

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Markéta Dvořáková

Psychická onemocnění dětí předškolního věku

Olomouc 2021

Mgr. Michaela Pugnerová Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Psychická onemocnění dětí předškolního věku*“ vypracovala samostatně, výhradně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Datum

.....

podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní *Mgr. Michaele Pugnerové Ph.D.*, za odborné vedení práce. Rovněž bych chtěla poděkovat všem učitelům mateřských škol podílejících se na výzkumném šetření v praktické části mojí bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá psychickými onemocněními vyskytujícími se u dětí předškolního věku. V práci je popsán vývoj dítěte předškolního věku a jeho potřeby. Práce se zabývá termínem psychická odolnost a řeší otázku výchovy dítěte v psychicky odolného jedince. V bakalářské práci jsou obecně popsány aspekty, které se podílí na vzniku psychických onemocnění. Hlavním tématem práce jsou jednotlivá psychická onemocnění. Práce popisuje jednotlivá psychická onemocnění vyskytující se u dětí předškolního věku. Popisuje projevy těchto onemocnění, příčiny vzniku a vhodnou terapii.

Praktická část bakalářské práce obsahuje výzkumné šetření, které se snaží poukázat na to, že i děti předškolního věku mohou trpět duševním onemocněním. Zabývá se četností jednotlivých psychických poruch a četností příznaků psychických onemocnění, u dětí předškolního věku za několik posledních desítek let a v současnosti, z pohledu a zkušeností učitelů mateřských škol.

Klíčová slova

Předškolní věk, vývoj dítěte předškolního věku, psychická odolnost, poruchy chování, smíšené poruchy chování a emocí, emoční poruchy, poruchy sociálních funkcí, jiné poruchy chování a emocí, četnost psychických onemocnění u dětí předškolního věku

Annotation

This Bachelor's diploma thesis focuses on mental disorders that occur in preschool children. In the thesis, I describe child development and needs. The thesis deals with the terminology of mental adaptation and is concerned with the process of a child developing into a mentally adaptable person. The common aspects that can cause mental disorders are addressed, as well as the individual disorders that the thesis focuses on. Furthermore, it addresses the symptoms that can be seen and appropriate therapy that can be used.

The practical part covers a research that puts emphasis on the fact that preschool children can also experience mental illness. Moreover, it consists of data about the individual mental disorders frequency in preschool age children and symptoms in the present and in the last couple of decades, from the point of view and experience of kindergarten teachers.

Keywords

Preschool age, preschool child development, mental adaptation, mixed disorder of conduct and emotion, emotional disorders, disorders of social functioning, other mixed disorders of conduct and emotion, mental disorders frequency in preschool age child.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Vývoj dítěte předškolního věku	11
1.1. Kognitivní vývoj	12
1.2. Emoční vývoj a socializace.....	13
2. Psychická odolnost.....	15
2.1. Faktory ovlivňující psychickou odolnost.....	15
2.2. Výchova psychicky odolného dítěte	16
3. Vznik psychických onemocnění.....	18
3.1. Biopsychosociální model	18
3.1.1. Biologické vlivy	19
3.1.2. Sociální faktory	19
VYBRANÁ PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	21
1 Poruchy chování F91	21
1.1. Poruchy chování ve vztahu k rodině F91.0.....	23
1.1.1. Projevy.....	23
1.1.2. Příčiny vzniku.....	23
1.2. Poruchy opozičního vzdoru F91.3	23
1.2.1. Projevy.....	24
1.2.2. Příčiny.....	24
1.2.3. Terapie	24
1.3. Socializovaná porucha chování F91.2	25
1.3.1. Projevy.....	25
1.3.2. Příčiny vzniku.....	25
1.3.3. Terapie	26
1.4. Nesocializovaná porucha chování F91.1	26
1.4.1. Projevy.....	26
1.4.2. Příčiny vzniku.....	26
1.4.3. Terapie	27
2. Smíšené poruchy chování a emocí F92	28
2.1. Depresivní porucha chování F92.0	28
2.1.1. Projevy.....	28

2.1.2.	Příčiny vzniku.....	29
2.1.3.	Typy deprese.....	29
2.1.4.	Terapie.....	29
3.	Emoční poruchy F93	31
3.1.	Separáční úzkostná porucha F93.0	31
3.1.1.	Projevy.....	31
3.1.2.	Příčiny vzniku.....	32
3.1.3.	Terapie	32
3.2.	Fobická úzkostná porucha F93.1	32
3.2.1.	Projevy.....	33
3.2.2.	Terapie	33
3.3.	Porucha sourozenecké rivality F93.3.....	34
3.3.1.	Projevy.....	34
3.3.2.	Příčiny vzniku.....	34
3.3.3.	Terapie	35
3.4.	Sociální anxiózní porucha v dětství F93.2.....	35
3.4.1.	Terapie	35
3.5.	Jiné (nadměrně úzkostná porucha) F93.8	35
3.5.1.	Příčiny vzniku.....	36
3.5.2.	Terapie	36
4.	Poruchy sociálních funkcí F94.....	37
4.1.	Elektivní mutismus F94.0.....	37
4.1.1.	Projevy.....	37
4.1.2.	Příčiny vzniku.....	37
4.1.3.	Terapie	38
4.2.	Reaktivní porucha přichylnosti v dětství F94.1	38
4.2.1.	Projevy.....	38
4.2.2.	Příčiny vzniku.....	38
4.2.3.	Terapie	39
5.	Jiné poruchy chování a emocí F98.....	40
5.1.	Neorganická enuréza F98.0	40
5.1.1.	Typy enurézy	40
5.1.3.	Příčiny vzniku.....	41
5.1.4.	Terapie	41
5.2.	Neorganická enkopréza F98.1	42

5.2.1.	Typy enkoprézy	43
5.2.2.	Příčiny vzniku	43
5.2.3.	Terapie	43
5.3.	Poruchy příjmu potravy F98.2	44
5.3.1.	Vyhýbání se jídlu spojené s emoční poruchou	44
5.3.2.	Infantilní ruminační porucha	45
5.3.3.	Syndrom vybíravosti v jídle	45
5.3.4.	Posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie	45
5.3.5.	Mentální anorexie	45
5.3.6.	Mentální bulimie	46
5.4.	Pika F98.3	46
5.4.1.	Projevy	47
5.4.2.	Příčiny vzniku	47
5.4.3.	Terapie	47
PRAKTICKÁ ČÁST		48
1.	Úvod	48
2.	Cíle šetření	48
3.	Postup při sběru dat	49
4.	Výzkumné otázky	49
5.	Použité metody	50
6.	Popis sledovaného vzorku	50
7.	Vyhodnocení výsledků	53
8.	Diskuze	70
Závěr:		73
Seznam grafů:		74
Seznam tabulek:		75
Seznam použitých zkratk:		76
Seznam literatury:		78

ÚVOD

“Všeobecné mínění dospělých je “Děti jsou šťastné, hrají si, nemají naše starosti, pracovní zatížení a ty jejich bolístky stačí jen pofoukat.” tato naivní představa šťastného a radostného dětství je dávno vyvrácený předsudek stejně jako představa, že dítě je sice často nemocné, ale jen tělesně a velice zřídka duševně” (Hort, 2000, 189)

Představa dospělých je opravdu taková, že mnohdy ani netuší, že by malé děti mohly mít nějaký psychický problém. Někdy dlouho trvá i fáze připuštění si nemoci dítěte a rodiče sami sebe přesvědčují, že je jejich dítě naprosto zdravé. Hodně rodičů také, i když si nemoc dítěte připustí, odmítá návštěvu psychologa. V posledních letech našťestí tento trend ubírá na četnosti. Návštěva psychologa opravdu není ostudou. Každý někdy potřebuje psychickou pomoc, A návštěva psychologa by měla být brána stejně jako, když jdeme k lékaři, abychom vyřešili nějaký tělesný problém. To stejné platí i o návštěvě psychiatra.

Téma psychických onemocnění u dětí předškolního věku mě jako učitelku mateřské školy velmi zajímá. Myslím si, že je důležité, aby se každý učitel mateřské školy zabýval symptomy psychických poruch a o práci s dětmi s nějakou psychickou poruchou. Učitelé by rovněž měli úzce spolupracovat s rodiči a měli by být rodičům nápomocni v řešení těžké životní situace dítěte i celé rodiny. Učitelé s rodiči by se také v nejlepším případě měli shodnout na výchovných postupech a být v nich jednotní.

Tato práce v teoretické části poskytuje obecné informace o vývoji dítěte předškolního věku, o jeho kognitivním, emočním vývoji, socializaci a jeho potřebách. Druhá kapitola je věnována psychické odolnosti dítěte. Objevují se zde faktory ovlivňující psychickou odolnost a jak vychovávat dítě v psychicky odolného jedince. Třetí kapitola se zabývá vznikem psychických onemocnění podle biopsychosociálního modelu. Další kapitoly jsou věnovány vybraným psychickým poruchám objevujících se u dětí v předškolním období. V první podkapitole se práce zabývá poruchami chování. Práce zde věnuje pozornost poruchám chování ve vztahu k rodině, poruchám opozičního vzdoru, socializované poruše chování a nesocializované poruše chování.

Další podkapitola se věnuje depresivní poruše chování, jejími projevy, příčinami vzniku a terapií této poruchy. V další kapitole se zabýváme emočními poruchami. Sem patří separační úzkostná porucha, fóbické úzkostné poruchy, porucha sourozenecké rivality, sociální anxiózní porucha, nadměrně úzkostná porucha. Další podkapitola se zabývá poruchami sociálních funkcí. Sem patří elektivní mutismus a reaktivní porucha přichylnosti v dětství. A v další podkapitole

se zabýváme jinými poruchami chování a emocí. Sem řadíme neorganickou enurézu a enkoprézu, poruchy příjmu potravy a syndrom Pika.

Praktickou část bakalářské práce jsem věnovala výzkumnému šetření, metodou dotazníku a rozhovorů. Šetření bylo zaměřené na četnost psychických onemocnění u dětí předškolního věku. V tomto šetření vypovídalo 118 respondentů, učitelů mateřských škol. Otázky se zaměřovaly především na četnost psychických poruch a symptomů psychických poruch u dětí předškolního věku, z pohledu učitelů mateřských škol. Z dotazníku vyplývá, jak často se učitelé mateřských škol u předškolních dětí setkávají s psychickými onemocněními.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vývoj dítěte předškolního věku

Předškolní období je charakteristické nepříliš nápadnými, ale přesto velmi důležitými změnami, jelikož tyto změny silně ovlivňují postavení jedince ve společnosti. Dítě stále zdokonaluje svoji motoriku, pohybovou koordinaci, hbitost a eleganci svých pohybů a je čím dál tím více zručnější. Dítě si svoji zručnost cvičí zejména pomocí kresby, díky které může vyjádřit i svoje vlastní představy (Langmeier a Krejčířová, 2006). Dle Bednářové, Šmardové (2015) může mít dítě, s oslabením motorických schopností a dovedností potíže se zapojením se do kolektivu a sdílením aktivity s ostatními vrstevníky, a to může vést k nežádoucím způsobům chování dítěte.

Velmi výrazně se v tomto věku objevuje potřeba samostatnosti, která se promítá do všech životních oblastí dítěte, díky větší samostatnosti dokáže dítě navazovat společenské vztahy nejen s dospělými, ale i s dětmi (Příhoda, 1963). Dítě samostatně jí, samo se svléká, obléká, ve spoustě činností potřebuje již jen malou pomoc dospělých (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Langmeier a Krejčířová (2006) hovoří o tom, že celé předškolní období bychom mohli nazvat obdobím hry. Hra je totiž převažující, nejdůležitější a nejpřirozenější činnost dítěte předškolního věku. „*Ve hře se projevují a rozvíjejí všechny psychické procesy i vlastnosti osobnosti*“ (Vágnerová, 1994, 59). Především prostřednictvím hry dítě také uspokojuje potřebu pohybu, jelikož dítě v tomto věku má stále velkou potřebu aktivity (Vágnerová, 1994).

Dítě si v tomto věku osvojuje také základy počítání, rozšiřuje se jeho časová perspektiva („až večer“, „zítra“ apod.), objevuje se také potřeba učení a „práce“, dítě rádo pomáhá v domácnosti s drobnými úkoly (Langmeier, Krejčířová, 2006). U dítěte předškolního věku je důležitá potřeba stimulace a poznání. Dle Vágnerové (1994) dítě předškolního věku prahne po změnách a uplatňování vlastní iniciativy, ale zároveň potřebuje mít pocit stability, bezpečí a jistoty. Pokud se dítě cítí jistě a bezpečně, nebrání mu nic v objevování nového a neznámého a v projevování vlastní iniciativy. Pokud se však dítě necítí v bezpečí, nebo je unavené projevuje se u něj potřeba získat bezpečí a jistotu. Tyto potřeby by měly být v rovnováze.

Dítě stále potřebuje naplňovat potřebu citového vztahu, tuto potřebu naplňuje především prostřednictvím rodiny. Dítě v tomto období má, ale potřebu sociálního kontaktu, nejen se členy rodiny, ale i se svými vrstevníky.

Dalšími potřebami dítěte předškolního věku jsou potřeba identity a seberealizace, tyto potřeby musí být naplňovány dle společenských norem. „*Vyrovnaný psychický vývoj předpokládá, že by veškeré základní potřeby jedince měly být uspokojovány v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. V reálném životě však zcela běžně dochází k jejich neuspokojování, které má různý charakter. Dítě se již v útlém věku dostává do situací, které komplikují, oddalují nebo maří uspokojování jeho potřeb. Během vývoje se musí naučit, jak tyto zátěže, překážky a nespokojenost překonávat. Obecně lze mluvit o náročných životních situacích, které jsou do určité míry potřebné, protože stimulují aktivitu jedince a jeho rozvoj*“ (Vágnerová, 1994, 65).

