

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

**NEUROTICKÉ PORUCHY U DĚTÍ MLADŠÍHO
ŠKOLNÍHO VĚKU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Andrea Trávníčková

Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, 2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Tímto bych ráda vyjádřila upřímné poděkování Mgr. Kateřině Šámalové za odborné vedení a poskytnutí cenných rad i připomínek ke zpracování této práce.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍHO POJETÍ TÉMATU	8
1.1 Neurotické poruchy, neuróza, úzkostná porucha	8
1.1.1 Historie pojmu neuróza	8
1.1.2 Definice neurózy	9
1.2 Mladší školní věk	10
2 NEUROTICKÉ PORUCHY SPECIFICKÉ PRO DĚTSKÝ VĚK	12
2.1 Poruchy příjmu potravy	13
2.2 Poruchy spánku	14
2.3 Somatické stesky	17
2.4 Neurotické návyky a tiky	17
2.5 Fobické úzkostné poruchy	18
2.6 Školní fobie	18
2.7 Obsedantně kompulzivní porucha	19
2.8 Poruchy vyměšování	20
2.9 Poruchy komunikace a řeči	21
2.10 Deprese a smutky	22
2.11 Suicidální chování	24
PRAKTICKÁ ČÁST	26
3 CÍL VÝZKUMU	27
3.1 Popis vzorku	27
3.2 Cíl výzkumného šetření	27
3.3 Použité metody výzkumu	28
ZÁVĚR	38
Resumé	39
Resume	40
Seznam použité literatury	41
Seznam příloh	43

ÚVOD

Jakýkoliv výklad neurózy nevyvolává příliš pozitivní emoce, avšak přesto jsem se rozhodla této problematice věnovat, a to na základě uvedené literatury i svých zkušeností z Dětského centra Jihočeského kraje ve Strakonících, jelikož právě v něm jsem získala neocenitelné praktické poznatky, jež mě motivovaly k napsání této práce.

V první části se zaměřuji především na terminologii, která je pro následnou práci nezbytná. Obtížně bychom mohli tuto záležitost zkoumat bez vysvětlení některých základních pojmů jako neuróza či mladší školní věk. Následně můžeme hledat další souvislosti, a tak druhá kapitola pojednává o specifčnosti neurotických poruch u dětí. Nelze opomíjet vliv na spánek, příjem potravy či smutky a deprese. Tím však výčet jednotlivých obtíží nekončí. Za zmínku ještě rovněž stojí např. fobické úzkostné poruchy, které mají s neurózami výraznou spojitost.

Samozřejmě teoretické poznatky samy o sobě nedostačují, a tak došlo rovněž k vypracování praktické části, v níž jsou zkoumány konkrétní případy neurotických poruch dětského věku. Vždy bude k jednotlivým případům připojen bližší popis, resp. anamnéza zdravotní, rodinná a sociální. Jen na základě toho můžeme podat přesnou zprávu o průběhu léčby, jelikož bez propojení zmíněných ukazatelů by výzkum postrádal smysl.

Cílem této práce pochopitelně nemůže být lékařský popis jakékoliv choroby, ale chtěla bych se zaměřit na psychologické pojetí neuróz dětského věku, a to především z pohledu hledání příčin, nikoliv pouze popsání důsledků. Věřím, že vydávat se tímto směrem není snadné, ovšem považuji tuto cestu za velice důležitou, a tak bych ráda minimálně alespoň utřídila některé již existující poznatky.

Zejména v praktické části chci toto téma obohatit o výsledky, které tímto způsobem můžeme získat. Jako svůj úkol vidím především porovnání jednotlivých případů v rámci prognózy do budoucnosti. Ráda bych rovněž odhalila souvislosti s aktuálním zdravotním stavem, například z pohledu obtíží spánku. V samostatných kazuistikách bude zajímavé vnímat rozdílnosti mimo jiné po provedení testů EEG či CT mozku. Osobně se domnívám, že tyto souvislosti nalézt lze, ale možná praktické údaje ukážou něco jiného.

V současné uspěchané době často nenacházíme čas na své blízké, a proto budu v praktickém oddíle klást důraz také na rodinnou anamnézu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍHO POJETÍ TÉMATU

Ještě předtím, než přejdeme k samotné podstatě věci, je nutno zmínit, že neurózu skutečně musíme spojovat i s dětmi, které jsou právě v mladším školním věku. Z tohoto důvodu považuji za důležité definovat veškeré pojmy, které s prací souvisí. Společně se podíváme na definici pojmu neuróza, vymezíme jasně mladší školní věk a teprve poté se zaměříme na neurotické poruchy, které souvisí právě s mladším školním věkem. Vymezení pojmů považuji za jeden z neklíčovějších bodů práce, protože pouze díky pochopení tohoto poznatku lze vyvodit následné závěry, které budou v této práci zmiňovány.

1.1 Neurotické poruchy, neuróza, úzkostná porucha

Nejprve bych ráda uvedla na pravou míru názvosloví, protože se vyznačuje nejednotností a mohlo by být zavádějící. S pojmem „neurotické poruchy“ se setkáváme v Mezinárodní klasifikaci nemocí, termín „úzkostné poruchy“ nalezneme v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch a označení „neuróza“ je jejich starší označení, které se již jako nosologická jednotka neuznává, ale dodnes se v praxi hojně používá. Ve své práci jsem se rozhodla tyto tři výrazy používat jako synonyma.¹

1.1.1 Historie pojmu neuróza

Neuróza jako samostatný termín byla poprvé použita Williamem Cullenem roku 1789. Vývoj však pokračoval i nadále, když o rok později George Miller Beard (1839-1883) použil termín „neurastenie“ pro popsání syndromu slabosti s duševním i tělesným aspektem. Tato únava měla být následkem vyčerpání nervové soustavy. Koncem 19. století již byly obdobné stavy popisovány různými způsoby, např. melancholická panika, agorafobie, obsese, traumatická neuróza atd. Roku 1895 použil Freud pojem „úzkostná neuróza“, avšak jeho pojetí bylo zpochybněno Schneiderem v roce 1923. Dokonce tento termín byl zcela vypuštěn v Americkém diagnostickém a statistickém manuálu DSM – III (1980). V polovině 70. let 20. století Angst a Dobler-Mikola kritizovali koncepci neuróz jako nevhodnou pro provádění epidemiologických

¹ ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997, s. 105. ISBN 80-7184-203-6.
MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 1. vyd. Dobrá Voda u Pelhřimova: Aleš Čeněk, 1998, s. 73. ISBN 80-902627-2-4.

studií. Od 80. let začala být většina výzkumných studií prováděna na základě diagnostiky DSM – III, nicméně dodnes není zcela jasně vyřešena otázka, jak jednotlivé skupiny od sebe oddělit.²

1.1.2 Definice neurózy

Definice pojmu neuróza existuje nespočet, přičemž základ, na kterém se všichni společně shodují, tkví v tom, že neurotické poruchy jsou považovány za psychické a somatické potíže. Na základě toho se v pojetí RichtEROVÉ, TRNKY, HOLUBA a MEČÍŘE názvem neuróza „označuje jedna z poruch vyšší nervové činnosti, která se projevuje narušením adaptace k okolí, zvláště sociálnímu, typických souborem duševních, tělesných či obojích příznaků. Podstatou neurózy není hrubší organické poškození jeho funkcí. Z tohoto důvodu neukáže ani podrobné tělesné vyšetření organické změny. Pacient si je většinou vědom toho, že je nemocen a někdy vyhledává sám lékařskou pomoc.“³ KRATOCHVÍL však nabízí jiný pohled, jelikož dle něj neurotické poruchy můžeme diagnostikovat jen tehdy, pokud jedinec trpí obtížemi tělesného či duševního rázu. Důležitou součástí je, že pro tyto obtíže nebylo nalezeno v rámci lékařského vyšetření žádného organického důvodu (ve smyslu prokazatelného poškození daných tělesných orgánů nebo mozku).⁴ Rozdílností názorů na pojem neuróza se zabývala i MIŇHOVÁ, která sepsala názory několika autorů.⁵

„Z našich autorů uvedeme nejdříve definici Vondráčkovu (1972, s. 34): „Neuróza je funkční, reverzibilní porucha vyšší nervové činnosti, která se projevuje poruchou adaptace na vnější prostředí a má řadu příznaků duševních a tělesných.“

V pojetí Knoblocha (1956, s. 26) jsou neurózy „poruchou adaptace člověka k jeho okolí, zvláště společenskému, poruchou nejvyšších regulací a jemných koordinací funkcí somatických a vegetativně viscerálních.“

² SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF s.r.o., 1996. s. 243. ISBN 80-85800-33-0.

³ RICHTEROVÁ, Libuše, TRNKA, Vojtěch, HOLUB, Václav, MĚČÍŘ, Jan. *Psychopatologie*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1969. s. 86. SPN 90-00-06.

⁴ KRATOCHVÍL, Stanislav, JIRÁNEK, Vladimír. *Jak žít s neurózou. O neurotických poruchách a jejich zvládnutí*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006. s. 11. ISBN 80-7254-553-1.

⁵ *Psychopatologie pro právníky*, ref. 2, s. 73.

Fischer (1965, s. 63) podává tuto definici: „Neuróza je onemocnění vyvolané poruchou CNS. Nese s sebou sníženou adaptační schopnost jedince na prostředí, v němž žije.“

Dobiáš (1974) upozorňuje na vztah mezi neurózou a pracovní výkonností a zdůrazňuje, že neuróza není jen problémem zdravotním, ale také společenským.

Janík a Dušek (1974) charakterizují neurózu především poruchou adaptačních schopností a poruchou schopností vyrovnat se s náročnými životními situacemi.“

1.2 Mladší školní věk

Mladší školní věk je období od 6 až 7 let do 10 až 12 let. Obecněji řečeno, mladší školní věk začíná nástupem do školy a trvá po dobu pěti let. Jedná se tedy o žáka prvního stupně ZŠ. Setkáváme se však i s jinými úhly pohledu. Například Matějček definuje mladší školní jako věk od 6 do 9 let, resp. od nástupu do školy po další dva až tři školní roky.⁶ Někdy se ovšem můžeme setkat s pojetím, kdy je mladší školní věk rozdělen do dvou etap:

1) raný školní věk – od 6 až 7 let (odvívá se od nástupu do školy) do 8 až 9 let. Typická je změna sociálního postavení a vývojové změny.

