

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

**NEUROTICKÉ PORUCHY
U DĚTÍ VYRŮSTAJÍCÍCH
V ÚSTAVNÍ PÉČI**

Diplomová práce

Bc. Veronika Kalabisová

Učitelství pro SŠ: Psychologie – Výtvarná výchova (2011-2014)

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Plzeň, duben 2013

Děkuji PhDr. Ph.D. Miňhové, za vedení diplomové práce a za pomoc při jejím zpracování. Také bych chtěla poděkovat DD Tachov, DD Horní Slavkov, DD Planá, DD Plzeň Domino, DD Cheb, DD Horšovský Týn, DD Dolní Počernice, DD Hora Svaté Kateřiny, DD Dlažkovice, DD Dolní Lánov, DD Klánovice, DD Ostrava Habová, DD Tuchlov, DD Vysoká Pec, za možnost spolupráce a jejich vstřícnost.

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval(a) samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 31. března 2013

.....
vlastnoruční podpis

OBSAH

ÚVOD	5
1 NEUROTICKÉ PORUCHY	8
1.1 Historie neurotických poruch	9
1.1.1 Přůřez koncepcí zaměřených na neurotické poruchy	9
1.1.2 Pojetí neurotických poruch v ČR	13
1.1.3 Shrnutí pohledů na koncepcce neurotických poruchy.....	17
1.2 Rozdělení neurotických poruch dle MKN- 10	18
1.2.1 Nejvýznamnější formy neurotických poruch a jejich klinický obraz:	19
1.3 Etiologie neurotických poruch	34
1.4 Neurotické příznaky a projevy v dětském věku	36
1.4.1 Neurotické příznaky	36
1.4.2 Neurotické projevy	37
1.5 Léčba neurotických poruch	43
1.6 Prevence	47
2 CHARAKTERISTIKA VÝVOJE DÍTĚTE.....	48
3 RODINA	51
3.1 Funkce rodiny.....	52
4 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA	55
4.1 Historie dětských domovů.....	58
4.2 Život dítěte v dětském domově	60
5 CÍLE A METODY VÝZKUMU.....	64
5.1 Metodologie:	64
5.2 Formulace cíle práce a hypotéz:.....	65
5.3 Charakteristika výzkumných technik:	66
6 Charakteristika respondentů.....	66
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A DISKUZE.....	68
ZÁVĚR	77
RESUMÉ.....	79
LITERATURA.....	80
PŘÍLOHY	84
Příloha č. 1 - Arteterapie – ukázky obrázků.....	84
Příloha č. 2 - Enuretický kalendář	85
Příloha č. 3 - MHQ dotazník	86
Příloha č. 4 - Neurotik versus psychotik	89

Příloha č. 5 - Práva duševně postižených	90
Příloha č. 6 - Kazuistika Kačka z DD	91

ÚVOD

*„Když mi bylo pět let, moje maminka mi vždy říkala, že klíčem k životu je štěstí. Když jsem přišel do školy, zeptali se mě, co chci být až vyrostu. Napsal jsem „šťastný“. Řekli mi, že nerozumím zadání a já jim řekl, že nerozumí životu.“ **John Lenon***

Tématem této diplomové práce jsou: „Neurotické poruchy u dětí vyrůstajících v ústavní péči“. Toto téma jsem si zvolila, protože již několik let spolupracuji s dětským domovem Tachov a v létě tam působím jako vychovatel. Zprvu mne zaujala problematika dětských domovů, jak funguje jejich systém, ale vzhledem k mému studiu jsem se zaměřila na to, jak děti co nejlépe pochopit a snažit se jim pomoci, protože to, krom výchovy a vzdělávání, by dle mého názoru mělo také patřit k cílům nejen vychovatele, ale všech pedagogů. V mé praxi v dětských domovech jsem se setkala s několika dětmi, které prokazovaly jasné známky úzkosti.

Cílem této práce je představit si neurotické poruchy tak, aby mohl nejen vychovatel, ale kdokoliv, kdo s dětmi pracuje tyto poruchy rozpoznat a porozumět jim. Duševní nemoci jsou také nemoci, jen se neprojevují tělesně, nemocná je duše. Pokud jim porozumíme a rozpoznáme, můžeme dítěti pomoci a začít tento problém řešit.

Výzkumy prokázaly, že procento výskytu neurotických poruch v populaci stále roste. V šedesátých letech devatenáctého století počet výskytu neurotických poruch čítal kolem 15%, nyní se odhaduje 30-45%. Proč tomu tak je?

Jednou z možných odpovědí může být, že tento problém vždy byl v takové vysoké míře, ale lidé se už o něm nebojí mluvit, možná se také o své zdraví populace stará více zodpovědněji. Další možností je, že psychická kondice populace se zhoršila, svět je hektický a pokud se zaměříme pouze na českou republiku, musíme říci, že lidé zde trpí velmi často stresem. Pokud má člověk strach o práci a nabude dojmu, že bez známostí a přátel na vyšších postech ničeho nedosáhne a že snaha a poctivost je naprosto bezpředmětná, rozhodně mu to k psychické pohodě neprospěje. Lidé pocítují nespravedlnost toho, že někteří smí vše a naopak ti, co tvrdě a poctivě pracují, jsou nejspíše hlupáky. To podle nás tvoří podmínky, které živí stres, jež vede k poklesu psychické kondice, pokud je příliš a často živený. Rodiče trpící úzkostí přenášejí tyto pocity nechtěně rovněž na své děti.

Proč jsem se zaměřila na neurotické poruchy právě u dětí z dětských domovů, když sklon k neurotismu má dnes velké procento dětí? Neurotické poruchy jsou nejčastěji se

vyskytující duševní poruchou a děti z dětských domovů mají teoreticky mnohem větší pravděpodobnost vyššího výskytu těchto poruch, než jiná skupina. Nejen protože mnoho z nich pochází z rodin, kde o ně nepečovali, ale také z rodin, kde je zanedbávali a týrali.

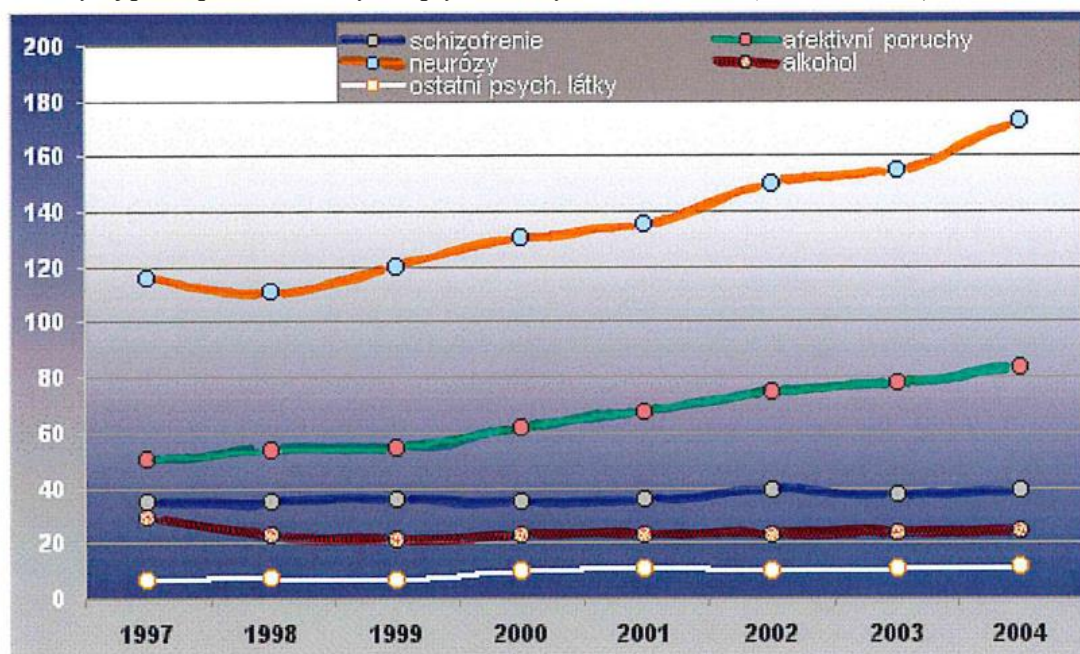
Děti trpící neurotickými poruchami můžeme rozpoznat často dle jejich příznaků a pomoci jim, aby se tento problém neprohluboval a vyléčil se. Na základě rozhovorů s dospělými lidmi, kteří trpí některou z neurotických poruch a dokáží přesněji popsat stavy, které v období ataku prožívali, je těžké si představit, že je možné, že by si něčím takovým dítě mělo projít a my tomu nemohli zabránit. Děti v dětských domovech si musely zákonitě projít něčím traumatickým či nevhodným pro jejich vývoj. V praktické části se zaměříme na procentuální zastoupení dětí trpící neurotickými poruchami, jak velký tento výskyt je v dětských domovech a zda poruchami trpí více dívky či chlapci.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

1 NEUROTICKÉ PORUCHY

Každý z nás během svého života prochází různými konfliktními situacemi, které nám brání v uspokojování našich potřeb, naplnění našich cílů, znesnadňují kontakt s naším okolím. Lidé mají schopnost se s takovými situacemi vypořádat, najít řešení, či kompromis a opět se dostat do psychické pohody. Pokud se však stane, že situaci člověk neustojí, může dojít k neurotické poruše. Neurotická porucha je dle Zvolského (2005) existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, které jsou ve většině případů spojeny s pocity tísně. Příčinou neurotických poruch mohou být vysoké nároky společnosti, oslabení naší psychiky vlivem vrozených predispozic nebo traumatické události. Porucha adaptace a nepřiměřené zpracování náročných životních situací, neschopnost řešit konflikty, stresové situace a frustrace, jsou právě příznakem neurotické poruchy. S těmito poruchami se ovšem dá pracovat a léčit je. Počátky neurotických poruch se objevují již v dětství (od dvou let), kdy u některých jedinců postupně vymizí, protože se s nimi dokáží vyrovnat, většinou se ale naopak prohlubují. Neurotické příznaky se dle Švancara dají rozpoznat již u dvouletých dětí. Děti nedokážou přesně vyjádřit, co cítí, co je trápí. Velkou roli zde hraje osobnost dítěte, jeho odolnost, kdy s přibývajícím věkem přibývá také vliv exogenních faktorů.

Graf č.1 Vývoj počtu pacientů léčených v psychiatrických ambulancích (na 10 000 osob)



(http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=164)

1.1 Historie neurotických poruch

Pojem „neuróza“ pochází z řeckého slova neuron, což znamená nerv, kdy je k tomuto slovu připojena koncovka -osis, která vyjadřuje chorobný stav. Odkazy na prožívání úzkosti lze nalézt už ve starověkých literárních pramenech. V eposu o Gilgamešovi jsou popsány pocity obav ze smrti, v řeckých bájích zase bůh Pan děsil poutníky a z jehož jména bylo odvozeno slovo panika. Poprvé byl pojem neuróza použit edinburským lékařem Williamem Cullenem v roce 1769, pojem neurastenie byl použit roku 1880 G.M. Beardem. Sigmund Freud v roce 1895 užíval pojmu úzkostná neuróza. Neuróza byla charakterizována jako nehořečnaté onemocnění, jež postihuje smysly a také pohyb pacienta. Nejvýznamnějším obdobím, kdy této problematice byla věnována pozornost a kdy došlo k velkým pokrokům objasnění této poruchy bylo 19. a 20. století.

Historicky byla neuróza zasazována do protikladu s psychózou. Zvolský (2005) vidí zásadní rozdíl mezi psychózou a neurózou v tom, že při psychóze dochází k hrubému narušení duševních funkcí v takové míře, že je narušeno jedincovo vnímání reality, u neurózy tomu tak není.

1.1.1 Přůřez koncepcí zaměřených na neurotické poruchy

S nejpodrobnější a nejpropracovanější koncepcí vysvětlující neurotické poruchy přišel již zmiňovaný *Sigmund Freud* (1856-1939). Sigmund Freud byl studentem pařížského neurologa M. Charcota. Stal se zakladatelem psychoanalýzy, nejvíce byl ovlivněn slavnou neurologickou školou v Nancy. Právě díky těmto vlivům a následným zkušenostem se spolu se svým kolegou J. Breuerem začal věnovat studiu neuróz a jejich léčení. Sigmund Freud díky svým praktickým zkušenostem s pacienty trpícími neurotickými poruchami přišel na to, že nevědomí má zásadní vliv na chování a prožívání člověka. Tvrdil, že především nevědomé pudové hnutí a způsob jeho uspokojování má zásadní význam při formování osobnosti člověka a to zejména v nejranějším dětství. (Kratochvíl, 2002).

Pohlavní pud, jenž Freud nazval libidem, prochází společně s vývojem člověka několika fázemi vážícími se na různé erotogenní oblasti lidského těla¹. *„Může se stát, že dojde k fixaci libida v určité fázi. Tato fixace se projevuje jako perverze (vítězství sexuálních potřeb) nebo potlačení, která vede ke vzniku neurózy. Podobně může v pozdější*

¹ Freudovo psychosexuální model má 3 fáze, kdy každá se zaměřuje na jinou oblast slasti v závislosti s vývojem: 1)orální 2) anální 3) falická

době dojít k regresi neboli zpětnému návratu na nižší stupeň vývoje libida.“ (Kratochvíl, 2002, str. 22).

Freudova psychoanalýza rozeznává dva druhy neurózy a) aktuální neuróza s primárně vegetativními symptomy, kam řadíme neurastenii a úzkostnou neurózu b) psychoneuróza s psychickými a tělesnými symptomy, kam řadíme hysterii, fobickou a obsedantní neurózu (Geist, 2002).

Freud byl toho názoru, že výsledkem potlačeného libida je úzkostná neuróza (neurastenie) a hypochondrie, které jsou biologicky doložitelné díky fyziologickým reakcím na danou situaci. Úzkostné stavy charakterizované difúzním pocitem obav nebo hrozeb, tzv. psychoneurózy, byly dle Freuda výsledkem potlačených myšlenek nebo přání spíše psychických než biologických faktorů.

Někteří stoupenci psychoanalýzy nesouhlasili se všemi závěry Freuda. Wilhelm Stekel (1868–1940) nesouhlasil s Freudovo dělením neuróz na aktuální a psychoneurózy. Lidskou psychiku a neurózy vnímá ve třech časových rovinách 1) dimenze minulosti - infantilita, 2) dimenze přítomnosti - aktuální konflikt, 3) dimenze budoucnosti - neurotický životní plán. Saándor Ferenczi (1873-1933) viděl příčinu vzniku neuróz v nedostatečné rodičovské lásce a péče o dítě v dětství.

Freud si získal řadu odpůrců díky dvěma základním postulátům svého přístupu k člověku a jeho duševním poruchám: a) duševní pochody jsou samy o sobě nevědomé a vědomé duševní pochody jsou pouze jednotlivými projevy a složkami celkového duševního života; b) pudová hnutí, která lze v užším i širším smyslu označit jedine jako sexuální, hrají neobyčejně velkou a dosud nedocenenou roli při vzniku nervových a duševních chorob (Freud, 1997).

Vzhledem k situaci v Evropě se další vývoj psychoanalýzy přenesl zejména do USA a Anglie. Začal se více klást důraz na vliv interpersonálních faktorů ve vývoji jedince a jeho osobnosti (Kratochvíl, 2002).

Maďarský psychoanalytik *Saándor Ferenczi* přisuzoval vznik neuróz vlivu vztahu rodičů s dětmi. U dětí, které v dětství mají nedostatek rodičovské lásky a péče nebo například nevyřešené konflikty, je vysoké procento vzniku neurotické poruchy (Kratochvíl, 2002).

Alfred Adler (1870–1937) a jeho psychoterapie se zaměřila na individuální psychologii, která považuje za příčinu vzniku neuróz nemožnost sebeuplatnění se, touhu po

moci. Překážené sebeuplatnění je výsledkem nesprávně kompenzovaného komplexu méněcennosti. Adler tvrdil, že hybnou silou člověka je touha nadvlády, že to je jeho hybným motivem, který je reakcí na pocit méněcennosti člověka. Každý člověk má vrozenou potřebu začlenit se do společnosti. K cestě za tímto cílem se ovšem mohou vyskytnout překážky, které mu zabrání v integritě ať jako jeho tělesné či psychické nedostatky. Tímto se u člověka rozvíjí pocit méněcennosti a ten vyvolává snahu o uplatnění se. Cílem člověka je tedy pocit méněcennosti kompenzovat. Záleží pouze na osobnosti člověka, zda pocit méněcennosti dovede kompenzovat nebo naopak ztratí odvalu, jedinec prožívá vlastní bezcennost a vzniká neuróza. Jakékoliv selhání přičkne jedinec nemoci a v tomto pojetí je tedy neuróza útekem do nemoci.

Carl Gustav Jung (1875-1961) je zakladatelem teorie kolektivního nevědomí, která obsahuje archetypy psychické činnosti, jimiž jsou lidé přes hranice dějinných epoch spojovány s dávnou minulostí. Jungova neuróza je výsledkem: a) konfliktu mezi možnostmi dosáhnout individuace tedy integrace všech vědomých a nevědomých složek osobnosti, což je proces naplňování osobnostního potenciálu, který pokračuje během celého života a tím člověk postupně získává pocit své vlastní identity; b) přiměřenou adaptací v realitě. Neurózu chápe jako výsledek konfliktu mezi možnostmi dosáhnout individualizace a přiměřenou adaptací v realitě (Hanuš a kol., 1999).

Na psychoanalýzu Sigmunda Freuda navázali představitelé neoanalýzy a to především K. Horneyová, F. Sullivan, E. Fromm. Neoanalýza klade větší důraz při vzniku neuróz na pozornost sociokulturních vlivů, potřeb, hodnotové orientace a interpersonálních vztahů, aktuální konflikty. Představitelé neoanalýzy se nedomnívají, že role biologických pudů a ranný vývoj má tak zásadní vliv na vznik neuróz.

Karen Horneyová (1885-1952) kladla důraz na rodinu, protože především v ní je původ neurotických obtíží. Z nedostatečného kladného emočního ladění a pocitu nedostatku bezpečí a tedy následného neuspokojení v těchto oblastech se u dítěte vyvíjí úzkost. Nedostatečná láska rodičů vytváří v dítěti hostilní pocity, které vedou k úzkosti a různým formám obrany vůči ní. Neurotické poruchy jsou projevem interpersonálního chování získané v rodině. Vznikají z poruch lidských vztahů, kdy vliv mají i sociální a kulturní faktory. Ze základní úzkosti se u dítěte vyvíjí bazální konflikt, kdy pociťuje protichůdné tendence ve vztahu k lidem, vztáhnout se či přiblížit k nim. Dítě neví, zda se smí přiblížit, vzdálit či naopak jít proti lidem a z toho se vyvíjí neurotické postoje (podrobivost, útočnost, stažení se do sebe). Dítě začne řešit konflikty neurotickým způsobem, přičemž ho toto řešení uspokojí pouze částečně, tím vznikají další obtíže a dochází k vytvoření bludného

kruhu. Horneyová odmítla Freudovu hypotézu, že chování je dáno vrozenými instinkty. Neurotické chování je naučené a tedy měnitelné.

Erich Fromm (1900-1980) se domníval, že příčinou vzniku neurotických projevů v dospělosti je frustrační situace v dětství. Zastával názoru, že naše hodnotící hledisko má vliv na naše jednání a neurotické příznaky jsou výsledkem morálních konfliktů.

Harry Stack Sullivan (1892-1949), americký psychiatr, řadí mezi základní lidské potřeby potřebu fyziologického uspokojení a potřebou bezpečí (vyhnout se pocitu nejistoty a úzkosti). Poruchy chování jsou podle Sullivena výsledkem snahy odstranit pocity úzkosti, vyhnout se jim. Příkladem reakce na podněty vyvolávající úzkost je tzv. selektivní nepozornost, kdy právě tyto zážitky, které úzkost vyvolávají, jsou vytěsňeny z vědomí. Porucha se přenáší z matky na dítě (Kratochvíl, 2002).

Franz Alexander (1891-1964) léčil neurotické obtíže za pomoci emoční převýchovy. Došel k závěru, že vliv dětského zážitku a následné zpracování, teda naučené chování a vztahování, se člověk snaží později neuroticky opakovat i v dospělém věku. Alexander neurózu považoval za jedincovo selhání zvládnutí dané situace a neschopnost nalézt sociálně přijatelné uspokojení subjektivně daných potřeb. V Alexanderově psychoterapii nabízí psychoterapeut emoční podporu, kdy se postupně a systematicky snaží korektivně zpracovat emoční zkušenost, jež vedla k obtížím (Procházka a kol., 1999, Kratochvíl 2002).

Hans Jürgen Eysenck (1916-1997), představitel behaviorálního směru, považoval symptomy u neurotických obtíží za naučené vzorce chování, jež nejsou adaptivní. Nesprávně naučené vzorce jsou zřejmě výsledkem špatně naučených reakcí nebo naučením se neadaptivního reagování. Jeho psychoterapie, kde se snaží o odstranění neurotických symptomů využívá teorii recipročního útlumu. Empiricky zkoumal vztahy neuróz a vytvořil metody k jejich měření MMQ, MPI, EPI (Svoboda, 1999).

Albert Bandura (*1925), představitel teorie sociálního učení, říká, že člověk se učí zkušeností pomocí pozorování a nápodoby. Člověk a jeho prostředí se ovlivňují. Později prokázal, že právě toto může mít vliv na tvorbu fobií apod. (Procházka a kol., 1999).

Aaron Temkin Beck (*1921) kognitivní psycholog, vychází z názoru, že osobnost je tvořena pomocí schémat složených ze základních přesvědčení. Nesprávné myšlení osoby může vést k emočním poruchám či neurózám (Kratochvíl, 2002).

Frederick/Fritz Salmon Perls (1893-1970) zástupce gestalt terapie se domnívá, že u jedince vznikají problémy z nedostatečného uvědomování si pocitů. Perls říká, že neurotici mají špatný percepční kontakt s vnějším tělem a nedokáží sami sebe otevřeně projevat (Kratochvíl, 2002).

Viktor Frankl (1905-1997) existencenální analytik a logiterapeut, vyvinul pro práci s neurotickými pacienty nové techniky, které podrobně popisuje ve své knize věnující se teorii a terapii neuróz. Zavedl pojem existencenální neuróza nebo též noogenní neuróza. Noogenní neuróza vzniká, pokud člověk pociťuje patogenní existencenální frustraci, což znamená, že pochybuje o smyslu své existence (ztratil životní cíl, smysl bytí) a neví co dál.

Carl Ransom Rogers (1902-1987), zástupce humanistické psychologie, zastává teorie, že neurotické obtíže vznikají tehdy, pokud má člověk negativní sebehodnocení. Toto negativní sebehodnocení přejímá neurotický člověk z hodnocení okolí. Je tam rozpor mezi tím jaký člověk je, jaký by člověk chtěl být a měl být. Rogersovská terapie podněcuje člověka k samostatnému rozvoji, kdy je terapeut pouze v roli partnera, který se do klienta vciťuje a otevřeně ho podporuje, tzv. „terapie zaměřená na člověka“. Rogers je přesvědčen, že každý člověk se rodí dobrý a vliv vnějších nepříznivých okolností či negativních životních zkušeností ho činí např. neurotickým (Kratochvíl, 2002).

Nesmíme opomenout koncepci neuróz krakovského psychiatra *Jerzy Aleksandrowicze*. O koncepcích tohoto polského psychiatra se můžeme dovědět na jeho seminář např. v Polsku, publikace jsou zatím těžko k dostání. Alexandrowicz vychází z toho, že osobnost není stálá, je proměnná. Důkazem toho je, že se osobnost pod vlivem psychoterapeutického vedení mění. Pokud na ní působí přirozené podmínky, nedochází k velkým změnám struktury osobnosti.

1.1.2 Pojetí neurotických poruch v ČR

Moderní česká psychiatrie se váže na přelom 19. a 20. st. První české studie se zaměřovaly spíše na psychotické poruchy. V roce 1897 byla vydána profesorem Karlem Kuffnerem: „*Psychiatrie pro studium i praktickou potřebu lékaře.*“ (Vencovský, 1957).

Myslivoček (1959), žák Kuffnera, se zabýval neurotickými poruchy a vytvořil přehled neurotických poruch. Neurotické poruchy nazval psychoneurózami. Podle něj psychoneuróza nenarušuje jádro osobnosti, protože psychoneurotik si zachovává kritický náhled. Osoba trpící psychoneurózou není dle Myslivečka oslabená na intelektu. Projevy jako zhoršená koncentrace, zhoršená vstřípivost paměti, malá iniciativa apod. jsou pouze sekundárními jevy.

Mezi zdravým a neurotickým člověkem dle Myslivečka existuje přechod, protože u psychoneurotických osob jsou poruchy funkcionální a ty se v mírnější formě vyskytují také u zdravých jedinců. Psychoneuróza je tedy chorobná reakce celé somatopsychické

osobnosti na zevní podněty a na celé okolí, ve kterém nemocný žije. Psychoneuróza nenaruší jádro osobnosti, neurotik prožívá příznaky jako nemocný člověk a hledá pomoc. Z fyziologického hlediska mají příznaky formu vegetativních dysfunkcí či neurologických projevů pouze z funkčního podkladu. Psychické příznaky mění povahu jedince a následně i jednání jedince, neboť postihují emoční reaktivitu.

Dělení neuróz (Myslivoček, 1959):

Forma simplex: vyznačuje se všeobecnými příznaky (psychické, somatické). To zda u jedince budou převládat příznaky somatické (neurosis) či psychické (psychoneurosis) je individuální. Jedinci trpí psychickým neklidem, náchylností k úzkostným náladám, dráždivostí, výbušností, ztrátou zájmu o práci i o zábavu, špatně se ovládají v afektu, mají hypochondrické reakce. Dochází k častým ztrátám paměti, mají roztržité myšlení a problém s udržením pozornosti.

Depersonalizační psychoneuróza: podobná svými příznaky jako forma simplex. Mohou se však objevovat také tělesné pocity jako je zvýšená potivost, třesy, bolesti hlavy a jiné tělesné pocity. Jedinci trpí depersonalizačními pocity, které zastiňují ostatní příznaky.

Neurastenie, psychastenie: při této neuróze převládá malátnost, zvýšená únava, zastřené vědomí, dráždivá slabost, časté střídání nálad. Tělesné i duševní zotavování nemocných je pomalé. Nemocní si stěžují na neschopnost se rozhodovat, soustředit, něco si zapamatovat a mají velké problémy se sebedůvěrou. Pokud převládají tělesné příznaky, mluvíme o neurostenii a pokud duševní, pak hovoříme o psychastenii.

Symptomatické (orgánové) formy: jsou tvořeny symptomy, které mají vztah k určitým orgánům a jejich funkcím. Může se stát, že nemocný má skutečně lehkou organickou poruchu některého orgánu, ale naváže na ní další psychoneurotické příznaky a tím se vyvine psychomotorická reakce. Je rozdělena na: a) polysymptomatická či hypochondrická forma - jedinec může mít sklon k hypochondrickým reakcím a tzv. „utíká do nemoci“; b) monosymptomatická forma - souvisí s hypochondrickou formou, ale celý syndrom se týká pouze jednoho orgánu.

Obsedantní forma: obsedantní myšlenky, kdy ustupují ostatní příznaky. Tato porucha má emocionální podklad. Jedinci trpící touto poruchou mají povahu úzkostnou, nerozhodnou, svědomitou.

