotickými návyky, např. cucání palce, okusování nehtů, trhání vlasů či nadměrná masturbace. Tyto aktivity slouží dítěti k uvolnění tenze, okolím jsou sankcionovány a to hladinu tenze ještě zvyšuje. U starších dětí mají úzkostné poruchy obvykle již krystalizovanější klinický obraz oproti dříve spíše difúzní povaze úzkosti (Říčan, Křejičřová, 2006).

4.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha

Úzkostnost je do značné míry podmíněný povahový rys a u některých dětí chronicky zvýšená hladina úzkosti přetrvává i ve školním věku. Děti s generalizovanou úzkostnou poruchou jsou trvale v napětí, ve školním věku bývají častěji silně inhibované, ale někdy mohou být i pohybově neklidné, často mívají nejrůznější vágní a přechodné somatické obtíže (bolesti hlavy, bušení srdce, dechové obtíže). Dominujícím problémem je zejména množství nejrůznějších strachů. Většina těchto dětí je celkově velmi nejistá, mívají oslabené sebehodnocení, neustále se obávají budoucích událostí a možnosti vlastního selhání, v úsilí pro zvládnání požadavků bývají až perfekcionistické a extrémně konformní. Jindy však naopak plnění požadavků (např. domácí úkoly apod.), právě

ze strachu před selháním dlouho odkládají a pak propadají panice (Říčan, Křejičřívá 2006, str. 226).

Dle Traina (2001), generalizovanou úzkostnou poruchou trpí asi 3 % dětí a domníváme se, že se vyskytuje v každém věku. Může se vyskytovat u obou pohlaví, častější je však u děvčat, s vyšší pravděpodobností se objevuje tam, kde se její příznaky vyskytují i u rodičů. Dítě bude úzkostné po celý život a intenzita příznaků se může zhoršit pod vlivem aktuálních stresových situací. Dítě s těmito symptomy by mohlo trpět také depresí, fobií, nebo poruchou vyvolanou užíváním návykových látek. Některé projevy generalizované úzkostné poruchy lze sledovat i u ostatních dětí, nemusí to ale nutně znamenat, že touto poruchou také trpí. Úzkostné dítě může být fyzicky nemocné nebo jinak oslabené pro něj náročnou situací:

- § Strach z něčeho konkrétního. V takovém případě trpí specifickou (izolovanou) fobií – v přítomnosti určitého předmětu nebo situace, nebo při očekávání takového stavu.
- § Strach z nových lidí a situací, dítě může trpět sociální fobií – strach ze sociálních událostí s neznámými lidmi, nebo v situacích, kdy by jeho vystupování mohlo být pozorně sledováno. Obava, že bude vypadat trapně, nebo že se zesměšní.
- § Reakce na traumatický zážitek, tedy posttraumatická stresová porucha – dítě má za sebou určitou stresovou zkušenost, při níž ono samo nebo jiní lidé byli tělesně zraněni nebo byli vystaveni určitému riziku.
- § Úzkost může být příznakem deprese nebo schizofrenie – problémy v oblasti myšlení, vnímání a emocí. Symptomy budou trvat nejméně jeden měsíc a v jisté podobě budou zřejmé po dobu posledních šesti měsíců.
- § Neschopnost soustředění a neklidnost může být příznakem ADHD – nesoustředěnost, hyperaktivita, impulzivita (Train, 2001).

Děti s generalizovanou úzkostnou poruchou budou neklidné, nesoustředěné na zadaný úkol, budou mít potíže se spánkem, snadno se rozčílí. Mohou se třást, mít tiky, budou si stěžovat na únavu a bolesti svalů. Mohou mít nešikovné ruce, potit se, nebo mít vyschlá ústa. Možná se budou soustředit na to, jak se chovají, budou to perfekcionisté, dbát na přesnost. Budou se obávat, že dojde ke katastrofickým událostem, jsou neustále ve stavu napětí. Opakovaně budou dělat něco, aby se ujistily, že to dokáží, a budou se snažit, aby jejich obavy někdo vyvrátil a dodal jim tak oporu. Učení i vztahy s ostatními tím

budou trpět, mohou si vypěstovat nízké sebevědomí, uzavřít se, nebo naopak začít zlobit (Train, 2001).

Léčba se zaměřuje na zamezení vyhýbavému chování, tj. vystavení se obavám a starostem, na nácvik odolnosti k silným emočním a tělesným reakcím, systematické řešení problémů a relaxaci (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

4.2.3 Školní fobie a separační úzkost

Pro vznik školní i sociální fobie je rozhodující celková úzkostnost konkrétního dítěte. Je dána ze 30 % geneticky, ze 70 % se na jejím vzniku podílejí události v životě dítěte. Nejzávažnějším momentem je separace od matky. Mnohdy sehrává roli i perfekcionismus matky, která sice pečlivě dbala na to, aby dítě bylo správně oblečené, najedené, ale neuvědomila, že potřebuje spíše citovou blízkost, než zajištěné technické zázemí (časopis Rodina a škola, č. 5, 2006). „Úzkostné maminky jednoznačně vychovávají úzkostné děti“, říká J. Praško (časopis Rodina a škola, č. 5, 2006). Ke vzniku těchto fobií může přispět i nadměrná kritika ze strany rodičů, kteří svému dítěti neustále něco vyčítají. Dítě se tak stává stále ustrašenějším a obává se další a další kritiky za všechno, co udělá. „Zásadním předpokladem pro vznik školní fobie je fakt, že dítě už do ní přichází jako bázlivý a nejistý jedinec. Stabilní dítě škola v žádném případě „neohrozí“, zdůrazňuje J. Praško (Sladká, L., Rodina a škola, č. 5, 2006).

Separací úzkost je reakce na hrozící odloučení dítěte od matky, ať již skutečné nebo hrozící, eventuálně jiné, pro dítě důležité osoby. Začíná se obvykle projevovat kolem 6.-8. měsíce věku, s dalším vývojem pak její intenzita postupně klesá a kolem 3. roku věku je většina dětí schopna snést krátkodobé odloučení od matky např. při docházení do mateřské školy. Vývoj separace je u řady dětí zpomalen, ale ještě na počátku školní docházky nebo i později trvá silná separační úzkost, nebo je tato úzkost kdykoliv v průběhu vývoje reaktivována traumatickým zážitkem (zejména ztrátou nebo odloučením od některého ze členů rodiny, ale např. i úmrtím nebo odstěhováním spolužáka či ztrátou domácího zvířátka apod.). Klinicky se pak tato separační úzkost projeví v době, kdy je dítě nuceno matku opustit (odchod do školy). Strach podmíněný separační úzkostí je nutno odlišit od pravé školní fobie, kdy se dítě skutečně bojí zcela specificky některých situací, ale dobře snáší všechny ostatní separace (prázdninové tábory, sportovní soustředění apod.) Je nutné zvážit, zda strach ze školy není oprávněný (šikana atd.). Děti trpící touto poruchou jsou obvykle tiché, inhibované, ve škole podávají dobré výkony, ale přesto trpí neustálým strachem ze selhání, bývají až perfekcionistické. Hladina úzkosti je celkově zvýšena

a prožívají i řadu dalších strachů (z úrazu, ze smrti vlastní, ale zejména strach o rodiče v době jejich nepřítomnosti), typické somatické příznaky při odchodu do školy s poruchami spánku. Pokud rodiče nechávají dítě často doma, úzkost ještě sílí a u dítěte je současně posilována tendence k somatizaci. Včasná terapie této poruchy je proto velmi důležitá. Základním pravidlem každé terapie je návrat dítěte do školy, i když někdy zprvu jen na zkrácenou dobu, pak je postupně pobyt prodlužován. Dítě by měla do školy odvádět neutrální osoba (nikoliv matka), v případě odmítnutí musí být dítě dopraveno do školy i násilím. Nezbytná je těsná spolupráce se školou, popř. lékařem. Je důležité otevřeně hovořit o příčinách s rodiči i dítětem a být rodině neustále k dispozici. I když už dítě odchází do školy bez obtíží, je nutné ještě nějakou dobu pokračovat v terapii. Aby došlo k vyřešení základních konfliktů, které poruchu podmiňovaly. Jako výhodná bývá uváděna kombinace rodinné, behaviorální a individuální dynamické psychoterapie. Prognóza je lepší u akutních forem, kdy porucha netrvala dlouho před zahájením terapie, nakolik se podařilo získat silně úzkostné a nejisté rodiče ke spolupráci. U chronických forem, může porucha přetrvávat i do doby dospívání a mohou být narušeny školní výkony dítěte, jeho vztahy s vrstevníky a posíleny somatizační tendence (Říčan, Křeččířová 2006, str. 226).

Separční úzkostnou poruchou trpí 4 % dětí a dospívající mládeže. Může se vyskytnout u předškolních dětí, častěji ji však pozorujeme u dětí školního věku. Poruchou trpí více děvčat než chlapců. Porucha je častější u dětí, jejichž rodiče také trpěli touto poruchou, a u dětí jejichž matky mají sklon k panickým reakcím. Porucha může přetrvávat řadu let, z dětství může předcházet do dospělosti. Dítě s těmito příznaky by mohlo mít také generalizovanou úzkostnou poruchu, depresi, autismus, Aspergerův syndrom, fobii, schizofrenii, panickou poruchu nebo ADHD. U některých dětí můžeme také pozorovat separční úzkost, ale nemusí touto poruchou trpět. Může jít o úzkost v důsledku rodinných problémů, může být bezmocné, mít strach ze školy, šikanováno ve škole, přeceňováno nebo příliš ochraňováno. Při separční úzkosti se může dítě stáhnout do sebe, prožívat pocit odmítnutí, že ho nemá nikdo rád, může být agresivní, náročné a požadovat ustavičnou pozornost, prožívat zoufalství, že se už nikdy nesejde se svým pečovatelem, bojí se zůstat sám, vyskytnout se mohou problémy se spánkem pokud není nablízku jeho blízká osoba, noční můry, nebo si stěžovat, že je nemocné, mít potřebu spát s rodiči, potíže s koncentrací a učením, odmítat chodit do školy, neschopné jet někam samostatně, odmítat jít je kamarádovi domů, nebo jet na školní výlet (Train, 2001).

Sociální fobie významně omezuje studijní a pracovní uplatnění i celkovou kvalitu života (Praško a kolektiv, 2005).

4.2.4 Diagnostika

Dle Říčana a Krejčířové (2006), ke zjišťování diagnózy emoční – úzkostné poruchy existuje řada testových metod:

- § Škála zjevné úzkosti pro děti (CMAS) – 48 otázek zaměřených na zjištění míry úzkosti jako dlouhodobého stavu a 13 položek pro hodnocení lži-skóru. Testové položky obsahují široké spektrum příznaků a prožitků úzkosti, např. vědomí prožívání úzkosti, pocity méněcennosti, opuštěnosti, somatickými potížemi atd. Je vhodný pro děti od 9 do 12 let, individuálně i skupinově, trvá asi 15 minut, dítě pouze zaškrťává *ano* nebo *ne*. Výsledek srovnáme s populačním vzorkem. Poskytneme vám informace o emočním prožívání dítěte, zejména při nepřiměřeném úzkostném reagování či dlouhodobě zvýšené úzkosti.
- § Dotazník dětské manifestované úzkostnosti (CMAS-CR, CMAS-PR) – 51 položek na zjišťování emočního prožívání dětí. Dítě má posoudit intenzitu svých úzkostných pocitů, hodnotí je na základě čtyřstupňové škály (*vůbec ne, trochu, dost, velice*).
- § Škála měření úzkosti a úzkostnosti u dětí (ŠAD) – je určen pro děti od 10 – 15 let, individuálně a skupinově, trvá asi 8-12 minut. Dítě zaškrťává (*vůbec ne, trochu, dost, velmi*). Explorace může být věnována analýze příslušných obtíží, ale může z ní vycházet i rozhovor s dítětem či s rodiči o různých problémech, které výsledky testu signalizují. Dotazník můžeme zadat i rodičům, jak si myslí, že by odpovídalo jejich dítě.
- § Eysenckovy osobnostní dotazníky pro děti (JEPI a B-JEPI) – od 9 – 14 let, individuálně i skupinově, dítě zaškrťává *ano* či *ne*, trvá 20 minut. Získáme informaci o míře extravertnosti, introvertnosti, neuroticismu, jeho přizpůsobivosti a nakonec i o míře spolehlivosti těchto výsledků. Dotazník můžeme zadat i rodičům, jak si myslí, že by odpovídalo jejich dítě. V praxi je téměř univerzální, velmi užitečný u dětí s adaptačními a úzkostnými potížemi, školsky neprospívajících i sociálně odmítaných, u dětí v různých životních nesnázích apod. Výsledky představují orientační informaci o dětské osobnosti.
- § Cattellovy osobnostní dotazníky pro děti a mládež (CPQ – 8-14 let, HSPQ – 13-17 let) – měří 4 sekundární faktory- extravertzi, úzkostnost, vyrovnanost, nezávislost. Jedinec zaškrťává variantu, která nejlépe vystihuje charakteristiku jeho osobnosti. Výsledkem je profil, který ukazuje dominující vlastnosti. Dotazník lze použít

kdykoliv, zejména pro získání informací o osobnostním profilu, při adaptačních potížích, volbě dalšího studia či povolání.

- § Škála sociální akceptace (DSA) – slouží k aktuálnímu posouzení dítěte ve skupině, zjišťuje přijetí dítěte vrstevnickou skupinou, i postoj dítěte k této skupině, jak ji hodnotí a do jaké míry se s ní ztotožňuje. Škálu lze použít od 12-16 let. Jedinec zaškrťává jednu ze čtyř variant (*nikdy, občas, často, vždy*), individuálně i skupinově, trvá asi 10 minut. Může přispět k pochopení školní neúspěšnosti, poruch adaptace na školu (Říčan, Krejčířová, 2006).

Z dalších můžeme jmenovat např. Škálu klasické sociálně situační anxiety a trémy (KSAT), Rosenbergova škála sebehodnocení, Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí (SPAS), Rohnerova škála sebehodnocení dítěte (PAQ), Pětifaktorový osobnostní inventář (NEO a NEO-PI-R) atd. (Říčan, Krejčířová, 2006).

K lepšímu pochopení, dotvoření diagnózy slouží i různé další techniky, např. projektivní metody: Asociační test – bezprostřední reakce na slovní podnět, Doplnování vět, Doplnování příběhů, Michalův Projektivní interview – dítě uvádí do pohádkového světa, vybere si jakou postavou by chtělo být a jak by jako kouzelník uplatnil svou moc. Další částí tohoto interview je doplňování vět a třetí část tvoří technika odvozená TAT. Jinou technikou je Luscherův test barev – preference různých barev k některým osobnostním charakteristikám. Také Kresba lidské postavy, Test stromu, Kresba rodiny (Říčan, Krejčířová, 2006) přispívají k co nejhlubšímu poznání dítěte.

5 DEPRESIVITA U DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU

„Zapomeň na své já, ale nikdy neztrať sebe sama“.

(Herder, in Riemann, 1999)

Hlavním příznakem deprese je patologicky depresivní nálada, která vzniká bez zjevné příčiny. Depresivní porucha není vázána na nějaké konkrétní události. To znamená, že emoční ladění ztrácí svou adaptačně regulační funkci. Jedinec přestává standardním způsobem reagovat na vnější a vnitřní podněty a má sklon k nepřiměřeným projevům. Smutek má obecně tlumivé účinky. Jestliže je deprese patologicky zesílena, zvětšuje se i její tlumivý vliv, mnohdy v tak velké míře, že lze mluvit o maladaptaci. Někdy se naopak pod vlivem silné úzkosti, která některé deprese doprovází, může aktivace organismu nadměrně zvýšit. Depresivní, respektive melancholické ladění velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání, uvažování i chování nemocného. Vede k poruchám psychické regulace, k útlumu potřeb i volní aktivity. Depresivní jedinec ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostný a pesimistický. Jeho ladění vede ke zobecnění negativního způsobu hodnocení čehokoli. Sebehodnocení je výrazně zhoršeno. Nemocný mívá pocity méněcennosti a neschopnosti (Vágnerová, 1999).

5.1 Příčiny vzniku deprese

Depresivní pacienti mají obsah myšlenek zaměřený na určitou významnou ztrátu. Pacienti jsou přesvědčeni, že ztratili něco, pro jejich štěstí nezbytné. Při jakémkoli svém úsilí předpokládají negativní výsledek. Považují se za neschopné, postrádající kvality potřebné k dosažení důležitých cílů. Deprese zahrnuje negativní pojetí sebe, negativní interpretace životních zážitků a beznadějný pohled na budoucnost (Beck, 2005, str. 103).

Přesná příčina vzniku deprese zatím není stále známá – známe pouze některé biologické procesy v mozku a faktory, které se mohou na vzniku deprese podílet. Bylo zjištěno, že za vznikem deprese pravděpodobně stojí nedostatek některých neurotransmiterů v mozku (chemické sloučeniny, pomocí kterých se předává signál z jedné nervové buňky na druhou). Mezi neurotransmitery podílející se na vzniku deprese patří zejména noradrenalin a serotonin, v menší míře pak i dopamin. Léky, které obsah těchto neurotransmiterů v mozku zvyšují, symptomy deprese zlepšují. Zatím se neví, co přesně způsobuje pokles hladin těchto neurotransmiterů. Mezi faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku deprese patří genetická výbava jedince. U osob, jejichž pokrevní

příbuzní trpí depresemi, je větší riziko onemocnění. Dlouhodobý stres (vyšší riziko je u osob dlouhodobě stresovaných a především u těch, které nemají možnost tento stav ovlivnit), akutní stresující události (např. úmrtí blízkého člověka, rozvod, propuštění z práce, odchod do důchodu apod.), typ osobnosti (obecně je vyšší riziko onemocnění např. u úzkostných lidí), to všechno jsou faktory startující a podílející se na vzniku deprese. Velký podíl sehrává i výchova v rodině (zejména nepřiměřená náročnost a kritičnost rodičů), týrání nebo pohlavní zneužívání v dětství. Deprese může být ale vyvolána i některými chorobami, např. poškozením či onemocněním mozku (nádory, roztroušená skleróza, demence), některými léky (např. léky proti vysokému krevnímu tlaku, perorální antikoncepce, steroidní hormony atd.) či drogami
<<http://www.deprese.cz/vznik.aspx>>.

Výzkumné studie

Stav připomínající lidskou depresi byl navozen u opic separační strategií, oddělením matky od dítěte, nebo rozdělením vrstevníků. Léky, které ovlivňují hladiny neurotransmiterů (např. noradrenalinu nebo dopaminu) v CNS, mohou předem předpokládaným způsobem měnit navozenou odpověď. Toto zjištění rovněž podporuje názor, že psychosociální a biochemické faktory působí při vzniku duševních poruch společně (Bouček a kol. 2006). Jedna studie z Quebecu odhalila, že u takovýchto dětí se vyskytují problematické situace v rodinném prostředí. Děti z Quebecu trpí zvýšenou měrou úzkosti a deprese dokonce už před nástupem do školy. Podle pozorování se symptomy zhoršují během prvních pěti let života. Tyto závěry jsou výsledkem rozsáhlého výzkumu na dvou tisících dětech, uskutečněného pod patronátem kanadské Národní výzkumné laboratoře pro duševní zdraví mládeže a dospělých <<http://www.velkaepocha.sk/2009121011772/Deprese-u-malych-deti.html>>.