2) střední školní věk – od 8 až 9 let do 11 až 12 let (odvívá se od přechodu na druhý stupeň ZŠ). Dítě pomalu začíná dospívat.⁷

Toto období připadalo mnoha psychologům a psychiatrům ve srovnání s jinými etapami života klidné, nekonfliktní a bez velkých či výrazných změn. Ve skutečnosti však děti mladšího školního věku čelí důležitým změnám, kdy se vyskytují nemalé problémy.⁸ V této životní etapě nastává proces akulturace, jedinec se přizpůsobuje novému prostředí, osvojuje si své sociální role a zvyká si na využívání specifických způsobů komunikace s učitelem a spolužáky. Musíme mít také na paměti, že během školního období bývá často

⁶ MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. s. 118. ISBN 80-04-24526-9.

⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha:Portál, 2004. s. 237. ISBN 80-7178-802-3.

⁸ ČÁP, Jan, MAREŠ, Jiří. *Psychologie pro učitele*. 2. vyd. Praha:Portál, 2007. s. 228. ISBN 978-80-7367-273-7.

hodnocen a kontrolován, zda dodržuje své povinnosti.⁹ To vše ve výsledku způsobuje proces vývojové integrace, v rámci něhož je umožněno třídění i propojování různých vývojových dovedností, které mají za cíl ulehčit dítěti při jeho povinnostech, resp. napomáhat mu při plnění obtížnějších úkonů.¹⁰

Školní věk je pro následný vývoj dítěte velmi důležitý, jelikož dochází ke změnám ve způsobu jeho poznávání, konkrétní zrakové a sluchové percepce. Změny probíhají rovněž v oblasti uvažování a logických operací. Právě základní zákony logiky jsou již respektovány i v běžné realitě. Zpravidla se v tomto údobí snižuje míra egocentrismu a reflektuje proměnlivost reality, v níž žije. Neulpívá jen na jednom jediném hledisku. Přednost dostává realistický přístup, a tak školák bere skutečnost jako danou entitu, o které nemá smysl pochybovat. Rovněž dochází k rozvoji metakognice, ačkoliv hluboké sebehodnocení zatím nenastává. S ohledem na jeho školní povinnosti se zvyšuje také kapacita mozku. Nejenom to umožňuje vyšší úroveň v chápání jazykových aspektů. V souvislosti s tímto rozvojem také dochází k vytváření emoční stability, rodí se emoční inteligence spolu s autoregulačními mechanismy volního charakteru.¹¹

„Školní věk je další fází přípravy na život, z tohoto hlediska je důležitý vstup do školy. Ve škole získává dítě roli žáka a spolužáka. Ve škole je vystaveno očekáváním, která z těchto rolí vyplývají, musí se chovat požadovaným způsobem a respektovat určité normy. Musí přijmout autoritu učitele. Ve škole je posuzováno podle svých výsledků, pozitivní hodnocení zde nezíská automaticky. Spolužáci jsou pro ně rovnocennými partnery, s nimiž se porovnává. Školák potřebuje být pozitivně hodnocen i svými vrstevníky a získat v dětské skupině přijatelné postavení. Příslušnost k rodině je důležitou součástí identity školáka. Otec i matka jsou modelem určitého chování i samozřejmým zdrojem jistoty a bezpečí. Vztah se sourozenci je i v této době významným socializačním faktorem. Nástup do školy může změnit i postavení dítěte v rodině, záleží na tom, jaká očekávání rodiče mají. Pro vývoj dítěte je nejvýhodnější kompletní funkční rodina. Pokud se rozpadne, ztrácí dítě možnost získat mnohé potřebné zkušenosti. Mění se i jeho vztah k rodičům. Dítě školního věku je ve fázi konvenční morálky, postupně nabývají na významu

⁹ NOVOTNÁ, Lenka, HRÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Typos, 2012. s. 50. ISBN 978-80-261-0115-4.

¹⁰ ALLEN, K. Eileen, MAROTZ, R. Lyn. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 1. vyd. Praha:Portál, 2002. s. 127 ISBN 80-7178-614-4.

¹¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005, s. 265-266. ISBN 80-246-0956-8.

*normy vrstevnické skupiny, diferencují se i způsoby komunikace. Školní věk je fází píše a snaživosti, dítě se vymezuje tím, co dokáže. Rozvíjí se generové sebepojetí, genderová diferenciacie je čím dál větší, děti dávají jednoznačnou přednost vrstevníkům stejného pohlaví.*¹²

2 NEUROTICKÉ PORUCHY SPECIFICKÉ PRO DĚTSKÝ VĚK

V dětském věku jsou většinou neurotické poruchy velice pestré a dost často hodně proměnlivé. Neurotické poruchy mohou ovlivňovat jak psychické, tak i somatické funkce. Poruchy některých funkcí vznikají snadněji právě tehdy, kdy jsou nezralé a tím pádem zranitelnější a citlivější k zátěži.¹³ S tím souvisí i problematika úzkosti a strachu, která patří mezi normální a adaptivní vývojové fenomény a za běžných okolností, signalizují dětskému organismu hrozící nebezpečí. Úzkost je specifická tím, že nemá konkrétní obsah, na rozdíl od strachu, který se vždy váže na konkrétní situace či podněty.¹⁴ Jako poruchu lze poté hodnotit takové projevy, které trvají déle než 6 měsíců a mají určitou intenzitu. Jejich důsledkem je narušení rozvoje dětské osobnosti či neovládnutí běžných požadavků. Konkrétní projevy úzkosti a strachu jsou závislé na akutní vývojové úrovni dítěte, v každém období mají trochu jiný charakter, který souvisí s tím, jak dítě chápe svět a svou pozici v něm.¹⁵

Mezi neurotické poruchy v mladším školním věku patří:

- Poruchy příjmu potravy
- Poruchy spánku
- Somatické stesky
- Neurotické návyky a tiky
- Fobicky úzkostné poruchy
- Školní fobie
- Obsedantně-kompulzivní poruchy
- Poruchy vyměšování

¹² *Vývojová psychologie I*, ref. 11, s. 318-319.

¹³ *Psychopatologie pro pomáhající profese*, ref. 7, s. 215.

¹⁴ ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. přep. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. s. 167 ISBN 80-7169-512-2.

¹⁵ *Psychopatologie pro pomáhající profese*, ref. 7, s. 416.

- Poruchy komunikace a řeči
- Smutky a deprese
- Suicidální chování

2.1 Poruchy příjmu potravy

U dětí mladšího školního věku mají především charakter odmítání jídla, vybíravosti, nebo se naopak projevují zvýšenou potřebou jíst. Jídlo v tuto chvíli funguje jako náhražka uspokojení v jiné oblasti, kde dítě aktuálně strádá. Může se objevit i zvracení, které souvisí s napětím, ve kterém se dítě momentálně nachází, nebo očekává nepříjemnou či ohrožující událost.¹⁶ Obvykle popisovanými syndromy poruch příjmů potravy jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Děti pod 12 let tvoří dle literatury zhruba 5 % pacientů. Přičemž se jedná o poruchy, které jsou více typické pro dívky, směrem k ranějšímu věku je větší podíl chlapců oproti dospělosti.¹⁷

Základní kritéria pro diagnostiku mentální anorexie MKN-10 a DSM-IV totiž uvádí jako:

- Úbytek váhy, nebo u dětí chybění přírůstku váhy, vedoucí k tělesné váze nižší nejméně o 15 % oproti normální nebo očekávané váze pro daný věk a výšku.
- Narušené vnímání tělesné váhy nebo tělesných proporcí a jejich přehnaný vliv na sebehodnocení nebo odmítání závažnosti současné nízké tělesné váhy.
- Chování jedince je zaměřeno na redukci hmotnosti. Jedinec nadměrně cvičí.¹⁸

U mentální anorexie prakticky nikdy nejde o klasické nechutenství, ale spíše o přemáhání hladu a redukci příjmu potravy ve snaze snížit tělesnou hmotnost. Nemocní začínají nejprve omezovat vydatné potraviny, postupně redukují i příjem potravin s minimální kalorickou hodnotou, někdy omezí také příjem tekutin. Navzdory velké vyhublosti trpí pocitem, že jsou tlustí, typicky v oblasti břicha, hýždí a steh. Zároveň mívají zvýšený zájem o jídlo, recepty a vaření pro ostatní členy rodiny. V rozporu s velkou

¹⁶ *Psychopatologie pro pomáhající profese*, ref. 7, s. 216.

¹⁷ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 252.

¹⁸ *Duševní a behaviorální poruchy*, ref. 2, s. 305-306.

vyhublostí bývají stále aktivní, výkonní ve školní oblasti i v oblasti zájmů, mnozí expresivně cvičí.¹⁹

Základní kritéria pro diagnostiku mentální bulimie jsou dle MKN-10 a DSM-IV:

- Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), které pacient není schopen ovládat. Jí v krátkém intervalu velká množství jídla, ačkoliv nepocítuje hlad, jen nutkání k jídlu.
- Pacient trpí chorobným strachem z tloušťky. Dochází k nepřiměřenému hodnocení vlastního těla.
- Po „přecpání“ nastává nevhodné kompenzační chování, aby se preventivně zabránilo přibývání na váze, jako je vyprovokované zvracení, půst, nadměrné cvičení, nadužívání projímadel, diuretik, klyzmat nebo jiných léků.²⁰

Pacienti s mentální bulimií většinou po určitém období, v němž převažuje snaha o restriktivní přístup k jídlu, se začínají tajně přejídat a tyto jídelní excesy bývají následovány vůlí navozeným zvracením, ve snaze snížit kalorický příjem. Mívají na sebe perfekcionistické nároky, velký strach z přibírání a pocity vzteku, viny a studu za svoje jídelní problémy.²¹

2.2 Poruchy spánku

Dětská psychika je velice citlivá na jakékoliv rodinné komplikace, a tak i problémy se spánkem či usínáním mohou v sobě skrývat tuto podstatu. Dalším vysvětlením je rovněž emoční porucha v dětství, v rámci níž považujeme za důležité včasné diagnostikování. Z praxe vyplývá, že asi 20-30 % dětí (ve věku do 18 let) trpí podle údajů rodičů významnou poruchou spánku, bez léčby často dlouho přetrvávající. V důsledku těchto poznatků si musíme uvědomit, že u dětí mladšího školního věku mohou poruchy spánku vést k problémům ve škole či změnám v chování. Dochází ke zhoršení nálady, poklesu vitality a pozornosti. Narušeny mohou být i další kognitivní funkce (tvořivost, divergentní myšlení, ale i paměť a vizuoprostorové dovednosti), může dojít k oslabení i tělesného vývoje. Z toho lze usoudit, že poruchy spánku více hrozí dětem s perinatálními riziky

¹⁹ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 252-253.