Nejen Mysliveček, ale i jiní autoři, krom těchto forem zmiňují také jiné symptomové formy neuróz: *anxiózní* (úzkostný jedinec, trpící neustálým napětím a

obavami), *depressivní* (jedinec trpí dlouhodobými úzkostnými stavy), *konstituční* (konstituční dispozice jsou u jedince tak silné, že i na zcela běžnou událost reaguje psychoneurózou), *hysterická forma*, *pseudoneuróza* (neurotický syndrom, vyvolaný jiným patologickým procesem než vlastní neurózou, jde o sekundární neurózu).

Vondráček (1970) charakterizuje neurózu jako nemoc, funkční poruchu činnosti bez hrubého anatomické nálezu. U nemocného se tato porucha projevuje poruchou adaptace na vnější prostředí, fyziologickými a duševními příznaky. Osoba trpící touto nemocí neadekvátně zpracovává podněty z vnějšího prostředí, tím si vytváří negativní spoje a je narušena souhra excitace (vypuzení, vzrušení) a inhibice (útlum). Je to dle něj nemoc zvratná, léčitelná.

Neuróza se může objevit u každého, větší riziko vzniku této nemoci mají jedinci s anomální osobností. *Vondráček* zastává názoru, že neuróza nevzniká pouze z narušených interpersonálních vztahů, souhlasí ale, že na vznik mají velký vliv.

Druhy neuróz dle *Vondráčka* (1970): a) *úzkostná neuróza* - dominuje úzkost, která není opodstatněná, nemá předmět anebo strach, který má předmět; b) *fórická neuróza* - objevuje se když jedinec něco očekává, například náročnou a zásadní zkoušku; c) *obsedantní a anankastická neuróza* - je charakterizována obsesemi (vtíravé myšlenky či nutkání k jednání), která jedinec uznává za své, jsou mu nepříjemné a nedokáže se jich zbavit; d) *útlumová neuróza* - apatie, neschopnost pracovat a bavit se, zabržděnost, snížená koncentrace, ospalost, nedostatek pevné vůle, nedostatek pevné vůle (tzv. hypobulie); e) *depressivní neuróza* - často vzniká po psychickém traumatu. Je podobná depresi, ale jedinec neztrácí pozitivní postoj k životu; f) *tiková neuróza* - nepravá neuróza, kdy izolovaný příznak bývá symbolickým znázorněním něčeho, co jedinec prožil; g) *účelová neuróza* - za pomoci úmyslného zveličování zdravotních obtíží (tzv. agravace) se jedinec snaží získat nějaké výhody, tento proces se odehrává v různých vrstvách vědomí

Egon Vencovský (1976), současník *Vondráčka*, popisuje neurózu jako psychickou poruchu, která ztěžuje adaptaci na požadavky prostředí, zhoršuje adekvátní prožívání životních situací a událostí, vyvolává různé obtíže vegetativního charakteru. Člověk trpící neurózou je schopný udržet si intelektuální, kulturní i pracovní úroveň, protože nejde o hlubokou psychickou poruchu, která by narušovala tkáňové či orgánové strukturální změny či vážnější funkční poruchy. Je nutné zdůraznit, že neurózou je postiženo velké procento populace a jejich životní potenciál je touto nemocí snížen. *Vencovský* vychází z Pavlova a domnívá se, že kromě akutních či vleklých traumat či zážitků, je vznik neurózy ovlivněn

také vrozený neurotypem: a) *typ rozumový* - sklon k úzkostné či vtíravé neuróze; b) *typ střední* - sklon k neurastenii; c) *typ umělecký* - sklon k hysterii

Podle Vencovského je Jungovo extravert sklon k hysterii a introvert sklon k úzkostné neuróze. Zdůrazňuje také další podmínky přispívající vzniku neurotických poruch jako je přecitlivělost člověka, vyčerpání, nevhodná výchova, nevhodné prostředí apod..

Dle našeho názoru má nemalý vliv ve výzkumu neuróz u nás *Stanislav Kratochvíl* (*1932) a zaslouží si uznání. V jeho publikacích se můžeme dočíst základní informace neurotických poruchách jak pro laiky, tak pro odborníky. „*Diagnózu neurotické poruchy dostane člověk tehdy, když trpí tělesnými nebo duševními obtížemi, pro které při lékařském vyšetření nebyl zjištěn organický podklad, tedy prokazatelné poškození příslušných tělesných orgánů nebo mozku,*“ *píše ve své knize prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc. . Tento odborník se věnuje léčbě neuróz více než třicet let. „Tyto potíže mají někdy zřetelnou, jindy ne zcela jasnou nebo ne zcela uvědomovanou souvislost s duševními stavy a problémy ve vztazích v rodině, v práci a vůbec mezi lidmi. Pramení ze závažných konfliktů vnějších nebo vnitřních, někdy velmi silných, jindy spíše dlouhodobých, které často souvisejí i s vývojem, postoji, osobními vlastnostmi jedince.“*

(<http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=394691>)

O neurotické poruše mluvíme, pokud člověk trpí určitými tělesnými a duševními těžkostmi u kterých nebyla při lékařských vyšetření zvýšená organická příčina. Člověk vnímá tyto obtíže a snaží se je řešit. Neuróza není duševní chorobou, člověku zůstává soudnost. Je důsledkem vnějších i vnitřních konfliktů natolik silných či dlouhodobých, že ovlivní vývoj člověka, jeho postoje a rovněž i osobnostní vlastnosti. Jedinci trpící touto poruchou trpí více neurotickými příznaky spojenými v celky, tzv. syndromy, které představují druhy neurotických poruch

Druhy neurotických poruch dle Kratochvíla (2006):

- *Neurastenie* - nebo-li dráždivá slabost. Jedinec je napjatý, nespokojený, neklidný, snadno popudlivý, roztržitý, má problémy s pamětí a soustředěním, převládá špatná nálada. Rychle ztrácí energii, trpí bolestmi hlavy, nespavostí.
- *Úzkostná neuróza* - opakující se úzkostné pocity spojené se záchvaty paniky, které se objevují hlavně v noci nebo když je člověk sám.
- *Fobická neuróza* - nepřiměřený strach z určité konkrétní situace, osoby, předmětu. I přesto, že si jedinec trpící touto poruchou uvědomuje, že jeho strach je iracionální, nedokáže ho překonat.

- *Nutkavá neuróza* - neustále se vracející určité myšlenky a představy proti vůli člověka. Někdy tyto myšlenky nutí k jednání. Osoby trpící touto poruchou jsou si vědomi nesmyslnosti těchto myšlenek, ale nedokáží je potlačit.
- *Depresivní neuróza* - smutek, obviňování se, skleslost, tendence k pláči, sklony k sebezpodceňování a sebeobviňování, výkon je zpomalený. Život pro tyto jedince ztrácí smysl, pohrávají si často s myšlenkami na sebevraždu. Tato neuróza souvisí s nějakou traumatickou událostí či náročnou životní situací, kdy okolí chápe důvod smutku, ale narozdíl od zdravých jedinců pociťují jedinci s touto poruchou neúměrně velký smutek nebo jejich smutek je trvajícím.
- *Hysterická neuróza* - příznaky navazují těsně na traumatizující událost nebo se objevují v ohrožující situaci, kdy slouží jako únik. Mají příznaky různých tělesných chorob a odehrávají se neuvědoměle, bez vůle člověka.
- *Hypochondrická neuróza* - základem je přehnaná obava o své zdraví a nadměrné sebezpozorování. Jedinec se příliš soustředí na potíže, jeho přehnané obavy o své zdraví (např. tělesné funkce) vede k tomu, že je přesvědčen o závažnosti svých příznaků

Dalším představitel a náš oblíbený autor, který se zabývá neurotickými poruchami a kterého nesmíme opomenout je *Ján Praško* (*1956), psychiatr a psychoterapeut. Praško je autorem a spoluautorem řady výzkumných studií, týkajících se neurotických poruch. Napsal mnoho publikací zaměřujících se na úzkost, obeses, fobie apod., které jsou velmi čtivé nejen pro odborníky.

1.1.3 Shrnutí pohledů na koncepce neurotických poruch

Výše uvedení autoři jsou pouze nepatrným výběrem přístupů k neurotickým poruchám. Dodnes neexistuje jednotný názor, jak přesně neurózu definovat. Někteří autoři ji definují jako soubor příznaků, jiní jsou zase přesvědčeni, že jde o etiologický proces. Neuróza označuje duševní poruchu, kdy hlavní postižení je duševním nebo tělesným příznakem, či skupinou příznaků. Osoba trpící těmito příznaky je vnímá jako obtěžující, nepřijatelné, nepovažuje je za vlastní. Tyto poruchy narušují vnímání reality a chování jedince. Neuróza se během života může v lepším případě zlepšit a pokud se neléčí a jedinec se s ní sám neporadí, zhoršuje se. (Zvolský a kol., 1976).

Neurotické poruchy jsou psychické poruchy, které jedinci stěžují adaptaci na prostředí. V důsledku výskytu neurotických poruch u jedince může dojít k poklesu pracovní

výkonnosti, neschopnosti radovat se ze života, obtížnému postavení ve společnosti a především k problému seberealizace. Pod pojmem neuróza rozumíme chorobný stav, který vzniká působením vnějšího prostředí. Výskyt těchto stavů je častý a objevuje se v každém věku. Při neurotických poruchách dochází k narušení vyšší nervové soustavy a její příznaky jsou jak duševní, tak tělesné.

Čepička (1968) klade důraz na fakt, že neuróza, někdy označovaná také pojmem psychoneuróza, může zásadně ovlivnit vývoj člověka a to velmi negativně, pokud se objeví již v dětském věku. Průběh neurotického stavu je u každého jedince jiný, mimo jiné záleží na tom, jak odolný jedinec je.

Průběh neurózy je u každého jedince jiný, může se projevit v dětství nebo až v dospělosti, u někoho trvá neuróza týdny, někdo jí trpí desítky let. U některých jedinců není možné prokázat dědičnou zátěž a u jiných ano, u některých má vliv na propuknutí neurózy vliv osobnosti a u jiných ne (Matoušek, 1986).

My souhlasíme s definicí již uvádí Matoušek (1986), že neuróza je onemocnění nejednotné, multifaktoriální s proměnlivým klinickým obrazem. Tradiční pohled na neurotické obtíže zahrnoval do neurotických poruch všechny skupiny poruch, které charakterizovala hlavně úzkost, pocity nespokojenosti s životem, nepřizpůsobivé chování, vegetativní příznaky. Ani v dnešní době neexistuje jednotný názor na to, jak neurózu přesně definovat. Každá psychoterapeutická škola má svou vlastní koncepci neuróz a přesto, že se od sebe liší, někdy více a někdy méně, dochází ke stejnému názoru a to takovému, že neuróza má velký vliv na člověka, jeho život, prožívání, chování, vztahy apod. Všichni autoři se shodují v jednom a to v myšlence, že neuróza se dá léčit, je tedy terapeuticky řešitelná

1.2 Rozdělení neurotických poruch dle MKN- 10

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), v originálu International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) je výsledkem revize Světová zdravotnická organizace (WHO). MKN je v ČR nejrozšířenějším a nejužívanějším diagnostickým manuálem. Každých deset let se upravují a znovu vydávají MKN s názvy a čísly (Kratochvíl, 2006).

Přibližně před dvaceti lety byla klasifikace neurotických poruch vcelku jednoduchá. Užíval se pojem neuróza a podle symptomů se určil druh neurózy (depresivní, úzkostné,

fobické, obsedantní, neurastenické, hysterické, hypochondrické), ale od roku 1992, kdy začala platit nová mezinárodní klasifikace nemocí patří do jedné velké společné skupiny F40-F49 nejen poruchy neurotické, ale také poruchy vyvolané stresem a somatomorfnní poruchy.

Tab č.1 Klasifikace neurotických poruch dle MKN (1998):

(F40-49) Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatofomnní poruchy:

- F40 Fobické úzkostné poruchy
- F 41 Jiné úzkostné poruchy
- F42 Obsedantně – kompulzivní poruchy
- F 43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení
- F44 Disociativní (konverzní) poruchy
- F45 Somatofomnní poruchy
- F48 Jiné neurotické poruchy

1.2.1 Nejvýznamnější formy neurotických poruch a jejich klinický obraz:

Neurotické poruchy a charakteristika jednotlivých forem je velice obsáhlá. V následujících kapitolách se budeme snažit o podrobnou charakteristiku forem, které jsou nejčastější a budou se také týkat praktické části této diplomové práce. Ostatní poruchy budou charakterizovány stručně a některé pouze zmíněny, protože pro účel této diplomové práce nejsou zásadní.

Před tím, než se budeme věnovat jednotlivým formám neurotických poruch bychom si měli vysvětlit, jaký je rozdíl mezi pojmem strach a úzkost. Strach je lidskou emocií, jež nás provází celým životem. Je dokázáno, že strach je vrozenou emocií. Zajímavé však je, že u novorozenců se strach objevuje až kolem 7.měsíce. Strach nás aktivuje při blížícím se nebezpečí, což našim předkům pomohlo k přežití. Strach je odraz reálného nebezpečí, kdy si jedinec musí uvědomit, zda má dostatek sil k překonání nebezpečí. Strach má svůj předmět. Opakem strachu je úzkost. Nesmíme se domnívat, že by úzkost jako taková byla špatná, ve zdravé míře je pomáhá jedinci k mobilizaci a přežití. Úzkost vzniká na principu intuice a nemá předmět. Úzkost narozdíl od strachu nemá předmět, objekt, konkrétní situaci. O patologické úzkosti mluvíme tehdy, pokud je neadekvátní, příliš intenzivní a jedinec přehnaně reaguje na podněty.

Děti se vyrovnávají se strachem za pomoci magismu, různých rituálů, dětské konfabulace a imaginárního světa.

1.2.1.1 F 40 Fobické úzkostné poruchy

Fobické úzkostné poruchy je skupina poruch, kde je úzkost vyvolána pouze nebo převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se těmto situacím vyhýbá, a pokud tak neučiní, přetrvává u něj pocit strachu.

F 40.0 Agorafobie

Agorafobie je soubor fobií, zahrnujících strach z opuštění domova, vstupu do obchodů nebo cestování v autobusu, letadle. Lidé mají strach chodit z prázdné budovy, škol, kin, tunelů, strach z davu a většího množství lidí, z veřejných prostranství, veřejné dopravy, malých místností, atd.

Poprvé byla popsána v roce 1872 Westphalem, jako chorobný strach z velkých otevřených prostranství. Pojem „agora“ pochází z řeckého agora, což znamená tržiště a „fobie“ od slova fobos, což znamená strach. Doprovodným příznakem může být pocení, palpitate, bušení srdce, točení či bolesti hlavy, nevolnost, sucho v ústech, mdloby.

U těchto poruch dochází často k panickým atakům, depresím. K určení diagnózy je podle MKN-10 (1996) nutné, aby se v zátěžových situacích alespoň jednou vyskytly nejméně dva příznaky, kdy jeden musí patřit do skupiny vegetativního podráždění a druhý musí být zařazen buď do příznaků hrudníku a břicha nebo duševního stavu. Také musí jedinec pociťovat strach minimálně ze dvou následujících situací a to buď z davu, veřejného prostranství, cestování či opuštění domova. Příznaky poruchy se vyskytují pouze v situacích vyvolávající strach nebo jejich očekávání.

Začátek této poruchy se datuje mezi dvacátým až padesátým rokem života, vzácně se mohou objevit u dětí a dospívajících. Hlavním symptomem je úzkost vyvolána situací, ze které jedinec nemůže uniknout. Typické je vyhýbavé chování. Pokud se daří jedinci vyhýbat rizikovým podnětům, je relativně v bez problémů.

Agorafobií trpí kolem 3-4% žen a 1-2% mužů. Uvádí se, že u velké většiny jedinců trpících agorafobií, jsou typické panické ataky (95%). Výskyt této poruchy je dvakrát častější u žen než u mužů. Vznik této poruchy je pravděpodobně zapříčiněn hereditou (až 20% v primární rodině). Dále hrají důležitou roli náročné životní situace. Panují názory, že tato

porucha je naučenou poruchou, kdy jsme ji získali přímo nebo zástupně. Přímo této poruše se můžeme naučit negativní zkušeností, která nás silně ovlivnila. Zástupně ji získáváme pozorováním rodičů, kteří mají strach z nějakého podnětu. Některé studia uvádí, že vznik arogafobií může vzniknout po úrazu hlavy, nejsou však potvrzená. Při včasném zahájení léčby až u jedné třetiny léčených obtíže úplně vymizí. Při léčbě se užívá hlavně kognitivně-behaviorální psychoterapie. Jedinci pozvolna spolu s odborníkem navštěvují místa, jež jim činí obtíže, jsou konfrontovány s předměty, jež jim činí potíže apod. Tato terapie funguje na principu habituace (přeučení). Jedinec trpící touto poruchou by měl postupně navštěvovat riziková místa až 3krát za den. Nejdříve se pozvolna přibližuje a po malých dávkách překonává úzkost. Cílem a závěrem terapie je habituace, kdy problém vymizí. Spolu s psychoterapií se užívá někdy i psychofarmak. U dětí je diagnostika často komplikována vlivem deprese a úzkosti.

F 40.1 Sociální fobie

Pokud trpí jedinec sociální fobií, tak trpí strach z pozornosti ostatních. Obava z posuzování ostatních vede k vyhýbání se styku s lidmi. Sociální fobie poruchou při níž má jedinec strach ze sociálních situací. Je řazena mezi chronické poruchy s vyhýbavým chováním. Obvykle tato fobie nastává v období dospívání ve věku 14-20 let. Pomoc odborníků vyhledávají kolem dvacátého roku života. Americké studie uvádí, že touto poruchou trpí 3% americké populace. Během života sociální fobií trpí 3-13% populace (Praško, Vyskočilová, Pígllová, Prašková, 2012).

Tato porucha postihuje stejné procento mužů jako žen. Zajímavé je, že 80-90% osob v životě zažije intenzivní stydlivost. Jedinci trpící touto poruchou mají strach z toho, že je okolí zkoumá, hodnotí, posuzuje a především kritizuje. Obávají se situace, která by mohla vést k ponížení. Obávají se kontaktu s lidmi a komunikace s nimi. Jedinci trpící touto poruchou mají nízké sebevědomí, jsou úzkostní a očekávají od okolí negativní hodnocení. Jedinci jsou typičtí svou přecitlivělostí, pocity méněcennosti, nejistoty, úzkostnými reakcemi. Trpí obavami a napětím vůči okolí, neriskují, očekávají katastrofy a problémy. Omezují své vztahy a aktivity tak, aby se nic hrozného nemohlo stát. Mají potřebu být oblíbení, působit dobře, udělat dobrý dojem, ale domnívají se, že budou působit v tom nejhorším světle, což vyplývá z jejich nízkého sebevědomí. U sociální fobie je možné specifikovat situace, které vyvolávají strach a daný jedinec se jim může vyhýbat, protože u něj vyvolávají silný distress. Jedinci trpící touto fobií jsou schopni určit, které mezilidské kontakty snesou a které v nich vyvolávají nesnesitelné obavy. Mají strach, že by mohli

zpanikařit nebo se zbláznit a výsledkem je vyhýbání se kontaktu a sociálním vztahům, což vede k osamocení jedince. Zůstává izolován sám doma a porucha se zhoršuje a rozšiřuje. Například dříve se daný jedinec necítil dobře na poště, později se na náměstí, kde se pošta nacházela a došlo to až do takové míry, že není schopen dojít si ani nakoupit.

Sociální fobie se dělí na: a) specifické - jsou omezené na určitou situaci např. jezení před lidmi; b) difuzní - zahrnují všechny sociální situace, výjimkou je rodina. (Praško, Vyskočilová, Pígllová, Prašková, 2012)

Tělesnými projevy je pocení, červenání, svalový tonus, svalová ochablost, zrychlené dýchání, závratě, třes. Nejčastějším behaviorálním projevem je tichá a rychlá mluva, přehnaná gesta, mlčení, úniky, útky.

Etiopatogeneze nebyla zatím jasně určena. Diskutuje se o predispozici danou našimi předky. V období pravěku se praktikovalo vyhoštění z tlupy v případě, že jedinec již nebyl užitečný (staří členové bez zubů, kteří již nemohli ani přežvýkávat potravu), nebo ve starověku tzv. ostrakismus (střepinový soud), kdy byl jedinec vypuzen ze společnosti. Vzhledem k tomu, že člověk má přirozený zájem někam sounáležet, strach z vyloučení je silný. Pocit hanby a vyhoštění, toho se lidé se sociální fobií bojí. Vyloučení ze společnosti je představou, která v nás vzbuzuje přirozené obavy.

Dalším možným faktorem pro vznik a rozvoj sociální fobie, krom biologické podmíněnosti, je rodinná komponenta. Pokud rodič trpí touto poruchou, může se objevit rovněž i u dítěte nebo dává základ vzniku depresí a úzkostných poruch. Při magnetické rezonanci byly pacientům s touto poruchou ukazovány obličej neznámých lidí. V případě, kdy se zkoumaní jedinci dívali na obličej s neutrálním emočním výrazem, byla u nich zjištěna vyšší selektivní aktivace amygdaly².

Psychodynamická teorie nahlíží na vznik sociální fobie jako na výsledek konfliktu ega versus superega. Důsledkem je projekce, tj. obrana nebo vyhýbání, což společně vytváří fobii. Teorie objektivních vztahů považuje za příčinu vzniku této fobie zraňující vztahy v časném vývoji (např. v dětství přílišná kritičnost, výsměch, ztrapňování). Rodina a blízcí mají být jistotou, oporou, pilířem a místem pro vytváření pozitivního a zdravého rozvoje osobnosti jedince a pokud je tomu naopak, vzniká tato porucha. Gabbard předkládá tři modely vysvětlení sociální fobie. Prvním říká, že zážitek studu odráží podvědomé přání být v centru pozornosti. Druhý model mluví o konfliktu pocitu viny z přání zbavit se soupeře a

² část mozku mající na starost emoce a sociální vazby

obavami, zda je toho vůbec schopen. Poslední model je zaměřen na separační úzkost související s pokusem o autonomii a zároveň strachem ze ztráty lásky pečujících.

Teorie učení říká, že sociální fobie je postupně rozvíjející se porucha, jež je výsledkem podmiňování, modelování a působení okolí. Vzniká zraňujícími událostmi nebo sociálním učením (málokdy vznikne po silně negativně emoční jednorázové události). Kognitivní model vychází z kognitivních narušení. Jedinci se sociální fobií vnímají sebe jako méněcenné a druhé jako ty, které mají tendenci ponižovat nedokonalé. Jedinci trpící touto poruchou si všímají především negativních sociálních událostí, zveličují je a na jejichž. Mají tendence situace překrucovat a vyhýbat se jim. Pokud se tito jedinci ocitnou v v takové situaci, cítí se napjatě, intenzivně se zaměřují na sebe, na své prožívání, jejich myšlenky se ubírají negativním směrem a okolí přitom téměř ignorují. Kognitivní model mezi další charakteristické příznaky řadí automatické negativní myšlenky a dysfunkční kognitivní schémata.

My se přikláníme k teorii objektivních vztahů. Dle této teorie je sociální fobie důsledkem zraňujících vztahů v časném vývoji a to například přehnanou kritikou rodičů, ztrapňování nebo výsměch. Rodina by dle nás měla být vždy místem, které je synonymem bezpečí, pocitu lásky, sounáležitosti, bezpečím. Jak by se mohl jedinec cítit dobře ve společnosti, pokud mu i rodina místo pozitivního rozvoje nabízí pouze utlačování a ubližuje mu.

Prognóza léčby lidí se sociální fobií závisí na tom, zda je v komorbidě s dalšími poruchami, zda začala před osmým rokem života, či je v doprovodu se somatickými problémy apod. U těchto případů je prognóza nepříznivá a dochází ke vzniku závislosti či pokusů o suicidia šestkrát více než u jiných onemocnění. Studie prokázaly, že u poloviny pacientu při léčení dojde k vymizení této poruchy (studie ve věkovém rozhraní 16-64 let).

U dětí a v období pubescence jsou jedinci závislí na svém sociálním okolí, je zde tady vysoké riziko vzniku sociální fobie, neboť jsou v tomto období citliví a učí se vzorcům chování. Jedinci trpící samotou a izolací, mají studijní obtíže v důsledku toho, že neumí své znalosti podat (nejsou schopni se vyjádřit). Průběh sociální fobie doprovází deprese a myšlenky na suicidium. Jedinci vyhýbají konverzaci, činnostem na veřejnosti a místem jako takovým. V těchto případech by si měli především pedagogové uvědomit, jaká je jejich moc nad dítětem. My bohužel máme velmi negativní zkušenost s přístupem učitelky k žákovi a poté i školy. Byli jsme svědci toho, jak jednoduše může dětskou duši doslova pošlapat pedagog, když chce.

Dalším problémem u těchto jedinců je sklon k závislostem a to především k alkoholismu. Tato porucha je častá v kombinaci s úzkostnými poruchami, schizoidními poruchami, vyhýbavou poruchou osobnost a jinými duševními poruchami. K léčbě se užívá psychoterapie (kognitivně-behaviorální) a farmakoterapie. Vhodná je i rodinná terapie.

F 40.2 Izolované (specifické) fobie

Tyto fobie jsou omezeny na vysoce zvláštní situace, jako je blízkost určitých zvířat, hřmění, výška, tma, létání, uzavřený prostor, močení nebo vyprazdňování na veřejných toaletách, požívání určitých jídel, ošetření u stomatologa nebo pohled na krev nebo poranění (klaustrofobie, zoofobie, arachnofobie, batofobie, coulrofobie atd.)

Dříve nám silný strach sloužil k přežití, např. obava ze medúz pro jejich možné smrtelné vlastnosti. Dnešní výzkumy se přiklání k názoru, že jde o poruchy naučené. Vznikly kupříkladu z nepříjemné zážitku a jsou posilovány vyhýbavým chováním. Osoba trpící touto poruchou ví, že je jeho obava přehnaná, nereálná, ale nemůže si pomoci.

Izolované fobie dělíme na podskupiny, kdy pocit děsu zapříčiňují: zvířata, akrofobie, nemocnice, klaustrofobie. Klasifikace těchto fobií čítá přibližně 200 poruch.

Podle MKN-10 (1995) je nutné, aby osoba pocítovala strach ze specifického objektu či situace (objekt či situace se nesmí nacházet v agorafobii a sociální fobii) a vyhýbal se mu. Musí se vyskytnout alespoň 2 příznaky přičemž jeden bude vegetativního charakteru (pocení, třes, tlak na hrudi apod.). Jedinec si musí uvědomovat, že úzkost z daného podnětu a následné vyhýbání se mu, je nesmyslné. Příznaky se musí objevovat pouze při očekávání úzkostného podnětu. Musíme vyloučit obavy způsobené bludy, halucinacemi, schizofrenií, poruchami nálad, organickými duševními poruchami, obsedantně kompulzivními náladami.

Jedinci trpící touto poruchou úzkostně reaguje na specifický podnět, což může vyústit až v panický atak. Mezi fyziologické projevy patří bušení srdce, nevolnost, pocity na omdlení, strach z toho, že zešílí.

Touto poruchou trpí 25% žen a 12% mužů. Lze ji léčit pomocí psychoterapie, léky a expoziční terapie. Čím kratší dobu tato porucha trvá, tím lepší je prognóza. Nejúčinnější je expoziční terapie, kdy se pacient po malých krocích zbavuje obav a snaží se o redukci úzkosti na daný podnět (Praško, Prašková, 2009).

F 40.8 Jiné anxiózně fóbické poruchy

F 40.9 Anxiózněfóbická porucha nespecifikovaná

1.2.1.2 F 41 Jiné úzkostné poruchy

F 41.0 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)

Základním projevem u panické poruchy jsou opakované spontánní záchvaty úzkosti (paniky), intenzivní tělesné příznaky (bušení srdce, pocit dušení, závratě), strach ze ztráty sebekontroly a smrti.