Závažnost neuspokojování některých potřeb závisí vždy na daném jedinci a jeho subjektivních pocitech. Odolnost dítěte vůči frustraci, z důvodu neuspokojování jeho potřeb, závisí na věku, genetických dispozicích, schopnostech, zkušenostech a aktuálním stavu (Vágnerová, 1994).

1.1. Kognitivní vývoj

V předškolním období se dítě dostává do vyšší úrovně myšlení. Z úrovně předpojmového myšlení přechází do úrovně názorového myšlení. Dítě začíná uvažovat v celostních pojmech na základě podobností, stále je však úsudek vázán na to, co dítě vidí nebo vidělo. (Langmeier, Krejčířová, 2006). Vágnerová (1994) říká, že myšlení předškolního dítěte je typické fenomenismem, egocentrismem, antropomorfismem, presentismem a fantazií.

Společně s myšlením a ostatními kognitivními procesy se rozvíjí i vnímání dítěte. Charakteristickým znakem vnímání dítěte předškolního věku je globálnost. Dítě je upoutáváno především nápadnými rysy, nevnímá celek jako souhrn detailů. „*V předškolním věku se vnímání vyvíjí v souvislosti s myšlením, rozvojem představ a nabýváním zkušeností, rozvíjí se zejména zraková a sluchová diferenciacce, analýza a syntéza, nezbytná pro výuku čtení a psaní*“ (Vágnerová, 1994, 61).

Vnímání prostoru a času je u dětí předškolního věku nepřesné, dětem se zdá prostor mnohem větší než dospělému, to stejné platí i u vnímání času, dítěti se zdá časový úsek mnohem delší, než jak ho vnímají dospělí. Dítě dokáže čas vnímat pouze ve spojitosti s nějakými událostmi nebo s opakujícími se jevy. (Vágnerová, 1994).

V tomto období se také velmi zdokonaluje řeč. Zdokonaluje se obsahová i formální stránka řeči (Vágnerová, 1994). Rozšiřuje se slovní zásoba, dle Vágnerové (1994) ovládá pětileté dítě kolem 2000 slov, šestileté dítě kolem 3000 slov. Zdokonaluje se výslovnost i větná skladba. Řeč se zdokonaluje především díky tomu, že dítě v tomto období velmi rádo povídá (Langmeier, Krejčířová, 2006). „*Řeč má pro vývoj jedince mimořádný význam, protože ovlivňuje kvalitu myšlení, poznávání, učení, jeho orientaci a fungování v lidském společenství*“ (Bednářová, Šmardová, 2015, 30). Díky řeči může dítě vyjádřit, co si myslí, cítí, co chce a nechce, může dosáhnout uspokojení svých potřeb. Dítě s oslabením v oblasti řečových schopností může mít potíže v sociální interakci, a také tento handicap může negativně ovlivňovat vývoj jeho osobnosti (Bednářová, Šmardová, 2015).

Paměť předškolního dítěte je především bezděčná, mechanická, konkrétní a krátkodobá (Vágnerová, 1994). Představy dítěte se rozvíjejí v závislosti s ostatními poznávacími procesy, představy jsou více obsáhlé a početnější, stále však nejsou plně přesné. Děti si však nedostatky v představách doplní pomocí fantazie, a tak vznikají dětské výmysly, které nazýváme konfabulace. Těmto výmyslům děti pevně věří, nedá se tedy mluvit o lhaní (Vágnerová, 1994). Pozornost dítěte je upoutávána především atraktivními, neobvyklými jevy. V předškolním období však můžeme pozorovat i začátky záměrné pozornosti (Vágnerová, 1994).

1.2. Emoční vývoj a socializace

Citové prožitky dítěte předškolního věku jsou velmi intenzivní, ale zároveň jsou krátkodobé a proměnlivé. Děti předškolního věku jsou charakteristické svojí veselostí, hravostí a smyslem pro humor. V předškolním věku se však objevuje strach z nadpřirozena, mnohdy jsou tyto strachy způsobeny představami nereálných situací a bytostí, které si dítě samo vytvořilo pomocí svojí fantazie (Vágnerová, 1994).

Kolem třetího roku života dítěte se objevují počátky sebekontroly. Dítě dokáže regulovat své chování nejprve hlasitým sebe napomenutím, později se dítě dokáže sebe regulovat myšlením a schopnost sebekontroly rychle narůstá (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Hlavní potřebou dítěte předškolního věku je kromě potřeby aktivity, potřeba sebezprosažení (Vágnerová, 1994). Dítě se musí naučit, jak tuto potřebu uspokojovat, ale zároveň neomezovat ostatní jedince. Dítě se učí, jaké jsou normy chování, naučí se rozpoznávat, co smí a co nesmí. Pokud se dítě zachovalo v rozporu s normou chování, projevuje se u dítěte pocit viny. To vše

přispívá k rozvoji lidského svědomí. Předškolní dítě již na základě svých zkušeností ví, které chování je dobré a které je špatné, dokonce se i umí samo rozhodnout, které chování zvolí. Jeho vůle vydržet je však ještě slabá, a tak vydrží jen krátkodobě (Vágnerová, 1996).

Základem pro celý emoční vývoj dítěte je socializace, kterou musíme chápat nejen jako socializaci vnějších projevů dítěte, ale především jako socializaci vnitřního prožívání dítěte. S rozvojem emočního vývoje úzce souvisí i rozvoj vlastního sebepojetí. Sebehodnocení většiny předškolních dětí bývá většinou velmi vysoké, ale je stále nestabilní a ovlivněno okolím dítěte. Rozvoj sebevědomí dítěte se může projevovat egoismem, majetnickými sklony až vychloubáním. V předškolním období se také velmi rozvíjí empatie dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V předškolním období zůstává nejdůležitějším prostředím rodina, ve které se odehrává primární socializace dítěte. Předškolní dítě je podrobováno sociálnímu tlaku svého okolí, aby ovládalo své chování a přizpůsobovalo se pravidlům dané společnosti. Dle Whiting a Child (1953) (Langmeier a Krejčířová, 2006) se u dítěte střídá období shovívavosti za období socializace. V rámci socializace si dítě osvojuje nové sociální role, a také se v tomto období definitivně diferencuje ženská a mužská role (Vágnerová, 1994).

Základním úkolem je v tomto období rozvíjení účelné aktivity dítěte. Aktivita dítěte musí být však adekvátně regulována. Nejčastější aktivitou dítěte předškolního věku je hra. *„Od raného věku je hra pro dítě tou nejpřirozenější a nejdůležitější činností; jejím prostřednictvím získává zkušenost se světem věcí, lidí, ale zároveň také poznává samo sebe. Do hry dítě promítá a současně v ní rozvíjí celou svoji osobnost (intelekt, vnímání, pohybové dovednosti, sociální dovednosti, potřeby, emoce, zkušenosti, zážitky, fantazii, tvořivost...).* Hra mu přináší pocit seberealizace, smysluplnosti a hlavně radosti“ (Bednářová, Šmardová, 2015, 59).

Na začátku předškolního věku dochází z hlediska hry ke značnému pokroku. Dítě přechází z paralelní hry, kdy po sobě děti pouze pokukují, ale každé si hraje samo, ke hře společné – asociativní, kdy si děti již hrají spolu. Později přichází i hra kooperativní, při níž každé dítě má nějakou roli a přispívá svým dílem ke společnému projektu (Langmeier a Krejčířová, 2006). Hra nese významnou úlohu v socializačním procesu dítěte a je naprosto nezbytná pro správný psychický vývoj dítěte. Kolem čtyř let se u dětí také velmi objevuje soupeřivost, a to především v rámci hry (Langmeier a Krejčířová, 2006).

2. Psychická odolnost

Psychická odolnost je dána vlastnostmi člověka, tyto vlastnosti můžeme označit termínem hardiness (tj. Tvrdost, pevnost). Tento pojem vyjadřuje jakousi hranici, za kterou už podněty nebo situace působí jako stresující. Psychicky odolného člověka můžeme označit jako resilientního. Resilentní člověk dokáže zvládat stresové situace a flexibilně na ně reagovat, opětovně se rychle zotaví a dostane se do životní pohody (Vágnerová, 2014).

„Předškolní dítě se nachází v optimistickém období svého života. Většina předškolních dětí překvapivě dobře zvládá i náročné životní situace. Předškolní dítě má zpravidla chuť i odvahu pouštět se do všeho nového a zajímavého“ (Mertin, Gillernová, 2010, 223).

Ačkoliv dnes máme objektivně vhodné podmínky na to, abychom byli spokojení, objevuje se stále více lidí, kteří podléhají stresům. Mluví se také o tom, že náš organismus nestíhá sledovat změny dnešní doby, nové technologie a hektický způsob života orientovaný na výkon (Hoskovcová, Suchochlebová Ryntová, 2009).

Psychicky odolní lidé se dokážou vyrovnávat s nároky všedního dne a zvládnou odolávat i náročným životním situacím. Vliv na psychickou odolnost člověka má fyzická kondice, genetický základ i prostředí, ve kterém se jedinec nachází (Mertin, Gillernová, 2010).

Psychicky odolní lidé mají větší šanci odolávat psychickým zátěžím.

“Působení různých zátěží může vést k narušení psychické rovnováhy, což se projeví výkyvy v prožívání, uvažování i chování. Někdy jde jen o dočasnou změnu, jindy má trvalejší charakter. Zátěžové situace lze diferencovat z hlediska jejich závažnosti i možného vlivu na vznik a rozvoj psychických poruch” (Vágnerová, 2014,40).

Mertin a Gillernová (2010) uvádí krásné vysvětlení psychické odolnosti na příkladu váhy se dvěma miskami, z nichž na jedné misce přibývají nebo ubývají závaží způsobující stres a nepohodu, a na misce druhé přibývají nebo ubývají závaží představující naši ochranu, jež nás posilují. Vyváženost těchto misek představuje náš aktuální psychický stav. Pro děti můžeme udělat to, že se budeme snažit snížit stresová závaží a co nejvíce posílíme závaží posilující a ochranná.

2.1. Faktory ovlivňující psychickou odolnost

Hlavními faktory ovlivňujícími naši psychickou odolnost jsou faktory vnitřní a vnější. Vnitřní faktory jsou geneticky podmíněny a jedná se především o temperament a intelekt dítěte.

Dále sem také patří celková stabilita, emoční vyrovnanost, flexibilita reagování na různé situace a schopnost se rychle zotavit. Vnitřní faktory nemůžeme příliš měnit. Na druhé straně hrají roli i faktory vnější. Do těchto faktorů patří zejména rodinné prostředí, kde se rodiče nemohou, neumí nebo nechtějí o děti pečovat. Do těchto faktorů patří i socioekonomická úroveň rodiny, náhle změny v životě dítěte apod. Pomocť můžeme tím, že vnější rizikové faktory ze života dítěte zmírníme nebo odstraníme. (Mertin, Gillermová, 2010).

Hoskovcová a Suchochlebová Ryntová (2009) zmiňují výzkum, kde se zkoumalo, jaká je budoucnost lidí, kteří jako děti žily se špatnými podmínkami v rodině. Třetina z těchto dětí, neměla do budoucna žádné problémy, vystudovali, založili rodiny apod. Výzkum si výsledky odůvodnil tím, že tyto resilientní děti měly ve svém okolí někoho, o koho se mohly opřít a stál mimo jejich rozbitou rodinu. Tito lidé dodávali dětem pocit hodnoty.

2.2. Výchova psychicky odolného dítěte

Ve výchovně psychicky odolného dítěte hrají hlavní roli tři aspekty. Matka může psychickou odolnost dítěte podpořit již v těhotenství svým zdravým způsobem života a radostným očekáváním. Dalším aspektem pro vývoj psychicky odolného dítěte, je to že rodina a nejbližší přijmou od začátku temperament dítěte a dokážou se na něj naladit. Posledním aspektem je vtať k dítěti, především jeho matky, matka může být nahrazena i jinou osobou, která s láskou o dítě pečuje (Mertin, Gillermová, 2010).

Psychická odolnost silně souvisí se sebevědomím dítěte. Sebevědomí dítěte výrazně ovlivňují dospělí, především rodiče, tím, jak reagují na jeho úspěchy nebo neúspěchy (Hoskovcová, suchochlebová ryntová, 2009). Hodnocení toho, co je úspěchem a co neúspěchem bychom neměli orientovat pouze na výkon, úspěchem může být i to, že dítě samo od sebe pomůže kamarádovi. Podmínky dítěte bychom měli uzpůsobit tak, aby mohly převažovat jeho úspěchy nad neúspěchem. Dítě samozřejmě potřebuje zažívat i neúspěch, jelikož i ten formuje jeho osobnost a dítě se musí naučit se s neúspěchem vypořádat. Důležité také je jakým způsobem dospělí hodnotí neúspěch dítěte, vždy by se měl dospělý snažit s dítětem přijít na to, proč jeho snažení nebylo úspěšně (Mertin, Gillermová, 2010).

„Pro děti je důležité, abychom jim pomohli dosáhnout úspěchu a pak je náležitě pochválili“ (Hoskovcová, Suchochlebová Ryntová, 2009, 77). Pokud je dítě více úzkostné, citlivější povahy, nebudeme ho za jeho neúspěchy kárat, ale budeme mu pomáhat. Věty, které dítě slychává od svého okolí si postupně zvnitřní, pokud budeme dítěti říkat, že nic nezvládá,

je pomalé, nešikovné, začne i dítě o sobě takto přemýšlet (Hoskovcová, Suchochlebová Ryntová, 2009).