Další výzkumy v posledních letech ukazují, že v rozvinutých zemích psychických problémů přibývá. Až polovina populace může během života trpět nějakým typem duševní poruchy. Přitom žijeme v pohodlí, nejsme křehčí než naši předkové, kteří museli překonávat války, hladomory, epidemie. V Africe, kde trápí lidi nedostatek vody, infekce, se lidé dožívají v průměru 40 let a psychické poruchy tam nehrají takovou roli. V České republice se člověk dožívá průměrně 75 let, naprostá většina obyvatel má všeho dostatek, má co jíst, pít, kde spát, umíme léčit infekční nemoci, postarat se o ženy po porodu, tím pádem spousta starostí vymizela. Objevily se ovšem jiné, duševní choroby. Loni byla v Evropě vyhodnocena jako nejdražší, léčba depresí a úzkostných poruch. V dnešní společnosti jsme orientovaní na výkon a pořád někam spěcháme, máme také obrovské

možnosti svobody, jenomže ne všichni umí těchto možností využít. Většina se rozhoduje obtížně, neustálá možnost volby je zatěžuje a znejišťuje. Studie na dvojčatech potvrzují, že genetická dispozice hraje u duševních poruch velkou roli, neexistuje ale jeden gen, který by způsoboval depresi. Například u dětí, které byly pohlavně zneužity v určitém věku, se mění struktura jejich mozku typickým způsobem a vzniká dispozice pro rozvoj duševních poruch (Kramulová, D., Psychologie dnes, č. 2., 2010).

Rozšíření deprese přičítají Nesse a Williams (1996) hromadným a sdělovacím prostředkům a rozpadu malých společenství, těžko totiž osamocený jedinec zažije pocit úspěchu a přijetí (Nesse, Williams, 1996).

5.2 Projevy a důsledky deprese

Depresi doprovází řada tělesných onemocnění, např. chřipka, infarkt atd. Deprese, která se skrývá pod tělesnými příznaky se označovala jako deprese maskovaná, nebo larvovaná, „depressio sine depressione“ (deprese bez deprese), deprese bez smutku. Tělesné příznaky nejčastěji vyjadřující depresi jsou vysílenost, slabost, ztráta čilosti, poruchy srdečního rytmu, závratě, zácpa, sucho v ústech, poruchy spánku, potíže s dechem, bolesti svalů, kloubů, hlavy, pocity tlaku, chladu, změna chuti k jídlu a váhy, menstruační poruchy, potíže s erekcí (Vondráček, 1981, in Baštecká a kolektiv 2003).

Pro ilustraci uvádíme několik krátkých příběhů:

Vědec T. S. Eliot, který byl právě jmenován předsedou prestižní vědecké společnosti, začal být postupně skleslý a svěřil se svému příteli, že má velké nutkání opustit svou kariéru a stát se tulákem. Oddaná matka, která vždy velmi milovala své děti, je začala zanedbávat a vážně se začala zabývat myšlenkami, že zabije nejdříve je a pak sebe. Labužník, který si nade vše vychutnával dobrá jídla, začal trpět nechutenstvím a začal se jídlu vyhýbat. Žena, když se doslechla o tom, že její blízký přítel náhle zemřel, se poprvé po mnoha týdnech usmála (Beck, 2005, str. 81).

Depresivní pacienti všeobecně poskytují podstatné informace ve spontánních vyjádřeních jako: „Jsem smutný, protože nejsem k ničemu“, „Nemám žádnou budoucnost“, „Přišel jsem o všechno“, „Moje rodina mě opustila“, „Nemám nikoho“, „Nemám pro co žít“. Depresivní pacient považuje sám sebe za někoho, komu chybí nějaká vlastnost nebo okolnost, kterou považuje za nepostradatelnou pro své štěstí. Nemá schopnost dosáhnout svých cílů, není pro druhé lidi přitažlivý, chybí mu blízkost rodiny či přátel, materiální zabezpečení, dobré zdraví, postavení nebo pozice. Toto negativní

sebehodnocení odráží způsob, jakým depresivní pacient vnímá svou životní situaci. Depresivní pacient má specifickým způsobem narušeno myšlení. Má negativní názor na svět kolem sebe, negativní pojetí sebe sama a negativně hodnotí i svou budoucnost, je to tzv. depresivní triáda (Beck, 2005, str. 83).

Různá vážná onemocnění doprovází deprese. Deprese po mozkové mrtvici se projeví asi u 50 % pacientů s postižením levé hemisféry a u 10 % pacientů s postižením pravé hemisféry. U depresí vyskytujících se mezi onkologickými pacienty záleží na druhu nádoru, průměrná prevalence je 24 %, s rozpětím od 50 % výskytu deprese u pacientů s karcinomem slinivky břišní a 1,5 % výskytu deprese u pacientů s akutní leukémií při přijetí k transplantaci kostní dřeně (Lamberg, 1996, in Baštecká a kolektiv 2003).

Čtvrtina pacientů s diabetem II. typu za svůj život onemocní depresí. A pětina pacientů po infarktu myokardu splňuje diagnostická kritéria pro depresivní poruchu. Více než 60 % žen, jež zabily své děti, ve čtyřech až šesti týdnech před událostí vyhledalo pomoc lékaře kvůli tělesným obtížím, které maskovaly depresivní onemocnění. U 30 % starších pacientů se stává deprese chronickým onemocněním (Baštecká a kolektiv 2003).

Ještě donedávna byla deprese u dětí silně podceňována nebo i popírána. Dětství bylo charakterizováno jako šťastné a bezstarostné období, i podle klasické psychoanalýzy, dle které nezralá osobnostní struktura dítěte vývoj depresivní poruchy neumožňuje. Nárůst prací k tématu dětské deprese v posledních deseti letech ukazuje, že děti trpí depresí stejně často jako dospělí. Projevy u dětí jsou podobné jako u dospělých. Děti mívají častější výskyt somatických obtíží, regresivních projevů a dalších maskujících symptomů. Klinický obraz symptomů je také výrazně ovlivněn věkem dítěte (Říčan, Krejčířová, 2006).

Základní projevy deprese u dětí i dospělých:

- § Smutná nálada – ztráta zájmu a radosti z běžných činností, pocit smutku beznaděje, podrážděnost
- § Poruchy jídla – obvykle nechutenství, méně často přejídání se
- § Poruchy spánku – nespavost, méně často hypersomnie
- § Pohybový útlum nebo agitovanost
- § Apatie, ztráta zájmu
- § Únava, ztráta energie
- § Ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo nepřiměřené poviny viny
- § Zhoršená soustředivost
- § Úvahy o smrti, suicidální myšlenky (Říčan, Krejčířová, 2006).

V kojeneckém věku je typická tzv. anaklitická deprese, jako reakce na separaci od matky. Nejprve se obvykle projevuje pláčem, volá matku a postupně ztrácí naději, stává se apatickým, utlumeným, nereaguje na okolí, odmítá jídlo i veškeré sociální kontakty. K odpoutání od matky dochází až po čase, dítě může přijmout náhradní pečovatelku, ale za cenu dočasně narušeného vztahu s matkou. Pro batolecí věk je typické depresivní chování charakterizováno reaktivní poruchou jídla a spánku, častějším autostimulačním chováním, ztrátou zájmu o hru a mnohdy i zesíleným negativismem a současně zvýšenou závislostí na matce s nárůstem separační úzkosti. V předškolním věku bývají typické pro depresi spíše somatické symptomy (zejména bolesti břicha a hlavy), ztráta zájmu o hru a radosti ze hry, často i izolace od vrstevníků. Může přibývat i denní snění, fantazie dítěte pak přecházejí k tématům bolesti, agrese, smrti, někdy se projeví výrazně destruktivním agresivním chováním dítěte. Ve školním věku ve hře i fantazii dominují depresivní témata (ztráta blízké osoby, odmítnutí druhými, kritika, úraz, ostuda), objevuje se také nízké sebehodnocení, pocity viny a bezmoci. Prvním projevem deprese dítěte v tomto věku bývá zhoršení dítěte ve škole, protože ztrácí zájem o učení, špatně se soustřeďuje, zhoršuje se jeho kontakt se spolužáky. Někdy můžeme pozorovat pohybový útlum, stejně často i neklid, hyperaktivitu, dítě se stává zlostným, vzdorovitým a neposlušným. Již v tomto věku je reálné nebezpečí suicidia. V pubertě a adolescenci je již klinický obraz zcela analogický depresi dospělých se zřetelnou poruchou nálady, sníženou energií, únavou a tendencí k izolaci, slabé sebehodnocení. Dospívající před pocity beznaděje někdy utíkají k alkoholu či drogám, i k promiskuitnímu sexuálnímu chování. Na depresi v tomto věku je nutné pomýšlet vždy, dojde-li u dítěte k náhlému zhoršení prospěchu ve škole, nebo k náhle začínajícím poruchám chování, ale i při některých somatických obtížích, které mohou být i prvním důvodem vyšetření, protože dospívající mnohdy své pocity nikomu nesdělují. U dětí bývají rozlišovány dva základní depresivní syndromy: *deprese kognitivní* se projevuje negativním pohledem na sebe sama (špatné sebehodnocení), na svou aktuální situaci a na budoucnost. Objevují se pocity beznaděje, vlastní neužitečnosti, odmítání okolí, snížená nálada, pocity viny, dráždivost a často suicidální úvahy nebo jednání. Druhá je *deprese endogenní*, nebo-li inhibiční, která je ovšem definována odlišně od endogenní deprese dospělých. Hlavními symptomy jsou útlum, depresivní nálada a anhedonie. I u dětí bývá deprese nejčastěji reakcí na ztrátu blízké osoby, ale i na jiné typy akutních či chronických traumatických zážitků. Zejména u dětí s poruchami učení je vysoká pravděpodobnost deprese, až 40 % dětí. Je reakcí na opakované školní selhávání a hyperkritické postoje okolí. Rodiči ani školou však nebývá rozpoznána a zejména

od prepuberty je riziko suicidia značné. Při vyšetření je nutné na možnost deprese pomýšlet a zaměřit se na ni (Říčan, Krejčířová, 2006).

5.3 Osobnostní predispozice

Psychologie osobnosti popisuje, jak a čím se lidé od sebe navzájem liší i podobají ve svém vědomí a jednání, a vysvětluje analýzou vnitřních a vnějších podmínek, příčin a cílů, proč tomu tak je. Psychologie osobnosti tak poskytuje člověku nástroj k popisu a výkladu předmětných činností sociálního jednání i vnitřního psychického a duchovního života člověka, a umožňuje porozumět konkrétnímu jedinci (Smékal, 2007, str. 12).

Český termín osobnost je odvozen z termínu osoba, který koresponduje s latinským termínem *persona*, z něhož se ve středověké latině vyvinul termín *personalitas*. Termín *persona* původně znamenal masku, kterou si nasazovali herci antického dramatu po dobu hry. Soudí se, že význam slova *persona* pochází z *per-sonare* = proznívati, zníti skrz. Význam začal podléhat změnám a z masky, která dávala člověku určitou tvářnost, se rozšířil na tvářnost člověka vůbec, na jeho vnější výraz a pak i na jeho povahu (Smékal, 2007, str. 15).

Existuje dvojitý druh psychických vlastností osobnosti. Jsou to povrchové a pramenné rysy. Povrchové rysy vyjadřují výsledky chování jedince. Např. vidíme-li, že se někdo v podobných situacích chová útočně a projevy se opakují, řekneme, že je agresivní. Znaky agrese jsou nejrůznější způsoby napadávání lidí. Pramenné rysy vyjadřují předpokládané vnitřní determinanty, nebo faktory navenek pozorovatelných projevů osobnosti, tj. jejich povrchových rysů. Spolehlivě identifikovaných pramenným rysem osobnosti je introverze, která se navenek projevuje celou řadou konkrétních povrchových vlastností, třeba uzavřeností, zabývání se sebou samým, nejistotou v sociálních situacích atd. (Nakonečný, 2004).

Lidé s určitým typem osobnosti jsou k rozvoji depresivních poruch náchylnější. Jako příklad možno uvést hypotetické spojení mezi unipolární depresivní poruchou a charakterovým vzorcem, označeným jako melancholický typ (Telenbach, 1976, in Bouček a kolektiv 2006, str. 103).

Tento typ zahrnuje určité rysy, jako spořádanost, svědomitost, puntičkářství, orientace na výkon a závislost na intimních osobních vztazích. Tyto rysy ovlivňují způsob, jakým lidé na stresující životní události reagují (Bouček a kolektiv, 2006).

Psychické dispozice označují existenci vnitřních determinant psychických reakcí, které vstupují do vztahu mezi interakcí a reakcí, jsou činitelem psychické konkretizace tohoto vztahu, jako takové vytvářejí systém, který se označuje termínem osobnost. Třídy těchto psychických dispozic či vnitřních determinant jsou temperament, schopnosti, volní vlastnosti, postoje atd. Podstatu psychických dispozic tvoří jednak trvalejší psychofyzické vloh, jejichž materiálním substrátem jsou určité vlastnosti neuro-humorální soustavy (vzrušivost nervové soustavy, labilita či stabilita nervových procesů atd.) a obsah individuálních zkušeností (silná agresivita, může být způsobována určitými negativními zkušenostmi) (Nakonečný, 1998).

Podle nejnovějších poznatků se lidské embryo zdaleka nevyvíjí spontánně podle určitých genetických instrukcí. Vývoj člověka je komplikovaným duetem mezi jeho geny a vlivy matky. Někdy vyhrají genetické predispozice, jindy silné podněty z matčiny strany. Nejde o maličkosti, ale o zásadní otázky. Například o to, jak bude vypadat struktura ledvin člověka, či jak citlivý bude jeho mozek na dopamin, který je rozhodujícím faktorem v utváření nálad a motivací. Nové vědecké odvětví zkoumá programování lidského zárodka během prenatalního vývoje. Může vnést světlo do záhadných příčin chorob, jako je autismus či schizofrenie, a přesně zjistit, jaký vliv má stres matky a tvorba určitých toxinů v jejím těle na psychiku i fyzický stav budoucího člověka. Jedno je jasné už teď. Podle vědců z londýnské Imperial College vlivy z matčiny strany jsou velmi silné a podstatně mohou výrazně změnit genetické predispozice dítěte. Jsou důležité nejen od prvního dne těhotenství, ale i v období těsně před početím

<<http://help24.cz/index.php?page=clanky&view=rozhodujici-mesice>>.

Mladí lidé, kteří chodí spát brzy, mají menší sklony k depresím a myšlenkám na sebevraždu. Vyplývá to z výzkumu amerických vědců, který citovala zpravodajská stanice BBC. Vědci z lékařského výzkumného centra university Columbie v New Yorku zkoumali spací návyky u 15 500 chlapců a dívek ve věku od 12 do 18 let od devadesátých let minulého století. Z jejich studie vyplývá, že ti, kteří chodí spát až po půlnoci, jsou o 24 % více náchylní k depresivním stavům než ti, kteří zalezou pod peřinu před desátou hodinou večer. Ti, kteří spí méně než pět hodin denně mají o 71 % větší šanci na propadnutí depresím, než jedinci, kteří spí osm hodin. Vědci zjistili, že každý patnáctý chlapec či dívka, které zkoumali, mají deprese. Studie rovněž ukazuje, že ti, kteří chodí spát až po půlnoci, mají o 20 % větší pravděpodobnost sebevražedných myšlenek než jedinci, kteří zalehnou před desátou hodinou večer. U těch, kteří spí méně než pět hodin, je pravděpodobnost sebevražedných sklonů zhruba o 48 % větší než u jedinců, kteří

pravidelně spí alespoň osm hodin. Vědci dále zjistili, že depresím propadají spíše dívky a starší teenageři. Ukázalo se, že mládež spí v průměru sedm hodin a 53 minut denně, což je výrazně méně, než je v jejich věku doporučováno. Zdravých pro ně je devět hodin spánku <<http://zena.eurozpravy.cz/zdravi-hubnuti/5662-cim-vice-mladi-lide-spi-tim-mene-trpi-depresemi/>>.

Jsou ženy depresivnější než muži? Na tuto otázku neexistuje zase tak jednoznačná odpověď. Faktem však zůstává, že poměr trpících klinickými depresemi je v dnešní době jeden muž ku dvěma ženám. Důvody pro toto vysoké procento výskytu depresí u žen můžou tkvět jako ve faktoru stresu (např. předporodní stres), tak i faktoru hormonálních změn (v menopauze, před menstruací, po porodu, a pod.). Prožívání dětství a dospívání se u dívek a chlapců liší, a je to především období adolescence, kdy jsou dívky více náchylné k vzniku depresivních stavů než chlapci. Ve svém prostředí pozoruje více stresorů, které mají zásadní vliv na vnímání sebe samé. Dívka se obvykle zdá být více závislá od toho, jak je svým okolím vnímána. Tlak, který cítí, může zasít semínko poruchy nálad v budoucnosti. Podobným způsobem můžou ženu ovlivnit předsudky, nebo i silnější projevy sexismu, se kterými se setkává na pracovišti, nebo ve veřejném životě <<http://www.celostnimedicina.cz/nekolik-slov-o-depresi.htm>> .

Pubertální dívky, které měly porodní váhu nižší než 2,5 kilogramů, častěji trpí depresemi. Podle studie, až 18 % případů depresí u adolescentních dívek může souviset s nízkou porodní váhou. "Rodiče a lékaři této skupiny dívek by měli věnovat zvýšenou pozornost jejich duševnímu zdraví v době nástupu puberty," řekla Dr.E.J.Costello z lékařské university v Durhamu. Ve studii zkoumali odborníci souvislost mezi nízkou porodní váhou a depresí u skupiny 1 420 chlapců a dívek mezi 9. a 16. rokem věku. Pouze kolem 5.7 % zkoumaných dívek mělo porodní váhu nižší než 2.5 kg a u 38 % z nich se mezi 13. a 16. rokem projevila deprese. Na rozdíl od 8.4 % dívek toho samého věku, které měly normální porodní váhu a v pubertě se u nich objevila deprese. Vztah mezi porodní váhou a depresí se neprojevil u chlapců. Tým odborníků předpokládá, že latentní potenciál depresí může být u jedinců s nízkou porodní váhou aktivován stresujícími podmínkami v pubertě. U pubertálních dívek s nízkou porodní váhou se deprese projeví u 20 % na rozdíl od dívek s porodní váhou v normě, kde se jedná o 4 procenta.

<<http://zena.centrum.cz/moda-a-krasa/moda/2007/3/16/clanky/deprese-souvisi-s-porodni-vahou/>>.