Panická porucha byla poprvé popsána až v 80. letech. Pojem panika je odvozen od slova Pana, jména řeckého boha, který se schovával v lesích a bavil tím, že děsil poutníky. Jedinec s panickou poruchou má strach že ztratí kontrolu nad sebou samým, ze mdlob, strach ze šílenství a také ze smrti. U lidí s touto poruchou je až 7% riziko suicidálního chování.

Základní jednotkou panické poruchy je atak, který není možné předvídat. Ataky trvají 5 až 20 minut, jsou doprovázeny vegetativními příznaky. Abychom mohli diagnostikovat panickou poruchu je nutno nejméně čtyř příznaků ze čtrnácti jasně definovaných, např. bušení srdce, pocení, pocity dušení, bolest na hrudi, bolesti hlavy, depersonalizace, derealizace atd.. Pokud se objeví tři a méně symptomů, označujeme tuto poruchu jako podprahovou panickou ataku. Kukumber a Ulč (2001) říkají, že vznik atak nemusí být závislý na žádné situaci a podnětu, jsou zcela spontánní, nečekané³. Pokud jsou ataky závislé na anticipaci specifické situace, jsou podmíněné. Ataky se mohou, ale také nemusí objevit po určité události nebo se objeví později, takovým atakům říkáme situačně predisponované.

Včasná léčba panické poruchy zvyšuje pravděpodobnost vyléčení. Kukumberk a Ulč odhadují, že panickou poruchou je postiženo 0,5 až 2,3% populace. Praško uvádí 1,4 až 3,5% populace. Panická porucha propuká ve věku 15 až 24 let a poté také mezi 45 až 54 rokem. U žen je tato porucha dvakrát častější. U příbuzných primární rodiny trpící panickou poruchou je 24,7% x větší riziko vzniku poruchy.

Úzkost je základní lidskou zkušeností se kterou se můžeme setkat už v útlém věku. Panická porucha se může objevit v průběhu celého ontogenického vývoje. Velká pravděpodobnost vzniku panické poruchy je zejména v období dospívání a v dětství.

„Při výzkumech, kdy byla snaha zjistit procentuální zastoupení této poruchy u dospívajících, se využívalo zkušeností dospělých, kteří uváděli kdy a zda panickou poruchu zažili. Výsledkem bylo, že panická porucha se objevuje u 7% v období dospívání.

³ pokud nedojde k včasné léčbě této poruchy je až 40% pravděpodobnost, že se stane chronickou

V průřezovém výzkumu, američtí středoškoláci splňovali kritéria panické poruchy 1,6-5,4%..“ (www.pediatriepropraxi.cz/ PEDIATRIE PRO PRAXI 3 / 2005)

Diagnostika panických poruch u dětí se významně neliší od diagnostiky dospělých. Typickým znakem je náhlý začátek úzkostí a rychlé odeznění. Ataka může dítě potkat kdekoliv a kdykoliv, velmi často už před 10. rokem života, kdy jedince paralizuje nebo ochromí. Vzbuzuje u jedince pocit, pociťuje hrůzu, strach, neví co se s ním děje. Ataka většinou u dětí trvá několik minut či desítek minut. Je nutné si uvědomit, že ataky jsou doprovázeny somatickými obtížemi, které komplikují diagnostiku a po vyšetření u obvodního lékaře, který se zaměří na somatický stav jedince, se nic nemusí objevit. Domníváme se tedy, že každý lékař by měl být se symptomy obeznámen a případně pacienta poslat na psychiatrické vyšetření, kde mu mohou pomoci. Tam se zaměřují na čtyři prolínající se fáze léčby: psychoterapie, psychoedukace, režimová opatření, farmakoterapie.

F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha (trvalá úzkost)

Základní vlastností u této poruchy je generalizovaná a přetrvávající úzkost, která není vztažena na žádné zvláštní zevní okolnosti, ani se nevyskytuje převážně v závislosti na nich. Hlavní příznaky jsou různé. Většinou jde o pocity nervozity, třes, svalové napětí, pocení, světloplachost, palpitace, závratě apod..

Generalizovaná úzkost je nejčastější psychickou poruchou. Dříve označovaná úzkostnou neurózou. Nemocný je permanentně nervózní, napjatý, trpí různými obavami, kdy se u něj projevují vegetativní příznaky patologické úzkosti. Jedinci se zbytečně a přehnaně zabývají starostmi, stresujícími se myšlenkami (např.: „Jsem opravdu v pořádku? Je toto v pořádku? Neměl bych si raději dojít na kompletní vyšetření? Co když to něco znamená, co když mi vlasy padají moc? Jak budu vypadat mezi ostatními, co když je to začátek něčeho ještě horšího? Já nechci umřít.“). Zbytečně stresující myšlenky se většinou týkají obav o zdraví jedince, obav o práci, o vztahy, budoucnosti. Generalizovanou úzkostnou poruchu lze definovat jako chronický stav patologické úzkosti. Pro tuto poruchu je typické zaměření obav na více oblastí najednou. Generalizovaná úzkost není reakcí na vnější podněty. Jedinci trpící touto poruchou se neustále zabývají myšlenkami vyvolávající pocity úzkosti a doprovází je vegetativními projevy, které je vyčerpávají. Typické jsou poruchy spánku, svalový tonus, nevolnost, závratě, pocení, třes apod. Je znatelně zhoršená kvalita jejich pozornosti a výkonnosti. Pro diagnostiku generalizované úzkosti je zapotřebí, aby vykazovala symptomy nejméně šest měsíců. Praško uvádí, že celoživotně touto poruchou trpí 4,3 až 5,9%, ženy trpí touto poruchou dvakrát častěji (vyskytuje se např. u

vdov, po rozvodu, u nezaměstnaných, u žen v domácnostech). Vyšší riziko vzniku generalizované úzkostné poruchy je u prvorozených a u lidí pohybujících se ve vyšších společenských vrstvách.

Nejběžnějším znakem pro diagnózu generalizované úzkosti je obava ze všedního dne, kdy strach nevyplívá z toho, co se aktuálně děje, ale k čemu by mohlo dojít. Určitě zajímavé je zmínit, že k pacienti mají k této své poruše ambivalentní vztah, tato porucha je prý velmi nepříjemná, ale varuje je před možnými důsledky.

Vznik generalizované úzkostné poruchy je zapříčiněn vlivem heredity a naučených reakcích, které jedinec získaná v průběhu života. Při konfrontaci například s NŽS a následným stresem, dochází k narušení chemické rovnováhy v některých oblastech mozku. Podle teorie učení se jedná o ty jedince, kteří si v dětském věku osvojili špatné postoje. Období pro vznik této poruchy je kolem čtvrtého až pátého roku. Nejčastěji se diagnosticky stanovuje průměrně kolem 39. roku života.

Průběh nemoci může být plíživý či náhlý v závislosti na aktuální stresující události, epizody jsou pozvolné a dlouhodobé. Generalizované úzkostné poruše často předchází porucha úzkosti či sociální fobie. Léčení u této poruchy je komplikované, protože je zde vysoká komorbidita, díky níž se snižuje pravděpodobnost normálního fungování a začlenění jedince. Osoba postižená touto poruchou očekává negativní věci, její představa o budoucnosti je pesimistické, podceňuje se, kritizuje se, má nulovou výkonnost. Jsou zde problémy se sociální dovedností a přijetím ze strany okolí. Generalizovaná úzkost je léčena za pomoci psychofarmakologie a psychoterapie. Psychoterapie (nejčastěji kognitivně-behaviorální) mají dlouhodobý pozitivní dopad na stav jedince (např. nacvičují řešení běžných problémů).

Děti a dospívající jsou mají nejvíce ohroženou skupinou vzniku této poruchy. Uvědomme si, že dětská duše je velmi citlivá a čím mladší, tím zranitelnější a následky narušené dušičky závažnější. Dítě bývá často odrazem především svých rodičů a rodiny jako takové. Porucha generalizované úzkosti je v tomto věku nejčastější z emočních poruch. Spolu s generalizovanou úzkostí jsou spojeny nemoci jako mentální bulimie a mentální anorexie.

F 41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha

U této poruchy jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný zřetelně nepřevažuje. Pokud si chceme říci něco o úzkostně depresivní poruše, měli bychom si

nejdříve ujasnit, co pojem deprese znamená. Následující odstavec se tedy budeme věnovat čistě stručné charakteristice deprese.

Depresi je poruchou nálady neboli afektivní poruchou. O depresi se můžeme dočíst už ve Starověku, kdy touto poruchou trestali bohové neposlušné lidi. První, kdo tuto poruchu popsal a pojmenoval, byl ve 4. století př.n.l. Hippokrates a označil ji pojmem melancholie. Ve středověku tuto nemoc zase církve přisuzovala Bohu, který uvalil trest na osoby s hříšnými myšlenkami. Až v roce 1921 pojmenoval příznaky této nemoci E. Kraepelin (1856-1926) a označil ji depresivní poruchou. Je to porucha, která může ohrozit život jedince. Deprese je dnes nazývána rakovinou 21. století, protože jí u lidí stále přibývá. Depresi trpí více ženy (6%) než muži (3%). Deprese je afektivní poruchou, kdy hlavním symptomem je patologický smutek. Osoby trpící touto poruchou mají pocit vlastní bezcennosti, neschopnosti, mají pocit, že jsou nežádoucí, touhu být izolováni, trpí anhedonií⁴. Symptomy dělíme na emoční, kognitivní, tělesné a motivační. V období dětství a dospívání je časté kolísání nálad a je nutné rozpoznat patologickou depresi a včas ji léčit. Deprese je velmi nebezpečnou poruchou, kdy můžeme pozorovat u dětí plačtivost, negativní postoj ke světu, pasivitu, útlum, pesimismus, pocity beznaděje, poruchy koncentrace, roztržitost, podrážděnost a především myšlenky na suicidium. Riziko sebevražd je u dospívajících dvacetkrát vyšší. U 1/3 osob trpící touto poruchou se mohou objevit poruchy myšlení, bludy či halucinace.

Tedy tedy zpět k charakteristice smíšené depresivní poruše. Smíšená depresivní porucha je kombinace depresivní a úzkostné poruchy, kdy symptomy ani jedné z poruch nejsou dostačující pro klasifikaci jedné ani druhé poruchy. Tato porucha postihuje 4 % populace. Jedinci postižení touto poruchou nemají tak hluboké příznaky, jako je tomu u deprese a úzkosti. Mezi symptomy patří porucha koncentrace, unavenost, dystrofie, nízká frustrační tolerance, podrážděnost, přílišná ostražitost, negativní myšlenky a očekávání. Jedinci trpící touto poruchou jsou přecitlivělí, mají sklony k plačtivosti apod. Mají nízké sebevědomí, pocity méněcennosti a negativní sebehodnocení.

Na základě ne příliš četných výzkumů bylo zjištěno, že se smíšená úzkostně-depresivní porucha dá dělit na chronickou a epizodickou. Včasná léčba zvyšuje úspěch při léčbě. Mnohdy je výsledkem poruchy narušení osobních vztahů, narušení kvality života až, jak zdůrazňuje Praško, invalidita.

⁴ neschopnost prožívat radost

Úzkostně depresivní porucha je často reakcí na nějakou stresovou situaci nebo jako výsledek příliš pečujících rodičů.

F 41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy - žádný příznak není natolik výrazný, aby mohla být určena samostatná diagnóza.

F 41.8 Jiné určené úzkostné poruchy

F 41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná

1.2.1.3 F 42 Obsedantně - nutkavá porucha

Hlavním rysem této poruchy jsou opakované vtíravé myšlenky (obsese) a nutkavé činy (kompulze). Jako vtíravé myšlenkami označujeme nápady, impulzy, představy nebo popudy, které neustále vstupují do mysli pacienta ve stejné formě. Jedinec se snaží klást odpor, ale bez úspěchu. Považuje je za své vlastní, ačkoliv jsou mimovolní a třeba mu i odporné. Nutkavé činy nebo rituály jsou stereotypní a stále se opakující. Snaha čelit kompulzám stupňuje úzkost.

Obsedantně kompulzivní porucha byla dříve podceňovaná a dlouho se také diskutovalo, zda je možné, aby se vyskytovala u dětí. První, kdo detailně popsal tuto poruchu byl P. Janet v roce 1903. Jako zástupce věnující se touto poruchou u nás, bychom mohli zmínit např. Jána Praška.

Obsese neboli vtíravé myšlenky se objevují opakovaně, dají se částečně potlačit, ale potom se objevují ještě v silnější intenzitě. I přes to, že jedinec chápe nesmyslnost nutkavých myšlenek a jsou v rozporu s jeho vůlí, není schopen tyto myšlenky zapudit.. Obsese jsou příčinou úzkosti pro svůj obsah, který neodpovídá hodnotám osoby trpící touto poruchou a také pro pocit bezmocnosti, kterou vyvolá vědomí, že tyto myšlenky nedokáže ovládat. Postižení jedinci mají strach ze ztráty sebekontroly, sebevlády. (Řičan, Krejčířová a kol., 1995)

Uvedeme si příklad obsahu obsesivních myšlenek: „*Týkají se možného agresivního chování („Co když bodnu své dítě nožem?“ „Co když někoho kopnu na ulici?“), kontaminace a štítění se („Co když dostanu infekci, nakazím se, ušpiním se?“), strachu, že něco důležitého nebylo uděláno nebo zkontrolováno („Když nezkontroluji opakovaně, zda jsem zamkl byt, vykradou mě!“), nepohody způsobené asymetrií nebo nepořádkem („Když nebude všechno symetrické, stane se neštěstí mojí rodině!“)*“ (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s.3)

Kompulze je nutkavé jednání neboli ataka. Kompulze mohou mít formu rituálů, většinou nesmyslného. Jestliže se jedinec snaží tuto ataku potlačit, může to u něj vyvolat paniku až s agresivní reakcí na osobu, která by mu bránila v rituální činnosti. Nejčastěji se objevuje tato porucha smíšeně, tedy obsedantně kompulzivní.

F 42.0 Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace

„Mohou mít formu myšlenek, nápadů, představ nebo popudů k činnosti, téměř vždy zneklidňujících pacienta. Někdy jsou nápady nerozhodné, nekonečné úvahy o alternativách, spojené s neschopností udělat běžná, ale nezbytná rozhodnutí v běžném denním životě. Vztah mezi nutkavými myšlenkami a depresí je zvláště úzký. Diagnózy vtíravé a nutkavé poruchy by mělo být užito pouze tehdy, když ruminace vznikne nebo přetrvává i bez depresivní epizody.“ (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>)

F 42.0 Převážně nutkavé činy (nutkavé rituály)

„Většina nutkavých činů se týká čištění (zvláště mytí rukou), opakovaného ujišťování, že nenastane potenciálně nebezpečná situace, nebo pořádku a úklidu. Základem manifestního chování je zde strach, obvykle z nebezpečí, které může jedince potkat, nebo které může sám vyvolat. Rituál představuje neúčinnou nebo symbolickou snahu toto nebezpečí odvrátit.“ (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>)

F 42.1 Smíšené nutkavé myšlenky a činy

F 42.2 Jiné obsedantně - nutkavé poruchy

F 42.3 Obsedantně-nutkavá porucha nespecifikovaná

1.2.1.4 F 43 Reakce na stres a poruchy přizpůsobení

Tato kategorie zahrnuje poruchy, které je možné identifikovat nejen na základě symptomatologie a průběhu, ale také jednoho ze dvou příčinných vlivů: 1) výjimečně zatěžující životní událost, vyvolávající akutní reakci na stres; 2) významná životní změna, vedoucí k trvale nepříznivým okolnostem. Důsledkem těchto faktorů je porucha přizpůsobení se. Je to nežádoucí reakce na těžký nebo trvalý stres, která narušuje sociální fungování

F 43.0 Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres je přechodná porucha, která vzniká na základě stresové události nebo trvalé nepříznivým okolnostem. To jsou prvotní a nejdůležitější příčinné

faktory bez kterých by tato onemocnění neměla vzniknout. Většinou odezní v průběhu několika hodin. Jedinec reaguje na traumatickou událost zúženým vědomím, dezorientací, může dojít ke stažení se nebo agitovanosti (silné rozrušení, neklid).

Řadíme sem akutní krizovou reakci, akutní reakci na stres, únavu z boje, krizový stav, psychický šok.

F 43.1 Posttraumatická stresová porucha

Tato porucha se objevuje jako opožděná nebo protahovaná odpověď na stresovou, katastrofickou událost nebo situaci, mimořádně ohrožující, jež by způsobila silné rozrušení téměř u každého.

Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách tzv. „flashbacks“ ve snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti. Lidé trpící touto poruchou se obvykle straní od lidí a jsou neteční vůči okolí. Objevuje se u nich anhedonie, vyhýbají se činnostem a situacím, připomínající traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hypereaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese. Tato porucha může vést až k trvalé změně osobnosti jedince.

F 43.2 Poruchy přizpůsobení

Porucha přizpůsobení vzniká při adaptaci na negativní životní změnu nebo stresovou událost. Příznaky jsou různé, patří sem depresivní nálada, úzkost, strach nebo jejich kombinace. Subjektivní tíseň a možné poruchy emocí přispívají s ostatními příznaky k narušení sociálního fungování jedince a jeho výkon. Pocit neschopnosti řešit situace, plánovat dopředu nebo pokračovat.

F 43.8 Jiné reakce na těžký stres

F 43.9 Reakce na těžký stres NS

1.2.1.5 F 44 Disociativní /konverzní) konverzní poruchy

Obvyklými rysy disociativních poruch je částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím vlastní identity a bezprostředních pocitů. Jedinec má také problém s ovládním tělesných pohybů. Mohou se objevit i u vyrovnaného jedince při neúnosné traumatizaci. (Höschl C, Libiger J, Švestka J, 2002).

Disociace znamená, že jedinec svůj neúnosný psychický obsah odštěpí (disociuje) od vědomé oblasti psychiky. U *konverze* jedinec neúnosný psychický obsah nahradí tělesným příznakem, imponuje jako tělesná nemoc.

F 44.0 Disociativní amnézie - ztráta vzpomínek, ztráta paměti, obvykle na důležité nedávné události. Je soustředěna na traumatické události, jako např. nehoda nebo neočekávaná ztráta drahé osoby. Amnézie může být částečná nebo selektivní.

F 44.1 Disociativní fuga (útěk) - fuga má všechny rysy disociativní amnézie, plus účelné cestování za hranice běžného denního života. Ačkoliv je amnézie na dobu fugy, pacientovo chování během ní se může jevit nezávislému pozorovateli zcela normální. Úplná a všeobecná amnézie, která je vzácná, je obvykle součástí fugy.

(<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>)

F 44.2 Disociativní stupor - snížení či vymizení volných pohybů a odpovědí na zevní podněty.

F 44.3 Trans a posedlost - dočasná ztráta pocitu osobní identity a uvědomování si okolí.

F 44.4 Disociativní motorické poruchy - ztráta schopnosti pohybovat končetinou.

F 44.5 Disociativní záchvaty - mohou napodobovat epileptické paroxysmy velmi věrně, hlavně pokud se týkají pohybů. Kousnutí do jazyka, úraz při pádu a inkontinence moči jsou vzácné.

F 44.6 Disociativní anestezie a ztráta citlivosti - necitlivé oblasti kůže mají často hranice, které jasně ukazují, že jsou sdruženy s pacientovými představami o tělesných funkcích spíše než s lékařskými vědomostmi.

F 44.7 Směšené disociativní (konverzní) poruchy

F 44.8 Jiné disociativní (konverzní) porucha

F 44.9 Disociativní(konverzní porucha NS

(<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>)

1.2.1.6 Somatomorfí poruchy

Hlavním rysem u této poruchy je přítomnost tělesných symptomů spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetřování i přes opakované negativní nálezy a ujišťování lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu. Jedná se o poruchy u kterých je přítomnost tělesných příznaků bez organických patologických změn. Somatoformní poruchy jsou poruchami vjemů, funkcí a chování. Je nutné zdůraznit, že pacient tyto obtíže na které si u lékaře stěžuje cítí, nejedná se o simulování. Příznaky jako bolesti břicha, pocit plynatosti, plnosti,

bolesti v končetinách, pocity brnění, únava apod., znepríjemňují jedinci život. Důsledkem je zhoršení sociálních vztahů, zhoršení výkonů.

Somatizační poruchy jsou častěji diagnostikovány u žen (10-20:1) a vyskytují se u socioekonomicky slabších skupinách.

Etiologie této poruchy není zcela známá. Domníváme se, že zde hraje roli biologická a psychosociální podmíněnost. Existuje teorie tvrdící, že somatické projevy jsou sociální komunikací, při níž nám jedinec vyjadřuje své emoce, postoje a zároveň se vyhýbá odpovědnosti. Behaviorální teorie tvrdí, že je to výsledek naučených vzorců vyzorovaných v rodině. Osoby trpící touto poruchou pochází často z dysfunkčních rodin, kde dochází k narušení zdravého interpersonálního, sociálního a rodinného vlivu.

Průběh nemoci je dlouhodobý, kolísá a zhoršuje se při stresových událostech. Epizoda trvá 6-9 měsíců, někdy i celý život. Léčba lékařem by měla být dostačující, ale nejvhodnější návštěva u psychiatra. Lékař by se měl domluvit s pacientem na měsíční prohlídce a vysvětlit mu souvislosti mezi psychickými a somatickými vztahy. Zpočátku je možná léčba psychofarmaky, většinou se však neužívají.

F 45.0 Somatizační porucha - mnohočetné, opakující se a často se měnící tělesné symptomy, které trvají alespoň dva roky. Většina pacientů má dlouhou anamnézu kontaktu s obvodními lékaři a specialisty. Odmítá přijmout fakt, že příznaky nemají tělesnou příčinu, chová se dramaticky, zaobírá se sám sebou.

F 45.1 Nediferencovaná somatoformní porucha - somatoformní obtíže jsou mnohočetné, variabilní a přetrvávající. Úplný a typický klinický obraz somatizační poruchy však ještě není vytvořen.

F 45.2 Hypochondrická porucha - úzkostné sebepozorování, nepřiměřená starost o vlastní zdraví (cíleno na 1 až 2 orgány). Normální pocity jedinec interpretuje jako abnormální a je přesvědčen o závažné tělesné chorobě, což vede často k depresi nebo úzkosti.

F 45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce

F 45.4 Perzistující somatoformní bolestivá porucha - přetrvávající, těžká bolest, která nemůže být plně vysvětlena fyziologickým procesem nebo somatickou poruchou. Vyskytuje se v souvislosti s emočními konflikty nebo psychosociálními problémy.

F 45.8 Jiné somatoformní poruchy

F 45.9 Somatoformní porucha nespecifikovaná

1.2.1.7 F 48 Jiné neurotické poruchy

F 48.0 Neurastenie

Tato porucha se vyskytuje se ve dvou typech, které se do značné míry překrývají. U prvního typu je hlavním rysem obtíže daná zvýšenou únavností po duševním úsilí, často spojená s určitým poklesem výkonnosti v zaměstnání nebo běžnými denními úkoly. Psychická únava je popsána jako nepříjemná vtíravost nevhodných asociací a vzpomínek, neschopnost koncentrace a efektivního myšlení. U druhého typu jsou zdůrazněny pocity tělesné nebo fyzické slabosti a vyčerpání po minimální námaze, spojené s pocity svalové bolesti a neschopnosti se uvolnit. U obou typů je běžný výskyt různých nepříjemných pocitů jako závratě, tenzní bolesti hlavy, pocit celkové nestability. Pacienti mají strach ze zhoršení duševního a tělesného zdraví, objevuje se zvýšená podrážděnost, poruchy spánku, anhedonie a v mírném stupni deprese a úzkost.

F 48.1 Depersonalizace a derealizace - pacient si spontánně stěžuje, že jeho duševní aktivita a tělo se kvalitativně mění natolik, takže mu nepříjdou skutečné, jsou vzdálené nebo automatické. Nejčastěji se objevují pocity ztráty emocí, pocity odcizení, pocity neskutečnosti vlastního těla, myšlení a okolí. I přes povahu těchto prožitků si je jedinec vědom neskutečnosti těchto změn. *Depersonalizace* je změna vnímání sebe, pocity a prožitky vnímá jedinec jako cizí (pocit jako ve snu). *Derealizace* je naopak pocit neskutečnosti okolí. Okolí se jeví jako cizí, jedinec má pocit jako by byl na jevišti. Často jsou součástí jiných psychických poruch.

F 48.8 Jiné určené neurotické poruchy

F 48.9 Neurotická porucha nespécifikovaná

Výše uvedená klasifikace je jen přehled nejvýznamnějších forem spektra neurotických poruch, poruch vyvolaných stresem a somatoformních poruch. Úplná klasifikace MKN-10 je mnohem podrobnější, zvláště v popisu příznaků. Některým charakteristikám jsme se věnovali více, protože jsou předmětem výzkumu.

1.3 Etiologie neurotických poruch

Ve výše uvedené kapitole věnující se historii neurotických poruch jsme si zmínili a popsali některé teorie vysvětlující příčiny vzniku neurotických poruch. Příčiny vzniku neurotických poruch nelze hledat pouze ve vnějším prostředí. Mluvíme o multifaktoriální etiologii, která zahrnuje vrozené dispozice i vlivy z vnějšího prostředí. Vývoj člověka je

multifaktorově podmíněn, je ovlivňován mnoha faktory, které se vzájemně ovlivňují, kompletují, navzájem spolu interreagují. Nejčastěji se setkáme s dělením na vnitřní (endokrenní) a vnější (exogenní faktory) příčiny vzniku poruch:

a) vnitřní dispozice/ biologické/ endogenní faktory

Vliv na vznik má heredita, maturace (růst organismu), věk, výživa, nemoci, úrazy, úroveň a stav CNS, činnost, žláz s vnitřní sekrecí, pohlaví teratogenní faktory.

Vrozené dispozice hrají důležitou roli při tvorbě neurotických poruch u jedinců především v útlejším věku, poté vliv postupně ustupuje a nabývá vliv prostředí. V určitém smyslu mluvíme o vrozené pohotovosti k úzkostným poruchám. Určují u jedince jeho temperamentové vlastnosti, stabilitu či labilitu spychických reakcí, funkci vegetativního systému a rysy afektivního prožívání.

Výzkumy prokázaly, že vliv má také heredita, zděděné neurotické sklony, kdy u dětí neurotických matek je mnohem větší náchylnost ke vzniku této poruchy. Řadíme zde hraje také správnou funkci a vývoj CNS.

Pohlaví dle výzkumů není také zanedbatelným ukazatelem, výskyt neurotických poruch je totiž vyšší u žen než u mužů. Ženy mají větší sklon k úzkostem a depresím, poruchám příjmu potravy, suicidálním myšlenkám

b) vlivy vnějšího prostředí / exogenní faktory

Vliv na vznik má podnebí, sociálního prostředí, teratogenní faktory, nejrůznější traumata, vliv výchovy, faktory bydlení, faktor zaměstnanosti, kulturní faktory, náboženské momenty, otázka etnických skupin.

Výchovy má silný dopad na to, jak se dítě bude vyvíjet. Výzkumy prokázaly přímou souvislost mezi nesprávnou výchovou a následným vznikem neurózy u dětí vyrůstajících v nevyhovujícím prostředí. Jako nesprávnou výchovu lze uvést například výchovu pedantskou, nadměrně autoritativní, ambiciózní, rozmazlující, nadměrně liberální, nejednotná, hyperprotektivní .