Na budování psychické odolnosti má vliv také umění překonávat strach, životní rytmus a rituály a také spánek a odpočinek. Dle Matějčka by se děti měly učit překonávat strach, tam kde se cítí v bezpečí, především z matčiny náruče. Děti nemají dostatek zkušeností na to, aby věděly, jak se strachem zacházet (Mertin, Gillermová, 2010).

Rytmus a rituály dávají dětem pocit bezpečí, protože ví, co mohou předvídat. Rituály pomáhají překonávat i obtížná období života. Velmi důležitý je také spánek a odpočinek. Mozek dítěte se často unaví, někdy se dítě může zdát divoké a zlobivé, ale mnohdy vlastně potřebuje odpočinek, aby mohlo nabrat nové síly (Mertin, Gillermová, 2010).

Na vývoj psychické odolnosti dítěte mají vliv především rodiče. Je důležité, aby rodiče jednaly v souladu, s tím, o čem tvrdí, že je správné nebo nesprávné. Předškolní dítě se začíná srovnávat se svými vrstevníky, a to především díky dospělým. Dospělí často navozují soutěživou atmosféru, tam kde by děti raději spolupracovaly. Pokud se dítě samo s někým srovnává měli bychom mu pomoci, aby si hledal srovnatelné vzory. Pokud se dítě srovnává s někým na podobné úrovni, může ho to povzbuzovat, motivovat a vést k lepšímu výkonu, pokud se ale dítě srovnává s někým na vyšší úrovni, může dítě po čase snažení vzdát, protože zjistí, že to nemá smysl a vede to k jeho neustálé nespokojenosti. Dospělí by si měli dát pozor na to s kým dítě srovnávají a jak často (Hoskovcová, Suchochlebová Ryntová, 2009).

3. Vznik psychických onemocnění

“Vývoj psychických vlastností, jejich běžných, méně obvyklých, či dokonce patologických variant je závislý na mnoha faktorech. Tyto faktory nemusejí být v jednotlivých případech stejně významné. Rozvoj dílčích psychických vlastností i celé osobnosti závisí na dispoziční složce a komplexu nejrůznějších vnějších vlivů. Způsob zpracování různých podnětů je dán geneticky.

Například jedinec, který je již primárně citlivější a labilnější, se bude s různými zátěžemi vyrovnávat obtížněji, a tím může narůstat jeho úzkost. Stabilnější a vyrovnanější člověk je dokáže zvládnout a pozitivní zkušenost ještě posílí jeho odolnost. „*Psychický vývoj, standartní i abnormální, lze charakterizovat jako proces postupné proměny jednotlivých psychických funkcí i celé osobnosti. Jeho průběh závisí na interakci vrozených dispozic a komplexu různých vlivů prostředí*” (Vágnerová, 2014, 25).

Rozvoj psychické poruchy závisí na mnoha faktorech. Mezi tyto faktory patří faktory biologické (genetika, vrozené dispozice, na základě úrazu, nemoci), enviromentální (výchova, prostředí, vzory, životní události) a sociální (kultura, kolektiv) (Praško, 2003).

3.1. Biopsychosociální model

Praško (2003), uvádí biopsychosociální model. Kdy se na vzniku psychické poruchy podílí hned tři faktory:

- Biologický
- Psychologický
- Sociální – užší (rodina), širší (společnost)

(Praško, 2003)

Podle biopsychosociálního modelu vzniku psychických poruch je na začátku určitá predispozice, biologická (vrozená nebo získaná), nebo osobnostní (vrozená nebo získaná). Dále do vzniku poruchy zasáhne faktor okolnosti. Okolnosti mohou být biologické (nemoci, intoxikace, zranění, léčba), nebo psychosociální (vztahy, sociální síť, kulturní vlivy). Na základě těchto vlivů vzniká zranitelnost. Když je dítě v období zranitelnosti vytaveno nějakému stresoru, zátěži, stačí nějaký spouštěč, aby se rozvinula duševní porucha. Spouštěče mohou být biologické (léky, těhotenství, porod) a psychosociální (ztráta blízkého, změna role, konflikt, dlouhodobý stres, nástup do MŠ) (Praško, 2003).

3.1.1. Biologické vlivy

Patří sem především genetické faktory na jejichž základě se může rozvinout duševní porucha. U některých psychických poruch je genetický faktor základní příčinou jejich vzniku, jako je tomu například u mentální retardace. U většiny duševních poruch dává genetický faktor pouze predispozici ke vzniku poruchy. Vysokou mírou se genetický vliv podílí například na vzniku bipolární poruchy, Alzheimerovy choroby nebo schizofrenie, u úzkostných poruch hraje genetický faktor menší roli.

Na křehkosti organismu se mohou podílet i další vrozené faktory, jako jsou infekce matky v době těhotenství, intoxikace, nadměrný stres, těžký porod a další. Dalšími biologickými faktory v poporodním období, které ovlivňují vznik psychologických poruch jsou například těžká tělesná onemocnění, úrazy hlavy, nádory mozku a další. U endogenních psychóz tělesné a endokrinní odchylky pravděpodobně souvisejí s vrozenou dispozicí.

3.1.2. Sociální faktory

Sociální faktory se významně podílejí na rozvoji, udržování i léčbě psychických onemocnění. U různých psychických poruch je vliv odlišný. Sociální faktory mohou mít vliv jak na rozvoj, tak i na závažnost a průběh psychické poruchy. Sociální faktory mohou být bezprostředním spouštěčem vzniku psychické poruchy. Velmi významné jsou sociální vlivy, patří sem rozpory v rodině, nedostatečná adaptace na změny v rolích (Praško, 2003).

a. Sociální faktory podílející se na zranitelnosti k psychické poruše

Významný vliv má vliv rodiny a sociálního prostředí v dětství. Pro kvalitní citový vývoj dospělého člověka je třeba v dětství splnit určité předpoklady jako je pocit bezpečí, lásky apod. Citová deprivace v dětství mívá za následek odchylky v dospělosti. Prostor dítěte musí být podnětné k rozumovému a citovému vývoji.

Výchova rodiny musí zahrnovat lásku, pocit bezpečí, toleranci, ale musí být také důsledná. Rodiče by neměli být ani příliš přísní, ani příliš benevolentní. Na psychickou stabilitu či labilitu má vliv také učitel a vrstevníci. Psychický vývoj v dětství je také velmi ovlivněn psychosociálními událostmi v životě dítěte. Do těchto událostí můžeme zařadit například smrt rodiče, rozvod, šikana, separace od matky a další (Praško, 2010).

b. Sociální faktory jako okolnosti předcházející rozvoji psychické poruchy

Sociální faktory mohou mít značný vliv, jak na rozvoj, tak na závažnost a průběh psychické poruchy. Pokud se člověk ocitá dlouhodobě nebo opakovaně ve stresujících zátěžových životních situacích, bývá jejich vliv na rozvoj psychické poruchy výraznější. Proti vzniku psychických onemocnění, díky negativním vlivům náročných životních situací, chrání emocionální podpora nejbližších (Praško, 2010).

c. Sociální faktory jako bezprostřední spouštěče psychické poruchy

Sociální faktory mohou být při vzniku psychických onemocnění rozhodujícím spouštěčem. Tímto stresorem může být především ztráta blízkého, změna role, konflikt, nepřiměřená kritika (Praško, 2010).

VYBRANÁ PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Poruchy jsou tříděny dle systému mezinárodní klasifikace nemocí (MKN).

1 Poruchy chování F91

Jde o trvalé projevy extrémně vzdorovitého, agresivního a disociálního chování, které není v souladu se společenskou normou a neodpovídá věku dítěte (Train, 2001). Poruchy chování se objevují u 10–15 % dětí. Jsou vzájemně provázány se společenskou a socioekonomickou úrovní rodiny a bývají časté u dětí z disharmonicky fungujících rodin. Poruchy chování jsou častější u chlapců než dívek, přibližně v poměru 4-12:1 (Hort, 2008).

Při posuzování, zda jde o poruchu chování musíme brát v potaz věkovou úroveň dítěte, jelikož například výbuchy vzteku jsou součástí přirozeného vývoje tříletého dítěte. Často bývají poruchy chování spojeny s hyperkinetickou poruchou (ADHD) (Train, 2001). Kříž (2004) uvádí tři podmínky, za jakých můžeme poruchu chování diagnostikovat. Poruchy chování trvají minimálně šest měsíců. Narušují sociální adaptabilitu v prostředí mateřské školy nebo rodiny. Zároveň tyto projevy nejdou odstranut nebo regulovat běžnými pedagogickými postupy.

Projevy

Mezi projevy tohoto chování patří nadměrné zapojování se do rvaček nebo jejich vyvolávání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, ničení věcí, výbuchy zlosti, útěky, provokativní chování a silná trvalá neposlušnost, lhaní a krádeže. (Train, 2001). Pokud se u dětí předškolního věku vyskytují pouze dva poslední zmíněné projevy, nemusí se jednat o poruchu chování. Dítě předškolního věku nemá ještě zcela upevněné morální zásady. Lhaní tak může být pouze projevem bujné fantazie dítěte, stejně tak jako krádež není dítětem vnímána, tak jak ji vnímají dospělí, dítě si prostě jen bere, po čem touží (Říčan, Krejčířová, 2006).

Příčiny vzniku

Příčiny vzniku mohou být geneticko-hereditární, mezi tyto hlavní příčiny patří osobnostní rysy a temperament. Vznik poruch chování mohou ovlivňovat také vnější faktory, především vliv sociálního prostředí. Z velké části trpí poruchami chování děti z rodin s nízkou socioekonomickou úrovní. Nebo děti z disharmonicky fungující nebo disfunkční rodiny. Sem patří rodiny, kde samy rodiče mají problémy s chováním, chovají se asociálně nebo se u nich

objevuje kriminální chování. Rodiče se rozvádí, jsou alkoholici nebo jsou dlouhodobě nezaměstnaní (Hort, 2008).

Vliv rodiny na vznik poruch chování je opravdu velký proto také jednou z příčin vzniku těchto poruch může být výchova. Děti jsou vychovávány příliš autoritářsky nebo mají naopak příliš volnou ruku, problémem je také pokud mají oba rodiče jiný výchovný styl (Procházka, 2014). Ke vzniku poruchy chování mohou také přispět drobné organické odchylky a postižení. Poškození CNS může být predispozicí pro vznik této poruchy. Pokud je přítomno více negativních faktorů, riziko vzniku poruchy chování je vyšší (Hort, 2008).

Říčan a Krejčířová (2006) uvádějí psychologicky podmíněné příčiny vzniku poruch chování. První psychologicky podmíněnou příčinou uvádějí, že porucha vznikne jako projev při hledání náhradního uspokojení. Dítě se tímto chováním snaží nahradit ztrátu nebo opakovanou frustraci. Dítě se cítí v rodině nebo mezi vrstevníky nerespektováno a izolováno. Potřebuje cítit pocit pozornosti a uznání. Často vzbuzuje pozornost destrukcí věcí, nebo si kupuje kamarády například bonbóny, které dítě často někomu ukradlo. Jeho činy nejsou primárně zaměřeny pro jeho zisk.

Dále může porucha chování vzniknout na základě citové deprivace. Porucha chování u dítěte je důsledkem dlouhodobého neuspokojování citové potřeby. Často se jedná o děti, které se cítí odmítány společností. Jsou to například děti s ADHD. Výchovné prostředí u dětí trpících poruchami chování z důsledku citové deprivace, bývá často charakteristické nedostatkem důslednosti a disciplíny.

Vznik psychické poruchy může být také projevem disharmonického vývoje osobnosti. Tyto děti nejsou schopné navazovat vřelé vztahy s druhými lidmi. Bývají impulzivní a agresivní. Jejich chování směřuje k vlastnímu okamžitému uspokojení. Bývají často vůdci party. Děti, u kterých se porucha chování projevuje z tohoto důvodu, se v pozdějším věku často rozvine asociální porucha osobnosti. Tak může dítě svými projevy nevhodného chování volat o pomoc. Jedná se o dítě, které se vyskytne v náhlé tíživé životní situaci, kterou nezvládá. Prožívá úzkostné či depresivní stavy. Jeho činy nejsou motivovány vlastním ziskem, často ani příčinu svého chování nedokážou vysvětlit. Často se toto chování projevuje jen v určitém prostředí nebo situaci.

Často můžou být poruchy chování projevem jiné psychické poruchy, jako je například depresivní porucha nebo schizofrenie.

Terapie

Terapie poruch chování není jednoznačná. Někdy postačí jednoduchý zásah poradenského typu, jindy psychoterapie nebo medikace. Někdy je nutná hospitalizace v psychiatrickém zařízení nebo umístění do zařízení výchovného. V případě nevhodného rodinného prostředí je téměř nevyhnutelná forma ústavní péče. U výrazně psychopatologických poruch je vhodná ochranná léčba (Kříž, 2004).

1.1. Poruchy chování ve vztahu k rodině F91.0

Symptomy této poruchy jsou agresivní či disociální chování, které se omezuje pouze na domov a mimo něj se toto chování nevyskytuje. Mohou sem patřit krádeže majetku ostatních členů rodiny či destrukce jejich věcí. Jen ojediněle dochází v adolescenci k rozšiřování tohoto chování i mimo rodinu (Hort, 2008). Někdy tato porucha v adolescenci přechází do pasivně agresivní poruchy osobnosti (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

1.1.1. Projevy

U dětí se objevuje se agresivní nebo disociální chování, které se projevuje pouze vůči členům rodiny nebo dané domácnosti. Děti mohou ničit věci, které jsou pro dané osoby důležité. Mohou sem patřit hračky sourozenců, ničení nábytku, nebo oblečení (Pešatová, 2006).

