

MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**Úzkostná porucha jako rizikový faktor
pro rozvoj poruchy chování a emocí
u dětí a mládeže**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. et Bc. Michaela Bartošíková

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Karel Červenka, Ph.D.

Brno 2016

Bibliografický záznam

BARTOŠÍKOVÁ, Michaela. *Úzkostná porucha jako rizikový faktor pro rozvoj poruchy chování a emocí u dětí a mládeže*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky, 2016. 97 s. Vedoucí diplomové práce Mgr. et Mgr. Karel Červenka, Ph.D.

Anotace

Diplomová práce otevírá téma úzkostných poruch, které v dnešní době čím dál více ovlivňují životy dětí i dospělých. Práce pojednává především o úzkostných stavech u dětí a mládeže v oblasti školního vzdělávání. Téma se bude zabývat rizikovými faktory, které vedou až k poruchám chování a emocí u dětí a mládeže.

Primárním cílem diplomové práce bude prozkoumání úzkostné poruchy jako rizikového faktoru pro rozvoj poruchy chování a emocí. Práce si klade za cíl přiblížit úzkostnou poruchu čtenáři a informovat jej o tomto moderním onemocnění. Čtenář bude seznámen s panickou poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou, agorafobií, obsedantně-kompulzivní poruchou a dalšími neurotickými poruchami.

Diplomová práce se bude zabývat především internalizovanými poruchami chování, které v sobě pojmají úzkost. Účelem práce je nacházení významných rizik, do nichž se promítá stresové působení, zdravotní stav jedince a další důležité faktory. Zaměříme se také na dopad úzkostných poruch, který komplikuje dítěti školní docházku, průběh vyučování, volnočasové aktivity, běžné každodenní záležitosti i prožívání dne. Úzkostná porucha s sebou mnohdy přináší vyhybavé chování až vážné psychické problémy.

Výzkumná část práce směřuje k dospělým lidem trpícím úzkostnou poruchou, kteří se zpětně vracejí do svých dětských let a vzpomínají na komplikace a potíže způsobované tímto zdravotním znevýhodněním. Diplomová práce bude zpracována kvalitativní metodou a bude stavěna na technice sběru dat v podobě individuálních rozhovorů. Využitím kvalitativní metody budou získávány poznatky z rozhovorů s lidmi, kteří mají určitou podobu úzkostné poruchy, a toto znevýhodnění mělo vliv na jejich školní vzdělávání.

Klíčová slova

Úzkostná porucha, porucha chování a emocí, internalizovaná porucha chování, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, panické ataky, rizikové faktory, děti v riziku, emoce, stres, zdravotní stav, ztížení vyučovacího procesu, útky, záškoláctví, deprese, sebevražedné myšlenky, sebepoškozování, intervence.

Annotation

This thesis deals with the topic of anxiety disorders which affect lives of both children and adults more and more nowadays. The thesis is mainly concerned with anxieties in school children and youngsters. The topic will address risk factors that lead to behavioral and emotional disorders in children and youngsters.

The primary goal of this thesis is to explore the anxiety disorders as a risk factor for behavioral and emotional disorder development. It focuses on describing the anxiety disorder to the reader and informing them about this modern condition. The reader will get acquainted with panic disorder, generalized anxiety disorder, agoraphobia, obsessive-compulsive disorder and various other neurotic disorders.

The thesis is primarily concerned with internalized conduct disorders, which concern anxiety. The goal is to discover significant risks that are affected by stress, one's state of health and other important factors. We will also focus on the impact of anxiety disorders which makes child's school attendance quite complicated as well as their hobbies, everyday affairs and even the way they experience the day. The anxiety disorder often brings along evasive behavior or even severe mental problems.

The research section of the thesis focuses on adults suffering from anxiety disorder who retrospect their childish years and relive the trouble and complications caused by this medical condition. The thesis will be processed by the qualitative method and built on the amassing data technique in form of individual interviews. The findings from these interviews with people suffering from some kind of anxiety disorder and this condition affected their school education, will be obtained via qualitative method.

Keywords

Anxiety disorder, behavioral and emotional disorder, internalized conduct disorder, panic disorder, generalized anxiety disorder, panic attacks, risk factors, at-risk children, emotions, stress, health, learning process difficulties, getaways, truancy, depression, suicidal thoughts, self-harm, intervention.

Prohlášení

Tímto prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jsem pouze uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v knihovně Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a byla používána ke studijním účelům.

V Brně dne 30. listopadu 2016

Bc. et Bc. Michaela Bartošíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. et Mgr. Karlu Červenkovi, Ph.D., vedoucímu práce, za pomoc při zpracování tématu mé diplomové práce a za podnětné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat svému příteli za jeho trpělivost a také své rodině i blízkým za motivaci.

Obsah

Úvod	9
1 Porucha chování a emocí u dětí a mládeže	10
1.1 Klasifikace poruch chování a emocí	11
1.2 Porucha chování a emocí	13
1.3 Projevy poruchy chování a emocí	15
1.4 Internalizované poruchy chování	17
1.5 Rizikové faktory pro rozvoj poruchy chování a emocí	19
1.5.1 Děti v riziku poruch chování a emocí	20
1.5.2 Důležitost hodnot a emočních prožitků	22
1.5.3 Negativní prožitky ve školním prostředí	24
1.5.4 Podíl stresu na vzniku úzkostných poruch a poruch chování a emocí	25
1.5.5 Vlivy zdravotního stavu a zdravotního znevýhodnění	27
2 Úzkostná porucha	30
2.1 Klasifikace nemocí a duševní poruchy	32
2.2 Projevy úzkostných poruch	32
2.3 Rizika vzniku úzkostných poruch	34
2.4 Dělení úzkostných poruch	36
2.4.1 Panická porucha	36
2.4.2 Generalizovaná úzkostná porucha	39
2.4.3 Další úzkostné poruchy	41
3 Úzkostná porucha vedoucí k poruše chování a emocí	45
3.1 Ztížení vyučovacího procesu na základě úzkostné poruchy	46
3.2 Záškoláctví a odmítání školy vlivem prožívání úzkosti	48
3.3 Deprese spolu s úzkostnou poruchou	52
3.4 Suicidální tendence a sebepoškozování	54
3.5 Včasná pomoc dětem a mládeži trpící úzkostnou poruchou	56

3.5.1	Včasná intervence	57
3.5.2	Využití resilienčního potenciálu	58
4	Empirická část.....	61
4.1	Formulace výzkumného problému.....	61
4.2	Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky.....	61
4.3	Metodologie výzkumu a zpracování dat	63
4.4	Charakteristika výzkumného souboru.....	64
4.5	Interpretace výzkumného šetření	66
4.5.1	Výzkumná otázka č. 1	66
4.5.2	Výzkumná otázka č. 2.....	71
4.5.3	Výzkumná otázka č. 3.....	75
4.5.4	Výzkumná otázka č. 4.....	78
4.5.5	Výzkumná otázka č. 5.....	80
4.6	Závěry výzkumného šetření	82
	Závěr	84
	Resumé.....	86
	Summary.....	87
	Použitá literatura	88
	Elektronické zdroje.....	94
	Seznam obrázků, tabulek a grafů.....	95
	Přílohy	96

Úvod

Problematika úzkostných poruch byla vybrána, protože se jedná o velice závažné téma a může potkat kohokoliv z nás nejen při větší míře stresového působení, ale i v těch nejméně očekávaných okamžicích. Jedná se o velmi těžké a tísnivé životní situace, které jsou pro osobnost nesnadně zvladatelné, a nelehce se s nimi vypořádává. Ovšem úzkosti nejsou pro okolí pouhým pohledem viditelné. Jen velice obtížně si dokážeme představit, jak se postižená osoba cítí a co při úzkostných stavech prožívá. Prostřednictvím této práce se budeme snažit získat bližší přístup k těmto závažným stavům i situacím.

Když se řeknou poruchy chování, většina lidí si vybaví externalizované poruchy chování, které jsou nápadné a okolí více ovlivňují, nebo dokonce narušují. Internalizované poruchy chování, které mohou úzce souviset s úzkostnými poruchami, jsou naopak méně zjevné, avšak nejsou méně závažné. Nemusí být okolí na první pohled znatelné a mnohdy je obtížné je včas rozpoznat. Většinou se projeví až ve svých důsledcích, které mohou být nadmíru závažné.

Práce přináší příležitost prozkoumání závažných úzkostných stavů a jejich nesnadných následků. Lidem s úzkostnou poruchou se nežíje lehce, protože onemocnění představuje pro postižené jedince velké potíže. Jedná se o závažné situace a postavení, které výrazně ovlivňuje jedince v životě osobním, studijním i pracovním. Porucha má negativní dopady na životy dětí i dospělých, kteří jsou tímto znevýhodněním postiženi.

Tato výrazná zdravotní komplikace nastává nejen v osobním životě a rodinné oblasti, ale také v prostředí školního vzdělávání. Úzkostná porucha představuje pedagogický problém, jelikož dítě blokuje v procesu vzdělávání i plnění školních povinností. Naším úkolem bude zaměřit se na děti a mládež trpící úzkostnou poruchou ve spojení se školním prostředím, kde se začínají projevovat nebo se již nacházejí poruchy chování a emocí.

Záměrem diplomové práce je prozkoumání poruch chování a emocí a rizik jejich vzniku v souvislosti s úzkostnou poruchou u dětí a mládeže. Cílem práce je zjištění, jakými projevy nemoci dochází až k rizikům rozvoje poruchy chování a emocí, které jsou podmíněné tímto zdravotním znevýhodněním.

1 Porucha chování a emocí u dětí a mládeže

V této kapitole se budeme zabývat jedinci s poruchami chování a emocí i jejich edukací. Každé dítě má své **potřeby**, které můžeme rozdělit na psychické, biologické, sociální a vývojové potřeby. Mezi základní psychické potřeby patří potřeba stimulace, potřeba orientace v různých situacích, potřeba citové jistoty a bezpečí, potřeba sociálního kontaktu, potřeba seberealizace a potřeba otevřené budoucnosti.¹

Vývoj poruchy chování probíhá na základě **působení rizik**, která zvyšují pravděpodobnost vzniku poruchy chování a emocí u ohrožených dětí a mládeže. Různé obtíže se na sebe mohou nabalovat přes krátkodobé problémy zvladatelné v běžném školním prostředí až k závažnějším dlouhodobým poruchám chování. Ohrožené děti představují jedince, jejichž potřeby nejsou naplňovány adekvátním způsobem a objevuje se u nich nějaký náznak obtíží. Intervenční strategie etopedie se zaměřují na vyhledávání, podporu a provázení **dětí v riziku poruch chování a emocí**.²

Poruchy chování a emocí jsou často psychologicky podmíněné. Mohou být projevem náhradního uspokojení i voláním o pomoc. Náznaky poruchy chování mohou mít vztah k emoční deprivaci jedince. Velmi podstatná je neoddělitelnost emocionálních problémů a dalších problémů souvisejících s poruchami chování a emocí. Nedílným spolupracujícím oborem etopedie je psychologie, která shrnuje poznatky o zákonitostech psychických jevů. Získané znalosti z této oblasti značně přispívají k nalezení optimálních a účinných řešení případů spojených s poruchou chování a emocí. Stimulaci a motivaci chování ovlivňují **významné faktory vnitřního prostředí** dítěte. Psychologie ovlivňuje speciální pedagogy a pomáhá také vytvářet hypotézy o etiologii konkrétních situací, které ovlivňují jedince v riziku poruchy chování a emocí.³

¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999, s. 70-71.

² PRESOVÁ, Jana. *Školní vztahová síť jako zdroj resilience dětí v riziku poruch chování*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 11-13.

³ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 21.

Mezi základní **východiska etopedie** patří motivace dětí k jiným způsobům chování a vedení k efektivnímu podílení na procesu vzdělávání. Snaží se poukázat na význam edukace, zkvalitňovat život dětí a nacházet uspokojivé sociální začlenění. U dítěte s dispozicí k poruchám chování a emocí a v riziku jejich rozvoje je cílem podpora aktivního přístupu ke vzdělávání, dosažení vzdělávacího potenciálu a plné začlenění do společnosti.⁴ Edukace jedinců s poruchami chování a emocí vyžaduje vyhledávání teoretických řešení, při čemž bere v úvahu různé souvislosti. **Edukační roviny** etopedie hledají faktory, které působí na iniciaci a rozvoj poruchy chování a emocí, a procesy, jež je utlumují. Vyvíjí se tak speciálně-pedagogické metody a postupy výchovně vzdělávacího procesu s cílem posilování kompetencí a zvyšování odolnosti dětí v riziku vůči negativním vlivům.⁵

Při praktických přístupech v souvislosti s diagnostikou, intervencí i reedukací jsou důležité tři roviny, a to **osobnostní** (individuální), **sociální prostředí** a také **životní historie** jedince s poruchou chování a emocí. Rovina osobnostního vývoje se zajímá o odlišnosti jedince vzhledem k morálnímu vývoji, motivaci chování, procesu učení a životnímu horizontu. Biografická rovina zkoumá kritické životní události jako krizové situace a konfliktní zkušenosti jedince, které vedou k citové deprivaci, pocitům ohrožení a dalším problémům. Třetí rovina souvisí se sociálním začleněním a sociálními vztahy.⁶

1.1 Klasifikace poruch chování a emocí

V rámci výrazných změn se dostává kvalita života člověka do popředí zájmu lidstva. Středem pozornosti jsou lidé s určitým typem postižení, kdy je předmětem péče jejich zdravotní stav i jejich možnosti na prožití plnohodnotného a kvalitního života. V souvislosti těchto změn klasifikace nemocí a postižení Světové zdravotnické organizace byla přijata *Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví* v roce 2001 (ICF).⁷

⁴ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 7.

⁵ *Ibid.*, s. 38-39.

⁶ *Ibid.*, s. 39.

⁷ *Ibid.*, s. 28.

Medicínské hledisko klasifikace poruch chování a emocí spolu s Mezinárodní klasifikací funkčnosti poukazuje na základní třídění poruch chování. „Pohlíží na postižení a fungování jako na výsledek interakce mezi fyzickou a mentální kondicí člověka a jeho sociálním a materiálním prostředím.“⁸ Podstatná je mezioborová spolupráce, kdy se klasifikace užívané ve speciální pedagogice s klasifikací medicínskou prolínají. *Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání* (F90-F98) patří do oblasti *Poruchy duševní a poruchy chování* (F00-F99).

Mezi kategorie poruch chování a emocí patří **hyperkinetické poruchy** (F90), **poruchy chování** (F91), **smíšené poruchy chování a emocí** (F92), **emoční poruchy** (F93) a **poruchy sociálních funkcí** (F94). Samotnou úzkostnou poruchu řadíme mezi smíšené poruchy chování a emocí (konkrétně mezi poruchy chování spojené s emoční poruchou).⁹ Smíšená porucha chování a emocí v sobě podle MKN-10 pojímá tři poruchy v této kategorii, a to depresivní poruchy chování, jiné smíšené poruchy chování a emocí a nespecifické smíšené poruchy chování a emocí.¹⁰

V oblasti **dimenzionální klasifikace** se úzkostnými poruchami zabývá skupina zvaná *osobnostní problémy a psychické problémy*, která zahrnuje úzkostné chování. Mezi její charakteristiky patří přehnaná úzkost, sociální uzavřenost, izolace, stydlivost, zvýšená citlivost a další ukazatele se sklony k uzavírání osobnosti.¹¹

Sociální klasifikace poruch chování se věnuje míře závažnosti poruchy chování. *Disociální chování* je projevem nebo důsledkem narušení výchovného procesu či sociálních vztahů. *Asociální chování* se vyznačuje výrazným dopadem do sociálních vztahů jedince. *Antisociální chování* představuje záměrné chování kriminálního charakteru, kdy jedinec již porušuje právní normy dané společnosti.¹²

⁸ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 63.

⁹ *Ibid.*, s. 63-64.

¹⁰ BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007, s. 81-82.

¹¹ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 65.

¹² *Ibid.*, s. 66-67.

Školská klasifikace poruch chování v sobě zahrnuje kromě jiných i **poruchy chování s interními vlivy**. Tyto poruchy v sobě pojímají úzkostnost, různé strachy, pocity méněcennosti, ztrátu zájmu i poruchy spánku.¹³

1.2 Porucha chování a emocí

Definice Sdružení pro Národní duševní zdraví a speciální vzdělávání:

„Pojem porucha emocí nebo chování je **výrazem pro postižení**, kdy se **chování a emocionální reakce žáka liší** od odpovídajících věkových, kulturních nebo etnických norem a mají **nepříznivý vliv na školní výkon**, včetně jeho akademických, sociálních, předprofesních a osobnostních dovedností.“¹⁴ Dále definice říká, že toto postižení není dočasnou a předvídatelnou reakcí na různé stresující události. Nejméně dvě různá prostředí současně zaznamenávají výskyt problému, přičemž alespoň jedno prostředí souvisí se školou. A problém přetrvává navzdory individualizované intervenci. Pokud se objevuje nepříznivý vliv na školní výkon, tato kategorie zahrnuje i děti se schizofrenními poruchami, emocionálními poruchami i **úzkostnými poruchami**.¹⁵

Cílem je naplnění vzdělávacích potřeb každého dítěte a předcházení bariérám ve vzdělávání. Záměrem je také perspektivní sociální začlenění jedince do společnosti a profesního života. Koncept definice vychází z biopsychosociálního modelu postižení Mezinárodní klasifikace funkčnosti.¹⁶

Biopsychosociální model poruchy chování poukazuje nejen na biologické faktory, ale i na kvalitu sociálního prostředí a sociálních vztahů, individuální postoje, sebedůvěru a kompetence jedince. Jestli se konkrétní odlišnost rozvine v poruchu, určují tyto faktory, které jsou významnými činiteli vývoje biologických odchylek v průběhu života dítěte.¹⁷ **Biopsychosociální model funkčnosti** vyzdvihuje vzájemnou souvislost mezi zdravím jedince a úrovní jeho začlenění v sociálním

¹³ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 67.

¹⁴ VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 121.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 88.

¹⁷ VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 119.

prostředí. Na postižení je pohlíženo jako na výsledek vzájemného působení mezi osobnostními faktory, externími faktory a **zdravotním stavem**. Jedinec s poruchou chování a emocí bývá posuzován na základě tří rovin, a to roviny osobnostní (individuální), biografické a sociální.¹⁸



Obrázek č. 1: Biopsychosociální model funkčnosti¹⁹

K naplnění diagnózy **poruchy chování** podle Bowerovy klasifikace dochází, pokud se u dítěte objevuje jedna či více charakteristik s delším trváním z následujícího výčtu:

- Neschopnost dítěte učit se, přitom tento stav nemůžeme podložit intelektuálními, smyslovými nebo zdravotními faktory.
- Neschopnost navazovat a udržovat uspokojivé interpersonální vztahy s vrstevníky, vyučujícími a dalšími.
- Nepřiměřené chování nebo emotivní reakce za běžných okolností.
- Celková a výrazná nešťastná a depresivní nálada.

¹⁸ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 34-36.

¹⁹ VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 119.

- Tendence rozvíjet somatické symptomy, bolest nebo strach, které se slučují s osobními nebo školními problémy.²⁰

Poruchy chování se vyvíjí s různou dynamikou, někdy pozvolna a jindy s vyšší intenzitou. V souvislosti s problematickým chováním se Bower také zajímal o stupně **vývoje poruchy emocí (a chování)**. Nacházíme pět stupňů závažnosti emočních problémů:

- Chování, kdy dítě reaguje na běžné problémy každodenního života, které souvisejí s vývojem, růstem, získáváním životních zkušeností a vyrovnáváním se s realitou.
- Chování, kterým dítě reaguje na větší počet a vyšší stupeň emočních problémů, jež jsou důsledky krizí nebo stresujících zkušeností.
- Chování, kterým se dítě v jisté míře vymyká hranici běžných očekávání, mírné projevy emočních problémů přetrvávají, avšak děti jsou schopny zvládat adekvátní přizpůsobení školnímu prostředí.
- Chování se zafixovanými a opakujícími se symptomy emoční nepřizpůsobivosti, které se dá při školní docházce upravit a v rámci školního prostředí je možné udržovat pozitivní vztahy.
- Chování se zafixovanými a opakujícími se projevy emočních obtíží s výraznými symptomy, u kterého budou tyto obtíže lépe zvladatelné v pobytovém školním prostředí nebo dočasně v domácích podmínkách.²¹

1.3 Projevy poruchy chování a emocí

Často se stává, že se u dítěte projevují poruchy chování a zároveň trpí určitými emočními problémy. **Dětské psychiatrické poruchy** se nedají vždy přesně zařadit do určité kategorie. Mnoho dětí a dospívajících má symptomy více poruch,

²⁰ Eli Michael Bower (Kauffman, 1997). In: ČERVENKA, Karel. *Zdroje a bariéry sociální inkluze dětí s poruchami chování z hlediska výchovných profesionálů*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 35.

²¹ Eli Michael Bower (Bower, 1981). In: ČERVENKA, Karel. *Zdroje a bariéry sociální inkluze dětí s poruchami chování z hlediska výchovných profesionálů*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 36-37.

kteřé se nacházejí v MKN-10. Jedinec může mít příznaky poruchy chování na jedné straně a na straně druhé **úzkosti a deprese**. MKN-10 charakterizuje smíšené poruchy chování a emocí „jako kombinaci trvale agresivního, disociálního a vzdorovitého chování se zřejmými a výraznými příznaky deprese, úzkosti nebo jiných emočních výkyvů“.²²

Potíže a náchylnost k potížím mohou souviset s problematickým chováním, školním neúspěchem nebo absencí. Dosažení vzájemného porozumění, pochopení, tolerance a spolupráce mezi dětmi, dospívajícími a dospělými je velmi znesnadněno intenzivními projevy poruch chování a emocí. Mezi důsledky patří nárůst jednostranných nebo oboustranně negativních vztahů, rozporů a vyplývajících konfliktů v oblasti rodinného a školního prostředí. Nevhodné chování dětí je klíčovým faktorem pro komplikace při řízení učení a dosahování očekávaných edukačních cílů. Také se objevuje nerespektování odlišných názorů, postojů, představ, potřeb, zájmů a hodnot dětí a učitelů v průběhu vyučovacího procesu, tento problém vede k dalším vážným důsledkům. Je důležité brát v potaz rozhodující vliv vnitřních prvků **kognitivní a nonkognitivní oblasti psychiky**²³ a **fyzického stavu** jedince na vznik nežádoucího chování a negativních podob chování u dětí a mládeže.²⁴

Mezi charakteristické přístupy jedince s poruchou chování a emocí k sobě a ke svému okolí patří malá stabilita v chování a negativní ladění vztahů. Mnohdy je toto chování důsledkem vnitřních konfliktů, napětí a stresu jedince. Nízká stabilita v chování se projevuje externím nebo interním způsobem. Při externím chování se jedinec projevuje vůči svému okolí. Při **interním chování** se stahuje do sebe a izoluje se. Jedinci s poruchami chování a emocí mnohdy vyvolávají nelibé pocity, nebývají oblíbeni mezi vrstevníky, jsou často odmítáni druhými a zažívají odcizení.

²² BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007, s. 81.