5.4 Diagnostika deprese

Klinický obraz u dětské deprese je variabilní, tudíž je diagnostika obtížná. Důležitým diagnostickým znakem deprese je ranní pesimum, tzn., že se pacienti cítí nejhůře ráno (Vágnerová, 1999). Porucha nálady se často neprojevuje smutkem či plačtivostí, ale dráždivostí nebo vzdorovitostí, nebo také apatií a nezájmem, kdy ho nic nebaví, vše je mu jedno. Dále pak poruchy spánku, jídla atd. jsou zcela nespecifické. Velmi důležité je především pozorovat hru a neverbální projevy dítěte a využití projektivních technik, ve kterých se může projevit nedostatečná péče, zanedbání, stud, vina, kritika, bolest a smrt, eventuálně i suicidální myšlenky dítěte. Výkonová úroveň bývá snížena, chybí radost ze hry a tvůrčí činnosti. Obsahová stránka je pro diagnostiku v kresbě významnější. Kresby depresivních dětí bývají malé, padají dolů a bývají umístěné na ploše papíru nalevo dole, tyto znaky však nejsou dostatečně spolehlivé. Sdělení rodičů a školy jsou také velmi důležitá, jejich shoda je však většinou slabá a depresivní projevy dítěte zůstávají často dospělými nepovšimnuty, spolehlivější je hodnocení vrstevníků (Řičan, Krejčířová, 2006).

Screeningové vyšetření vyžaduje dodržování určitého postupu, pokud tedy dítě spolupracuje. Jeho rozsah je poměrně malý, celé vyšetření je časově nenáročné. Podobné vyšetření můžeme použít při hromadných vyšetřováních celé věkové skupiny, např. u tříletých dětí nebo před nástupem do školy apod. Slouží také jako síto, které z většiny normálně se vyvíjejících dětí vybere menší skupinu, kde výsledek ukazuje možnou odchylku. Tyto podezřelé děti jsou pak poslány na podrobné psychologické vyšetření. Pro screening pro děti vstupující do školy je u nás nejčastěji používán Kernův test, který pro naše poměry zpracoval Jirásek (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Dalšími diagnostickými nástroji mohou být:

- § Dotazník dětských depresí (CDI) – slouží k posouzení vlastních depresivních symptomů, aktuálních pocitů, pocitů nálady, celkového sebehodnocení a vztahů k lidem. Škála obsahuje 27 položek, každá z nich je složena ze tří tvrzení, charakterizujících různý stupeň potíží (*pořád, občas, nikdy*). Určen pro mládež od 7-17 let, trvá 10-15minut, dítě zaškrťává jednu ze tří variant vyjadřující jeho pocity v posledních dvou týdnech. Může sloužit jako screeningová metoda k rozlišení depresivních či úzkostných projevů.
- § Posuzovací škála dětské deprese (CDRS-R) – posuzovací škála dětské deprese, zachycuje obsah sebehodnocení dítěte a hodnocení dětského chování vyšetřujícím psychologem. Autorka rozděluje depresivní symptomy do několika kategorií:

školní práce, schopnost radovat se, sociální odcizení, spánek, chuť k jídlu, nadměrná únava, somatické potíže, podrážděnost, pocity viny, sebehodnocení, depresivní pocity, pláč a suicidální úvahy. Je určena dětem od 6-12 let, trvá asi 30 minut. Může přinést informace o specifičnosti a intenzitě depresivních prožitků či projevů daného klienta. Výsledky je třeba chápat spíše jako podnět k dalšímu vyšetření, resp. rozhovoru s rodiči.

- § Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí (SPAS) – jakým způsobem dítě hodnotí vlastní školní výkon, jakou má představu o svých schopnostech a výsledcích v jednotlivých předmětech. Zachycují obecné schopnosti, matematiku, čtení, pravopis, psaní a celkovou úpravu, míru sebedůvěry a názor na vlastní postavení mezi ostatními žáky. Slouží dětem od 10-14 let, dítě zaškrťává *ano* či *ne*, možné i skupinově, trvá asi 15 minut. Dotazník lze použít u dětí se školskými problémy a nerovnoměrným nebo kolísavým výkonem, se specifickými poruchami učení, hyperaktivních dětí, s poruchami pozornosti, s poruchou adaptace na školu, u dětí úzkostných, somatizujících, dětí ambiciózních rodičů (Říčan, Krejčířová, 2006).

Z dalších metod můžeme zmínit např. Škálu rizikového chování žáků, Vinlandská škála sociální zralosti, Rohnerova metoda rodinné diagnostiky (PARQ-C, PARQ-P), Škála rodinného prostředí, Test rodinných vztahů Anthony-bene, Dotazník hodnocení rodičovského jednání a postojů pro adolescenty (ADOR) (Říčan, Krejčířová, 2006).

6 PREVENCE A LÉČBA

Existuje strategie *helping by doing*, v překladu znamená *nezůstávat se svým problémem sám, nebýt pasivní, nestáhnout se do sebe*. Člověk by měl mít přítele, koníčky, když je nejhůř, tak by měl vyhledat odbornou pomoc psychologa, lékaře, psychiatra. Je to otázka životního stylu, návyků a postojů (Kramulová, D., Psychologie dnes, č. 2., 2010).

6.1 Optimismem proti depresi a sebedoceňování

„Optimismus je dispozice, nebo tendence dívat se na všechno z té lepší stránky a očekávat pozitivní výsledek“.

(Shapiro, 1998)

Podle Seligmana optimismus může být jakýsi druh psychické imunity proti spoustě životních problémů. Studie prokázaly, že optimisté trpí méně často depresemi, jsou úspěšnější práci nebo ve škole a dokonce i fyzicky zdravější. Optimismu je možné se naučit, je to emoční dovednost (Seligman, 1995).

Jedny z nejdůležitějších psychických dovedností, které se dítě může naučit jsou relaxační a sebeuklidňovací metody. Děti, mládež i dospělý se tak budou cítit osvěženi, uklidněni i oživeni. Působí jako obrana proti stresovým situacím. Během relaxačního cvičení sedí dítě klidně v pohodlném křesle a pomalu bude uvolňovat všechny svaly svého těla. Začíná se uprostřed těla a postupuje směrem ven (hrudní svaly, břišní svaly, zádové svaly, paže, dolní končetiny, ruce, nohy a tak dále). Při postupném uvolňování svalových skupin se zdůrazňuje, aby dítě zhluboka dýchalo a představilo si, že je na nějakém známém, klidném, tichém místě, třeba že leží na louce a pozoruje obláčky na obloze. Zapojte všechny jeho smysly. Popisujte mu chladný vánek, vůni trávy, dotek rosy na kůži, odpoutáte tak pozornost od jeho každodenních starostí a přivedete jeho tělo do stavu klidu. Děti starší deseti let by po několika týdnech cvičení měly být schopny používat tuto dovednost samy, kdykoli ucítí nežádoucí emoční stav. Sebeuklidňování nejenže pomáhá ovládat emoce, ale může také stimulovat imunitní systém, a tak děti chránit i před fyzickou nemocí (Shapiro, 1998).

6.2 Psychodiagnostika a farmakoterapie

Při **psychologické diagnostice** dítěte je nutné navázat osobní kontakt. Ten kdo pracuje s dětmi si postupně utváří vlastní taktiku v jednání s nimi. Postup není nikdy zcela standardní, neboť reakce chování jsou nevyčerpatelné. V psychologické dokumentaci zachycujeme všechna pozorování a navazování kontaktu jako cenné informace. Mnoha dětem usnadní adaptaci především vybavení psychologické pracovny. Více je však těch, na které působí verbální komunikace. Dítě bychom měli oslovovat křestním jménem, tak je zvyklé doma, nebo jak to nejlépe vyhovuje mu samotnému (Franto, Fanouši, Františku,...). v projevech svých negativních stavů bezprostřední. Zda by měl být vyšetřující psycholog stejného pohlaví je otázka. Záleží především na věku. Snad pro vyšetření nejmladších dětí a dívek v pubertě by byla vhodnější žena, ale vždy záleží na osobnosti psychologa, ať už muže nebo ženy. Musíme brát v úvahu také rodinnou konstelaci a prostředí v němž dítě vyrůstá. U některých neurotických, sensitivních a úzkostlivě svědomitých se setkáváme při vyšetření s projevy trémy. Této emocionální blokádě pak lze přičíst selhání v některých výkonových zkouškách. U takových dětí bychom měli zmírnit anxiózní preexcitaci a sebedopceňování, některé děti zase musíme brzdit (hysterické). V případě předávání dítěte do péče jiného psychologa, neopomeneme připojit všechny informace, které by pomohli navázání nového kontaktu. Nezřídka se stává, že vztah mezi vyšetřovaným a psychologem trvá i po skončení vyšetření, neboť toto setkání má trvalý vliv na formování dalšího vývoje dítěte (Švancara a kolektiv, 1974).

Psychodiagnostické vyšetření většinou následuje po získání předběžných informací a po interview. Pokud se úloha řeší přímo pomocí psychodiagnostického vyšetření, získávají se v předběžném rozhovoru alespoň zmíněné orientační informace a dbá se na navázání kontaktu. Při vyšetřování duševních poruch se vyžaduje nejen pozitivní identifikace poruchy, ale i určení jejího stupně, případně diferenciatně diagnostické vyloučení jiných možností. Při intelektovém vyšetření mohou emotivní zábrany zkreslovat skutečný stav intelektových schopností, většinou jej snižují. Psychodiagnostika je určování a hodnocení charakteristik osobnosti, duševních funkcí a stavů pomocí pozorování, interview, psychodiagnostických testů a jiných psychodiagnostických metod vhodných na vystižení, kvalifikaci, měření a hodnocení analýzy dat (Kondáš, 1977, str. 295).

Psychologická diagnóza se týká relativně trvalejších duševních vlastností anebo faktorů osobnosti, schopností, citového prožívání, tedy nejen poruch. Výsledek nějaké

psychologické zkoušky ještě není diagnózou, tvoří jen podklad pro diagnostickou úvahu, která předchází vyhotovení psychologického nálezu (Kondáš, 1977, str. 295).

Proces psychologického vyšetření se skládá asi z pěti etap:

- § Formulace otázek, problému a stanovení hypotéz.
- § Výběr vhodných adekvátních psychodiagnostických metod.
- § Vlastní vyšetření, získávání údajů, interview a aplikace dalších zvolených metod v rámci psychologické anamnézy.
- § Vyhodnocení kvalitativních a kvantitativních znaků nálezu.
- § Formulace nálezu, závěru a případných navrhovaných opatření a nálezu v úřední dokumentaci (chorobopis, dekurz, zdravotní karta, apod.) (Kondáš, 1977, str. 301).

Farmakoterapie u **úzkostných poruch** je většinou symptomatická, zaměřena na ovlivnění úzkosti. Určitý mírný tlak příznaků je poměrně významnou hybnou silou v procesu psychotherapeutické změny. U vyhybavých neurotických jedinců lze mírnou nepohodu ze symptomů považovat za „expoziční trénink“ a zvládnutí příznaků kupř. formou autogenního tréninku je nedocenitelnou autosanační metodou. Dlouhodobé podávání anxiolytik má svá úskalí v podobě rizika vzniku závislosti, proto se doporučuje začít kombinací anxiolytik s antidepresivy, s následnou postupnou eliminací anxiolytik a ponecháním antidepresiv, chceme-li se vyhnout riziku návyku, volíme raději anxiolytika jiného než benzodiazepinového typu, jako hydroxyzin (Atarax) nebo buspiron (Anxiron). Z antidepresiv se volí preparáty nejrůznějších generací, ať už ze skupiny tricyklických antidepresiv nebo novější RIMA, SSRI, SNRI nebo NASSa skupin (Bouček 2006, 129).

Současné **léčebné cíle deprese** se snaží o zmírnění až vymizení příznaků poruchy, předcházení relapsům či recidivám a zlepšení kvality života. Studiemi je potvrzeno, že nejlepších léčebných výsledků u deprese se dosahuje kombinací farmakoterapie a psychotherapie. Intenzita deprese je pro volbu terapeutického postupu rozhodující. U lehkých depresí často stačí psychotherapie, u středně těžkých forem je farmakoterapie nezbytná. U farmakorezistentních forem depresí, depresí s psychotickými příznaky a značným nebezpečím suicidia jsou indikovány elektrokonvulze a antipsychotika. Při léčbě antidepresivy se objevují nežádoucí účinky jako např. suchost sliznic, poruchy močení, delirium, poruchy paměti, ospalost, zvýšená chuť k jídlu, přibývání na váze. Dále potom závratě, tremor, poruchy erekce, ztráta libida, sedace, synkopy, zvýšení záchvatové pohotovosti, srdeční arytmie. Po náhlém vysazení se mohou vyskytnout příznaky jako závrať, nejistota v chůzi, nauzea, průjem, únava, bolesti kloubů jako při viróze, tremor, poruchy spánku, úzkosti. Také psychické komplikace jako přesmyk do mánie, provokace

paranoidně.halucinatorních příznaků u antidepresivy léčených psychotiků. Při léčbě depresivních poruch antidepresivy se musí počítat s tím, že se úspěch léčby dostavuje teprve v průběhu 2-4 týdnů. Je typické, že v průběhu léčby vystupují nejdříve vedlejší účinky a až poté léčebný efekt. Pacient má být o tom informován i s ohledem k zajištění spolupráce. Při léčbě antidepresivy nehrozí žádné riziko vývoje závislosti. Počátek léčby u těžkých depresí má být co možná nejrychlejší (Bouček, 2006).

6.3 Formy psychoterapie s dětmi

Pojem psychoterapie se používá ve dvou základních významech. Psychoterapie jako obor, vědní disciplína a psychoterapie jako léčebná činnost. Existuje několik směrů psychoterapie, které odlišují tuto činnost od jiných činností. My jsme vybrali jednu z nich, která je nám nejbližší. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta. Procesy, které se přitom uplatňují jsou např. vytvoření ladného očekávání a získávání naděje a odvahy, terapeutický vztah s terapeutem, sebeexplorace, sebedrojevování, koheze a dynamika skupiny (Kratochvíl, 2006).

Klinické psychologické poradenství – terapeut v úloze poradce prozkoumá příznaky a okolnosti poruchy a poskytne tento druh intervence v případě, když v ní rozpozná následek toho, že pro běžný aktuální či vývojový problém dítěte nebylo nalezeno v samotné rodině či ve škole vhodné řešení. Zdrojem selhávání je aktuální přetížení dítěte či jeho vychovatelů, kteří si nevědí rady. Často lze poradenskou péčí zvládnout problémy jako např. poruchy usínání, vyměšování, jídla a školních výkonů u mladších dětí. Dále také reakce dětí na akutní tělesné, duševní nebo sociální přetížení, které se projevuje poruchami v citovém prožívání nebo v navyklém chování. Vyvolávající situace často obsahují konflikty v rodině, ve škole, nebo ve vrstevnické skupině, u dospívajících k nim přistupují problémy se studiem nebo se zaměstnáním a sexuální a citové problémy ve vztahu k druhému pohlaví. Vlastní podstata problému tedy nespočívá v poruše organismu, osobnosti, nebo bezprostředního okolí dítěte, nýbrž spíše v neadekvátním reagování blízkých osob na výskyt určitých, jinak pomíjivých poruchových projevů dítěte. Zveličením a nepřiměřenými pokusy tyto projevy odstranit jim bývá dodávána neodpovídající závažnost v rodině i v prožívání dítěte samého. Leckdy se takové poruchové úkazy spojí s odezvou okolí do patologického okruhu vzájemného provokování a zpevňování nezdravých reakcí na straně dítěte a okolí. Hlubší narušení důležitých vztahů dítěte k blízkým osobám lze velmi často překonat již prostým dovedením dospělých

k racionálnímu pohledu a ke vhodnějšímu jednání. Podmínkou k tomu je ale přítomnost zdravého, nepatogenního prostředí (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989).

Jedna z možných forem psychoterapie je **kognitivně-behaviorální terapie**, která spojuje ovlivňování myšlení spolu s ovlivňováním chování. Terapeut pomáhá pacientovi aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Poté pacientovi pomáháme pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů, měnit jak zkreslené myšlenky, tak dysfunkční jednání. Léčba má poskytnout příležitost pro nové učení. Léčebné postupy se pacientovi otevřeně a jasně vysvětlují a mezi terapeutem a pacientem se vytváří vztah vzájemné spolupráce. Terapie je časově omezená a směřuje k dosažení předem dohodnutých konkrétních cílů. Techniky využívají kognitivní i behaviorální terapie, které se kombinují podle aktuální potřeby. K hlavním rysům přístupu patří:

- § Krátkost a časová omezenost (do 20 sezení, výjimečně 30 a více).
- § Otevřená aktivní spolupráce jako základ vztahu mezi terapeutem a pacientem.
- § Východisko v teoriích učení)zaměření na přítomnost.
- § Zaměření na konkrétní ohraničení problémy.
- § Zaměření na to co je pozorovatelné a vědomé.
- § Stanovení konkrétních funkčních cílů.
- § Směřování k soběstačnosti klienta, procvičováním získává dovednosti zvládá situace a zvyšuje si pocit vlastní zdatnosti.
- § Důraz na vědeckost: sbírá konkrétní fakta, měří frekvencím trvání i míru závažnosti problémového chování vytváří hypotézy a ty pak empiricky ověřuje (Kratochvíl, 2006).

Jinou využívanou terapií je **interpersonální psychoterapie**, která věnuje pozornost interpersonálním vztahům, jako zdroji potíží pacienta. Jde o pochopení souvislostí mezi jeho symptomy a interpersonálními vztahy, a pak k poznáním, jak se na problémových, konfliktních, frustrujících či traumatizujících interpersonálních vztazích sám podílí svými vlastními postoji a reakcemi, svým způsobem a prožívání a chování, jaké vyvolává odvetné reakce okolí, které zdánlivě potvrzují nesprávné předpoklady. Takové poznání nazýváme interpersonální náhled. Interpersonální psychoterapie se může provádět v individuálních sezeních a současně je vhodným metodickým přístupem pro skupinové formy léčby. Interpersonální psychoterapie se zaměřuje na dva druhy příčinných vztahů.

Na horizontální, tedy to co člověk dělá druhým lidem a co v souvislosti s tím druzí jemu. A na vertikální, tedy to, co se v minulosti člověka stalo a emočně na něj zapůsobilo. Interpersonální psychoterapii zahrnuje jisté metodické složky:

- § *Náhled* – hlavní terapeutova práce v poskytování interpretací. Jsou to slovní formulace, které pacientovi nabízejí nový hlubší pohled na souvislosti. Například jistý pacient si uvědomil, že jeho protestní chování vůči autoritám vychází z jeho konfliktových zážitků s otcem. Místo aby chování změnil, začal je svými minulými zážitky odůvodňovat a vyžadoval, aby je vzhledem k jeho těžké minulosti ostatní tolerovali.
- § *Korektivní emoční zkušenost* – patologické vzorce chování a prožívání se upevnily hlubokými a silnými emočními zážitky, a proto je i k jejich změně mnohdy potřebné působení silného emočního zážitku. Pacient prožije situaci, která je v rozporu s jeho nevhodným očekáváním. Pacient má získat nové zážitky, které se významně odlišují od všech zážitků dřívějších a mohou vést ke změně jeho postoje.
- § *Využití skupinové dynamiky* – skupina má být modelem pacientových přirozených sklonů a současně musí pacienta podněcovat, aby projevil co nejvíce rejstřík svých charakteristických vzorců chování. Zároveň má celá skupina celé dění zjednodušovat natolik, aby bylo přehlednější než ve skupině přirozené. Skupina musí být natolik plastická, aby náznakové obsazení rolí a jejich výkon bylo možno měnit. Členové terapeutické skupiny se nají umět chovat jinak, než jak pacient očekává, tj. jinak než členové jeho přirozených skupin.
- § *Psychodrama* – je improvizované zjednodušené divadlo k psychologickým účelům. Spolupacienti jsou herci, kteří jsou k dispozici aby mohl pacient dramaticky předvést své zážitky, přání, postoje a fantazie. a pacient protagonista.
- § *Psychogymnastika* – vyjadřování pocitů, situací, vztahů, pohybem beze slov. Pacient pantomimicky vyjadřuje zadaná témata, mající vztah k jeho problému.
- § *Využití terapeutické komunity* – organizační forma řízení lůžkového oddělení, která podporuje aktivní účast pacientů na léčbě a na řízení oddělení, otevřenou výměnu informací na všech úrovních. Zavádí každodenní společné schůzky kolektivu pacientů s personálem, na nichž se projednávají vzájemné vztahy a různé samostatné společenské činnosti pacientů, u nichž se mohou uplatnit principy sociálního učení (Kratochvíl, 2006).