²⁰ *Duševní a behaviorální poruchy*, ref. 2, s. 310-311.

²¹ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 253.

a u dětí s různými typy postižení či s chronickým onemocněním. Pro přesnější pochopení tématu si nejdříve musíme jednotlivé obtíže spojené se spánkem blíže popsat.

- **Poruchy usínání** – souvisí s tím, že dítě odmítá samo bez přítomnosti rodičů usnout (většinou vyžaduje pozornost matky). Často se doba usínání neúměrně prodlužuje a bdění dítěte je posilováno výlučnou pozorností, které se mu v této době od rodičů dostává. V jejich nepřítomnosti, kdy dítě usíná s vědomím, že si rodiče nemůže zavolat, usíná bez problémů. U jiných dětí je problém usínání projevem silné separační anxiety či symptomem emočního přetížení nebo přechodného nárůstu úzkosti. Dalším důvodem, který může způsobovat poruchu usínání, je to, že si dítě plně uvědomuje univerzálnost a nezvratnost smrti. Děti se často obávají, že by ve spánku mohly zemřít, či že zemře někdo z jejich blízkých. S poruchou usínání souvisí i některé více či méně rušivé maladaptivní stereotypy sebeuspávání dítěte (dumláním prstů, pohupování atp.). Změnu těchto návyků považujeme za časově velmi náročnou a je potřeba, aby se dítě naučilo alternativní, stejně účinný, ale sociálně vhodnější způsob sebeuspávání, což je možné jen pod trvalým vedením rodičů. Takové přeučení se doporučuje hlavně tehdy, pokud dochází u dítěte k sebepoškozování.

- **Časté noční buzení** – o častém nočním buzení mluvíme tehdy, pokud nastává vícekrát než šestkrát za noc. Dítě si během nočního buzení vyžaduje pozornost a péči rodičů. V tomto případě je potřeba, aby se dítě odnaučilo rušit rodiče a zvládlo samo klidně ležet, dokud opět neusne. Výzkumy ukazují, že velké procento dětí mladšího školního věku se při nočním probouzení přesouvá do postele rodičů. Většina rodičů toto dětem toleruje, jsou tu však i tací, kteří potřebují ujištění, že nejde o patologický projev a jejich dítě se vyvíjí v pořádku. Předpokladem úspěšné léčby je podrobná diagnostika, určení příčiny poruchy spánku a spolupráce rodiny dítěte

- **Noční můry** – jedná se o živé sny s děsivým obsahem, které bývají u dětí reakcí na aktuální zátěž, která nemusí být nutně nadměrná, či na jakékoli somatické onemocnění. Pokud se noční můry nadměrně opakují a jsou intenzivní, mohou signalizovat nadměrný stres nebo emoční přetížení dítěte.

Zajímavý výzkum týkající se i nočních můr provedla Plháková s Kráčmarovou v roce 2012, kdy zkoumaly 35 dětí ve věku 6 až 8 let. Studie ukázala, že se sice často

objevují sny s agresivními náměty, ale podstatnou roli hrají také ty sny, v nichž děti selžou ve škole nebo nenavážou kontakt s ostatními při hraní. Ojedinelý není ani strach ze ztráty matky (například se jim zdá o její smrti). Zvláštností je, že magické motivy jako čarování takové zastoupení nemají. Musíme zmínit, že 11 dětí (31 %) nebylo schopno říci, proč se jim děsivé sny zdály. Šest dětí (17 %) si se snem spojilo nedávné zážitky, například návštěvu cirkusu. Dalších pět dotazovaných (14 %) tvrdilo, že noční můra má souvislost s filmem, který viděly v televizi. Tři děti (9 %) si svoje noční můry spojily s nějakou chorobou, horečkou či celkovým vyčerpáním. Někteří další účastníci výzkumu (dvě děti; 6 %) se domnívají, že příčina tkví v myšlenkách před spaním. Rovněž se musíme zaměřit na to, kde se dané sny odehrávaly. Ve 14 případech to totiž byla místa známá. Celkově se zpravidla odehrávaly v ponurých lokalitách, jen ve třech případech se děj přesunul do přírody. Pokud jde o vnímání sebe sama, v 62 % případů (31 sen) se děti viděly jako aktéři snu. Další postavy tvořily především nadpřirozené bytosti (čarodějnice, mumie či kostlivec) či zvířata (zejména pavouci, hadi a medvědi).²²

- **Nadměrná spavost** – často označovaná jako lenost, nezáměr nebo i deprese, která ovšem bývá mnohdy důsledkem neléčených (často také nerozpoznaných) poruch spánku nebo zdravotních obtíží (např. u dětí s epilepsií s nočními paroxysmy apod.). Narkolepsie (s paroxysmálními denními spánkovými stavy) je relativně vzácným onemocněním, které již ovšem vyžaduje systematickou neurologickou léčbu.

- **Parasomnie** neboli noční děsy – jsou vázány na fázi hlubokého spánku. Dítě se náhle během spánku zvedá s intenzivním křikem, má mnohdy otevřené oči a nereaguje na okolí. Dítě si z toho po probuzení nic nepamatuje. V těchto případech je lepší podstoupit neurologické vyšetření, jelikož se často jedná o vývojově podmíněnou poruchu aktivace v průběhu spánku. Parasomnii může podpořit i zvýšená zátěž dítěte či vliv vnitřních i interpersonálních konfliktů. K parasomnii patří též somnambulismus (chození ve spánku) a somniloquie (mluvení ve spaní), které jsou projevy především nezralosti CNS a vyšší zátěže na dětský organismus.²³

²² Kračmarová, L., Plháková, A. (2012). *Obsahová analýza dětských snů*. E-psychologie [online]. [cit. 18. 5. 2014]. Dostupné z [www: http://e-psycholog.eu/pdf/kracmarova-plhakova.pdf](http://e-psycholog.eu/pdf/kracmarova-plhakova.pdf). ISSN 1802-8853.

²³ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 258, 259, 260.

2.3 Somatické stesky

Úzkostné děti často reagují na zátěž somatickým projevem, a to z toho důvodu, že u dětí je vazba mezi psychickou a somatickou složkou silnější než u dospělých. Může jít např. o zažívací potíže, problémy s dýcháním, kašel či různé bolesti. Sociální riziko somatických neurotických projevů spočívá ve skutečnosti, že je dospělí považují za účelový mechanismus. Podezírají dítě, že si vymýšlí. „*Tyto projevy jsou sice reakcí na určité problémy, ale nejsou výmyslem. Dětský organismus tímto způsobem signalizuje subjektivní neúnosnost zátěže, kterou tato situace představuje. Jde o mimovědomý, mimovolní proces. Bolest je skutečná a mnohdy přináší dítěti úlevu. Například když je považováno za nemocné, může zůstat doma, rodiče se nehádají a věnují mu pozornost atd.*“²⁴

2.4 Neurotické návyky a tiky

Návyky neurotické povahy můžeme označit jako nutkavé. Vyskytují se totiž souběžně s nimi pocity jako úzkost či napětí, a to zejména v situaci, kdy by dítě dané činnosti nechalo. Zpravidla mluvíme o tělesné aktivitě, která se vyznačuje svou automaticností a stereotypem. Vzhledem k tomu, že jde o spíše nevědomý projev, není vhodné se jej pokoušet vyřešit trestáním. Podstata totiž tkví v tom, že neurotické povahy fungují jako ventil při nadměrném zatížení (např. žák si začne kousat nehty, protože se obává, že bude vyzkoušen).²⁵ Mezi nejběžnější neurotické návyky patří právě již zmiňované okusování nehtů, dumlání prstů, osahávání různých partií těla, škrábání kůže, štipání se či masturbace. Mezi ty méně časté pak patří např. vykrucování si pramínek vlasů, což může vést při delším trvání k viditelným lysinám. Dále pak vytrhávání si obočí a řas. Horší neurotické návyky je schopný odstranit mnohdy až odborník. Důležité je pak upravit životní prostředí dítěte. Nejde pouze o návyk, ale spíše o nedostatečné citové uspokojení či projev vnitřního napětí.²⁶ Velice častým projevem jsou tiky, tedy bezděčné, rychlé a neúčelné pohyby různých částí těla, zejména drobných svalových skupin obličeje (pomrkávání, vraštění čela, křivení úst) a horních končetin (krčení ramen). Existují ale i tiky fonační, při kterých jsou vyraženy různé zvuky, slabiky či slova. Dále musíme mít na paměti, že intenzita projevů závisí na celkové tělesné kondici a výši napětí pacienta,

²⁴ *Psychopatologie pro pomáhající profese*, ref. 7, s. 216.

²⁵ *Psychopatologie pro pomáhající profese*, ref. 7, s. 216.