²³ Do oblasti prvků kognitivní sféry psychiky řadíme vědomosti, dovednosti, zkušenosti, návyky, vnímání, pozorování, paměť, konvergentní myšlení a divergentní myšlení. Mezi prvky nonkognitivní sféry psychiky zařazujeme **osobnostní vlastnosti** jako postoje, potřeby, zájmy a hodnoty, **sociální vlastnosti** jako jsou empatie, spolupráce, pomoc druhým a **charakterové vlastnosti** jako pečlivost, přesnost, pracovitost a svědomitost. In: NAVRÁTIL, Stanislav; MATTIOLI, Jan. *Problémové chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat*. Praha: Grada, 2011, s. 17.

²⁴ NAVRÁTIL, Stanislav; MATTIOLI, Jan. *Problémové chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat*. Praha: Grada, 2011, s. 9-11.

Samy sebe tyto děti považují za nešťastné a neúspěšné. Mívají nízké sebevědomí a neumí se radovat z dílčích úspěchů.²⁵

Děti s poruchou chování a emocí jsou značně ohroženy negativním stigmatem *nálepkování*, které může negativně ovlivňovat jejich sebeobraz a sebepojetí. Dítě, které je označováno jako problémové, začíná podle těchto úsudků o sobě také podobným způsobem přemýšlet. U těchto dětí je častý negativní charakter vztahu k sobě i ke druhým a problémové navazování vztahů. Mnohdy také podhodnocují své výkonnostní možnosti a opakovaně mívají tendenci cítit se nešťastně.²⁶

1.4 Internalizované poruchy chování

U poruch chování rozlišujeme primární a sekundární typy. Existuje disociální chování **primárního typu**, kdy dochází k disociálnímu vývinu, který v sobě pojímá disociální příznaky a disociální poruchy chování. Co je však pro zkoumanou problematiku úzkostných poruch stěžejní, rozlišujeme i disociální chování **sekundárního typu**. Jedná se o epizodické chování, které vzniká na základě nějaké krize nebo následkem krizového stavu. Může se jednat právě o kombinace externalizovaného chování a **internalizovaných poruch depresivního nebo úzkostného charakteru**. Nepřiměřené chování a konflikty vznikají v souvislosti s neurotickým pozadím. Může jít o důsledek psychické deprivace, nedostatečné podchycení hyperkinetické poruchy, narušení vztahových vazeb a nezvládnutí jiných psychiatrických příznaků, kdy je rozhodující a primární právě konkrétní porucha u jedince. Je dokonce možné, že výskyt poruch chování v souvislosti s jinými poruchami je častější než porucha chování ve své čisté formě. Rozpoznání kombinací více diagnostických příznaků dohromady je proto velmi důležité.²⁷

Externalizační problémy (externalizing problems) jsou problémy, které souvisí s chováním, jenž má vliv na vnější prostředí, a obracejí se směrem ke společnosti (externalizace neboli exteriorizace poukazuje na vnější stránku). Patří

²⁵ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 99-100.

²⁶ VOJTOVÁ, Věra. *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2008, s. 13-14.

²⁷ ČERVENKA, Karel; VOJTOVÁ, Věra. *Východiska pro speciálněpedagogické intervence v etopedii: resources for special educational intervention*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 54-55.

sem například opoziční vzdorovité chování, porucha řízeného chování a ADHD. Opakem externalizačních problémů jsou **problémy internalizační** (internalizing problems) neboli vnitřní poruchy chování. Tato problematika vyjadřuje chování, které má dopad do prostředí vnitřního (internalizace neboli interiorizace znamená zvnitřnění). Řadíme sem strach, různé fobie a úzkostné poruchy.²⁸

Internalizované (emocionální) poruchy chování nebývají na chování dítěte vždy viditelné. Pro tyto poruchy je charakteristické vysoce kontrolované a skryté chování. Mohou se vyskytovat u dětí všech věkových kategorií. Přestože nejsou na první pohled znatelné, promítají se velmi negativně do školního výkonu a sociálních vztahů. Internalizované poruchy chování ovlivňují prožívání různých situací, vnímání přítomnosti stresů a mají vliv na školní i výukové situace. Projevují se dlouhodobými příznaky smutku, osamělosti a nedůvěrou v sebe sama. K těmto poruchám řadíme **úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, strachy, fobie a deprese**.²⁹

U menších dětí se úzkostné poruchy, strachy a fobie promítají jako reakce na různé situace a zážitky. Se vstupem do školy se strachy rozšiřují a mohou souviset se strachem ze školy, z vyučovacích předmětů, různých míst, lidí, úkolů i zkoušek. Internalizované poruchy nebývají navenek zřetelně nápadné, nejsou typické obtěžováním učitele, nenarušují školní vyučování a hlavně nemají dopad na chování ostatních spolužáků. Nicméně pro dítě jsou ohromnou zátěží. Velmi negativně ovlivňují celkový **psychosomatický stav** dítěte. Výrazně zhoršují kvalitu prožívání života a postoj k němu.³⁰

Internalizované poruchy chování jsou často reakcí na psychosociální stres způsobený mnoha událostmi. Negativní dopady mohou být zapříčiněny například kritickou životní situací, krizovou situací v rodině, dlouhodobě neuspokojivou situací, špatnými školními výsledky, zážitky spojenými s týráním, zneužíváním a šikanou. Závisí na míře citlivosti dítěte dané vrozenými faktory a získanými zkušenostmi. Úzkostné stavy se také častěji objevují u jedinců, kteří nemají jisté vztahy, zvýšeně podléhají působení druhých osob a mají nízké sebevědomí. Také

²⁸ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 48.

²⁹ VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 171.

³⁰ *Ibid.*, s. 171-179.

mívají strach ze selhání v náročných situacích a často se podceňují. Pedagog by měl věnovat úzkostným projevům zvýšenou pozornost. Všímavý učitel může odhalit symptomy internalizovaných poruch a poskytnout žákovi včasnou intervenci. Stěžejní je kvalifikovaná podpora dítěte v rané fázi vývinu jeho problémů v chování, k níž vede včasné rozpoznání potíží. Často dochází k podceňování vnitřních poruch, i když jsou mnohdy vážného charakteru.³¹

Diagnostikování **afektivních poruch** je čím dál časnějším jevem. Afektivní poruchy v sobě zahrnují různé emoční poruchy. Děti, které mají dlouhodobě přehnané a nereálné obavy, převažuje u nich negativní ladění celkového prožívání a vyskytují se somatické symptomy strachu a obav, mají diagnostikovanou úzkostnou poruchu. Dítě prožívá silnou úzkost a tyto stavy mu brání v běžném každodenním fungování. Úzkostná porucha se u dětí objevuje v počtu 3 až 6 % s rovnoměrným zastoupením obou pohlaví. Mezi dětmi s psychiatrickou léčbou je 3,5 až 8 % jedinců s intenzivními projevy úzkosti, strachu a fobie. Úzkostné poruchy u dětí jsou děleny do skupin podle jejich příčin vzniku. Patří mezi ně separační úzkostná porucha v dětství, sociální úzkostná porucha a fobická úzkostná porucha v dětství. Ve školním prostředí se úzkostná porucha vyznačuje somatickými potížemi, plačtivostí, výbuchy vzteku, problémy s pozorností a s navazováním sociálních vazeb. Také se projevuje **odmítáním školy** a **školní fobií**.³²

1.5 Rizikové faktory pro rozvoj poruchy chování a emocí

Pojem *riziko* neboli *nepřízeň* představuje očekávanou pravděpodobnost maladaptace. Rizikové faktory mohou být genetického, biologického, psychologického, environmentálního nebo socioekonomického původu.³³

Rizikové faktory spadají do oblasti environmentálních stresorů, které zvyšují pravděpodobnost nesprávné adaptace a negativních důsledků u dítěte, a to v oblasti fyzického zdraví, duševního zdraví, školního výkonu i sociálního přizpůsobení. V těchto případech se většinou jedná o různé traumatické životní události jedince,

³¹ VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 172-179.

³² *Ibid.*, s. 172-174.

³³ ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 12.

socioekonomické znevýhodnění, vážné problémy rodičů, rodinné konflikty i duševní poruchy. Pokud je jedinec vystaven rizikovým faktorům, **zcitlivující a oslabující faktory** jej utváří ještě zranitelnějším. Rizikové i protektivní faktory ovšem působí vždy v nějakém kontextu, který utváří osobnostní charakteristiky jedince a vývojové vlivy rodinné, školní, kulturní a společenské.³⁴

1.5.1 Děti v riziku poruch chování a emocí

Vymezuje čtyři cílové skupiny etopedie:

1. děti bez výraznějších problémů v chování
2. děti v riziku
3. děti s problémy chování
4. děti s poruchami chování a emocí³⁵

Děti v riziku poruch chování a emocí jsou vnímány jako ohrožené, projevuje se u nich náznak negativních jevů v oblasti chování a jejich potřeby nejsou naplňovány v plné míře. „Jsou to děti, které musí na cestě k dospělosti překonávat překážky a úskalí (blokace) jako potenciální bariéry v jejich socializačních procesech.“³⁶

Dítě, které je v riziku poruchy chování a emocí, má životní situace významně komplikované, mnohdy plné potíží a překážek. Jeho socializace se nemusí vyvíjet příznivě, dokonce se může vyvíjet rizikově a může být blokována. **Rizika na cestě dítěte k dospělosti** bývají nejčastěji spojována s **osobností** dítěte (sociální zkušenost, individuální fyzická a psychická stavba), dále mohou být spjatá s **rodinou** dítěte (systém a fungování rodiny, chování rodičů a výchovný styl), se **společností** dítěte (sociální znevýhodnění, životní úroveň, normy, konflikty, násilí, kriminalita a diskriminace) a také mohou být spojená se **školou** (podmínky edukace, nevhodné výchovné působení, vrstevnická skupina, neúspěch dítěte, šikana, izolace a agrese).³⁷ Co se týče spojitosti s úzkostnými poruchami, nejvíce podstatná jsou právě rizika

³⁴ ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 13-18.

³⁵ VOJTOVÁ, Věra. *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2008, s. 37-38.

³⁶ ČERVENKA, Karel; VOJTOVÁ, Věra. *Východiska pro speciálněpedagogické intervence v etopedii: resources for special educational intervention*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 89.

³⁷ BALÁTOVÁ, Kristýna. *Hodnoty u dospívajících jedinců s poruchami chování*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 12.

spjatá s osobností dítěte. Do těchto ohrožení, která jsou v souvislosti s úzkostmi, řadíme i nemoc, různá postižení, chronické onemocnění, nízkou schopnost řešit problémy, nízkou sebeúctu a neschopnost prožívat štěstí.³⁸ Rizikové faktory poznamenávají jedince v různé intenzitě, v různé časové délce a v různém období jeho vývoje. Jejich síla působení se zvyšuje, pokud působí dlouhodobě. Rizikové faktory se také na sebe nabalují, kombinují se a vzájemně se ovlivňují, a jejich působnost se tak umocňuje.³⁹

Mezi vysoce rizikové faktory dále řadíme střední až těžké perinatální komplikace, vývojové nepravidelnosti, genetické abnormality i psychopatologické poruchy u některého z rodičů. Zdrojem stresu dětí i adolescentů mohou být také duševní i chronické choroby rodiče, dlouhodobé absence primární péče v prvním roce života dítěte, vážné a opakované dětské nemoci a řada dalších faktorů.⁴⁰

Významnou roli představují individuální dispozice jedince k poruchám chování. Nelze opomenout sociální dimenzi poruchy chování a zároveň i významnost vnějších vlivů při vzniku a rozvoji této poruchy. Zahrnujeme zde odpovědnost okolí dítěte za jeho postižení, upozornění na zvýšení pozornosti ohledně prevence poruchy chování a podstatnou částí je i naděje a optimismus při vyhledávání preventivních pedagogických opatření.⁴¹

Porucha chování a emocí představuje **bariéru**, která se promítá v různých oblastech života dítěte, a výrazně tak poznamenává kvalitu jeho života v dospělosti. Tato bariéra se objevuje také v edukační rovině dítěte. Inkluzivně zaměřená intervence se snaží odstraňovat bariéry, které brání v cestě dítěte k výchově a vzdělávání. Také pracuje na co nejvíce možném rozvoji **potenciálu** dítěte. Cílem etopedie je **optimalizace životních perspektiv** jedince. Proto je důležité maximální omezení znevýhodnění a rizik, aby mohlo dojít

³⁸ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 73.

³⁹ VOJTOVÁ, Věra. *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2008, s. 45-46.

⁴⁰ Emmy E. Werner (Werner, 1996). In: ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 28-29.

⁴¹ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 56-57.

ke společenskému začlenění, vývoji sociálních kompetencí, posilování pozitivní motivace a rozvoji akademických, předprofesních a profesních kompetencí.⁴²

Jako **riziková mládež** (neboli ohrožená mládež) bývají označováni dospívající jedinci, u nichž je zvýšená náchylnost k nepřiměřenému chování následkem spolupůsobení různých faktorů. Vyskytuje se také zvýšená pravděpodobnost selhávání v oblasti sociální i psychické.⁴³ V této souvislosti je vhodné zmínit termín „**emocionální narušení**“. Nejedná se o poruchu chování v pravém slova smyslu, ale o obsahové sepjetí s příčinou poruchy. Do popředí vstupuje zájem o vnitřní faktory, které jsou rizikové pro vznik poruchy chování a emocí.⁴⁴

1.5.2 Důležitost hodnot a emočních prožitků

V souvislosti s poruchami chování a emocí zmíníme důležitost určitých **hodnot**, které jsou významnou součástí sociálně-psychologického pojetí. Hodnoty můžeme chápat jako subjektivní míru důležitosti, kterou daný jedinec přisuzuje určitým věcem, lidem, situacím a událostem ve spojitosti s uspokojováním vlastních potřeb a zájmů. Hodnoty mohou být podstatnými inkluzivními faktory, avšak i bariérami v začleňování jedinců do společnosti. Poruchy chování a emocí patří k výrazným bariérám v procesu edukace jedince. Žáci bývají označováni jako problémoví a jsou vnímáni negativně. Přestože intelektové předpoklady jsou na dobré úrovni, ve školním prostředí selhávají a nenaplnují očekávání svého sociálního prostředí.⁴⁵

Na zodpovědné rozhodování nemají vliv pouze hodnoty, ale i **potřeby, zájmy a postoje**. Tyto vnitřní faktory jsou emočně motivační vlastnosti, které jsou součástí nonkognitivní sféry psychiky jedince. Potřeby jsou vnímány jako vnitřní emocionální prožitky ovlivněné nedostatkem nebo nadbytkem. Zájmy jsou racionální neboli promyšlenou volbou oblastí, jejichž prostřednictvím bytost prožívá a získává,

⁴² ČERVENKA, Karel. *Zdroje a bariéry sociální inkluze dětí s poruchami chování z hlediska výchovných profesionálů*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 31-34.

⁴³ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 56.

⁴⁴ *Ibid.*, s. 48-49.

⁴⁵ BALÁTOVÁ, Kristýna. *Hodnoty u dospívajících jedinců s poruchami chování*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 7-11.

co ji uspokojuje. Postoje se promítají jako naučené, pozitivní nebo negativní reakce jedince na další osoby, prožívání kontaktu a projevy chování. Určité podoby emočně motivačních vlastností fungují jako vnitřní regulátory rozhodování, a ovlivňují tak vnější projevy chování. Jejich pomocí lze předcházet vzniku nežádoucího chování dětí a mládeže. Ke zpevnění stávajících hodnot, potřeb, postojů a zájmů dochází, pokud jedinec získává **pozitivní zkušenost**.⁴⁶

Každá osobnost má hodnotové schéma, kde se nacházejí relativně neměnné hodnoty. Existují kladné a záporné emoční vztahy a city, vyšší emoce jsou jejich prožitky. Pokud jedinec postrádá významnou hodnotu, vyskytuje se u něj demobilizující vyladění, které prožívá jako smutek. Když člověk tápe ve významných situacích a neví, jakým způsobem by měl reagovat, vznikají **prožitky nejistoty, napětí a úzkosti**.⁴⁷

Emoce jsou neoddělitelnou složkou psychických dějů. Jsou psychickými a fyziologickými fenomény významné pro řídicí a regulační mechanismy člověka, charakterizují reakce jedince na dané situace a účastní se ve všech formách postojů a chování. Emoce jsou provázeny nejen subjektivními psychickými prožitky, ale i řadou dalších projevů v oblasti somaticko-vegetativní. To platí především pro negativní emoční prožitky, jakými jsou **afekty** a **nálady**. Podle intenzity a časového průběhu jsou emoce děleny na emočně zbarvené počítky a vjemy, nálady a city, afekty i vyšší emoce. U duševních poruch, které jsou spojené hlavně s poruchami emotivity, jsou časté funkční a strukturální somatické změny vyvolané emocemi. Úzkosti řadíme mezi afekty, u kterých rychle začínají i rychle odeznívají emoční reakce na různé zážitky. Mezi poruchami afektů se vyskytují i fobie (například agorafobie) a přidružené nutkavé jednání.⁴⁸

Nálady, jako déle trvající funkční nastavení emočního systému a pohotovost k emočním reakcím, ovlivňují charakter ostatních funkcí - pozornost, motivaci, myšlení, zájmy a chování. Vážnějšího charakteru jsou *patické nálady*, kdy záleží na jejich intenzitě, trvání a vlivu na osobnost. Existuje více druhů patických nálad,

⁴⁶ NAVRÁTIL, Stanislav; MATTIOLI, Jan. *Problémové chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat*. Praha: Grada, 2011, s. 26-28.

⁴⁷ ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998, s. 85.

⁴⁸ *Ibid.*, s. 85-89.

jedna z nich je úzkostná, kdy dochází k pocitu napětí, neklidu, nejistoty a očekávání špatného. Prožitek může vést až k agitovanosti a jaktaci⁴⁹ a je velmi sužující.⁵⁰

Úzkostné a fobické poruchy jsou spjaté s narušením emočního prožívání. Emoční prožívání je propojené s ostatními psychickými i somatickými funkcemi a může na ně různými způsoby působit. Emoce mají autoregulační postavení, které stimuluje, nebo tlumí aktivitu osobnosti. U úzkostných stavů mohou vést ke zpomalení procesů v těle a neschopnosti cokoliv vykonávat. Také navozují jednání s cílem obrany či **úniku před očekávaným ohrožením**.⁵¹

1.5.3 Negativní prožitky ve školním prostředí

Základními podněty vzniku konfliktů se stávají **střety rozdílných představ**, názorů, postojů, hodnot a potřeb v průběhu různých situací. Časté interpersonální konflikty ve škole vztahující se k průběhu vyučování znesnadňují a znemožňují vyučovací proces. Svou roli hraje rozdíl mezi představou učitele o žácích a jejich reálnými možnostmi i jejich sebehodnocením. Je žádoucím, aby byl vznik konfliktů snížen na minimum.⁵²

Řešení školních konfliktů je spjato s vývojem osobnosti. Mezi činitele přispívající ke změnám průběhu výchovy patří **vnitřní prvky psychiky a fyzický stav** dětí a mládeže. Při výchovném působení je nezbytné respektovat vlivy **vnitřních aktivit organismu**. Je důležité, aby příprava a realizace výchovného působení odpovídala momentální úrovni vnitřního světa vychovávaných a vnější výchova byla podřízena vnitřnímu stavu každého jedince.⁵³

Výchovné působení probíhá mnohdy jako zasahování do vnějších projevů chování dětí a mládeže prostřednictvím verbálních a nonverbálních signálů poučování, nespokojenosti, vyhrožování, dokonce psychického vydírání a různých forem trestání. Vnější projevy chování by měly být posuzovány na základě rozvoje

⁴⁹ Agitovanost je typem hyperaktivity projevující se bezúčelnou psychomotorickou excitací, neklidnou aktivitou, uvolňováním nervového napětí spolu s úzkostí, strachem a duševním stresem. Jaktace se projevuje prudkým neklidem jedince, zmitáním a cvakáním zuby.

⁵⁰ ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998, s. 89-91.

⁵¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2004, s. 399.

⁵² NAVRÁTIL, Stanislav; MATTIOLI, Jan. *Problémové chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat*. Praha: Grada, 2011, s. 69-88.

⁵³ *Ibid.*, s. 34-35.

vnitřních prvků kognitivní a nonkognitivní oblasti psychiky a fyzického stavu jedince. Vnitřní činitele osobnosti se stávají prostředky **autoregulace chování**.⁵⁴

Výsledkem aktivit dětí a mládeže by měly být pozitivní zkušenosti, kladné obrazy o druhých i postoje k nim. Neúspěch žáků ve vyučovacím procesu může vést k negativnímu prožívání, narůstajícím pocitům méněcennosti, vytváření negativního sebeobrazu a záporných postojů k vyučovanému předmětu, vyučujícímu a dokonce i ke škole celkově. Děti získávají negativní osobní zkušenost, pokud se dlouhodobě výsledky hodnocení rozcházejí s jejich očekáváním. Pocity nedostatku vyvolávají **negativní emoční prožitky strádání**. Postupně se zvyšuje i **vnitřní napětí**. Tyto okolnosti mohou vést k různým **formám úniku** jedince.⁵⁵

1.5.4 Podíl stresu na vzniku úzkostných poruch a poruch chování a emocí

Stres, významný nepřítel dnešní doby, má značný podíl na vzniku psychických poruch i poruch chování a emocí. Tato zátěž je bohužel v dnešní době přítomna v menší nebo větší míře jako nedílná součást našich životů. Osobnosti s intenzivnějšími emočními reakcemi mají nižší odolnost vůči stresu. Jedinec bývá ovlivněn vnější stresovou situací, ale je důležitý i psychický a tělesný stav, ve kterém se zrovna nachází. Stres, jinými pojmy *frustrace* a *konflikt*, ovlivňuje jednání a prožívání. Stresová situace vystavuje osobnost vnějším a vnitřním stresorům, a to nepříjemným podnětům, negativním myšlenkám a představám, které ji uvádí do **tělesné a emoční nepohody**.⁵⁶

Stresová reakce je fyziologická a psychologická odezva, která má mnohdy za důsledek rozvoj úzkosti, napětí, strachu a obav. Lidský organismus je přiváděn do stavu pohotovosti a připravenosti k *boji, nebo útěku* s cílem jej chránit. Upozorňuje na možné nebezpečí nebo hrozbu a udržuje tělo i mysl prostřednictvím *poplachové reakce* ve stavu pohotovosti, dokud nepomine. Za množství energie a připravenosti je odpovědný sympatický a parasympatický nervový systém.⁵⁷

⁵⁴ NAVRÁTIL, Stanislav; MATTIOLI, Jan. *Problémové chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat*. Praha: Grada, 2011, s. 32-33.

⁵⁵ *Ibid.*, s. 36-83.

⁵⁶ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 45.

⁵⁷ PRAŠKO, Ján. *Agorafobie a panická porucha: příčiny a způsoby léčby*. Praha: Portál, 2014, s. 36-37.