Lidé, kteří trpí neurotickými poruchami se setkávají častěji než ostatní s náročnými životními situacemi (dále jen NŽS) jako je úmrtí blízké osoby, nehody, nemoce apod. . Požadavky okolí, jedinec nemusí být schopen řešit, když jsou nároky okolí jsou nepřiměřené. Při těchto vnějších stresorech působících z prostředí má jedinec problém je nějakým způsobem uspokojivě vyřešit.

Nesprávná životospráva a psychohygienu jako je nedostatek spánku, odpočinku apod. snižují také velmi zásadně odolnost psychiky jedince.

Přesné a jednoduché vysvětlení vzniku neuróz nemáme. Při vzniku neurotických poruch se přikládá větší význam psychogenním faktorům (vlivy prostředí, výchova, vývojové faktory, vztahy v dětství, vztahy s ostatními atd.). U každého jedince je vznik neurózy podmíněn něčím jiným, závisí na mnoha vnějších i vnitřních faktorech. S rostoucím věkem se mění vliv působení. Zatímco na začátku života nás nejvíce ovlivňují vrozené predispozice, v dětství na nás nejvíce působí rodina a její výchova, později jsme závislí na vnímání sociálního okolí a prostředí. Kratochvíl (2006) upozorňuje na to, že neurózy se mohou vyvinout při celkovém oslabení organismu, který snižuje kondici i psychickou odolnost člověka (např. při dlouhodobé nemoci).

U dětí a především u dospívajících se s neurotickými poruchami setkáme velmi často. Neuróza může vzniknout z nevědomého konfliktu. Největší roli u vzniku této poruchy hraje postoj a nepochopení rodičů, jejich vztah k dítěti ale také trvalé neshody rodičů. Podle statistik za velké procento neuróz může rozvod či rozpad rodiny. Dítě bývá často stavěno do role soudce, rodiče se ho snaží dítě získat na svojí stranu. Čím větší autoritu rodiče pro dítě představují, tím těžší neuróza se u něj může vyvinout, nedokáže se v dané situaci zorientovat.

U dětských a dospívajících pacientů jsou hranice mezi jednotlivými poruchami ještě méně ostré než u dospělých. Ne vždy se ale tito malí pacienti dostanou k dětskému psychiatrovi a jen v závažnějších případech jsou důvodem pro psychiatrickou hospitalizaci.

1.4 Neurotické příznaky a projevy v dětském věku

U neurotických poruch jsou typické změny prožívání díky narušeným emocím. U jedinců trpících touto poruchou se mohou měnit fyziologické reakce, uvažování a chování. Způsob uvažování může vést u jedince k neúčelné preferenci neustálých obranných mechanismů a jeho chování může být následně nápadné nebo neobvyklé.

Neurotické potíže můžeme chápat jako problém adaptace jedince na danou situaci či zážitek, jejichž základem je pocit ohrožení a dystrofie. Emoční ladění spojené s pocity úzkosti, napětí a strachu vedou ke vzniku obranných mechanismů.

1.4.1 Neurotické příznaky

Základním příznakem neurotických poruch je nadměrná dráždivost a vzrušivost. To je způsobeno snížením prahu citlivost vůči vnějším a vnitřním podnětům a porušením vnitřního útlumu (Vencovský, Dobiáš, 1976).

Neurotické poruchy narušují adaptaci člověka na životní situace, jeho mezilidské vztahy a celkovou kvalitu života jedince. Jde naštěstí o poruchy léčitelné a proto je velmi důležité jejich včasné rozpoznání.

Mezi nejčastější příznaky řadíme; úzkost různé intenzity; strach různé kvality; porucha spánkového rytmu; porucha koncentrace pozornosti; různé tělesné příznaky, které nemají organický podklad- bolesti hlavy, zažívací obtíže, bušení srdce, bolesti zad apod.

Neurotické příznaky můžeme dělit na psychické a vegetativní: a) psychické příznaky - poruchy emocí (strach, fobie, úzkost, deprese), poruchy myšlení (obsese, poruchy sebehodnocení), poruchy paměti (amnézie), poruchy pozornosti (porucha koncentrace), poruchy autoregulace - kompluze, poruchy spánku; b) somatické poruchy - třes, bolesti, žaludeční poruchy, poruchy vyměšování aj..

Neurotické symptomy:

- a) poruchy denní životosprávy - nechutenství, poruchy spánku
- b) enuresis nocturna - noční pomočování
- c) tiky - samoúčelné pohyby zejména mimických svalů a horních končetin
- d) autostimulační návyky - kousání nehtů, kousání vlasů, trhání vlasů
- e) neurovegetativní potíže a somatizace - psychický problém je převeden do fyzického
- f) úzkosti - nepříjemné pocity napětí a obavy bez předmětu
- g) fobie - nepřiměřený strach z konkrétní věci, události, situace
- h) deprese - člověk je zpomalený, smutek, bezútěšnost, šed', plačtivost, strach, snížené sebehodnocení

1.4.2 Neurotické projevy

Dětské neurózy se projevují především poruchami funkce vnitřních orgánů. Můžeme se z různých výzkumů a prací dočíst, že děti trpí nejčastěji bolestmi hlavy, poruchami spánku, poruchou motoriky. U dětí trpících neurotickými poruchami je typická porucha psychické zdatnosti, afektivní poruchy a poruchy chování. My osobně jsme se v dětských domovech setkali velmi často s projevy jako je enuréza, nechutenství, enkopréza.

Některé teorie říkají, že zkušenosti v attachementovém⁵ vztahu jsou bezprostředně a pevně vepsané do nervové soustavy, například traumatické zážitky. V důsledku toho jsou tito jedinci predisponováni k úzkostnějším reakcím. U neurotických novorozenců je pak typický častý pláč a problematická adaptace na změny. Musíme si uvědomit, že nepříjemné pocity dítě zpracovává za pomoci matky na které je plně závislé. V prvních měsících života musí dítě získat bazální důvěru (Erikson), kdy matka adekvátně reaguje na potřeby dítěte a rozumí jim. Během 4. až 6. měsíce by dítě mělo pociťovat tzv. iluzi bezpečného světa, kdy dítě začíná objevovat svět.

A) Porucha zažívání

Poruchy příjmu potravy (PPP) tvoří široké diagnostické spektrum. Můžeme je charakterizovat jako patologické jídelní chování a vnímání vlastního těla s mnoha dalšími somatickými, psychologickými a sociálními následky. Multifaktoriální příčiny onemocnění zahrnují rizikové faktory genetické, vývojové, enviromentální a stresové.

Dítě trpící neurotickou obtíží může jídlo odmítat anebo naopak se nekontrolovatelně „přežírat“. Neurotická porucha, která se zde projevuje především jako úzkost, strach má za následek nechutenství, kdy tzv. „nic do sebe nedostane“. Můžeme to popsat jako neschopnost vnímat pocity hladu, protože vnitřní stav zcela zaměstnává úzkost. Při jezení musí být vynaloženo velké úsilí, protože má člověk u každého sousta pocit, že ho vyvrátí. Starší jedinci si třeba uvědomují, že by se měli najíst, ale ani jejich dříve oblíbené jídlo nejsou schopni pozřít a už vůbec ne s chutí. Pokud by malý Pepíček do doby, než u něj propukla neurotická porucha spojená s úzkostí, zbožňoval špagety a byl by schopen si jich dát 3 plné talíře. Nyní Pepíčkoví při pohledu či myšlence na ně není dobře. Vnímá to jako objekt, který dřív jedl a měl rád, ale nedokáže si vybavit proč. Jediné co Pepíček ví, že musí najít něco, co snadno a rychle sní a nebude mu potom zle. Děti jsou potom většinou nuceni do jídla. Starší jedinci, pokud netrpí ještě nějakou psychickou poruchou jako třeba mentální anorexii, ví, že něco snít musí a bojují s tím.

Opakem reagování na úzkost v rámci příjmu potravy je přejídání se. Mnohdy se můžeme dočíst, že přejídáním se má prý rádoby nahrazovat nějaký pocit, nejčastěji je tento pocit nazýván pocitem „prázdnoty“. Tato forma projevu úzkosti je nebezpečná tím, že často dochází k obezitě, přibývá tak pocit nespokojenosti s vlastním tělem a může se objevit

⁵ silná emoční vazba poutající jedince k jeho blízkým, kvalita attachmentu ovlivňuje kvalitu dalších vazeb, které jedinec v průběhu života navazuje, a tak i vztahy s blízkými lidmi

mentální bulimie. Při mentální bulimii jedinec řeší negativní pocity, které má a po „nájezdu na lednici“ má zase výčitky vůči sobě samému a svému tělu.

My se setkali s oběma projevy poruch příjmu potravy u dětí. Po včasném zásahu a léčení úzkosti se problémy s poruchou příjmu potravy ve formě nechutenství zlepšily. Ze dvou osob trpící projevem úzkosti formou přejídání se, se obě po letech přiznaly, že když se objeví NŽS, stane se jim, že obě upadnou opět do přejídání se a následnému zvracení. Naštěstí je to občasné a dokáží se s tím vypořádat a prý se reakce na stres zlepšují. (Autorova zkušenost z praxe v dětském domově a následné letité komunikace z bývalými klienty dětského domova).

Nechutenství není vždy známkou neurotismu, ostatně jako všechny projevy, vždy mohou být známkou i jiných poruch, onemocnění (akutní i chronické onemocnění) nebo pouze manifestem dítěte, aby získalo pozornost rodičů.

Zvracení jako takové je reflexním mechanismem, který slouží k zachování zdraví po požití nevhodné stravy, které tělo není schopno akceptovat a nebo by mu mohlo uškodit. Pokud však zvrací dítě, měli bychom vědět, zda je to zvracení návykové (z období novorozeneckého) nebo si připustit fakt, že by to mohl být skrytý projev vzdoru. Neurotické dítě se za své zvracení nestydí a nemá potřebu odcházet od stolu. Po zvracení je schopno dále konzumovat jídlo. Neurotické dítě zvrací i mimo dobu, kdy přijímá potravu a často to bývá spojeno s afektivním rozrušením.

B) Porucha vyměšování

Obstipace je jedním ze zástupců poruch vyměšování je obstipace neboli zácpa. Zácpa je porucha, kdy k defekaci dochází velmi obtížně, obvykle po několika dnech. Rodiče by si měli uvědomit, že k učení správným hygienickým zásadám je nutné užívat správného přístupu. Děti, trpící poruchou defekace byly v útlém dětství nepřiměřeně trestání nebo nadměrně kontrolování, zda mají pravidelnou stolici.

Enuréza je další poruchou je u neurotických dětí asi nejčastější porucha a to enuréza. Enuréza je neuvědomělé pomočování ve věku⁶ dítěte, kdy by mělo svoje tělo ovládat. Je nezávislá na pozornosti a vůli dítěte. O této poruše se dá mluvit pouze v případě, kdy není přítomna organická porucha nervového systému nebo močových cest, která by

⁶ po čtvrtém roce života dítěte

vedla k inkontinenci. Nejběžněji k ní dochází v noci a čtenější u chlapců. Je velmi častou u dětí vyrůstajících v ústavní péči.

Enkopréza je porucha vyměšování stolice. Vzniká stejným mechanismem jako enuréza, je však vzácnější a je závažnější.

C) Porucha řeči a komunikace

Mutismus neboli oněmění je přechodným funkčním stavem, kdy dítě přestane mluvit. Patří jak k neurotickým, tak psychotickým poruchám. Je to narušení komunikačních dovedností, kdy dítě není schopno artikulovat a dříve toho schopno bylo. Na dotazy odpovídá pouze posunky. Vyhýbá se sociálním kontaktům, protože by ho uváděly do situací, kdy je nutno hovořit. Tato porucha se vyskytuje u dětí s neodpovídající nervovou soustavou vzhledem k jejich biologickému věku, u dětí labilních, u dětí s ADHD a jako reakce na silné psychické trauma. Vliv na vznik mutismu má vliv výchova, rodinné zázemí, mezilidské vztahy, prožitá traumata apod.

Většinou se objevuje s nástupem do školky nebo do školy (ve škole bývá závažnější), ale může nastat také v období dospívání a dospělosti. Dítě může mít tuto poruchu spojenou s neschopností se motoricky, emocionálně a sociálně zapojit do kolektivu. To vede k izolaci, ztrátě společenských kontaktů a stažení se do sebe. (Hartman, Lange, 2008)

Děti trpící mutismem mají často problémy se sebevědomím a proto souhlasíme s Matějčkem, který říká, že při výchově je nutné a žádoucí výchově více využívat pozitivní motivace, povzbuzování a odměn než trestů. Zvláštním druhem mutismu je *elektivní/selektivní mutismus*, kdy jde o útlum artikulované řeči, který je vázán na nějakou situaci, prostředí či konkrétní osobu. Jde o poruchu sociálních vztahů.

Balbities nebo-li koktavost je neuróza řeči, která má sklon k chronicitě. Stejně jako mutismus narušuje sociální adaptaci. Balbutismus je častější u chlapců a vzniká před školním věkem. Typickým znakem je narušení plynulosti mluvy. Jedinec trpící touto poruchou se při komunikaci zasekne u některých slabik, částí slov a protahují se mu samohlásky.

Koktavost někdy zcela vymizí, jindy se objevuje při stresových situacích, nervozitě, rozčilení či emočním vypětí (často se objevuje znovu v pubertě), někdy trvá do dospělosti. Léčba klade důraz na klidnou a zároveň důslednou výchovu. Pevný denní režim a spolupráce s logopedem, foniatrem a psychologem jsou nejlepší léčbou pro dítě.

Primárními projevy jsou: a) opakování - jednotka řeči zvuku či slabiky je mimovolně několikrát zopakováno; b) prodlužování - nechtěné prodloužení písmena ve slově, nejčastěji prvního; c) blok - neschopnost vydat jakýkoliv zvuk, znehybnění jazyka a rtů

D) Porucha spánku

Spánek je důležitý pro fungování nervové soustavy. Předpokladem je, že spánek slouží regeneraci somatických funkcí a k obnově mozkových funkcí. Poruchy spánku jsou v dětském věku velmi frekventované a řadíme sem mnoho druhů jako například: špatné sny, noční děsy, neklidný spánek, skřípání zubů ve spánku, problémy s usínáním.

Tab.č.2: Dělení poruch spánku

Dělení poruch spánku dle ICDS (Mezinárodní klasifikace poruch spánku):

- insomnie - nespavost
- poruchy dýchání - např. chrápání, kdy dochází ke snížení saturace kyslíku
- hypersomnie - nadměrná spavost
- porucha cirkadiálního rytmu
- parasomnie - problematické usínání či probouzení
- abnormální pohyby vázané na spánek - např. syndrom neklidných nohou
- izolované symptomy a varianty normy
- další poruchy spánku

(http://www.wikiskripta.eu/index.php/Poruchy_sp%C3%A1nku)

Noční můra je snový prožitek plný úzkosti a strachu s detailní vzpomínkou na snový obsah. Noční můra je tzv. „živý sen“, jehož předmětem bývá ohrožení na životu, sebeúcty apod., které se opakují. Po probuzení se jedinec rychle zorientuje.

Noční děs je extrémní děs a panika, spojená s hlasitými projevy (intenzivní křik), pohyblivostí a silnými vegetativními příznaky. U jedince se může objevit, že si sedne na postel, vstane, buší do dveří, má tendence k útěku. Po probuzení si na nic nepamatuje.

Někteří jedinci tuto poruchu získali díky chorobným návykům, kdy neměli vhodné podmínky pro spánek. Děti by před spaním neměly být trestány, dávat jim dárky, řešit s nimi závažné problémy.

E) Neurotické tiky a návyky

Tiky jsou svalovými mimovolnými záškuby, které se opakují a někdy mohou být rytmické. Mezi neurotickými návyky a tiky občas existuje přechod. Mezi nejčastějšími mimovolnými projevy patří tiky mimického svalstva (řadíme sem mrkání, vraštění čela, krčení nosu atd.). Dále u jedinců trpících touto poruchou můžeme pozorovat také tiky končetin, hlavy, tiky se zvukovými efekty, tikové pokašlávání, slovní tiky.

Neurotické návyky jsou nutkavého charakteru spojené s úzkostí. Stereotypní zautomatizovaná aktivita slouží jako ventil při napětí. Tato porucha je částečně vědomá, takže snaha odnaučit dítě těchto návyků za pomoci trestů je bezúčelná. Nejčastějším neurotickým návykem se kterým se můžeme setkat je okusování nehtů, trhání nehtů nebo požívání vlastních vlasů.

F) Další příznaky

Úzkostná neuróza je charakteristická úzkostnou nejistotou. Protože jedinec není schopen určit z čeho pociťuje obavu, strach, nemá jasný předmět, jež u něj vyvolává strach z budoucnosti apod.. Bezcílně se jedinec jen tak pohybuje a ničeho není schopen. Řadíme sem strach ze školy, nebo díky přehnané či úzkostné výchově chorobně trémistické dítě. Trému jistě za život pocítil každý, obvykle se objeví, když máme někde vystoupit nebo nám na něčem hodně záleží a nechceme to pokazit. Chorobně trémistické dítě trému pociťuje nadměrně, má problémy mluvit před tabulí i v malých skupinkách svých vrstevníků, má problém vyjádřit svůj názor nebo se prosadit. Tréma často je spojena se žaludečními poruchami.

Dětská hysterie je dramatické reagování dítěte na situaci. Jeví se jako neukázněně, problémové, zbrklé, neposedné, nepořádné. Hysterický záchvat slouží často k získání pozornosti nebo dosažení cíle. Rodiče jsou tzv. „tyranizováni“ svým dítětem, děti si vynucují pozornost a soucit. Hysterické dívky mají přibližně v 90-ti % nepřátelský vztah ke své matce. Zbylé procento má naopak nezdravě blízký vztah k matce a otce k ní nechtějí pustit. Chlapci trpící touto poruchou jsou nezdravě závislí na své matce a nedokáží se od ní odpoutat, může to trvat celý život.

Hysterické děti mají sklony simulovat a zveličovat nemoce a zdravotní obtíže vědomě i nevědomě. Hysterický záchvat může vzniknout také v důsledku traumatického zážitku, nebo díky nesprávné výchově. Psychomotorická instabilita - pohybový neklid spojován s poruchami pozornosti (typické u dětí ADHA). Dítě například mění často nálady bez zjevné příčiny, nedokáže uspokojivě spolupracovat, je zbrklé, nepozorné, snadno se nechá rozptýlit, neumí adekvátně ke svému věku řešit situace, brzy se unaví.

Tab.č.3: Psychologické důsledky neurotické poruchy mohou ovlivnit:

<ul style="list-style-type: none">• poruchy reaktivity – změna aktivační úrovně, seberegulační obtíže, impulzivita• porucha pohybové koordinace• poruchy percepčních funkcí• změny v kognitivních procesech – poruchy paměti, rozumových schopností• poruchy řeči – artikulační neobratnost, neadekvátní výrazy• poruchy emotivity – emoční labilita• poruchy sociální adaptace – negativismus, agrese, neschopnost se ovládat• poruchy chování
--

(Harineková, 2003)

Osobnost neurotického člověka je v sociálním kontextu velmi značně znevýhodněná a výsledkem je negativní vliv na její vývoj. Okolí se neurotický jedinec často vyhýbá, protože se mu jeví nebezpečné. Pokud rodina není obeznámena s poruchou dítěte, ještě prohlubuje nemoc tím, že jedince kritizuje za jeho chování a jeho přístup k okolí. Neurotické dítě tak trpí pocity viny, snižuje se mu sebevědomí, sebehodnocení a jeho nemoc se zhoršuje. Je nutné si uvědomit, že dítě může mít problém a ten je třeba řešit, ne ho za něj trestat.

1.5 Léčba neurotických poruch

Neurózy se jak v dětském tak dospělém věku dají léčit. Čím dříve se tyto poruchy zachytí, tím snadněji se léčí. Naopak pokud je včas nezachytíme, mohou se stát chronickým problémem, který může trvat roky. Nejvíce ohroženou skupinou jsou děti často vystavené stresu s určitými predispozicemi díky kterým jsou náchylnější ke vzniku těchto poruch. Dítě potřebuje správné podmínky pro správný vývoj osobnosti, dlouhodobá zátěž mu v tom však brání.

Myslivoček (1959) zdůrazňuje, že při léčbě neuróz musíme léčit nemocné člověka, a ne pouze nějakou psychopatickou reakci nebo dokonce jen nemoc. Proto by prvním krokem léčení měla být psychoterapie.

Psychický i somatický vývoj u dítěte je velice individuální a komplikovaný. Důležitou součástí ovlivnění dítěte je rodina, školní prostředí, učení se sociálnímu chování. U dětí by se mělo při léčbě tohoto problému užívat především rodinné psychoterapie, dále jsem toho názoru, že by se mělo využívat arteterapie, pracovní terapie, hypoterapie, canisterapie a podobných terapií (Zvolský a kol., 1998).

Pokud dítě trpí neurotickou poruchou, musí se změnit jeho dosavadní denní režim a to změnami týkajícími se: a) změny životosprávy dítěte; b) změny prostředí; c) změny sociálních vztahů, změny působení rodičů na dítě, změny působení učitelů a vychovatelů

A) Změna denního režimu

Do denního režimu dítěte bychom neměli vkládat neúnosné množství povinností, musíme dbát na to, aby je dítě bylo schopné dokázat zvládnout a ještě mělo možnost ve svém volném čase např. na hraní. Den by měl být naplněn rozmanitými činnostmi, takže nevěnovat den pouze čtení knih, ale zahrnovat do dne pestrost aktivit, naučit ho radost z pohybu, ze sportu apod., protože tím je pro něj snadnější potom také učení. Dítě by se mělo naučit nějaké organizovanosti, nějakému systému a pořádku ve svých věcech. Dalším aspektem ke kterému bychom ho měli směřovat je ráznost, respektive naučit ho věci či záležitosti neodkládat, protože pokud se nahnou a dítě je si vědomé jejich důležitosti a zároveň bezvýchodnosti, protože je nemůže včas stihnout, dochází k úzkosti.

Hlavním znakem změny denního režimu dítěte by měl být systém, rytmus. Určité aktivity by měli mít svoji dobu konání (jídlo, spánek, relax,..). Určitá uspořádanost umožňuje využití energie příjemným způsobem.

Spánek

Děti trpící neurotickými poruchami mají zpravidla problémy se zaspáváním, spaním. Při usínání se jejich myšlenky zaobírají starostmi, které se během dne nashromáždily a nedokáží se jich zbavit. Spánek potom bývá povrchní, nekvalitní, může docházet k nočním děsům, můrám, zlým snům, což vede k častému probouzení. Tělo pak není schopno zregenerovat a odpočinout si.

U neurotických dětí bychom měli před spaním klást důraz na to, aby byli tzv. „v klidu“. Večere by měla být 2-3 hodiny před spaním, děti by měly být v klidu před příchodem

spánku (např. není vhodné jim dávat těsně před spaním dárky, budou si s nimi chtít hrát). Vhodné je před spaním jít na procházku, kde se dítě může uklidnit na čerstvém vzduchu. Rozhodně není vhodné nechat dítě dívat se na TV do pozdních hodin, kdy výsledkem může být nepokojný spánek a ospalost druhý den. Neurotické děti ve věku povinné školní docházky by měli spát 9-10 hodin. Jsme toho názoru, že děti by měli mít určitý řád, pravidelnost, kdy chodit spát (např. po večerníčku, po televizních novinách apod.)

Stravování

Díky nesčetným výzkumům dnes víme, že vliv na fungování nervové soustavy má vliv složení stravy, kterým se člověk živí. Strava by u všech dětí neměla být pouze jednostranná, měla by obsahovat základní složky jako jsou bílkoviny, sacharidy, minerály, vitamíny apod. Tak jako je důležitá pravidelnost spánku, je důležitá i pravidelnost stravování. Vyhrazená doba na jídlo by měla být dostatečně dlouhá, aby dítě nespíchala vyzíváno k urychlení stravování se. Dnešní názory jsou takové, že by dítě mělo jíst menší dávky, ale častěji, tzn. 5-6krát denně. Základem vstupu do nového dne je často podceňovaná snídaně. Snídaně nastartuje správně organismu a ten je pak schopen správně pracovat s energií. Nesmíme opomenout dodržování pitného režimu, kdy nejvhodnější je voda, ovocné nebo zeleninové šťávy.

Odpočinek

U dětí s neurotickými poruchami si můžeme všimnout, že nedokáží odpočívat, neumí to. Musíme děti naučit, aby se naučily odpočívat pravidelně a ne až poté, co budou na pokraji vyčerpání. S odpočinkem souvisí psychický klid, který bychom jim měli pomoci nastolit, pokud to samy zatím nedokáží (rodiče dostávají různé návody a postupy od psychologů).

Odpočinek by měl následovat po každé pracovní hodině. Ve škole jsou tzv. školní přestávky, které by měly dětem sloužit k pohybovému a duševnímu uspokojení, často však můžeme pozorovat zákazy běhání o přestávkách a pod. Nejvhodnější dobou pro odpočinek je hodinka po obědě nebo po večeři před spaním. Jeden v týdnu by děti měly mít naprosto odpočinkový, nejlepší variantou, jak využít tento den je vzít dítě do přírody nebo na výlet. Školní prázdniny, které trvají dva měsíce, nejsou bezúčelné, slouží k regeneraci a posílení duševního a fyzického zdraví dítěte po dlouhodobé práci ve škole.

K odpočinku a pohodě u neurotického dítěte nám může dopomoci například správné působení prostředí. Často se využívá psychologie barev (světle modrá a zelená jsou

uklidňující, červená a oranžová zvyšují chuť k jídlu) a dostatečného osvětlení. Místnost ve které se děti učí by měla být izolována od hluku, teplota by měla být kolem 21 stupni a měla by být stálá.

B) Zapojení neurotického dítěte do kolektivu

Děti trpící neurotickou poruchou jsou typické tím, že u nich můžeme pozorovat pocity méněcennosti, úzkosti, strach, uzavřenost, objevuje se u nich podrážděnost atd.. Díky těmto faktorům mají problém začlenit se do kolektivu. Je nutné dítě začleňovat do kolektivu, samozřejmě nenásilně a pomalu, ale správné vedení při začleňování do kolektivu mu může také pomoci ke správné psychické rovnováze.

Jak jsme již uvedli, u dětí se neurotické poruchy objevují mimo jiné s nástupem do školy. Fobie ze školy může vzniknout, pokud učitel klade příliš vysoké požadavky nebo pokud se dítě špatně začlení mezi spolužáky a jiné. Ostatní děti ve třídě považují dítě s neurotickou poruchou za zvláštní, jiné. K nápravě tohoto problému je nutná spolupráce pedagoga, psychologa a lékaře. Dítě by mělo cítit, že je ve škole akceptované a že škola není jeho nepřítelem.

Pochvala a trest

Jak Matějčíček uvádí, ve výchově by měla převládat odměna a ne trest, jako výchovný prostředek. U nadměrně trestaných dětí je velká pravděpodobnost vzniku neurotických poruch. Správně zvolená pochvala pomáhá budovat narušené sebevědomí dítěte. Musíme si však dát pozor na příliš častou pochvalu, protože poté ztrácí svůj smysl cenu. Pokud chceme dítě potrestat, měli bychom hned u neurotického dítěte je obzvlášť nutné trest neodkládat. Pokud trest odložíme, v očekávání z trestu mívají tyto děti poruchy spánku, noční děsy, zvýšený pocit úzkosti apod. Neurotické děti jsou citlivější než ostatní, proto musíme volit vhodný trest, nesmíme však od trestu ustoupit. Ať už dítěti zdravému nebo neurotickému, není možné neustále vyčítat jeho nedostatky, chyby nakonec by to i u zdravého dítěte vedlo ke vzniku neurotické poruchy. Naopak se musíme snažit zdůrazňovat přednosti těchto dětí a posilovat jejich narušené sebevědomí.