²⁶ *Psychopatologie pro pomáhající profese*, ref. 7, s. 216; *Psychopatologie*, ref. 3, s. 90.

dále pak na přílivu a odlivu neurózy. Proto se i bez léčení objevují období, kdy je stav pacienta sám od sebe lepší či horší. Příznakům by navenek neměla být věnována nápadná pozornost, ale je důležité, aby pacient podstupoval komplexní léčení.²⁷

2.5 Fobické úzkostné poruchy

Jedná se o duševní poruchy, při nichž jsou úzkost a strach vyvolány určitými dobře definovanými situacemi, které v daném okamžiku nejsou nebezpečné. Výsledkem je charakteristické vyhýbání se takovým situacím nebo jejich překonávání s obavami a strachem. Tyto situace mohou vyvolat např. mdloby či palpitaci a jsou často spojeny se sekundárním strachem ze smrti.²⁸ Strach vzniká ve větší míře už u dětí v batolecím věku, kdy souvisí s rozvojem symbolického myšlení a v předškolním věku se na něm spolupodílí fantazie. „Z. Matějček (1986) považuje za podnět k rozvoji strachu pohádky či strašidelné příběhy, nešetrné vyprávění dospělých nebo drastické scény ze života. Úzkostným dětem stačí malý impuls, aby vznikla fobie.“ U dětí jsou totiž časté fobie ze zvířat, tmy, samoty, z lékařů či různých jiných lidí nebo nereálných bytostí. D. Krejčířová (1995, str. 157) uvádí, že u 3 až 8 % dětí trpících fobií tyto problémy přetrvávají nebo se dále zhoršují.²⁹

2.6 Školní fobie

Vágnerová mezi neurotické poruchy dětí mladšího školního věku řadí i školní fobii, která se může rozvinout po nástupu do školy. Jde o nadměrný strach ze vzdělávací instituce, do níž dítě odmítá chodit, a to buď ze strachu, že se bojí opustit domov (spíše na počátku školní docházky), nebo z důvodu strachu ze selhání či neúspěchu ve školní práci (po předchozí negativní zkušenosti). Pro školní fobii je typické, že se neurotické příznaky objevují jen v době, kdy má dítě jít do školy.³⁰ Dle Říčana a Krejčířové je potřeba jasně odlišit pouhou nechutí dítěte chodit do školy od „pravé školní fobie“. Dítě špatně snáší odchod do školy, ale jiný druh separace (letní tábory nebo sportovní

²⁷ Psychopatologie, ref. 3, s. 90.

²⁸ Duševní a behaviorální poruchy, ref. 2, s. 249.

²⁹ Psychopatologie pro pomáhající profese, ref. 7, s. 217.

³⁰ Psychopatologie pro pomáhající profese, ref. 7, s. 217.

soustředění) mu nevadí.³¹ Děti trpící školní fobií mívají i další neurotické potíže, především somatického charakteru, např. ranní zvracení, bolest hlavy či břicha atp. nebo poruchy spánku. Často jde o děti introvertní, tiché, samotářské, přecitlivělé a neadaptabilní. Proto je třeba školní fobii konzultovat s psychiatrem, protože pouhá změna školy zpravidla nepomáhá, jelikož neřeší základní problém.³²

Základním pravidlem je okamžitý návrat dítěte do školy, i když zprvu nejprve na kratší časové úseky, které se postupně zvyšují. Vhodné také je, aby do školy odváděla dítě neutrální osoba (ne matka). Je potřeba spolupracovat jak s lékařem (v případě somatických problémů), tak i se školou.³³

2.7 Obsedantně kompulzivní porucha

„Obsedantně kompulzivní porucha byla podrobně popsána P. Janetem v roce 1903. Od těchto dob přispěli k jejímu porozumění psychiatři, psychoanalytici a psychologové, kteří se charakteristikami této poruchy zabývali na poli diagnostiky, terapie a výzkumu.“³⁴

Pro tento typ poruchy je typické, že se člověku vtírají neodbytné myšlenky, nápady, představy nebo impulsy, které jsou nesmyslné a neustále se opakují. Pacient ví, že myšlenky jsou nelogické, ale i přesto je bere za své a neumí se jich zbavit. Tyto myšlenky pak vytvářejí předpoklad pro emoční labilitu, psychické napětí či tíseň. Aby člověk snížil intenzitu psychického napětí, volí různé formy rituálů a kompulzí.³⁵ Rituály mají za cíl hlavně snížení úzkostných pocitů, zabránění neštěstí nebo škody sobě či blízké osobě, odčinění špatných a nepřijatých myšlenek. Typickým rysem obtíží je to, že snaha zabránit jim stupňuje úzkost až k panice a může vést k reakci vzteku na ty osoby, které by se pokoušely o zamezení ritualizovaných aktů pacienta. Kompulzivní akty jsou opakující se úkony, které je pacient nucen dělat a které provází úzkost z jejich nesplnění. Porucha zahrnuje buď obsedantní, anebo kompulzivní symptomatiku, ale nejčastěji se tyto dva příznaky mísí. Obsedantní poruchy by měly dle mezinárodní klasifikace nemocí ICD-10 splňovat tyto charakteristiky:

³¹ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 170.

³² *Psychopatologie pro pomáhající profese*, ref. 7, s. 218

³³ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 171.

³⁴ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 230.

³⁵ VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008, s. 101. ISBN 978-80-87182-00-0.

- a) Pacient je musí uznávat jako své vlastní myšlenky a nutkání.
- b) Musí být alespoň jedna myšlenka nebo čin, kterým se pacient bezúspěšně brání, i když mohou být přítomny také jiné, jimž pacient již neodolává.
- c) Myšlenka (nebo provedení činu) nesmí být sama o sobě příjemná (pouhá úleva od napětí a úzkosti není v tomto smyslu považována za potěšení).
- d) Myšlenky, představy nebo nutkání se musí nepříjemně opakovat.³⁶

Zajímavé určitě je, že klinický obraz této poruchy se vyvíjí stejně v adolescentním i dětském věku. Tento typ poruchy se nejčastěji objevuje u dětí po osmém roce života. Potíže někdy začínají bez zřetelné souvislosti s vnějšími událostmi, jindy je možné vysledovat tzv. spouštěcí faktory, mezi které bývají nejčastěji řazeny zatěžující rodinné události (stěhování, úmrtí nebo onemocnění blízké osoby, rozvod rodičů), ale také zúžkostňujícími zážitky.³⁷ Disponované děti mívají často typické osobnostní rysy, například opatrnost, nejistota, pedantičnost, perfekcionismus, nadměrná potřeba plnění sociálních norem a očekávání. Taková nadměrná konformita má obrannou funkci. Vzhledem k tomu, že úzkostné děti mívají velmi silně vyvinuté svědomí, musíme se zabývat i jejich pocitem viny při jakémkoliv nepatrném přestupku. V běžných situacích bychom této problematice pozornost nevěnovali, ale v tomto případě pouze ujištění, že se člověk cítí jistější, když dělá vše, jak by se mělo, nestačí. Proto se takové dítě snaží zabránit jakékoliv změně. Tato potřeba stereotypu se vztahuje dokonce na jejich okolí, na němž je existenčně závislé.³⁸

2.8 Poruchy vyměšování

Poruchy vyměšování se u dětí mladšího školního věku mohou objevit v souvislosti psychické zátěže, která na dítě působí, a to především v období, kdy dítě ještě dostatečně neovládá funkci svěračů a nemá zafixovány návyky udržování čistoty. Poruchy vyměšování jsou pro starší dítě sociálně závazné, protože mohou ohrožovat jeho prestiž ve skupině vrstevníků, tím pádem i sebedůvěru. Dítě s poruchy vyměšování bývá často objektem výsměchu a pohrdání. Děti se tento typ poruchy snaží velice pečlivě tajit. „*Počůrávání je z pohledu školáků sociálně stigmatizující projev.*“ Mezi poruchy vyměšování patří enuréza a enkopréza.

³⁶ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 230, 231.

³⁷ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 231.

³⁸ *Psychopatologie pro pomáhající profese*, ref. 7, s. 218.

- **Enuréza** neboli porucha funkce vyprazdňování močového měchýře bez účasti vůle a pozornosti dítěte. O enuréze mluvíme až po čtvrtém roce života dítěte, do tří let pomočování považujeme za fyziologické. Jako méně závažné a častější je považováno noční pomočování, vzácnější poté představuje pomočování denní, což je způsobeno tím, že při vývoji dovednosti dodržování čistoty se děti obvykle nejdříve naučí ovládat svěrače ve dne a teprve později v noci. Enuréza postihuje častěji chlapce než dívky.
- **Enkopréza** je méně častá ale mnohem závažnější než enuréza. Jedná se o poruchu vyměšování stolice a vzniká podobným mechanismem jako pomočování. Objevuje se obvykle v komplexu obecné neschopnosti zachovávat čistotu.

2.9 Poruchy komunikace a řeči

Úzkostné děti mohou trpět i poruchami v oblasti komunikace, a to mj. v případě emočního napětí, kdy je řeč nějakým způsobem postižena. Mezi poruchy komunikace u dětí mladšího školního věku trpícími neurotickými problémy patří:

- **Mutismus** nebo také nemluvnost. Jedná se o neurotický útlum řeči u dítěte, které mluvit umí, ale z důvodu emoční inhibice mluvit odmítá. Tento útlum je projevem strachu a napětí v dané situaci nebo v komunikaci s určitou osobou. Může vznikat i jako následek traumatu, kterým si dítě projde. Projevuje se tím, že dítě přestává mluvit, posléze reaguje jenom posunky nebo vůbec. K mutismu mají sklony především lidé primárně úzkostní, introvertní, zvýšeně závislí, kteří se nedovedou prosadit, infantilní a sociálně nezkušení. Nemluvnost se nejčastěji objevuje v předškolním věku nebo u mladších školáků, občas ale i po osmém roce života dítěte. Pokud děti trpí nemluvností, není vhodné je nutit mluvit. Mnohem lepší je dotyčného nechat, aby si na situaci zvykl a přestal mít strach. Ostatní děti reagují na nemluvného spolužáka zpravidla ztrátou zájmu o kontakt, který nebyl opětován.
- **Koktavost** (neboli balbuties) je funkční porucha plynulosti rytmu řeči. Jedná se o křečovitě opakování slabik či celých slov nebo prodlužování začátku jednotky verbálního sdělení. Intenzita těchto projevů se přímo odráží od aktuálního

psychického napětí. Častěji se vyskytuje u chlapců než u dívek. Koktavost lze interpretovat jako specifickou reakci na nespécifickou stresovou situaci. Stejně jako většina poruch řeči působí ve formě sociálního stigmatu, upoutává pozornost okolí a vyvolává nepříznivé reakce. Na dítě, které bývá již primárně přecitlivělé, působí výsměch nebo kárání jako další zátěž, se kterou se dítě špatně vyrovnává. Jejich sebehodnocení bývá negativně ovlivněno větší labilitou a mnohdy vyvolává nové (sekundární) neurotické reakce, jako je např. *logofobie* - nepřiměřený strach z řeči. Děti trpící logofobií se vyznačují mnohdy i generalizovanějšími pocity méněcennosti. Další reakcí může být obrana únikem z traumatizující situace, kdy by dítě mělo mluvit a opětovně si tak potvrzovat vlastní nedostačivost. U dítěte může dojít rovněž k izolaci z dětské skupiny, útěku ze školy apod.³⁹