Stresory se seskupují do určitých kategorií podle dominujícího stresoru. Stresová situace může být spojená s pracovním přetížením a časovou tísň, avšak může mít různou podobu. Pokud dítě prožívá nudu, nemá co dělat a má například nedostatek nových podnětů, může být prostředí stresující právě tím, že postrádá optimální podnětovou stimulaci a přiměřenou aktivitu. Proto odstranění i lehce stresujících podnětů ze školního prostředí není zcela žádoucí. Naopak mírně stresující klima se zvýšenou hladinou kognitivních podnětů přispívá ke zvýšení pracovní výkonnosti a nevylučuje ani příznivé důsledky.⁵⁸

Problematika úzkostných poruch s sebou však přináší **negativní důsledky stresového působení**. Silně traumatizující stresové události mohou na člověku zanechat stopy po celý jeho život, případně jej mohou sužovat poststresové psychické poruchy. Stresová situace se promítá do tělesných i psychických reakcí jedince, kde záleží také na jeho povaze, individuálních zvláštnotech a intenzitě stresorů. Výše odolnosti vůči stresu je u každého jedince klíčová.⁵⁹

V důsledku stresového působení nastávají tělesné změny a **psychické změny**, které v sobě pojímají změny emoční, kognitivní, motivační a **změny v chování**. Každý jedinec na stres reaguje jiným způsobem, **úzkost** je jednou z možností. Mezi nejvýraznějšími změnami v chování je snižování celkové výkonnosti, vyhýbání se školním a pracovním povinnostem, krátkodobé absence, pozdní příchody a pracovní neschopnosti. Jedinci dle svého typu a druhů stresových situací unikají k různým modelům řešení. Vyskytují se také problémy ve vztazích s ostatními lidmi s čtenějšími interpersonálními konflikty. Přítomnost stresu má také vliv na vznik intrapsychických konfliktů.⁶⁰

Psychické reakce na stres zahrnují změnu emočního prožívání, oslabení kognitivních funkcí a aktivizování psychických obranných mechanismů na základě zátěže. Pokud stres přetrvává delší dobu, změna emočního prožívání je obvyklou reakcí organismu. Tato emoční reakce se promítá v podobě **úzkosti** (obavy a napětí na základě ohrožení), **deprese** (neštěstí jako reakce na pocit neřešitelnosti), **apatie**

⁵⁸ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 45-47.

⁵⁹ *Ibid.*, s. 48.

⁶⁰ *Ibid.*, s. 45-50.

(rezignace a pocit bezmocnosti) nebo **vzteku a agrese** (jako obrana proti stresujícímu vlivu).⁶¹

Efektivita školního prostředí se zaměřuje na prevenci rizik v chování u dětí. Mezi požadavky na profil žáka je i souvislost se stresovým působením. Škola by měla napomáhat, aby žák fungoval s posílenou duševní odolností vůči stresu, negativním zážitkům a vlivům.⁶²

1.5.5 Vlivy zdravotního stavu a zdravotního znevýhodnění

Za **zdravotní znevýhodnění** je považováno zdravotní oslabení, dlouhodobé nemoci nebo zdravotní poruchy. Toto znevýhodnění má za následek poruchy učení a poruchy chování a emocí. Žák se zdravotním znevýhodněním vyžaduje zohlednění při vzdělávání.⁶³

Poruchy chování mohou souviset s **neurologickým** a **psychickým onemocněním**. V důsledku těchto onemocnění se jedná o děti vyžadující výchovně léčebný režim. Řadíme sem jedince s psychickým nebo psychiatrickým onemocněním a disharmonickým vývojem osobnosti, u kterých se vyskytují emoční poruchy a vývojové poruchy chování. Děti se závažnými poruchami chování jsou i jedinci vážně ohrožení ve svém vývoji na základě svého **psychického oslabení**.⁶⁴

Somatické poruchy, zdravotní problémy a zdravotní znevýhodnění představují rizikový faktor pro vznik poruchy chování a emocí. Nemoc je méně subjektivně přijatelná za předpokladu, že snižuje kvalitu života postiženého. Vědomí choroby je nedílným aspektem ohrožení vlastního života i vyhlídek do budoucnosti. Závažná choroba s sebou nese spoustu nepříjemných prožitků, starostí a značně oslabuje sociální roli jedince. Pod vlivem nemoci se zhoršuje sebepojetí osoby a vzniká vědomí vlastní odlišnosti od jedinců bez zdravotních komplikací. Závažně

⁶¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999, s. 35.

⁶² MŠMT (2005). In: VOJTOVÁ, Věra. *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2008, s. 81.

⁶³ BALÁTOVÁ, Kristýna. *Hodnoty u dospívajících jedinců s poruchami chování*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 20.

⁶⁴ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 59-60.

onemocnění působí jako silný stresor. Ovlivňuje aktuální prožívání, způsob uvažování i **chování nemocného**, které vyplývá z dané situace.⁶⁵

Somatické změny se promítají do psychického stavu, podobným způsobem i psychické změny poznamenávají somatický stav. Reakce dítěte na vlastní nemoc závisí na dispozicích jedince, vývojové úrovni, individuální zkušenosti a osobnostních rysech dítěte. Vliv má také reakce rodiny a prostředí, ve kterém se dítě nachází. Závažnější nemoci s sebou přinášejí zhoršení celkového stavu osobnosti. Přítomnost nemoci vyvolává negativní prožitky související se změnou životní situace. Nemocné děti jsou úzkostné, obklopuje je nejistota a obavy. Nemoc je vnímána jako ohrožení, dospívající jedinec si uvědomuje svá omezení v různých oblastech a reaguje **obrannými mechanismy**.⁶⁶

Prvky vnitřního světa dětí jsou klíčovými prostředky autoregulace v podobě osobních zkušeností, osobních hodnot, potřeb, zájmů, postojů, návyků, obrazů o druhých, sebeobrazů a také **zdravotního stavu**. Vyučující by měl respektovat reálné vnitřní možnosti žáků. Momentální psychický a fyzický stav jedinců ovlivňuje ochotu a schopnosti pochopit, ztotožnit se a adekvátně reagovat na různé požadavky.⁶⁷

Poradenská a intervenční činnost učitele (předně třídního učitele) se vztahuje na žáka bez problémů, žáka s problémy i žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. Pozornost pedagoga je zaměřena na konkrétního žáka, jeho osobnostní vlastnosti a jeho chování. Může nacházet potíže žáka, přičemž hledá blokace, které brání učení, a všímá si problémů, které ohrožují přístup dítěte ke vzdělávání. Cílem je **identifikace obtíží a jejich souvislostí**. Hlavním úkolem pedagoga je zjištění potíží žáka, analýza jejich souvislostí a dopadu na jedince. Důležitým krokem je zajištění optimálních podmínek pro edukaci a speciálně-pedagogických opatření, na nichž se mohou podílet i odborníci z vnějšího poradenského systému.⁶⁸

Jedinec, u něhož je patrný problém, by měl podstoupit **komplexní vyšetření**, které se skládá ze zdravotního, sociálního, psychologického, didaktického

⁶⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999, s. 63-69.

⁶⁶ *Ibid.*, s. 72-77.

⁶⁷ NAVRÁTIL, Stanislav; MATTIOLI, Jan. *Problémové chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat*. Praha: Grada, 2011, s. 40-91.

⁶⁸ VOJTOVÁ, Věra. *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2008, s. 94-95.

a pedagogického vyšetření. Výsledkem šetření je komplexní zpráva, jejíž nejdůležitější součástí je výstupní speciálně-pedagogická diagnóza. Na základě speciálních vyšetření vzniká doporučení pro reedukační a resocializační proces za použití optimálních výchovných metod a prostředků. Součástí speciálně-pedagogické diagnostiky se stává i **symptomatologie**, která se stará o popis symptomů, jejich klasifikaci, etiologii a interpretaci. Nestačí pouze výčet jednotlivých příznaků, ale je důležité i zkoumání příčin zjištěného stavu a toho, co k němu vedlo. S tím souvisí diagnóza etiogenetická, která odkrývá příčiny vzniku určitého stavu, postojů i chování.⁶⁹

⁶⁹ SPOUSTA, Vladimír. *Speciálně pedagogická diagnostika etopedická*. Brno: Masarykova univerzita, 1995, s. 9-17.

2 Úzkostná porucha

V dnešní době se setkáváme s velkým nárůstem různých úzkostných onemocnění, která spadají do **poruch neurotického spektra**. Mezi neurotické poruchy řadíme úzkostné poruchy, fobické poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy a emoční poruchy. Tuto skupinu poruch spojují podobné projevy a to, že centrálním problémem neurotických poruch je **nadměrný strach a úzkost**. Dříve bylo seskupení těchto poruch označováno termínem „neuróza“, dnes jsou pojímány jako samostatné, dílčí poruchy nebo jejich kombinace.⁷⁰ Úzkost se může projevovat přímým nebo nepřímým způsobem. Pro úzkostné poruchy existuje spousta výrazů, které tento stav popisují. Kromě pojmenování neurózy mezi ně patří i pojmy *emoční poruchy*, *somatoformní poruchy* a *poruchy související s překonáváním stresu*.⁷¹

Na úvod je důležité zmínit rozdíl mezi termíny „neuróza“ a „psychóza“. Neuróza je duševní porucha, při které postižený trpí stavy úzkosti a emoční tísní. Nemoc nenarušuje základní funkce osobnosti, ale jedinec si ji bolestně uvědomuje. Projevuje se duševní nerovnováhou, která způsobuje psychický stres a duševní tíseň. K hlavním neurózám patří úzkostné poruchy, fobické poruchy, obsedantní poruchy a hysterie. Psychóza je vážné duševní onemocnění, které značí nesoulad mezi vnímáním, chováním a prožíváním. Základním rozdílem mezi neurózou a psychózou je to, že neurotický pacient si je na rozdíl od pacienta s psychózou vědom své nemoci a změn ve svém vnímání.⁷²

Dětské neurózy podobně jako u dospělých vznikají na základě predispozic jedinců se ztíženou adaptací na prostředí. Tato problematika spadá do oblasti psychologie a psychiatrie, avšak je potřeba i posouzení dětského neurologa, zda se nejedná o projevy organického postižení mozku. Dětské neurózy se mohou objevovat u dětí již v období kolem tří let v souvislosti se zapojením do kolektivu mateřské školy. Nejčastějšími projevy jsou afektivně respirační (reflexní) záchvaty a noční

⁷⁰ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 55.

⁷¹ BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007, s. 67.

⁷² SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001, s. 132-174.

děsy. Ovšem nejvýznamnějším spouštěcím momentem je nástup dítěte do školy, kdy je na něj kladen požadavek samostatného projevu a soustředění. Dalším kritickým obdobím pro vyhranění neurotických projevů je puberta.⁷³

Úzkost⁷⁴ je reakcí nebo varovným znamením, které má biologický význam. Úzkostná porucha je biologickým, psychickým a sociálním výstražným signálem, který se dostavuje, pokud je osoba v možném ohrožení. Je podmíněna nejen biologicky, ale také kulturně a sociálně. Při úzkostných stavech je přítomný stres, přibývají projevy paniky a strach ze selhání. Pokud není úzkost zvládnuta a řešena, může vést až k závažným psychickým stavům, dokonce postupně spěje přes rezignování osobnosti až k depresivnímu stádiu.⁷⁵

„Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Úzkost se u těchto poruch může objevovat buď v náhlých záchvatech či typických situacích, nebo jako trvalý fluktuující stav.“⁷⁶ Na rozdíl od strachu, který se váže na jednotlivé předměty a situace, úzkost nemá konkrétní obsah. Určité soubory podnětů vzbuzující strach se váží k určitému vývojovému období dítěte. Pokud úzkost roste, je nadměrná, přetrvávající a brzdí vývoj jedné nebo více vývojových oblastí, mluvíme o patologické úzkosti.⁷⁷

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy, které výrazně hendikepují a významně zhoršují kvalitu života. Příznaky a jejich míra je mnohdy tak silná, že omezuje běžný pracovní nebo školní život, rodinné soužití i prožívání volného času. Úzkosti také vedou ke snížení pracovních schopností a nepříznivě ovlivňují lidské vztahy. Úzkostná porucha je často spjatá s neklidem a kontrolováním, které vede a řídí reakce k překonávání ohrožujících situací. Mírné obavy a úzkosti jsou zcela běžné a zažívá je v životě každý. Představují důležité a užitečné signály, avšak pokud nepřerostou v nepřiměřenou míru.⁷⁸

⁷³ ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007, s. 40-41.

⁷⁴ Úzkost v německém jazyce „Angst“ souvisí s latinským slovem „angustiae“ znamenající úzkost a stísněnost. Úzkost je dlouhou dobu známa jako tělesná reakce stísnující srdce, svírající hruď a svazující hrdlo. In: MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014, s. 12.

⁷⁵ MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014, s. 9-15.

⁷⁶ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 10.

⁷⁷ ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍROVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995, s. 157.

⁷⁸ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 10-11.

2.1 Klasifikace nemocí a duševní poruchy

Všechny úzkostné poruchy jsou zařazeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize (MKN-10) a byly rozděleny do několika kategorií. *Neurotické, stresové a somatoformní poruchy* (F40-F48) také spadají do oblasti nazvané *Poruchy duševní a poruchy chování* (F00-F99).

Neurotické, stresové a somatoformní poruchy dělíme na **fobické úzkostné poruchy** (F40), **jiné anxiózní poruchy** (F41), **obsedantně-kompulzivní poruchy** (F42), **reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení** (F43), **disociativní (konverzní) poruchy** (F44), **somatoformní poruchy** (F45) a **jiné neurotické poruchy** (F48).⁷⁹

Hlavní indikací pro psychiatrickou pomoc jsou stavy akutního psychomotorického neklidu, stavy zmatenosti, nebezpečí suicidálního jednání, panické poruchy a akutní nežádoucí reakce vzniklé po aplikaci psychofarmak. Při stavu akutního psychomotorického neklidu je extrémně vystupňována psychomotorika a vyskytuje se ztráta kontroly. V afektivitě má převahu anxieta⁸⁰, agresivita a panika.⁸¹

2.2 Projevy úzkostných poruch

„Úzkost spouští poplašnou reakci těla a připravuje je na boj nebo útěk, a to bez dlouhého rozmýšlení. Srdce začne tlouct rychleji, stoupá krevní tlak, dech se zrychluje a svaly se napínají, aby člověk mohl co nejdříve uniknout hrožícímu nebezpečí.“⁸²

Úzkostné poruchy jsou poruchy typické dominujícími příznaky jako je nepřiměřená úzkost, strach, obavy a vegetativní příznaky. Velmi často se odborníci setkávají s náhlými záchvaty bušení srdce (palpitace⁸³), závratěmi, pocity na omdlení, aniž by tyto příznaky měly určitou somatickou příčinu. Úzkostní pacienti

⁷⁹ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 19-21.

⁸⁰ Anxieta představuje chorobný stav úzkosti.

⁸¹ ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998, s. 147.

⁸² MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014, s. 12.

⁸³ Palpitace představují subjektivně nepříjemný pocit vyvolaný údery srdce, kdy dochází k zvýšenému uvědomování srdečního rytmu.

jsou také typičtí svým vystupňovaným strachem ze situací, kterých se běžně lidé neobávají.⁸⁴

Mezi charakteristické příznaky úzkosti řadíme psychické příznaky a somatické příznaky. Do **psychických příznaků** spadá strach, nadměrné obavy a starosti, pocit intrapsychického napětí a ohrožení, katastrofické myšlenky a představy, nadměrná bdělost a ostražitost, potíže s koncentrací, lekavost, pocit vnitřního chvění, pocit psychické únavy a vyčerpání, depersonalizace a derealizace, panické záchvaty a anticipační úzkost. Co je přitěžující okolnost, osoba trpící úzkostnou poruchou není schopna odpočívat a relaxovat. Do **somatických příznaků** bychom mohli zařadit svalové napětí, zkrácení dechu až hyperventilaci, bolesti hlavy a zad, třes a roztřesenost, píchání u srdce a svírání hrudníku, parestézii, zvýšenou unavitelnost a vegetativní hyperaktivitu, jenž v sobě pojímá tachykardii, pocení, červenání nebo blednutí, pocit sucha v ústech, tlaky v žaludku, nauzeu a další nepříznivé symptomy.⁸⁵

Tělesné funkce jsou integrálně propojeny s procesy, jejich regulací, vnímáním, emocionálními stavy a kognitivním zpracováním. Myšlenky, představy a emoce osobnosti jsou vždy také promítnuty do tělesného vyjádření. Úzkost a strach jsou celistvými psychicko-tělesnými vzorci, kdy úzkost slouží k vyhledávání nebezpečí a strach je reakcí na signalizované nebezpečí. Úzkostné prožívání spojujeme jak s **tělesnými reakcemi**, kam spadá zrychlení tepu, zvýšená sekrece potu a suchost sliznic, tak s **kognitivními reakcemi**, jako je zjednodušené vnímání, zrychlené myšlení a specifické kognitivní vzorce.⁸⁶

Úzkost je pojímána také jako stav, který se projevuje reakcí tří systémů. Promítá se v motorickém chování jedince, například únikem ze situace, třesením a gestikulací. Dále se odehrává ve verbálně-kognitivních reakcích, které v sobě zahrnují myšlenky a představy, vzpomínky a očekávání, nesoustředěnost, verbální vyjádření strachu a obavy. A probíhá i ve fyziologických reakcích za přítomnosti zvýšené aktivace sympatiku, přičemž vyplývají zmíněné tělesné příznaky.⁸⁷

⁸⁴ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 9.

⁸⁵ *Ibid.*, s. 11.

⁸⁶ *Ibid.*, s. 10.

⁸⁷ *Ibid.*, s. 44.

U řady psychických onemocnění se vyskytují anomálie v přijímání potravy. Poruchy příjmu potravy na základě onemocnění je nutné odlišit od mentální anorexie a mentální bulimie. Neochota jíst může být příznakem závažnějších psychických potíží. U většiny jedinců se chuť k jídlu a pocit hladu zeslabují, pokud jsou v zátěžových situacích, u menšího počtu se obráceně zesilují. Potrava funguje v jistém postavení jako náhražka uspokojení a kompenzace starostí, problémů i nedostatku emocionálních prožitků. Navozuje uklidnění a potlačuje strach a úzkost.⁸⁸

2.3 Rizika vzniku úzkostných poruch

Tělo a psychika tvoří celistvý systém. Vycházíme z předpokladu, že každá tělesná nemoc má dopad i na psychický stav osobnosti a každý psychický problém má vliv na fungování tělesné stránky. Existuje řada okolností, které se spolupodílí na vzniku psychických poruch a jsou ve vzájemné interakci. Veškerá psychická činnost je ovlivněna **morfologií** a **fyzologií**⁸⁹ **centrální nervové soustavy**. Jedná se o dědičnou záležitost, tudíž i některé psychické poruchy jsou dědičné. Během života pod vlivem vnitřních a vnějších okolností dochází ke změnám ve stavbě mozku i v biochemických procesech probíhajících v mozkové oblasti. Tyto změny mohou být sice pozitivní, ale i negativní a mohou vést k některým psychickým poruchám.⁹⁰

Úzkost může být naučená, získaná výchovou nebo životními zkušenostmi. Je velice pravděpodobné, že úzkostní rodiče budou mít také dítě s úzkostnou poruchou, případně s dispozicemi k ní. Tento deficit může být také způsoben přehnanou péčí, která zabraňuje rozvoji sebedůvěry jedince, nebo naopak příliš autoritativní výchovou, kdy je dítě ponižováno a je mu bráněno v rozvoji přirozené autonomie.⁹¹

Vznik duševních a neurotických poruch je spjatý s teorií vycházející ze studia rodinné interakce a teorií vyplývající ze sociální interakce. V rodině se nachází systém vztahů, který by měl vytvářet rovnováhu, může také však nabývat

⁸⁸ ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998, s. 82.

⁸⁹ Morfologie je spojena se stavbou, strukturou a propojováním nervových buněk. Fyzologie pojímá biochemické procesy, které probíhají v centrální nervové soustavě.

⁹⁰ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 31.

⁹¹ MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014, s. 14.

patologických forem. Tato patologická nerovnováha může hrát roli při vzniku úzkostných chorob.⁹²

U dané osoby se na vzniku psychické poruchy podílí řada rizikových faktorů, například dědičnost, toxické životní prostředí, nevhodná výživa, špatný životní styl, nedostatek spánku, stres, problémy v rodině, emoční traumata, infekční onemocnění a řada dalších negativních vlivů. Série postupně působících faktorů může vést až k závažné poruše. Ovšem pro to, v jaké míře se rizikový faktor bude podílet, je určující **vnímavost a citlivost** daného jedince, **intenzita působení** rizikového faktoru, **délka působení** rizikového faktoru a **stupeň vývoje** jedince (fáze ontologického vývoje), v němž rizikový faktor působí.⁹³

Dědičné dispozice, genetické programy		
Vnější, environmentální vlivy	Materiální rizikové faktory	1. Chemické 2. Fyzikální 3. Biologické
	Interpersonální rizikové faktory	
	Naučené nevhodné vzorce chování, způsoby prožívání a myšlení	
Vnitřní rizikové faktory	Tělesné nemoci	
	Intrapsychické rizikové faktory	

Tabulka č. 1: Hlavní rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku psychických poruch⁹⁴

⁹² ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998, s. 43-45.

⁹³ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 32-33.

⁹⁴ *Ibid.*, s. 34-38.

2.4 Dělení úzkostných poruch

2.4.1 Panická porucha

Panická porucha (F41.0) spadá do oblasti úzkostných poruch, které se projevují opakovanými záchvaty masivní úzkosti s nepravidelným výskytem. Jedinec není většinou schopen předvídat jejich přítomnost, záchvaty úzkosti začínají zcela náhle a není možné je vlastní vůlí ovládnout. **Panická ataka** může vyústit až v paniku a strach ze ztráty kontroly nad vlastním tělem. Panický záchvat doprovází strach ze zešlání a dokonce i z možné smrti během prožívaného záchvatu.⁹⁵

Panická porucha (neboli epizodická paroxysmální úzkost) je „moderní poruchou“, kterou nazval již Sigmund Freud na konci devatenáctého století. Příznaky záchvatu úzkostné neurózy jsou nesnesitelné stavy, kdy se objevuje neohraničený strach a pocit blízkosti vlastní smrti. Tyto pocity jsou doprovázeny bušením srdce, dušností (dyspnoe), zrychleným dechem, tlakou na hrudníku, pocením, točením hlavy, chvěním a třesem celého těla. Zažívání panické úzkosti, které je mnohdy velmi intenzivní, je doprovázeno spoustou dalších tělesných reakcí spolu s pocitem bezmocnosti, **depersonalizace** a **derealizace**.⁹⁶ Depersonalizační syndrom představuje pocíťovanou změnu vlastní duševní činnosti, těla i okolního prostředí. Osobě s depersonalizací připadá vše neskutečné, vzdálené a zautomatizované. Má pocit, že její pohyby a chování se nejeví jako vlastní. Tělo se zdá bez života a je utvářeno pocitem popisovaným jako prožitek „za sklem“ nebo „jako ve filmu“.⁹⁷

Při závažnějších panických poruchách se u jedinců vyskytuje více záchvatů během týdne, někdy dokonce i během dne. A děje se tak i přesto, že jedinec zrovna neprožívá závažnější události, které by tuto četnost nepříjemných stavů mohly zvyšovat. Jednotlivé ataky trvají zpravidla deset až dvacet minut, avšak mohou probíhat až dvě hodiny. Extrémní úzkosti přicházejí bez varování a nelze je předvídat. Osoba trpící panickou poruchou proto většinou prožívá neustálý silný

⁹⁵ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 60.

⁹⁶ PÖTHE, Petr. *Emoční poruchy v dětství a dospívání: psychoanalytický přístup*. Praha: Grada, 2008, s. 92.