Neurotický klient odvrací úzkost pomocí různých obranných mechanismů. Pro ilustraci uvádíme následující příklad:

Žena 27 let, pracuje jako administrativní pracovnice, žije se svými rodiči, přišla se svou matkou. Na první dojem je v úzkostném napětí, hlavu má staženou mez rameny, paže pevně přitážené k tělu, jako by nedýchala. V šesti letech se přestěhovali z vesnice do Prahy, těžce to snášela, stýskalo se jí po domově. Už tehdy měla pocity úzkosti, často jí bylo na zvracení před cestou do školy, ve 13 letech zhoršení, pak v 17 letech v souvislosti s maturitou a nyní. Prodělala chřipku, obtíže se zhoršily natolik, že si vyžádala pomoc. Mívá panický strach hlavně po probuzení, někdy se budí i v noci, sny si nepamatuje. Chtěla by v životě zažít i něco jiného než strach, třeba jet beze strachu na chalupu. Kvůli strachu nemůže vycházet ven, proto přišla a s matkou, s jejím doprovodem je to mnohem lepší. Tyto obtíže ji nikdy nevyřadily z každodenního života, vždy je překonala.

Na příkladu vidíme, že úzkost klientku zcela ochromuje, musíme být velmi trpěliví, aby vůbec dokázala navázat kontakt. Je nutné respektovat její obtíže, učinit úzkost natolik snesitelnou, aby byla klientka schopná spolupracovat, např. zaujetím polohy těla snižující úzkost, prací s dechem klientky, prokládat rozhovor sugestivními instrukcemi k relaxaci. Klientka chodila na konzultace 3 dny po sobě, aby se dokázala při rozhovoru uvolnit. Musíme také vydržet napětí mezi kladenými nároky (je jako malé vystrašené dítě) a realitou (jde o dospělého ženu na vdávání). Pokud ji zbavíme úzkosti medikací, nebo apelujeme-li na její dospělost, neumožníme jí, aby si vyřešila svůj problém (zároveň též vývojový úkol), který tkví v touze osamostatnit se, ale zároveň v ochromující úzkosti ze samostatnosti. To je předmětem další dlouhodobé psychoterapie (Vodáčková, 2002, str. 412).

6.4 Spolupráce s rodiči a vedení dítěte

Psychoterapeutická práce s dětmi je dnes téměř vždy formou práce i s dalšími členy rodiny. Vyloučena není účast ani prarodičů, dalších příbuzných nebo známých, popřípadě i učitelů dítěte, kteří mohou být sdružováni do rozhovorových diskusních skupin. Skupinová práce s rodiči byla u nás koncipována v roce 1972 a bylo pro ni navrženo označení *rodičovská diskusní skupinová terapie*. Jejím cílem je rozvíjet rodičovské funkce a navodit pochopení pro potřeby růstu a vývoje dítěte. Někteří rozlišují direktivní, didaktickou a nedirektivní, více terapeutickou formu diskusních skupin. Rodičovské diskusní skupiny v plném slova smyslu terapeutické, pracují pravidelně po delší dobu a jsou vhodné pro všechny problémy, jejichž vznik nebo udržování souvisí s rodičovskou problematikou, postoji rodičů a styly životní praxe. Patří sem také všechny chronické či život ohrožující nemoci, nebo náhlé změny v rodinném kontextu. Výběrová kritéria pro sestavení skupin respektují věk dítěte, pohlaví, sociální postavení rodiny, vzdělání rodičů, znaky rodinného systému, hlavně však vlastní problémové okruhy, které jsou důvodem k zařazení rodičů do skupiny. Patří sem adoptivní kontext, rozvodová situace, emoční problémy, školní selhávání, psychická porucha, mentální retardace apod. Zvláštní formou rodičovské skupiny je skupina matek, přijatých na společný pobyt se svými dětmi a s jejich sourozenci. Pobyt bývá limitován, většinou jde o čtyřtýdenní tréninkový pobyt. Skupina se setkává denně na dobu jedné hodiny. Představují zatím nejintenzivnější formu skupinové práce s rodiči (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989, str. 191-199).

Rodiče musejí být schopni ve školním období dítěti pomáhat se školními povinnostmi, akceptovat jeho vztahy k osobám a přijmout případné realistické možnosti dítěte v oblastech výkonu (škola, zájmové kroužky). Výrazná změna ve vztazích dítěte a rodičů je typická pro adolescenci. Přizpůsobit se změnám dospívajícího dítěte a vycházet vstříc jeho potřebám bývá pro rodiče obtížné, odpoutávání dítěte z rodiny se někdy rodiče bolestně brání, jindy zase separaci od rodiny předčasně podporují. Velmi záleží na průběhu vlastní adolescence rodičů a způsobu, jakým řešil rodič v době své adolescence vztahy se svými rodiči (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

6.5 Nároky na terapeuta

Terapeutův postoj dává klientům příležitost objektivně posoudit tísnivé, citově nabitě problémy a s jeho pomocí změnit či zcela opustit strnulé nesprávné postoje a vztahy. Hlavní náplní jeho zásahu je pak poskytnout objasnění, podat chybějící informace, popřípadě jednoduché pokyny k jednání. Zúčastněným se ulehčí, kladným přijetím získají jistotu, zklidněním a uvolněním citového napětí se jim navrátí schopnost nacházet a uskutečňovat věcná řešení svého problému (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989).

Psychologická pomoc vyžaduje kromě znalostí psychologických, fyziologických, popřípadě sociologických zákonitostí normálního a poruchového průběhu postižené funkce a činitelů, které na ni působí, také dovednosti účinného interpersonálního jednání při zvládnání počátečního napětí a citových problémů a při účinném podávání potřebných poučení a pokynů (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989).

Činnost psychoterapie může provádět pouze kvalifikovaná osoba. Kompetence závisí na složitosti potřebného psychoterapeutického působení. K provádění jednodušší podpůrné psychoterapie jsou způsobilé kvalifikované osoby s ukončeným lékařským nebo psychologickým vzděláním a při týmové práci také vyškolené zdravotní sestry a sociální pracovníci. K provádění odborné a systematické psychoterapie se navíc vyžaduje speciální výcvik. Součástí léčebné činnosti ve zdravotnictví je tedy provádění této formy psychoterapie. Psychoterapie se rovněž aplikuje v psychologickém poradenství při práci s klienty, u nichž se zpravidla ještě nejedná o diagnostikované onemocnění, ale kteří jsou v důsledku svých problémů, konfliktů, psychických traumat, frustrací a stresů vznikem onemocnění ohroženi. Pro provádění psychoterapie je také nezbytný etický přístup a určité osobnostní vlastnosti, které se u jednotlivých metod přístupů poněkud liší. Pro odbornou kvalifikaci psychoterapeuta se podle požadavků Evropské společnosti pro psychoterapii a její tzv. štrasburské deklarace z r. 1990 vyžaduje výcvik v rozsahu nejméně 500 hodin v některém ze základních směrů psychoterapie. Důležitou roli hraje také supervize – provádění psychoterapie pod dohledem zkušeného psychoterapeuta či týmu, nebo průběžného konzultování případů s určeným supervizorem. Akreditovaní supervizoři nebyli dosud určeni. Prozatím fungují tzv. balintovské skupiny, kde účastníci přinášejí problémové případy ze své praxe, které se kolektivně posuzují. Předmětem je zejména vztah terapeuta k danému pacientovi, jeho emoční a motivační složky, včetně přenosových a protiprenosových mechanismů, které mohou ovlivnit léčbu (Kratochvíl, 2006).

7 EMOČNÍ PROBLÉMY ŠKOLÁKŮ A JEJICH ODRAZ V CHOVÁNÍ

*„Kdo chce pokazit životní dráhu svých dětí,
ať jim odstraní z cesty všechny překážky“.*

(Oesch)

Emoční problémy jsou přirozenou součástí našeho života. Dítě v mladším školním věku si však teprve vytváří repertoár způsobů, jak se s nimi vyrovnávat a jak je zvládnout. Měli bychom to mít na mysli a emoční obtíže dětí nepodceňovat. Zvládání emočních problémů školáka je velmi aktuální téma pro rodinu i pro školu. Zejména pokud se obtíže nijak neřeší a dochází k následným sociálním problémům. Předpoklady emoční inteligence jsou dány geneticky a ovlivněny emoční interakcí v období, kdy se vytváří tzv. citové připoutání (Stuchlíková, 2005).

Děti se učí napodobováním. Mají pozoruhodnou schopnost pozorovat a imitovat. Kopírují vše, co dospělí dělají i říkají. Učí se tedy nejen od rodičů, ale podněty pro svůj růst čerpají i z širšího okolí. Patří sem ostatní členové rodiny, kamarádi, sousedé, učitelé, lidé, s nimiž se setkávají v jídelně, na hřišti, v obchodě, dále je to televize, filmy, knihy, časopisy, hudba atd. To jsou jednotlivé prvky prostředí, v němž dítě žije – tedy světa, který ho obklopuje. Prostor, jež formuje názory a přístupy dětí.

Někdy se stává, že dobrá snaha vést dítě k regulaci emocí nevede k nejlepším koncům. Například je běžné, že rodiče mají malou toleranci vůči projevům hněvu a dítě za projev hněvu tvrdě potrestají, ve snaze zabránit do budoucna podobným projevům. Tím se ho dítě učí popírat a může se vytvářet tzv. neurotický konflikt. Potlačovaný hněv se přetváří do neurotických projevů včetně úzkosti (Stuchlíková, 2005).

Které dovednosti jsou pro emočně inteligentní projev člověka potřebné? Tuto otázku si kladou rodiče obvykle tehdy, když se objeví nějaké výchovné problémy nebo silné negativní emoce dětí, které rodiče nesnadno zvládají. Ten, kdo chce rozvíjet emoční kompetence svých dětí, si musí stanovit jasné a dosažitelné cíle, uvědomit si propojení svých emocí s emocemi dítěte. A především se vrátit ke starým výchovným receptům – důslednosti a pravidelnosti v požadavcích na děti. Nezapomínat projevovat emoční vřelost, upřímný zájem a lásku.

Škola je druhou instancí, která může pro rozvoj emoční kompetence udělat mnoho. Důležité je budovat celkovou odolnost dětí, posilovat jejich psychosomatickou kondici.

Existuje např. program *Zdravá škola*, který přebírá spoluodpovědnost za výchovu ke zdraví a podporuje rozvoj tělesného, duševního, sociálního i duchovního zdraví. V nemalé míře závisí pozitivní emoční stav dítěte na příznivé atmosféře ve škole, vstřícnosti učitelů či součinnosti školy a rodiny, případně poradny.

Nás bude zajímat, zda „zkoumaní“ žáci ve Slavičíně mají vytvořené bezpečné prostředí, v němž se mohou realizovat a získávat emoční kompetence. Zda jsou spokojené a co je pro ně důležité – jaké prožitky, situace, jaké dění ve třídě zažívají a jak se se vzniklými situacemi či problémy vyrovnávají.

8 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

8.1 Cíle, hypotézy

Před samým započítím výzkumu bylo nutné stanovit si základní cíle, které jsou následující:

Cíle: Před započítím výzkumu bylo nutné si stanovit základní cíle, které jsou následující:

1. Zjistit profil chlapců a děvčat z hlediska CDI
2. Zjistit profil chlapců a děvčat z hlediska JEPI
3. Objektivizovat rozdíly v dotaznících CDI a JEPI z hlediska intersexuálního.
4. Zjistit korelace mezi proměnných jednotlivých subškál CDI a neuroticizmu (JEPI)

Současně s vytyčením jednotlivých cílů byly formulovány hypotézy, od kterých se bude dále odvíjet postup zkoumání. Tyto hypotézy bude zapotřebí prověřit a na základě důkazů budou přijaty, změněny nebo zamítnuty. Stanovili jsme následující hypotézy:

- H1: Špatná nálada statisticky významně souvisí s neuroticizmem
- H2: Problémy v mezilidských vztazích statisticky významně souvisí s neuroticizmem
- H3: Neefektivnost statisticky významně souvisí s neuroticizmem
- H4: Anhedonie statisticky významně souvisí s neuroticizmem
- H5: Negativní sebepojetí statisticky významně souvisí s neuroticizmem
- H6: Výskyt špatné nálady se u dívek vyskytuje signifikantně více než u chlapců. (A)
- H7: V rámci problémů v mezilidských vztazích mezi chlapci a děvčaty nepředpokládáme statisticky významného rozdílu (B)
- H8: U subškály neefektivnost nepředpokládáme mezi chlapci a děvčaty statisticky významný rozdíl
- H9: Mezi dívkami a chlapci nepředpokládáme rozdíl v míře anhedonie (D)
- H10: U subškály negativní sebepojetí nepředpokládáme mezi chlapci a děvčaty statisticky významný rozdíl
- H11: U subškály extroverze nepředpokládáme statisticky významné rozdíly mezi děvčaty a chlapci
- H12: U subškály neuroticismus mezi děvčaty a chlapci nepředpokládáme statisticky významné rozdíly
- H13: U subškály lživosti nepředpokládáme statisticky významné rozdíly mezi děvčaty a chlapci

8.2 Aplikovaná metodika

8.2.1 Dotazník dětských depresí CDI (Children Depression Inventory)

Autorkou dotazníku CDI je Maria Kovascová. Jde o 27 položkový dotazník, v němž dětský subjekt hodnotí sám sebe. Kvantifikuje celou řadu depresivních symptomů, včetně poruch nálad, schopnosti prožívat radost, vegetativních funkcí, sebehodnocení a mezilidských vztahů.

Užívá se k diagnostice dětských depresí v širokém měřítku a lze jej použít i jako screening.

Jeho reliabilita je vysoká (vnitřní konzistence 0,82). Velmi vysoká je i jeho validita ($p < 0,0001$). Jeho velkou výhodou je též rozčlenění na faktory. Totiž to, co souborně označujeme pod jednotným pojmem „dětská deprese“, není jednotný syndrom, ale má určité subvarianty. Tyto subvarianty právě CDI podchycuje, takže lze vytvořit profil (scatter) ze subtestů. (Kazdín a Petti, 1982, str. 437-457).

Deprese není ucelenou klinickou jednotkou. Na jiném místě této publikace hovoříme o dvou větvích deprese. Jsou to deprese útlumová (endogenní) a deprese kognitivní. Kovacsová dělí depresi na 5 subtypů:

špatná nálada (v testu jde o subtyp A)

problémy v mezilidských vztazích (subtyp B)

neefektivnost (subtyp C)

neumění prožívat radost (anhedonie, subtyp D) neschopnost prožívat kladné emoce a city, neschopnost těžit se z příjemností, neschopnost radovat se

negativní sebepojetí, člověk se nemá rád (subtyp E)

Tab. 1 : Hodnocení podle T-skóre (průměr 50, směrodatná odchylka 10, převod hrubého skóre na T-skóre v jednotlivých subtestech i celkově viz. dále)

T-skóre	Hodnocení
nad 70	Mimořádně výrazná deprese
66-70	Silně nadprůměrná deprese
61-65	Nadprůměrná deprese
56-60	Lehce nadprůměrná deprese
45-55	Průměr
40-44	Lehký podprůměr, co se sklonů k depresím týká
35-39	Podprůměr
30-34	Výrazný podprůměr
pod 30	Velice výrazný podprůměr

Tab. 2. Převod hrubého skóre na percentily (v celkovém skóre CDI)

Chlapci hrubé skóre	7-12 percentily	Chlapci hrubé skóre	13-17 percentily	Dívky hrubé skóre	7-12 percentily	Dívky hrubé skóre	13-17 percentily
0	2	0	2	0	4	0	1
1	5	1	2	1	8	1	4
2	9	2	6	2	15	2	11
3	14	3	9	3	22	3	13
4	20	4	14	4	29	4	18
5	25	5	22	5	37	5	25
6	32	6	29	6	47	6	34
7	40	7	38	7	53	7	41
8	45	8	44	8	58	8	51
9	50	9	48	9	63	9	61
10	56	10	58	10	69	10	64
11	62	11	63	11	73	11	69
12	66	12	72	12	76	12	72
13	68	13	74	13	79	13	76
14	75	14	76	14	82	14	79
15	77	15	78	15	84	15	82
16	80	16	80	16	85	16	83
17	84	17	82	17	87	17	89
18	87	18	84	18	88	18	91
19	90	19	87	19	91	19	93
20	91	20	88	20	92	20	95
21	92	21	88	21	93	21	95
22	93	22	88	22	94	22	97
23	94	23	91	23	95	23	97
24	95	24	93	24	95	24	97
25	95	25	94	25	96	25	98
26	97	26	95	26	97	26	98
27	97	27	96	27	97	27	>98
28	98	28	98	28	98	28	>98
29	98	29	98	29	>98	29	>98
30	98	30	98	30	>98	30	>98
31	98	31	98	31	>98	31	>98
32	98	32	98	32	>98	32	>98
33	>98	33	98	33	>98	33	>98
34	>98	34	98	34	>98	34	>98
35	>98	35	98	35	>98	35	>98
36	>98	36	98	36	>98	36	>98
37	>98	37	98	37	>98	37	>98
38	>98	38	98	38	>98	38	>98
39	>98	39	98	39	>98	39	>98
40	>98	40	98	40	>98	40	>98
41	>98	41	98	41	>98	41	>98
42	>98	42	98	42	>98	42	>98
43	>98	43	98	43	>98	43	>98
44	>98	44	>98	44	>98	44	>98

8.2.2 Eysenckův osobnostní dotazník pro děti J.E.P.I. (Junior Eysenck Personality Inventory)

Dotazník, jehož autorem je Eysenck, má za cíl měřit dvě hlavní dimenze osobnosti u dětí: neuroticismus nebo emocionálnost a extroverzi versus introverzi.

Neuroticismus znamená disponovanost k neurotickému onemocnění. Tato dimenze souvisí s úzkostí a emoční labilitou. Neuroticismus je kontinuum od nulových příznaků až po prototyp neurotické osobnosti. Osoba s nízkým neuroticismem je emočně stabilní, po emočně náročných situacích se rychle vrací do rovnováhy. Je klidná a vyrovnaná.