1.1.2. Příčiny vzniku

Příčinou je většinou narušený vztah mezi dítětem a jedním nebo více členy rodiny (Hort, 2008). Porucha vzniká často v souvislosti s konfliktem s novým nevlastním rodičem (Pešatová, 2006).

1.2. Poruchy opozičního vzdorů F91.3

Je to porucha chování dětí ve věku do deseti let. Tato porucha je charakteristická opakujícím se porušováním společenského chování (Hort, 2008). Jde o výrazně vzdorovité dítě, které je svým neposlušným chováním těžko zvladatelné, má odpor k autoritám a je často hrubé a podrážděné (Train, 2001).

Tato porucha se častěji vyskytuje u chlapců než u dívek a často bývá spojena s hyperkinetickou poruchou. Výzkumy ukázaly, že až 80 % jedinců s poruchou opozičního vzdorů v dětství, se později rozvinula závažnější porucha chování (Svoboda, Čížková, Kučerová, 2006). Většina dětí s touto poruchou přechází v adolescenci do nesocializované

poruchy chování, část do socializované poruchy chování a u části z nich toto chování v adolescenci zcela vymizí (Hort, 2008).

1.2.1. Projevy

Symptomy této poruchy chování mohou být provokace, vzdorovité chování, neposlušnost, nekontrolovatelnost, trápení a obviňování druhých, neschopnost spolupracovat, odpor k autoritám a zlostné chování. Tyto děti mívají sníženou frustrační toleranci. Často děti trpí poruchami nálady a jsou přecitlivělé na kritiku. Chování těchto dětí však nijak silně nenarušuje práva druhých (Hort, 2008). U těchto dětí se neobjevují krádeže, surovost, nebo nějaké vážnější disociální chování (Pešatová, 2006).

1.2.2. Příčiny

Mezi příčiny vzniku poruchy opozičního vzdoru patří vnitřní faktory, které představují interakci mezi genetikou a vnějším prostředím. Podstatné jsou povahové rysy dítěte. Vznik poruchy ovlivňuje rodinné prostředí. Děti jsou vychovávány autoritářsky nebo naopak velmi liberálně. Rodiče na svoje dítě rezignují, nekontrolují ho, nezajímají se o něj (Procházka, 2014). Často se tato porucha vyskytuje u dětí, které doma nemají vhodné stimulační prostředí, plné bezpečí, jistoty a lásky (Hort, 2008). Dítě je také velmi citlivé na těžké životní situace v rodině, rozvod rodičů, chudoba, nezaměstnanost apod. (Procházka, 2014).

1.2.3. Terapie

Nývltová (2010) uvádí několik způsobů terapie poruch opozičního vzdoru. Například uvádí skupinový trénink rodičů. Skupině rodičů se vysvětlí základy výchovných a behaviorálních metod. Rodiče si průběžně osvojují dovednosti výchovné problematiky. V rodině si vše zaznamenávají a následně si dění s poradcem a ostatními ve skupině vyhodnocují. Nevýhodou je, že poradce neví, jaké je skutečné chování členů rodiny v domácím prostředí. Výhodou je, že rodiče mohou sdílet své problémy a podporovat se v jejich řešení. Dalším způsobem léčby je individuální rodičovský trénink. Tento trénink probíhá v rodině nebo v pracovně poradce. Umožňuje individuální přístup vyhovující daným rodičům.

Dále je možný individuální behaviorální program pro dítě. Tento typ terapie je zaměřen na dítě. Snažíme se zjistit, co chování dítěti přináší, jaké jsou spouštěče jeho chování a jak se toto chování snaží zvládnout. Důležité je, aby mělo dítě jasně stanovená pravidla a hranice.

Existuje také behaviorální trénink zaměřený na rodinné poradenství. Tato terapie je vhodná pro rodiny, ve kterých panuje nepříznivé klima, vinou nějaké nepříznivé rodinné situace.

1.3. Socializovaná porucha chování F91.2

Dle Horta (2008), jde o děti přibližně stejného věku seskupující se do jedné party. Tato parta bývá obvykle spojena přátelstvím a vyznačuje se rituály.

Parta má svá pravidla přijímání členů a má velký vliv na chování dětí uvnitř této party (Pešatová, 2006). Děti zapojeny do této skupiny mívají negativní vztahy k autoritám, avšak k některým dospělým může mít dítě kladný vztah. K dospělým členům rodiny mívají děti většinou kladný vztah. Většinou mají děti negativní vztah ke škole a k autoritám týkající se školy. U těchto dětí se většinou nevyskytuje agrese ani emoční poruchy (Hort, 2008).

1.3.1. Projevy

Nývtová (2010) uvádí, že při této poruše se dítě chová v souladu s normami svého sociálního prostředí. Ve svém sociálním prostředí je dítě plně socializováno a neuvědomuje si, že v jiném prostředí by jeho chování mohlo být neakceptovatelné. Dítě nemá pocit, že by se chovalo špatně. Za svoje chování se nestydí a nemá výčitky svědomí. Objevuje se velmi negativní vztah k autoritám, především ve spojení se školním prostředím (Pešatová, 2006).

1.3.2. Příčiny vzniku

Nývtová (2010) uvádí tři hlavní důvody vzniku socializované poruchy chování. Dítě se učí od svého okolí. Dítě si osvojuje problematické chování, které kolem sebe vidí. Napodobuje chování ostatních lidí kolem sebe, ale i chování, které vidá například v televizi. Dále je dítě vedeno prostředím, ve kterém se nachází. Například rodina nebo parta může dítě nabádat k tomu, aby něco ukradlo, nebo aby se chovalo k ostatním agresivně a konflikty řešili silou. Dalším aspektem je problematická výchova v rodině nebo kolektivním zařízení.

Pešatová (2006) uvádí jako hlavní důvod vzniku sociální poruchy chování nedostatečné rodinné zázemí. Parta dítěti supluje nedostatečné sociální zázemí.

1.3.3. Terapie

Njelepší jsou preventivní programy formou depistáží a včasné intervence ve škole, v rodině nebo v denních centrech. Tyto programy pomáhají zabránit vzniku těchto poruch. Pokud už, ale ke vzniku poruchy dojde může být vhodnou formou terapie individuální, například kognitivně-behaviorální terapie. Dále můžeme zvolit terapii skupinovou nebo rodinnou. Někdy je potřeba, aby dítě změnilo sociální prostředí, aby na něj dále nepůsobily negativní vlivy z jeho prostředí. V takovém případě se nařizuje ústavní výchova (Hort, 2008).

1.4. Nesocializovaná porucha chování F91.1

Nesocializovaná porucha chování zahrnuje chování samotářského agresivního typu a nesocializovanou agresivní poruchu (Pešatová, 2006). Jde o všechny druhy antisociálního chování. Tomuto chování se děti neučí ze svého sociálního prostředí, ale většinou je jejich chování způsobem náhrady, v případě nespokojování jeho fyzických a psychických potřeb. Dítěti například chybí potřeba lásky, bezpečí, úcty. V dospělosti se tato porucha obvykle vyvine do disociální poruchy osobnosti nebo do agresivní emočně nestabilní poruchy osobnosti (Hort, 2008).

1.4.1. Projevy

Typickými symptomy jsou agresivita, neposlušnost, hrubost, krutost k lidem a ke zvířatům (Hort, 2008). U těchto dětí jsou časté výbuchy zlosti a nekontrolovatelného vzteku (Pešatová, 2006). Tyto děti mají trvale narušené vztahy s vrstevníky, jsou izolovaní od ostatních a nebývají oblíbení v kolektivu. (Hort, 2008). Dítě nemá dostatek empatie ke druhým dětem, dospělým ani k ničemu živému. Když už naváže nějaký vztah, chybí v něm důvěra. Vztah s autoritami provází konflikty a dítě se projevuje vzdorovitě.

Objevují se i krádeže (Pešatová, 2006). Dítě předškolního věku nemá ještě zcela upevněné morální zásady. Krádež není dítětem vnímána, tak jak ji vnímají dospělí, dítě si prostě jen bere, po čem touží (Říčan, Krejčířová, 2006). Mohou se dopouštět i šikany, ale je to málo časté, neboť většinou jejich chování nemá úmysl někoho poškodit. Většinou se jedná o nepřiměřenou obrannou reakci na vzniklou situaci, kterou dítě nezvládlo (Nývtová, 2010).

1.4.2. Příčiny vzniku

Viz. Příčiny vzniku poruch chování str. 21 - 22

1.4.3. Terapie

U nesocializované poruchy chování je vhodná kognitivně-behaviorální terapie. Posilování kladného potenciálu dítěte. Počítá se s tím, že je dítě v jádru dobré a je pod vlivem svého okolí. Psycholog posiluje kladné stránky dítěte. Možná je také skupinová nebo rodinná terapie. Možná je také farmakoterapie. Někdy je potřeba, aby dítě změnilo sociální prostředí, aby na něj dále nepůsobily negativní vlivy z jeho prostředí. V takovém případě je vhodná ústavní léčba. (Hort, 2008)

2. Smíšené poruchy chování a emocí F92

Jde o *“kombinaci trvale vzdorovitého, agresivního a disociálního chování s výraznou emoční poruchou a neurotickými symptomy”* (Pavlovský, 2001). Kromě poruch chování je často přítomna úzkost, fobie, depresivní ladění, dlouhodobý smutek, nezájem a beznaděj. Jako je to například v případě depresivní poruchy chování. Častý je výskyt somatických obtíží, jako je bolest hlavy, břicha, poruchy spánku a příjmu potravy (Pavlovský, 2001).

2.1. Depresivní porucha chování F92.0

“Všeobecné mínění dospělých je “Děti jsou šťastné, hrají si, nemají naše starosti, pracovní zatížení a ty jejich bolístky stačí jen pofoukat.” tato naivní představa šťastného a radostného dětství je dávno vyvrácený předsudek stejně jako představa, že dítě je sice často nemocné, ale jen tělesně a velice zřídka duševně” (Hort, 2000, 189)

Depresivní poruchy se v dětství vyskytují poměrně často. Často se vyskytují s poruchami chování, agresivitou a somatickými stesky (Hort, 2008). Základní charakteristiky deprese jsou u dětí stejné jako u dospělých (Svoboda, 2015). Mají nízké sebevědomí, nedokážou se z ničeho radovat, mají často smutnou náladu, mohou být někdy až agresivní. Mohou se u nich objevovat různé somatické příznaky. Četnost psychické poruchy u dětí do deseti let je 0,4 – 2,5 % (Hort, 2008).

Výrazný zájem o depresi u dětí zaznamenáváme až za posledních třicet let. Do té doby byly deprese u dětí značně opomíjeny. I dnes však zůstává spousta dětí s depresí nediodagnostikovaných. A to nejen díky představě, že malé děti jsou bezstarostné a šťastné, ale také kvůli tomu, že malé děti neumí často sdělit a popsat svoje pocity (Svoboda, 2015). Rodiče řeší problémy dítěte především z důvodu vnějších problémů s chováním. Vnitřní pocity dítěte jim často unikají (Svoboda, 2015).

2.1.1. Projevy

Deprese se u dětí předškolního věku projevuje v oblasti kognitivní, emoční, afektivní, motorické, somatické a sociální (Nývltová, 2010). U dětí se objevuje depresivní nálada. Děti ztrácí zájem o cokoli, jsou podrážděné, smutné a zažívají pocity beznaděje (Svoboda, 2015).

Mezi kognitivní symptomy deprese u dětí patří nesoustředěnost a ztráta zvědavosti. Emočně je dítě velmi labilní. Mezi afektivní symptomy patří záchvaty křiku a pláče, výbuchy vzteku a časté změny nálady. Symptomy v oblasti motoriky objevují se u těchto dětí jsou neklid, střídání apatie a agresivity a stereotypní pohyby. Objevují se i somatické obtíže v podobě

nechutenství, problémů se spánkem, manipulace s genitálem apod. Mezi sociální symptomy patří odmítání hry, plachost, střídavé navazování kontaktů na přechodnou dobu (Nývtová, 2010).

V předškolním věku jsou u dětí s depresí nejnápadnější již zmíněné somatické obtíže či poruchy jídla a spánku. Děti ztrácí zájem o hru a kontakt s vrstevníky. Ve hrách dětí s depresí se objevují témata opuštění, samoty a bolesti. Objevuje se suicidální chování, dítě se pokouší o skok z okna, pod auto apod. Zda jde o pokus zemřít je v tomto věku sporné, jelikož děti ještě plně nechápou pojem smrt. Časté je však sebepoškozování. Dítě tlučte hlavou o zem nebo o zeď, škrábe se a kouše do krve, vytrhává si vlasy apod. V kresbách obvykle chybějí barvy, a jsou spíše tmavé, chybí pohyb, obsahově kresby bývají chudé, často chybí živé bytosti. Obrázky bývají menší a méně zřetelné (Svoboda, 2015)

2.1.2. Příčiny vzniku

Deprese vzniká na základě genetických, biologických psychologických a psychosociálních faktorů. Rizikovými faktory pro vznik deprese je konfliktní rodinné prostředí, neschopnost zvládat stres, chudé nebo žádné přátelské a vrstevnické vztahy (Hort, 2008). Poruchy mohou být podmíněny dědičností. Vliv má také psychopatologie rodičů. Rodiče jsou závislí na alkoholu, na drogách. Vliv mají také pro dítě zátěžové situace, smrt blízké osoby, časná zážitky separace od blízké osoby a rané emoční deprivace. Nedostatek sociální podpory či docházka do MŠ (Paclt, Florian, 2000).