⁹⁷ OCISKOVÁ, Marie; PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 120.

strach z dalších záchvatů, které se jí opět zmocní. Při panické atace osobu obklopují myšlenky plné strachu z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání, ze zešlání a pocity ztráty kontroly nad vlastním tělem. Jedinci se mohou domnívat, že právě prožívají srdeční infarkt, mrtvici, nebo že mají jinou závažnou tělesnou chorobu. Proto se mnohdy stává, že si postižený při výskytu panické ataky přivolává záchrannou službu a nechává se odvézt na nejbližší pohotovost. Po odeznění záchvatu může přetrvávat třes těla, napětí, vyčerpání a únava.⁹⁸

I když se nejedná o situace, které by ohrožovaly tělesné funkce, tělo při záchvatu bojuje, jako by šlo o život. Pacient si vybavuje nejhorší možné katastrofické interpretace. Pocity, které jsou těsně spjaté s panickou atakou, jsou katastroficky vysvětlovány jako bezprostřední **hrozící tělesné nebo psychické selhání**. Velice nepředvídatelné a ošemetné je to, že při každé panické atace může člověk zažívat zcela nové příznaky, které u dřívějších záchvatů ještě nepozoroval, a proto na ni nemůže být nikdy zcela připraven. Postupně se může vyvíjet *vyhýbavé chování*. Osoby s panickou poruchou se chtějí vyvarovat situacím, kde se jim záchvaty objevily, a místům, odkud je složitější se rychle vzdálit. Také je častý strach být o samotě a vyhýbání se místům, kde není dostupná pomoc.⁹⁹ Během panického záchvatu se zapojuje kompletní prožívání vytvářené několika se ovlivňujícími komponenty. Celkový stav jedince je tvořen úzkostnými myšlenkami a představami, úzkostnými emocemi, tělesným prožíváním i úzkostným chováním. Vzniká tak **bludný kruh úzkosti**.¹⁰⁰

Etiologie panické poruchy není zatím zcela jasná. Existuje více pohledů na tuto problematiku z hlediska biologické psychiatrie, jiné postoje nabízí psychosociální model a teorie učení. Také vlivy genetických aspektů mohou hrát roli. Existuje celá řada hypotéz, které by mohly vysvětlovat panickou poruchu z biologického hlediska. Z řady studií vycházejí hypotézy poukazující na dysregulaci periferního i centrálního nervového systému. Nervový systém jedinců s panickou poruchou ukazuje na zvýšený sympatický tonus a reaguje přehnaně na mírné stimuly. Také je možná dysregulace v noradrenergním systému, serotoninergním systému

⁹⁸ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 121.

⁹⁹ *Ibid.*, s. 122-164.

¹⁰⁰ *Ibid.*, s. 21.

a dopaminergním systémem (neurotransmitterové systémy centrální nervové soustavy).¹⁰¹

S rozvojem úzkosti mnohdy souvisí traumatické události v dětství, ztráta důležité osoby, předčasné oddělení od matky, separace od rodičů, nedostatečná péče, týrání, sexuální zneužívání a strach z opuštění. Velkou roli hraje i výchova, která je perfekcionistická, nadměrně kritizující, přehnaně protektivní a rozmazlující. Pravděpodobně děti, které nezažily dostatek bezpečí v dětství, mají problémy s podléháním stresu v dospělosti. Dítě žije s pocitem, že svět je plný nebezpečí.¹⁰² Je nacházeno spojení dětské úzkosti s úzkostností v dospělém věku. Souvisí s vrozenými predispozicemi dítěte a vyšší anxiózitou, která je výraznější u dětí rodičů s panickou poruchou, a to vede k častějšímu výskytu fobie a úzkosti. K aktivaci může docházet po setkání jedince s kritickým stresorem.¹⁰³

Tato psychická porucha se nejčastěji vyskytuje na přelomu adolescence a dospělosti, avšak může se objevit již před desátým rokem. Vrchol výskytu se objevuje okolo 15. až 24. roku života. U dívek je tato porucha dvakrát častější než u chlapců. Porucha pro dítě představuje velmi stresující a výrazně omezující nemoc.¹⁰⁴ U tohoto znevýhodnění se vyskytují **suicidální myšlenky** a téměř desetina lidí s panickou poruchou se dostala až k **sebevražedným pokusům**. Panické ataky navíc předpovídají další možné duševní poruchy, mezi které patří další úzkostné poruchy a **deprese**. Je velice pravděpodobné, že úzkostné stavy mohou vést k potížím s pozorností a soustředěním ve školním prostředí. Onemocnění výrazně ovlivňuje chování jedince, kdy dochází k přetrvávajícímu neklidu a útekům z různých situací. K úpravě stavu dochází prostřednictvím užívání farmakoterapie. První volbou jsou většinou antidepresiva (předně SSRI). Antidepresiva dokáží postupně zvyšovat funkce serotoninu v mozkové oblasti, a normalizují tak biologickou rovnováhu. Dále je léčba možná benzodiazepiny (alprazolam, clonazepam a diazepam), tricyklickými antidepresivy, IMAO (nespecifické ireverzibilní inhibitory monoaminoxidázy) a dalšími léky. Účinnou pomocí bývá i psychoterapie, především kognitivně-behaviorální terapie.¹⁰⁵

¹⁰¹ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 127-130.

¹⁰² PRAŠKO, Ján. *Agorafobie a panická porucha: příčiny a způsoby léčby*. Praha: Portál, 2014, s. 32.

¹⁰³ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 161-162.

¹⁰⁴ *Ibid.*, s. 121-124.

¹⁰⁵ *Ibid.*, s. 167-200.

Spousta lidí označuje prožití panického záchvatu jako „zážitek šílenosti“. Přiblížení panických stavů je možné prostřednictvím výpovědi, kde třináctiletá dívka popisuje panický záchvat:

„Když jsem večer usínala, v posteli mě přepadl šílený pocit, že někam padám, že padám někam do hloubky... točila se mi hlava, bušilo mi srdce, nemohla jsem se nadechnout, měla jsem strach, že umřu... asi po půl hodině, která se mi zdála jako věčnost, se mi podařilo se rozdýchat, ale do rána jsem už neusnula. Od té doby mám strach, že se mi to vrátí, nemyslím na nic jiného, doma ani ve škole se nesoustředím.“¹⁰⁶

2.4.2 Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1) se projevuje dlouhodobým prožitkem úzkosti, která je doprovázena různými tělesnými reakcemi. O této poruše můžeme mluvit, pokud úzkostné stavy u jedince přetrvávají minimálně šest měsíců. Obavy trpící osoby jsou takového rozsahu, že ústí až ve strach ze zešílení a strach ze smrti.¹⁰⁷ Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) je úzkost, která se vlivem konfliktních nebo traumatických zážitků patologicky stupňuje. Jak tvrdí Říčan, u některých dětí můžeme nacházet zvýšenou hladinu difúzní úzkosti. Úzkostnost je povahovým rysem, který je do značné míry konstitučně podmíněný.¹⁰⁸

Projevem poruchy je nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami. Trpící osoba má přílišné obavy, které brání fungování ve škole, v práci i v běžném životě. Typickým příznakem je neustálá plynoucí úzkost, která není omezená na určité situace nebo okolnosti, ale postihuje jakékoli každodenní záležitosti. Pocity trvalé úzkosti jsou označovány jako „*volně fluktuující úzkost*“ nebo „*chronická ustaranost*“. Člověk s touto poruchou velmi často přehnaně reaguje úlekem, má také problémy se soustředěním a pozorností. Myšlenky osoby s GAD jsou automatické a většinou obsahují obavy, že se něco nepříjemného stane. Jedinec

¹⁰⁶ PÖTHE, Petr. *Emoční poruchy v dětství a dospívání: psychoanalytický přístup*. Praha: Grada, 2008, s. 91.

¹⁰⁷ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 61.

¹⁰⁸ ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995, s. 158.

často přehlídí své vlastní přednosti, má přehnané odhady míry rizika a očekává stále tu nejhorší možnost. Postižený člověk nedokáže odpočívat, uvolnit se a relaxovat.¹⁰⁹

Děti trpící GAD jsou neustále v permanentním **napětí**, které je spojeno často s nejrůznějšími somatickými obtížemi, jako jsou bolesti hlavy, točení hlavy, závratě, nevolnosti, bušení srdce, dechové obtíže, ale i celková nervozita, roztřesenost, chvění a svalové napětí. Osoby trpící touto poruchou jsou často neklidné a pasivní. Dominujícím problémem je jejich vystrašenost. Děti s touto poruchou jsou také velmi nejisté a mají nízké sebevědomí. Mezi jejich trvalé a mnohdy neustupující obavy patří budoucí události a možné vlastní selhávání.¹¹⁰ Tento výčet se výrazně promítá do vlivu na školní vzdělávání a zapojení jedince do vyučovacího procesu.

Obavy a starosti jedinec nedokáže kontrolovat, dokonce má pocit, že problémy ovládají jeho. Neustále se u něj objevují starosti s budoucím nebezpečím a tělo je permanentně připraveno na možné ohrožení, to vede ke konkrétním fyziologickým příznakům. Navíc je patrné podceňování vlastních schopností a nejistota, že tato ohrožení jsou zvladatelná. Patologická nekontrolovatelnost, nadměrnost a nerealističnost jedinci velice přitěžují a komplikují život. Osoba neustále sleduje a ujišťuje se, zda jí i jejímu okolí nehrozí nějaké nebezpečí, aby mu případně mohla zabránit. Pacient trpící GAD se bojí i toho, když si starosti nedělá, protože nemá vše pod kontrolou. Dochází k takzvanému *zabezpečovacímu chování* nebo k *vyhýbavému chování*.¹¹¹

Kognitivně-behaviorální model předpokládá vrozenou zranitelnost, ze které se vyvíjí maladaptivní učení v dětství. Úzkost je udržovaná na základě toho, jak člověk nahlíží na sebe sama, své okolí i budoucnost. Chronická úzkost je spjata s předpoklady souvisejícími s ohrožením v různých situacích. Negativní přesvědčení se týká oblasti **výkonnosti** (pocit nedostatečné a nedokonalé práce, která za nic nestojí), **přijetí ze strany okolí** (ztráta vztahů na základě osobní nedokonalosti), **vlastní hodnoty** (pocit, že vlastní já nestojí za nic) a **kontroly** (pokud nebude vše pod kontrolou, hrozí nebezpečí).¹¹²

¹⁰⁹ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 68-71.

¹¹⁰ ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍROVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995, s. 158.

¹¹¹ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 73-79.

¹¹² *Ibid.*, s. 79-80.

Porucha se vyskytuje v různém stupni od lehčích forem nemoci až po velmi závažné formy, kde prožívání úzkosti neustává a výrazně komplikuje danému jedinci běžný život ve všech jeho oblastech.¹¹³ Jedná se o pátou nejčastější psychiatrickou poruchu. Nejobvyklejší propuknutí choroby je okolo 16. až 25. roku, avšak může vzniknout v kterémkoliv věku. Příznaky nemoci se mnohdy objevují pozvolna a nenápadně, ale dochází i k rychlému nástupu potíží v souvislosti se stresujícími životními událostmi. Prediktory neuspokojivé prognózy v sobě zahrnují dlouhé trvání poruchy, dlouhodobou tělesnou nemoc, výskyt další psychické poruchy, špatnou sociální adaptaci a narušené vztahy. Porucha se objevuje často od období dětství, má kolísavý průběh a přetrvává po celý život.¹¹⁴

Podobně jako u panické poruchy je léčba dlouhodobá a spočívá ve specifické psychoterapii (zejména kognitivně-behaviorální terapie) a podáváním psychofarmak (anxiolytika a antidepresiva). Zpočátku je léčba doplňována benzodiazepiny (alprazolam a clonazepam), které přivodí zklidnění, ale nejsou k dlouhodobé léčbě, protože vzniká somatická závislost na léku. Kombinace obou přístupů, jak medikace i psychoterapie, je na místě.¹¹⁵

2.4.3 Další úzkostné poruchy

Do dalších úzkostných poruch řadíme:

- Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)
- Depersonalizace a derealizace (F48.1)
- Agorafobie (F40.0)
- Sociální fobie (F40.1)
- Specifické fobie (F40.2)
- Jiné anxiózně fobické poruchy (F40.8)
- Posttraumatická stresová porucha (F43.1)
- Poruchy přizpůsobení (F43.2)
- Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (F93)
 - Separční úzkostná porucha v dětství (F93.0)

¹¹³ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 61.

¹¹⁴ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 71-85.

¹¹⁵ *Ibid.*, s. 91.

- Fobická úzkostná porucha v dětství (F93.1)
- Sociální úzkostná porucha v dětství (F93.2)

Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně-kompulzivní porucha (F42) se projevuje hlavně **obsesí** a **kompulzí**. Obsese představují velice nepříjemné a obtěžující myšlenky a představy, které zůstávají v mysli, a postižený jedinec je nedokáže potlačit a zbavit se jich. Kompulze jako komplexnější vzorce chování jsou již činy a výkony, které jedinec opakovaně vykonává proti své vůli. Typické jsou opakované a stereotypní kontroly, při nichž se osoba snaží dosáhnout stavu, který by měla pod svou kontrolou, a předcházela tak možnému nebezpečí či ohrožení. Ani kompulze nedokáže postižený svou vůlí ovládat, i když si závažnost nutkavého jednání zřetelně uvědomuje. Myšlenky jsou tak silné, že pokud nevyhoví svému vnitřnímu nucení, prožívá velice silnou úzkost a napětí.¹¹⁶

Jedinec pociťuje tato vlastní nutkání jako cizí, neodpovídají jeho skutečným zájmům a přáním. Rozeznává nepotlačitelné impulzy jako chorobné a pociťuje k nim značný odpor, přesto se jich nedokáže zbavit. Obsedantní myšlenky a představy jsou typické opakovanými a stereotypními zásahy do mysli postiženého jedince. Nutkání má souvislost se strachem a pocitu viny, a vyvolávají tak úzkosti. Snaha zabránit obsedantní myšlenkám a představám je neúspěšná, protože porucha není ovladatelná vůlí. Čím více se jedinec snaží nutkání odolávat, tím více je v permanentním tlaku. Nemoc dochází až do takového stádia, že se stává nesnesitelnou. Člověk trpící obsesemi je mnohdy depresivní a jeho stavy se prohlubují a příznaky zhoršují. Obsedantně-kompulzivní porucha je geneticky podmíněna za předpokladu, že zde hrají významnou roli i různé zátěžové situace.¹¹⁷

U jedince se vyskytují myšlenky a rituály, které nejsou *ego-syntonní*, to znamená, že nejsou v souladu s tím, jak postižený vnímá realitu. Naopak *ego-dystonie* je spojena s neurózami, panickými atakami, depresemi i tímto onemocněním a značí nesoulad mezi cítěním, prožíváním, chováním a vlastním

¹¹⁶ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 61.

¹¹⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999, s. 208.

sebepojetím. V dětství se mohou vyskytovat mírnější formy obsesí a kompulzí. Avšak závažnější formy přetrvávají, ovlivňují běžný život a postižený se jim snaží bránit. Porucha se nejčastěji objevuje ve středním školním věku a rané adolescenci, přestože profesionální pomoc bývá vyhledána mnohdy později. Obsedantně-kompulzivní porucha se nezřídka objevuje současně s jinými psychiatrickými poruchami.¹¹⁸

Agorafobie

Dalším velice podobným typem fobické poruchy je **agorafobie** (F40.0). Agorafobie se vyskytuje převážně až v dospělosti, ale příznaky nemoci se mohou objevovat již v období dospívání. Porucha se projevuje chorobným strachem z pobývání v uzavřených a veřejných prostorech, kdy jedinci trpí často panickými záchvaty úzkosti. Panická porucha je často kombinovaná s agorafobií, protože daná osoba žije ve strachu, že jej panická ataka přepadne na veřejnosti. Z toho vyplývá snaha vyhnout se všem situacím, které tyto strachy u jedince navozují. Dochází k výraznému ovlivnění kvality života daného člověka.¹¹⁹

Nemoc je provázena silným strachem a vede k vyhýbání se situacím, které by mohly být pro jedince ohrožující. Výskyt problémů je často spojený také s cestováním dopravními prostředky, přeplněnými místy a shluky lidí. Úzkost se objevuje na základě fobického podnětu nebo vzdálení se z místa bezpečí. Napětí a hrůza rostou, pokud má jedinec pocit, že není možný útek. V myšlenkách postižené osoby je hrozba, že se jí přihodí nějaká katastrofa, na jejímž základě se přestane ovládat, omdlí, zkolabuje a nebude mít nad sebou žádnou kontrolu. Nositel se raději vyhýbá pobytu v místech, kde není dostupná pomoc a odkud není snadný útek v případě zastihnutí panického záchvatu. Počet ohrožujících situací se může stupňovat natolik, že jedinec vůbec není schopen vycházet z domova.¹²⁰

¹¹⁸ BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007, s. 73.

¹¹⁹ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 58.

¹²⁰ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, s. 255-256.

Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

Úzkostné a fobické poruchy mohou propuknout v kterémkoliv věku, existují však určité úzkostné poruchy, které jsou typické přímo pro období dětství. I když se tyto poruchy řadí k poruchám chování, mají významný vliv i z hlediska úzkostných poruch. Označujeme je **emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (F93)**.

Separáční úzkostná porucha v dětství (F93.0) je typická svým dominantním projevem, a tím je strach z odloučení od blízké osoby. Jedná se o fobii spojenou se ztrátou blízké osoby. Možná reakce na odloučení, provázená silným strachem a úzkostí, je tak silná, že znemožňuje dítěti běžné fungování v životě a způsobuje psychické strádání.¹²¹

Fobická úzkostná porucha v dětství (F93.1) je typická přetrvávajícími strachy a fobiemi, které jsou v přiměřeném věku běžné, avšak u této poruchy přetrvávají déle a ve větší intenzitě, a znemožňují tak dítěti normální životní fungování. Do této kategorie spadá například strach ze tmy, zvířat, výšek, uzavřených prostor a různých sociálních situací.¹²²

Sociální úzkostná porucha v dětství (F93.2) se projevuje strachem z cizích lidí a dochází k vyhýbání. Tento strach je tak intenzivní, že narušuje a znemožňuje nejrůznější sociální aktivity jedince.¹²³

¹²¹ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 63.

¹²² *Ibid.*, s. 64.

¹²³ *Ibid.*

3 Úzkostná porucha vedoucí k poruše chování a emocí

Poruchy emocí a chování se mohou vyskytovat zároveň i s jiným postižením. Tato problematika se vztahuje k dětem a mladistvým se schizofrenií, emocionálními poruchami, úzkostnými poruchami nebo dalšími trvalými poruchami chování a jeho ovládání, pokud se zde vyskytuje **nepříznivý vliv na školní výkon**.¹²⁴ Velkou překážkou je mnohdy právě zdravotní stav dítěte, obzvláště pokud je vážného charakteru. Děti s poruchami chování a emocí mají různé individuální charakteristiky, které jsou užitečné pro uvážení specifických edukačních potřeb jedince. Je třeba brát v úvahu odlišnosti dítěte, aby mohla být identifikována a respektována jeho **individuální edukační potřeba** a mohl být rozvinut **individuální potenciál dítěte**.¹²⁵

„Psychika a tělo tvoří jeden systém. Psychika ovlivňuje biochemické procesy v organismu a tělesné změny ovlivňují průběh psychických procesů. Jakákoliv změna na tělesné úrovni se dříve či později promítá do psychiky (nejprve do emočního prožívání, později do dalších psychických procesů - vnímání, soustředění pozornosti, myšlení, představitosti, tvořivosti, paměti).“¹²⁶

Pokud úzkostná porucha propukne u jedince, mnohdy nemá ponětí, co se s ním děje, tyto pocity jsou mu zcela neznámé a vyvolávají v něm silný **strach**. Může se dokonce stát, že se dítě bude bát se svými pocity svěřit. Úzkostné poruchy negativně ovlivňují kvalitu života jedince, a to ve velkém rozsahu. Proto jsou vzdělávací možnosti u dětí a mládeže značně omezené. Nemoc také znemožňuje prožívání běžných aktivit a trávení volného času. Jedinec se často začíná vyhýbat různým činnostem a zálibám z důvodu, že se u něj může úzkost a záchvat objevit. Dítě například ze strachu přestává navštěvovat zájmové kroužky.

Úzkostné stavy jsou nečekané. Dítě prožívá neustálý strach, že jej přepadne panický záchvat. Jedním z příznaků úzkostné poruchy je snaha uniknout možnému

¹²⁴ VOJTOVÁ, Věra. *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2008, s. 53.

¹²⁵ ČERVENKA, Karel. *Zdroje a bariéry sociální inkluze dětí s poruchami chování z hlediska výchovných profesionálů*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 33.

¹²⁶ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 48-49.

nebezpečí, a tak na základě mnohdy nevyhnutelných situací dochází k různým **formám úniku**. U dětí v akutní tíživé situaci, které jsou většinou úzkostné nebo depresivní, dochází k **náhlým poruchám chování**. Chování jedince může poukazovat na problém, a být tak voláním o pomoc. Dítě jedná v panice s domněním, že by mu toto počínání mohlo pomoci uniknout z konfliktní situace.¹²⁷



Obrázek č. 2: Bludné kruhy úzkosti¹²⁸

3.1 Ztížení vyučovacího procesu na základě úzkostné poruchy

Nemálo osob s úzkostnými problémy se obává, že se z intenzity svých panických stavů zblázní. Nemoc zastiňuje jasné myšlení a jedinec má pocit, že jej intenzita emocionálního tlaku připraví o rozum. Osoba trpící úzkostnou poruchou není schopna ovládat své naléhavé myšlenky. Při mírné úzkosti vzrůstá pozornost, bdělost a připravenost k podávání intelektuálních výkonů. Avšak nadměrná úzkost **blokuje myšlení, soustředění i jednání**.¹²⁹

Emoční poruchy v dětství se projevují abnormální úzkostí, která snižuje celkovou aktivační úroveň jedince a tím i jeho chování. V prvním případě úzkost tlumí a inhibuje projevy dítěte. Dítě se cítí v ohrožení, stahuje se do sebe v rámci vlastní obrany a uniká od různých aktivit. V druhém případě úzkost způsobuje vnitřní psychické napětí a neklid, které jsou příčinou **zhoršené funkce pozornosti a paměti**.

¹²⁷ ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997, s. 178.

¹²⁸ PRAŠKO, Ján. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál, 2006, s. 13.

¹²⁹ MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014, s. 24-25.