Osoba s vysokým neuroticismem je emočně labilní, se sklonem k úzkostem, starostem, změnám nálad, depresím. Obvykle špatně spí a trpí psychosomatickými potížemi. Přecitlivěle reaguje na neškodné podněty. Dlouho se uklidňuje po emočně vzrušivých zážitcích. Často se chová iracionálně a rigidně, může mít ulpívavé chování nebo myšlení.

Extrovert je družný, má rád zábavu a vzrušení. Má mnoho často povrchních přátel. Obklopuje se lidmi s nimiž si může povídat. Nerad pracuje o samotě. Je bezstarostný, uvolněný, miluje změny, reaguje impulzivně. Nemí vždy spolehlivý, nekontroluje své pocity a rád vtipkuje.

Extroverze je charakteristická družným, aktivním, optimistickým, otevřeným, přístupným a impulzivním chováním. Naopak introverzi lze charakterizovat jako nespolečenské, pasivní, klidné, rozvážné a rezervované chování. Introverze – extroverze je protikladná typová dvojice. V obsahu této dimenze se zdůrazňuje reflexivnost proti impulsivnosti. Typický introvert je stažený, sebezpozorující, preferuje ideje před lidmi. Je zdrženlivý a uzavřený. Pokud navazuje vztahy, tak pouze s malým množstvím lidí. Je vážný, snaží se dát svému životu řád a plánuje do budoucna. Dlouho přemýšlí, než začne jednat. Kontroluje své pocity, prakticky se neprojevuje agresivně. Je spolehlivý, trochu pesimistický a klade velký důraz na etický principy.

8.2.3 Statistika

K jednotlivým výpočtům byly použity Analytické nástroje v programu Microsoft Excel, kde jsme podle příslušného příkladu zvolili vhodný postup. Počítali jsme pomocí **Dvouvýběrového F-testu pro rozptyl**, **Dvouvýběrového T-testu s rovností rozptylu** a **Dvouvýběrového T-testu s nerovností rozptylu**. Počet stupňů volnosti nám udává rozdíl, který je součástí výpočtů. Pracovali jsme s hladinou statistické významnosti 0,05.

T test je metodou matematické statistiky, která se používá pro testování rozdílu 2 středních hodnot μ . Předpokladem pro tento test je normální rozložení jedinců. V praxi se T-test často používá k porovnání, zda se výsledky měření na jedné skupině významně liší od výsledků měření na druhé skupině. T test byl vypočítán v programu Excel. Vypočtená hodnota t byla porovnána s tabulkovou kritickou hodnotou t_{tab} ($n = n-1$ a $\alpha = 0,05$).

Je-li $t \leq t_{\text{tab}}$, pak hovoříme o statisticky nevýznamném rozdílu testovaných parametrů při zvolené α .

Je-li $t > t_{\text{tab}}$, pak hovoříme o statisticky významném rozdílu testovaných parametrů ($\alpha = 0,05$). (Pavelka, Doleželová, 2003).

Druhou použitou metodou v Analýze dat byla **KORELACE**, kde jsme také zvolili hladinu významnosti 5 procent. Korelace vyjadřuje míru závislosti statistických znaků. Korelační koeficient může nabývat hodnot od -1 až po $+1$. Hodnota korelačního koeficientu -1 značí zcela nepřímou závislost, tedy čím více se zvětší hodnoty v první skupině znaků, tím více se zmenší hodnoty v druhé skupině znaků. Hodnota korelačního koeficientu $+1$ značí zcela přímou závislost. Pokud je korelační koeficient roven 0, pak mezi znaky není žádná statisticky zjištělá závislost (Reiterová, 2004).

8.3 Zkoumaný soubor

Zaměřili jsme se na žáky základní školy, která sídlí v menším městě. Škola je poměrně velká, sestává ze dvou budov, kde v jedné jsou umístěny třídy pro žáky prvního stupně a druhá slouží žákům stupně druhého. Celkem je zde asi 30 tříd a každá pojímá okolo dvaceti až pětadvaceti žáků. Pro výzkum byly zvoleny třetí, čtvrté a páté ročníky.

Škola je pro děti otevřena od 6:00 do 16:00 hodin. Mimo vyučování mohou žáci trávit svůj volný čas ve Školním informačním centru a družině, která jim nabízí spoustu zážitkových kroužků. Škola má také specializované učebny na výuku cizích jazyků, výtvarné a hudební výchovy, i třídu s interaktivní tabulí. Nově vytvořené kolektivy čtvrtých a pátých tříd se na začátku školního roku účastní týdenního pobytu *školy v přírodě*, kde formou her a zážitkové terapie dochází k posilování přátelských vztahů a utužení kolektivu i s třídními učitelkami.

Zkoumaný soubor tvoří celkem 119 žáků. Přehlednější údaje o četnostech a probandů uvádíme v následující tabulce.

Tab. 3: Rozložení chlapců a dívek

	chlapci	dívky	CELKEM
3. třída	24	29	53
4. třída	18	15	33
5. třída	14	19	33
CELKEM	56	63	119

Ve třetích třídách bylo ve dnech provádění výzkumu 53 žáků, z toho 24 děvčat a 29 chlapců. U tříd čtvrtých se vyplňování dotazníků účastnilo 33 žáků, a to 15 děvčat a 18 chlapců. V třídách pátých to bylo 14 chlapců a 19 dívek, celkem tedy 33 dětí.

8.4 Organizace a průběh šetření

Výzkum se uskutečnil v květnu 2009. Průběh výzkumu probíhal přímo v základní škole, v rámci výuky. Termíny pro vyplňování dotazníků jsme směřovali do co nejužšího časového rozsahu, abychom mezi žáky zamezili případnému předávání informací ohledně otázek v dotazníku.

Hodiny určené pro tento účel pobíhaly následovně: v každé ze tříd jsme se představili, popsali stručně svůj záměr s dotazníky a vysvětlili žákům, že budou sloužit výhradně pro účely diplomové práce. Podali jsme stručné instrukce a především zdůraznili anonymitu dotazníků. Proto každý ze žáků uváděl jen školu, třídu, věk a pohlaví. Dotazníky jsme vlastnoručně rozdali, jejich vyplňování probíhalo řízenou formou. Některé z dětí jsou se čtením trochu pomalejší než ostatní, tak jsme usoudili, že bude nejvhodnější dětem otázku po otázce i s odpověďmi přečíst. Ve třídě bylo vždy kolem dvaceti žáků a všichni vyplňovali zcela dobrovolně. Vyplněné dotazníky jsme si sesbírali zpět. Administrativa trvala přibližně jednu vyučovací hodinu.

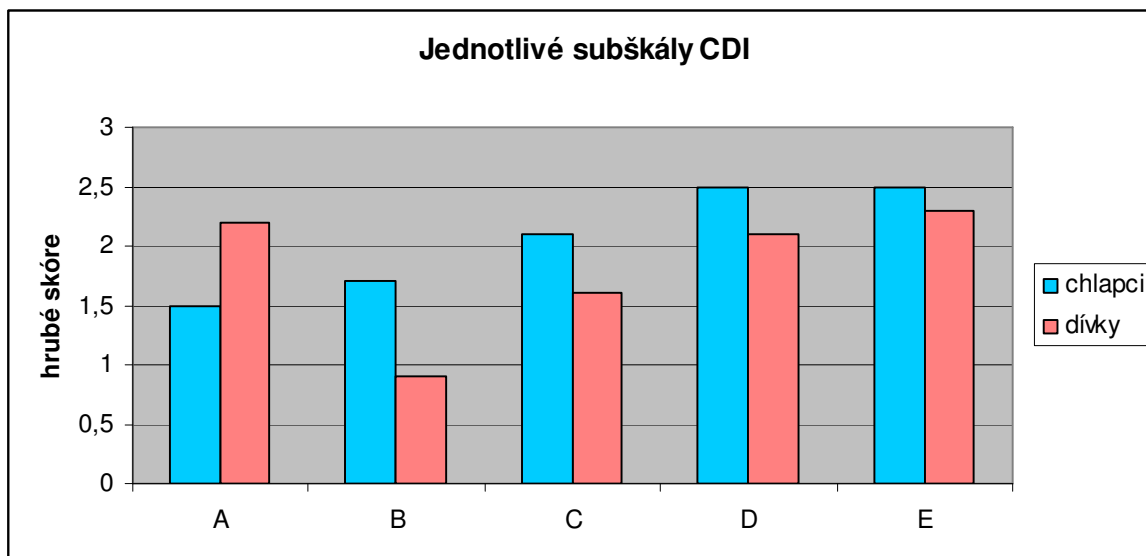
Učitelé reagovali pozitivně na náš výzkum a sami následující vyučovací hodinu prováděli ve třídách komunikativní kruhy, kde se svými žáky debatovali nad některými otázkami z dotazníků. Snažili se prozkoumat, co děti trápí a jak by mohli některé rušivé podněty eliminovat, snažili se společně rozklíčovat určité souvislosti negativních jevů.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

9.1 Výstupy dotazníku CDI

V následujícím grafu uvádíme hrubé skóre jednotlivých subškál dotazníku CDI zvlášť u chlapců a děvčat. Jedná se o pět subškál A, B, C, D a E viz. popisek níže.

Graf 1: Průměrné hrubé skóre v rámci jednotlivých subškál CDI



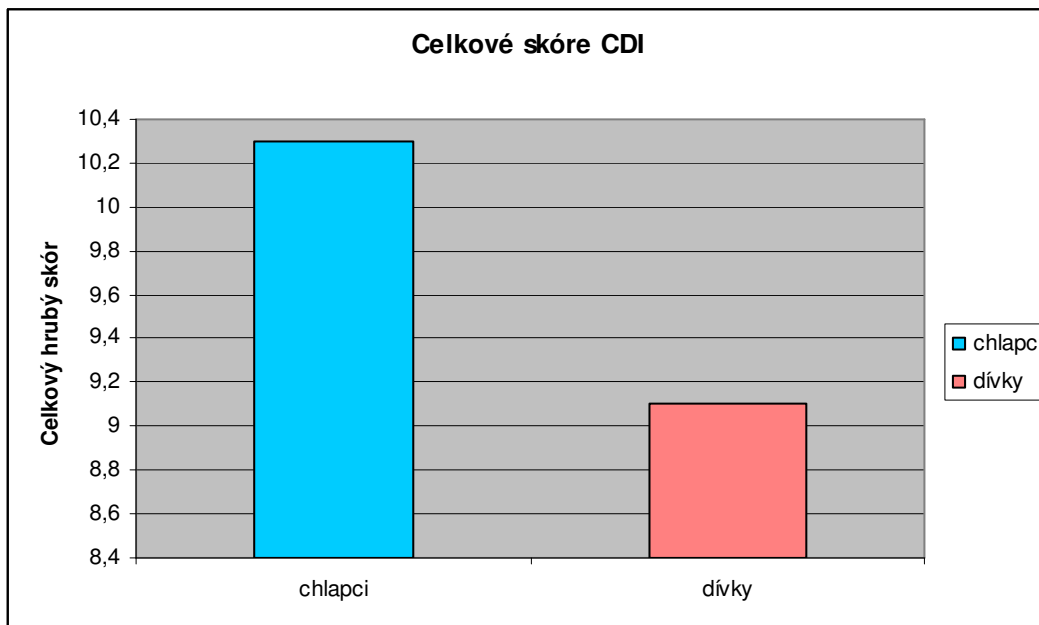
Jednotlivé subškály odpovídají:

- A špatná nálada
- B problémy v mezilidských vztazích
- C neefektivnost
- D neumění prožívat radost (anhedonie)
- E negativní sebepojetí, člověk se nemá rád

V rámci subškály špatná nálada dosáhly v průměrném skóre dívky (2,2) výrazně vyšších hodnot než chlapci (1,5). Naopak co se týká problémů v mezilidských vztazích, má průměrné skóre chlapců (1,7) přibližně dvojnásobnou hodnotu než je tomu u dívek (0,9). Hrubé skóre s hodnotou 2,1 u chlapců a 1,6 u dívek odpovídá subškále neefektivnosti. U anhedonie dosáhli chlapci hodnoty průměrného hrubého skóru 2,5 a děvčata hodnoty 2,1. Co se týká negativního sebepojetí dosahují chlapci (2,5) i děvčata (2,3) přibližně shodných hodnot.

V grafu 2 vidíme celkové skóre všech subškál dotazníku CDI zvlášť pro chlapce a děvčata.

Graf 2: Celkové skóre CDI



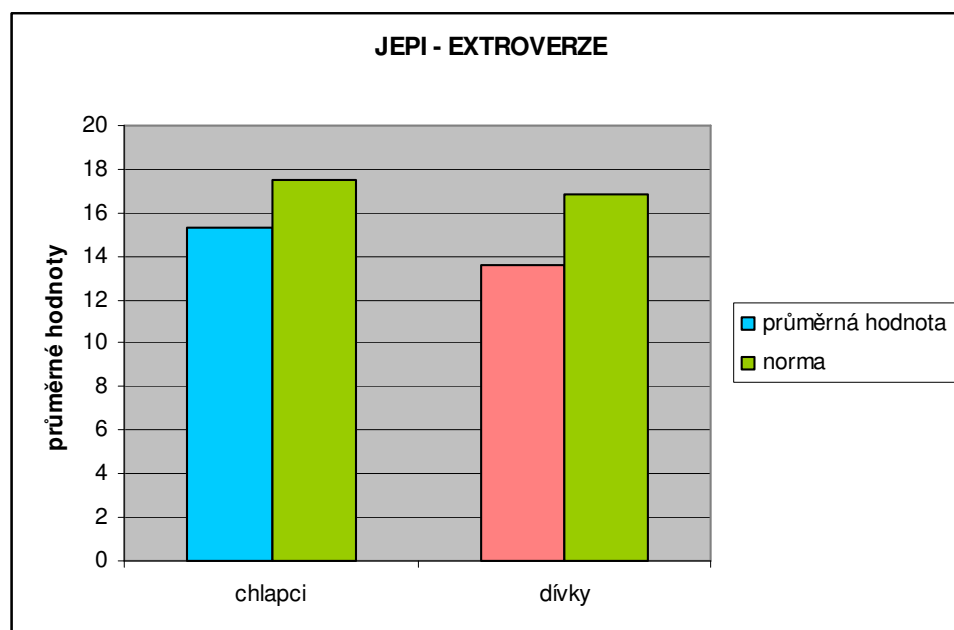
Chlapci dosáhli u celkového průměrného skóre hodnoty 10,3, což je 56. percentil. (viz. tabulka 2). Podle tabulky 1 odpovídá hodnota 56. percentilu *lehce nadprůměrné depresi*. Celkové skóre dívek má hodnotu 9,1, tj. 63. percentil. Dle tabulky 1 můžeme hovořit o *nadprůměrné depresi*.

9.2 Výstupy dotazníku JEPI

V další části uvádíme výstupy dotazníku JEPI zvlášť pro každou subškálu (extroverze, euroticizmus a lživost) u děvčat a chlapců.

Graf x uvádí průměrné hodnoty děvčat a chlapců u subškály extroverze. Zelenou barvou je zde označena norma, modrou barvu mají chlapci a barva růžová patří děvčatům.

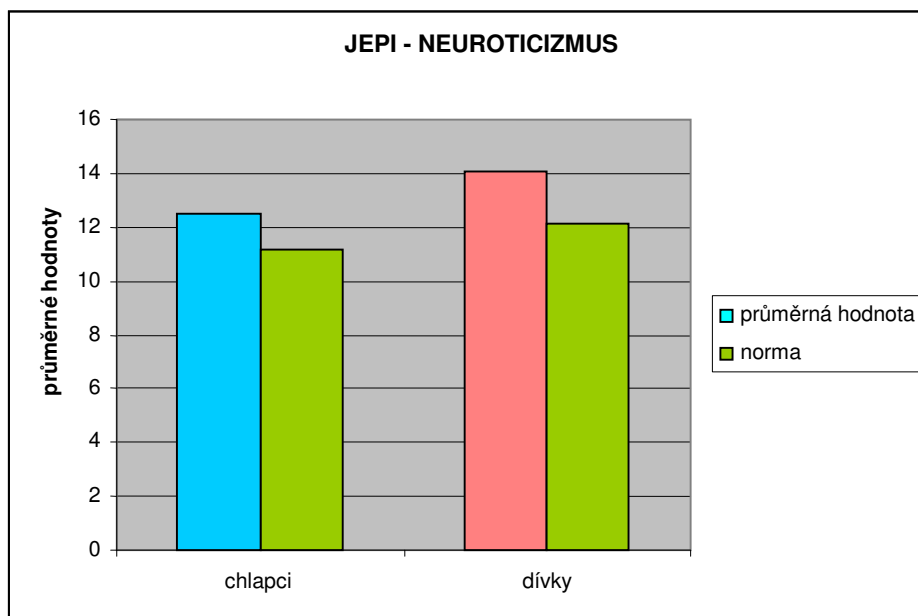
Graf 3: Srovnání hodnot extroverze u chlapců a dívek s normami



Chlapci i dívky dosáhli v rámci extroverze hodnot nižších, než které udává pro jejich věk (9-11 let) norma. Průměrná hodnota extroverze u chlapců je 15,3, dle normy je tato hodnota 17,5. Dívky dosáhly průměrné hodnoty = 13,6. Norma uvádí hodnotu vyšší, přesně je to 16,8.

V grafu 4 vidíme průměrné hodnoty, kterých dosáhli chlapci a děvčata v dotazníku JEPI, škále neuroticizmu. Zelenou barvou je opět norma, modrá barva patří chlapcům, barva růžová děvčatům.

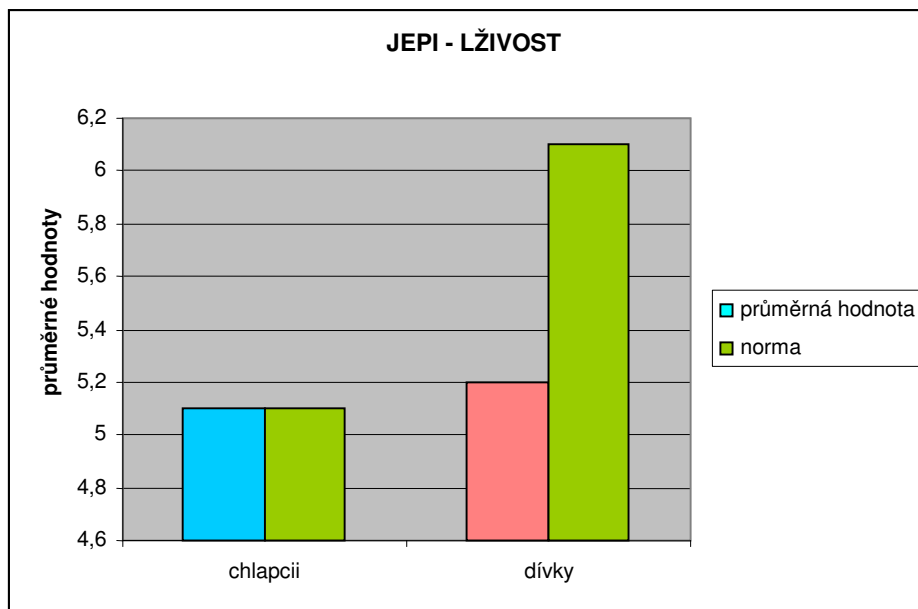
Graf 4: Srovnání hodnot neuroticizmu u chlapců a dívek s normami



U škály neuroticizmu jak děvčata, tak chlapci dosáhli hodnot vyšších než je norma. Norma pro chlapce ve věku 9-11 let odpovídá hodnotě 11,2. V našem zkoumaném souboru dosáhli chlapci hodnoty 12,5. Průměrná hodnoty u dívek je 14,1, norma uvádí hodnotu nižší a to 12,1.