2.1.3. Typy deprese

Rozlišujeme depresi kognitivní, kdy má dítě negativní pohled na sebe, na situaci a na budoucnost. Dominují pocity beznaděje a bezmoci, dítě se cítí neužitečné a neschopné. Často se objevuje špatná nálada a suicidální myšlenky.

Dalším typem deprese je deprese endogenní, kdy je dítě v útlumu, dominuje u něj depresivní nálada a dítě nedokáže prožívat z čehokoliv radost.

(Svoboda, 2015)

2.1.4. Terapie

Většina pedopsychiatrů se přiklání k léčbě psychoterapií v kombinaci s farmakoterapií. Nejprve je na řadě léčba akutního stavu (4 až 12 týdnů), následuje léčba stabilizační (2 až 3

měsíce) a udržovací (6 až 9 měsíců). Nejlepší je vytvořit dítěti terapeutický plán. Cílem léčby je odstranění cílových symptomů. Při tvorbě terapeutického plánu musíme nahlížet k věku dítěte, úrovni jeho kognitivních a sociálních dovedností, přítomnost symptomů, které brání dalšímu vývoji. Mezi tyto symptomy patří například nespavost, úzkost nebo suicidální chování. Terapeutický plán se může skládat z více typů terapie. Vhodná je léčba a psychoterapií.

Kognitivně-behaviorální terapie se snaží změnit způsoby chování dítěte, které posilují depresivní chování. Důležitá je tělesná aktivita dítěte, či podpora oblíbených her a činností dítěte, ty mohou ovlivňovat jeho pozitivní pocity. Terapie se také snaží změnit způsoby myšlení dítěte (Elliot, 2002). Dalším typem účinné psychoterapie je rodinná terapie. V případě příznaků suicidálního chování, dítě je nadměrně agresivní, nebo v jeho rodinném prostředí hrozí týrání či sexuální násilí, je nutná hospitalizace.

Farmakoterapie pomáhá tam, kde dlouhodobě nefunguje psychoterapie, nebo kde je potřeba navázat kontakt, v případě že dítě nespolupracuje. Typ antidepressiv určuje věk dítěte, typ deprese nebo jestli jde o léčbu akutního stavu nebo léčbu udržovací (Hort, 2008).

3. Emoční poruchy F93

Emoční poruchy se mohou vyskytnout v kterémkoliv věku, dále se však budeme zabývat pouze poruchami, které se mohou vyskytnout u dětí předškolního věku.

Existuje několik důvodů proč se emoční poruchy vznikají v dětství odlišují od těch vyskytujících se u dospělých. Jedním z důvodů je fakt, který je podpořen výzkumy, že většina dětí s emočními poruchami v dětství, je v dospělosti bez diagnózy. Dále existuje teorie, že u dětí při emočních poruchách nemusejí být zasaženy stejné duševní mechanismy jako u dospělých (WHO, 2000).

3.1. Separační úzkostná porucha F93.0

Jedná se o fyziologickou úzkostnou reakci způsobenou odloučením, nebo hrozbou odloučení od blízké osoby, většinou od matky (Hort, 2008). Nývltová (2010) hovoří o tom, že by se dle psychiatrické terminologie mělo mluvit spíše o fóbii ze ztráty blízké osoby. MKN však tuto poruchu pojí se slovem úzkostná. Úzkostná reakce na odloučení blízké osoby se začíná objevovat mezi 6 a 8 měsícem života a jedná se o normální jev přiměřený vývoji dítěte. Postupně věkem by měla tato reakce na odloučení emočně blízké osoby klesat. Kolem třetího roku by měla být většina dětí schopna snášet krátkodobé odloučení od matky.

Patologickou se tato reakce stává, pokud třetím rokem života neustupuje a silně se projevuje i v pozdějším věku dítěte (Hort, 2008). Bouřlivé emoční reakce způsobené nepřítomností osoby, na kterou je dítě fixované, znemožňuje běžné životní fungování dítěte (Nývltová, 2010).

Porucha se objevuje u 3-5 – 5,4 % dětí a je stejně častá u dívek i chlapců. Zvýšené riziko poruchy je u dětí z rozvedených rodin, s Tourettovým syndromem či výskytem úzkostí a depresí v rodině. Také je zde značná souvislost s nemocí nebo úmrtím pro dítě blízké osoby (Hort, 2008).

3.1.1. Projevy

Dítě má neustálé nereálné obavy, že se osoba, ke které má silný citový vztah už nevrátí nebo, že se jí něco stane. Dítě má strach z odloučení od osoby při docházce do mateřské školy. U dítěte se objevují noční můry s motivy odloučení od dané osoby. Dítě má strach zůstat samo doma bez této osoby (Hort, 2008).

Typickými příznaky separační úzkostné poruchy u dětí je nauzea, zvracení, bolesti břicha hlavy. Tyto obtíže se objevují zejména při odchodu do mateřské školy. Obvykle jsou

tyto děti tiché, více úzkostné a mají neustálý strach ze selhání nebo třeba o svoje rodiče. U dětí se může objevit již v předškolním věku (Hort, 2008).

3.1.2. Příčiny vzniku

Na příčině vzniku této poruchy se podílí genetická predispozice. Čse vyskytuje u dětí jejichž matka trpí panickou poruchou, nebo se v nejbližší rodině vyskytují úzkosti a deprese (Hort, 2008). Zvolský a Raboch (2001) uvádějí jako jeden z důvodů vzniku zažití nějaké traumatizující události. Může to být nemoc nebo smrt blízké osoby, rozvod rodičů, stěhování, změna MŠ, počátek docházky do MŠ. Hort (2008) zmiňuje zvýšené riziko u dětí s Tourettovým syndromem.

3.1.3. Terapie

Důležité je časně zahájit psychoterapii s tím, že by se dítě mělo, co nejdříve vrátit do mateřské školy. Nejprve na krátkou, později na delší dobu. Během léčby je důležité poskytovat rodině značnou oporu a hovořit s nimi o obtížích a jejich příčinách. Rodiče by měli úzce spolupracovat se školou a v případě silných somatických obtíží s lékařem. Vhodná je psychoterapie hrou a nácvik relaxace. Někdy se doporučuje kognitivně-behaviorální psychoterapie (Zvolský, Raboch, 2001).

Někdy je vhodné k psychoterapii přidat i farmakoterapii, antidepresivy a při silných úzkostných stavech v začátcích terapie nassadit současně i anxiolytika (Hort, 2008). Zvolský, Raboch (2001) zmiňují podávání trankvilizérů. Ty jsou vhodné pro utlumení akutní úzkosti, ale nedoporučují se pro dlouhodobou léčbu. Může vzniknou závislost a mají nepříznivý vliv na kognitivní funkce. Současně s tlumením úzkostí může zvyšovat neklid a hyperaktivitu, takže léčba není vhodná pro děti s hyperkinetickým syndromem (Zvolský, Raboch, 2001).

Lepší prognózu mají děti, u kterých se obtíže objeví v dřívějším věku a mají akutní začátek naopak děti, u kterých se porucha objeví v pozdějším věku a má pozvolný začátek, se mohou rozvinout chronické úzkosti (Hort, 2008).

3.2. Fobická úzkostná porucha F93.1

Děti předškolního věku mají velkou fantazii a jejich myšlení je magické. Díky tomu se u většiny předškolních dětí objevují přechodně fyziologicky různé strachy až fobie. Tyto fobie rychle vznikají a stejně tak rychle zase mizí, pokud nejsou posilovány nějakými

negativními vlivy. Ve stejném věku ovšem vznikají i dlouhodobé strachy a fobie, které jsou patologické.

Začátek této poruchy vzniká v přiměřeném vývojovém období, avšak trvají-li potíže příliš dlouho stávají se tyto patologické (Hort, 2001). Fobie je u dětí často vázána na strach ze zvířat obecně nebo ze zvířat konkrétních, z krve, tmy nebo mikrobů. Tyto fobie jsou častější u dívek než u chlapců (Hort, 2001). S přibývajícimi zkušenostmi a sociální vyzrálostí dítěte tato porucha často mizí, někdy však přetrvává i do dospělosti (Nývltová, 2010).

3.2.1. Projevy

“Porucha se projevuje nepřiměřeně silnou reakcí strachem nebo úzkostí vyvolanou určitou situací nebo objektem” (Hort, 2008, 263). Tyto fobie vyvolávají abnormální úzkost (WHO, 2000).

Nejčastější fobie v dětství dle Zvolského a Rabocha (2001):			
Všeobecně ze všech živočichů	zoofobie	Tma	nyktofobie
Hmyz	entomofobie	Oheň	pyrofobie
Kočky	ailurofobie	Špína	mysofobie
Psi	cynofobie	Výšky	akrofobie
Hadí	ofidofobie	Cizí lidé	xenofobie
Pavouci	arachnofobie	Hrom	brontofobie
Krev	hematofobie		

Tabulka č. 1: Nejčastější fobie v dětství dle Zvolského a Rabocha (2001)

3.2.2. Terapie

Jako účinná terapie se ukázala kognitivně-behaviorální psychoterapie. Zvláště se používá technika systematické desenzitizace. Při psychoterapii je přítomen předmět, který v dítěti vyvolává fobii nebo na předměty nebo situace vyvolávající jeho fobii myslí ve své fantazii. Dítě se nachází v bezpečném prostředí pod vedením terapeuta. Úzkost se ve spojení s tímto předmětem při opakování objevuje stále menší. Nebo třeba nácvik relaxace, terapie hrou, skupinová a rodinná terapie (Zvolský, raboch, 2001). Někdy je nutná farmakoterapie. (Hort, 2008).

3.3. Porucha sourozenecké rivality F93.3

Tato porucha se většinou objevuje do několika měsíců od narození mladšího sourozence (WHO, 2000). Starší sourozenec se cítí odstrčen a žárlí na mladšího sourozence, se kterým ho pojí jen nepříjemné emoce. Nepřátelství může být zaměřeno nejen vůči mladšímu sourozenci, ale i vůči oběma nebo jednomu z rodičů. Nepřátelství k jednomu z rodičů může vzniknout tím, že daný rodič mladšímu sourozenci nadržuje. Žárlivost a rivalita vůči mladšímu sourozenci může přetrvávat až do konce života (Hort, 2008).

3.3.1. Projevy

Starší sourozenec zažívá smutek, úzkost, vztek, někdy má problémy se spánkem. Mohou se objevovat noční můry (Hort, 2008). Také v době ukládání ke spánku, dítě často vyžaduje pozornost rodičů. Odmítá jít spát samotné, potřebuje, aby proběhly nějaké uspávací rituály s rodiči (WHO, 2000). Často se k mladšímu sourozenci se chová zlomyslně (Hort, 2008). Sourozenecká rivalita nebo žárlivost se může projevat nadměrným soutěžením o lásku a náklonost rodičů.

Emoce vůči sourozenci jsou provázeny neobvyklým stupněm negativním pocitů. V těžším případě se objevuje nepřátelství, zlomyslné chování, fyzické ubližování. V lehčím případě se tato porucha projevuje nedostatkem přátelských interakcí, nepříliš kladným vztahem k sourozenci, neochotou o něco se dělit. Často se chování dětí vyznačuje jistou regresí v již naučených dovednostech. Dítě se může začít pomočovat, pokalovat apod. Může začít napodobovat chování miminka nebo dělat činnosti, které vykonává jeho mladší sourozenec (WHO, 2000).

3.3.2. Příčiny vzniku

Na vzniku se může podílet hned několik příčin. Narození sourozence dítě se nezvládlo smířit s příchodem nového dítěte do rodiny. Rodiče mohou vznik této poruchy podpořit ještě tím, že dítě odstrčí, nezapojí jej do aktivit kolem mladšího dítěte. Dítěti zdůrazňují jen, že se musí dělit o hračky, nesmí křičet, musí se chovat jako velký sourozenec. Péče o sourozence porucha sourozenecké rivality se může rozvinout z důvodu větší starostlivosti o druhého ze sourozenců. Například je druhý sourozenec nemocný, postižený. Sourozenec z nového manželství problémem může být také to, že se sourozenec narodil no nového manželství (Zvolský, Raboch, 2001).

3.3.3. Terapie

Vhodným způsobem je psychoterapie formou rodinné terapie (Zvolský, Raboch, 2001).

3.4. Sociální anxiózní porucha v dětství F93.2

Strach z cizích lidí se u dětí obvykle objevuje ve druhé polovině prvního roku života (Hort, 2008). Jde o běžný vývojový jev. Na konci předškolního věku, by však tento jev měl ustoupit (Nývltová, 2010).

Porucha vzniká před šestým rokem života a je častější u dívek než u chlapců. Děti se sociální úzkostnou poruchou mají strach z cizích lidí a vyhýbají se jim (Hort, 2008). Nejde o vyhýbání se pouze dospělým, ale dítě se vyhýbá i svým vrstevníkům (Nývltová, 2010).

Pokud se vyhýbání lidem nebo strach ze sociálního kontaktu silně vymyká hranicím chování pro určitý věk, důsledkem tohoto chování se u dítěte naruší sociální fungování, jelikož dítě není schopné budovat sociální vztahy a osvojovat si sociální dovednosti. Postupně poruchy většinou odeznívá nebo u dětí může dojít k rozvoji elektivního mutismu či sociálně úzkostné poruchy (Hort, 2008). Uvádí se, že 40 % pacientů se sociální fóbií mělo první příznaky již v dětství (Zvolský, Raboch, 2001).