Jednotlivé příklady příznaků neuróz a jejich léčení

Při léčbě enurézy je nutné odstranit patologické vlivy, většinou spojené se změnou prostředí. Pomoci nám může pochvala, povzbuzení a úprava pitného režimu. Je možno využít i tzv. enuretického kalendáře (viz příloha), který jim pomáhá s tímto problémem.

Při léčbě koktavosti je nutné změnit, stejně jako u všech neurotických poruchách, životosprávu, denní režim a poskytnout dítěti psychoterapii. Pokud dítě mluví, neměli bychom mu skákat do řeči, přerušovat ho, napomínat ho ani ho opravovat. Měli bychom s ním hovořit pomalu. Je nutné se obrátit na odborníka, protože při neléčení se koktavost zhoršuje.

Mutismus má různě dlouhé trvání, může sám zmizet a to buď pozvolna nebo náhle. Dítěti nesmíme vytýkat, že nemluví, nenutit ho k mluvě, nezsměšňovat jej, nevyčítat mu, že není schopen mluvit, neponižovat jej.

Neurotické dítě by se mělo naučit sociálním dovednostem, empatie, prosazování sebe sama tak, aby druhé v okolí neomezovalo. Při léčbě je nutná spolupráce rodiny.

1.6 Prevence

Studiem duševních chorob, příčinami, příznaky, průběhem, léčbou a prevencí se zabývá dětská psychiatrie. Rozdíl mezi dětskou a dospělou psychiatrií je v tom, že u dětí si musíme uvědomit jejich vývojová stadia a tedy vědět, co je v jejich věku normální, co je abnormální a na co bychom si zrovna v daném období měli dát pozor. Děti mnohem více než dospělé ovlivňuje rodina a prostředí, neumějí se správně vyjádřit a popsat co je trápí.

Základní podmínkou duševního zdraví je mimo tělesného zdraví také duševní pohoda. Duševní pohoda je závislá na prostředí okolí, především na společnosti, ve které jedinec žije (Vencovský, Dobiáš, 1976)

Prevenci můžeme dělit na obecnou a situační. Základem primární prevence je podpora osobnosti tak, aby dokázalo samo zvládnout těžké náročné situace. Snažíme se posilovat tělesnou i duševní zdatnost dítěte. Druhý rámeček prevence se zaměřuje na odstranění situačního tlaku. Měli bychom si všimnout v jakém prostředí se dítě pohybuje a zda nemá nějaké problémy. Prevence jako taková je záležitost nejen rodičů, pedagogů, ale všech ve společnosti. Dítě potřebuje správné podmínky pro svůj vývoj, tzn. správné prostředí, přiměřeně kladené nároky, pocit bezpečí. Omezeny by měly být tresty a využívány především odměny, motivace (Čepička 1986).

2 CHARAKTERISTIKA VÝVOJE DÍTĚTE

Citový vývoj dítěte souvisí s celkovým vývojem osobnosti. Základy citů jsou dány již v útlém věku dítěte. V průběhu vývoje dítěte můžeme sledovat několik zákonitostí spojené s jeho vývojem. Prožívání dítěte je zpočátku velmi elementární. Během krátké doby se ve postnatálním období vytváří pocity libosti a nelibosti, které jsou vázané na uspokojování základní životních potřeb. Integrace dítěte je spojena s procesem diferenciací. Nové citové zážitky vzniklé diferenciací se integrují v celek duševního života. V raném dětství jsou emoce krátkodobými zážitky, které jsou labilní a nestálé, tento proces se stabilizuje až v adolescenci. Do oblasti citů se promítá socializace, díky které se jedinec učí novým citům jako např. sociálním a etickým.

Musíme brát v potaz nejen to, co na dítě působí, ale také osobnost dítěte. Temperament či biologické základy jedince určují vlastnosti spojené s jeho impulsivitou, citovou vzrušivostí, reaktivností citů, celkovou odolností osobnosti apod..

Postupem času se tedy globální a obecné emoce diferencují, integrují a stabilizují. Emoce podléhají fylogenetickému a ontogenetickému vývoji. S rostoucím věkem ubývá excitability u jedince, výjimkou je puberta. Jedinec se učí propojovat emoční zážitky s myšlenkovými procesy a hodnotícími aspekty. Egocentrismus se postupně zaměňuje za decentraci (Hříchová, Novotná, Miňhová, 2003).

Teorií vývoje dítěte je mnoho. Psychologové při vysvětlování určitých poruch obrazejí na periodizaci Eriksona a jeho vývojové konflikty v daných obdobích.

ERIKSON

kojenecké období - důvěra versus nedůvěra

- do 1 roku
-
- cností je naděje

budování autonomie - zahanbení versus pochybnost

- 1. - 3. rok
- cností je vůle

fáze iniciativy - iniciativa versus vina

- 3. - 6. rok
- cností je účelnost

fáze snaživosti - snaživotst versus méněcennost

- 6. - 12. rok
- cností je kompetence

fáze identity - identita versus zmatení rolí

- 12. - 18. rok
- cností je věrnost

období intimity - intimita versus izolace

- 18. - 25. rok
- cností je láska

fáze generativity - generativa versus stagnace

- 25. - 50. rok
- cností je pečování

fáze integrity - integrita ega versus zoufalství

- 50 let a více
- cností je moudrost

Tab č. 4

V kojeneckém věku mají emoce dominantní postavení. Signalizují základní biologické potřeby jako je žízeň, hlad, vyměšování apod.. Dítě komunikuje především projevy libosti x nelibosti, vzruchem x uklidněním. Úsměv u dítěte můžeme pozorovat až druhý měsíc života a smích ve čtvrtém měsíci života dítěte. První polovinu života dítě dokáže dávat najevo spíše negativní pocity v podobě zlosti, pláče, odporu. V druhé polovině dokáže už dát najevo, že je mu něco příjemné, že je pozitivně laděné.

Přibližně kolem 7. měsíce se objevuje separační úzkost, jež tvoří silné citové pouto s matkou (rodičem či osobou, který se mu věnuje a poskytuje pocit bezpečí). Separační úzkost dělíme na 3 fáze: 1) dítě protestuje proti odloučení; 2) fáze zoufalství; 3) fáze apatie, kdy dítě vzdalo snahu přivolat matku zpět. Jestliže odloučení od matky je dlouhodobé, snaží se dítě vytvořit vztah k někomu jinému. Potřeba kontaktu, saturace podstatně určuje další vývoj dítěte. Pro toto období je charakterické primární uvědomování si sebe sama.

V batolecím období (12. -36. měs.) si dítě začíná uvědomovat své „Já“. U dítěte lze pozorovat radost ze hry, žárlivost, lítost. V tomto věku je typický egocentrismus, excitabilita, emoční labilita a afektivní výbuchy krátkého trvání s téměř žádnou hloubkou. Dítě neovládá regulaci svých citových projevů. Batole se velmi snadno rozruší, ale také velmi snadno uklidní. Objevuje se vzdor spojený s obdobím negativismu. Citový vztah dítěte se rozšiřuje krom rodiny i k druhým osobám, přesto je citová závislost na rodičích stále velká.

Předškolní věk (3 - 6 let) klade velký důraz na hru, jež svými podněty podporuje emocionální prožívání a umožňuje socializaci citů. Na konci tohoto období je u dítěte zvýšená emotivita, kdy dítě silně prožívá pohádky. Typické pro předškolní věk je vysoká

míra fantazie, magické myšlení, animismus. U předškolního dítěte se diferencují vyšší city (např. tranzitivní city). Dítě pociťuje svědomí, prožívá pocity viny a touží po pochvale. Kolem čtvrtého roku je schopno odpoutání od matky, tzv. vývojové emancipace, kdy se zájem přesouvá i na otce a vrstevníky (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004).

V *mladším školním věku* (6 - 11 let) je převaha pozitivní nálady a stenických emocí. U jedince se v tomto období rozvíjí vyšší city, jeho sebevědomí roste, snižuje se afektivita. City v tomto věku mají i přes rapidní dynamický vývoj stále malou hloubku a kvalitu. Zdokonaluje se sebeovládání a regulace citových reakcí. U dětí se můžou objevit školní fobie, neurotické poruchy. Toto období je považováno za pozitivní, měla by převažovat dobrá nálada.

Pubescence (11 - 16 let) je typická svou labilitou emocí. Objevuje se tendence k dystrofické náladě, zvýšené dráždivosti, labilitě, sklony ke komplexům. Pubescenti jsou velmi citliví a introvertní. V tomto období se diferencují vyšší city a mění se hierarchie hodnot. Tak jako dokáží projevit nadšení ze svých idolů, dokážou i vášnivě nenávidět. Dospívající hledají svou vlastní identitu, emancipace od rodiny. Někdy toto období nazýváme druhým obdobím vzdoru. Tito jedinci mají silnou potřebu přátelství a intimního vztahu, zejména o druhé pohlaví. Jestliže se jedinec nesrovná se změnami vyplývající z toho období, mohou se u něj objevit nutkavé neurózy, deprese, neurotické syndromy apod.

Existuje mnoho různých periodizací vývoje dítěte. My se přikláníme k tomuto dělení (Vágnerová) a souhlasíme také s Eriksonovými konflikty v různých obdobích. Říká se, že matka má v sobě od přírody zakódováno, jak se o své dítě co nejlépe postarat. Není tomu tak, některé matky jsou nezralé, nebo neschopné dá ať už z jakéhokoliv důvodu dítěti, co potřebuje. Domníváme se, že každý budoucí rodič by měl mít alespoň povrchní znalosti vývojové psychologie. Jsme toho názoru, že prevence je nejlepší léčbou všech poruch a nemocí. Pokud se někdo rozhodne mít potomka, pak by mu měl být dát schopen, co si jeho dítě zaslouží. Dítě je velmi křehké a z počátku závislé pouze na své rodině. Negativní vývoj dítěte může způsobit emocionální poruchy na které se navazují další a další poruchy a problémy, které stěžují život dítěti i do budoucna. Dítě má mít pohodu jak duševní, tělesnou, tak sociální.

3 RODINA

Rodina je nejstarší společenskou skupinou. Pojem rodina nám může přiblížit několik definic. V pedagogickém slovníku je rodina charakterizována jako nejstarší společenská instituce plnící hned několik funkcí, např. ekonomickou, socializační, sexuálně-regulující, reprodukční apod. Rodina formuje hodnoty, postoje, interpersonální vztahy dítěte, jeho emocionální klima, životní styl. Na základě toho, jak rodina připraví své dítě je následně přijímáno společností začleněním do ní (Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J., 2003) Matějček (1994) uvádí, že rodina dříve měla za úkol chránit potomstvo, učit jej a připravovat na život. Dnes je rodina vnímána spíše jako zachování lidského druhu, zanechání nějakého odkazu po sobě.

Rodinu můžeme chápat také jako první sociální skupinu, které je dítě členem (R. David, 1999). *„Tato sociální skupina plní celou řadu biologických, ekonomických, sociálních i psychologických funkcí. Poskytuje svým členům potřebné zázemí, uspokojení jejich potřeby a zprostředkovává zkušenosti, které nelze jinde získat. Každá jedinec zde má určité role, které se stávají součástí jeho identity.“* (Vágnerová, M. 2004, s. 589)

Rodinu můžeme vnímat jako biosociální systém, který ovlivňuje společnost. Rodiče jsou pro dítě vychovateli, kteří zaručují jeho harmonický zdravý vývoj. Mezi dítětem a rodiči vzniká určitá komunikace, která ovlivňuje i následnou komunikaci s okolím. Pokud je vývoj nějakým způsobem či v jakékoli oblasti narušen, negativně to ovlivňuje zdravý rozvoj jedince, jeho pohled na svět, život.

Matějček (1999) vnímá rodinu jako základní prvek lidské společnosti. Dnes je nejrozšířenější sociologická definice, která říká, že rodina je skupinou osob navzájem spjatých pokrevním svazkem, manželstvím nebo srovnatelným právním vztahem nebo adoptí, jejíž dospělí členové jsou zodpovědní za výchovu svých dětí. Rodina je většinou muž žena, kteří tvoří manželství a jejich dítě, tedy nejméně 3 osoby. V rámci modernizace rodiny a společnosti celkově se dnešní společnost snaží jít „kupředu“, jsou tolerovány registrovaná partnerství. Můžeme si položit otázku, zda se registrované manželství dá nazývat rodinou. Z výše uvedených definic bychom mohli říci, že manželství jako takové se nedá nazvat rodinou, ale to je zřejmě zcela na subjektivním názoru, neboť i samotný pojem rodina je vykládána několika možnými definicemi.

3.1 Funkce rodiny

S vývojem společnosti se měnily funkce rodiny, některé vymizely, některé přibily. S rozvojem společnosti ztratily některé smysl a jiné vznikly neboť byly nutností jiné se transformovaly. J. Dunovský (1999) rozděluje 4 základní funkce rodiny:

Funkce biologická neboli reprodukční má dle dřívějších charakteristik zabezpečit pokračování lidského společenství, někdy se tato funkce nazývá také sexuální funkcí. Dlouhá léta byla vnímána jako vztah mezi mužem a ženou, ze kterého vznikne nový život. Nešlo pouze o to dítě počít, přivést ho na svět, ale také mu zabezpečit potřebné podmínky pro život. Tento význam však postupně ztrácí dnes na své hodnotě. V této funkci jde o harmonické soužití a duševní rovnováhu manželů (Lovasová, 2011).

Materiální a ekonomická funkce se nevztahuje pouze na dítě, ale na všechny členy rodiny. V minulosti byla nejdůležitější výrobní složka rodiny, dnes je to především spotřební jednotka. Mezi výrobní prvky, které se zachovaly i dnes patří úklid, vaření, praní a jiné činnosti, které umožňují správný chod domácnosti. Dnešní společnost klade velké nároky a proto do této oblasti neřadíme pouze materiální oblast, ale i oblast, kdy rodina poskytuje dítěti životní jistoty.

Emocionální funkce, funkce ochranná zajišťuje harmonický život rodiny. Pokud je emocionální funkce naplněna, je člověk plně vyvinut, je vyzrálý, odpovědný, má pevné citové vazby. Členové rodiny mají pocit uspokojení, pocit životní jistoty a opory. Emocionální funkce je tedy důležitá nejen pro dítě, ale pro všechny členy rodiny.

Socializačně-výchovná funkce vypovídá o opravdovém zájmu o dítě, jeho výchovu, péči. Rodiče dítě přijímají takové jaké je, snaží se mu porozumět, pochopit jeho požadavky a životní potřeby, podporují a rozvíjí jeho osobnost. Je prosazován zájem dítěte, jeho ochrana a také učení samostatnosti. Důležitým cílem je, aby dítě bylo schopno čelit nepříznivým situacím a překonávat překážky. Na ochranu dětských práv dohlíží Úmluva o právech dítěte. „Má-li se dítě vyvíjet po duševní a charakterové stránce v osobnost zdravou a společnosti užitečnou, potřebuje vyrůstat v prostředí stálém a citově příznivém, vřelém, přijímacím. A takovým životním prostředím by pro něj měla být především rodina.“ (Matějček, Z. 1994, s.16).

Nesmíme opomenout zmínit to nejdůležitější, a to je láska. Láska je vnitřní subjektivní pocit člověka a vztah, který vzniká střetem dvou lásek, je důležité jak milujeme (Lovasová, 2011).

Rodina dítěti poskytuje podněty k rozvoji a komunikaci jak s blízkými, tak s okolním světem. Říčan (2007) upozorňuje na to, že klima, které rodina vytváří je nenahraditelné, ojedinělé a nezbytné pro zdravý vývoj dítěte. V ranních stádiích dítěte jsou důležité jeho bio-psychické potřeby. Nejde jen o uspokojení v rámci jídla, pití a spánku, určitého životního pravidelného rytmu, ale také o kontakt a psychickou pohodu v podobě pocitu lásky a bezpečí. Takovou rodinu, kde jsou všechny funkce zdravě naplněny nazýváme *funkční rodinou*. Taková rodina zvládá bez obtíží životní obtíže a aktivně k nim přistupuje. Dunovský hovoří až o 85% funkčních rodin v populaci.

Pokud je absence některé z funkcí v rodině, mluvíme tzv. o *problémové rodině*. Nejedná se však o něco, co by ohrožovalo zdravý vývoj dítěte. Taková rodina je schopna se s problémem vypořádat ať už sama nebo s něčí pomocí či nedostatek kompenzovat. Četnost takovýchto rodin v populaci se odhaduje okolo 12-13%.

Dysfunkční rodina je takovou rodinou, kde se objevují natolik závažné poruchy jedné či více funkcí, jež ohrožují rodinu jako celek a tím ohrožují především zdravý vývoj dítěte. Jedná se často o rodiny alkoholiků, gamblerů, narkomanů, vícegeneračních rodin žijící v malé bytové jednotce, kriminálků. Výskyt v populaci je okolo 2%. Problémy sama nedokáže zvládnout a je odkázána na dlouhodobou pomoc druhých. K tomu, aby rodina mohla nějakým způsobem fungovat vznikla jistá opatření, tzv. sanace rodiny.

Pokud je výskyt poruchy v takovém rozsahu, že kvalita rodiny přestává plnit svůj účel a je ohrožen vážně zdravý vývoj dítěte či dokonce jeho existence, mluvíme o *afunkční rodině*. Východiskem této situace je umístění dítěte do náhradní rodinné výchovy či institucionální péče a to nejčastěji z důvodu fyzického či psychického týrání. Sanace takové rodiny ztrácí smysl. Populace čítá na 0,5% takovýchto rodin, my osobně se domníváme, že dnes je toto číslo mnohem vyšší.

Za zmínku jistě stojí, že Matoušek (1993) vymezil z hlediska funkčnosti pouze 2 typy rodin: rodiny klinické rodiny a rodiny funkční. Klinické jsou takové rodiny u kterých je nutná intervence. Matoušek do klinické rodiny řadí rodinu s týranou ženou, rodinu s nezaměstnaným členem, rodinu s nemocným členem, rodinu se závislým členem a rodinu zanedbávající péči.

Zanedbávání dítěte se nejčastěji objevuje tam, kde je nízká socioekonomická úroveň projevující se materiálním nezabezpečením či například nehygienickými podmínkami. Dále pak v rodinách, které jsou nezralé, přetížené, ambiciózní, autoritářské, liberální, perfekcionistické, rozmazlující, odkládající, disociované atd.

Uvědomme si, že rodina formuje osobnost svého dítě, to ona mu dává do vínku, jaký bude mít tzv. startovací podmínky do života. Pedagog a každý dospělý, který s dětmi pracuje by si měl uvědomit, že děti se nerodí například zlé a zlobivé nerodí. Pokud se díváte na dítě, můžete vidět vlastně to, jak se k němu chovají doma a jak to tam nejspíše probíhá (samozřejmě povrchně a po dlouhém pozorování), vliv mají také vrozené dispozice a dědičnost, ale u malých dětí vidíte především práci rodičů.

Zažili jsme, že pedagoga dráždilo chování dítěte ve třídě a vytvořil si k němu negativní postoj. Pedagog ovšem nevěděl, že to jsou neurotické symptomy v důsledku toho, že dítě bylo zanedbávané a týrané. Věděl však, že je z dětského domova a nyní je adoptováno. Pedagog o kterém zde mluvíme se dopustil mnoha neodpustitelných chyb, ale té největší se dopustil, když před celou třídou vytklo dítěti, že zlobí, protože je vlastně z dětského domova a pokud dostal dobrou známku, tak opět před celou třídou zdůraznil, že to je díky tomu, že si jej někdo z dětského domova vzal. Dítě se krom negativních zkušeností z útlého věku muselo vypořádat s dalším problémem a to takovým, že jeho třídní učitel byl na něj vysazen a také od doby, kdy řekl učitel třídě, že je z DD, začlenění do třídy bylo ještě těžší. Výsledkem byl vznik negativního postoje ke škole, k učení a prohloubení pocitu méněcennosti.

Dětská duše je velmi křehká a je neodpustitelné, co se na ní nevědomostí a hloupostí může napáchat.

4 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA

Ústavní výchova se u nás řídila rakouským občanským zákonem z roku 1877 a 1885. Umístění dítěte mohl soud pouze doporučit do donucovací pracovny nebo polepšovny. O přijetí mladistvého či dítěte rozhodovala komise zemského úřadu nebo ředitelství příslušného spolku, ve kterém se ústav nacházel. Chovanci (děti) mohli odcházet až ve 20 či v 21 letech, ale také i dříve, pokud byl naplněn účel jejich umístění. Po dovršení 21 let, nesměl být chovanec držen v ústavu proti své vůli. Novela z roku 1908 v Uhrech vyčleňovala děti mladších 12 let z trestního stíhání a umisťovala je k domácí či školní kázní. Zákon ovšem myslel také na děti, které byly ohroženy mravním ohrožením a ty byly umístěny do nejbližšího státního domova, tehdy do tzv. azylu.

Za Československa se trestní soudnictví mládeže řídilo zákonem č. 48/1931 spolu s vládním nařízením č. 195/1931, které je stále velmi blízké platnému znění v současné době. Polepšovny se i nadále nazývaly výchovnými. Věk dětí, které mohly být trestně zodpovědné se zvýšil na věkovou hranici 14-ti let a věk mladistvých byl stanoven od 14-18-ti let. Ústavní výchova a ochranná výchova je nařizována soudem v občanskoprávním řízení. Je určena dětem, jejichž rodiče se o ně nemohli postarat, nebyli toho schopni nebo zemřeli. Je to takové opatření, které má zabezpečit dítěti zdárný vývoj. Zákon č. 109/202 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivní výchovné péči ve školských zařízeních je ukládána či nařízena mládeži do 18 let, která je ohrožena faktory vnějšího prostředí nebo svými činy ohrožuje sebe či své okolí.

Důvody pro přijetí dětí do dětského domova⁷
57 % nepříznivá sociální situace
45 % bytové problémy rodiny
38 % finanční potíže rodiny, dluhy
17 % nezvládnutí výchovy z důvodů speciálních potřeb rodičů
16 % alkohol
15 % zneužívání dětí, zanedbávání
U kojeneckých ústavů jsou důvody následující:
75 % nepříznivá sociální situace
65 % bytové problémy rodiny
60 % finanční potíže rodiny, dluhy
30 % dítě opuštěno rodiči

Tab.č.5

⁷ (http://zpravy.idnes.cz/chudoba-nesmi-byt-jediny-duvodem-pro-odebrani-diteterozhodl-soud-1-dx-/domaci.aspx?c=A110114_105113_domaci_js,2011)

Problémem je, že se této problematice věnuje hned 5 ministerstev a kooperace je značně zdlouhavá a domníváme se, že je to jedna z příčin, proč se kvalita péče o nezletilé děti nezvyšuje ba dokonce může bránit kvalitnímu řešení problémů. Ačkoliv poslanci pozměnili zákon o ústavní výchově ve snaze k lepšímu, je největším a zatím neřešeným problémem stupňování ústavní péče, které podléhají jinému ministerstvu. Pak se tedy velmi často stává, že sourozenci jsou rozděleny kvůli věku, neboť děti do 3 let jsou umístněny do kojeneckého ústavu, který spadá pod ministerstvo zdravotnictví, zatímco jeho starší sourozenec je umístněn nejdříve do diagnostického ústavu, jež spadá pod ministerstvo školství.

Zastáváme názory autorů, že vyjmutí dětí z rodin může u některých dětí vyvolat vážnou psychickou deprivaci. Například dítě, které přijde o své rodiče je umístěno do diagnostického ústavu, kde čeká, kam bude dále umístěno, aniž by se bral v potaz fakt, že do tohoto zařízení jsou umístěovány všechny děti, které musely být odebrány z rodin a to i takové, které byly odebrány díky sociálně patologickému chování.

I přes své nedostatky je ústavní výchova nedílnou součástí společnosti, kdy se snaží dětem nahradit rodinu. Pracovníci v těchto zařízení k nim mají blízký vztah, snaží se je rozvíjet a budovat v nich důvěru v budoucnost a sebe sama. Je nutné si uvědomit, že do dětských domovů přicházejí většinou děti z nízkého sociokulturního prostředí, kde neměly možnost získat společností uznávané normy a pravidla. Díky nízké vzdělanosti a nedostatečných znalostí rodičů je těžké tyto děti motivovat k přijetí či osvojení si základních společenských norem tak, aby se mohly v budoucnu bez větších problémů začlenit do společnosti. Ať chceme či nechceme, vliv matky či otce je dlouhodobí a dá se říci, že na nás mají vliv do konce života. Pokud dítě touto citovou vazbou neprojde má samo problém jiné citové vazby navázat. Problémem u dětí umístěných do ústavní péče je ten, že rodiče i nadále působí na dítě a pokud se snažíme naučit ho normám společnosti, které rodiče neuznávají či je odmítají, pak se i snaha začlenit dítě komplikuje v horším případě míjí účinkem. Proto bychom měli ocenit snahu a ochotu těchto zaměstnanců.

Do ústavní výchovy jsou umístěovány děti s nařízenou ústavní výchovou nebo s předběžným opatřením. Tato opatření se nařizují pokud žádné předchozí opatření nevedla k nápravě, nebo pokud rodiče nejsou schopni ze závažných důvodů odpovídajícím způsobem zabezpečit zdravý vývoj dítěte. Jsou určena dětem od 3 do 18 let, kdy se je snaží vychovávat a vzdělávat. Soud sice ústavní výchovu nařizuje, ale nerozhoduje, kam dítě bude umístěno, ani na jak dlouho. Tyto zařízení můžeme rozdělit na diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a speciální výchovná zařízení. Pokud důvody

umístění nezletilé osoby pominou, může, soud tuto výchovu zrušit. Děti od narození do tří let jsou umístěny do zdravotnických zařízení, ústavní výchova nezletilých je uskutečněna ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Zákon číslo 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních vymezuje jako školní zařízení vykonávající náhradní výchovnou péči: diagnostické ústavy; dětské domovy; dětské domovy se školou; výchovné ústavy.

Dětský diagnostický ústav je prvním místem, kam jsou umístovány děti, kterým byla nařízená ústavní výchova. Diagnostický ústav komplexně vyšetřuje nezletilé od 3 let do ukončení povinné školní docházky. Jsou zde umístovány děti nejen v rámci preventivních opatření, ale také děti s výchovnými problémy z důvodu nařízení soudu, ale také děti na žádost zákonných zástupců.

„Diagnostický ústav předává s dítětem umístovaným nebo přemístovaným do zařízení komplexní diagnostickou zprávu s programem rozvoje osobnosti, pravomocné rozhodnutí soudu, školní dokumentaci včetně posledního vysvědčení a návrhu klasifikace za dobu pobytu v diagnostickém ústavu, osobní věci dítěte a další dokumentaci podle odstavce 5. Návrh programu rozvoje osobnosti dítěte zpracovává zařízení v součinnosti s odborným pracovníkem diagnostického ústavu podle § 8 odst. 2.“

(<http://zakony-online.cz/?s104&q104=5>)

Pobyt dětí v tomto zařízení trvá 2 měsíce, kdy je prováděno komplexní vyšetření na jehož základě jsou dále umístovány do zařízení náhradní rodinné péči. Diagnostický ústav plní úkoly: diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovně sociální a sociálně právní, organizační, koordinační.

Vocilka (1999) uvádí, že nejčastější příčinou umístění dítěte do DD je neplnění některých základních funkcí rodiny. Mezi primární příčinu, která se nejčastěji objevuje jako důvod pro umístění dítěte do DD patří: alkoholismus rodičů a zneužívání jiných návykových látek; rostituce matky; zneužívání a týrání dětí; nezvládnutá výchova (sociálně slabí rodiče, ale přibývá bohatých zaneprázdněných); nízká sociální úroveň rodiny; trestná činnost rodičů.