- **Breptavost** je typická tím, že tempo řeči dítěte je nápadně zrychleno, řeč je neplynulá, ale bez opakování a zadržování. Pro breptavost je typické, že děti ze sebe vyráží nerytmický, trhavý proud řeči, často se přeříkávají a nedávají si pozor na artikulaci, tím pádem je řeč pro okolí obtížně srozumitelná.⁴⁰

2.10 Deprese a smutky

„Možnost deprese u dětí byla donedávna silně podceňována nebo i zcela popírána – jednak díky obecnému laickému pohledu na období dětství jako na období šťastné a bezstarostné, jednak i z pohledu klasické psychoanalýzy, podle níž nezralá osobnostní struktura dítěte (především neúplně formované superego) vývoj depresivní poruchy neumožňuje.“⁴¹

Náhled na dětské deprese se nyní podstatně změnil, vzniká mnoho studií a je zcela zřejmé, že děti trpí depresí pravděpodobně stejně často jako dospělí a i projevy se podobají projevům deprese u dospělých. Dětské formy se vyznačují vyšším výskytem somatických obtíží, regresivních projevů a některých dalších „maskujících“ symptomů než deprese u dospělých.

³⁹ *Psychopatologie pro pomáhající profese*, ref. 7, s. 219.

⁴⁰ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 193.

⁴¹ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 175.

Základními projevy deprese jsou (jak u dospělých, tak u dětí):

- a) Smutná nálada – pocit smutku, beznaděj, podrážděnost, ztráta zájmu a radosti z běžných činností.
- b) Poruchy jídla – obvykle nechutenství, občas i přejídání.
- c) Poruchy spánku – obvykle nespavost, občas hypersomnie.
- d) Apatie, ztráta zájmu.
- e) Pohybový útlum nebo agitovanost.
- f) Únava, ztráta energie.
- g) Ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo nepřiměřené pocity viny.
- h) Zhoršená soustředivost.
- i) Úvahy o smrti, suicidální myšlenky.

V mladším školním věku se deprese projevují hlavně formou nízkého sebehodnocení, pocitu viny a bezmoci, depresivní témata (např. úraz, ostuda, ztráta blízké osoby, odmítnutí druhými, kritika) dominují ve hře i fantazii. Prvním projevem deprese bývá často náhlé zhoršení dítěte ve škole – ztrácí zájem o učení, nedokáže se soustředit, nerozumí si se spolužáky. Může se chovat hyperaktivně, neklidně, ale někdy dochází naopak k útlumu. Bývá mnohdy neposlušné, občas se stává zlostným a vzdorovitým. Již v tomto věku je třeba počítat s nebezpečím suicidia. Je uváděno, že až 40 % dětí s poruchami učení trpí depresí. V tomto případě je deprese pravděpodobně reakcí na opakované školní selhávání a hyperkritické postoje okolí. U diagnostiky deprese u dětí je především důležité kvalitní pozorování hry, neverbálních projevů a využití projektivních technik, v nichž se mohou projevit témata nedostatečné péče, zanedbání, studu, kritiky, bolesti a smrti. Deprese se pozná tak, že úroveň výkonů je obvykle snížena, chybí radost ze hry a tvůrčí činnost. V kresbě je pro diagnostiku významnější obsahová stránka, po formální stránce bývají kresby depresivních dětí malé, padající dolů a bývají častěji umístěné na ploše papíru nalevo dole, tyto znaky však nejsou jednoznačně spolehlivé. V úvahu se musí brát také sdělení rodičů a školy, nejspolehlivější však bývá hodnocení vrstevníků.⁴²

⁴² *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 175, 176, 177.

2.11 Suicidální chování

Suicidium je vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Suicidální chování je bráno jako širší pojem, který zahrnuje vedle dokonalých suicidií i suicidální pokusy a projevy svědčící o suicidálních myšlenkách a záměrech. Řada lidí, která se pokusí o spáchání suicidia má ambivalentní postoj k životu – chce zároveň žít i zemřít. S přáním zemřít bývají spojeny fantazie o spojení se ztracenou milovanou osobou, ale také fantazie o pomstě či potrestání toho, kdo nás opouští. Do nedávna se tvrdilo, že dítě nemůže spáchat suicidium, jelikož si neuvědomuje nezvratnost smrti. Novodobější literatura už však tolik netrvá na zralém konceptu smrti, protože pokud je cílem suicidálního jednání zemřít, pak můžeme mluvit o suicidu bez ohledu na to, zda dítě chápe smrt jako nezvratnou. Způsoby vykonání suicidia rozlišujeme na měkké (požití léků) a tvrdé (oběšení, skok z výšky, zbraň).⁴³

„U dětí do 14 let je suicidální jednání méně časté než v dospívání, kdy jeho výskyt výrazně roste. V roce 1986 (kdy byly ještě statisticky sledovány a zpracovávány kromě dokonalých suicidií i suicidální pokusy) bylo u dětí do 14 let v ČR zaznamenáno celkem 42 pokusů a 5 dokonalých suicidií.“⁴⁴

Z výzkumů dále vyplývá, že suicidium spáchá více chlapců, přičemž více dívek se pokusí o suicidium. To vyplývá také ze způsobu spáchání suicidií – u dívek převládá měkký způsob vykonání suicidia, u chlapců tvrdší. Důvody pro spáchání suicidií bývají rozmanité – mohou souviset s psychiatrickými syndromy, zejména s psychotickými nebo afektivními poruchami. Často se uvádí souvislost se specifickými poruchami osobnosti, jako je hraniční osobnost nebo osobnost s disociálními rysy. Mezi faktory, které ovlivňují spáchání suicidií u dětí mladšího školního věku, patří např. vlivy primární rodiny či interpersonální vztahy.

Pro hodnocení suicidálního rizika jsou podstatné následující faktory:

- Předpověditelnost chování dítěte
- Okolnosti suicidálního chování
- Míra letality uvažovaného způsobu suicidálního chování
- Intenzita úmyslu zemřít a fantazie spojené se smrtí

⁴³ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 238.

⁴⁴ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 293.

- Charakter přítomné psychopatologie
- Aspekty emočního prožívání
- Stav ego funkcí
- Schopnost dítěte komunikovat druhými
- Úloha rodiny, školy, vrstevníků

Spáchání či pokus o suicidium je obvykle výsledkem interakce intrapsychických procesů a vnějších okolností, které působí jako stresory. U dětí můžeme pozorovat v psychodynamických procesech výraznější projevy vzteku zároveň s pocity zoufalství, viny a bezmoci. Ze studií vyplývá, že suicidální chování v dětství je často spíše výrazem volání o pomoc než skutečné přání zemřít. Pokud se dítě pokusí o suicidium, je potřeba, aby bylo psychologicky a psychiatricky vyšetřeno, přičemž se vyšetřuje celková psychologická a psychopatologická charakteristika dítěte, jeho rodiny i sociálního prostředí, v němž žije. Posuzuje se také hlavně suicidální riziko dítěte.⁴⁵

⁴⁵ *Dětská klinická psychologie*, ref. 14, s. 238, 239, 240.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je propojení poznatků z teoretické a praktické části. V rámci toho došlo k využití poznatků ze tří konkrétních případů. Samozřejmě pro naprosto detailní popis situace by bylo vhodné využít mnohem větší počet a přiznávám, že tato kazuistika je do jisté míry pouze orientační, přesto jsem přesvědčena, že pro specifikaci na úrovni bakalářské práce bylo dosaženo zajímavých výsledků. Každý jednotlivý případ po představení anamnéz (rodinné, sociální a zdravotní) spěje k sestavení prognózy. V nich se budeme zabývat výhledem do budoucnosti, resp. tím, jak minulé zkušenosti a obtíže ve vývoji jedince ovlivní jeho následnou životní cestu. Objeví se rovněž doporučení pro rodiče, tedy to, jaké postupy by v daných případech měli volit, aby došlo k co nejlepší nápravě.

3.1 Popis vzorku

K výzkumu jsem si vybrala 3 děti ve věku od 8 do 9 let, které navštěvují první stupeň základní školy. Jedná se o jednu dívku a dva chlapce, u kterých byly diagnostikovány některé z neurotických poruch. Všechny tři děti jsou v péči dětského neurologa a prošly si i psychologickou péčí. Liší se však některé příčiny jejich obtíží, a proto dochází k rozdílům rovněž v oblasti prognózy. Každý má také jiné rodinné zázemí, které jej určitým způsobem ovlivňuje, a proto byla záměrně vybrána právě tato tři schémata. Jména dětí jsou smyšlená.

3.2 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je popsat neurotické poruchy u dětí mladšího školního věku. Zaměřím se na důvody vzniku neurotických poruch, na vývoj poruch a jejich intenzitu za různých okolností, ve kterých se děti ocitly. Podíváme se i na to, jak velká spojitost je mezi samotnými neurotickými poruchami a sociální či rodinnou anamnézou.

3.3 Použité metody výzkumu

K výzkumu jsem využila klinická a zdravotní vyšetření a standardizované postupy psychologického vyšetření. K dispozici mi byla i konzultace s neurologem, který mi osvětlil různé spjitosti a upozornil na detaily, kterých si všimne jen specialista. Dále jsem použila metodu pozorování a v neposlední řadě i rozhovor s pacientem. Vše bylo aplikováno současně, abychom dospěli k přesnějším ukazatelům.