V následujícím grafu jsou uvedeny průměrné hodnoty chlapců a dívek pro subškálu lživosti. Barevné schéma odpovídá předešlým dvěma grafům, tedy barva zelená značí normu, modrá barva patří chlapcům a barva růžová děvčatům.

Graf 5: Srovnání hodnot lživosti u chlapců a dívek s normami



Co se týká lhaní, chlapci dosáhli totožné hodnoty jako je pro jejich věk norma – hodnoty 5,1. Norma u škály lživosti pro dívky je 6,1, hodnota dívek o 0,9 nižší. Dívky dosáhly tedy hodnoty 5,2.

9.3 Statistické zpracování dotazníku CDI a JEPI

9.3.1 Korelace neuroticizmu a jednotlivých dimenzí dotazníku CDI

V následující části budeme zjišťovat vztah mezi neuroticizmem a jednotlivými dimenzemi CDI zvlášť u chlapců a děvčat. Budeme uvádět vždy hypotézu, kterou bude potřeba ověřit či vyvrátit zvlášť pro chlapce i děvčata.

H1: Špatná nálada statisticky významně souvisí s neuroticizmem

Prvně budeme hypotézu ověřovat na souboru chlapců, viz. následující tabulka.

Tab. 4: Souvislost mezi špatnou náladou (A) a neuroticizmem u chlapců

	<i>N</i>	<i>A</i>
<i>N</i>	1	
<i>A</i>	0,20388	1

Hodnotu korelačního koeficientu $r = 0,20$ porovnááme s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,25$. Hodnota korelačního koeficientu je menší než hodnota kritická, r není signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu první (ověřovanou na souboru chlapců) zamítáme a konstatujeme, že špatná nálada u chlapců statisticky významně nesouvisí s neuroticizmem.

Následující tabulka uvádí obdobnou situaci u děvčat.

Tab. 5: Souvislost mezi špatnou náladou (A) a neuroticizmem u děvčat

	<i>N</i>	<i>A</i>
<i>N</i>	1	
<i>A</i>	0,252922	1

Absolutní hodnota korelačního koeficientu je $r = 0,253$. Porovnali jsme ji s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,250$. Hodnota korelačního koeficientu je větší než hodnota kritická, r je signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu první (ověřovanou na souboru děvčat) potvrzujeme, špatná nálada u děvčat úzce souvisí s neuroticizmem.

H2: Problémy v mezilidských vztazích statisticky významně souvisí s neuroticizmem

Hypotéza druhá má ověřit, zda mezi problémy chlapců v mezilidských vztazích a neuroticizmem existuje statisticky významná souvislost. Podívejme se na následující tabulku:

Tab. 6: Souvislost mezi problémy v mezilidských vztazích (B) a neuroticizmem u chlapců

	<i>N</i>	<i>B</i>
N	1	
B	0,019695	1

Korelační koeficient má hodnotu $r = 0,02$. Tuto hodnotu porovnááme s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,25$. Hodnota korelačního koeficientu je výrazně nižší než hodnota kritická, r není signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu druhou zamítáme a konstatujeme, že pro chlapce neplatí, že by problémy v mezilidských vztazích měly souvislost s výskytem neuroticizmu.

Tabulka 7 uvádí podobnou situaci u dívek. Podívejme se, zda u nich problémy v mezilidských vztazích mají vliv na výskyt neuroticizmu.

Tab. 7: Souvislost mezi problémy v mezilidských vztazích (B) a neuroticizmem u děvčat

	<i>N</i>	<i>B</i>
N	1	
B	0,113947	1

Opět porovnááme hodnotu korelačního koeficientu $r = 0,11$ s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,25$. Hodnota korelačního koeficientu je menší než hodnota kritická, r není signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu druhou (ověřovanou na souboru děvčat) zamítáme a konstatujeme, že problémy v mezilidských vztazích statisticky významně nesouvisí s neuroticizmem.

H3: Neefektivnost statisticky významně souvisí s neuroticizmem

Dále budeme pomocí hypotézy třetí ověřovat vztah mezi neefektivností a neuroticizmem. Následující tabulka obsahuje hodnoty, které v této otázce náleží chlapcům.

Tab. 8: Souvislost mezi neefektivností (C) a neuroticizmem u chlapců

	<i>N</i>	<i>C</i>
<i>N</i>	1	
<i>C</i>	0,201258	1

Absolutní hodnota korelačního koeficientu je $r = 0,201$. Tu jsme porovnali s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,250$. Hodnota korelačního koeficientu je menší než hodnota kritická, r není signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu třetí (ověřovanou na souboru chlapců) zamítáme a můžeme konstatovat, že neefektivnost statisticky významně nesouvisí s neuroticizmem.

V tabulce Y se můžeme na otázku, zda neefektivnost souvisí s neuroticizmem, podívat u zkoumaného souboru děvčat ve věku 9-11 let.

Tab. 9: Souvislost mezi neefektivností (C) a neuroticizmem u děvčat

	<i>N</i>	<i>C</i>
<i>N</i>	1	
<i>C</i>	0,110456	1

Hodnotu korelačního koeficientu $r = 0,11$ porovnááme s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,25$. Hodnota korelačního koeficientu je menší než hodnota kritická, r není signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu třetí (ověřovanou na souboru děvčat) zamítáme a konstatujeme, že neefektivnost u děvčat statisticky významně nesouvisí s neuroticizmem.

H4: Anhedonie statisticky významně souvisí s neuroticizmem

V rámci hypotézy čtvrté budeme zjišťovat vztah mezi neschopností prožívat kladné emoce a city, neschopností těšit se z příjemností (anhedonií) a neuroticizmem. Následující tabulka nám objasní situaci u chlapců.

Tab. 10: Souvislost mezi anhedonií (D) a neuroticizmem u chlapců

	<i>N</i>	<i>D</i>
N	1	
D	0,229872	1

Korelační koeficient má hodnotu $r = 0,23$. Tuto hodnotu porovnááme s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,25$. Hodnota korelačního koeficientu je menší než hodnota kritická, r není signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu čtvrtou zamítáme a konstatujeme, že pro chlapce neplatí, že by neschopnost radovat se měla souvislost neuroticizmem.

Jaká je situace u děvčat, co se týká neschopnosti se radovat, neschopnosti prožívání pozitivních emocí a citů nám ukáže následující tabulka.

Tab. 11: Souvislost mezi anhedonií (D) a neuroticizmem u děvčat

	<i>N</i>	<i>D</i>
N	1	
D	0,395052	1

Opět porovnááme hodnotu korelačního koeficientu $r = 0,39$ s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,25$. Hodnota korelačního koeficientu je vyšší než hodnota kritická, r je signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu čtvrtou (ověřovanou na souboru děvčat) potvrzujeme a konstatujeme, že anhedonie statisticky významně souvisí s neuroticizmem.

H5: Negativní sebepojetí statisticky významně souvisí s neuroticizmem

Hypotéza pátá má ověřit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi negativním sebepojetím a neuroticizmem. Data zjištěná na souboru chlapců jsou uvedena v následující tabulce.

Tab. 12: Souvislost mezi negativním sebepojetím (E) a výskytem neuroticizmu u chlapců

	<i>N</i>	<i>E</i>
N	1	
E	0,269285	1

Hodnotu korelačního koeficientu $r = 0,269$ porovnááme s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,25$. Hodnota korelačního koeficientu je větší než hodnota kritická, r je signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu pátou (ověřovanou na souboru chlapců) potvrzujeme a zároveň konstatujeme, že negativní sebepojetí u chlapců statisticky významně souvisí s neuroticizmem.

Jestli na tom soubor děvčat bude či nebude shodně, se dozvíme v následující části. Opět jsme zjišťovali souvislost mezi negativním sebepojetím a neuroticizmem.

Tab. 13: Souvislost mezi negativním sebepojetím (E) a výskytem neuroticizmu u děvčat

	<i>N</i>	<i>E</i>
N	1	
E	0,275661	1

Absolutní hodnotu korelačního koeficientu je $r = 0,27$ jsme porovnali s kritickou hodnotou korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05, která je $r_{0,05} = 0,25$. Hodnota korelačního koeficientu je větší než hodnota kritická, r je signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu pátou (ověřovanou na souboru děvčat) přijímáme a konstatujeme, že negativní sebepojetí s neuroticizmem statisticky významně souvisí.

9.3.2 T test pro porovnání rozdílů u chlapců a děvčat v jednotlivých dimenzích dotazníku CDI

Nyní budeme sledovat rozdíly u chlapců a dívek v rámci jednotlivých dimenzí CDI.

H6: Výskyt špatné nálady se u dívek vyskytuje signifikantně více než u chlapců. (A)

Tab. 14: F-test pro zjištění heterogenity či homogenity zkoumaných skupin

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	<i>dívky</i>	<i>chlapci</i>
F	1,9299412	
P(F<=f) (1)	0,0070163	
F krit (1)	1,5491293	

Dostali jsme hodnotu testového kritéria $F = 1,93$. Tato hodnota je větší než kritická hodnota $F_{0,05} = 1,55$, což znamená, že mezi dvěma rozptyly je statisticky významný rozdíl. Dále tedy použijeme Studentův t-test pro porovnání aritmetických průměrů, kde bude zvolen Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů. Tím získáme informace o průměrových rozdílech souborů, viz. data v následující tabulce:

Tab. 15: T test pro srovnání výskytu špatné nálady u dívek a chlapců

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů

	<i>dívky</i>	<i>chlapci</i>
Stř. hodnota	2,50793651	1,58928571
Rozptyl	4,124936	2,13733766
Pozorování	63	56
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	112	
t stat	2,85353191	
P(T<=t) (1)	0,00257578	
t krit (1)	1,65857263	
P(T<=t) (2)	0,00515156	
t krit (2)	1,98137175	

Hodnotu testového kritéria jsme dostali 2,85. Porovnali jsme ji s tabulkovou hodnotou na hladině významnosti 0,05 (t krit 2 = 1,98). Hodnota testového kritéria je větší, tudíž můžeme říci, že mezi průměry souborů je statisticky významný rozdíl. Hypotézu šestou potvrzujeme a při porovnání středních hodnot můžeme konstatovat, že špatná nálada se vyskytuje ve větší míře u dívek než u chlapců.

H7: V rámci problémů v mezilidských vztazích mezi chlapci a děvčaty nepředpokládáme statisticky významného rozdílu. (B)

Následovně použijeme F-test, abychom zjistili, zda je mezi rozptyly souboru chlapců a děvčat statisticky významný rozdíl.

Tab. 16: F-test pro zjištění heterogenity či homogenity zkoumaných skupin

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>
F	1,1838845	
P(F<=f) (1)	0,258632	
F krit (1)	1,5390419	

Dostali jsme hodnotu testového kritéria $F = 1,18$. Tato hodnota je menší než kritická hodnota $F_{0,05} = 1,53$, což znamená, že mezi dvěma rozptyly není statisticky významný rozdíl. Dále použijeme Studentův t-test pro porovnání aritmetických průměrů, kde bude zvolen Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů. Tím získáme informace o průměrových rozdílech souborů, viz. data v následující tabulce.

Tab. 17: T-test pro zjištění rozdílů v mezilidských vztazích mezi děvčaty a chlapci.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>
Stř. hodnota	1,33928571	1,25396825
Rozptyl	1,75551948	0,8928469
Pozorování	56	63
Společný rozptyl	1,61102632	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	117	
t stat	0,3659969	
P(T<=t) (1)	0,35751416	
t krit (1)	1,65798166	
P(T<=t) (2)	0,71502832	
t krit (2)	1,98044753	

Absolutní hodnota testového kritéria t-testu $t = 0,37$ je porovnána s tabulkovou hodnotou na hladině významnosti 0,05 ($t_{0,05} = 1,98$). Vypočtená hodnota je menší než hodnota tabulková, tudíž statisticky významný rozdíl mezi průměry souborů není. Hypotézu potvrzujeme. Děvčata a chlapci jsou na tom stejně, co se týká mezilidských vztahů, komunikaci s vrstevníky, řešení problémů v mezilidských vztazích.

H8: U subškály neefektivnost nepředpokládáme mezi chlapci a děvčaty statisticky významný rozdíl

Pomocí F-testu pro zjištění heterogenity a homogenity skupin zjistíme, zda je mezi rozptyly statisticky významný rozdíl a dle toho následně použijeme vhodný t-test.

Tab. 18: F-test pro zjištění heterogenity či homogenity zkoumaných skupin

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	<i>dívky</i>	<i>chlapci</i>
F	1,0017223	
P(F<=f) (1)	0,49948	
F krit (1)	1,5491293	

Hodnota testového kriteria je $F = 1,00$. Tuto hodnotu jsme dostali menší než hodnotu kritickou $F \text{ krit} (1) = 1,55$. Můžeme konstatovat, že mezi dvěma rozptyly není statisticky významný rozdíl. Proto následovně použijeme Studentův t-test pro porovnání aritmetických průměrů, kde bude zvolen Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů.

Tab. 19: T-test pro zjištění rozdílů v neefektivnosti mezi děvčaty a chlapci.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>dívky</i>	<i>chlapci</i>
Stř. hodnota	1,6047619	2,125
Rozptyl	1,77926267	2,475
Pozorování	63	56
Společný rozptyl	2,1725885	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	117	
t stat	0,22651059	
P(T<=t) (1)	0,41059979	
t krit (1)	1,65798166	
P(T<=t) (2)	0,82119958	
t krit (2)	1,98044753	

Absolutní hodnota testového kriteria t-testu $t = 0,23$ je porovnána s tabulkovou hodnotou na hladině významnosti 0,05 ($t_{0,05} = 1,98$). Vypočtená hodnota je menší než hodnota tabulková, tudíž statisticky významný rozdíl mezi průměry souborů není. Mezi děvčaty a chlapci tedy nesledujeme statisticky významných rozdílů pokud jde o neefektivnost.

H9: Mezi dívkami a chlapci nepředpokládáme rozdíl v míře anhedonie (D)

Dále pomocí F-testu zjistíme, zda je mezi rozptyly souboru chlapců a děvčat statisticky významný rozdíl.

Tab. 20: F-test pro zjištění heterogenity či homogenity zkoumaných skupin

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	<i>dívky</i>	<i>chlapci</i>
F	2,1113848	
P(F<=f) (1)	0,0026881	
F krit (1)	1,5491293	

Získali jsme hodnotu testového kritéria $F = 2,11$, kterou jsme porovnali s kritickou hodnotou $F \text{ krit} (1) = 1,55$. Zjistili jsme, že hodnota testového kritéria větší než kritická hodnota a tudíž mezi dvěma rozptyly je statisticky významný rozdíl. Proto použijeme Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů, který nám podá informace o průměrových rozdílech souborů.

Tab. 21: T-test pro zjištění rozdílů v anhedonii mezi děvčaty a chlapci.

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů

	<i>dívky</i>	<i>chlapci</i>
Stř. hodnota	2,103335	2,58928571
Rozptyl	4,50896057	3,08279221
Pozorování	63	56
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	110	
t stat	2,4280996	
P(T<=t) (1)	0,0083999	
t krit (1)	1,65882419	
P(T<=t) (2)	0,0167998	
t krit (2)	1,98176522	

Testové kritérium t-testu, jehož absolutní hodnota je $t \text{ stat} = 2,42$ porovnáme s tabulkovou kritickou hodnotou na hladině významnosti 0,05 ($t \text{ krit} (2) = 1,98$). Hodnota $t \text{ stat}$ je větší než hodnota tabulková, tudíž mezi průměry souborů sledujeme statisticky významný rozdíl. Hodnoty anhedonie se tedy mezi chlapci a děvčaty statisticky významně liší. Hypotézu zamítáme. Střední hodnota anhedonie je u dívek 3,5 a u chlapců 2,6. Z toho vyplývá, že dívky prožívají hůře kladné emoce a city, v porovnání s chlapci. A jsou hůře schopné těšit se z příjemných věcí a celkově se radovat.

H10: U subškály negativní sebepojetí nepředpokládáme mezi chlapci a děvčaty statisticky významný rozdíl

Tab. 22: F-test pro zjištění heterogenity či homogenity zkoumaných skupin

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	<i>dívky</i>	<i>chlapci</i>
F	1,2267296	
P(F<=f) (1)	0,2208619	
F krit (1)	1,5491293	

Dostali jsme hodnotu testového kritéria $F = 1,23$. Tato hodnota je menší než kritická hodnota $F_{0,05} = 1,55$, což znamená, že mezi dvěma rozptyly není statisticky významný rozdíl. Dále použijeme Studentův t-test pro porovnání aritmetických průměrů, kde bude zvolen Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů. Tím získáme informace o průměrových rozdílech souborů, viz. data v následující tabulce.

Tab. 23: T-test pro zjištění rozdílů v negativním sebepojetí mezi děvčaty a chlapci.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>dívky</i>	<i>chlapci</i>
Stř. hodnota	2,31428571	2,58928571
Rozptyl	2,35576037	2,24642857
Pozorování	63	56
Společný rozptyl	2,28633089	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	117	
t stat	0,42905893	
P(T<=t) (1)	0,33433467	
t krit (1)	1,65798166	
P(T<=t) (2)	0,66866934	
t krit (2)	1,98044753	

Zjištěná hodnota $t \text{ stat} = 0,43$ je menší než tabulková hodnota testového kritéria $t \text{ krit} (2) = 1,98$. V průměrech sledovaných souborů tedy není signifikantní rozdíl.

V rámci dimenze negativního sebepojetí, kdy člověk nemá sám sebe rád, jsou na tom v našem průzkumu chlapci i děvčata shodně.

9.3.3 T test pro zjištění rozdílů mezi chlapci a děvčaty v rámci jednotlivých subškál JEPI

V této části diplomové práce budeme zjišťovat, zda existují statisticky významné rozdíly mezi děvčaty a chlapci u jednotlivých subškál dotazníku JEPI

H11: U subškály extroverze nepředpokládáme statisticky významné rozdíly mezi děvčaty a chlapci

Následovně použijeme F-test, abychom zjistili, zda je mezi rozptyly souboru chlapců a děvčat statisticky významný rozdíl.

Tab. 24: F-test pro zjištění heterogenity či homogenity zkoumaných skupin

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	<i>děvčata</i>	<i>chlapci</i>
F	1,3290898	
P(F<=f) (1)	0,1420124	
F krit (1)	1,5491293	

Hodnota testového kritéria je $F = 1,33$. Tato hodnota je menší než hodnota kritická $F_{krit}(1) = 1,98$. Můžeme konstatovat, že mezi dvěma rozptyly není statisticky významný rozdíl. Proto následovně použijeme Studentův t-test pro porovnání aritmetických průměrů, kde bude zvolen Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů.