4.1 Historie dětských domovů

Historie dětských domovů či institucí jim podobné sahá do 4. století našeho letopočtu. Ve starověku o péči nechtěných dětí nejsou zmínky. V literatuře najdeme, že nechtěné děti byly ve Starověku většinou usmrcovány, ale pokud se našel někdo, kdo si nalezence ponechal, později sirotka využil jako svého otroka. Počátek péče o opuštěné děti je spojována se 4. stoletím. Roku 787 byl založen první nalezinec. Ve 12. století bylo papežem Inocencem III. založeno Torno při nemocnici v Římě, což bylo otáčecí kolo, při jehož otočení mohli vložit dítě přímo do kláštera. Tato zařízení se ujala a dalo by se polemizovat, že na stejném principu fungují také dnešní babyboxy. Dnes bychom mohli považovat za předchůdce dětských domovů sirotčince či útulky na principu charitativní podpory v náboženském duchu. Poskytovaly pouze nutné zaopatření dětí, kdy si stravu děti odpracovaly ve prospěch útulku, výuce nebyla věnována pozornost. Sirotci byli buď umístováni do sirotčinců či vybíráni do rodin. Péči o opuštěné děti měli na starost obce a vyšší státní správa přispívala ve velmi malé míře na provoz sociálního zařízení. První sirotčinec byl zřízen roku 1520 v Holandsku, Amsterdamu a dle jeho vzoru následně vznikaly v Německu, Belgii apod.

Do dětských domovů se umísťují děti, pokud původní rodina není schopna splnit podmínky pro správnou výchovu dítěte, nemá o něj zájem či se o něj rodiče z vážných důvodů nemohou postarat. Nejčastěji jsou do dětských domovů umísťovány děti z dysfunkčních a afunkčních rodin. Lze tedy říci, že pokud nejsou řádně plněny funkce rodiny, zajišťuje bezpečný vývoj dítěte stát a to tím, že ho umístí do náhradní rodinné péče, nejčastěji do ústavní výchovy dětského domova. Dětské domovy zajišťují ústavní výkon ústavní výchovy svěřenců bez závažných poruch chování. Dětský domov přizpůsobuje strukturu, denní režim i systém komunikace co nejvíce zvyklostem běžné rodiny.

„(1) Dětský domov pečuje o děti podle jejich individuálních potřeb. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

(2) Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.“ (§12, zákon 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů)

Tab.č..5: § 12 zákona č. 109/2002 Sb

Ve výše uvedeném textu jsme si představili jaké funkce rodina má a charakterizovali jsme si je. Tedy pro přehled, pokud není plněná biologicko-reprodukční funkce a to v oblasti například plánovaného rodičovství, může to mít za následek rozpad rodiny a to z důvody nepřijetí potomka či z důvodu nepřipravenosti a nezralosti rodičů. Z důvodu poruchy sociálně-ekonomické funkce, která má za následek umístění dítěte do dětského domova můžeme považovat špatné nakládání s finančními prostředky a následný hmotný nedostatek pro dítě. Za příčinu umístění dítěte do ústavní péče se dá dále považovat porucha ochranné funkce, kdy rodič není schopen zabezpečit ochranu a bezpečí dítěti. Pokud rodiče nejsou schopni adekvátně připravit děti na vstup do společnosti, do společenského života, nezvládají tím socializačně výchovnou funkci. Je nutné dítěti porozumět, přijmout ho takové jaké je a rozvíjet ho dle jeho možností a v jeho zájmu tak, aby byl schopen reagovat zdravě na nebezpečné životní situace. Některým dětem je ústavní výchova nařízená, protože nevhodně tráví svůj volný čas, rodina by měla správně plnit funkci rekreace, relaxace a zábavy, naučit svého potomka správně trávit volný čas. Dle nás je nejdůležitější funkcí v útlém věku emocionální, kterou ač se zaměstnanci institucí snaží sebevíc, nemohou naplnit. Mateřská láska je něco co dodává dítěti pocit bezpečí, jistoty, lásky, sebedůvěry, víru ve společnost a lidi. Na dětech, kterým je tato láska odepřena je to nesmírně znát. Nezáměr rodičů se projevuje v jejich nedostačujících či nepřiměřených komunikačních dovednostech, nedůvěru v ostatní lidi, touze po pozornosti a uznání. Z některých dokumentů a následných komentářů si může divák všimnout, jak tyto děti toužící po lásce „vyvalují“ oči a natahují ruce, toužíc po mazlení a objetí. Emoční vývoj je vedle kognitivního neméně důležitý. Vliv rodinného prostředí určuje životní styl, životní dráhu, cíl profese, hodnoty, názory, postoje. Někteří odborníci usuzují, že nevhodným prostředím jsou způsobeny sociálně patologické jevy jako násilí, drogové závislosti, promiskuita. Někteří autoři udávají další funkce rodiny jako například náboženské, statusové, apod..

Nejčastější příčinou umístění dítěte do ústavní výchovy je dle Vocilka (1999) nezvládnutá výchova, zanedbávání, týrání a zneužívání, kriminální činnost rodičů, závislost rodičů na drogách, prostituce matky, nízká sociální úroveň rodičů. Jsou zde ovšem umístěovány i děti osiřelé.

Tab. č.6: *Umístění dětí do ústavní výchovy*⁸:

Rok	Počet nově umístěných dětí
1999	6901
2005	7300
2007	7600
Počet umístěných v přepočtu na 100 000 obyvatel činí 80 dětí.	

4.2 Život dítěte v dětském domově

Nejzásadnější změna ve výchově v dětských domovech nastala po roce 1989 a to v oblasti výběru vhodných metod výchovy dítěte. Byl umožněn i křesťanský vliv na dítě, začaly se využívat netradiční formy výchovy a metod práce, nastalo odpolitizování procesu výchovy a posílení individuálního přístupu k dětem. Ovšem stále velké mezery jsou v oblasti spolupráce s rodinou a sponzory, je stále málo uskutečněných adopcí a pěstounských péčí.

Děti jsou umístěny do dětských domovů z několika důvodů, kdy nejčastějším je nesprávné fungování rodiny, nedostatečné zabezpečení dítěte. Jak již bylo zmíněno, děti které jsou umístěny do ústavní péče prochází různě intenzivními traumaty. První náročnou stresující událostí je, že dítě je ve špatně fungující rodině a ačkoliv si tuto situaci až tolik neuvědomuje, ví, že není úplně vše v pořádku. Druhým traumatem je samotné odebrání dítěte z rodiny a umístění do dětského domova. Je tedy nezbytné správný postup a přístup při práci s těmito dětmi. Je důležitá vhodná intervence a pozvolná strategie, aby nedošlo k objevení se negativních faktorů rozvíjejících poruchy chování. Je nutné jednat opatrně, empaticky, s pochopením, s ohledy, s doporučeními, s respektem, s pochopením osobnosti dítěte. K tomu je dobré vytyčit si dané cíle a postup případně konzultovat s odborníky. Děti umístěné do dětských domovů byly poznamenány různými formami zanedbávání až týrání či zneužívání. Typická je u těchto jedinců narušená osobnost, emocionální poruchy, poruchy v navazování sociálních vztahů, psychická deprivace. Deprivační syndrom je zapříčiněn střídáním vychovatelů, což způsobuje problém při upnutí dítěte na dospělého. Problematikou také nadále zůstává integrace dětí z DD do společnosti.

⁸ (<http://www.anv.cz/odborne/147-osobnost-deti-umistenychv-detskych-domovech-z-pohledu-vybranych-vyzkumu-a-ustavni-vychova-v-cislech>)

Koukolíková (2006) testy potvrdila, že děti, které jsou umístěny v DD pouze krátkou chvíli, se v podstatě neliší od ostatních dětí z relativně běžných rodin. Děti, které jsou v DD dlouhodobě trpí častěji frustracemi, jsou do sebe více vztaženy, jsou stereotypní a nereagují tolik na podněty z okolí. Tyto děti mají tendenci vytvářet si povrchní citové vazby s tendencí na sebe strhávat pozornost. V průběhu let se jejich špatná nálada a výbuchy vzteku zlepšují. Je potvrzeno hned několika výzkumy, život dítěte v dětském domově ve k psychické a emocionální deprivaci i přes všechnu snahu vychovatelů jim pomoci.

Jak etopedie, tak psychologie se zabývá otázkou, zda je lepší dítě ponechat v nefunkční rodině či jej odebrat. Dále je zde otázka, zda je opravdu názor, že čím dříve se dítě odebere, tím lépe pro něj, platná. Ovšem nejrevolučnějším názorem a nejvíce diskutovaným je ten, že by se dětské domovy měly zrušit. Pozornost se obrací na rodiče dětí, který by měly být odebrány. Jsou takové hypotézy, že nejdříve se má pomoci jejich rodičům a pak tedy i dětem, otázkou ovšem je, zda rodiče pomoc chtějí a či ji vůbec přijmou. Ačkoliv je hezké, že děti nechtějí někteří odborníci ukládat do tzv. „zlatých klecí“, nemyslíme si, že toto řešení má šanci na úspěch a to z důvodu osobních zkušeností s rodiči těchto dětí. Tito rodiče velmi často nepovažovali situaci za ohrožující pro dítě, někteří rodiče děti i úmyslně nechávají odkládat do dětských domovů z důvodu přeplněnosti dětí v domě. Další snahou je, aby se dětské domovy zrušily a vznikly profesionální pěstounské rodiny. Tato myšlenka utopistická, s tak velkým počtem dětí v dětských domov a k tomu a převažující mírou dětí s poruchou učení či nižší mentální inteligencí, je poněkud nepředstavitelné úspěšné naplnění tohoto úmyslu.

Děti v dětských domovech jsou odebrány rodičům, ztrácí tak blízkou osobu a nalézají rodinu novou. Jak jsme již výše uvedli, tyto děti procházejí náročnou životní situací, frustracemi, depresemi, nejčastěji jsou poznamenány životem v nefunkční rodině a mnohdy i traumaty. Po čase se adaptují a mají novou tzv. rodinku v dětském domově. Učí se pravidlům, běžnému chodu domácnosti, ale i běžným normám a požadavkům společnosti, protože to mnohdy z primární rodiny nemají. Ještě dnes se může setkat s lidmi, kteří mají mylnou představu o životě dětí v tomto zařízení. Netuší kolik změn nastalo po roce 1991, kdy se více zaměřilo na dítě jako osobu s potřebami a snahou začlenit ho do společnosti, aby mohlo žít samostatně a spokojeně.

Narozdíl od předešlých let se děti v dětských domovech učí žít v demokratickém světě, učí se zodpovědnosti, soběstačnosti za své chování a jednání. V dětských domovech je nespočet forem činnosti, díky kterým se dítě učí činnostem, zkušenostem, rozvíjí svou

osobnost, znalosti či schopnosti. Mezi tyto formy činnosti patří sportovní činnosti, zájmové kroužky, pracovní aktivity, příprava na vyučování, rodinná výchova, turistika, výtvarná výchova, rekreační a prázdninové pobyty, exkurze a výlety, sebeobslužné činnosti, kulturní akce, hudební výchova, estetická výchova, hry a soutěže, náboženská výchova, relaxační aktivity, práce na pozemku, samospráva, jazyková příprava, chov drobného zvířectva atd. Jsou vedeny k samostatnosti, díky kapesnému se učí také velmi brzy hospodaření, slaví společně narozeniny, svátky, vánoce.

I přes všechnu snahu, inovaci a pokroky nemají děti ideální vývoj. Poznamenány traumatem mají malou sebedůvěru. Vlivem rodičů, kteří shazují význam školy mají slabé školní výsledky, chybí jim určitá kontinuita běhu života, trvanlivosti vztahů a pevného zázemí, které je typické pro rodinu. Nemají zažitý průběh normálního reálného dne v typické rodině.

Dítě vyrůstající v rodině ráno vstane a rodiče jsou již v práci nebo se do práce teprve chystají. Když jsou děti menší mají připravenou snídani a svačinu, když jsou starší připravují si ji sami. Poté co přijdou ze školy si musí udělat úkoly, nasvačit se, mít připravené věci do školy, aby je rodiče zkontrolovali. Mají také povinnosti např. vyvenčit psa, zalít kytky, utřít nádobí, nakoupit rohlíky, pomoc mladšímu sourozenci, vyzvednout mladšího sourozence ze školky, postarat se o mladšího sourozence. Mají jistá pravidla, např.: „pokud přineseš špatnou známku, oprav si ji, jinak nebudeš moci na TV, chceš-li v pátek ven, musíš si nejdřív uklidit pokoj atd.“. V dětských domovech mají také děti služby, ale i přesto tam jsou uklízečky, snídaně, svačiny jim připravují kuchařky či vychovatelky. Navíc co člověk, to je ojedinělý tvor a tedy pokud má jeden vychovatel nějaké požadavky, nemusí je mít stejné jeho kolega.

Za velký nedostatek ústavy považujeme v některých případech návštěvu dětí u rodičů, kteří se o ně nebyli schopni postarat. Ústava nezakazuje návštěvu mezi dětmi a rodiči. Ačkoliv to zní nepochopitelně, není to vhodné pro dítě a to z několika důvodů. Asi nejvíce je to negativní v tom, že dítě rodič negativně ovlivňuje například ke vztahu ke vzdělávání, dodržování norem a pravidel, nabádáním ke nežádoucím postojům a chování. Můžeme být svědky toho, že rodiče nabádají děti ať se neučí, že jim je to k ničemu a lepší je to v praktické škole apod. Nebo se také stane, že za dítětem přijde matka pod vlivem drog a vynucuje si návštěvu. Na dětech je velmi znát, jak jim rodiče ubližují, po jejich návštěvě se uzavřou, odtáhnout apod.. Mají smíšené pocity, stydí se za ně, nenávidí, mrzí je, že se nebyli o ně schopni postarat apod. To a mnoho jiných faktorů je příčinou, že tak velké procento dětí dle nás trpí emocionálními či neurotickými poruchami

PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE

5 CÍLE A METODY VÝZKUMU

V praktické části se budeme věnovat přípravě výzkumu, jeho metodice, vymezení jeho základní výzkumné otázky a tedy na ní se zakládajících hypotézách. Dále se zaměříme na analýzu metod, který jsem využili.

Pomyslný druhý oddíl této výzkumné části se bude věnovat realizaci výzkumu a rozboru výsledků s diskuzí.

Cílem výzkumu je zjistit frekvenci neurotických poruch v období dětství, konkrétně 8-13 let.

Jedná se o výzkum kvantitativní, při kterém jsme spolupracovali s 12 dětskými domovy. Celý výzkum je koncipován na teoretických východiscích, která nám měla posloužit k pochopení problematiky..

Protože tato problematika je komplikovaná, kvantitativní výzkum je doplněn o kvalitativní rozhovory jak s dětmi, vychovateli, tak sociálními pracovníky orientujícími se v této problematice, abychom mohli čerpat také ze zkušeností a různých kazuistik. Podařilo se nám také za pomoci jedné ochotné dětské psycholožky působící v Praze získat data (18 dotazníků) od pracovníků z dětského psychiatrického oddělení, kteří se s dětmi trpícími neurotickými poruchami setkávají. Data získaná za pomoci nejmenované dětské psycholožky považujeme za spolehlivá a uvedeme je v závěru praktické části.

5.1 Metodologie:

Využíváme dotazníkové metody MHQ. V psychologických studiích je nejčastěji užívanou metodou. Výhodou dotazníku je jednoduchost sběru dat, úspora času a možnost většího počtu dat. Nevýhodou je jeho nepřesnost a nevěrohodnost, která se však dá omezit lži skórem. Dotazník by měl být vždy srozumitelný, graficky přehledný, srozumitelný a stručný. Tento dotazník má uzavřené otázky a tak si respondent musí vybrat z nabízených možností, to s jakou odpovědí se nejvíce ztotožňuje.

Dotazník MHQ se zaměřuje na výskyt emočních poruch. Testové otázky dávají respondentovi možnost zaškrtnout pouze jednu odpověď a to tu, která je subjektivně nejblíže pravdě. MHQ metoda nabízí respondentovi v některých otázkách výběr ze dvou možných odpovědí, jindy ze tří. Konstrukce této metody a tohoto dotazníku vyhovuje našim požadavkům a naší věkové skupině.

Dotazníky byly vyplněny dětmi z DD Tachov, DD Horní Slavkov, DD Horní Planá, DD Plzeň Domino, DD Horšovský Týn, DD Dolní Počernice, DD Hora svaté Kateřiny, DD

Dlažkovice, DD Dolní Lánov, DD Klánovice, DD Ostrava Habová, DD Tuchlov a DD Vysoká pec, tedy 13 dětských domovů, z čehož jsme získali 219 vzorků ve věku 8-13 let.

Sběr dat probíhal v zimním i letním období v letech 2013-2014. Děti spolupracovaly ochotně, otevřeně a přátelsky. Je nutné zmínit, že ředitelé i vychovatelé se o problematiku zajímali a ve všem nám pomáhali. Protože v prostředí dětských domovů pracujeme již dlouho, doplnili jsme dotazníky také o rozhovor. Výhoda rozhovorů je, že tazatel vede rozhovor a může se ptát aktuálně a zpětně na zjištěné informace. Rozhovor jsme prováděli s dětmi, vychovateli i řediteli a informace nám poznatky jako zdroj dalších informací.

Data získaná od pracovníků na dětských psychiatrických oddělení byla zaměřena na 2 otázky týkajících se naší problematiky: věkové rozhraní, ve kterém děti trpí neurotickou poruchou nejčastěji; nejčastější příznaky neurotických poruch. Data byla získána za pomoci elektronické pošty.

Získaná data z dotazníku budou zpracovaná do přehledných grafů, kdy četnost výskytu bude znázorněna za pomoci procentuálního rozdělení. První graf bude znázorňovat výskyt poruchy a druhý nám ukáže kolik z těchto dětí je děvčat a kolik chlapců. Grafy budou doplněny o stručné poznámky autora a jeho zkušeností.

5.2 Formulace cíle práce a hypotéz:

Naše výzkum nemá potvrdit všeobecné mínění veřejnosti nesměřující, že: „dítě z dětského domova je předem ztracené a narušené“. Naším cílem bylo zjistit, v jaké míře jsou děti v dětských domovech postihovány „nemocnou duší“, cílem celé práce je výsledné chování dětí pochopit. Cílem bylo zjistit nakolik jsou neurotické poruchy zastoupeny u dětí vyrůstajících v dětských domovech. Dále nás zajímalo jaká emocionální porucha je nejčastější. Poslední otázkou bylo, zda je častější výskyt neurotických poruch u chlapců či děvčat.

Hypotézy:

- I. U více než 50% dětí vyrůstajících v ústavní péči se vyskytuje neurotická porucha.
- II. Nejčastější poruchou, kterou děti vyrůstající v dětském domově trpí, je deprese.
- III. Častěji se objevují neurotické symptomy u děvčat než u chlapců

5.3 Charakteristika výzkumných technik:

Využíváme standardizovanou dotazníkovou metodu Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ), který vytvořili v roce 1966 S. Crown a A. H. Crips. Můžeme ho také nelézt pod jménem Crown-Crips Experiential Index (CCEI) a pro českou populaci jej standartizoval profesor L. Hanzlíček. MHQ slouží ke zjištění dispozic k neuroticismu jako celku.

Úvodní strana dotazníku se zaměřuje na zjištění základních údajů o dítěti jako je věk dítěte, situace v rodině, místo bydliště a je doplněna instrukcí ke správnému vyplnění dotazníku.

Dotazník má 48 otázek a 9 otázek určující lži skóre. Lži skóre slouží ke zjištění přílišné hyperkritičnosti jedince nebo naopak hypokritičnosti, což znamená, že jedinec má sklony ke zkreslování směrem k lepšímu. MHQ určuje u respondenta jeho predispozice k různým neurotickým poruchám. Dotazník přítomnost anxiety, fobie, obsese a kompulze, somatické projekce, deprese a hysterie.

Odpovědi jsou bodovány na škále: 0; 1; 2. U každé z poruch lze dosáhnout maximálního skóre 16.

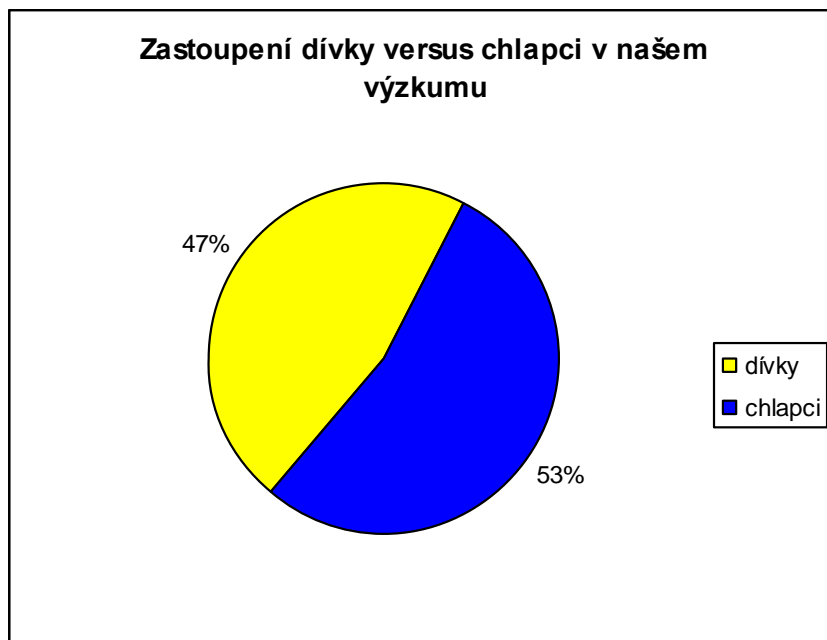
Dále jsme také využili nestrukturovaného a nestandardizovaného rozhovoru s bývalými klienty dětského domova, dále pak s vychovateli, řediteli a jednou dětskou psychiatrickou. Otázky byly nejdříve zaměřeny na život dítěte v dětském domově jako takovém, poté jsme se více zaměřovali na to, kolik a zda zde existují nějaké problémy, jež by naznačovaly neurotické obtíže u dítěte apod.. Získané informace jsme využili při závěrečném shrnutí.

6 Charakteristika respondentů

Tato diplomová práce se zaměřuje na děti ve věku 8-13 let. Pro tento věk jsme se rozhodli pro jeho kapacitu, protože dětí v tomto věku je v dětských domovech nejvíce a tedy byla možnost získat více dat. Dětem jsme byli nápomocni v případě, že něčemu neporozuměly ve vedlejší místnosti. Dotazníky některé děti vyplnily během 13-ti minut, některým to trvalo téměř 25 minut. Dotazníky děti házely do zavřené krabice s malým otvorem. Snažili jsme se dodržet co největší prostor intimity a anonymity. Za dětmi jsme přijížděli do dětských domovů a tam často přespali. Děti byly přátelské, bylo znát, že si rádi popovídají. Po vyplnění dotazníku se ale většinou nezajímali o co v něm šlo.

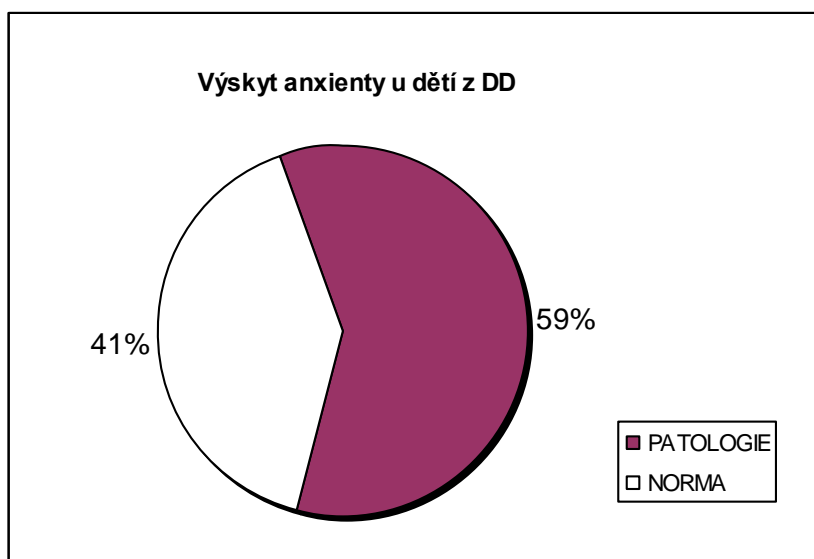
Chlapci i dívky vyplňovali dotazník přibližně stejně dlouho, nebyli znát znatelné rozdíly. Některé děti nerozuměly některým slovům, například slovu svědomí. Pro tyto případy jsme byli k dispozici poblíž.

Dětský domov	počet respondentů	z toho chlapců	z toho dívek
DD Tachov	12	8	4
DD Horní Slavkov	15	8	7
DD Planá	7	3	5
DD Plzeň Domino	27	13	14
DD Horšovský Týn	11	7	4
DD Dolní Počernice	20	11	9
DD Hora Svaté Kateřiny	13	5	8
DD Dlažkovice	34	18	16
DD Dolní Lánov	17	7	10
DD Klánovice	20	12	7
DD Ostrava Habová	15	9	6
DD Tuchlov	14	8	6
DD Vysoká Pec	14	8	6
<i>celkem</i>	219	117	102



7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A DISKUZE

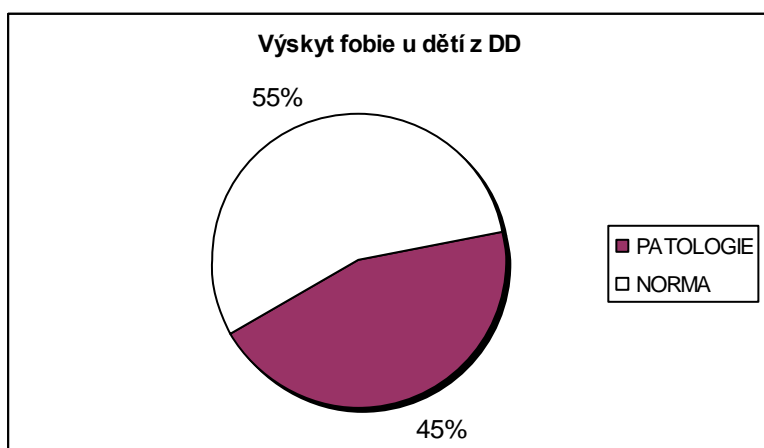
1. Anxienta / Úzkost



Takto vysoký výskyt-56% úzkostných symptomů u dětí z DD jsme nečekali, ačkoliv jsme se s touto poruchou často při praxi, dle našeho názoru, setkávali. Jakmile je dítě umístěno do dětského domova, zákonitě si muselo projít něčím, čím by si projít nemělo. Při působení naší praxe jsme se setkali s dětmi, kterým zemřeli rodiče, jejich rodiče byli odsouzeni k výkonu trestu odnětí svobody, byli odebráni rodičům kvůli nevhodnému výchovnému prostředí, týrání, zanedbávání apod. V jiných případech se do dětských domovů dostaly za záškoláctví a poruchy chování. Všechny tyto děti mají nějaký problém, se kterým se mají problém svěřit a neví, jak se s ním vyrovnat.



2. Fobie



Symptomy fobie jsou zde zastoupeny ve 45%, to jsme opět neočekávali. Je otázkou, co tuto poruchu u dětí zúsobuje. Naši rodiče nám vypráví, jak si za svého dětství hráli na hřišti, viděli hady, koupali se v rybníku apod. Ne mnoho z jejich nebo i našeho dětství dnes můžeme pozorovat u dětí vyrůstající v dnešní době. Volný čas děti tráví u televize či u počítače. Ne jinak jsou na tom děti z dětských domovů. Je velmi mylnou představou, že technika jim je cizí, pokud jim dáte na výběr, chtějí mít to, čím se chlubí děti z relativně běžných rodin, a tím je možnost hrát hry, sledovat televizi do nočních hodin a nebo čas trávit na facebooku. Nemají takové možnosti, které dnešní společnost klade, tím myslíme např. v oblasti techniky, internetu.