3.4.1. Terapie

Vhodná je psychoterapie, která může být v různých variantách. Návlek relaxace, kognitivně-behaviorální terapie či rodinná terapie (Hort, 2008). Farmakologická léčba tranvilizéry nebo antidepresivy.

3.5. Jiné (nadměrně úzkostná porucha) F93.8

Nadměrně úzkostná porucha je v MKN řazena mezi jiné emoční poruchy a je na ni nahlíženo pouze okrajově. Tato porucha je však u dětí předškolního věku docela častá (Greenspan 1994).

Dítě se projevuje nepřiměřenou pasivitou nebo naopak neklidem. Častá je přítomnost poruchy spánku nebo příjmu potravy. Objevují se noční můry, dlouhé usínání. Aby se děti uvolnili vytvoří se nějaké zlozvyky, které jim k tomu pomáhají. Dumlání palce, kousání nehtů, trhání vlasů, nadměrná masturbace. Pokud jsou děti za toto chování sankcionované jejich úzkost se ještě prohloubí. Děti se často straní ostatních vrstevníků, a tak může dojít k narušení emočního, sociálního, ale i kognitivního vývoje, z důvodu nedostatku podnětů pro rozvoj dítěte.

Dítě nevyhledává nové podněty. Děvčata uvádějí více strachů či úzkostí, ale pozorováním vnějších projevů nebyla zjištěna větší úzkostnost u dívek. U dětí je přítomno velké množství strachů. Strach z vlastního selhání, strach z odmítnutí, odchodu nebo úmrtí rodičů apod. (Svoboda, 2015).

Často děti vyžadují neustálé ujišťování, jestli maminka neodejde, jestli se pro dítě vrátí do MŠ apod. Pokud v životě dítěte, ať už v domácím nebo školním prostředí, probíhají nějaké, i sebemenší změny, úzkosti dítěte narůstají. Děti s nadměrně úzkostnou poruchou bývají přecitlivělé a často mají nízké sebehodnocení (Svoboda, 2015).

3.5.1. Příčiny vzniku

Na vzniku nadměrně úzkostné poruchy se významně podílí povaha a temperament dítěte. Dalším vlivem může být neurofyziologické fungování, větší aktivace pravého frontálního laloku. Velkým vlivem působí na vznik poruchy rodina. Často se vyskytuje u depresivních matek. Úzkost je geneticky podmíněná, dále je dítě ovlivňováno sociálním učením.

3.5.2. Terapie

Úzkostlivost se většinou stává povahovým rysem a přetrvává v podobě zvýšené citlivosti až do dospělosti. Úzkostné projevy se však v rámci vývoje zmírňují. Někdy se může nadměrná úzkostná porucha v dospělosti rozvinout do generalizované úzkostné poruchy (Brady, Kendall, 1992).

Jako terapie je možné zvolit skupinovou terapii, která umožňuje sdílení zážitků dané skupiny lidí a jejich zkušenosti. Vhodná je kognitivně behaviorální terapie. U dětí se doporučuje forma rodinné terapie sleduje celkovou interakci mezi členy rodiny. Pomáhá odstranit poruchové chování členů rodiny, které může vést k problémům dítěte (Zvolský, raboch, 2001)

4. Poruchy sociálních funkcí F94

4.1. Elektivní mutismus F94.0

Elektivní mutismus je ztáta schopnosti verbálně komunikovat. Tato porucha leží na pomezí hned několika věd, logopedie, psychologie, psychiatrie a foniatry (Klenková, 2006). V některých situacích s různými lidmi mluví bez problému a mohou být až upovídané. Dítě nemluví v určitých situacích nebo s určitými lidmi, většinou právě v mateřské škole nebo s cizími lidmi. Někdy se objevují případy, že dítě nemluví jen v domácím prostředí, toto nastává především v dysfunkčních rodinách. O Elektivním mutismu můžeme hovořit tehdy pokud obtíže trvají déle než měsíc. Nejde o poruchu komunikace ani o nedostatek znalostí (Hort, 2008).

Elektivní mutismus často bývá přidružen k jiné diagnóze jako je například úzkostná porucha, deprese. Ve spojení s těmito poruchami dítě často odmítá nejen mluvit, ale i spolupracovat. Méně časté je spojení elektivního mutismu s opoziční poruchou. Říčan, Krejčířová, 2006). Porucha se objevuje u 0,3 – 0,8 % na tisíc dětí. Častěji se vyskytuje u dívek než u chlapců (Hort, 2008).

4.1.1. Projevy

Dítě nemluví v určitých sociálních situacích, mimo tyto situace komunikuje dítě normálně. U dětí jsou časté poruchy artikulace nebo mírná neobratnost verbálního vyjadřování, ale vývoj řeči dítěte nebývá výrazně narušen. (Říčan, Krejčířová, 2006). Dle Horta (2008) se tyto obtíže objevují až u 50 % dětí s mutismem.

4.1.2. Příčiny vzniku

Vznik elektivního mutismu mohou podpořit osobnostní faktory. Mezi osobnostní rysy, které přispívají ke vzniku elektivního mutismu patří zvýšená stydlivost a úzkostlivost, tvrdohlavost, přecitlivělost, sklon k negativismu či k opozičnímu vzdoru. Dalším významným aspektem vzniku poruchy jsou rodinné faktory. V rodině se vyskytují deprese, fobie, rodinná situace. Děti jejichž mateřský jazyk je jiný než jazyk země, ve které žije. Spouštěčem této poruchy může být také prožité trauma (Říčan, Krejčířová, 2006). Hort (2008) uvádí ještě genetický faktor. U některých dětí se našla delece krátkého ramínka na 18 chromozomu. Mutismus se vyskytl u rodičů.

4.1.3. Terapie

Terapie probíhá psychoterapií, optimální je spojení terapie hrou, rodinné, individuální a skupinové. Terapie by měla probíhat i po překonání samotného mutismu (Říčan, Krejčířová, 2006). Můžeme zvolit i farmakoterapii antidepresivy (Hort, 2008).

U většiny dětí dojde k ústupu poruchy v mladším školním věku, někdy přetrvává do dospělosti, a to především u chlapců (Zvolský, Raboch, 2001).

4.2. Reaktivní porucha přichylnosti v dětství F94.1

Je to specifická porucha adaptace, která se objevuje u dětí ve věku dvou až pěti let. U dítěte se objevují abnormality v sociálních vztazích, které vyvolávají citovou poruchu (Hort, 2008). Často se vyskytuje jako důsledek špatného zacházení s dítětem nebo jeho týráním (Zvolský, Raboch, 2001). Malá (2010) uvádí, že je vždy narušena vazba mezi dítětem a pečovatelem.

4.2.1. Projevy

Děti s touto poruchou jsou bázlivé, často apatické (Hort, 2008) Může se projevovat zvýšená ostražitost a chudá sociální interakce s ostatními dětmi. Dítě má většinou zájem o kontakt s vrtevníky, ale jejich vzájemné interakci často brání negativní emoční reakce. Dítě bývá zpravidla tělesně i duševně zaostalé a mnohdy neprospívá. Charakteristické jsou záchvaty pláče a agrese, při kterých dítě nejde žádným způsobem uklidnit (Hort, 2008). Je agresivní vůči sobě i ostatním (WHO, 2000).

Tyto děti špatně reagují na změny. U těchto dětí se vyskytují ambivaletní sociální reakce, které se projevují především u loučení nebo znovusetkávání s rodiči. Například, když přijde rodič pro dítě do mateřské školy, dítě jde k němu, ale má odvrácený pohled. Tato porucha se projevuje strádáním a odtažitými reakcemi, kdy si dítě např. lehne na podlahu. Nebo se mohou objevit agresivní reakce. V případě těchto reakcí, dítě nereaguje na konejšení (Hort, 2008).

4.2.2. Příčiny vzniku

Hlavní příčinou vzniku je zanedbávání a týráním dítěte. Porucha se často objevuje se syndromem CAN (syndrom týraného zanedbávaného a zneužívaného dítěte). Porucha může přetrvávat i dlouho potom, co je dítě přemístěno do vhodného prostředí (Zvolský, Raboch, 2001). Malá (2010) uvádí několik příkladů špatného zacházení s dítětem. Zanedbávání dítěte, nadměrné trestání, týráním nebo sexuální zneužívání, neschopnost reagovat na dětské potřeby.

4.2.3. Terapie

Je vhodná dlouhodobá psychoterapie, nejlépe po určitém sociálním opatření (umístění do ústavní nebo náhradní rodinné péče (Zvolský, Raboch, 2001). Specifikem této poruchy je, že jakmile se dítě přemístí do vhodného prostředí, postupně se začnou projevy jeho poruchy lépešit (WHO, 2000).

5. Jiné poruchy chování a emocí F98

5.1. Neorganická enuréza F98.0

Jedná se o samovolné pomočení u dětí starších pěti let, které dle vyšetření dítěte nemá žádnou organickou příčinu. Dále se pomočování musí objevovat nejméně dvakrát za měsíc. Pomočování dětí do pěti let bychom mohli označit za fyziologický jev. Od pěti let věku můžeme, po vyloučení organické příčiny, pomočování označit za enurézu. Enuréza se diagnostikuje kompletním pediatrickým a urologickým vyšetřením. Zda se nejedná o vývojové anomálie močového ústrojí, nebo o infekci močových cest, díky které často dochází k sekundární enuréze. Dále se také musí vyloučit onemocnění spojená s vysokou tvorbou moči nebo nějaká neurologická onemocnění (Hort, 2008).

V pěti letech trpí enurézou přibližně 16 % dětí, v sedmi letech je to kolem 7 % . Enuréza do sedmi let věku se vyskytuje u chlapců i dívek v přibližně stejném zastoupení. Denní enurézou trpí více dívky než chlapci. Frekvence pomočování může být rozdílná a u dítěte se mohou střídát různá období. Často se porucha vyskytuje v souvislosti s jinými poruchami. Především u těch kde hraje roli stres a citové prožívání (Hort, 2008).

Pomočování samo o sobě není závažnou poruchou, u dítěte se však mohou objevovat pocity méněcennosti, strach z prozrazení a trauma z trapných událostí mezi vrstevníky apod. I rodiče často prožívají určité stigma a poruchu před ostatními tají (Zvolský, Raboch, 2001).

5.1.1. Typy enurézy

Enurézu můžeme dělit dle vzniku na primární a sekundární. Při primární enuréze se dítě pomočuje od narození až do současnosti, aniž by se během života dítěte vyskytl nějaký interval, kdy by se dítě nepomočovalo. Tento typ enurézy bývá často spojen s hyperkinetickým syndromem (ADHD) (Hort, 2008).

O sekundární enuréze můžeme hovořit tehdy, kdy už dítě dokázalo udržet čistotu. Dítě se již alespoň šest měsíců nepomočovalo, najednou se opět pomočovat začalo. Primární enuréza bývá asi dvakrát častější než enuréza sekundární (Hort, 2008).

Dále můžeme dělit enurézu dle výskytu na denní, noční a kombinovanou. Noční enuréza: se vyskytuje u 80 % všech případů. Denní enuréza se vyskytuje u asi 5 % všech případů dětí s enurézou. U dětí, které se pomočují přes den se často stává, že jsou jakoby zabrané do hry, nevnímají pocit na záchod až se pomočí. Kombinovaná enuréza je typ enurézy, kdy se dítě pomočuje v noci i ve dne, jedná se asi o 15 % případů (Hort, 2008).

5.1.2. Projevy

Někdy se dítě může pomočit denně, jindy může mít i delší období bez pomočení. V některých případech je enuréza spojena s enkoprézou (defekace v oblečení na nevhodných místech). Enuréza může dítěti přinášet druhotné neurotické obtíže. Dítě se za svoje obtíže stydí, před okolím svoje problémy tají, izoluje se od vrstevníků. V mnohých případech bývají děti za pomočování svými rodiči trestáno. Všemi těmito důsledky pomočování může být dítě více úzkostné až depresivní a problém enurézy se v konečném důsledku může ještě více prohlubovat (Hort, 2008). Často rodiče své děti za pomočování trestají, to ještě více může prohlubovat poruchu a vyvolávat další obtíže (Lebl, 2012).

5.1.3. Příčiny vzniku

Na vzniku onemocnění se podílí hned několik příčin. Hereditární vliv na vznik enurézy má to, zda rodiče daného dítěte sami enurézou netrpěly. Dítě, u kterého jeden z rodičů trpěl enurézou je třikrát větší pravděpodobnost, že i ono samo bude enurézou trpět. U dětí, které mají enuretické oba rodiče je tato pravděpodobnost dokonce pětikrát vyšší (Hort, 2008). Lebl (2012) uvádí, že až 2/3 dětí trpící enurézou mají pozitivní rodinnou anamnézu.

Dalším faktorem pro vznik poruchy jsou organické vlivy. Jde především o nevyzrálou CNS a souhru reakce CNS s močovým měchýřem na nucení na močení ve spánku. Také bývá přítomna vyšší dráždivost močového měchýře nebo jeho nižší kapacita. Tyto vlivy v kombinaci s tvrdým spánkem těchto dětí způsobí to, že se dítě ve spánku pomočí (Hort, 2008) S tímto názorem se shoduje i Lebl (2012).

Psychogenní vlivy bývají spouštěčem spíše sekundární enurézy. Dítě pomočováním reaguje na pro něj tíživou situaci. Tíživou situací může být rozvod rodičů, narození sourozence, problémy v kolektivu. U primární enurézy mohou psychogenní vlivy vystupňovat enuretické problémy (Hort, 2008).