Kazuistika č. 1 – Michal

Základní údaje:

- chlapec
- 8,5 let (2005)
- Diagnóza: *tiky + dyslalie + balbuties + epilepsie (rolandická epilepsie)*
- navštěvuje 2. třídu ZŠ
- je v péči neurologa (od 5 let) + psychologa (od 7 let) + logopeda (od 5 let)

Rodinná anamnéza:

Michal žije v bytě s otcem, matkou a mladším bratrem. Otec se narodil roku 1981 a je vyučený automechanik. Matka narozena roku 1983 je vyučená kadeřnice, nyní bez práce. Rodiče nejsou oddáni, žijí pouze ve společně domácnosti. Svatba se nekonala z finančních důvodů. Rodiče i bratr jsou zdraví. Otec trpěl koktavostí v dětství. Otec matky má problémy s výslovností dodnes – zadržává. Prarodiče ze strany matky se podílí na výchově dětí, také se snaží finančně vypomáhat. Michal má se všemi v rodině dobré vztahy. Nejraději má mladšího bratra.

Zdravotní anamnéza:

Těhotenství probíhalo bez komplikací, normální průběh. Michal se rodil hlavičkou dolů. Porodní váha činila 3 120 g, nebyl kříšen, na porodnici bylo vše bez potíží. Začal chodit ve 14 měsících, pleny používal do 2 let. První slova začal říkat v 1. roce, věty skládal ve dvou letech. 1x operace nesestouplého varlete, opakovaný zánět středního ucha – pravé ucho. Trpí na častý výskyt angíny.

Po narození bratra se začaly objevovat tiky (2009) – popotahuje nosem, tik obou očí, žmoulání prstů, zadržával v řeči. Chodí na logopedii – dyslalie a balbuties, často nesoustředěn, proto logopedka doporučila neurotické vyšetření.

Průběh léčení:

První tiky se u Michala vyskytly roku 2009 (ve 4 letech) několik měsíců po narození bratra. Michal v té době navštěvoval MŠ. Rodiče i přes doporučení vychovatelky v MŠ nevzali Michala na vyšetření k lékaři. Stav syna jim nepřišel nijak zvláštní a mysleli, že tiky samy odezní. O necelé dva roky později se Michal ocitl v péči logopedky, kterou navštěvoval v MŠ. Ta rodičům doporučila návštěvu lékaře, a to z toho důvodu, že Michal byl velmi nesoustředěný. Na začátku roku 2011 Michala poslala praktická lékařka na vyšetření k neurologovi z důvodu: dyslalie, balbuties a tiků.

U neurologa byl Michal při vědomí, spolupracoval, byl klidný. Společně s matkou se lékařka domluvila na vyšetření EEG a CT, prozatím bez léčby.

Cestou domů z vyšetření protřpěl Michal svůj první epileptický záchvat. Po vyšetření v autě usnul, byl unavený, měl hlad (ráno nesnídal). Matka během řízení zaslechla chrčení, pacient měl oči v sloup, horní končetiny v extenzi a se záškuby. Nepomočen, nepokálen, nepokousán. Stav trval zhruba 5 min, než matka zaparkovala a podala Diazepam. Poté zavolala rychlou záchrannou službu. Za 10-15 sekund po podání léků stav pominul, byl unavený. Při přijetí v nemocnici byl unavený a měl zpomalené reakce. Po prodělání epileptického záchvatu byla Michalovi zahájena léčba, během pěti denní hospitalizace bez záchvatu. Rodičům byl doporučen protizáchvatový režim – dostatek spánku, dočasně omezit TV, PC – max. 1 hod denně.

Výsledky EEG ukázaly vzhledem k věku abnormitu na hraničním pozadí vlevo, která se zvyrazňuje při HV nosem.

Michalovi byl předepsán Orfiril Long 150 ráno a Orfiril Long 300 mg večer (k léčbě epilepsie) a Diazepam 5 mg v případě záchvatu.

Měsíc po záchvatu kontrola u neurologa ukázala zlepšení. Tiky se objevují dle rodičů jen ojediněle. EEG vzhledem k věku bez přítomnosti ložiskové a paroxysmální abnormity. Michal je více náladový, jinak bez potíží.

Po čtvrt roce se stav chlapce zlepšil, tiky má ojediněle, jen často pokašlává. EEG beze změn. Objevuje se lehká instabilita ve výdrži.

Půl roce od prvního záchvatu je stav stále stejný. Tiky se objevují jen ojediněle. Michal stále často pokašlává. EEG beze změn.

Devět měsíců od záchvatu (2012) je stav stále stejný, ojedinělé tiky, stále užívá Orfiril Long 150 mg ráno a Orfiril Long 300 mg večer. Je před nástupem do ZŠ, kam se těší. V pedagogicko-psychologické poradně mu byl doporučen odklad pro celkovou nezralost. Ten však nebyl realizován a Michal nastoupil do školy v řádném termínu.

Na podzim po 3 měsících docházky je stále v péči logopeda – nedokonalé sykavky, neumí „r“ a „ř“. Školu celkem zvládá. Občas trpí na záškub těla (myoklonické záchvaty), jinak bez potíží. Tiky se již neprojevují. Už 1 a ½ roku bez epileptického záchvatu. EEG: na lehce abnormním pozadí pro méně stabilní základní aktivitu intermitentní specifická abnormita C s pravostrannou převahou.

Na další vyšetření se rodiče s Michalem nedostavili. Přišli až při zhoršení Michalova stavu (po 5 měsících od poslední návštěvy), kdy se mu často opakovaly záškuby těla. Léky byly vysazeny, protože jim došly. Opět se začaly objevovat i tiky. Michal je často unavený. Spí cca 12 hodin denně. Lékařka zvýšila dávkování léků. Michal trpí bolestmi hlavy, ve škole má stále průměrné známky. Občas nedává pozor, je nesoustředěný a „mimo“. EEG je bez specifických změn.

Při další návštěvě (po 3 měsících) má Michal brýle. Hlava už ho nebolí, neškube sebou. Občas nedává pozor a je nevyrovnaný ve výkonech. Hraje fotbal. Škola ho nebaví, nechodí tam rád. Pošťuchují ho kamarádi. Někdy je dost přecitlivělý. Občas hůře usíná.

Na další vyšetření se s Michalem opět nikdo nedostavil. Rodiče řešili rodinnou krizi, kdy došlo k odstěhování otce od rodiny. Michal se dostal na vyšetření až po více jak půl roce (duben 2014), kdy se u něj opět objevily tiky a záškuby těla. Léky nebral, protože došly. Ve škole se zhoršil, nerad tam chodí, má problémy se spolužáky. Objevuje se u něj drobný motorický neklid. Na žádost třídní učitelky byl poslán do pedagogicko-psychologické poradny.

Současný stav:

Chlapec je při vědomí, spolupracuje. Váha 28 kg a výška 130 cm. Přiměřená výživa i hydratace. Řeč nyní již bez potíží. Při vyšetření je klidný. Hlava v normálu. Oční štěrby symetrické. Bulby ve středním postavení, volně pohyblivé. Zornice isokorické. Čítí neporušeno. Patrové oblouky symetrické. Jazyk plazí středem. Slyší dobře. Hybnost šíje normální. Na horní končetině tonus, trofika, hybnost i síla normální. Na dolní končetině tonus, hybnost i síla normální. Páteř pokleповě nebolestivá. Stoj i chůze normální.

Sociální anamnéza:

Michal začal navštěvovat základní školu ve školním roce 2013/2014, je tedy žákem první třídy. Do školy se těšil. Ze začátku se mu ve škole líbilo, nejvíce se skamarádil se spolusedícím Jirkou. Poté došlo k problémům mezi rodiči a otec se od rodiny odstěhoval. U Michala došlo k výraznému zhoršení ve škole, kdy se z průměrných známek dostal na podprůměrné. Jedním z důvodů byla i šesti týdenní absence. Rodičům z tohoto důvodu bylo doporučeno vyšetření u psychologa.

Sociální kontakt Michal navazuje velmi dobře, je však dost nedůvěřivý. K přirozené komunikaci dochází až po důvěrnějším seznámení. Jeho projev odpovídá věku. Před konflikty, které nastaly před odchodem otce od rodiny, byl ve škole hodně spokojený, měl dobré vztahy se spolužáky a cítil se ve třídě bezpečně. Nyní po odchodu otce má ve třídě problémy, spolužáci se mu posmívají, do školy se již netěší. Chválí si paní učitelku, se kterou si rozumí a snaží se ji nezlobit. Začal mít problémy se známkami a pochopením učiva. Největší problém mu dělá matematika. Do školy se připravuje pravidelně, nejčastěji se učí s matkou.

Zadávané úkoly plní ihned a dle instrukcí, pracovní tempo je ovšem pomalejší. Především přechod z jedné činnosti do druhé nebo řešení úlohy, u které je potřeba použít více postupů, mu trvá déle. Přesto mu však nebyly diagnostikovány poruchy pozornosti. Nemá problémy se soustředěním se, jen při dlouhodobějším plnění úkolu bývá nepozorný. Je snaživý, neúspěchy ho mrzí, ale neberou mu chuť do plnění dalších úkolů. Celková úroveň rozumových schopností je aktuálně na rozhraní pásma slabšího průměru až podprůměru. Michalovy schopnosti nejsou v jednotlivých intelektových složkách úplně rovnoměrně rozloženy. Lepších výsledků dosahuje ve složce verbální. Má slušnou slovní zásobu a celkem rozumí významu jednotlivých slovních pojmů. Obtíže mu činí ovšem

slovně logické usuzování. Na nižší úrovni je také všeobecná informovanost a mírně omezený celkový vědomostní přehled. Přesto není úroveň schopností taková, aby Michal v případě pravidelnější domácí přípravy v plnění školních požadavků selhával. Ve složce názorové jsou výsledky mírně slabší. Zde je na dobré úrovni vizuomotorická koordinace a celkem slušná je prostorová orientace. Ovšem snížené je neverbální usuzování, což se projevuje i v nepružnosti myšlení. Toto se projevuje především v numerickém usuzování a v řešení aritmetických úloh. Mírně snížená je také úroveň krátkodobé paměti a oslabena je paměť dlouhodobá. Na současných výukových obtížích může mít podíl také nevyzrálost při nástupu do školy, kterou Míša stále částečně dohání. Žádné závažné specifické obtíže, které by vyžadovaly zvýšený individuální přístup, Michal nemá.