Na základě těchto problémů má žák **potíže s učením**, přestává se mu ve škole dařit a obecně dosahuje horších výsledků. Nepříznivá situace může vést k celkovému zhoršení školního prospěchu.¹³⁰

Pocit emoční nepohody zatěžuje poznávací schopnosti. Je narušena koncentrace pozornosti s negativním dopadem na paměťové funkce, uchování, vybavování i reprodukci. U nemocného úzkostnou poruchou dochází k neschopnosti soustředění a odbíhání myšlenek. Proto je omezené i dosahování přijatelných výkonů a jsou zhoršeny pracovní schopnosti. Na správné soustředění, pozornost a schopnost učení má vliv fungování organismu. Úzkostnost je trvalejším rysem osobnosti, která se vyznačuje vyšší sebekontrolou. Jedince nepřetržitě vyrušují pocity ohrožení. Neustále si dělá starosti a obavy z budoucího neštěstí, které jsou doprovázeny úzkostným napětím, nervozitou, přecitlivělostí, podrážděností a vnitřním neklidem. V oblasti dosahování cílů má vliv očekávání (anticipace) neúspěchu a nevyhnutelné myšlenky vlastního selhání. Výsledkem bývá **selhávání**, i když není podmíněno nedostatkem schopností. Vznik pocitů méněcennosti, nedostačivosti a strachu ze selhávání je vývojovým rizikem. Negativní citové prožitky a nepříznivé hodnocení oslabují sebehodnocení a vytváří vnitřní překážky. Dítě špatně snáší psychickou zátěž a pracuje se mu o to hůře, pokud je daný úkol časově limitován. Neurotické dítě nebo dospívající není schopen relaxovat, má trvalé **pocity únavy** a často se u něj objevují **poruchy spánku**.¹³¹

Přestože úzkostné poruchy způsobují řadu tísnivých a problémových situací, je možné u tohoto znevýhodnění nacházet i možná pozitiva. Úzkostná porucha s sebou přináší některé **kladné vlastnosti osobnosti**. Řada žáků s tímto deficitem se může vyznačovat značnou pečlivostí, spolehlivostí a zodpovědností. Jde často o jedince, kteří na sebe mají vysoké nároky a jsou velmi snaživí. Erikson definuje období školního věku právě jako fázi snaživosti a výkonu. Avšak alarmující je přehnaná pečlivost a perfekcionismus, nepřiměřená zodpovědnost, nadměrné kontrolování a ustaranost. Strach z odmítnutí vede k nadměrnému zatěžování úkoly,

¹³⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999, s. 215.

¹³¹ *Ibid.*, s. 205-224.

vytváření nepřiměřeně vysokých cílů a tendencím dělat vše pokud možno co nejdokonaleji.¹³²

Neúspěch dítěte může být způsoben nezvládnutím učiva na základě **absencí** způsobených zdravotním stavem. Pro jedince je obtížnější stíhat děti v ročníku, jelikož vzrůstá počet zameškaných hodin a zameškaná látka se hromadí. Dítě potřebuje dohnat učivo, které kvůli onemocnění zameškalo. Patrně bude potřeba individuálního vedení speciálním pedagogem, který s ním bude řešit možné potíže s učením. Značná pozornost musí být věnována také vrstevníkům nemocného dítěte. Dítě, které často ve škole chybí, je ohroženo větším rizikem eliminace z kolektivu školní třídy. Může nastat řada problémů, jako například posměch nebo **šikanování**. Je nutné zabránit, aby nedocházelo k **viktimizaci** ohroženého jedince.¹³³

3.2 Záškoláctví a odmítání školy vlivem prožívání úzkosti

Záškoláctví představuje nejčastější spouštěč poruchy chování. Podle školské klasifikace poruch chování je záškoláctví spojené s poruchou chování vyplývající z konfliktu.¹³⁴ Důvodů, proč se dětem nechce do školy, může být spousta. Existuje však rozdíl mezi **záškoláctvím** a **školní fobií**. Školní fobie (jiným termínem „**odmítání školy**“) je jednou z internalizovaných poruch chování, kterou mnohdy není lehké identifikovat a včas podchytit. U záškoláctví jsou absence odůvodněné záměrným vyhýbáním se školnímu prostředí a možné účasti na alternativních aktivitách. Rozhodnutí jedince je na základě motivu absence a také bývá často propojeno s dalšími problémy v chování. Odmítání školy je na rozdíl od záškoláctví na základě psychických problémů dítěte, které jsou mu překážkou, aby do školy šlo nebo v ní bylo. Může se přitom jednat i o děti a dospívající, kteří by ve škole byli rádi, ale něco jim v tom brání.¹³⁵

¹³² PRAŠKO, Ján. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál, 2006, s. 20-61.

¹³³ ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 52-53.

¹³⁴ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 67.

¹³⁵ VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 172.

Odmítání školy je druhem neurózy, která je charakterizovaná přítomností úzkostí a obav. Mezi specifické rysy, které charakterizují odmítání školy, patří:

- Žák má závažné potíže při navštěvování školy, které často vedou k dlouhodobé absenci.
- Dítě prožívá vážné emoční rozladění, je nadměrně bázlivé, dochází k výbuchům vzteku, nevolnosti a upozorňuje na špatný zdravotní stav.
- Žák často zůstává doma místo vyučování s vědomím rodičů.
- Není zároveň zjištěna přítomnost dalšího problémového chování a závažných asociálních poruch.¹³⁶

Záškoláci dokáží své absence před rodiči delší dobu zatajovat. Záškoláctví je mnohdy spojené s lhaním a touláním se místo vyučování. Naopak děti, u kterých se vyskytuje školní fobie, většinou mají zájem o studijní záležitosti. Existují však spojitosti mezi odmítáním školy a záškoláctvím. Problémy nejsou vždy jasně ohraničenou skupinou. U dětí se mohou objevovat současně rysy záškoláctví i školní fobie.¹³⁷

K odmítání školy dochází nejčastěji mezi jedenácti až třinácti lety u jedinců, kteří vnímají školu jako zdroj strachu a úzkosti. Školní fobie je dělena na akutní a chronické odmítání školy. Chronické odmítání je spjato s větší závislostí na rodičích, neurózou, výskytem duševních poruch u rodičů a nižší sociabilitou. Pro akutní odmítání je častější výskyt depresí. U starších dětí, které odmítají školu, je pravděpodobné, že trpí závažnějšími poruchami, jakými mohou být úzkostné poruchy. Pro vhodnou intervenci a terapeutický zásah je nutné dítě nechat podrobně psychologicky vyšetřit s ohledem na afektivní, kognitivní a behaviorální funkce. Odborník dokáže posoudit, jestli jde o závažnější problém. Chování dítěte může být podloženo právě somatickým onemocněním, panickou poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou, agorafobií nebo těžkou depresí.¹³⁸

Pokud dítě trpí úzkostnou poruchou, například panickou poruchou nebo generalizovanou úzkostnou poruchou, je u něj pravděpodobný výskyt nevolností

¹³⁶ ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 40-41.

¹³⁷ *Ibid.*, s. 41.

¹³⁸ *Ibid.*, s. 42-44.

a dalších somatických úzkostných projevů. Děti často doprovázejí fyzické obtíže jako bolesti hlavy, bolesti žaludku, závratě a zvracení. Úzkostné poruchy výrazně omezují fungování ve školním prostředí. Pokud je jedinec obklopen úzkostí během vyučování, nebo dokonce prožívá panické ataky, často ze školy utíká. Vyhodnocuje stav při prožívání strachu a úzkosti, na základě kterého dochází k **úniku z nepříjemné situace**. Nastává **vyhýbavé chování** u situací, z nichž má osoba hrůzu a snaží se jim vyvarovat. Jedinec se také uchyluje k dalšímu **zabezpečovacímu chování**, kdy vytváří obranu nejrůznějšími způsoby, a to odkládáním nepříjemných činností, ujišťováním se o bezpečí a vyhledáváním pomoci.¹³⁹

Útěk lze interpretovat jako určitou variantu únikového jednání. Tělesné i psychické příznaky nedovolují běžné zapojení do školního procesu. Dítě se cítí špatně, má strach, často prožívá záchvaty ve škole, a tak z ní i bez dovolení odchází domů. V takovém případě dítě směřuje k záškoláctví, přestože nevyhledává zábavnější podněty, netoulá se, nezkouší návykové látky, ani neutíká za „lepšími aktivitami“. Jeho nedovolený odchod je podmíněn zdravotním stavem. Problém dítěte je příliš velký. Jedinec v dané situaci není schopen zvládnout potíže vhodnějším způsobem. Častá je spojitost s agorafobií, kdy se úzkost vyskytuje na určitém místě, tím může být i školní prostředí. Jedná se o děti, které jsou nadměrně úzkostlivé a mají psychické obtíže spojené se školním prostředím. Silná úzkost je často doprovázena depresí, podrážděností a poruchami spánku.¹⁴⁰ „Studie dospělých, kteří trpí neurotickými poruchami (zejména agorafobií), ukazují, že významná část z nich v dětství odmítala školní docházku.“¹⁴¹

Chování je mnohdy doprovázeno panikou a úzkostí, pokud má dítě odejít do školy. „Většina dětí dokonce ani není schopna domov opustit a vydat se do školy. Mnoho z těch, kteří se do školy vydají, se v půli cesty vrátí. Některé děti, které sice do školy dorazí, zase plny úzkosti utečou domů. Mnoho dětí tvrdí, že do školy chtějí chodit a jsou na to připraveny, ale když nastane čas odchodu, tak to nezvládnou.“¹⁴²

Vyučující může včas zachytit příznaky rozvíjející se úzkostné poruchy i školní fobie. Měl by vnímat tyto potenciální ohrožující faktory a následně se

¹³⁹ PRAŠKO, Ján. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál, 2006, s. 60-61.

¹⁴⁰ ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 42-44.

¹⁴¹ *Ibid.*, s. 57.

¹⁴² *Ibid.*, s. 42.

pokusit o nápravu. Cílem intervence je odstraňování spojitosti mezi negativním prožíváním a školním prostředím. Pro speciálně-pedagogickou diagnostiku je zásadní posouzení, zda se jedná o vyhýbání škole, nebo naopak získání něčeho žádanějšího, jako je například hraní na počítači a sledování televize. Hlavní rozdíl spočívá v tom, jestli jde o únik z něčeho nepříjemného (negativní posilování), nebo únik pro dosažení příjemného zážitku (pozitivní posilování). Úzkostné prožitky mají negativní dopad a zapisují se do psychiky i socializace dítěte. Škola by měla nabízet bezpečné prostředí, kde by měly probíhat bezpečné procesy výuky a učení zajišťující přístup ke vzdělání a prožívání školního úspěchu. Důležitá je podpora vzdělávacích potřeb každého jedince v případě rizikového působení.¹⁴³

Ve školních záznamech má dítě často **omluvenou absenci** právě na základě zdravotních důvodů. Problém proto nemusí být velmi dlouho odhalen, avšak postupně nabývá většího rozsahu. Pro zvládnutí situace je nezbytné, aby pedagogové rychle reagovali na potenciální přítomné problémy a včas doporučili pomoc dalších odborníků na začátku obtíží. Odborná pomoc může být nabídnuta prostřednictvím školy, kdy bude dítěti pravděpodobně doporučena pedagogicko-psychologická poradna. Nedílnou součástí je návštěva dětského psychiatra, který spolupracuje s dalšími lékaři. Důležité je správně diagnostikovat problém a s dítětem terapeuticky pracovat.¹⁴⁴

Dlouhodobé absence návrat do školy ztěžují a je stále náročnější. Je pravděpodobné, že po opětovném zapojení do třídy bude dítě opět prožívat paniku a strach. Je potřeba dítě začlenit tak, aby to u něj vyvolávalo co nejmenší úzkost. Učitel se může pokusit zabránit situacím, kdy se dítě **bojí být samo**. Velkou výhodou je, pokud dítě může mít zajištěný bezpečný prostor a přímý kontakt s učitelem, když by potřebovalo pomoc. Pedagog, jemuž dítě důvěřuje, může pomoci zvládat obtížné situace a pomoci minimalizovat úzkostné potíže. Také blízcí přátelé, kteří s dítětem soucítí, mohou být velkou oporou.¹⁴⁵

Mezi intervenčními přístupy se využívají různé techniky a metody. Jejich podstatným obsahem je terapie na základě rozhovoru, behaviorální techniky

¹⁴³ VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 173.

¹⁴⁴ ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 51-56.

¹⁴⁵ *Ibid.*, s. 51-54.

a medikamentózní léčba. Nejčastější je **systematická desenzibilizace**, při které se dítě zaměřuje na situace s úzkostnými potenciály a nepříjemnými emocionálními dopady. Pracuje na základě nácviku relaxace, uvolňování a napínání různých svalových skupin. Do intervenčních přístupů patří také emotivní imaginace, manipulace s následky a tvarování, nápodoba, nácvik sociálních dovedností, kognitivní terapie, rodinná terapie a medikace. Pravděpodobnost docílení pozitivního účinku závisí na závažnosti poruchy, době vzniku problémů a včasnosti terapeutické intervence.¹⁴⁶

3.3 Deprese spolu s úzkostnou poruchou

Deprese je závažný zdravotní stav, který se nevyskytuje pouze u dospělých, ale i u dětských pacientů. Postihuje celou osobnost, a to fyzicky, duševně i citově. Mezi příznaky klinické deprese řadíme smutek, fyzické příznaky, bolestné úvahy, možné bludné uvažování, ale především i úzkost.¹⁴⁷

Depresivní nálada je stav hlubokého zoufalství a sklíčenosti, který přesahuje běžný smutek. Jedinec je obklopen negativním uvažováním a negativními myšlenkami, které se promítají do všech aspektů jeho života. Ztrácí chuť zapojovat se do různých činností a vytvářet vztahy s ostatními. Obklopují jej pocity neštěstí, smutku a beznaděje. **Depresivní syndrom** představuje souhrn příznaků včetně depresivní nálady, poruchy spánku, vyčerpanosti, podrážděnosti, plačtivosti, ztráty chuti k jídlu a ztráty energie. **Depresivní porucha** představuje psychiatrickou diagnózu deprese podle *Diagnostického a statistického manuálu*. Spočívá v přítomnosti depresivních symptomů a celkového narušení fungování osoby ve významných oblastech života.¹⁴⁸

Bolestné úvahy jsou pro trpícího jedince ničující, pojmají v sobě pocity zbytečnosti, nepotřebnosti, sebeponižující myšlenky a negativní pohled na sebe sama. Depresivní osoba se cítí sklíčeně, bezmocně, bezcenně, postrádá pocity naděje

¹⁴⁶ ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 46-57.

¹⁴⁷ MEIER, Paul D.; MINIRTH, Frank B. *Od deprese ke štěstí?: příznaky, příčiny a léčení deprese*. Praha: Návrat domů, 1998, s. 18.

¹⁴⁸ ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 167-168.

a prožívá prázdnotu. Má nedostatek sebedůvěry a nízké sebehodnocení. Jedinec předem očekává nepřijetí od ostatních a cítí se odmítnutý. Vlivem těchto úvah je zhoršena schopnost soustředění, pozornost i paměť. Také dochází ke ztrátě motivace, zájmu o různé činnosti i každodenní život. Jedinec prožívá úzkost, kdy úzkost mnohdy deprese doprovází.¹⁴⁹

Děti s depresí jsou dlouhodobě nešťastné, zoufalé a melancholické. Často dochází k osamění a narušení vztahů s vrstevníky i rodinnými příslušníky. Mezi další rysy osobnosti u jedinců v depresi patří snížení tělesných pohybů, zpomalení řeči a procesu myšlení, které působí jako projev nezájmu a lhostejnosti, přestože tomu tak nemusí být. Následkem depresivních stavů může být i zhoršení školního prospěchu. Častá je přítomnost anhedonie, která poukazuje na to, že u mladého člověka převažuje sklíčenost a ztráta veškeré radosti z prožívání života.¹⁵⁰

Pod vlivem nadměrně přísných rodičů děti rostou a jsou vychovávány jako výrazně perfekcionistické, což mnohdy souvisí s rozvojem obsedantně-kompulzivní poruchy. Děti jsou příliš svědomité, odpovědné a úzkostlivě pečlivé. Mají problém se lehce uvolnit, nejsou schopny odpočívat, prožívají hlubokou nejistotu a absenci radosti ze života. Tento stav může pokračovat do neurózy, některé rysy jsou patologické a mohou vyústit až v depresi. Vlastní hodnoty dítěte jsou založeny na podmíněném přijetí od rodičů, kdy je dítě přijímáno pouze pod určitou podmínkou. Děti jsou pak plně perfekcionistických a sebekritických vnitřních popudů, které jsou doplněny nejistotou a strachem ze selhání. Jedinec se obviňuje, trestá sebe samého, to může způsobovat psychosomatické nemoci a nevhodné způsoby chování. Depresivní stavy souvisí s **rozvojem problémů v chování**.¹⁵¹

Depresivní onemocnění se může vyskytnout u dětí již před dosažením puberty. Příčinou deprese může být úzkostná porucha, která je zároveň nejčastější poruchou spojenou s depresivním onemocněním. U těžších úzkostných poruch často dochází k rozvoji depresivní poruchy. Smutek doprovází onemocnění úzkostnou poruchou a přechází až k depresi. Přestože jsou přítomny symptomy deprese,

¹⁴⁹ MEIER, Paul D.; MINIRTH, Frank B. *Od deprese ke štěstí?: příznaky, příčiny a léčení deprese*. Praha: Návrat domů, 1998, s. 19-21.

¹⁵⁰ ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 168-170.

¹⁵¹ MEIER, Paul D.; MINIRTH, Frank B. *Od deprese ke štěstí?: příznaky, příčiny a léčení deprese*. Praha: Návrat domů, 1998, s. 9-57.

jen u malého množství dochází k plnému rozvinutí depresivní poruchy. Vznik depresivního onemocnění může být ovlivněn genetickými aspekty, chemickými procesy v mozku, osobnostním vývojem, vlivem rodinného prostředí i významnými životními událostmi.¹⁵²

Podstatné jsou vlivy pohlaví, kdy nacházíme genderové rozdíly v míře citlivosti na nepříznivé faktory. U dětí mladších dvanácti let je častější přítomnost deprese u chlapců. Výskyt depresivních stavů stoupá také u dívek okolo patnácti let, uzavírají se do sebe a internalizují své emoce, naopak chlapci mají tendence emoce externalizovat. Chlapci mohou být citlivější na určité podněty do deseti let věku, naopak dívky jsou citlivější po desátém roce života. Fergusson a Horwood představili tuto odlišnost, jak obě pohlaví zpracovávají strádání, jímž byli vystaveni v dětství, a vyvíjí se do psychopatologických projevů v adolescenci. Chlapci měli blíže k **vnějším psychopatologickým projevům**, jakým je třeba násilné jednání nebo patologické závislosti. Dívky měly tendence k **vnitřním psychopatologickým projevům**, například k depresivní poruše, úzkostné poruše a sebevražedným pokusům.¹⁵³

3.4 Suicidální tendence a sebepoškozování

Dětská deprese je nejzávažnější verzí internalizované poruchy chování. U dětí se deprese objevuje dlouhodobě v opakovaných epizodických atakách, kdy jsou symptomy úzkosti a deprese velmi podobné. Deprese má **útlumovou** formu, která se projevuje depresivní náladou, anhedonií, únavou a sníženou psychomotorickou aktivitou. Také je **kognitivní** deprese vyznačující se depresivní náladou spolu s pocitem beznaděje, pocitem viny a sebevražednými myšlenkami. Dětská deprese je mnohdy velmi dobře skryta a může vést až k dokonalé sebevraždě. Neošetřené deprese vedou k **suicidálním tendencím** a počet definitivních řešení ze strany dítěte s věkem vzrůstá. Je velmi těžké si přiznat fakt, že sebevražedné myšlenky a pokusy

¹⁵² ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 169-172.

¹⁵³ ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 16.

jsou bohužel častým jevem, jelikož mezi 15. až 19. rokem je sebevražda třetí nejčastější příčinou smrti mladého člověka.¹⁵⁴

Úvahy jsou pro jedince někdy velmi bolestné, nenachází naději ve zlepšení a život za těchto okolností pro něj ztrácí smysl. Se somatickým onemocněním se objevují dva druhy deprese, a to symptomatické deprese a psychogenní deprese. **Symptomatické deprese** doprovázejí konkrétní onemocnění. **Psychogenní deprese** je reakcí na nelehkou situaci jedince a je řazena do neurotických poruch. Nemoc vyvolává v jedinci anxiózně-depresivní reakci, která jeho zdravotní stav ještě umocňuje.¹⁵⁵ U depresivních dětí stejně jako u dospělých se vyskytuje větší pravděpodobnost **sebevražedných pokusů**. U panické poruchy v kombinaci s depresí se riziko sebevražedných sklonů dokonce zdvojnásobuje. Využívá se různých terapeutických přístupů, především kognitivní terapie, s cílem vrátit mladého člověka s nepříznivou situací do běžného života. Cílem je posílení sebeocenění, zvládání nepříznivých situací, pomoc v budování dobrých vztahů v rodině i s přáteli a podpora mimoškolní činnosti. Preventivní strategie také napomáhá dohnat deficity ve škole, aby jedinec měl možnost dosahovat odpovídajících výsledků.¹⁵⁶

Onemocnění psychickou poruchou představuje rizikový faktor pro suicidální jednání i **sebepoškozování**. Chronické onemocnění má značný vliv, jelikož souvisí s depresivním prožíváním, poruchou přizpůsobení a dalšími psychickými obtížemi. Dochází k opakovanému sebepoškozování bez vědomé suicidální motivace s cílem narušení tělesné schránky. Jedinci se vzrůstajícího napětí zbavují například prostřednictvím pořezávání částí těla (syndrom pořezaného zápěstí). Mnohdy dochází i k předávkování léky. V dětském a adolescentním věku má závažné onemocnění přirozeně menší vliv než u dospělých, avšak má velký význam a nemělo by být podceňováno.¹⁵⁷ Okolí dítěte by si mělo uvědomovat závažnost problému a možné fatální důsledky tohoto chování. Osoby s psychickou tenzí způsobenou

¹⁵⁴ VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 174-175.

¹⁵⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999, s. 68-69.

¹⁵⁶ ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 177.

¹⁵⁷ KOUTEK, Jiří; KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2003, s. 42-74.

pocitem neřešitelnosti problémů se uchylují k záměrnému sebepoškozování. Takové jednání značí marně a bezvýsledně hledanou pomoc nebo únik z krizové situace jedince. Sebepoškozování je spojené s hlubokou duševní nepohodou a uvolňováním nesnesitelných emocí. Svůj vážný psychický stav tak jedinci sdělují svému okolí a zmírňují svoji psychickou bolest, strach, osamocení, depresi i úzkost.¹⁵⁸

3.5 Včasná pomoc dětem a mládeži trpící úzkostnou poruchou

Úzkostné poruchy vyžadují značnou pozornost a zohlednění. Jedinci se s nimi často musí vyrovnávat po celý život, avšak lze nacházet způsoby, jak je pozitivně ovlivňovat. Zásadní úlohy v tomto procesu zastupují rodiče, ale důležitý je i adekvátní přístup školy. U psychických poruch interdisciplinárně spolupracují psychologové, psychiatři, neurologové, sociální pracovníci, kriminologové s etopedy, školními výchovnými poradci a dalšími výchovnými pracovníky. Je velmi časté, že pedagogům chybí **komplexní pohled** na poruchy tohoto typu. Specifické poruchy učení jsou dnes již učiteli akceptovány. Postoj k hyperaktivitě, impulzivitě, poruchám pozornosti a soustředění je již kritičtější. Avšak úzkostné poruchy jsou pro řadu učitelů zcela neznámou oblastí. Rozpoznání problémů pedagogem je stěžejní, jelikož může upozornit rodiče a případně jim doporučit psychologické, speciálně-pedagogické a další **odborné vyšetření**, a napomoci tak včasnému diagnostikování a řešení počínajícího problému. Každý pozitivně vstřícný přístup učitele může jedinci jediné pomoci.¹⁵⁹ Cestu vpřed může podpořit i názor, že je potřeba odbornější pomoc. Hlavním úkolem je přesvědčit dítě, rodiče a rodinu, jakou důležitost tyto kroky mají.¹⁶⁰

Speciální pedagogové jsou osoby, které mohou včas pozorovat problém u dítěte a být schopny kompetentně posoudit, zda u něj nevzniká úzkostná porucha nebo počínající psychická porucha. Měli by také kompetentně pečovat o žáka, u něhož je diagnostikována zmíněná porucha, a mít k němu **odpovídající**

¹⁵⁸ Petr Kachlík. In: VOJTOVÁ, Věra; ČERVENKA, Karel. *Intervence pro inkluzi: Intervention for Inclusion*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 153-154.