5.1.4. Terapie

U asi 15 % dětí ročně vymizí enuréza i bez léčby (Zvolský, Raboch, 2001). V první řadě by mělo dojít k úpravě režimu dítěte. Dítě by mělo mít dostatek tekutin během dne, aby mělo menší potřebu pít večer. Neměli bychom však dítěti úplně zakazovat večer pít. Ze zákazu večerního pití, by mohlo pro dítě i celou rodinu vzniknout jen nepříjemné napětí, které by

samotnému problému nijak nepomohlo. Vždy by se dítě mělo před spánkem v klidu a kompletně vymočit. Dítě může být motivováno zaznamenáváním nocí, během kterých se pomočilo a během kterých nikoliv. Následně může být dítě odměňováno. Nikdy bychom dítě za pomočení neměli trestat (Hort, 2008).

Je možné využití techniky nácviku nočního probuzení. Je také vhodná motivace, pochvala za suché noci, odměnový systém. Velmi důležitá je spolupráce rodičů a ovlivňování jejich postojů k dítěti. Důležitá je pozitivní atmosféra v rodině a vhodná komunikace s dítětem (Zvolský, Raboch, 2001). Rodiče často považují obtíže dítěte za zlobení a schválnost (Lebl, 2012).

Medikamentózní léčbě se přikláníme až tehdy, pokud nemají na pomočování vliv režimová opatření (Hort, 2008). U dětí lze použít antidiuretický hormon, který zvyšuje zpětné vstřebávání moči. Zvolský a Raboch (2001) uvádí, že je tento lék vhodný u dětí s nočním pomočováním. Méně vhodný pro děti, které se pomočují i přes den nebo jde o děti, jejichž spoštěčem nemoci byl nějaký traumatizující zážitek. Další skupinou léků, které lze použít jsou některá tricyklická antidepresiva nebo některé anticholinergní léky (Hort, 2008). Od tricyklických antidepresiv se často upouští kvůli vedlejším účinkům (Zvolský, raboch, 2001).

Psychoterapie je vhodná při odstranění případných primárních psychogenních vlivů podílejících se na vznik enurézy. Také dětem pomůže vyrovnat se s druhotně vzniklými neurotickými problémy, které u dětí vznikly následkem enurézy. Děti se za svoje problémy stydí, straní se ostatních atd. (Hort, 2008).

5.2. Neorganická enkopréza F98.1

Jde o defekaci v oblečení, na nevhodných místech u dětí starších čtyř let. Děti mají normální konzistenci stolice a pro úniky stolice nebyla zjištěna žádná organická příčina. Dítě by mělo být komplexně vyšetřeno pediatrem a chirurgem. Může jít o únik celé stolice do oblečení, ale i jen o umazání spodního prádla (Hort, 2008). Některé děti schovávají špinavé prádlo, jindy jde u nich vidět laxní postoj (Zvolský, Raboch, 2001).

Kolem třetího až čtvrtého roku se setkáváme s problémem neudržení čistoty u 3 % dětí, v sedmi letech je to asi 1,5 % dětí. Častěji jsou touto poruchou postiženi chlapci než dívky. Enkopréza bývá často spojena s enurézou (samovolné pomočení). Někdy je enkopréza spojena

s rozmazáváním stolice po ostatních částech těla, nebo po svém okolí (zdi, dveře, kliky apod.). K defekaci, či umazání se od stolice dochází převážně přes den (Hort, 2008).

5.2.1. Typy enkoprézy

Enkoprézu můžeme dělit na primární asekundární. U primární enkoprézy dítě nedokáže udržet čistotu od narození až do současnosti. U sekundární enkoprézy dítě čistotu již dokázalo udržet čistotu (Hort, 2008).

Enkopréza dítěti přináší sekundární problémy, které jsou způsobené studem, dítě se straní vrstevníků, bojí se trestu od rodičů (Hort, 2008).

5.2.2. Příčiny vzniku

Zvolský a Raboch (2001) uvádějí jako hlavní důvod vzniku poruchy nevhodné výchovné postupy, které dále vedou k úzkostnému zadržování stolice. Mezi příčiny na základě nevhodné výchovy můžeme zařadit tlak na brzkou čistotu a zanedbávající výchovu. Buď rodiče na dítě přehnaně a předčasně naléhali, aby udržovalo čistotu a získalo kontrolu nad defekací. Nebo jsou rodiče lhostejní k čistotě dítěte. Rodiče se nesnaží dítě učit a motivovat k tomu, aby získalo kontrolu nad defekací (Hort, 2008).

Další příčinnou vzniku tohoto onemocnění může být fyziologické zadržování stolice. Dítě zadržuje potřebu na stolici z důvodu bolestivosti vyprazdňování nebo u úzkostných dětí může být problémem prostředí, ve kterém se má dítě vyprázdnit, například v mateřské škole. Určitou roli hrají také psychologické vlivy. Spouštěčem enkoprézy může být rozvod rodičů, narození sourozence, konflikty v rodině, vstup do mateřské školy (Hort, 2008).

5.2.3. Terapie

Terapie je závislá na příčinách vzniku enkoprézy. Dítě by se ráno po probuzení mělo napít a najíst a následně se zkusit vyprázdnit. Důležitá je také psychoterapie, která může probíhat formou psychoterapie behaviorální terapie, dynamicky orientované herní terapie a rodinné terapie. U úzkostných dětí můžeme nasadit antidepresiva s anxiolytickým efektem (Hort, 2008). U většiny potíže vymizí ještě v mladším školním věku. Je důležitý dítěti připomínat potřebu toalety, kontrolovat je, zda skutečně potřebu vykonalo. Někdy pomůže úprava jídelníčku, pohyb. U většiny dětí se problémy upraví ještě v mladším školním věku (Zvolský, Raboch, 2001).

5.3. Poruchy příjmu potravy F98.2

Poruchy příjmu potravy se nejčastěji objevují v adolescenci, a to především u dívek. Není ovšem výjimkou, že se s tímto onemocněním potýkají i děti, dívky i chlapci (Hort, 2008). Děti do 12 let představují asi 5 % pacientů s poruchami příjmu potravy (Svoboda, 2015). Poruchy příjmu potravy u dětí jsou někdy těžko rozpoznatelné. Děti se často vymlouvají na nechutenství, nebo různé somatické obtíže nebo problémy s jídlem zcela popírají (Hort, 2008).

V období negativismu dítě odmítá vše včetně jídla, někdy mohou rodiče už tehdy nevědomky položit základy budoucí poruše příjmu potravy. Například tím, že budou dítě do jídla nepřiměřeně nutit, manipulovat jím nebo ho citově vydírat. Dle rodičů má s jídlem problémy 18 % čtyřletých dětí (Papežová, 2010).

Příznaky mohou být úzkosti, deprese, emoční labilita, horší soustředění. Dítě se snaží skrýt problém před ostatními. U dětí jsou poruchy příjmu potravy nebezpečné v tom, že zasahují do vyvíjejícího se organismu a jeho následky mohou být celoživotní. Malý vzrůst, neschopnost ženy donosit plod, porucha menstruačního cyklu, poruchy štítné žlázy, osteoporóza, poruchy imunity, kazivost zubů, lámavost nehtů, poruchy termoregulace aj. Puberta se objevuje opožděně (Hort, 2008). Porucha příjmu potravy u dítěte zasahuje celou rodinu (Papežová, 2010).

5.3.1. Vyhýbání se jídlu spojené s emoční poruchou

Problémy s jídlem jsou u malých dětí časté, o poruše můžeme hovořit tehdy, když za uplynulý měsíc dítě nepřibere na hmotnosti. Dítě odmítá jíst, je nepřiměřeně vybíravé nebo vrací nenatrávenou stravu zpět do úst (Zvolský, Raboch, 2001). Tato porucha leží mezi mentální anorexií a emoční poruchou v dětství. Tento typ poruchy příjmu potravy není méně vážný než mentální anorexie. Děti v důsledku somatických následků nemoci mohou být ohroženy stejně jako děti ohrožené jako děti s mentální anorexií (Hort, 2008).

Mezi příznaky této poruchy patří vyhýbání se jídlu, úbytek hmotnosti a poruchy nálady. Na rozdíl od mentální anorexie a bulimie se dítě chorobně nezabývá svojí hmotností a postavou. Děti trpící touto chorobou vysvětlují svoje vyhýbání se jídlu například tím, že jim po jídle bude špatně, že se jídlem nakazí nebo se z něho pozvrací či se jím zadusí. Léčba je uskutečňována především psychoterapií zaměřenou na rodinné klima a interakci dítěte s matkou (Zvolský, Raboch, 2001).

5.3.2. Infantilní ruminační porucha

Opakované žvýkání potravy a její zpětné navrácení do úst, bez zvracení a dávení. Provází pocity libosti (Papežová, 2010). U diagnostiky této poruchy je důležité vyloučení organické příčiny. Děti trpící touto poruchou nevykazují známky nevolnosti. V důsledku této poruchy může být dítě dehydratované a ztrácet na hmotnosti, následně může vést k metabolickému rozvratu (Lebl, 2012).

Tato porucha se vyskytuje často u deprivovaných dětí. Často mívají matky těchto dětí nějakou psychickou poruchu. Na vzniku se také podílí nějaké poškození v prenatálním a perinatálním stádiu (Lebl, 2012).

Cílem terapie, této poruchy, bývá jak dítě tak ovlivnění celé rodiny. U menších dětí se využívá především terapie hrou. Je vhodné pracovat na výchovných kompetencích matky. Pokud dojde k výrazným komplikacím je třeba dítě hospitalizovat (Lebl, 2012).

5.3.3. Syndrom vybíravosti v jídle

Je obtíž, ale patří mezi nejméně závažné poruchy příjmu potravy. Dítě je sice hodně vybíravé a má omezený jídelníček, jeho příjem potravy je však dostatečný a dítě nestrádá. Neobjevuje se u něj nadměrné zaobírání se váhou nebo postavou. Problémy většinou samy vymizí v průběhu adolescence.

5.3.4. Posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie

Je následkem nějakého traumatu způsobeného příjmem potravy. Například zvracením, vyšetřením trávicího traktu. Děti mají strach z pozření potravy z důvodu udušení, otravy apod. Chybí strach z narůstající váhy.

5.3.5. Mentální anorexie

Kritéria, kterými je určena mentální anorexie jsou pro dětský věk zcela nepoužitelná, protože často operují s věkem postiženého. Děti s mentální anorexií se svojí hmotností zabývají podobně jako adolescenti trpící tímto onemocněním. Strach z přibírání může být dětmi popírán nebo vyjadřován nepřímě. Častým projevem je zvracení, kterým se dítě snaží si udržet nízkou váhu, když je nuceno do jídla dospělými (Hort, 2008).

Existují kritéria dle Nicholse a Laska. Objevuje se umyslný úbytek hmotnosti, v důsledku vyhýbání se jídlu, zvracení, nadměrnému cvičení. Je přítomno nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy a chorobné zabývání se hmotností nebo postavou (Marádová, 2007).

U dětí je nejdůležitější včasný zásah, aby nedošlo k dehydrataci dítěte nebo zástavě tělesného růstu z důvod nedostatečné výživy. Hlavní rizika při poruše příjmu potravy u dětí jsou rychlejší nástup zdravotních obtíží, především dehydratace v důsledku menších tukových zásob. Dítě rychleji hubne a zastaví se mu tělesný růst a puberta se dostaví opožděně. Pokud se dospělí snaží dítě přimět k jídlu, reagují odporem až agresivně. Malé děti méně často zvrací nebo užívají projímadla nebo se přejídají. Obtížná léčba, cíl léčby děti často nechápu. U dětí je častý výskyt deprese. Mohou se vyhrotit konflikty v rodině, může se objevit obviňování upřednostňování nemocného dítěte nad ostatními. Někdy se do léčby nepodaří zařadit rodiče, což je zásadní. U dětí hrozí riziko narušení psychosociálního zrání dítěte, jelikož jde o věk kdy se utváří osobnost dítěte a vytváří si sociální návyky (Marádová, 2007)

Léčba začíná léčbou poškození organismu, v důsledku dlouhodobé podvýživy, zvracení. Vhodná je psychoterapie zaměřená především na změnu stravovacích návyků. Léčba je závislá na spolupráci dítěte a je odkázána na spolupráci rodiny a mateřské školy. Dítě do 14 let bychom měli hospitalizovat v případě, že je úbytek hmotnosti vyšší než 25 % oproti normálu, hrozí dehydratace, jsou patrné známky oběhového selhání (pomalý tep, nízký krevní tlak). Přetrvává zvracení nebo zvracení krve, těžká deprese. Důležité je, aby okolí nemocného nepřistupovalo na jeho podmínky. „S tátou jíst nebudu, budu jíst o samotě“ apod. (Marádová, 2007).

5.3.6. Mentální bulimie

Mentální bulimie je typická záchvaty přejídání a následným zvracením. V dětském věku u dětí mladších čtrnácti let je tato forma poruchy příjmu potravy málo častá (Hort, 2008).

5.4. Pika F98.3

Pika je požívání nestravitelných látek, které nejsou určena ke konzumaci. Často se vyskytuje u menších dětí, věkem většinou mizí. Děti, u kterých se Pika projevuje často trpí nějakým typem deprivace, v důsledku dlouhodobého neuspokojování potřeb dítěte. Pika se objevuje samostatně nebo se vyskytuje v rámci jiné psychiatrické nemoci. Jako je například autismus, mentální

retardace či psychotické onemocnění. Jelikož tyto děti požívají různé látky určené k jídlu, hrozí riziko otravy nebo vznik Ileu (střevní neprůchodnost) (Hort, 2008).

5.4.1. Projevy

Jedná se o opakované požívání nejedlých látek, například o vlasy (trichofagie), hlínu (geofagie), písek, barviva, papír, textilie apod. (Papežová, 2010).