Prognóza:

Rodičům byla doporučena kladná stimulace a jednotná výchova. Je potřeba pokračovat v pravidelné domácí přípravě a pokud možno, vyhnout se školní absenci. Michal má velké problémy se zvládnutím nového učiva a dohánění učiva zameškaného je pro něj značně zátěžové. U Míši je potřeba ve školním prostředí přihlídnout k pomalejšímu pracovnímu tempu. Častěji je potřeba se přesvědčovat, zda Michal ví, co má dělat. Zadávané instrukce popřípadě vícekrát zopakovat a ujistit se, že jim Michal rozumí. Mělo by mu být poskytnuto více času na zpracování a kontroly zadaných úkolů.

Kazuistika č. 2 - Martin

Základní údaje:

- chlapec
- 9 let (narozen r. 2005)
- diagnóza: *tiky + epilepsie (záchvaty fokální komplexní) + obezita*
- navštěvuje 1. třídu ZŠ
- je v péči neurologa (od 7 let), psychologa (od 7 let) a logopeda (od 7 let)

Rodinná anamnéza:

Martin bydlí s matkou v bytovém domě, spolu s babičkou (matka matky), tetou (sestra matky) a jejím přítelem. Otec Martina je neznámý. Matka je narozena roku 1984 se základním vzděláním, navštěvovala učiliště se specializací kuchařka, které z osobních

důvodů nedodělala. Pracuje krátce jako uklízečka, předtím dlouho nezaměstnaná. Matka je zdravá. Babička a teta vypomáhají s výchovou Martina. Ten se všemi vychází dobře, jen se strýcem (přítel maminy sestry) má občas problémy.

Zdravotní anamnéza:

Matka v těhotenství používala léky na štítnou žlázu. Průběh těhotenství bez komplikací. Chlapec se narodil s vrozenou sluchovou vadou, bez potíží. Porod proběhl v termínu, hlavičkou dolů. Porodní váha chlapce byla 3 800 g, délka 54 cm. Chlapec nebyl kříšen. Poporodní adaptace bez komplikací. Psychomotorický vývoj včasný. V roce 2006 utrpěl úraz hlavy – vypadl z kočárku. Roku 2012 upadl ze schodů a zlomil si pravé předloktí. Jinak vážně nestonal.

Martinův průběh léčby:

Martinova léčba byla zahájena v 7 letech (předškolák), na doporučení vyučující v MŠ, která měla podezření na mírně opožděný vývoj a poruchu řeči (problémy s výslovností r a ř).

Martin navštívil speciálně pedagogické centrum, kde se podrobil vyšetřením, které ukázaly, že Martinův vývoj se jeví jako opožděnější, převážně v jemné a hrubé motorice, kresbě (viz Příloha č. 1), grafomotorice a patrná je ještě vada ve výslovnosti. Opoždění přetrvává ve vizuomotorické koordinaci, to se projevuje při nápodobě jednoduchých geometrických tvarů. Jemná motorika ruky je nadále ještě méně rozvinutá a způsobuje výraznější grafomotorické obtíže, na kterých se podílí i porušená vizuomotorika. Kresba postavy odpovídá mladšímu věku, ruka je neuvolněná, převládá nesprávné držení tužky. Percepčně motorické funkce jsou pod věkovou normou v oblasti zrakového a částečně sluchového vnímání.

Matce bylo doporučeno, aby s Martinem rozvíjela jemnou motoriku např. modelováním, vystřihováním, vytrháváním papírů, lepením, navlékáním korálků, malováním prstovými barvami atd. V oblasti grafomotoriky bylo matce doporučeno využít např. *Šimonovy pracovní listy* a procvičovat nácvik vodorovných a svislých čar, spojování bodů, nácvik kroužků, obloučků, spirál atd. Dále měl Martin pravidelně cvičit uvolňování ruky např. obtahováním zvětšených tvarů, dokreslováním tvarů atd. Je také potřeba dbát na to, aby Martin správně držel tužku (špetkovité držení – spojení palce, ukazováku a prostředníku), dodržoval vzpřímený sed a správné naklonění listu – např.

Grafomotorická cvičení s tužkou Týnou na cestách. Martinovi byla doporučena návštěva logopeda.

Před nástupem do 1. třídy ZŠ byl Martin poslán na neurologické vyšetření, které mu doporučila logopedka, a to z toho důvodu, že opakovaně stácel oční bulby vzhůru a doprava cca 1-2 sekundy. Matka potvrdila, že Martin má tyto problémy zhruba dva měsíce (od začátku letních prázdnin, po ukončení docházky v MŠ). Pokud se Martin soustředí, tik se neobjevuje. Je velice neklidný, pobroukává si, nevydrží na místě. Otevírá pusy, pokud se po něm něco chce, nervózní, roztěkaný, neklidný.

Současný stav:

Chlapec váží 57,5 kg, měří 145 cm. Při vědomí. Plně orientovaný, spolupracuje s lékařem. Opakovaně stáčí oči vzhůru, někdy doprava. Otevírá pusy. Občas trpí krátkou zmateností. Hlava v normě. Oční štěrbinu symetrické, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé. Zornice jsou stejně široké. Čítí neporušeno. Slyší dobře. Patrové oblouky symetrické. Jazyk plazí středem. Hybnost šíje normální. Na horní končetině tonus, trofika, hybnost i síla normální. Na dolní končetině tonus, hybnost i síla v normě. Páteř pokleповě nebolestivá. Stoj i chůze normální.

Chlapec byl poslán na CT mozku – bez nálezu. Po vyšetření EEG (elektroencefalografické vyšetření) mu byla diagnostikována epilepsie, záchvaty fokální komplexní.

Sociální anamnéza:

Martin chodí do školy, kde je velmi spokojený, navštěvuje 1. B. Do školy se těšil. Ve školce v kolektivu problémy nebyly. Traumatizující zážitek nemá. Po nástupu do školy se jeho stav po zvýšení dávky léku zlepšil, nyní má však záchvaty v průměru 1x denně. Před nástupem do školy se objevovaly záchvaty i 2x denně. Roztěkaný.

Popis Martina:

Spolupracující chlapec, který je obézní. Znamky zanedbané péče.

Prognóza:

Matce byla doporučena kladná stimulace Martina. Důraz na domácí přípravu. Nemít přílišná očekávání od Martinových studijních výsledků.

Kazuistika č. 3 - Kristýna

Základní údaje:

- dívka
- 8 let (narozena r. 2006)
- diagnóza: *tiky (přechodná tiková porucha emočně senzitivního děvčete)*
- navštěvuje ZŠ
- je v péči neurologa a psychologa

Rodinná anamnéza:

Kristýna žije v rodinném domku společně s matkou, otcem, bratrem a prarodiči. Otec narozen roku 1983 je vyučený opravář zemědělských strojů, nyní pracuje jako dělník. Matka narozena roku 1985 je vyučená pečovatelka a nyní vykonává pozici dělnice. Rodiče jsou oddaní a bydlí společně s rodiči matky, kde mají svůj vlastní prostor, společně sdílejí pouze kuchyň. Oba rodiče jsou zdraví. Prarodiče pomáhají s výchovou jak Kristýny, tak i jejího mladšího bratra. Vlastnímu bratrovi je 2,5 roku, vztah mezi sourozenci je problematický – „děti spolu zlobí“. Obě děti jsou fixované na matku a soupeří o její pozornost. Dívka matce často vyčítá, že jí nemá ráda – vysvětlení od matky nepomáhají. Cítí se velmi upozaděna. Kristýna pomáhá s péčí o bratra – krmí ho atp. Chlapec touží po neustálém kontaktu se sestrou, ta však chce mít svůj vlastní prostor – „chci mít od bratra konečně pokoj“. Tyto situace doma vyvolávají problémy, kdy otec křičí. Děti nejsou fyzicky trestané. Rodina netrpí žádnými vážnějšími konflikty.

Zdravotní anamnéza:

Matka v těhotenství používala léky na tlak, ke konci těhotenství měla problémy s bílkovinou v moči. Porod byl spontánní, bez komplikací a v termínu. Kristýna se rodila hlavičkou dolů. Porodní váha 2 960 g, 49 cm. Kříšena nebyla, na porodnici probíhalo vše bez potíží, nebyla sledována v rizikové poradně a ani neprobíhala rehabilitace.

Co se týče psychomotorického vývoje – Kristýna začala chodit ve 13 měsících, vývoj řeči byl bez nápadností. Dívka je už od mala „hodně upovídáná“. Kolem 2,5 let přestala přes den používat pleny, kolem 3 let nepotřebovala plenu ani v noci.

Kristýna je pravák. Během vývoje došlo 2x ke zlomenině pravé horní končetiny ve 3 a 5,5 letech (naposledy v prosinci roku 2011) s trvalými následky – ruku nedá

na rameno. Po druhé zlomenině chodila na rehabilitace – léčení přes 2 měsíce. Ve 3 letech prodělala infekční mononukleosu. Byla hospitalizována pro otitidu (zánět středního ucha).

Současný stav:

Pacientka je plně při vědomí, spolupracuje. Řeč je v normě. Hlava normální. Oční štěrby jsou symetrické, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé. Dívka netrpí dvojitým viděním. Zornice jsou stejně široké. Čítí neporušeno. Trochu častěji mrkne. Slyší dobře. Patrové oblouky symetrické. Jazyk plazí středem. Hybnost šíje normální. Na horní končetině tonus (svalové napětí), vpravo flektuje horní končetina – jen 90 stupňů. Síla normální. Páteř pokleповě nebolestivá. Stoj i chůze normální. Při rychlejší chůzi pohybuje s prsty.

Pacientce bylo doporučeno vyšetření EEG (elektroencefalografické vyšetření) – záznam z EEG normální, vzhledem k věku, bez přítomnosti ložiskové a paroxysmální (záchvatovité) abnormality.

Bylo provedeno vyšetření CT mozku s výsledkem sinusitid sphenoidalis (zánětlivé onemocnění vedlejší dutiny nosní nacházející se v kosti klínové).

Spí bez poruchy, jí dobře. Povahově je „strašně hodná“ – bez výchovných problémů (jen střety s bratrem).