¹⁵⁹ ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogii*. Brno: Paido, 2007, s. 7-8.

¹⁶⁰ ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 16.

přístup.¹⁶¹ „Znalost psychických poruch může speciálním pedagogům pomoci v lepším pochopení projevů a chování dítěte, je i základem pro cílenou pomoc pedagoga žákovi v učení a osvojení potřebných vzorců chování.“¹⁶²

Speciálně-pedagogický proces by měl být zaměřený na konkrétního jedince, na jeho zdravotní stav i vzdělávací podmínky. Praxe etopedie se podílí a realizuje v celém životním prostoru jedince. Nejedná se pouze o školní prostředí, ale i mimoškolní prostředí a oblast institucionální péče.¹⁶³ Stěžejní je správné uchopení problému a posouzení, jak daný patopsychologický projev komplikuje a ovlivňuje život jedince v současné době a také, v jaké míře jej může komplikovat v budoucnosti.¹⁶⁴

3.5.1 Včasná intervence

Mezi efektivní opatření patří **prevence rizik** vývoje chování s orientací na klíčové rizikové faktory, **včasná intervence** s cílem eliminování rozvoje problémového chování a **posilování ochranných faktorů**.¹⁶⁵ Intervenční postupy pro podporu dětí s problémy v chování a s poruchou chování vycházejí ze spolupráce etopedie s pedagogikou, inkluzivní pedagogikou a psychologií, které jsou spolupracujícími obory. Opírají se o pozitivně perspektivní speciálně-pedagogické strategie. Významné je uvážení a respektování limitů dítěte a jeho individuální vzdělávací potřeby. Velmi podstatná je dobrá **znalost** konkrétní **problematiky**, v tomto případě souvislosti s úzkostnými poruchami. Od toho se odvíjejí **adekvátní postupy** výuky a používání správných výukových metod ve vyučovacím procesu.¹⁶⁶

Děti s úzkostnou poruchou jsou nuceny odolávat velkým negativním vlivům. Je velmi důležité, aby jedinci byli povzbuzováni a aktivováni podporujícími a posilujícími procesy v prostředí školy. Dětem by mělo být nabídnuto **bezpečné**

¹⁶¹ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 9.

¹⁶² *Ibid.*, s. 11.

¹⁶³ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 92.

¹⁶⁴ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 27.

¹⁶⁵ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 70.

¹⁶⁶ ČERVENKA, Karel; VOJTOVÁ, Věra. *Východiska pro speciálněpedagogické intervence v etopedii: resources for special educational intervention*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 22.

školní prostředí, mělo by být oceňováno jejich snažení a poukázání na vlastní užitečnost, a to vše by mělo vést k pozitivnímu prožívání, pocitu bezpečí a možnosti prožití úspěchu.¹⁶⁷

Včasně rozpoznání úzkostné poruchy a identifikace problému může zajistit předcházení mnoha negativním následkům. Problémové projevy, které jsou pozvolné a nenápadné, jsou často rizikovější, jelikož vývoj problému není tak nápadný. Je možné, že okolí jedince pozvolný vývin problému vůbec nezaznamená a snaží se jej přizpůsobit normě. Vnitřní události, jako například internalizované poruchy chování, lehce uniknou pozornosti.¹⁶⁸ Hlavní je zásah již při prvotních signálech rizika, plná podpora jedince a jeho zapojení do běžného života. V rámci prevence poruch chování a emocí lze zabránit vzniku problému včasným odhalením úzkostné poruchy. Mezi zásadní úkoly etopedie v preventivní fázi patří identifikace rizikových faktorů, eliminace nežádoucího vývoje, rozpoznání charakteru problému, pomoc jedinci s problémovým chováním a odstraňování ohrožujících i škodlivých vlivů.¹⁶⁹

Podpora duševního zdraví a prevence psychopatologických projevů spočívá v hledání možností, které pomohou odstranit procesy bránící pozitivní adaptaci. Tvorba a realizace intervenčních programů využívá poznatků, které se dají užít při podpůrném a preventivním úsilí zabránit rizikům, kterým jsou konkrétní jedinci vystaveni.¹⁷⁰

3.5.2 Využití resilienčního potenciálu

Resilience představuje schopnost vypořádat se účinně se stresem a nepřízní. Navrhuje pojetí osobnostních rysů, které jedinci usnadňují adaptativní vývoj a odolávání nepříznivým okolnostem, kdy bereme v potaz proces vzájemného působení mezi dítětem, rodinou a prostředím, ve kterém se nachází. Resilience, vnímaná jako odolnost, je komplexním výsledkem těchto dynamických procesů.¹⁷¹

¹⁶⁷ ČERVENKA, Karel; VOJTOVÁ, Věra. *Východiska pro speciálněpedagogické intervence v etopedii: resources for special educational intervention*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 22-23.

¹⁶⁸ *Ibid.*, s. 44-45.

¹⁶⁹ VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 108-116.

¹⁷⁰ ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 45.

¹⁷¹ *Ibid.*, s. 10-11.

Významnými charakteristikami jsou **protektivní faktory**, které redukuje nebo eliminují potenciaální negativní působení rizikových faktorů a napomáhají posilování resilience. Mezi protektivní faktory řadíme **kompensační faktory** a **zodolňující faktory**. Kompensační faktory jsou schopné neutralizovat vlivy škodlivých faktorů a zodolňující faktory napomáhají posilovat resilienci překonáváním stresujících situací. Protektivní faktory pomáhají redukovat působení rizikových faktorů tak, že posilují vnitřní psychologické stránky jedince. Tyto faktory také přispívají k podpoře kognitivního hodnocení, které souvisí se stresogenními situacemi. Protektivní faktory pozitivně ovlivňují schopnost vyrovnat se s rizikovými faktory.¹⁷²

Pro úspěch jedince jsou důležité protektivní procesy v rámci posilování resilience. Jedním z nejdůležitějších je **zmírnění negativních dopadů a rizik** působících na dítě. Dále je podstatné zmírnění negativní řetězové reakce, jakým je například útek a záškoláctví vlivem prožívání úzkosti, která je značnou zátěžovou situací. Také je nezbytné vybudování sebevědomí i sebeuplatnění jedince a nabídnutí otevřeného prostoru pro příležitost. Vhodné je vytvoření pocitu kontroly nad situací, kterou úzkosti přináší.¹⁷³

Každé dítě by mělo mít určitá „záchytná místa“ neboli činitele, jejichž pomocí by bylo možné psychické deprivace a potíže zastavit. Je žádoucí, aby docházelo k uplatnění intelektových schopností dítěte ve školním prostředí, prosazení individuálních schopností a dovedností v dětském kolektivu a také **uplatnění tělesné zdatnosti a síly**.¹⁷⁴ Vyrovnání se s vážnými zdravotními problémy, jako jsou úzkostné stavy, není vůbec jednoduché. V rámci resilience napomáhá pojetí **síly a bezpečné vazby**. Pro podporu síly jedince má význam osobní, rodinná a školní opora a kulturní prostředí. Na bezpečné vazbě se podílí kulturní a rodinné zázemí, přístup učitelů a vliv komunity. Pro dítě je velmi důležitá podpora fungující rodiny, která dítě povzbuzuje a poskytuje mu emoční oporu.¹⁷⁵

¹⁷² ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 14-26.

¹⁷³ *Ibid.*, s. 48-49.

¹⁷⁴ Zdeněk Matějček (Matějček, Dytrych, 1998). In: ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 31.

¹⁷⁵ Linda Theronová (Theronová, 2008). In: ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 32-38.

Potenciálním resilienčním faktorem z hlediska etopedické intervence je přístup výchovných profesionálů k dětem s problémem v chování nebo poruchou chování. Prostřednictvím tohoto vztahu může docházet k posilování odolnosti dětí a mládeže vůči rizikovým faktorům. Vychovatelé, speciální pedagogové (etopedi) a další pracovníci mají možnost nahlédnout do zkušenosti těchto jedinců.¹⁷⁶

¹⁷⁶ ČERVENKA, Karel. *Zdroje a bariéry sociální inkluze dětí s poruchami chování z hlediska výchovných profesionálů*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 5.

4 Empirická část

4.1 Formulace výzkumného problému

Výzkumná část diplomové práce studuje úzkostnou poruchu z hlediska rizika vývinu navazujících potíží, přednostně rizika vzniku poruchy chování a emocí. Na základě analýzy odborné literatury jsem dospěla k základním stanoviskům výzkumného problému. Téměř v každé kapitole se objevují negativní dopady, které jsou přinášeny zdravotními komplikacemi. Předmětem výzkumu je nahlédnutí do zkušenosti osob s úzkostnou poruchou, ztotožnění se s charakteristikami lidí s touto nemocí a identifikace situací, do kterých se nemocní jedinci dostávají.

Osoby trpící úzkostnou poruchou mají značné problémy v každodenním životě a nemoc jim komplikuje i povinnosti, které by měly zvládat bez závažných nesnází. Mnohdy dochází k řadě problémů, dítě utíká ze školy, nechodí do ní a má problémy ve vyučování. Většinou je na tyto problémy nahlíženo jako na velmi negativní jevy. Ve svých důsledcích toto jednání působí jako lenost, lajdáctví a upřednostňování zábavnějších aktivit. Avšak příčina problému může být zcela jiná. Internalizované poruchy chování jsou často odhaleny až ve svých důsledcích.

4.2 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Empirická část práce prozkoumává situace související s úzkostnými stavy. Stěžejní je připustit možnost, že právě úzkostná porucha může vytvářet nepříznivé podmínky pro vyučovací proces a začlenění dítěte i dospívajícího do školního procesu. Výzkumná práce směřuje k nacházení pedagogických problémů a rozšíření poznatků o zmíněných jevech. Ve výzkumu zjišťujeme, zda existuje souvislost mezi rizikem rozvoje poruchy chování a emocí a úzkostnou poruchou.

Hlavním cílem výzkumu je zjištění, jakým způsobem dochází k rizikům rozvoje poruchy chování a emocí na základě úzkostné poruchy.

Ve svém výzkumu se zabývám také **dílčími cíli**:

- Prozkoumání projevů úzkostné poruchy u konkrétních osob

- Analyzování pocitu neustálého strachu
- Prozkoumání ovlivnění pozornosti a soustředění úzkostnou poruchou ve vyučovacím procesu
- Analyzování ztížených podmínek vyučovacího procesu vlivem úzkostné poruchy
- Prozkoumání přítomnosti útěků ze školy a absencí na základě úzkostné poruchy
- Analyzování výskytu deprese, sebevražedných myšlenek a sebepoškození vlivem úzkostné poruchy
- Prozkoumání možností uskutečnění pomoci a podpory osob s úzkostnou poruchou

Pro zjištění hlavního cíle diplomové práce byly stanoveny výzkumné otázky, které se vztahují k *úzkostné poruše jako rizikovému faktoru rozvoje poruchy chování a emocí*.

Výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka: Jakou roli hraje úzkostná porucha jako rizikový faktor pro rozvoj poruchy chování a emocí u dětí a mládeže?

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem se projevuje úzkostná porucha u dětí a mládeže?

Výzkumná otázka č. 2: Jak ovlivňuje úzkostná porucha pozornost, schopnost soustředění a průběh vyučovacího procesu?

Výzkumná otázka č. 3: Jak dochází na základě úzkostné poruchy až k útěkům ze školy a k častým absencím?

Výzkumná otázka č. 4: Jak vedou úzkostné stavy u dětí a mládeže až k depresím, suicidálním myšlenkám a sebepoškození?

Výzkumná otázka č. 5: Jakým způsobem dochází k podpoře a pomoci, když se u jedince projevují úzkostné stavy?

Tazatelské otázky pokládané participantům se nacházejí v příloze diplomové práce.

4.3 Metodologie výzkumu a zpracování dat

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila kvalitativní metodu. Technikou sběru dat jsou rozhovory (individuální interview). Polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami v sobě pojímá připravené otázky, které jsou dle potřeby poupravovány a doplňovány dodatečnými otázkami. Techniku řízeného rozhovoru na základě předem připravených otázek jsem vybrala kvůli potřebě získání většího množství informací k následnému vyhodnocení stanovených cílů výzkumu. Výhodou této metody je, že odpovědi jsou bezprostřední, osobní a důvěrné. Kontakt výzkumníka s participantem je předpokladem pro otevřenost, pravdivost a dostatečnost odpovědí. Přestože je vzorek informantů menší, vzhled do problematiky je širší a je umožněno hlubší porozumění zkušenosti jedince.¹⁷⁷

Kvalitativní přístup je v tomto případě považován za vhodný, neboť jeho prostřednictvím je možné postihnout kontextovou specifčnost problému a nabízí prostor menšinovým zjištěním. Pomocí kvalitativní metodologie lze získávat obsáhlý popis životních příběhů jedinců, který poté můžeme srovnávat v rámci různých souvislostí.¹⁷⁸

Sběr a zpracování dat:

Informanti byli vybráni na základě záměrného výběru. Zvolila jsem dva participanty, které jsem znala osobně, a byli pro výzkum vhodní. Následně se rozšiřoval okruh zkoumaných prostřednictvím doporučení osob, se kterými jsem již dělala rozhovor. Zvolila jsem typ výběru sněhové koule. Některé informanty jsem znala osobně, jiné jsem poznala až v rámci výzkumu. Předcházelo seznámení a volná

¹⁷⁷ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 110-112.

¹⁷⁸ ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 24.

diskuze pro navození osobního vztahu, otevřené atmosféry a příjemného prostředí. Rozhovory s participanty trvaly přibližně od čtyřiceti do padesáti minut.

Bylo nutné dodržení řádné etiky výzkumu, tudíž byl na místě informovaný souhlas s výzkumem a se záznamem diskuze každého participanta, aby získaná data mohla být využita ve výzkumu.

Datový materiál byl následně analyzován pomocí otevřeného kódování. Dílčí výzkumné otázky byly operacionalizovány pro kvalitativní šetření. V rámci vyhodnocování odpovědí došlo ke kategorizování odpovědí. Data byla roztríděna, redukována a uspořádávána. Rozhovory byly nahrávány a poté následně zpracovány. Docházelo k doslovné transkripci, kdy byl mluvený projev převáděn z rozhovoru do písemné podoby.

4.4 Charakteristika výzkumného souboru

Na výzkumu se podílelo sedm participantů. Výzkum byl prováděn u dospělých jedinců s úzkostnými poruchami. Záměrně jsem pro výzkumnou část zvolila dospělé osoby, jelikož u dětí by bylo potřeba následné psychologické ošetření. Při výzkumu muselo být bráno v potaz, že participantům byla diagnostikována úzkostná porucha v různém období života. Většinou dochází k diagnostice úzkostné poruchy až v období dospělosti, přestože se samotná porucha objevuje již v dětství a dospívání. Pracovali jsme s konkrétními riziky, ovšem v životě jedince se mohou samozřejmě objevovat další vícečetná a nahromaděná rizika, která spolu koexistují.

Participant:

Na základě rozhovorů byly zjištěny následující informace. Věkové zastoupení participantů bylo od 21 do 38 let. V genderovém rozložení výzkumného souboru se jednalo o šest žen a jednoho muže. Všichni informanti uvedli, že se potýkají s úzkostnou poruchou. Většina participantů obdržela diagnózy v rámci psychiatrického vyšetření, zbylí na základě vyšetření lékaři jiných specializací. Lékařskou a psychologickou dokumentaci jsem neměla k dispozici, nicméně jsem věřila informantům jejich výpovědi.

Participant	Věk	Pohlaví	Úzkostná porucha	Léčba	Doba léčby
A	28 let	žena	panická porucha	ano	7 let
B	33 let	žena	panická porucha, depersonalizace a derealizace	ano	9 let
C	38 let	žena	panická porucha, agorafobie	ano	12 let
D	24 let	žena	generalizovaná úzkostná porucha	ano	1 rok
E	21 let	žena	panická porucha, obsedantně- kompulzivní porucha, depersonalizace a derealizace	ne	-
F	26 let	žena	panická porucha, agorafobie	ne	-
G	25 let	muž	generalizovaná úzkostná porucha, depersonalizace a derealizace	ano	8 let

Tabulka č. 2: Charakteristika výzkumného souboru

U participantů byly přítomny různé diagnózy úzkostné poruchy. Zastoupena byla panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, agorafobie a obsedantně-kompulzivní porucha. Souběžně s onemocněním se u informantů často objevuje depersonalizace a derealizace. Nejčastěji zastoupenou úzkostnou poruchou je panická porucha. Poruchy se mnohdy prolínají a dochází ke kombinovaným onemocněním. U většiny jedinců probíhá léčba v řádu let.

K rozvoji nemoci docházelo v různém věkovém období jedinců. Nejčasnější počátek choroby se vyskytl v 10 letech a nejstarší informant v době vzniku nemoci dovršil 16 let. U pěti participantů došlo ke vzniku úzkostné poruchy na základní škole. U zbylých dvou informantů propukla porucha na střední škole.

Participant	Začátek poruchy
A	15 let
B	13 let
C	16 let
D	10 let
E	14 let
F	12 let
G	11 let

Tabulka č. 3: Vznik úzkostné poruchy u participantů

4.5 Interpretace výzkumného šetření

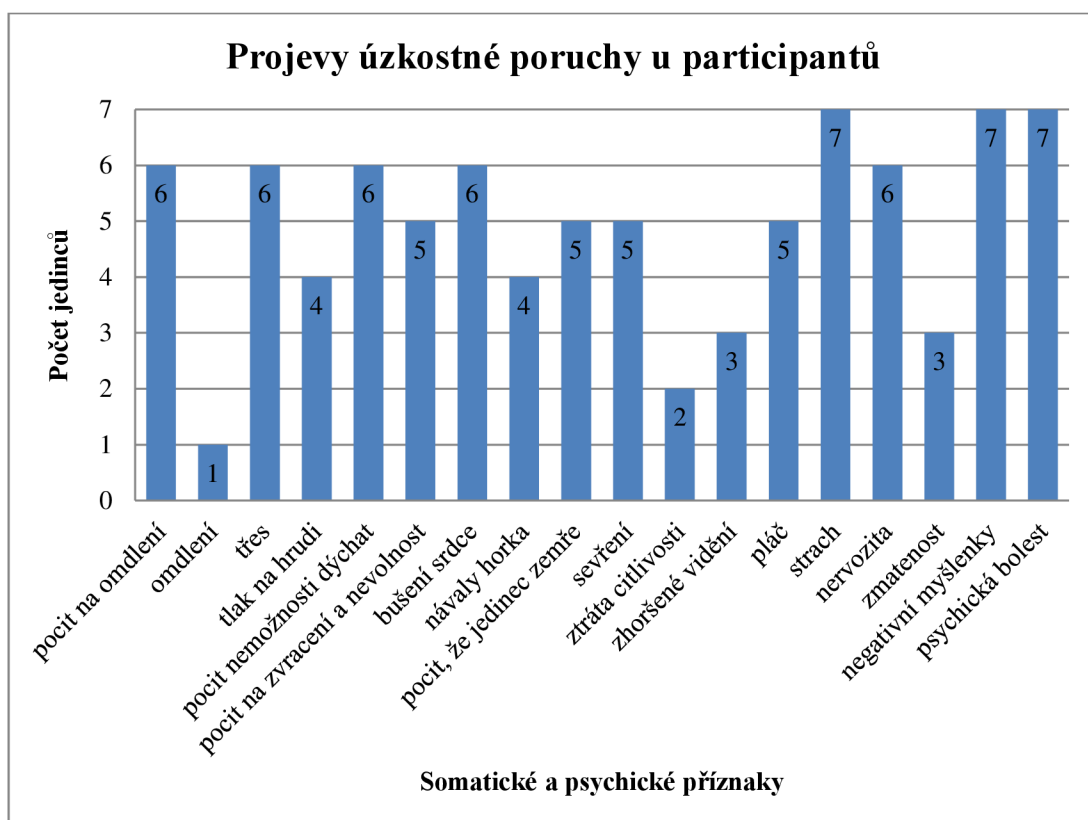
4.5.1 Výzkumná otázka č. 1

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem se projevuje úzkostná porucha u dětí a mládeže?

Na základě úzkostné poruchy se u dětí a mládeže objevovaly různé nepříznivé symptomy. Prostřednictvím obdržených odpovědí získáváme představu, jaké problémy s sebou přinášela úzkostná porucha u informantů v dětském a dospívajícím věku. Mezi somatickými příznaky se objevuje třes, pocit na omdlení, omdlení, tlak

na hrudníku, pocit ztráty schopnosti dýchat, pocity na zvracení a nevolnosti, bušení srdce, celkové tělesné sevření, návaly horka, zhoršené vidění a ztráta citlivosti. Na základě tělesných příznaků docházelo až k palčivému pocitu ohrožení i sužujícím obavám, že jedinec během prožívaného záchvatu zemře.

Psychické příznaky přinášely negativní myšlenky, zmatenost, nervozitu a výraznou psychickou bolest. U mnoha z informantů úzkost vedla k plačtivosti a pocitům smutku. Všichni jedinci zažívali neustálý a všeprostopující strach.



Graf č. 1: Projevy úzkostné poruchy u participantů

Uvádím graf s projevy úzkostné poruchy u participantů. Počet jedinců, u nichž se vyskytl strach a obavy, že jedinec může zemřít, je poměrně vysoký. Je nutné poukázat, že již u dětí se objevovaly tyto hrůzné představy. Co se týče zainteresování do úzkostného onemocnění, jedinci mívali velmi často pocity na omdlení, roztřesenost těla, hyperventilaci a palpitace. Přestože k vážným tělesným

příznakům dochází většinou až v období stáří, děti a mládež s úzkostnou poruchou se potýkaly s celou řadou masivních příznaků s pocitem ohrožení života. U jedinců se vyskytovaly rozmanité projevy, například zhoršené vidění a ztráta citlivosti vlivem úzkostné poruchy. Niterní pocity se nemusejí projevit vně jedince, avšak je důležité je brát v potaz. Bylo na místě zmínit symptomy onemocnění, protože hrají velkou roli v prožívání postiženého jedince. Konkrétní projevy byly uvedeny pro představu, jak se úzkostný člověk cítí a co při úzkosti zažívá, jelikož se jedná o velice časté jevy.

Z výpovědi participantů vzešlo najevo, s čím se potýkali, když prožívali úzkost:

- **Pocit možné smrti**

„V tu chvíli jsem myslela na to, že umřu, nebo že mám mrtvici a infarkt. Bála jsem se, že se na mě bude každý dívat jako na blázna a nepomůže mi. (...) Měla jsem pocit, že se zblázním a zavřou mě na psychiatrii.“ (A)

„Bylo to sevření srdce, klepala jsem se, ztrácela jsem citlivost v končetinách a bušilo mi srdce. Myslela jsem... a v tu chvíli jsem to i věděla... že umírám. Měla jsem pocit, že umírám a že nemá cenu volat nějakou sanitku, protože je stejně pozdě.“ (B)

„Jako dítě jsem vůbec nevěděla, o co jde. Třepala jsem se a nevěděla jsem, co se děje. Když jsem prožívala úzkost, měla jsem šílený strach z toho, že omdlím a že umřu.“ (F)

Strach ze smrti je závažným projevem, který je v tu chvíli velice silně prožívanou trýzní dítěte i dospívajícího. Stav již nelze popisovat pouze jako tělesnou nepohodu, ale je nepředstavitelnou psychickou zátěží. Jedinec si také dělal obavy z toho, jak na něj bude pohlížet jeho okolí. Obával se možného omdlení a ztráty rozumného uvažování během prožívání úzkosti.