Tab. 25: T-test pro zjištění rozdílů u extroverze mezi děvčaty a chlapci

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>děvčata</i>	<i>chlapci</i>
Stř. hodnota	12,857143	15,339286
Rozptyl	15,382488	11,573701
Pozorování	63	56
Společný rozptyl	13,592033	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	117	
t stat	-3,665856	
P(T<=t) (1)	0,000186	
t krit (1)	1,6579817	
P(T<=t) (2)	0,0003721	
t krit (2)	1,9804475	

Absolutní hodnota testového kritéria t-testu $t = 3,66$ je porovnána s tabulkovou hodnotou na hladině významnosti 0,05 ($t_{0,05} = 1,98$). Vypočtená hodnota je větší než hodnota tabulková, tudíž je statisticky významný rozdíl mezi průměry souborů. Hypotézu

jedenáctou zamítáme a konstatujeme, že co se týká extroverze sledujeme mezi děvčaty a chlapci statisticky významného rozdílu. Při porovnání středních hodnot zjistíme, že chlapci (střední hodnota = 15,3) mají větší střední hodnotu než děvčata (střední hodnota 12,9), a jsou tedy přizpůsobiví a otevřenější vůči ostatním ve větší míře než děvčata.

V následující části budeme zjišťovat, zda existují statisticky významné rozdíly mezi děvčaty a chlapci u subškály neuroticizmu.

H12: U subškály neuroticizmu mezi děvčaty a chlapci nepředpokládáme statisticky významné rozdíly

Pomocí F-testu zjistíme, zda je mezi rozptyly souboru chlapců a děvčat statisticky významný rozdíl.

Tab. 26: F-test pro zjištění heterogenity či homogenity zkoumaných skupin

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	<i>děvčata</i>	<i>chlapci</i>
F	1,1719233	
P(F<=f) (1)	0,2754098	
F krit (1)	1,5491293	

Dostali jsme hodnotu testového kritéria $F = 1,17$. Tato hodnota je větší než kritická hodnota $F_{0,05} = 1,98$, což znamená, že mezi dvěma rozptyly je statisticky významný rozdíl. Dále tedy použijeme Studentův t-test pro porovnání aritmetických průměrů, kde bude zvolen Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů. Tím získáme informace o průměrových rozdílech souborů, viz. data v následující tabulce:

Tab. 27: T-test pro zjištění rozdílů u neuroticizmu mezi děvčaty a chlapci

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů

	<i>děvčata</i>	<i>chlapci</i>
Stř. hodnota	14,14285714	12,7142857
Rozptyl	23,51152074	20,0623377
Pozorování	63	56
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	117	
t stat	1,670352846	
P(T<=t) (1)	0,048761357	
t krit (1)	1,657981659	
P(T<=t) (2)	0,097522713	
t krit (2)	1,980447532	

Hodnotu testového kritéria jsme dostali 1,67. Porovnali jsme ji s tabulkovou hodnotou na hladině významnosti 0,05 ($t_{krit} = 1,98$). Hodnota testového kritéria je menší, tudíž můžeme říci, že mezi průměry souborů není statisticky významný rozdíl. Hypotézu dvanáctou potvrzujeme a můžeme konstatovat, že u subškály neuroticismus mezi děvčaty a chlapci nesledujeme statisticky významné rozdíly.

H13: U subškály lživosti nepředpokládáme statisticky významné rozdíly mezi děvčaty a chlapci

Tab. 28: F-test pro zjištění heterogenity či homogenity zkoumaných skupin

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	<i>děvčata</i>	<i>chlapci</i>
F	1,0857211	
P(F<=f) (1)	0,37939	
F krit (1)	1,5491293	

Hodnota testového kritéria je $F = 1,09$. Tato hodnota je menší než hodnota kritická $F_{krit} (1) = 1,55$. Můžeme konstatovat, že mezi dvěma rozptyly není statisticky významný rozdíl. Proto následovně použijeme Studentův t-test pro porovnání aritmetických průměrů, kde bude zvolen Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů.

Tab. 29: T-test pro zjištění rozdílů u lživosti mezi děvčaty a chlapci

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>děvčata</i>	<i>chlapci</i>
Stř. hodnota	5,333333333	5,33928571
Rozptyl	7,709677419	7,10097403
Pozorování	63	56
Společný rozptyl	7,423534799	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	117	
t stat	-0,01189532	
P(T<=t) (1)	0,495264695	
t krit (1)	1,657981659	
P(T<=t) (2)	0,990529391	
t krit (2)	1,980447532	

Absolutní hodnota testového kritéria t-testu $t = 0,01$ je porovnána s tabulkovou hodnotou na hladině významnosti 0,05 ($t_{0,05} = 1,98$). Vypočtená hodnota je menší než hodnota tabulková, tudíž není statisticky významný rozdíl mezi průměry souborů. Hypotézu třináctou přijímáme a konstatujeme, že co se týká lživosti, nesledujeme mezi děvčaty a chlapci statisticky významného rozdílu.

9.4 K platnosti hypotéz

V našem průzkumu jsme k objasnění některých otázek formulovali hypotézy, které byly potvrzeny nebo vyvráceny. Následujících pět hypotéz jsme ověřovali zvlášť na souboru chlapců a souboru děvčat.

První hypotéza zjišťuje vztah mezi špatnou náladou a neuroticizmem.

H1: Špatná nálada statisticky významně souvisí s neuroticizmem

Hodnota korelačního koeficientu nám u souboru děvčat vyšla větší než hodnota kritická, r je tedy signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotéza první, ověřovaná na souboru děvčat, potvrzuje, že špatná nálada u dívek úzce souvisí s neuroticizmem. U chlapců tato souvislost prokázána nebyla. Domníváme se, že důvodem může být intenzivnější prožívání děvčat.

Pomocí hypotézy druhé jsme objasňovali souvislost mezi problémy v mezilidských vztazích a neuroticizmem.

H2: Problémy v mezilidských vztazích statisticky významně souvisí s neuroticizmem

U obou souborů hodnota korelačního koeficientu byla opět menší než hodnota kritická, r není signifikantní na hladině významnosti 0,05. Hypotézu druhou zamítáme a konstatujeme, že problémy v mezilidských vztazích statisticky významně nesouvisí s neuroticizmem.

Vztah neefektivnosti a neuroticizmu je objasněn v hypotéze třetí.

H3: Neefektivnost statisticky významně souvisí s neuroticizmem

Jak u souboru chlapců, tak děvčat nebyla prokázána souvislost mezi neurotizmem a neefektivností. Absolutní hodnota korelačního koeficientu vyšla menší než hodnota kritická, hypotézu třetí zamítáme.

U další hypotézy jsme předpokládali, že anhedonie bude mít úzkou souvislost s neuroticizmem. **H4: Anhedonie statisticky významně souvisí s neuroticizmem**

U souboru chlapců jsme tuto hypotézu zamítli. Anhedonie u nich statisticky významně s neuroticizmem nesouvisí. Ovšem tuto hypotézu ověřovanou na souboru dívek potvrzujeme, hodnota korelačního koeficientu nám vyšla vyšší než hodnota kritická, mezi sledovanou anhedonií a neuroticizmem je prokázána statisticky významná souvislost.

Hypotéza pátá předpokládá vztah mezi neuroticizmem a negativním sebepojetím.

H5: Negativní sebepojetí statisticky významně souvisí s neuroticizmem

Zde nám hodnota korelačního koeficientu vyšla větší než hodnota kritická, r je signifikantní na hladině významnosti 0,005. Hypotézu pátou přijímáme jak pro soubor

děvčat, tak pro soubor chlapců. Negativní sebepojetí s neuroticizmem totiž statisticky významně souvisí.

Hypotézy H6 až H10 budou ověřovat rozdíly u jednotlivých dimenzí dotazníku CDI mezi chlapci a děvčaty.

H6: Výskyt špatné nálady se u dívek vyskytuje signifikantně více než u chlapců. (A)

Hodnota testového kritéria vykazuje vyšší hodnotu než je hodnota tabulková, tudíž můžeme říci, že mezi průměry souborů statisticky významný rozdíl existuje. Hypotézu šestou potvrzujeme a díky porovnání středních hodnot můžeme konstatovat, že špatná nálada se vyskytuje ve větší míře u dívek než u chlapců.

Následující hypotéza nepředpokládá, že by mezi děvčaty a chlapci byl významný rozdíl v rámci subškály mezilidských vztahů.

H7: V rámci problémů v mezilidských vztazích mezi chlapci a děvčaty nepředpokládáme statisticky významného rozdílu (B)

Vypočtená hodnota vyšla menší než hodnota tabulková, tudíž statisticky významný rozdíl mezi průměry souborů není. Hypotézu sedmou potvrzujeme. Děvčata a chlapci jsou na tom opravdu podobně, co se týká mezilidských vztahů, komunikace s vrstevníky i řešení problémů v mezilidských vztazích.

Osmá hypotéza předpokládá, že mezi děvčaty a chlapci není v rámci neefektivnosti větších rozdílů.

H8: U subškály neefektivnost (C) nepředpokládáme mezi chlapci a děvčaty statisticky významný rozdíl

Vypočtená hodnota je menší než hodnota tabulková, tudíž statisticky významný rozdíl mezi průměry souborů není. Mezi děvčaty a chlapci tedy nesledujeme statisticky významných rozdílů, pokud jde o neefektivnost.

Pokud jde o neschopnost prožívat kladné emoce a city, neschopnost těšit se z příjemností (anhedonii), v hypotéze deváté ověříme, zda jsou mezi děvčaty a chlapci rozdíly.

H9: Mezi dívkami a chlapci nepředpokládáme rozdíl v míře anhedonie (D)

Podle propočtů mezi soubory sledujeme statisticky významný rozdíl. Hypotézu devátou zamítáme. Po porovnání středních hodnot zjistíme, že dívky jsou neschopné prožívat kladné emoce ve větší míře než chlapci.

Rozdíly mezi chlapci a děvčaty v rámci negativního sebepojetí ověřujeme v této hypotéze: **H10: U subškály negativní sebepojetí (E) nepředpokládáme mezi chlapci a děvčaty statisticky významný rozdíl**

Zjistili jsme, že v průměrech sledovaných souborů není signifikantní rozdíl. Hypotézu desátou potvrzujeme, mezi děvčaty a chlapci nesledujeme statisticky významné rozdíly.

Další hypotézy budou ověřovat rozdíly také mezi děvčaty a chlapci u jednotlivých dimenzí dotazníku JEPI. Hypotéza jedenáctá zjišťuje případné rozdíly u extroverze.

H11: U subškály extroverze nepředpokládáme statisticky významné rozdíly mezi děvčaty a chlapci

Vypočtená hodnota je větší než hodnota tabulková, tudíž je statisticky významný rozdíl mezi průměry souborů. Hypotézu jedenáctou zamítáme a konstatujeme, že co se týká extroverze, sledujeme mezi děvčaty a chlapci statisticky významný rozdíl. Při porovnání středních hodnot zjistíme, že chlapci mají větší střední hodnotu než děvčata a jsou tedy přizpůsobivější a otevřenější vůči ostatním ve větší míře, než děvčata.

Dvanáctá hypotéza ověřuje rozdíly u neuroticizmu.

H12: U subškály neuroticismus mezi děvčaty a chlapci nepředpokládáme statisticky významné rozdíly

Hodnota testového kritéria nám vyšla menší než hodnota tabulková, z čehož vyplývá, že mezi průměry souborů statisticky významný rozdíl není. Hypotézu dvanáctou potvrzujeme a můžeme konstatovat, že u subškály neuroticismus mezi děvčaty a chlapci nesledujeme statisticky významné rozdíly.

Poslední z ověřovaných hypotéz se týká lživosti.

H13: U subškály lživosti nepředpokládáme statisticky významné rozdíly mezi děvčaty a chlapci

Hypotézu třináctou přijímáme a konstatujeme, že co se týká lživosti, nesledujeme mezi děvčaty a chlapci statisticky významného rozdílu.

10 DISKUZE

Problematikou emočních a deprivacních problémů u dětí se u nás zabývá např. Ján Praško, Iva Stuchlíková, ale i Zdeněk Matějček. Vychází rovněž celá řada publikací zahraničních autorů, z nich budeme využívat poznatků například anglického univerzitního pedagoga Ch. Kyriacou, nebo K. a D. Geldarda.

Kyriacou ve své knize otvírá výchovné problémy, se kterými je český učitel ve školní praxi také konfrontován, ale naopak jiné jeho témata – vyloučení ze školy, mohou podnítit odbornou diskusi. Myslím ale, že by se nad jeho různými intervenčními postupy měly školy zamyslet a pokusit se je realizovat, aby snížily intenzitu projevu rizikových forem chování a napomáhaly zvládnání aktuálních problémových situací. Něco máme s anglickou školou přeci jen společné, a to snahu zvýšit profesionální kompetence pedagogů v oblasti školního poradenství. Jak u nich, tak i u nás zaznívá mírná kritika naznačující, že škola ve snaze splnit vzdělávací program nemá čas ani dostatek prostoru pro školní poradenství. Poradenský tým na škole by měl vyhledávat rizikové žáky, ale i celé třídy, a to především z hlediska prevence školní neúspěšnosti a projevů nežádoucího chování.

Stuchlíková si klade otázku, co očekávají rodiče budoucích školáků od školy. Patrně kromě požadavku na kvalitní vzdělávání ještě to, aby bylo jejich dítě ve škole spokojené. Je však tento požadavek reálný? Může být opravdu každé dítě ve škole spokojené? Stuchlíková připouští, že současná generace dětí si přináší do školy více problémů než generace předcházející. Stále více dětí zažívá pocity osamělosti ve vlastní rodině a neuspokojenou komunitu s nejbližším okolím.

Námi dosažené výsledky, které objasňují problémy výskytu *špatné nálady*, nám nastiňují: špatná nálada postihuje statisticky významně více děvčata než chlapce. Špatná nálada u děvčat našeho zkoumaného souboru statisticky významně souvisí s neuroticizmem. Domníváme se, že důvodem může být intenzivnější prožívání děvčat. Train (2000) ve své knize uvádí, že u asi 10 % dětí do 12 let se vyskytnou poruchy nálady a během svého života prožije nějaký typ deprese až 25 % lidí.

Atmosféru třídy určuje učitel, který více či méně svoji náladu přenáší na děti, a tím formou her a konkrétních příkladů buduje nejen komunikaci mezi dětmi, ale navozuje i učí vytvářet pozitivní mezilidské vztahy mezi dětmi. Výsledné hodnoty v grafu 1 ukazují na dvojnásobně vyšší průměrné skóre u chlapců než u děvčat v rámci subškály *problémů v mezilidských vztazích*. Statisticky přepočteno jsou na tom ale děvčata a chlapci co se týká

problémů v mezilidských vztazích shodně. Současně můžeme konstatovat, že problémy v mezilidských vztazích nesouvisí s neuroticizmem.

V rámci subškály *neefektivity* jsme zjišťovali tyto okruhy: pozitivní či negativní přístup k práci ve škole, cílevědomost nebo sebehodnocení. Děvčata a chlapci jsou na tom shodně a můžeme konstatovat, že neefektivnost u našeho souboru statisticky významně nesouvisí s neuroticizmem.

Zaměříme se na to, zda *anhedonie* souvisí s neuroticizmem. Na souboru chlapců tato souvislost prokázána nebyla. U děvčat nám vyšla statisticky významná souvislost mezi anhedonií a neuroticizmem. Dále jsme prokázali, že neschopnost prožívat kladné emoce, je vyšší u dívek na rozdíl od chlapců. Tato skutečnost nás velmi překvapila, neboť se domníváme, že i v mladším věku jsou dívky více emotivnější než chlapci a dávají emoce více najevo. Zkusme se podívat na jednu z otázek dotazníku CDI, jak asi mohly dívky uvažovat. Jedná se o tyto věty: Mnoho věcí mě baví., Baví mě jenom něco., Nic mě nebaví. Při představě, že se za tímto skrývá postoj k některému z neoblíbených předmětů, pak si dovedeme představit, proč vykazují vysoké hodnoty. Úroveň vzdělávání v přírodních vědách v porovnání s minulostí stagnuje, a čeští žáci prokazují negativní a dlouhodobě se zhoršující vztah k matematice.

V rámci další hypotézy, která ověřovala vztah *negativního sebepojetí* a neuroticizmu, nám vyšlo následující: chlapci i děvčata, kteří nemají sami sebe rádi a hodnotí se spíše negativně, mají větší předpoklad ke vzniku neuróz. Co se týká negativního sebepojetí, nesledujeme mezi děvčaty a chlapci statisticky významný rozdíl.

Dále se budeme zabývat otázkou *extroverze*. V našem zkoumaném souboru jsme dle výpočtů zjistili, že mezi chlapci a děvčaty existuje statisticky významný rozdíl. S rozdílem jsme tak trochu počítali, ale že budou chlapci otevřenější než děvčata, nás samotné překvapilo. Z osobní komunikace s učiteli víme, že jsou to spíše děvčata, která ráda s učitelkou probírají osobní záležitosti a více se svěřují.

Dalším okruhem zkoumaným v rámci dotazníku JEPI byla *lživost*. Dle Ondráčka (2003) lžou děti z nejrůznějších důvodů. Chtějí tím něčeho dosáhnout. Žáci někdy lžou, aby se vyhnuli trestu za to, že udělali něco nedovoleného, jindy proto, že jim pravda nepřinese nic nebo dokonce problémy. Drobné lži nebo polopravdy slouží pouze k tomu, aby nevypadali před ostatními (ale i před sebou!) hloupě, špatně, neinformovaně apod. Naše hodnoty porovnávané s normou dle příručky k testu JEPI (1971) ukázaly, že u chlapců jsou hodnoty stejné s normou, ale děvčata dosáhla hodnot nižších. Z toho vyplývá, že se uchylují k lhaní méně než chlapci.

Učitel je poměrně často ve škole konfrontován s neurotickými tendencemi v chování žáků. Pod tento široce pojatý a tedy nespecifický pojem lze zařadit především různé nápadné a opakující se prohřešky v chování, zlovyky, zatěžující a rušivé návyky apod. Na vzniku neurotických tendencí se v chování žáka podle Ondráčka (2003) podílejí v každodenním životě zejména zátěžové faktory. Patří mezi ně chronická choroba, jako i vysoké nároky ze strany rodičů či školy, obavy ze selhání, ale i nejistota spojená s problematickými vztahy v rodině, hrozícím rozvodem rodičů anebo se změnou životní situace díky nešťastné události. V našem zkoumaném souboru jsme neshledali statisticky významných rozdílů mezi děvčaty a chlapci, avšak oba tyto soubory vykazují podstatně vyšší hodnoty, než které připouští pro jejich věk norma (Eysenck, 1971).