Ale není to způsobeno jenom těmito fenomény doby, že se u dětí vyskytlo tak velké zastoupení fobie. Jak bylo jsme uvedli v teoretické části, fobie je přehnaná reakce na něco, s čím se děti nevyrovnaly v útlém věku, nesprávně reagovaly nebo se nenaučily přiměřené reakci. Měli jsme možnost pozorovat, že mají přehnanou reakci na tmu, pavouky. Měli jsme možnost pozorovat, že se bály projevu, pokud šlo o něco zásadního, zdůrazňovaly, že pokud to zkusí a pokazí, už to nikdy nepůjde napravit a tak to zkoušet nechtějí.



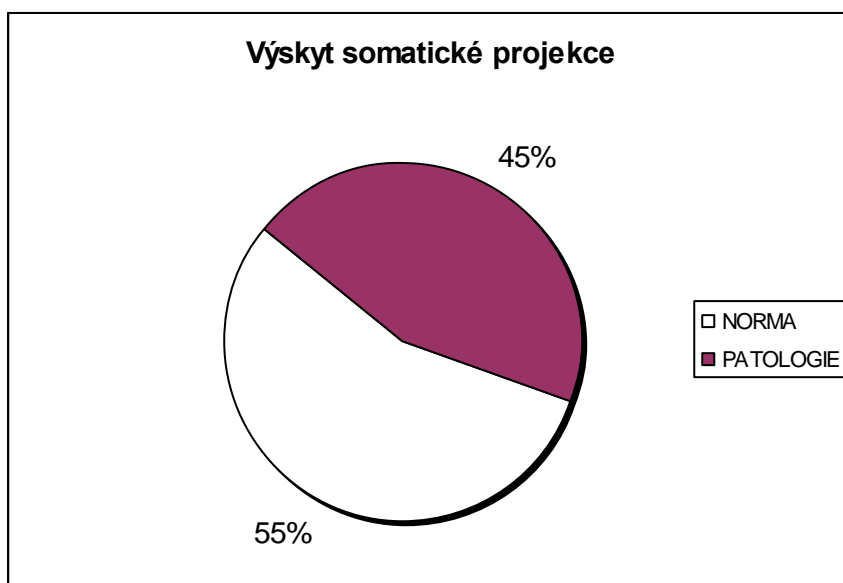
3. Obsese a kompulze



Výskyt dispozic k obsedantně kompulzivním poruchám není tak vysoký a není nijak alarmující, jak by někteří mohli čekat. Vzhledem k tomu, že děti vyrůstající v ústavní péči ztratily ať už v útlém věku či později ztrátu pocitu jistoty a bezpečí, očekávali jsme, že některé kompenzují tuto ztrátu věcmi, podněty, činy. Často znají tyto děti nazpaměť jízdní řád, něco sbírají, ale častěji se setkáváme s nějakými rituály.

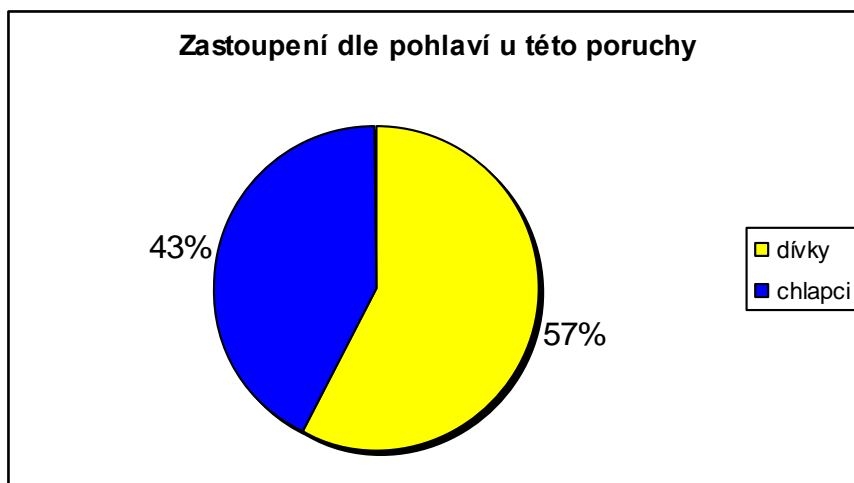


4. Somatické poruchy

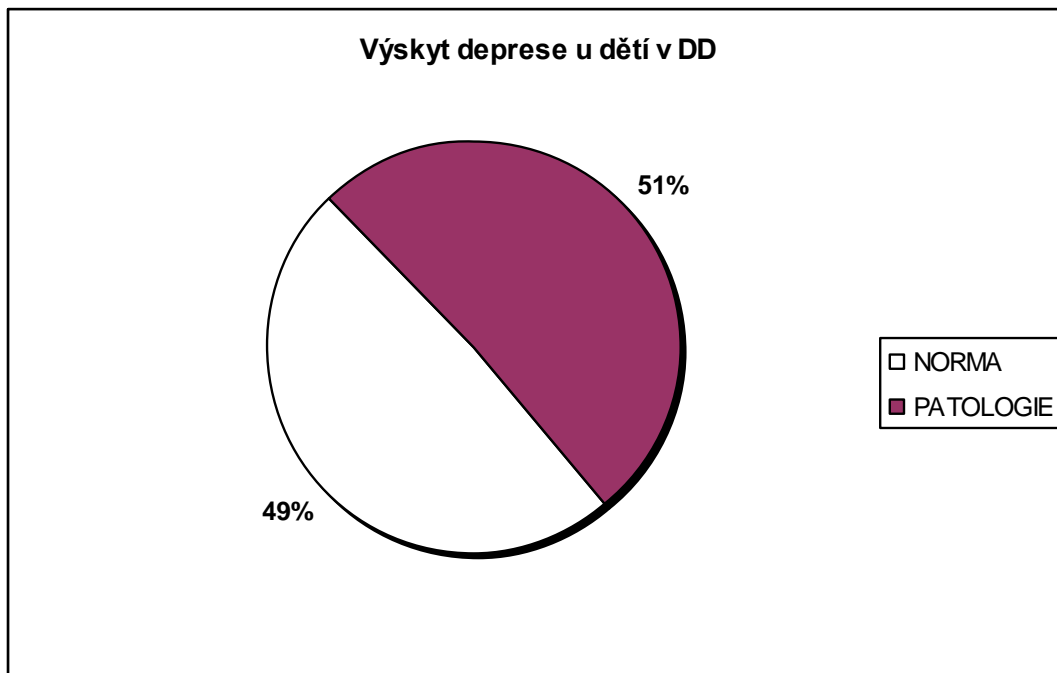


Zastoupení somatických poruch u dětí vyrůstajících v ústavní péči jsme čekali mnohem vyšší. V praxi jsme se setkali velmi často při naší praxi jako noční vychovatel s dětmi, které trpěly například enurézou, enkoprézou či poruchami spánku. Velmi často se setkáme s dětmi, u kterých lze pozorovat tiky. U dětí v dětských domovech je velmi častá porucha řeči, která ovšem souvisí se zanedbáním a tedy nedostatečným rozvojem řeči.

Důvodem těchto poruch také může být, že v období, kdy se měly učit vyrovnávat se situacemi jako například ovládnání vlastního těla, neměly nikoho na blízku. Nejen díky tomu, že byly zanedbávané, ale často také týrané, se děti za své poruchy natolik stydí, že je skrývají, nechtějí o nich hovořit a problémy prohlubují. Nekvalifikovaní pracovníci jim pak ještě poruchu zhoršují, pokud jim za noční pomočování dávají tresty nebo je ponižují.



5. Deprese



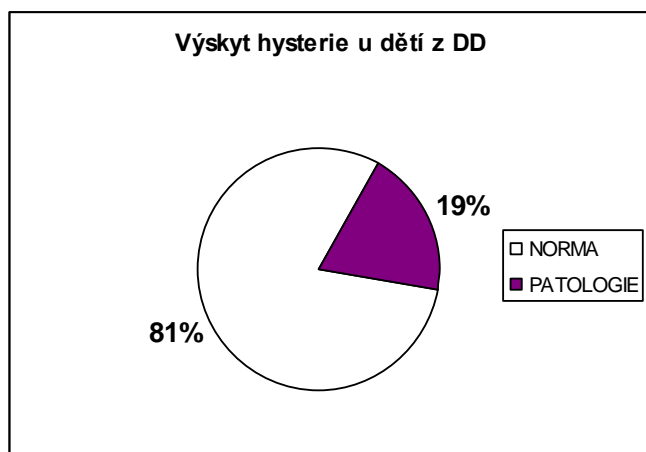
51% výskytu sklonu k depresivním poruchám jsme nečekali. Čekali jsme mnohem nižší číslo. Bylo by jistě zajímavé zmínit jeden příběh chlapce, u kterého se objevila později i mírná forma depresivní poruchy.

Chlapec spolu se 4 sourozenci žil v dětském domově už od útlého věku. Chlapec měl dvě starší sestry (o dva a tři roky), poté mladšího bratra o 4 roky a nejmladší sestru, která měla 3 roky. Jejich matka žila v Německu a občas za nimi přijela podívat, ale věnovala se převážně nejmenší dceři. Asi by bylo vhodné podotknout, že jeho sestry byly tzv. „bílé cikánky“ a on a jeho bratr měl znatelně mě tmavší pleti. To proč zde zdůrazňujeme barvu pleti je, že sám vnímal chlapec, že matka si všímá spíše jen bílých sourozenců. Jejich matka nakonec nejmladší sestru unesla do Německa a o ně se v podstatě přestala na dlouhou dobu zajímat. Na chlapci bylo znát, že ho to trápí, že matka si ho nikdy nevšímala a vzala si jen jedno dítě. Jeho starší sestry utekly z dětského domova, živily se prostitucí a jak později uvedly, jejich matka je to v podstatě naučila. Po dovršení 18tého roku za bratry začaly jezdit a bylo znát, jak moc rád své sestry vidí. Přesto si i od nich držel odstup. Začal mít problémy i ve škole a odmítal jakoukoliv pozitivní budoucnost s tím, že jako „černýho“ ho stejně nic nečeká. Tento příběh jsme se rozhodli uvést vzhledem k tomu, že chlapce jsme znali od jeho útlého dětství a po této události se stáhl a vykazoval známky depresivní nálady, ne však patologické. Když jsme hovořili o budoucnosti, měl dost pesimistický náhled na svět a na svojí hodnotu. Časem a také díky odborné pomoci si

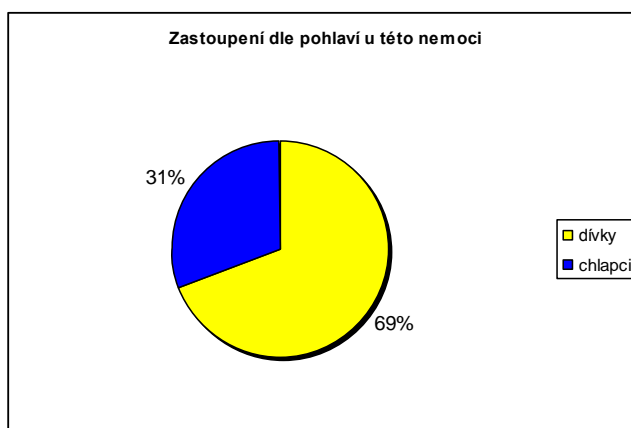
chlapec našel i přítelkyni a dostudoval střední školu a začal si vážit sám sebe. Dnes pracuje, žije ve vlastním bytě a navštěvuje se se všemi sourozenci (až na nejmladší, která zůstala separována v Německu).



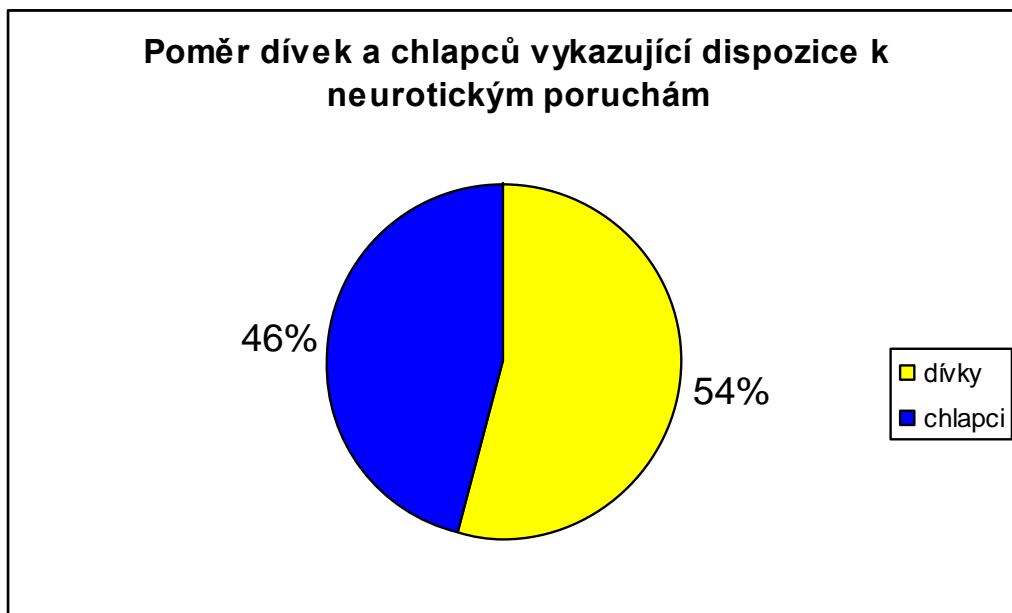
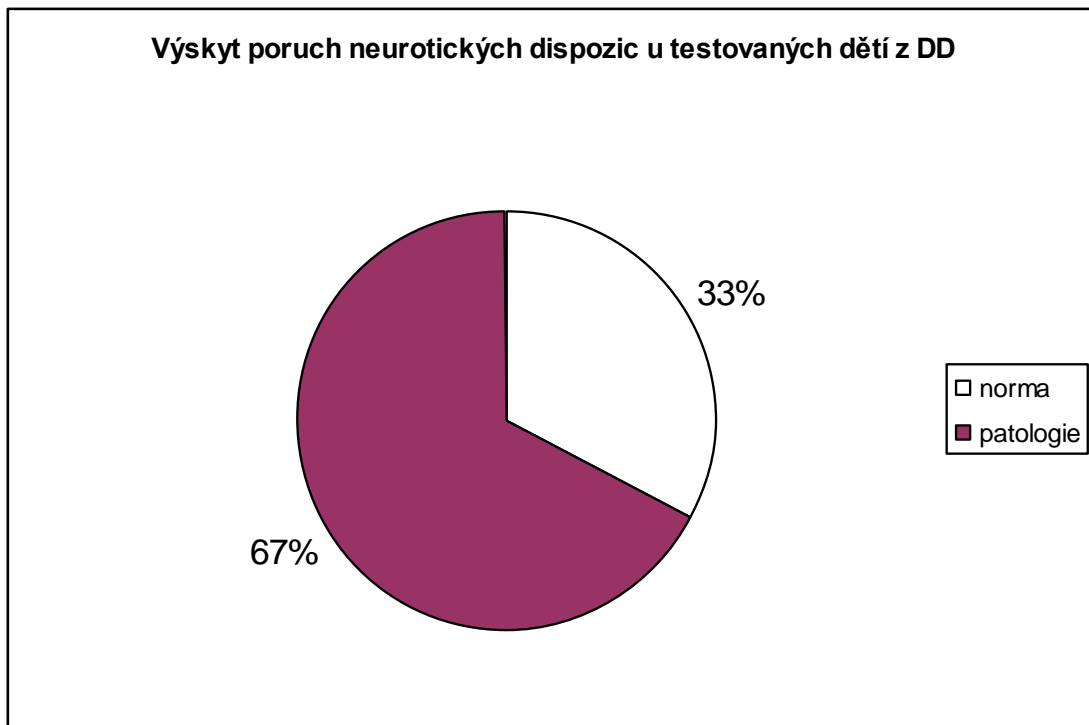
6. Hysterie

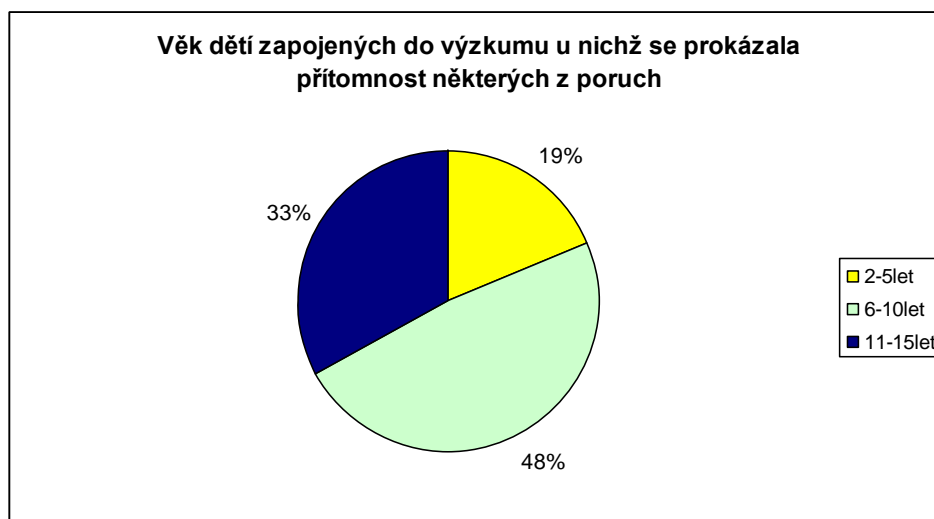


Hysterie je nejspíše výsledkem narušených vztahů dítěte. Traumatické události, neřešitelné situace, neschopnost zpracovat emoce správně to a ostatní jsou pravděpodobně vznikem hysterických poruch. Tak vysoké procento hysterie je dáno nejspíše labilitou a nestálostí emocí u dítěte. Hysterické děti bývají egocentrické a vyžadují pozornost, či se snaží dosahovat svého. Svě prožitky zveličují, dramatizují, využívají jich.

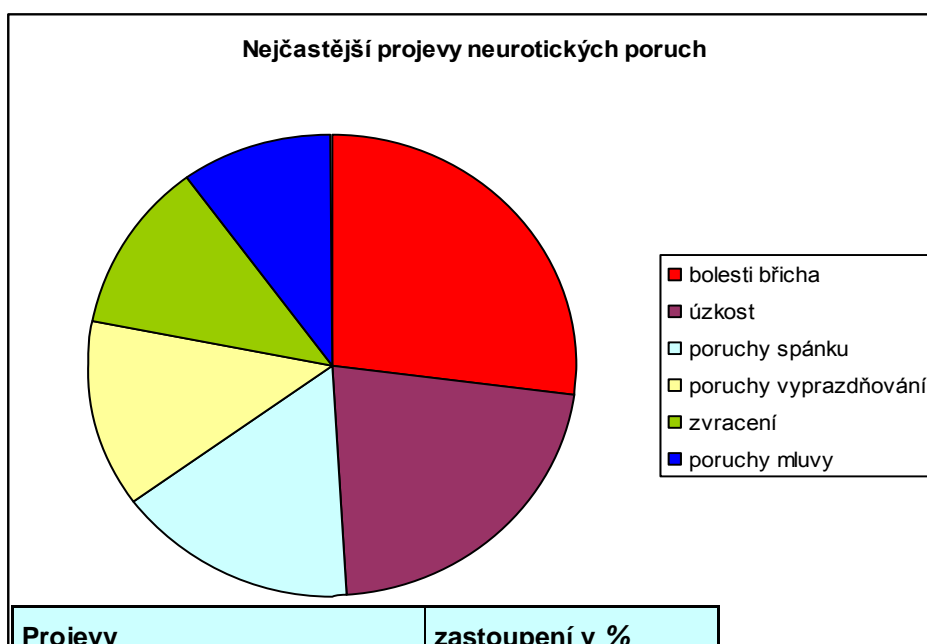


Shrnutí





Dispozice neurotických poruch jsou u dětí vyrůstajících v dětských domovech vysoké, ale ne alarmující. Jak jsme se mohli v teoretické části této práce dočíst, prostředí má velký vliv na možný vznik neurotických poruch. Jednotlivé grafy nám ukázaly, že jednotlivé emoční poruchy nejsou zanedbatelné a je tedy na místě se touto problematikou zabývat.



Projevy	zastoupení v %
bolesti břicha	27%
úzkost	22%
poruchy spánku	16%
poruchy vyprazdňování	13%
zvracení	12%
poruchy mluvy	10%

Na základě získaných dat můžeme říci, že dispozice k neurotickým poruchám jsou ve vysokém zastoupení u dětí v dětských domovech. Dětská duše je velmi křehká a vývoj velmi složitý. Děti jsou velmi zranitelné a nemůžeme čekat, že události, které způsobily jejich umístění do dětského domova, na nich nezanechají následky. Nejčastěji se u dětí objevila úzkost, úzkost a deprese. Dívky mají větší procentuální zastoupení u emočních poruch než chlapci.

Hypotéza 1 se potvrdila. Neurotická porucha se vyskytla u 59% procent respondentů vyrůstajících v ústavní péči.

Hypotéza 2 se nepotvrdila. Depresí trpí velké procento respondentů, ale nejvíce jich trpí úzkostnou poruchou. Samozřejmě jsme rádi, že negativní postoj k životu není tak velké, přesto je 51% alarmující.

Hypotéza 3 se potvrdil. Dívky trpí neurotickými poruchami častěji než chlapců. Na oba působí nevhodné a negativní vlivy stejně patologicky, ale dívky jsou, jak nám říká také odborná literatura, více emocionálně založené.

Měli bychom vědět, že děti do dětských domovů většinou přicházejí po diagnostice v DDÚ (dětský diagnostický ústav). Pokud pracovník dětského domova zpozoruje nějaké problémy u dítěte může požádat „svoje“ DDÚ k tomu, aby bylo dítě rediagnostikováno anebo aby se provedla terénní diagnostika a to jak psychologická, tak etopedická. Myslíme si, že to může zachytit i řadu vážnějších poruch všeho druhu.

Souhlasíme s tím, že děti v ústavní výchově mají vysoký podíl psychických poruch, na druhou stranu čerpáme ze pouze ze srovnání praktické části bakalářské práce „Poruchy emocí u dospívajících“ (Kalabisová, 2011). Otázkou však zůstává čím je tak vysoký výskyt poruch u dětí z dětských domovů způsobem, jaký velký podíl zde má hereditální zátěž, výchovné působení původní rodiny, výchovné působení z aktuálního prostředí, traumatizace. To bohužel náš dotazník nedokáže říci. Určitě chceme zdůraznit, že ačkoliv je u dětí z dětských domovů vysoké procento dispozic pro neurotické rodiny, přesto je dětský domov mnohem stabilnějším zázemím než původní rodiny. Dětský domov dává dětem hranice, pravidla, jistotu a nějakou perspektivu.

ZÁVĚR

Toma této diplomové práce je velmi zajímavé a také velmi obsáhlé. Existuje velmi mnoho publikací věnující se neurotickým poruchám. Na internetu je také mnoho odkazů, které radí rodičům, jak se postavit k neurotické poruše, pokud jí trpí jejich potomek, čemu se vyvarovat, čemu dávat přednost. Zpracování této diplomové práce bylo podle mne velmi přínosným nejen v oblasti mých vědomostí, ale mohla jsem si to, co znám z praxe a čemu jsem pořádně nerozuměla, konečně utřídit a pochopit. Myslím si, že nejčtivější z autorů a pro veřejnost nejpříjemnější je Ján Praško, jehož publikace je možné stáhnout na internetu, je tedy i nejdostupnějším.

Teoretická část této diplomové práce se nám snažila ukázat, co to jsou neurotické poruchy, detailně jsme si popsali některé z nich a dozvěděli se, čemu bychom se měli vyhýbat a na co bychom měli dávat pozor s nejen při práci dětmi. Na druhou stranu jsme se také dozvěděli, že úzkost a strach jsou důležitými prvky v našem životě a že bez jejich existence (ve zdravé míře) by se člověk nerozvíjel. Pokud se člověku nepodaří vyrovnat se situací, která ho ohrožuje způsobuje mu negativní pocity jako je úzkost, obava, stach, napětí apod. mohou se u něj rozvinout neurotické poruchy. Nejnebezpečnější, ale bohužel také nejčastější jsou tyto poruchy u dětí. Snažili jsme se představit neurotické poruchy tak, jak je postupně poznávali odborníci své doby, protože každý nese kousek odkazu a dodnes nevíme, co přesně neurotické poruchy způsobuje a na kolik. Dále jsme se věnovali charakteristikám různých neurotických poruch, ale problematika těchto poruch je mnohem obsáhlejší a komplikovanější. Nám by mělo postačit naše zpracování.

Cílem bylo, aby se po přečtení této práce dokázal i laik zamyslet nad touto problematikou. Pokud se čtenář nejdříve zamyslí nad tím, co je možnou příčinou toho, že je dítě „zlobivé“, zda není problém hlubší a komplikovanější, pak cíl byl splněn. Dnešní společnost je náročná pro zdravý vývoj u dítěte z relativně běžné rodiny, co teprve potom pro dítě, které si prošlo náročnou životní situací či zákonitě něčím jiným, co také nepřispělo jeho zdravému vývoji. Dětská duše je křehká. Jako nemluvnata jsme závislí na své rodině a tato vazba trvá mnoho let. Je nutné si uvědomit, jak především rodina je důležitá pro dítě. U dětí z dětských domovů si laici, kteří nejsou zainteresováni v problematice dětských domovů řeknou, že si za to ty děti můžou samy, ano, stále jsou tací. Ač je to k nevíře, ještě mnoho lidí se i dnes domnívá, že v dětských domovech jsou převážně děti, které „zlobily“. Během mé několikaleté praxe a spolupráce i s jinými dětskými domovy, jsem se setkala s mnoha dětmi a mnohé již dovršily plnoletosti a opustily ústavní výchovu.

Do dětské duše bohužel nevidíme, ale pokud se jí budeme snažit porozumět, máme velkou šanci dítěti pomoci. Při výzkumu mi pomohli vychovatelé i ředitelé, setkala jsem se však i s takovými, co práci vychovatele vnímají pouze jako hlídací, ne vychovávající. Tito lidé dětem ještě více ubližují pokud například dítě trestají za to, že se pomočilo, nehledají příčinu, nesnaží se mu pomoci. Zajímalo mě, pokud se dítě léčí, jakých postupů užívají. Není mnoho dětí z dětských domovů, které by pravidelně navštěvovali psychologa. Děti by měly využívat jak psychoterapie, tak dnes velmi populární arteterapie, pracovní terapie, muzikoterapie apod. Já osobně nejsem zastánce farmakoterapie, ale vím, že např. při depresi léky velmi pomáhají, alespoň při těžkých formách.

Myslím si, že tato práce splnila svůj účel, praktická část jasně prokázala, že je to oprávněně řešený problém. Doufám, že přístup k dětem z dětských domovů se bude i zlepšovat i ve společnosti. Úzkost a jiné poruchy nutí děti se svým pocitem nějak postavit a čelit jim, bez pomoci však mnohdy správnou cestu nenajdou a můžou vést k patologickému chování. Doufám, že se najdou tací, kteří se více zaměří na výzkum věnující se léčbě dětí trpící neurotickými poruchami v dětských domovech.