- **Projev strachu**

„Při úzkostném stavu jsem zažívala návaly horka, třes těla a bušení srdce. Měla jsem pocit, že se nemůžu nadechnout. Byla jsem nervózní a měla jsem strach, co bude, jestli se mi něco nestane.“ (F)

„Projevoval se u mě neustálý strach. Na střední jsem měla ty hrozné stavy, a to jsem seděla sama od sebe na psychiatrii a chtěla pomoci, ale nikdo mi nepomohl. Bylo totiž potřeba doporučení, které mi ale doktorka nedala. Dala mi jen injekci něčeho a šustí do školy. Věděla jsem už tehdy, že to potřebuju. Myslím si, že pochopení a pomocná ruka je v tu chvíli nejdůležitější.“ (C)

U participantů se objevoval strach z nejistoty, co úzkostný stav může navodit a kam až může vést. Jedinec si uvědomoval, že potřebuje pomoc. Na rozdíl od psychózy dochází u neurotického onemocnění k silnému uvědomování nemoci i tělesné a duševní nepohody.

- **Obtíž „to vydržet“ a psychická bolest**

„Při úzkostném stavu jsem se klepala, hůře se mi dýchalo, bušilo mi srdce a kolikrát jsem se nedokázala ani postavit. (...) Přemýšlela jsem nad tím, že to nemohu zvládnout, že to nevydržím.“ (D)

„Měl jsem velmi časté ataky, měl jsem pocit, že už to nevydržím. Bylo to o to horší, že jsem netušil, co se se mnou děje. Podlamovaly se mi nohy, nebyl jsem schopný chodit a několikrát jsem i omdlel.“ (G)

„Zažívala jsem neskutečnou psychickou bolest. To se nedá normálnímu člověku popsat.“ (E)

Úzkostná porucha přinášela participantům v dětství a dospívání nesnesitelné stavy. Zažívali situace, které se dají těžce popsat ostatním lidem. Jedinci měli pocit, že tíhu onemocnění nemohou zvládnout.

- **Vyhýbání se**

„Nemoc měla velký vliv na moje aktivity. Jen jsem seděla doma a nic jsem nechtěla dělat. Byla jsem úplně bez nálady.“ (A)

„Nebyl jsem schopný chodit do kina nebo do divadla. Také jsem míval problém spát ve stanu nebo v chatě. Vznik poruchy byl proto jedním z důvodů, proč jsem po více než deseti letech odešel ze skauta.“ (G)

„Ano, bála jsem se ze začátku někam chodit, ale nakonec to byly ty aktivity, které mě z toho postupem času dostávaly, které mi nedávaly příležitost myslet nad nějakou panikou.“ (F)

„Co se týče aktivit, stávalo se mi, že jsem nedokázala zvládnout některé činnosti, protože jsem u nich zažívala úzkost. Dříve bych byla ráda jen zavřená u sebe v pokoji. Vadil mi i kontakt s lidmi, takže jsem ho výrazně omezila. Zažívala jsem při tom velmi nepříjemné pocity a prostě jsem to nedokázala udělat. Nebylo to už o tom, že by se mi to udělat nechtělo.“ (D)

Je patrné, že vlivem úzkostných stavů docházelo k vyhýbavému chování a stranění se některých činností. Přestože jedinci prožívali velmi silné pocity, nastávalo vyhýbání se kontaktům a prožívání trápení o samotě. Stavby dospívaly až k situacím, kdy jedinec nebyl schopen zvládat některé činnosti. Naopak se objevuje i zkušenost, že právě aktivity mohly pomoci odvádět pozornost od tělesných a psychických potíží.

- **Nechuť k jídlu, problémy se spánkem a úbytek energie**

„Často se stávalo, že jsem nespala několik dní za sebou. Moje energie a aktivity? Při mé úzkosti jsem nebyla schopna ničeho.“ (B)

„Ano, nebyla chuť k jídlu. Zhubla jsem během měsíce deset kilo. Byla jsem pořád unavená a nic mě nebavilo.“ (A)

„Úzkostná porucha měla velký vliv. Nejrady bych spal dvacet čtyři hodin denně a energie jsem měl většinou dost málo.“ (G)

„Neměla jsem chuť k jídlu, nemohla jsem spát, jako když je přede mnou velká zkouška, u které si nejsem jistá, že ji zvládnou.“ (F)

„Jelikož jsou stavy úzkosti vyčerpávající, měla jsem dny úplně bez energie. Byla jsem bez chuti vůbec něco dělat.“ (C)

Úzkostná porucha způsobovala v jistých případech nechuť přijímat potravu. Onemocnění mělo také silný dopad na energii, která následkem potíží většinou klesala. Nedostatek energie dokonce bránil vykonávání některých činností. Jedinec trpící úzkostí měl zvýšenou potřebu spánku.

Shrnutí:

Úzkostná porucha se u dětí a mládeže projevovala různými kombinacemi tělesných i psychických příznaků. Všichni jedinci byli postiženi negativním myšlením, niterním sužováním a strachem. Často se mezi somatickými příznaky objevovalo bušení srdce, hyperventilace, třes, pocity na omdlení, nevolnosti a celkové sevření. Jedinci při prožívání úzkosti zažívali silný strach s pocitem možné smrti během prožívaného záchvatu. Úzkostný stav byl pro řadu dětí a dospívajících neznámou hrozbou, která vyvolává sužující pocity nebezpečí. Na základě úzkostné poruchy docházelo k vyhýbání se různým aktivitám i kontaktům. Potřeba spánku a přijímání potravy spolu s úrovní energie byla silně zasažena.

4.5.2 Výzkumná otázka č. 2

Výzkumná otázka č. 2: Jak ovlivňuje úzkostná porucha pozornost, schopnost soustředění a průběh vyučovacího procesu?

Velice častým jevem u úzkostných lidí je prožívání strachu. Většina participantů prožívala strach ve školním prostředí. Jediný informant, u kterého se

neobjevoval strach ve škole, měl naopak tendence k apatickému přístupu vlivem prožívané úzkosti.

Schopnost soustředění a zaměření pozornosti je důležitou součástí emoční regulace. Má významný vliv na participaci ve vyučovacím procesu. U informantů vlivem úzkostné poruchy docházelo k různým obtížím:

- **Problémy s pozorností a soustředěním**

„S pozorností problém byl. Nedokázala jsem se ve škole někdy soustředit. Škola mě ale od začátku moc nebavila. Prospěch se mi nezhoršil, ale prolízala jsem tak tak.“

(A)

„Obtíže tam určitě byly. Se soustředěním jsem měla také problémy, když jsem dostala tu paniku při vyučování. Jasně, že jsem se vůbec nesoustředila. Myslela jsem pouze na ten strašný stav.“ (E)

- **Problémy s učením**

„Učilo se mi šileně špatně, pořád jsem brečela a byla jakoby zoufalá. Neměla jsem chuť se učit. Přemýšlela jsem, jak se zrovna cítím. Na prospěch to u mě naštěstí vliv nemělo, prostě jsem musela.“ (F)

- **Bylo mi to jedno, byl to jen sen**

„Tehdy jsem měla díky úzkosti přístup ke škole úplně nulový. Jinak díky derealizaci mi bylo ve škole vše jedno, protože to byl pro mě jen sen.“ (E)

Objevovaly se problémy s pozorností a se soustředěním jedince. Úzkost přinášela stav, který řídil myšlenky osoby a způsoboval nepříjemné pocity, které bránily soustředění. Docházelo i k potížím s učením, jelikož tento proces komplikovaly úzkostné stavy. Úzkostné myšlenky vytěsnily úmysly související se vzděláváním. Také docházelo k případu, kdy bylo dítě vlivem úzkosti apatické, protože jeho vnímání okolí bylo zastřeno pocity odcizení a vzdálení.

- **Vliv na dosahování výsledků**

„Prospěch se mi sice nezhoršil, ale asi bych toho bez té mrchy dokázala víc. Chtěla jsem, ale prostě nešlo to, ty stavy byly tak hrozné. Dosáhla bych určitě daleko lepších výsledků bez onemocnění.“ (B)

- **Nedostatek sil**

„Neměla jsem sílu na nic. Tolik věcí mě zajímalo, tolik jsem toho chtěla vědět, nastudovat, dokázat... ale prostě jsem neměla díky úzkostem sílu.“ (B)

Přestože úzkost většinou neovlivnila školní výsledky, někteří participanti uvádí jisté omezení v dosahování výsledků vlivem úzkostné poruchy. Docházelo k pocitu, že bez zdravotního omezení by byl jedinec schopen lepších výsledků. I když byla přítomna touha po vědění a získávání informací, mnohdy chyběly síly k jejich dosahování.

- **Vliv na hodnocení**

„Stávalo se, ale pak spíš na střední, že jsem si byla jistá, že budu zkoušená. Vše jsem uměla, ale udělalo se mi tak špatně, že jsem byla úplně mimo a nedokázala jsem odpovídat.“ (D)

Mezi vypovězenými informacemi se nacházel i fakt, že úzkost ovlivnila schopnosti odpovídat při ověřování vědomostí. Přestože byl jedinec připraven a získal informace, nedokázal je vlivem úzkostného stavu interpretovat.

- **Strach z reakce okolí**

„Bála jsem se, co si budou říkat ostatní, že jsem selhala. Tato myšlenka mi nedovolila polevit.“ (F)

„Hlavně na základní škole mi často lidé tvrdili, že si svoje známky vybrečím. Nebyla jsem ve škole špatná, patřila jsem k nejlepším. Když ale někdo celou písemku probrečí a pak má jednu z nejlepších známek, tak se to asi nabízelo. Byla jsem si

jistá, že jsem si ale nikdy lepší známku nevybrečela. Na základní škole jsem se pak několikrát stala obětí šikany. Pláč na to měl asi velký vliv.“ (D)

Také docházelo ke strachu, jak bude na jedince nahlíženo v případě selhání. Projevy úzkostné poruchy (například plačtivost) mohou přispívat k viktimizaci jedince. Následky problémů spojených s úzkostnou poruchou mohou vést až k šikanování postižených dětí.

- **Nepřiměřené nároky**

„Poprvé jsem je zažívala pocity úzkosti na základní škole, kdy na mě mamka kladla veliké nároky. Nebyla jsem dost dobrá, ani když jsem patřila k nejlepším žákům. Celou základní školu a část střední školy jsem tak probrečela. Stačilo, aby někdo řekl slovo test a už mi bylo špatně. Na základní škole jsem brečela denně, někdy i vícekrát za den. Časem se tyto stavy zlepšily, ale jsem teď na vysoké a ještě jsem se jich úplně nezbavila.“ (D)

V některých případech docházelo k plačtivosti a projevům úzkosti vlivem velkých nároků na dítě. Na základě konkrétní výpovědi jsme se dozvěděli, že tyto potíže mohou u jedince přetrvávat až do dospělého věku.

- **Zameškání vyučovacích hodin**

„Učila jsem se stále celkem dobře. Ale zameškala jsem hodně hodin. Co jsem zameškala třeba i v hodinách, protože jsem zrovna brečela, mi dali ostatní opsat. (...) Měla jsem úzkosti jen kvůli škole, proto to pro mě bylo nepříjemné.“ (D)

„K potížím s učením docházelo, měl jsem kvůli poruše obrovský počet zameškaných hodin. Prospěch to ale neovlivnilo, zvládal jsem se doučit doma. Ve škole byl poměrně velký tlak, především ze strany učitele češtiny, který mě neměl v oblibě a dával to velmi často a rád najevo. Propuknutí poruchy spojuji právě s narůstajícím strachem jít do školy. Jinak jsem byl vždy premiant a škola mě bavila.“ (G)

Úzkostná porucha vedla k častým absencím dětí a mládeže. Přestože úzkostní jedinci měli pozitivní přístup ke škole, docházelo k nepřítomnosti a kumulovala se i probíraná látka, kterou dítě vynechávalo ve škole.

Shrnutí:

Projevy úzkostných stavů se objevovaly ve školním prostředí u většiny participantů. Úzkostná porucha výrazně ovlivňuje život člověka, včetně jeho různých složek, kam řadíme i školní docházku. Škola je místo, kde dítě tráví významnou část svého dětského věku. Pokud jedinec prožívá zdravotní nesnáze, vytváří mu značné komplikace a omezení v oblasti dosahování výsledků i zažívání úspěchů. Úzkostná porucha představuje bariéru na cestě k dosahování cílů. Přestože ve většině případů nedocházelo ke zhoršení prospěchu, objevovaly se potíže s pozorností i soustředěním. Informanti uvádí narušení pozornosti a zhoršenou schopnost soustředění vlivem prožívané úzkosti. Také se vyskytovaly problémy s učením. Vlivem úzkostné poruchy docházelo ve svém důsledku k narušování emocionálních vazeb a interpersonálních vztahů ve třídě. Objevuje se šikana úzkostných dětí. Úzkostná porucha může mít vliv na disharmonii v sociálních vztazích dítěte k jeho vrstevníkům a spolužákům.

4.5.3 Výzkumná otázka č. 3

Výzkumná otázka č. 3: Jak dochází na základě úzkostné poruchy až k útěkům ze školy a k častým absencím?

Ve výzkumném vzorku se nenacházel jediný participant, který by neměl myšlenky na útěk ze školy. Pět informantů utíkalo ze školy na základě úzkosti a zbylí informanti měli touhu utéct, ale věděli, že nemohou. Většina participantů do školy častokrát vůbec neodešla na základě prožívání úzkostného stavu. Úzkostná porucha u informantů v dětství a dospívání vedla k útěkům ze školy a častým absencím. Pokud jedinec ze školy neutíkal, docházelo u něj k touze uniknout doprovázené výraznými pocity nepohody a neštěstí.

- **Jedinci, kteří neutekli ze školy, avšak prožívali úzkost ve škole**

„Mockrát se mi udělalo tak špatně, že jsem šla za vyučujícími, a ti mě pak nechali třeba sedět na chodbě u okna. Vždy jsem i hrozně vypadala, takže nebylo těžké mi to uvěřit.“ (D)

„Když jsem zažívala úzkost ve škole, tak jsem měla chuť utéct, ale věděla jsem, že nemůžu. Třeba při vyučování, když jsem to zažívala. Chtěla jsem utéct a věděla jsem, že nemůžu jen tak utéct z vyučování. A tak jsem se štípala, bušila do stolu a potichu plakala a přečkávala to utrpení.“ (E)

„Seděla jsem ve škole v lavici a najednou přišlo velké horko, bílé skvrny před očima, měla jsem pocit, že omdlím. Běžela jsem za učitelkou, že nemůžu dýchat, ta se jenom zasmála, ať se vrátím zpátky do lavice. Chtěla jsem utéct ze třídy, ale bála jsem se, jak by reagovali spolužáci. Začala jsem brečet a musela si pro mě dojít mamka. (...) Dlouho jsem se tím trápila, chodila jsem každý den ubrečená, protože se ty stavy objevovaly skoro každý den. Nechtěla jsem jezdit autobusem a vůbec chodit do školy. Brečela jsem a chtěla jsem ze školy utéct, pak jsem i utekla.“ (F)

Děti vlivem úzkostných stavů zažívají ve škole řadu nepříjemných okamžiků. Během záchvatů prožívají tělesné i duševní strasti, doslova přečkávají jejich utrpení. Vyskytuje se touha utéct, ale zároveň je přítomný i pud, který to jedinci zakazuje. Problémy jsou vnitřní, okolí je na dítěti nemusí upozorovat. Stává se, že i při žádosti o pomoc pedagog na upozornění dítěte neslyší. Dochází až ke strachu a nechuti školu navštěvovat.

- **Výpovědi jedinců, kteří na základě úzkosti utíkali ze školy**

Útěky se objevily již na základní škole, pak i na střední. Rychle jsem chtěla být v blízkosti své rodiny, které důvěřuji. Měla jsem strach, že bych omdlela před někým cizím. Nechtěla jsem, aby ostatní věděli, že je mi špatně. Vždycky, když jsem vyšla ven ze školy a jela domů, nastával pocit klidu. (...) Stalo se, že jsem nešla do školy vůbec. (F)

„Často jsem kvůli úzkostem do školy nešla a taky odešla domů ze školy. Odcházela jsem na základě toho, že mi nebylo dobře. Přišla jsem do školy a zase ten stav. Nechácala jsem, co se děje.“ (A)

„Neustále jsem utíkal ze školy. Ty stavy, ten strach, to prostě nešlo. Vždycky jsem si říkal ach jo, už je to tady zase. Nikdy se toho nezbavím.“ (G)

„V tu chvíli jsem myslela jen na to, jak se dostat co nejdříve do bezpečí. Chtěla jsem mít pocit jistoty. (...) Nikdo mě nechápal, nikdo neslyšel volání o pomoc. Zkrátka musíš a tečka.“ (C)

„Ostatní se na mě dívali jako na záškoláka, přitom já tam chtěla být, ale nezvládala jsem to.“ (B)

Zažívání úzkostí vede u dětí na základní i střední škole k útekům ze školy. Mnohdy děti neměly ponětí, co se s nimi v tu chvíli děje, prožívaly zmatení a v rámci pudu sebezáchrany utíkaly ze školního prostředí. Jedinec v tu chvíli chtěl uniknout nepříjemným stavům, dosáhnout pocitu uklidnění a dostat se do místa, které považoval za bezpečnější. Chtěl tak zabránit i tomu, aby nedošlo k rozrušení mezi lidmi, kam denně docházel. Na úkor tohoto počinání dospěla situace k označování dětí za záškoláky. Na základě prožívání úzkostného stavu zůstávali jedinci v prostředí domova, a tak u nich absence nabývaly většího rozsahu.

Shrnutí:

Z výpovědí informantů je patrné, že na základě zdravotních problémů dochází ke konfliktům dítěte se školou. Vznikají poruchy chování a emocí, u nichž je nežádoucí chování vnímáno jako obrana. Nastávají tak negativní krátkodobé následky, kam řadíme i záškoláctví. Úzkostné stavy obklopují dítě masivním strachem o svůj život. Jedinec postrádá pocit psychického i fyzického bezpečí a mnohdy sebekontroly. V takových okamžicích myslí na útěk a možnou záchranu. Myšlenky jsou silně ovlivněny úzkostí, jedinec je často zoufalý a únik je pro něj nevyhnutelnou možností při prožívaném záchvatu. Důvodem je také obava,

že by mohlo dojít k nějaké katastrofě před ostatními osobami ve škole, čehož se chce úzkostný člověk za každé situace vyvarovat. Únikem ze školy se dítě snaží vyhnout konkrétním strastem, jde o obranu a východisko z neúnosné situace. Může docházet k záškoláctví na základě prožívání silného stresu, aniž by jedinec měl špatný vztah k učení a vzdělávání. Přestože má jedinec o studium zájem a rád by chodil do školy, zdravotní stav mu jeho aktivní zapojení výrazně komplikuje a značně omezuje. Úzkostná porucha představuje bariéru, která vede k dysfunkčnímu chování.

4.5.4 Výzkumná otázka č. 4

Výzkumná otázka č. 4: Jak vedou úzkostné stavy u dětí a mládeže až k depresím, suicidálním myšlenkám a sebepoškození?

Úzkostná porucha u dětí a mládeže způsobovala nepříjemné stavy, kdy se u jedinců vyskytovala beznaděj, pocity zoufalství a smutek. Depresivní stavy vlivem prožívání úzkosti zažívali všichni informanti. Pět participantů pociťovalo sebevražedné myšlenky a u dvou z nich docházelo dokonce k sebepoškození. Participantů prožívali v období školní docházky velice obtížné životní situace, které vyplývaly z jejich neurotického onemocnění.

- **Zoufalství**

„Pořád jsem brečela a byla jsem zoufalá. Přemýšlela jsem, proč je život takový, nad existencí života. Myslela jsem na to, kdy už mi bude dobře... ale ublížit si ne.“

(F)

- **Nic mě nebavilo**

„Měla jsem několikrát několikaměsíční období, které odstartovaly úzkosti, kdy jsem nedokázala vůbec nic dělat. Snikým jsem se nevidala, nic mě nebavilo, nic se mi nechtělo. Často jsem koukala třeba jen na seriály, ale většinou to došlo až k tomu, že pro mě bylo moc práce si i najít seriál, na který bych se podívala, takže jsem jen ležela a ležela.“ (D)

U některých jedinců se objevovalo zoufalství a přemýšlení nad vlastním životem s touhou zlepšení zdravotního stavu. Docházelo až k apatii a absenci motivace vykonávat různé činnosti a vytvářet sociální vztahy.

- **Zmatenost a nebezpečí**

„Když jsem prožívala úzkost, měla jsem touhu utéct a taky docházelo k sebeubližování. Štípala jsem se a kousala. Ale hlavně... když jsem dostala tu paniku, nevěděla jsem, co dělám. Asi dvakrát jsem vyběhla do cesty v plném provozu. Určitě si myslím, že je tato nemoc víc nebezpečná, než se o ní říká. Myslím, že někomu může vzít život díky tomu, že v ten moment neví, co dělá a chce utéct.“ (E)

U problematiky vzniká propojení projevů zmatení s touhou utéct, které způsobují ohrožení života úzkostného jedince. Zpětně je problém viděn jako nadmíru nebezpečný, jelikož vyvolával zmatené pocity a unáhlená jednání.

- **Sebevražedné myšlenky a sebepoškození**

„Na střední jsem zažila deprese, když toho na mě bylo moc. Měla jsem stavy, kdy jsem si myslela, že když skočím pod auto, vše se vyřeší. Měla jsem velké záchvaty pláče.“ (C)

„Měla jsem pocity smutku a beznaděje. A ano, měla jsem i sebevražedné myšlenky. Ty sebevražedné myšlenky, co se pojí s úzkostnou poruchou. Spíš jako, že spolykám prášky a že aspoň bude klid... že akorát přidělávám starosti a tak.“ (A)

„Chut' ublížit si jsem měl celkem často. No, ublížit si... spíš se vysvobodit sebevraždou. Takovéto pocity jsem míval celkem dost často.“ (G)

„Ano, několikrát jsem se pořezala žiletkou. Několikrát jsem se neúspěšně snažila svůj život ukončit. Zpětně to vidím spíš demonstrativně. Deprese znám dobře, takový ten pocit, že i zajít si na záchod je velký úkol. Měla jsem pocit, že já ani svět nemá cenu. Ta chuť co nejdéle jen spát, nebýt při vědomí, necítit tu bolest. (...) V tu chvíli jsem myslela na to, že by bylo lepší nebýt. Hrozně mě bolelo tělo i duše.“ (B)

Kromě pláče, smutku, zoufalství a beznaděje se vyskytují i sebevražedné myšlenky spojené s úzkostnou poruchou. Mnohdy se objevují na základě nesnesitelné situace. Je patrné, že úzkosti byly často neúnosného rozsahu, když jedinci uvažovali nad vlastním ublížením a vysvobozením se prostřednictvím sebevražedného jednání. Úzkost vedla až k opakovanému sebepoškozování a pokusům o sebevraždu.