Sociální anamnéza:

Kristýna nastoupila do MŠ ve 3,5 letech (září 2010), školku navštěvovala jen půl roku, poté byla často nemocná, a tak musela přerušit docházku. Do školky se vrátila až v novém školním roce (září 2011) – nešla příliš ráda. V prosinci 2011 prodělala zlomeninu lokte na pravé ruce, opět přerušila docházku. Znovu nastoupila do školky v únoru 2012 s celodenním pobytem. Po týdnu docházky začala mrkat a během 3 týdnů nastalo výrazné zhoršení. Došlo ke konfliktu se spolužákem. „*Honza mě zlobí, řekl mi něco, co vám nemůžu ani říct, něco ošklivého.*“ Po chvíli – „*řekl, ať vlez do prdele*“. Od té doby trpí tiky, které jsou proměnlivé – mrká, otevírá/špulí pusy, vyplazuje jazyk, dělá grimasy, pohybuje horními končetinami – zvedá ruce v podpaží a „kroučí napjatě prsty rukou a pravděpodobně i nohou“. Sama říká, že jí to něco nutí dělat, při ticích se jí uleví. Zhoršení bylo tak výrazné, že se rodiče opět rozhodli o přerušování docházky. Na dva týdny odjeli na chatu, kde došlo ke zmírnění tikových projevů. U Kristýny se též někdy objevuje

echolálie (automatické opakování slov vyslovených druhou osobou) – bezprostředně opakuje, co slyší v televizní pohádce nebo co říká matka (matka si myslí, že se tím snaží o zapamatování).

Nemá problém s navázáním kontaktu. Je ochotná ke spolupráci. Submisivní (poddajná) – je nejistá svými názory. Samostatná. Než si zvykne na nové prostředí, je viditelná patrná tenze (napětí), objevují se i tiky (otevře ústa a vyplázne jazyk).

V rozhovoru je vstřícná a povídavá. Řečově obratná. Lehce vážne výslovnost „ř“. Reaguje bez zaváhání. Není psychosomaticky neklidná. Je schopná přiměřeně koncentrovat pozornost. V emotivitě bez nápadností. Objevuje se mrkání při výkonové situaci. V aplikované verbální části testu PDW podává průměrný výkon, PDW verbální = 102. Její kresba je obsahově kreativní, grafomotoricky lehce patrná neobratnost motoriky ruky (viz Příloha č. 2).

Z rozhovoru plyne pozitivní emoční vazba na členy rodiny, nejraději má „maminku, tátu a všechny“, při dotazu na bratra „mého brášku mám taky nejraději“. I přesto se cítí být bratrem omezována – „když si vezmu hračku, on ji chce, vezmu jinou, zase mi ji sebere“.

Mateřskou školu navštěvovala nerada. Při dotazu, co by si přála – „toužím po nové školce, aby tam byly nové děti a bylo to tam hezké.“ Těšila se na přechod na ZŠ. Při přechodu na ZŠ se její tikové projevy zlepšily.

Popis Kristýny:

Působí jako komunikativní statná dívka. Trpí vnitřní nejistotou. Dobře na ni působí zájem rodičů.

Prognóza:

Rodičům bylo doporučeno, aby výchova Kristýny byla důsledná a hlavně jednotná. Je potřeba kladné stimulace. Není vhodné přepínat prospěchové očekávání. Stav Kristýny se po odchodu z MŠ výrazně zlepšil. Rodiče jsou obeznámeni s možností zhoršení ale i zlepšení stavu. V případě potřeby je rodina domluvená na kontaktu s psychologem.

ZÁVĚR

Zmíněné téma, neurotické poruchy u dětí mladšího školního věku, je natolik složité, že žádná bakalářská práce nemůže popsat vše. Myslím si, že se mi ale podařilo rozvinout základní teze zmíněné v úvodu. Přesto je zřejmá obrovská rozsáhlost této problematiky, takže byl podán pouze základní nástin informací a tezí vhodných pro bakalářskou práci. Vzhledem k tomu, že mnoho ukazatelů by zasloužilo rozvinout ještě mnohem více do větší hloubky, předpokládám jejich využití v práci diplomové. Podařilo se mi skutečně potvrdit, že neurózy jsou součástí také dětského věku, i když pochopitelně opačná stanoviska se snad v 21. století již objevovat nemohou. Věřím ovšem, že jsem podala specifický pohled na svět, a to nejenom výběrem daných teoretických poznatků, ale konkrétními praktickými příklady. Zkoumala jsem neurózy především z pohledu poruch příjmu potravy či spánku, fobií a rozvíjejících se depresí. Co však je třeba podotknout je problematika suicidálního chování. Při podrobnějším rozboru některých společenských fenoménů jsem totiž nabyla dojmu, že tato část je pro svou velkou citlivost poněkud zatlačována do pozadí. Samozřejmě chápu, že suicidium vyvolává obrovské emoce, ale právě proto jej nelze opomíjet. Na základě toho si myslím, že bylo dosaženo cíle, začlenění této kapitoly do celkového kontextu. Praktická část byla vytvořena se vší odpovědností v souvislosti s přesnou anamnézou rodinnou, zdravotní i sociální. Propojení těchto poznatků umožnilo se blíže zamyslet nad některými pasážemi uvedenými v teoretické části, takže věřím, že každý čtenář se po seznámení s ní nad neurotickými poruchami začal zamýšlet poněkud hlouběji, což je vhodné chápat jako základní teze jakékoliv bakalářské práce. Konkrétní kazuistiky však nepotvrdily původní myšlenku, že neurotické poruchy musejí mít automaticky souvislost například s EEG vyšetřením. U zmíněného případu Kristýny elektroencefalografické vyšetření dopadlo neutrálně, tudíž byl potvrzen spíše psychologický ráz. K obdobným výsledkům jsme dospěli rovněž v Martinově CT vyšetření, jež v mozku žádné abnormality neodhalilo. Domnívám se ovšem, že výše zmíněné případy potvrdily vliv rodiny na rozvoj dítěte. Pokud by se někdo chtěl tímto tématem v budoucnu zabývat, mé doporučení by vycházelo z logopedických záležitostí a pro následný výzkum bych tedy toto viděla jako vhodnou cestu. Domnívám se, že by tímto způsobem mohla být rozebrána rovněž komunikace s okolním prostředím celkově, což by následně umožnilo tyto údaje spojit například se stresovou zátěží. Shodu bychom pak možná našli také u suicidálního chování.

Resumé

Tématem této bakalářské práce jsou neurotické poruchy u dětí mladšího školního věku. Práce je rozdělena na dvě části. První, teoretický, oddíl nejprve představuje tuto problematiku z pohledu historického vývoje, abychom vzápětí mohli pracovat s pojmy jako poruchy spánku, školní fobie či somatické stesky. Tyto údaje jsou následně využívány v pozdějších kapitolách, v nichž nacházíme přesnější popis souvislostí s depresemi, nebo dokonce i sebevraždami. Suicidálnímu chování je věnována pozornost, jelikož v současné době zaznamenáváme zvýšený výskyt těchto případů. Především jsou zmíněny některé příčiny, které tento fenomén vyvolávají, například vlivy primární rodiny či interpersonální vztahy. Druhá část práce, praktický oddíl, se zaměřuje na výzkum konkrétních osob, jejichž anamnéza nám umožňuje problematiku neurotických poruch v této věkové skupině blíže poznat. Součástí poznatků je rovněž prognóza a seznam metod použitých ke zjištění údajů.

Resume

The theme of this thesis is neurotic disorders in younger school age. The work is divided into two parts. The first, theoretical section, primarily presents the issues from the perspective of historical development, then we can work with concepts as disorders of sleeping, school phobia or somatic complaints. These data are then used in later chapters, where we find a more accurate description related to depression or even suicide. The thesis puts emphasis on suicidal behavior, because there is currently seeing an increased incidence of cases. There are some causes that give rise to this phenomenon, for example influences of primary family or interpersonal relationships. The second part, a practical section, declares the research of specific children, whose anamnesis allows us to explore the issue of neurotic disorders in this age group. Prognosis and list of methods used to determine the data are the part of knowledge.

Seznam použité literatury:

RICHTEROVÁ, Libuše, TRNKA, Vojtěch, HOLUB, Václav, MĚČÍŘ, Jan. *Psychopatologie*. 2. vyd. Praha:Státní pedagogické nakladatelství, 1969. 176 s. SPN 90-00-06.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1.vyd. Praha:Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha:MAXDORF s.r.o., 1996. ISBN 80-8580É-33-0.

KREJČÍKOVÁ, Eliška. *Kapitoly z dětské psychologie pro učitele*. 1.vyd. Praha:Státní pedagogické nakladatelství, 1982. 111 s. SPN 17 – 384 – 82.

ALLEN, K. Eileen, MAROTZ, R. Lyn. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 1. vyd. Praha:Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-614-4.

NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň:Typos, 2012. 84 s. ISBN 978-80-261-0115-4.

ČÁP, Jan, MAREŠ, Jiří. *Psychologie pro učitele*. 2. vyd. Praha:Portál, 2007. 656 s. ISBN 978-80-7367-273-7.

LANGMEIER, Josef, LANGMEIER, Miloš, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie s úvodem do neurofyzologie*. 1. vyd. Praha:H&H, 1998. ISBN 80-86022-37-4.

Kračmárová, L., Plháková, A. (2012). *Obsahová analýza dětských snů*. E-psychologie [online]. [cit. 18. 5. 2014]. Dostupné z www: <http://e-psycholog.eu/pdf/kracmarova-plhakova.pdf>. ISSN 1802-8853.

KRATOCHVÍL, Stanislav, JIRÁNEK, Vladimír. *Jak žít s neurózou. O neurotických poruchách a jejich zvládnání*. 4. rozš. vyd. Praha:Triton, 2006. ISBN 80-7254-553-1.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 1. vyd. Praha:Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN 80-04-24526-9.

MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 1. vyd. Dobrá Voda u Pelhřimova: Aleš Čeněk, 1998. ISBN 80-902627-2-4.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. přep. a doplň. vyd. Praha:Grada Publishing, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha:Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008, 331 s. ISBN 978-80-87182-00-0.

ZVOLSKÝ, Petr a kolektiv. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-203-6.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Martin