RESUMÉ

Tématem této diplomové práce jsou neurotické poruchy. Teoretická část práce je věnována sběru dat s odborné literatury v oblasti neurotických poruch, specifika neurotických poruch. Hlavní kapitola této části se zabývá charakteristikou neurotických poruch podle MKN-10. Dále se věnujeme tomu, jak spolupracovat s dítětem, které trpí neurotickou poruchou, čemu se vyvarovat. Na co dávat při práci s těmito dětmi pozor. V teoretické části se věnujeme také vývojovému období dítěte. Závěr teoretické části se zaměřuje na rodinu a systém náhradní rodinné péče.

Druhá část diplomové práce je praktická a je zaměřena na výzkum. Cílem výzkumu bylo zjistit míru výskytu v období dětství za pomoci standardizovaného dotazníku MHQ. V této části jsou popsány užité metody spolu s charakteristikou respondentů a interpretací výsledků.

SUMMARY

The topic of this masters thesis is Neurotic disorders during childhood. The Theoretical part of this masters thesis is data collection oriented. The main chapter of this part focuses on the characteristics of neurotic disorders. It also discusses how to cooperate with children who suffer from neurotic disorders, what to avoid when dealing with them.

In the theoretical part we also deal with the developmental period of the child. The conclusion of this theoretical part is focused on the family and the alternative family care system.

The second part of the masters thesis is the practical part and deals with the research. The goal of the research is to quantify the rate of and presence of neurotic disorders in this period of childhood maturation with the standardized questionnaire MHQ. A part of this thesis also describes the methods used together with characteristics of the respondents and interpretation of the results.

LITERATURA

- ČEPIČKA, Jan. *Přehled dětské psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství 1968. ISBN 1021-6034.
- ČEŠKOVÁ, Eva. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- DUNOVSKÝ, Jiří a kol. *Sociální pediatrie- Vybrané kapitoly*. Praha: Grada 1999. ISBN 80-7169-254-9.
- FREUD, Sigmund. *Přednášky k úvodu do psychoanalýzy*. Nakladatel: Psychoanalytické nakl. J. Kocourek 1997. ISBN 80-901601-9-0.
- GEIST, Bohunil. *Psychologický slovník*. Nakladatelství: Vodnář 2000. ISBN 80-8622-60-77.
- HARINEKOVÁ, Milada. *Poruchy psychického vývinu u dětí a dospívajících*. Trnava: 2003. ISBN 80-89-074-3.
- HARTMAN, Boris, LANGE, Michael. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Praha: Triton 2008. ISBN 978-80-7387-021-8.
- HERBERET, Hanuš a kol.. *Speciální psychiatrie*. Karolinum: Praha 1999. ISBN 80-7184-873-5.
- HOMOLA, Miroslav. *Dějiny psychologie*. Rektorát Univerzity Palackého v Olomouci 1985. ISBN 80-7067-2.
- HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. Praha: Tigris 2002. ISBN 82-900130-1-5.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Dětská psychiatrie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství 1963. ISBN 08-111-63.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou*. Nakladatelství: Triton 2006. ISBN 80-7254-553-1.
- KUKUMBERG, Peter., ULČ, Igor kol.. *Panická porucha*. Vydavatelství: Maxdorf 2001. ISBN 80-8591-21-47.
- LOVASOVÁ, Vladimíra. *Subjektivní symbolická vizualizace psychologie rodiny*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita 2011. ISBN 978-80-261-0076-8.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Po dobrém nebo po zlém?: o výchovných odměnách a trestech..* 4. vyd. Praha: Portál 1995. ISBN 80-8528-200-3.
- MATĚJČEK, Zdeněk a kol.. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a přestouny*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-304-8.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Kontexty neuróz*. 1. vyd. Praha: Avicenum 1986. ISBN 08-037-86.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. rozš. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství 1999. ISBN 80-8585-076-1.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství 1999. ISBN 80-8585-076-1.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071785490.
- MIŇHOVÁ, Jana. *Základy psychopatologie dětí a mladistvých pro studující PF*. Plzeň: ZČU 1992. ISBN 8070430583.
- MIŇHOVÁ, Jana. *Základy psychopatologie mladistvých pro studující FPedagogická*, Fakulta Západočeské univerzity 1992. ISBN 80-7043-058-3.
- MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. Plzeň: A. Čeněk 2006. ISBN 978-80-7380-065-9.
- MIŇHOVÁ, Jana, HOLEČEK, Václav, PRUNER, Pavel. *Psychologie pro právník*. Plzeň: Aleš Čeněk 2006. ISBN 978-80-7380-065-9.
- MYSLIVEČEK, Zdeněk. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství 1959.
- NOVOTNÁ, Lenka, HŘICHOVÁ, Milostava, MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. ZČU Plzeň 2012. ISBN 978-80-2610-1154.
- PÖTHE, Peter. *Emoční poruchy v dětství a dospívání psyschoanalitický přístup*. Grada Publishing, a.s. 2008. ISBN 978-80-247-2131-6.
- PRAŠKO, Ján a kol. *Psychiatrie*, Informatorium, spol. s.r.o. 2003. ISBN 80-7333-002-4.
- PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana. *Obsedantně-kompulzivní porucha a její léčba*. Galén 2008. ISBN 978-80-7262-531-4.
- PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKOVÁ, Jana. *Specifické fobie*. Portal 2008. ISBN 978-80-7367-300-0.
- PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál 2009. ISBN 978-80-7367-558-5.
- PRAŠKO, Ján, PÍGLOVÁ, Lucie, PRAŠKOVÁ, Jana. *Sociální fobie*. Nakladatel: Portál 2012. ISBN 978-80-262-0204-2.
- PROCHÁSKA, J., NORCROSS, J.C.: *Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing 1999. ISBN 80-7169-766-4.
- RICHTEROVÁ, Libuše. *Psychopatologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství 1969. 80-ISBN 8083-223-4.
- ŘÍČAN, P. KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.: *Dětská klinická psychologie* 1. vyd. Praha: Grada 1995. ISBN 80-7169-168-2

- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-124-7.
- SVOBODA, Mojmír. *Psychologická diagnostik dospělých*. 2. vyd. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-327-7.
- SVOBODA, Mojmír.[ed.], ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Praha: Karolinum 1993. ISBN 80-7066-797-4.
- VENCOVSKÝ, Eugen. *Počátky české psychiatrie XVIII. a XIX.*. Praha: Avicenum 1957
- VENCOVSKÝ, Eugen, DOBIÁŠ, Jan. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Avicenum 1976. ISBN 08-024-76.
- VOCILKA, Miroslav. *Dětské domovy v České republice*. Praha: Aula 1999. ISBN 80-902667-6-2.
- VONDRÁČEK, Vladimír. *Speciální psychiatrie*. Nakladatel: Praha1970
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Variabilita a patologie psychického vývoje*, Karolinum: UK Praha 1993. ISBN 80-7066-797-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- ZVOLSKÝ, Petr a kol.: *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Karolinum 1996. ISBN 382-020-98.
- ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie* Nakladatelství: Karolinum 2005. ISBN 80-7184-69-02.

Internetové zdroje

Zdravotnická medicína:

http://zdravi.e15.cz/#utm_source=hp&utm_medium=selfpromo&utm_campaign=topmenu

Aspekty náhradní výchovy:

<http://www.anv.cz/odborne/147-osobnost-deti-umistenychv-detskych-domovech-z-pohledu-vybranych-vyzkumu-a-ustavni-vychova-v-cislech>

Demografie:

http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=164

Pediatric pro praxi:

www.pediatriepropraxi.cz/ PEDIATRIE PRO PRAXI 3 / 2005

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR:

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>

WikiSkripta:

http://www.wikiskripta.eu/index.php/Poruchy_sp%C3%A1nku

Idnes.cz/Zprávy:

<http://zpravy.idnes.cz/chudoba-nesmi-byt-jediny-duvodem-pro-odebrani-diteterozhodl-soud-1dx>

[-/domaci.aspx?c=A110114_105113_domaci_js,2011\)](#)

Bakalářská práce

Kalabisová, Veronika. *Emoční poruchy u dospívajících*. ZČU 2011

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Arteterapie – ukázky obrázků

1. Syndrom CAN

Typické symboly a volba barev při CAN, CSA




2. Sociálně znevýhodnění jedinec

Dvanáctiletá dívka z dětského domova



Příloha č. 2 - Enuretický kalendář



Ahoj kamaráde,
jsem postýlkový skřítek
Štofík a chci ti pomoci
s naším společným
problémem...

*Tvoje ledviny dělají v noci
větší množství moče, než
je měchýř schopen unést.
Nejspíš se to časem správi, ale
můžeme se pokusit to zlepšit už
teď. Pomůžu ti to zvládnout.*

měsíc:

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

léčba přerušena od do

z důvodu:


poznámky:

Vím, že tě noční počůrávání trápí. Nemůžeš spát u kamarádů. Obáváš se odjet na tábor nebo na hory. Nestává se to ale jenom tobe. Řada tvých stejně starých kamarádů má podobný problém. Jen o něm nemluví.

Není to tvoje vina ani dyba.

Maminka a tatínek se mohou poradit u dětského lékaře. Ten jim vysvětlí, jak ti mohou pomoci. Na tobě záleží, a bys dodržoval správný režim v pití. To znamená, že musíš nejvíce pít rano, dopoledne a po obědi, abys uzměl žízeň navečer. Dvě hodiny před spaním můžeš pít jen čistou vodu, ale málo, jako je to na obrázku. **Nezapomeň se před spaním jít vyčůrat.**

Pan doktor ti také může předepsat nějaké léky (sprej nebo tabletky). Neobviň se toho, rychle se to cmaninkou naučíš. Jenina věc je ale moc důležité: dodržovat pravidla pití, o kterých jsi již četl. Nepít dvě hodiny před spaním a tedy pít víc, než si vezmeš léky. To musíš opravdu dodržovat.



ráno poledne večer

Rady pro rodiče

1. Pomocování je častý problém v dětském věku. Tyto obtíže má jedna pětina pětiletých dětí. Zhruba každý stý dospělý má tento problém také.
2. Noční pomocování u dětí stařích 5 let je vhodné řešit s lékařem.
3. Všimni si správného nastavení stolice – nepravdivé vyprazdňování s redukovanými pauzami, zašpinění spodního prádla stálo by včas spojeno s útoky moče.
4. Pomocování řešivš zpravidla způsobe psycholožkou nebo psychioložkou poručou.
5. Za pomocování dítě retesete je ani fyzicky ani zasmušovaním či odrazováním, zvláště před ostatními dětmi.
6. Pitný režim: zásadní je správné rozložení tekutin během dne, viz obrázek se sklenicemi. Nechte dítě vynořit před ulčením k spánku.
7. Snažte se dítě motivovat podivnou za úspěchy. Neúspěchů si nevěšme je, i když je o pro vás těžké.
8. Od lékaře můžete očekávat objasnění podstaty problému, stanovení správné diagnózy, vysvětlení rečimových opatření, eventuálně předpis jednoho z několika užívaných, u kterých byla společně prokázána účinnost.

FERRING FERRING s.r.o. Tel: 291 041 111
Křovčnická 47/5 www.ferring.cz
252 42 Jesenice u Píse www.enureza.cz

LUCCANOVAE

Příloha č. 3 - MHQ dotazník

1. Míváte často pocit úzkosti, a to i bez zjevné příčiny?	Ne		Ano
2. Míváte nepochopitelný strach, jste-li v uzavřených prostorách, např. v obchodě, výtahu, autě a pod?	Nikdy	Občas	Často
3. Říkává se o Vás, že jste až příliš svědomitý?	Ne		Ano
4. Míváte pocit, že "se Vám motá hlava" nebo "máte krátký dech", nezávisle na onemocnění dýchacích cest?	Nikdy	Někdy	Často
5. Dokážete myslet tak rychle jako dříve?	Ano		Ne
6. Dáte se snadno zviklat ve svých názorech?	Ne		Ano
7. Když řeknete, že něco uděláte, dodržíte slib, i když by to mělo přinést nějaké nepříjemnosti?	Ne	Ano	
8. Měl jste někdy pocit, že musíte omlít, i když jste právě nebyl nemocen?	Nikdy	Občas	Často
9. Trápí Vás myšlenky, že onemocníte nějakou nevyléčitelnou chorobou?	Nikdy	Občas	Často
10. Myslíte si, že "čistota je půl zdraví"?	Ne		Ano
11. Je Vám někdy špatně nebo máte potíže se zažíváním?	Ne		Ano
12. Míváte pocit, že život je příliš obtížný?	Nikdy	Občas	Často
13. Měl jste někdy v životě radost, že se můžete blýsknout před ostatními?	Ne		Ano
14. Stane se Vám občas, že se rozhněváte a neovládnete se?	Ano	Ne	
15. Míváte pocit nejistoty a neklidu bez zjevné příčiny?	Nikdy	Občas	Často
16. Cítíte se uvolněnější, jste-li doma?	Nepřil.	Občas	Určitě
17. Stává se Vám, že se Vám v hlavě neustále honí hloupé, nerozumné myšlenky?	Nikdy	Občas	Často
18. Cítíte někdy mravenčení nebo píchání po těle, pažích, nohách?	Nikdy	Vzácně	Často

19. Litujete hodně svého dřívějšího chování?	Ne		Ano
20. Domníváte se, že jste až příliš citový člověk?	Ne		Ano
21. Míváte občas myšlenky či nápady, o nichž byste si nepřál, aby je jiní lidé znali?	Ano	Ne	
22. Prožíváte někdy stavy paniky?	Ne		Ano
23. Máte pocit nejistoty, jestliže cestujete v autobuse, tramvaji, vlaku a to i když nejsou přeplněné?	Vůbec ne	Trochu	Velmi
24. Jste nejšťastnější tehdy, když pracujete?	Ne		Ano
25. Máte v poslední době menší chuť k jídlu?	Ne		Ano
26. Budíte se ráno neobvykle časně?	Ne		Ano
27. Jste rád středem pozornosti?	Ne		Ano
28. Jsou všechny Vaše návyky dobré a žádoucí?	Ne	Ano	
29. Připouštíte si starosti více než ostatní lidé?	Ne	Dosti	Velmi
30. Chodíváte rád ven sám?	Ano		Ne
31. Jste puntíkář?	Ne		Ano
32. Cítíte se unavený nebo vyčerpaný i po malé námaze?	Nikdy	Občas	Často
33. Míváte dlouhá období smutku?	Nikdy	Občas	Často
34. Myslíte si, že využíváte okolností ke svému prospěchu?	Nikdy	Občas	Často
35. Řeknete tu a tam nějaký klep?	Ano	Ne	
36. Míváte často pocit vnitřního napětí?	Ne		Ano
37. Děláte si zbytečně starosti, když některý z Vašich blízkých příbuzných přijde pozdě domů?	Ne		Ano
38. Musíte zbytečně pečlivě kontrolovat to, co děláte?	Ne		Ano

39. Usínáte lehce?	Ano		Ne
40. Když máte čelit krizím či potížím, musíte vyvíjet mnohem více úsilí než ostatní lidé?	Ne	Občas	Často
41. Vydáte často hodně peněz za šatstvo?	Ne		Ano
42. Ohlásil byste všechno na celnici, i kdybyste věděl, že se na to nepříjde?	Ne	Ano	
43. Měl jste někdy pocit, že se Vám "rozskočí hlava"?	Ne		Ano
44. Máte strach z výšek?	Ne	Dost	Velmi
45. Zlobí Vás, když je narušen Váš normální životní styl?	Vůbec ne	Poněkud	Velmi
46. Trpíte často nadměrným pocením nebo bušením srdce?	Ne		Ano
47. Míváte potřebu plakat?	Nikdy	Občas	Často
48. Máte rád dramatické situace?	Ne		Ano
49. Přišel jste někdy pozdě na schůzku nebo do práce?	Ano	Ne	
50. Míváte zlé sny, které ve Vás při probuzení vyvolávají úzkost?	Nikdy	Občas	Často
51. Míváte pocit strachu nebo hrůzy, jste-li v davu?	Nikdy	Občas	Často
52. Míra Vašeho sexuálního zájmu je:	Stejná nebo větší		Menší
53. Děláte si zbytečně starosti z věcí, které v podstatě nejsou důležité?	Nikdy	Občas	Často
54. Ztratil jste schopnost cítit účast s jinými osobami?	Ne		Ano
55. Fozorujete někdy, že máte sklon k pózám nebo k předstírání?	Ne		Ano
56. Jsou mezi Vašimi známými lidé, které nemáte rád?	Ano	Ne	
57. Mluvíte někdy o věcech, o kterých nic nevíte?	Ano	Ne	

Příloha č. 4 - Neurotik versus psychotik

Diferenciálně diagnostická měřítko mezi neurózami a psychózami (z hlediska obecné psychopatologie), Vencovský, 1976

	Neurotik	Psychotik
Poruchy myšlení	zastřené	obluzené, zmatené, mráкотný stav
Poruchy myšlení	<u>kvantitativně</u> : zpomalené <u>kvalitativně</u> : obsese, fobie	<u>kvantitativně</u> : pravý mutismus/tzv. trysk myšlenek <u>kvalitativně</u> : myšlení autistické, inkoherní, bludy
Poruchy jednání	<u>kvantitativně</u> : uspěchané/zpomalené <u>kvalitativně</u> : anankasmy	<u>kvantitativně</u> : stupor <u>kvalitativně</u> : negativistické, produktivně katatonické
Poruchy vnímání	pseudoiluze, pseudohalucinace, depersonalizace, derealizace	pravé smyslové a jiné halucinace, pravé iluze, prodromálně depersonalizace, derealizace
Poruchy afektivity a emotivity	přecitlivělý a náladově úzkostný, depresivně apatický, event. afektivně labilní	citová ambivalence, inkontinence, disociální bezcitnost, náladově je inadekvátně hypomanický, zlostně rezonantní, či apaticko-submelancholický až melancholický
Poruchy paměti	hypomnestický ve složkách retence a reprodukce)	amnezie, konfabulace, z paramnezie tzv. vzpomínkové klamy

Příloha č. 5 - Práva duševně postižených

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

(<http://www.mpsv.cz/cs/838>)

Příloha č. 6 - Kazuistika Kačka z DD

Rok narození: 1993

Matka: Romka

Otec: Róm, žije v Anglii

Sourozenci: 1 starší sestra

Diagnostika: Do DD přišla v roce 2004 po rozpadu rodiny. Otec opustil rodinu a odešel do Anglie. Matka výchovu o děti nezvládala, nepracovala a nebyla schopná zabezpečit řádnou výchovu. Kačka nechodila do školy a díky vysoké absenci ve škole byla soudem nařízená ústavní výchova. Při nástupu do DD jí bylo deset let. V roce 2006 o ní požádal děda, který se zaručil že se o dítě postará a bude řádně docházet do školy. Situace se ovšem zvrtila (děda byl vzat do vazby) a v roce 2009 byla Kačka opět umístěna v našem DD. Kačce bylo 14 a půl roků. Po dokončení praktické základní školy nastoupila do OU obor kuchařka. Bohužel školu nedokončila a v druhém ročníku, měsíc po plnoletosti z Dětského domova odešla na vlastní žádost.

Záznam rozhovoru:

Vzpomínáš na tvoje první umístění do DD? „*Ano, tehdy mi bylo deset a byla jsem docela ráda, protože to doma nebylo moc dobré.*“

Proč? „*Máma brala drogy, nepracovala a právě nikdy se nestarala jestli jdu do školy nebo ne. Tak jsem často zůstávala doma s ní, starala se o ni. Bylo jí často zle, ona totiž byla docela závislá na drogách. Když jsem šla do DD tak ji děda dal do léčebny pro drogově závislé.*“

Podle všech informací tvůj děda, ale možná i více členů rodiny, byli prodejci drog ve velkém.

Mluvílo se až o mafiánství. Víš o tom něco? „*No jeli ve drogách, ale mafián nebyl. Sem tam byl u nás policejní zátah, co mě a moji sestřenku několikrát vyděsilo a pak jednou při takovém zátahu nás, mě a malou sestřenku, vzali. Sestřenku do Delfinku a já putovala zpátky do DD.*“

To už bylo potom co jsi byla u dědy ,jo? „*Ano. Poprvé, když mě vzali od mámy, tak mi to tak nevadilo, ale teď od dědy, to už bylo horší.*“

Proč? „*Děda byl hodný, staral se o mě a o mou sestřenicu i bratránka. Chodili jsme pravidelně do školy, ve škole jsme měli povinně všichni angličtinu pro případ, že by jsme všichni jeli natrvalo do Anglie. Děda tam jezdil pravidelně, uměl anglicky a několikrát jsme tam byli s ním.*“

Pak jste se ty, tvá sestřenice i bratránek ocitli v našem DD. Co se vlastně stalo? „*Děda šel do vězení, měl tam být delší dobu a do vězení se dostali i další z rodiny. Tety, strejdrové. Za drogy, prodej drog. Děda, byl nemocný a po roce a něco zemřel na selhání srdce.*“

Jak se ti líbilo v DD? „Jo dobrý. Já neměla problém. Jsem bezkonfliktní člověk, základku praktickou jsem dokončila a pak šla na kuchařku. Jenomže tu školu jsem už nedokončila. Já už v DD chodila s Leonem a když odešel z DD, tak mi za ním bylo smutno. I když se mě snažili udržet v DD za každou cenu, neudrželi a měsíc po osmnáctinách jsem se rozhodla odejít. Tety z toho byly smutný a strejda ředitel ještě víc. On jednou slíbil dědovi že nás tam udrží co nejdéle a že školu doděláme všichni. A já jako první jsem zklamala, ale mě to táhlo za moji láskou. Bylo mi to jedno co mi tloukli do hlavy. Chtěla jsem prostě pryč.“

Pomohli ti s vyřizováním papírů? „Jo to jo, tety vše zařídily, já podepsala propouštěcí protokol a byla mi vyplacená částka, která odpovídala k délce mého pobytu. Nebylo to moc, tak na takový větší nákup. Kolem 2 a půl tisíce.“

Kam si šla? Co ti bylo ze strany děcáku nabídnuté? „Jako asi všem se nabízí dům na půl cesty anebo ubytovna někde, dle našeho přání, podle toho kde chceme žít. Já to vše odmítla. Chtěla jsem do Plzně k tetě. Teta se vrátila z vězení asi tak půl roku před mým odchodem z DD. Měla už pokoj na jedné z ubytoven. Tak si mě vzala k sobě.“

Co bylo potom? „No ze začátku jsme s Leonem, protože jsme dny strávili spolu, hledali práci spolu. Ale všude chtěli alespoň výučák a to my neměli. Ale později jsem si našla práci. Dělal jsem uklízečku na jedné z ubytoven. Pak jsme si mohli dovolit spolu bydlet, platili jsme pět tisíc za pokoj. Byli jsme rádi. Asi po půl roce se stalo, že jsem otěhotněla.“

Jak si reagovala? Nebrala jsi antikoncepci? No byla jsem v šoku. „Antikoncepci jsem si nemohla dovolit. Nezbyli mi peníze. A jak jsem reagovala? Ze začátku odmítavě, uvažovala jsem o přerušení, ale Leon mně přemluvil a dítě jsme si nechali.“

Co na to v práci? „Vedoucí mi jenom řekl, že kdybych už nemohla tak ať řeknu a vystřídá mě. To jsem nechtěla, potřebovali jsme peníze, tak mi pomáhal Leon. Byl zvyklí uklízet, vždyť jsme to dělali i v DD.“

Kdo ti pomáhal s přípravou na dítě? Nebo, kdo Vás připravoval na dítě? Přece si byla mladá ani ne dvacetiletá! „Pomáhala mi teta, ona měla právě narozené dítě, takže začala dávat na stranu všechny malé věci, připravovala mi vybavičku. Sehnala mi i kočárek a postýlku.“

A co ty ? Jak si se cítila? Těšila jsi se na dítě? „Ze začátku to byli smíšené pocity, pak to už bylo jiné, začala jsem se těšit na malé. Dnes jsem ráda, že ji mám.“

Neměla jsi strach, že zdravotně by dítě mohlo mít nějaké komplikace? Je totiž známé že Leon šel v drogách a pořád holduje trávě. „No pani doktorka mě na to připravovala, říkala, že by tam něco mohlo být, ale já jsem věřila že bude vše o.k., já přece nekouřím a nepiji. Vždyť si ji před chvílí chovala a měla si ji v ruce, vidíš, že je v pořádku. A když myslíš, jestli bude chytrá nebo ne? Kdoví. Vždyť my taky nejsme Einštajnové. Máme oba praktickou základku, takže nemůžeme očekávat génia. Ale budeme se snažit jí dát lásku.“

Kde teď bydlíte? „Já bydlím v ubytovně po tetě, jsem tam jen s malou a Leon bydlí jinde v ubytovně. Je to takové pravidlo ubytoven. Tam kde je on děti nesmí.“

Z čeho žijete? „Já teď mám mateřskou 8 tisíc a ze sociálky dostávám na bydlení dalších osm tisíc, to je dohromady 16. Osm dám za pokoj kde žiji já a osm mi musí stačit na ostatní věci.“

To je pěkná suma! Vystačíš s tím? „Zatím jo, pleny mám látkový a jen někdy kupuji ty druhý a zatím kojím, takže nemusím kupovat ani sunar. Ale už se stalo že mi nevyšli peníze a musela jsem si půjčit. Ne moc, jen pár stovek, ale pak když jsem to vracela, tak my to nebylo jedno, opět mi chyběli v rozpočtu.“

Co Leon přispívá ti? „Ne, nemá z čeho. On má jenom životní minimum. Ale když jde na brigádu a zabere víc, tak mi nakoupí a něco položí i na stůl. Už se to za ten rok stalo dva -tři krát. Takže se snaží.“

Teď ti položím otázku a byla bych ráda, kdybys odpověděla tak od srdce, upřímně. Dala by jsi své dítě do DD? V tvém případě do kojeňáku? „Upřímně? Kdyby mě se stalo, že bych se nemohla o své dítě starat z nějakého důvodu, tak si to umím představit. Ale z cela v krajním případě. A to bych asi měla požadavek, aby byla u vás. Vás znám a byla bych si jistá, že se tam o ni postaráte. Jinak ne! Chci se o ni starat já. Možná odjedeme do Anglie, možná ne.“

V dětském domově si prožila málo, ale přesto se tě chci zeptat, byla by jsi pro zrušení dětských domovů a kojeňáků? „V domově mám ještě sestřenici a to u tebe na skupině, jsem ráda že je tam. Chodí do klasické školy učí se na jedničky, dvojky. Je první která takhle zvládá školu a to díky vám, že jí k tomu vedete a že jste na přípravu do školy tak přísní a jsem ráda, že to nevzdáváte jako někteří vychovatelé a nevoláte hned na přerazení do zvláštky. Víím, že někdy i brečí než pochopí některou novou látku z matiky, ale pak jí to jde a má dobré známky. Jsem ráda, že je tam a má tak skvělé tety. I ona ví, že jí máte rádi. Říkala mi to když byla o Vánocích doma.“

Tak to je tvá odpověď, takže děcáky a kojeňáky nerušit? „Ne nerušit.“

A co kdyby ty děti mohly být v náhradní rodině? „Bílé možná, ale romské ne. Nikdo si je nevezme a kdyby jo za chvíli by je vraceli, protože by nebyly podle představ. Máme jinou mentalitu. Jsme výbušný, často líný a hlavně hlučný. Proč to neříct je to pravda.“

Evidenční list

Souhlasím s tím, aby moje diplomová / bakalářská práce byla půjčována k prezenčnímu studiu v Univerzitní knihovně ZČU v Plzni.

Datum: Podpis:

Uživatel stvrzuje svým čitelným podpisem, že tuto diplomovou / bakalářskou práci použil ke studijním účelům a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno	Fakulta/katedra	Datum	Podpis