Shrnutí:

Úzkostná porucha vytváří uvnitř jedince sužující pocity a beznaděj. Dítě je nešťastné a plno strachu. Stav způsobují negativně laděné prožívání a jedinec se často uzavírá do sebe. Úzkostné stavy dle výpovědí vytváří i určitou zmatenost, kdy jedinec s touhou utéct může přijít i do možného ohrožení. Situace je velmi vážná. Děti a mládež se mnohdy potýkají s nesnesitelnou psychickou bolestí, kdy dokonce uvažují nad vlastní smrtí. Dochází k sebepoškozování, které zmírňuje nesnesitelné pocity úzkosti a napětí. Porucha je mnohdy takového rozsahu, že se jedinec pokouší svůj život ukončit. Tyto stavy vypovídají o závažnosti úzkostné poruchy.

4.5.5 Výzkumná otázka č. 5

Výzkumná otázka č. 5: Jakým způsobem dochází k podpoře a pomoci, když se u jedince projevují úzkostné stavy?

Při dotazu na pomoc a podporu při úzkostném prožívání jedince v souvislosti se zdravotním stavem se v odpovědích objevovala pomoc pouze ze strany rodiny. U tří informantů došlo k podpoře uvnitř rodiny. Čtyři participanti neuvedli pomoc žádnou.

„Pomohli mi pouze rodiče. V rodině mě moc podporovali a byli hodně nad věci, za což jsem i ráda. Moje mamka mi vysvětlovala, že se musím sama z toho dostat, musím být silná. Nejlepší prý bude, když se tuto situaci prostě sama naučím ovládat, že nikdo jiný to za mě nevyřeší.“ (F)

„Ve třídě to věděly tři kamarádky, jinak nikdo, takže moc lidí si nevšimalo. V rodině mi nejvíce pomohla mamka. Ta mi s tím pomáhá dodnes, jinak ze začátku doma to ostatní nějak nechápali nebo spíše neřešili. Ve škole to nikdo neřešil. Já pořád říkám, že kdo nezažije, nepochopí.“ (A)

„Rodiče mi pomohli, učitele ne. Nikdy o ničem nevěděli. Speciálně-pedagogická pomoc neproběhla, žádnou jsem nikdy nevyhledával. Vždycky mi bylo spíše příjemnější o poruše nemluvit.“ (G)

Zkušenosti jsou i takové, že onemocnění zaznamenal pouze velmi malý počet lidí. Osobám s úzkostnou poruchou nebylo vždy příjemné se o svém znevýhodnění zmiňovat. S překonáváním potíží při úzkostném prožívání pomohli jedincům jejich rodiče. Dodávali svým dětem sílu problém zvládnout a překonat. Je patrné, že výskyty potíží přetrvávají do dospělého věku. Podporu jedinci mohou potřebovat delší dobu než pouze v období dětství.

„V té době, jsem netušila, že by se mohlo jednat o nějakou nemoc. Byla jsem sama za sebe. Myslím, že pochopení a pomocná ruka je v tu chvíli nejdůležitější. Ve škole to se mnou bohužel nikdo neřešil.“ (C)

„Ne, bohužel, ve škole se mnou tyto problémy nikdo neřešil.“ (B)

„Nikdo o tom nevěděl. A když jo, pousmáli se a nikdy to nepochopili, čím si prožívám. Vlastně... nemohla jsem najít ani ty správné slova k tomu, co mi vlastně je.“ (E)

„Co se týče rodiny nebo učitelů, vždycky jsem se od všech dočkala jen toho, ať přestanu brečet. (...) Že se mnou není něco v pořádku, si všiml až jeden učitel v pátém ročníku na vysoké škole. V té době jsem byla poslána i školní lékařkou k psychiatrice, měla podezření na deprese. Konečně jsem začala svůj problém řešit.“ (D)

U řešení problému je mnohdy problém s identifikací obtíží, na to navazují problémy se svěřením se a možností potíže řešit. Stávalo se, že nemocné osoby byly na své potíže samy. Jednak své problémy nedokázaly dobře popsat okolí a také docházelo k postoji rodičů a pedagogů, aby jedinec přestal svou úzkost dávat najevo.

Shrnutí:

U dětí a mládeže se často vyskytovalo vnitřní prožívání problému a jejich obtíže byly mnohdy internalizovány. Mnozí jedinci o svých tělesných a psychických problémech neradi mluvili. Často sami nevěděli, s čím se potýkají a jak by se měli k problému postavit. Pokud došlo k nějaké pomoci a podpoře, byli to rodiče, kteří dítě povzbuzovali. K zajištění medicínské péče nastalo u všech participantů, jež léčbu podstoupili, až ve vyspělejší věku. U nikoho z informantů nedošlo k pedagogické podpoře a speciálně-pedagogické pomoci ve školním prostředí. Přitom je pedagog osobou, která je schopna rozpoznat již rané příznaky, byť i vnitřních problémů jedince.

4.6 Závěry výzkumného šetření

V této části výzkumu se dostáváme k cíli diplomové práce. Hlavní výzkumná otázka zněla, jakou roli hraje *úzkostná porucha jako rizikový faktor pro rozvoj poruchy chování a emocí u dětí a mládeže*.

Shrnutím jednotlivých výzkumných otázek pronikáme ke zjištění, že úzkostná porucha je vážným onemocněním, které se objevuje již v dětském věku. Děti a dospívající trpící úzkostnou poruchou zažívají nepříjemné pocity s řadou nevlivných somatických i psychických příznaků. Úzkostné stavy výrazně ovlivňují chování jedince. Do veškerého jednání i chování se promítá strach a obavy. Úzkostná porucha negativně ovlivňuje vzdělávání dětí a mládeže, jelikož snižuje pozornost, soustředění a schopnost se učit. Porucha výrazně komplikuje vyučovací proces u dětí. Na základě úzkostí dochází k častým absencím a zameškání hodin, protože zdravotní stav mnohdy nedovoluje jedinci účastnit se běžného školního dne. Úzkost vytváří nesnesitelné pocity ohrožení, které vyvolávají únikové řešení. Dochází tak k útěkům ze školy, které jsou mnohdy považovány za záškoláctví. Úzkostná

porucha s sebou přináší depresivní stavy s pocity beznaděje a smutku. Zoufalství jedince vede až k suicidálním myšlenkám, sebepoškozování a sebevražedným pokusům. Obtíže jsou spíše internalizovány, se svými problémy se jedinci často neradi svěřují. Pomoc a podporu představovali rodiče dětí a mládeže. K řešení úzkostného onemocnění s odborníky docházelo až v dospělém věku informantů.

Výzkumná část práce je významná a přínosná pro oblast edukace i intervence. Prostřednictvím výzkumu vyplývají na povrch potenciální rizika úzkostné poruchy a komplikace tohoto vážného neurotického onemocnění. Na základě informovanosti o nemoci by bylo možné snížit rizika mnohdy velmi vážných následků. Dospěli jsme k závěru, že **úzkostná porucha představuje výrazný rizikový faktor pro rozvoj poruchy chování a emocí u dětí a mládeže**. Výzkum zainteresoval čtenáře do problému a vytvořil povědomí o této problematice, se kterou se setkávají běžní pedagogové, speciální pedagogové i rodiče úzkostných dětí.

Závěr

Dnes se setkáváme s celou řadou znevýhodnění a postižení, které již nejsou neznámé. Společnost je přijímá a nastavuje podmínky pro co nejmenší bariéry a dopomáhá k plnohodnotnému životu jedince s postižením. Dostáváme se od mentální retardace přes pervazivní vývojové poruchy, schizofrenie, specifické poruchy učení, chronické nemoci až k neurotickým poruchám, včetně úzkostných poruch. Úzkostné poruchy nejsou méně závažné, mnohdy se o nich méně ví, ale s dynamikou dnešní doby dochází k nárůstu jejich výskytu a intenzity.

Neurotické děti vyžadují citlivý přístup, ocenění, povzbuzení a projevení podpory. Stěžejní je také trénování zvládnutí různé zátěže, aby nedocházelo k vyhýbání. Pro správný vývoj jedince je důležité, aby byly v dostatečné míře a trvale uspokojovány jeho životní biologické i psychické potřeby. Velmi důležitá je podpora dítěte a jeho důvěry v sebe sama.

Dětské psychiatrické nemoci jsou důsledkem vzájemného působení více faktorů. Pokud má dítě vážné úzkostné stavy, bude potřeba vyhledat psychiatrickou pomoc, kdy je mnohdy nutná i medikace. Léčba je velmi úspěšná v kombinaci s psychoterapií s možností nacvičování autogenního tréninku a využívání kognitivně behaviorální psychoterapie. Prevencí problémů je duševní hygiena a co nejvíce možné zamezení stresového působení. Záměrem je zmírnit úzkost a zlepšit schopnost zvládat strach. Důležité je povzbuzení, že je dítě schopné obtížnou situaci zvládnout, a pomoc vypořádat se s nemocí a omezeními, které dítěti onemocnění způsobuje. Víra ve změnu a zlepšení zdravotní situace pomáhá jedinci s překonáváním úzkostných stavů. Podstatné je omezení dopadu problémů na kvalitu života v dětství a dospělosti. Účelem je uchování aktivního a plnohodnotného života každého jedince. Děti by měly prožívat radost a příjemné okamžiky místo skličujících momentů a neustálého strachu.

V diplomové práci byly prozkoumány souvislosti mezi úzkostnou poruchou a riziky rozvoje poruchy chování a emocí. Došlo ke zjištění, jakými projevy nemoci dochází až k rizikům rozvoje poruchy chování a emocí vlivem úzkostné poruchy. Stanovené cíle, které byly uvedeny v úvodu diplomové práce, byly splněny. Dozvěděli jsme se, že úzkostná porucha obsahuje nepříznivé projevy, jež mají vliv

na vyučovací proces. Dle výzkumu jsou úzkostné stavy takového rozsahu, že jedinec volí útěk ze školy nebo do ní vůbec neodejde. V souvislosti s nemocí sužují dítě deprese a situace je pro jedince neúnosná natolik, že se objevují suicidální myšlenky, sebepoškozování a sebevražedné pokusy. Dalo by se doporučit zaměření na úzkostné poruchy, pokud dítě vykazuje úzkostné příznaky. Pedagogové by měli být více seznámeni s úzkostnou poruchou a být schopni rozpoznat počínající problémy s ní spojené. Důležitá je informovanost pedagogů a rodičů o nemoci a způsobech intervence. K tomu vybízí i další zjištěný fakt, že se dostalo pomoci úzkostným jedincům pouze v rodinném prostředí. Otevřené výpovědi participantů obsahují řadu významných nálezů, které potvrzují teoretickou část práce. Předmětem navazujícího zkoumání by mohlo být prozkoumání procesu vypořádávání s tímto zdravotním znevýhodněním a nacházení konkrétních podpůrných metod práce s úzkostnými dětmi a mládeží.

Resumé

Předmětem zájmu diplomové práce bylo onemocnění související s hektičností a tlakem dnešní doby. Úzkostné poruchy spadají do neurologického onemocnění a vyznačují se silným dopadem na psychickou stránku jedince. Čtenáři byly přiblíženy hlavní projevy úzkostné poruchy a její důsledky v životě postižených. Proběhlo seznámení s panickou poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou a dalšími poruchami neurotického spektra.

Porucha chování a emocí je vnímána velice negativně a vyvolává odmítavé postoje k danému jedinci. Internalizované poruchy chování jsou mnohdy skryté a je obtížné je zavčas odhalit. Dítě se uzavírá do sebe a vnitřně strádá, i když to na něm okolí nemusí rozpoznat. Přestože internalizované poruchy okolí nenarušují, jsou neodkladným problémem v životě jedince.

Děti a mládež se setkávají na cestě k dospělosti s řadou bariér a překážek. Diplomová práce vymezila řadu rizikových faktorů podílejících se na chování jedince. Zdravotní stav představuje výraznou determinantu, která ovlivňuje mnoho složek osobnosti a promítá se do všech životních oblastí. Zdravotní potíže a nepříjemné prožitky psychického původu jsou závažné a výrazně omezují kvalitu života.

Děti a dospívající, kteří trpí úzkostnou poruchou, mají život značně nelehký a komplikovaný. Vypořádávají se s neznámou situací, jsou provázeni neustálým strachem a bojí se doslova o svůj život. Na základě vnitřních pocitů dochází k nežádoucímu chování, kdy jedinec odmítá školu a utíká z ní. Nemoc mnohdy ztěžuje vyučovací proces a vede k dalším problémům ve školním prostředí. Osobnost upadá do depresí a nenachází víru v možné zlepšení. Důležitá je včasnost odborné pomoci, podpora blízkých a možnost navrácení jedince do běžného života.

Summary

The subject matter of this thesis was a condition related to the pressure of these hectic times. The anxiety disorders belong in neurological conditions and are distinguished by their severe impact on one's mental aspect. The reader was familiarized with the most prominent consequences in patients' lives. There was an introduction to anxiety disorder and various other disorders of the neurotic spectrum.

Behavioral and emotional disorder is perceived very negatively and causes rejecting attitudes towards such individual. Internalized conduct disorders are often covert and it's difficult to diagnose them in time. The child grows introverted and suffers emotional hardship although the surroundings might not notice it. Even though the internalizing disorders do not affect the patient's environs, they are a pressing issue in one's life.

Children and youngsters encounter many barriers and obstacles on their journey to adulthood. This thesis has specified a range of risk factors participating in one's behavior. A state of health represents an important determinant affecting many aspects of one's personality and it is reflected in all levels of people's lives. Health problems and unpleasant experience with mental origins are serious and they significantly reduce one's quality of life.

Children and adolescents who suffer from an anxiety disorder have a hard and complicated life. They are dealing with an unfamiliar situation, they feel constant fear and are often even afraid for their life. There occurs undesirable behavior based on the inner feelings when the patient refuses to go to school and cuts classes. The condition often complicates the learning process and leads to various other problems at school. The personality falls into despair and fails to see a possibility for improvement. A prompt help from the professional is crucial, as well as the support from the loved ones in order to restore the patient to health and ordinary life.

Použitá literatura

BALÁTOVÁ, Kristýna. *Hodnoty u dospívajících jedinců s poruchami chování*.

Brno: Masarykova univerzita, 2014, 148 s. ISBN 978-80-210-7573-3.

BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007, 253 s. ISBN 978-80-7254-955-9.

ČERVENKA, Karel; VOJTOVÁ, Věra; KACHLÍK, Petr. *Faktory resilience v intervenci 3P jako koncept inkluzivních strategií v etopedii: inclusive strategies in education of children with behavioural difficulties/disorders - the factors of resiliency in 3P intervention*. Brno: Masarykova univerzita, 2015, 304 s. ISBN 978-80-210-8131-4.

ČERVENKA, Karel; VOJTOVÁ, Věra. *Východiska pro speciálněpedagogické intervence v etopedii: resources for special educational intervention*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 110 s. ISBN 978-80-210-6617-5.

ČERVENKA, Karel. *Zdroje a bariéry sociální inkluze dětí s poruchami chování z hlediska výchovných profesionálů*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, 110 s. ISBN 978-80-210-7562-7.

ELLIOTT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002, 206 s. ISBN 80-247-0182-0.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 208 s. ISBN 80-85931-79-6.

HELUS, Zdeněk. *Pojetí žáka a perspektivy osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982, 200 s.

HELUS, Zdeněk. *Psychologie školní úspěšnosti žáků*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1979, 264 s.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HORNEY, Karen. *Neurotická osobnost naší doby*. Praha: Portál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-219-5.

Inclusive education in Europe: putting theory into practise. International Conference, 18 November 2013. Reflections from researchers. Odense, Denmark: European Agency for Special Needs and Inclusive Education, 2014. ISBN 978-87-7110-493-6.

KOUTEK, Jiří; KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2003, 128 s. ISBN 80-7178-732-9.

KUCHARSKÁ, Anna. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál, 1999, 142 s. ISBN 80-7178-294-7.

MAŇÁK, Josef; ŠVEC, Vlastimil. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004, 80 s. ISBN 80-7315-078-6.

MEIER, Paul D.; MINIRTH, Frank B. *Od deprese ke štěstí?: příznaky, příčiny a léčení depresí*. Praha: Návrat domů, 1998, 196 s. ISBN 80-85495-82-1.

MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014, 256 s. ISBN 978-80-262-0688-0.

NAVRÁTIL, Stanislav; MATTIOLI, Jan. *Problémové chování dětí a mládeže: jak mu předcházet, jak ho eliminovat*. Praha: Grada, 2011, 120 s. ISBN 978-80-247-3672-3.

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.

OCISKOVÁ, Marie; PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.

PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2012, 232 s. ISBN 978-80-247-4332-5.

PELIKÁN, Jiří. *Pomáhat být: otevřené otázky teorie provázející výchovy*. Praha: Karolinum, 2002, 160 s. ISBN 80-246-0345-4.

PÖTHE, Petr. *Emoční poruchy v dětství a dospívání: psychoanalytický přístup*. Praha: Grada, 2008, 154 s. ISBN 978-80-247-2131-6.

PRAŠKO, Ján. *Agorafobie a panická porucha: příčiny a způsoby léčby*. Praha: Portál, 2014, 208 s. ISBN 978-80-262-0518-0.

PRAŠKO, Ján. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál, 2006, 232 s. ISBN 80-7367-079-8.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005, 414 s. ISBN 80-7178-997-6.

PRESOVÁ, Jana. *Školní vztahová síť jako zdroj resilience dětí v riziku poruch chování*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, 182 s. ISBN 978-80-210-7580-1.

ROGGE, Jan-Uwe. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999, 212 s. ISBN 80-7178-237-8.

RONEN, Tammie. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích: kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Praha: Portál, 2000, 160 s. ISBN 80-7178-370-6.

ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995, 400 s. ISBN 80-7169-168-2.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie: příručka pro studenty*. Praha: Portál, 2005, 287 s. ISBN 80-7178-923-2.

ŘÍČAN, Pavel; VÁGNEROVÁ, Marie. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991, 360 s. ISBN 80-201-0131-4.

SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál, 1999, 150 s. ISBN 80-7178-315-3.

SHEEDYOVÁ-KURCINKOVÁ, Mary. *Problémové dítě v rodině a ve škole: dítě mimořádně citlivé, vnímavé, tvrdohlavé, aktivní*. Praha: Portál, 1998, 286 s. ISBN 80-7178-174-6.

SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001, 248 s. ISBN 80-244-0249-1.

SOBOTKOVÁ, Veronika N. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing, 2014, 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.

SPOUSTA, Vladimír. *Speciálně pedagogická diagnostika etopedická*. Brno: Masarykova univerzita, 1995, 110 s. ISBN 80-210-1261-7.

- ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007, 56 s. ISBN 978-80-7315-160-7.
- ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 104 s. ISBN 978-80-247-2947-3.
- ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2004, 248 s. ISBN 80-246-0877-4.
- TOLAN, Janet. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006, 224 s. ISBN 80-7367-146-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999, 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012, 533 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VÍTKOVÁ, Marie; VOJTOVÁ, Věra. *Education of socially disadvantaged pupils across Europe*. Brno: Masaryk University, 2009, 156 s. ISBN 978-80-210-5106-5.
- VOJTOVÁ, Věra; ČERVENKA, Karel. *Intervence pro inkluzi dětí s problémy/poruchami v chování: intervention for inclusion for children with behavioural difficulties/disorders*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, 202 s. ISBN 978-80-210-7610-5.
- VOJTOVÁ, Věra; ČERVENKA, Karel. *Intervence pro inkluzi: intervention for inclusion*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 258 s. ISBN 978-80-210-6645-8.

VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 330 s. ISBN 978-80-210-5159-1.

VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 136 s. ISBN 978-80-210-4573-6.

VOJTOVÁ, Věra. *Úvod do etopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2008, 128 s. ISBN 978-80-7315-166-9.

ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998, 194 s. ISBN 80-7184-681-3.

Elektronické zdroje

Školský zákon v konsolidovaném znění účinném od 1. 9. 2016: Aktuální znění školského zákona. 2016. [online]. [cit. 2016-10-27]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-v-konsolidovanem-zneni-ucinnem-od-1-9-2016>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *V. kapitola: Poruchy duševní a poruchy chování (F90-F99): Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F48).* 2014. [online]. [cit. 2016-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *V. kapitola: Poruchy duševní a poruchy chování (F90-F99): Poruchy chování a emoci se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98).* 2014. [online]. [cit. 2016-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. 2011. [online]. [cit. 2016-10-27]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vvyhlaska-c-116-2011-sb-ktou-se-meni-vyhlaska-c-72-2005-sb>

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. 2016. [online]. [cit. 2016-10-27]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlaska-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi>

Seznam obrázků, tabulek a grafů

- Obrázek č. 3: Biopsychosociální model funkčnosti
- Obrázek č. 4: Bludné kruhy úzkosti
- Tabulka č. 4: Hlavní rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku psychických poruch
- Tabulka č. 2: Charakteristika výzkumného souboru
- Tabulka č. 3: Vznik úzkostné poruchy u participantů
- Graf č. 1: Projevy úzkostné poruchy u participantů

Přílohy

Příloha 1 – Tazatelské otázky

1. Zažil/a jsi někdy pocity úzkosti?
 - Kolik let ti bylo, když se to stalo poprvé?

2. Máš úzkostnou poruchu přímo odborně diagnostikovanou?
 - Jaký druh úzkostné poruchy se u tebe projevuje?
 - panická porucha
 - generalizovaná úzkostná porucha
 - agorafobie
 - obsedantně-kompulzivní porucha
 - depersonalizace a derealizace
 - sociální fobie
 - specifická fobie
 - jiná úzkostná porucha
 - Probíhá u tebe nějakým způsobem léčba?
 - Jak dlouho medikace probíhá?

3. Zkus mi prosím popsat, jaké jsou tvé pocity, když prožíváš úzkost.
 - Co při úzkostném stavu zažíváš?
 - Co tě v takových chvílích napadá a na co myslíš?

4. Zažíval/a jsi pocity úzkosti již při školní docházce?
 - Prožíval/a jsi tyto pocity na základní škole nebo na střední škole?

5. Jaké byly prosím projevy tvé úzkosti v té době?

6. Jak ti úzkost ovlivnila vzdělávání?
 - Jaké obtíže se objevovaly ve školním prostředí?
 - obtíže s učením

- vliv na pozornost
- vliv na soustředění
- zhoršení prospěchu na základě nemoci
- nedostatek učebního materiálu vlivem absencí

7. Jaký jsi měl/a v té době přístup ke škole?

- Projevoval se u tebe strach?

8. Zkus mi prosím popsat, jak poznamenaly úzkostné stavy tvoji školní docházku.

- Stalo se někdy, že jsi kvůli úzkosti nešel/nešla do školy?
- Nebo jsi z ní utekl/a v průběhu vyučování?

9. Jaké vlivy měla úzkostná porucha na vztahy ve třídě?

10. Měla vliv úzkostná porucha na tvé stravování, spánek, úroveň energie a aktivity?

11. Můžeš mi prosím říct, jestli se objevily někdy v souvislosti s úzkostnou poruchou deprese?

12. Stalo se někdy, že jsi pomýšlel/a na to, že by sis ublížil/a?

13. Poznamenalo tě toto znevýhodnění v oblasti prožívání volného času?

- Měla nemoc vliv na tvé koníčky a zájmové činnosti?

14. Řešil s tebou někdo tuto situaci a podporoval tě někdo?

- speciálně-pedagogická pomoc
- pomoc pedagoga
- pomoc rodičů
- jiná pomoc