Když se podíváme na celkové skóre v dotazníku CDI, zjistíme, jak jsou na tom děvčata a chlapci s mírou depresivity. Celkové průměrné skóre chlapců odpovídá *lehce nadprůměrné depresi*, dívky po přepočítání na percentily řadíme do kategorie *nadprůměrné deprese* (viz. Tabulka 1). Při návštěvě školy na mě celkový dojem působil velmi pozitivně, příjemný a vstřícný učitelský kolektiv, atmosféra ve třídách se zdála přátelská. Vnitřní vybavení školy je přizpůsobeno věku dětí, třídy jsou barevně vymalovány, doplněny dětskou tematikou. Vzhledem k optimistickému klimatu ve škole jsme při zpracovávání dotazníků byli překvapeni nadprůměrnými hodnotami deprese.

Předpokládáme, že jeden z faktorů, který ovlivnil zvýšené hodnoty depresivity, je ten, že až 1/3 dotazovaných dětí pochází z neúplné rodiny. Tuto informaci nám poskytli učitelé žáků. Právě mnohdy absence jednoho z rodičů, nevyjasněné rodinné poměry nebo střídavá péče se může podepsat na psychickém stavu dítěte, jeho prožívání i jednání. Dalším faktorem mohou být specifické poruchy učení. Jak již víme, děti s SPU jsou hyperaktivní, s poruchou pozornosti, impulzivní, s problémy sebehodnocení, sebekázně a celkové sebekontroly. To všechno má vliv na studijní výsledky, dítě nepodává odpovídající výkon, výsledky se nedostavují ani při zvýšeném úsilí. Dítě je následně deprivováno a rychleji se u něj může vyvinout antisociální chování. Z celkového počtu testovaných žáků je v našem souboru 28 dětí, u kterých byly diagnostikovány SPU. Z toho 5 žáků je integrovaných, tzn. že jsou vyučováni podle Individuálního vzdělávacího plánu. Na ostatní žáky se vztahuje možnost diferencovaného hodnocení a zohlednění (Zákon č. 561/2004 Sb., § 16, odst. 6 a Vyhláška č. 73/2005 Sb.)

Domníváme se, že by při provádění podobných výzkumů byla velkým přínosem práce s pedagogy, kteří by mohli poskytnout cenné informace týkající se dětí. Pozorný učitel mnohdy může říci nebo naznačit více ohledně dané problematiky, než poskytnou

samostatné dotazníky. Může se totiž stát, že jen pár dětí, které budou lhát, do značné míry zkreslí výsledky výzkumu.

V rámci prevence emočních problémů doporučujeme zařadit do rámcových vzdělávacích programů (RVP) emoční kompetence. Emoční kompetence spadá do oblasti sociální kompetence a klade si za cíl vytvářet u žáků potřebu projevovat pozitivní city v chování, jednání a v prožívání životních situací, vnímavost a citlivé vztahy k lidem, svému prostředí i přírodě. Stuchlíková (2005) upozorňuje na nezbytnost emoční kompetence pro život každého člověka. Touto kompetencí nemohou děti „vybavit“ psychologové, i když toho o emocích vědí hodně. Někdy je touto kompetencí nejsou schopni „vyzbrojit“ ani rodiče, kteří sami v této oblasti selhávají. Proto učitelé tuto odpovědnost snad ani odmítnout nemohou a jejich cílem by mělo být zařadit rozvoj emočních kompetencí do školního vzdělávacího programu.

Na škole se třetím rokem učí podle Vzdělávacího programu *Základní škola* a nového školního vzdělávacího programu, jehož nezbytnou součástí je pravidelné sebehodnocení žáků. Po třech letech učitelé konstatují, že je pro žáky mladšího školního věku pořád velice obtížné se objektivně zhodnotit, mají tendenci spíše se podceňovat. Jeden z faktorů, proč nám vyšly výsledky mírně do deprese může být skutečnost, že se žáci i v našich dotaznících neadekvátně hodnotili. Dle Vágnerové (1999) by se depresivní nálada měla odrazit v celkovém vzhledu a chování žáků, měla by být viditelná v mimice, pantomimice i v ostatních motorických projevech. Jelikož máme možnost ve škole trávit více času, (podílíme se na organizaci sportovních aktivit, karnevalů a výletů), rozhodně na mě žáci nepůsobí tak, jak Vágnerová popisuje.

11 ZÁVĚR

Při provádění výzkumu, který se týkal neuroticizmu a depresivity u dětí středního školního věku, bylo zjištěno následující:

Celkové průměrné skóre chlapců odpovídá *lehce nadprůměrné depresi*, skóre dívek po přepočítání na percentily řadíme do kategorie *nadprůměrné deprese* (viz. Tabulka 1).

Profil děvčat a chlapců z hlediska dotazníku CDI posuzujeme v rámci jednotlivých subškál. U subškály *špatná nálada* v průměrném skóre dosáhly dívky výrazně vyšších hodnot než chlapci. Naopak co se týká *problémů v mezilidských vztazích*, má průměrné skóre chlapců přibližně dvojnásobnou hodnotu než je tomu u dívek. Hrubé skóre s hodnotou 2,1 u chlapců a 1,6 u dívek odpovídá subškále *neefektivnosti*. U *anhedonie* dosáhli chlapci hodnoty průměrného hrubého skóru 2,5 a děvčata hodnoty 2,1. Co se týká *negativního sebepojetí* dosahují chlapci (2,5) i děvčata (2,3) přibližně shodných hodnot.

V dotazníku JEPI jsme zkoumali tři dimenze: *extroverzi*, *neuroticizmus* a *lživost*. Co se týká extroverze, dosáhli děvčata i chlapci hodnot nižších, než které pro jejich věk udává norma. U subškály neuroticizmu byly zjištěné hodnoty obrácené. Jak chlapci, tak děvčata dosáhli průměrných hodnot naopak vyšších, než které pro jejich věk udává norma. V rámci lživosti je situace mezi chlapci a děvčaty trochu odlišná. Průměrná hodnota chlapců pro subškálu lživosti je shodná s hodnotou normy pro jejich věk. Zjištěná hodnota u děvčat je o šestinu nižší než je norma.

Následně popíšeme souvislost jednotlivých dimenzí dotazníku CDI k neuroticizmu. Při zkoumání vztahu mezi špatnou náladou a neuroticizmem byla u děvčat prokázána statisticky významná souvislost, ale u chlapců nikoliv. Problémy v mezilidských vztazích nemají u chlapců ani u děvčat vliv na vznik neuroticizmu. Podobně je tomu s neefektivitou, ani v tomto případě se nám nepodařila prokázat významná souvislost s neuroticizmem. Co se týká neschopnosti se radovat, neschopnosti prožívat kladné emoce a city, nám vyšly u chlapců a děvčat rozdílné výsledky. U děvčat anhedonie statisticky významně souvisí se vznikem neuróz, u chlapců nikoliv. Negativní sebepojetí jak u chlapců, tak u děvčat statisticky významně souvisí s neuroticizmem.

Náš svět je uspěchaný, hledá okamžité uspokojení a středem jeho zájmu je dospělý člověk, zatímco děti zůstávají stranou. Byť by si někteří lidé mohli myslet, že deprese postihuje jen dospělou populaci, z výsledků našeho šetření vyplývá, že depresivita se může objevovat i v dětském věku. Tento problém není vhodné přehlížet, jelikož nepříznivě zasahuje do života dětí a jejich dalšího vývoje.

12 SOUHRN

Žijeme v době, ve které musíme čelit spoustě nepříznivým vlivům. S přibýváním nároků denně na nás kladených, nedostatek času, stres, to vše přispívá ke vzniku psychických problémů. Dospělý člověk má sám co dělat, aby se s některými životními situacemi

a problémy dnešní společnosti vyrovnat. A co potom děti, které žijí v současném chaosu? Jak mají s těmito negativními vlivy bojovat ony? Přece jenom nemají ještě vyvinutý repertoár obranných mechanismů jako dospělý člověk, nevědí, jak se s danou situací či problémem vyrovnat a bojují tak značně oslabeni.

V teoretické části jsme se zabývali především emocionalitou a emočními poruchami v dětství, úzkostností a depresivitou u dětí středního školního věku, jejich prevencí a léčbou. I děti mladšího či středního školního věku se mohou tak jako dospělí potýkat s neúspěchy. Je-li těch neúspěchů mnoho, může se u takového dítěte fixovat pocit vlastní nedostatečnosti nebo méněcennosti. Dítě se celkově podceňuje, obává se i jednoduchých úkolů a zátěžových situací. Protože sebevědomí se díky úspěchům a neúspěchům teprve formuje, je třeba u některých jedinců sebevědomí posilovat, u jiných je dobré nadměrné sebevědomí korigovat orientací na pomoc druhým. V kapitole o emocionalitě jsme popsali tyto poruchy: disociativní a konverzní poruchy, obsedantně kompulzivní poruchu, somatizační poruchy a jejich diagnostiky.

Emoční zhodnocení situace může být pozitivní nebo negativní. V průběhu svého vývoje se musí děti učit ambivalentní pocity zvládat, neboť v běžném životě se jim nelze vyhnout. Pokud by to dítě nedokázalo a bylo jejich prostřednictvím vystaveno opakovaným vnitřním konfliktům, mohou působit jako neurotizující faktory. Emoční problémy jsou rovněž doprovodem zdravotních a jiných obtíží dětského věku. Patří sem také děti alergické, astmatické, obézní, a rovněž děti s vážnými zdravotními obtížemi. Tyto faktory mohou umocňovat úzkost nejen u dětí, ale i u rodičů těchto dětí. Je velká pravděpodobnost, že úzkostný rodič vychová úzkostné dítě (Stuchlíková, 2005).

V rámci úzkostnosti, která je definována jako emoční prožitek tísně nebo tíšňového napětí neurčitěho obsahu, popisujeme základní druhy úzkosti – úzkost automatickou a signální. Definujeme úzkostné poruchy a jejich vývoj, vývojové úkoly dle Ericksona. Dále se snažíme objasnit základní informace k anamnéze. Další popisovanou oblastí jsou deprivované a týrané děti. Uvádíme některé z testových metod ke zjišťování diagnózy emoční – úzkostné poruchy.

V rámci depresivity, jejíž hlavním příznakem je patologicky depresivní nálada, která vzniká bez zjevné příčiny, uvádíme výzkumné studie. Samostatná kapitola je věnována projevům a důsledkům deprese, osobnostním predispozicím a diagnostice deprese.

U dětí bývají rozlišovány dva základní depresivní syndromy: deprese kognitivní a deprese endogenní, nebo-li inhibiční. Hlavními symptomy jsou útlum, depresivní nálada a anhedonie. I u dětí bývá deprese nejčastěji reakcí na ztrátu blízké osoby, ale i na jiné typy akutních či chronických traumatických zážitků.

V květnu 2009 jsme po dohodě s pedagogy na zmiňované Základní škole provedli kvantitativní výzkum zaměřený na úzkostnost a depresivitu žáků. Použitými metodami se staly dotazníky Dotazník dětských depresí CDI (Children Depression Inventory) a Eysenckův osobnostní dotazník pro děti J.E.P.I. (Junior Eysenck Personality Inventory). První zmiňovaný dotazník obsahuje pět částí – subškál, které zkoumají špatnou náladu, problémy v mezilidských vztazích, neefektivnost, anhedonii a negativní sebepojetí. Druhá použitá metoda Eysenckův osobnostní dotazník pro děti sestává ze tří dimenzí – neuroticizmu, extroverze a lživosti.

Zkoumaným souborem byly děti třetích, čtvrtých a pátých tříd základní školy. Celkem s námi spolupracovalo 119 žáků ve věku 9 – 11 let, přesněji šlo o 56 chlapců a 63 děvčat.

Na základě přijetí či zamítnutí hypotéz, které jsme si stanovili v úvodu výzkumu, jsme dospěli k následujícím závěrům. Celkové průměrné skóre chlapců odpovídá lehce nadprůměrné depresi, skóre dívek po přepočítání na percentily řadíme do kategorie nadprůměrné deprese. Pomocí dotazníku JEPI jsme zkoumali tři dimenze: extroverzi, neuroticismus a lživost. Co se týká extroverze, dosáhli děvčata i chlapci hodnot nižších, než které pro jejich věk udává norma. U subškály neuroticizmu byly zjištěné hodnoty obrácené. Jak chlapci, tak děvčata dosáhli průměrných hodnot naopak vyšších, než které pro jejich věk udává norma. V rámci lživosti je situace mezi chlapci a děvčaty trochu odlišná. Průměrná hodnota chlapců pro subškálu lživosti je shodná s hodnotou normy pro jejich věk. U děvčat je zjištěná hodnota o šestinu nižší než je norma.

POUŽITÁ LITERATURA

Monografie

1. Adamsová, C., Fayová, J. (1997). *Už žádná tajemství*. Praha. Themis
2. Baštecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha. Portál.
3. Beck, A., T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha. Portál .
4. Bouček, J. a kol. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc. Univerzita Palackého
5. Bowlby, J. (1970). *Reasonable fear and natural fear*. Internat. J. Psychiat. 9:79 – 88.
6. Čížková, J. (1997). *Poznávání duševního života člověka*. Olomouc. Vydavatelství
7. Drtinová, J., Koukolník, F. (1994). *Odlíšné dítě*. Praha. Vyšehrad
8. Edelsberger, L., Kábele, F., a kol. (1988). *Speciální pedagogika pro učitele prvního stupně základní školy*. Praha. Státní pedagogické nakladatelství.
9. Eysenck, (1971). *Příručka k testu Osobnostní dotazník pro děti (Junior Eysenck Personality Inventory – JEPI)*, v českém překladu PhDr. Marta Krailová, Bratislava
10. Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha. Portál.
11. Praško, J., Vyskočilová, J., Prašková, J. (2006) *Úzkost a obavy*. Praha. Portál.
12. Praško, J. a kol. (2005). *Sociální fobie*. Praha. Portál.
13. Karasová, M. (1995). *Jak budovat dobrý vztah mezi učitelem a žákem*. Praha. Portál
14. Kazdin, A.E., & Petti, T.A (1982). Self report and interview measures of childhood and adoslecent depression.
15. Klimentová, E., Kliment, P. (2006). *Sociální deviace*. Olomouc. Univerzita Palackého
16. Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování*. Praha. Portál
17. Kondáš, O. (1977). *Klinická psychologia*. Martin. Osveta.
18. Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha. Portál.
19. Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (1989). *Dětská psychoterapie*. Praha. Avicenum.
20. Langmeier, J., Matějček, Z. (1974). *Psychická deprivace v dětství*. Praha. Avicenum.
21. Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha. Grada..
22. Machač, M., Macháčová, H., Hoskovec, J. (1985). *Emoce a výkonnost*. Praha. Státní pedagogické nakladatelství.
23. Matějček, Z. (1994). *Po dobrém nebo po zlém*. Praha. Portál

24. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha. Grada
25. Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha. Academia
26. Nakonečný, M. (2004). *Psychologie téměř pro každého*. Praha, Academia.
27. Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha. Academia
28. Nesse, R., M., Williams, G., C. (1996). *O příčinách a vzniku nemocí*. Praha. Nakladatelství Lidové noviny.
29. Ondráček, P. (2003) *.Františku, přestaň konečně zlobit, nebo...* Praha. ISV Nakladatelství.
30. Pavelka, L., Doležalová, J. (2003): *Pravděpodobnost a statistika*. VŠB – Technická Univerzita Ostrava. Ostrava.
31. Plháková, A. (2003). *Obecná psychologie*. Praha. Academia.
32. Plzáková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha. Academia
33. Reiterová, E. (2004). *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc.
34. Riemann, F. (1999). *Základní formy strachu*. Praha. Portál.
35. Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha. Portál
36. Říčan, P., Křejiřová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha. Grada.
37. Seligman, M., E. (1995). *The Optimistic Child*. Boston. Houghton Mifflin Company.
38. Shapiro, L., E. (1998). *Emoční inteligence dítěte a její rozvoj*. Praha. Portál.
39. Smékal, V. (2007). *Psychologie osobnosti*. Brno. Barrister a Principal.
40. Šmarda, J. a kol.(2004). *Biologie pro psychology a pedagogy*. Praha. Portál
41. Soukup, J. (2005). *Disociální procesy a poruchy v dětství a adolescenci*. (rigorózní práce) Praha.
42. Smolík, P. (2002) *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha. Maxdorf
43. Stuchlíková I. (2005). *Zvládání emočních problémů školáků*. Praha. Portál.
44. Švancara, J. a kol. (1974). *Diagnostika psychického vývoje*. Praha. Avicenum.
45. Taxová, J. (1987). *Pedagogicko psychologické zvláštnosti dospívání*. Praha. SPN
46. Train, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování dětí: Jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha. Portál.
47. Train, A. (1996). *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha. Portál
48. Vágnerová, M. (1995). *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha.
49. Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha. Portál.

50. Vašutová, M. (2005). *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*.
Ostrava. Ostravská univerzita
51. Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha. Portál.

Časopisy

1. Sladká, L. (2006). Strach ze školy může mít charakter fobie, *Rodina a škola*, č. 5, str. 20-21.
2. Kartous, B. (2009). Blbá nálada ve školství. *Rodina a škola*, č.2, str. 20.
3. Kazdin, A.E., & Petti, T.A (1982). Self report and interview measures of childhood and adoslecent depression. *Journal of child Psychology and psychiatry*, 23, (4).
4. Kramulová, D. (2010). Nejen infarkt a cukrovka, i duševní poruchy jsou civilizační problém. *Psychologie dnes*, č. 2, str. 8-11.
5. Koníčková, M. (2010). Oběti kultu čistoty. *Moje psychologie*, únor, str.97.

Internetové zdroje

1. <http://www.deprese.cz/vznik.aspx>
2. <http://zena.eurozpravy.cz/zdravi-hubnuti/5662-cim-vice-mladi-lide-spi-tim-mene-trpi-depresemi/>
3. <http://www.celostnimedicina.cz/nekolik-slov-o-depresi.htm>
4. <http://www.velkaepocha.sk/2009121011772/Deprese-u-malych-deti.html>
5. <http://help24.cz/index.php?page=clanky&view=rozhodujici-mesice>
6. <http://zena.centrum.cz/moda-a-krasa/moda/2007/3/16/clanky/deprese-souvisi-s-porodni-vahou/>
7. <<http://www.kreativne.com/tyrane-deti/cz/projevy.php?sekce=syndromy>>
8. <http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/emoce-city-nalada.htm>
9. <http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/mladsi-skolni-vek.htm>
10. <http://www.ordinace.cz/clanek/zaskatulkovaneuzkosti>
11. <http://www.referaty.cz>
12. <http://cs.wikipedia.org>

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA č.1 – Zadání bakalářské práce

PŘÍLOHA č.2 – Abstrakt diplomové práce

PŘÍLOHA č.3 – Eysenckův osobnostní dotazník pro děti J.E.P.I. (Junior Eysenck Personality Inventory) pro chlapce

PŘÍLOHA č.4 – Eysenckův osobnostní dotazník pro děti J.E.P.I. (Junior Eysenck Personality Inventory) pro děvčata

PŘÍLOHA č.5 – Dotazník dětských depresí CDI (Children Depression Inventory) pro chlapce

PŘÍLOHA č.6 – Dotazník dětských depresí CDI (Children Depression Inventory) pro děvčata

PŘÍLOHA č.7 – Hrubé skóry chlapců dotazníku CDI a JEPI

PŘÍLOHA č.8 – Hrubé skóry děvčat dotazníku CDI a JEPI