5.4.2. Příčiny vzniku

Nemoc může vzniknout na základě prenatálního nebo perinatálního poškození. Predispozicí pro vznik tohoto onemocnění může být už nějaká prenatální či perinatální poškození. Velkým dílem může na vznik této poruchy přispět nepříznivá životní situace. Dítě tímto chováním může reagovat na výskyt pro dítě neúnosné životní situace. Touto situací může být rozvod rodičů, zanedbávání dítěte nebo týrání. Nemoc se často vyskytuje u dětí z rodin s nízkou socioekonomickou a kulturní úrovní (Hort, 2008).

5.4.3. Terapie

Terapie probíhá formou psychoterapie a úzké spolupráce s rodiči. Pokud je Pika symptom, který doprovází jiné vážnější duševní onemocnění, je důležité nejprve pracovat s tímto onemocněním (Hort, 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Úvod

Praktickou část bakalářské práce jsem věnovala výzkumu. Tento výzkum se věnuje problematice psychických onemocnění u dětí předškolního věku. Zabývá se především otázkou četnosti psychických onemocnění a symptomy těchto onemocnění u dětí předškolního věku, z pohledu pedagogů mateřských škol. Z výzkumu vyplývá, jak často se učitelé mateřských škol setkávají s dětmi s psychickými poruchami. Povědomí o psychických poruchách dětí a znalost symptomů těchto poruch, jsou pro učitele mateřské školy důležité. A to především pro včasné zaregistrování problému a jeho následnému řešení ve spolupráci s rodiči a odborníky.

2. Cíle šetření

Dotazníkovým šetřením jsem se snažila poukázat na to, že i malé děti mohou trpět psychickým onemocněním. Dotazník poukazuje na to, zda děti vykazují nějaké známky psychické poruchy a mají nějakou psychickou poruchu diagnostikovanou. Nebo zda děti vykazují symptomy nějaké psychické poruchy, ale rodiče, či učitelé tyto příznaky opomíjejí a nespojují si je s žádným psychickým onemocněním. Tudíž dítě považují za zdravé, nebo ho označují za zlobivé apod. Z dotazníku je také patrné zda je úměrný počet dětí, které trpí nějakou psychickou poruchou nebo vykazují nějaké symptomy psychické poruchy a počet dětí navštěvující psychologa.

Diskuzí s učiteli jsem se snažila zjistit, jaká je spolupráce rodičů s mateřskou školou. V případě, že dítě má diagnostikovanou psychickou poruchu nebo má učitel, dle symptomů, které dítě vykazuje, na psychickou poruchu podezření. Také jsem se snažila zjistit, jak učitelé vnímají četnost psychických poruch u dětí předškolního věku. Zda je, dle jejich názoru četnost dětí s psychickou poruchou větší než např. před dvaceti, třiceti lety. Nebo je naopak počet dětí s psychickou poruchou menší, nebo nezaznamenali v počtu těchto dětí žádný znatelný rozdíl.

Celý výzkum je zaměřen na zkušenosti pedagogů během jejich pedagogické praxe, a z toho také vychází. Nejedná se o četnost psychicky nemocných dětí vůbec. Jde pouze o zkušenosti pedagogů mateřských škol s psychickými onemocněními a jejich symptomy u dětí předškolního věku.

3. Postup při sběru dat

Dotazník jsem vytvořila s použitím online internetového formuláře. Respondenti, byli osloveni prostřednictvím sociální sítě, kde mají učitelé mateřských škol, skrze celou Českou republiku, svoji skupinu, kde si sdílí různé nápady, materiály a poskytují si vzájemně rady v rámci svojí pedagogické činnosti. Respondenty jsem oslovila, uvedla jsem zaměření a účel výzkumu. Dále jsem učitele motivovala k vyplnění dotazníku. Zdůraznila jsem důležitost této problematiky, a také důležitost jejich vlastních názorů a zkušeností. Také jsem respondenty ubezpečila, že bude udržena jejich anonymita, a že výsledky výzkumu poslouží pouze pro účely mojí bakalářské práce. K průvodnímu textu jsem přidala internetový odkaz na formulář dotazníku.

V první fázi oslovení respondentů, jsem získala výsledky od vzorku 58 z nich. Pro nedostatek dat, jsem učitelé mateřských škol oslovila znovu. Celkový počet respondentů na konci výzkumu činil 118. Sběr dat probíhal tři měsíce, od ledna do dubna 2021. Během této doby jsem aktivně diskutovala s učiteli mateřských škol, rovněž prostřednictvím sociální sítě skrze danou skupinu. Učitelům jsem dávala podněty k diskuzi a diskuzi jsem směřovala k cíli řešeného problému.

4. Výzkumné otázky

Před samotným výzkumným šetřením jsem si položila několik otázek, k tomu abych šetřením směřovala k vytyčeným cílům.

- Jaká je četnost psychických poruch u dětí předškolního věku, dle učitelů mateřských škol?
- Jaké symptomy psychických poruch učitelé mateřských škol u dětí registrují?
- Jaké psychické poruchy jsou u dětí předškolního věku, dle učitelů mateřských škol nejčastější?
- Je návštěvnost psychologa úměrná k psychické nemocnosti dětí?
- Jak učitelé mateřských škol hodnotí psychické zdraví dětí předškolního věku, v rámci několika desítek let a v současnosti (vzhledem k délce pedagogické praxe respondentů)?
- Jaká je dle, učitelů mateřských škol, spolupráce rodiny se školou, v případě dítěte s diagnostikovanou psychickou poruchou?

- Jaká je, dle učitelů mateřských škol, spolupráce rodiny se školou, pokud má učitel podezření na psychickou poruchu?

5. Použité metody

V rámci výzkumného šetření jsem využila metodu dotazníkového šetření a položenou diskuzi. Formu dotazníkového šetření jsem zvolila CAWI. CAWI je dotazníková, hojně využívaná metoda pro sběr dat. Anglicky Computer Assisted Web Interviewing, neboli dotazování v prostředí internetového formuláře. Dotazník se skládá z úvodu, kde představuji zkoumaný problém a motivuji potencionální respondenty k vyplnění. Dotazník se celkem skládá z 26 otázek. První tři otázky dotazníku popisují zkoumaný vzorek. Vypovídají o délce pedagogické praxe respondentů, jejich věku a o věkové kategorii dětí, které mají nyní ve třídě mateřské školy. V dotazníku se nacházejí polouzavřené otázky, kde mají respondenti možnost výběru z možností, ale také volbu vlastní odpovědi. Dále se zde nacházejí otázky uzavřené, kde respondenti volí jednu z možností a nemají možnost vlastní jiné odpovědi. Jsou zde možnosti odpovědí, ano, často; ano, několikrát; ano, jednou; ne. Také se zde objevují otázky otevřené, kdy respondent napíše svoji vlastní odpověď, bez možnosti výběru. Posledním typem otázek, jsou otázky výčtové, kde respondenti mohou zvolit více možných odpovědí. Dotazník byl vytvořen a následně vyplňován a hodnocen pomocí aplikace Google Forms. Grafy byly vytvořeny pomocí aplikace Google Forms a Microsoft Excel.

Diskuzi jsem vedla skrze sociální síť, v rámci skupiny pro učitele mateřských škol. Nastínila jsem danou problematiku a učitelé měli možnost se k této problematice vyjádřit. Diskuzi jsem usměřňovala, abychom se dostali k jádru problému.

6. Popis sledovaného vzorku

1. Otázka: Jaká je délka vaší praxe v mateřské škole?

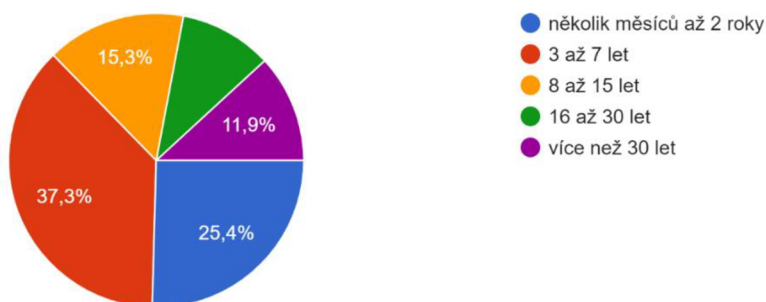
V odpovědích na otázku délky praxe respondentů v rámci mateřské školy byly zastoupeny všechny možné odpovědi. Největší podíl v rámci dotazníkového šetření, měli respondenti s praxí 3 až 7 let (37,3 %) a praxí několika měsíců až 2 roky (25,4 %). Dále v dotazníku odpovídali respondenti s praxí 8 až 15 let (15,3 %), respondenti s praxí delší než 30 let (11,9 %) a respondenti s praxí 16 až 30 let (10,2 %).

Dle mého názoru byli ve většině zastoupeni respondenti s kratší pedagogickou praxí, z důvodu způsobu oslovení respondentů skrze skupinu na sociální síti, kde se nejspíše

shromažďují právě učitelé s méně zkušenostmi, kteří se chtějí v tomto směru nějak obohatit nebo získat cenné rady ostatních učitelů. Naopak se zde objevují i učitelé s delší praxí než 30 let, kteří za léta svojí praxe vyčerpali svoje nápady, chtějí inovovat svoji výchovu a vzdělávání v mateřské škole, a tak se chtějí nechat inspirovat od ostatních učitelů, kterým nápady nechybí.

Jaká je délka vaší praxe v mateřské škole?

118 odpovědí



Graf č. 1. :Délka praxe

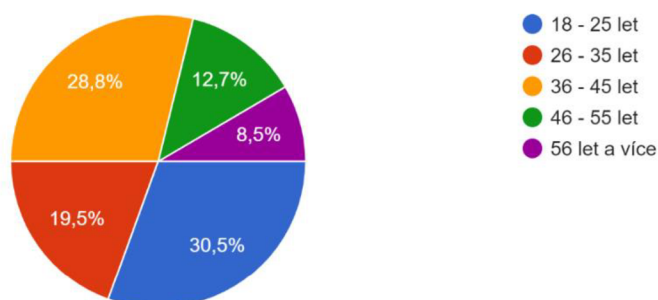
Zdroj: vlastní výzkum

2. Otázka: Kolik je Vám let?

V dotazníku bylo zastoupeno nejvíce respondentů ve věku 18 až 25 let (30,5 %) a ve věku 36–45 let (28,8 %). V poměrně velkém zastoupení odpovídali i respondenti ve věku 26–35 let (19,5 %). V menším zastoupení odpovídali respondenti ve věku 46–55 let (12,7 %) a respondenti, kterým bylo 56 let a více (8,5 %). Celkově odpovídali na dotazník respondenti spíše mladších věkových kategorií. Tento jev mohl být způsoben, jak jsem již zmiňovala v předchozí odpovědi, tím, že mladší, nezkušení učitelé hledají rady a inspiraci, ale také to mohlo být, tím že je spousta učitelů starší generace, kteří vůbec nedisponují sociálními sítěmi a tudíž neměli příležitost se do dotazníkového šetření zapojit.

Kolik je Vám let?

118 odpovědí



Graf č. 2.: Věk respondentů

Zdroj: vlastní výzkum

3. Otázka: Děti, jaké věkové kategorie máte ve třídě?

V dotazníkovém šetření bylo zastoupeno více jak polovina učitelů, kteří mají ve třídě děti ve věku 3-6 let (52,5 %). Dále odpovídali učitelé učící děti ve věku 5-6 let (16,1 %), ve věku 2-4 roky (13,6 %) a ve věku 4-5 let (5,9 %). Ostatní respondenti odpověděli jinou možností (11,9 %). Sem patřili respondenti, kteří mají ve třídě děti ve věku 2-7 let, 4-6 let, 5-7 let, 3- 7 let, 2,5-7 let, 4-7 let, 6-7 let, 3-5 let, 2-5 let a děti s odkladem školní docházky. Z odpovědí na tuto otázku plyne, že nejoblíbenějším typem rozdělení dětí do tříd MŠ je způsob věkově heterogenní pro děti od 3 do 6 let. Zároveň nám však odpovědi na tuto otázku ukazují, jak různorodé rozdělení dětí do tříd z hlediska věku může být.



Graf č. 3.: Věková kategorie dětí ve třídě

Zdroj: vlastní výzkum

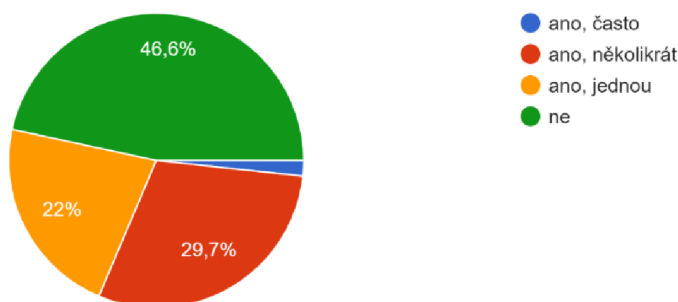
7. Vyhodnocení výsledků

4. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi, které trpěli nějakou psychickou poruchou? (úzkostné poruchy, deprese, sebepoškozování apod.).

Cílem této otázky bylo zjistit, zda se učitelé mateřských škol během své praxe setkávají s dětmi s nějakou psychickou poruchou. Z odpovědí respondentů vyplývá, že se jich více než polovina s dětmi trpícími nějakým typem psychické poruchy setkala (53,4 %). 29,7 % dotazovaných odpovědělo, že se s takovými dětmi několikrát za svou praxi setkali. Jednou během své praxe se s dítětem s psychickou poruchou setkala 22 % respondentů. Pozitivní pro nás může být fakt, že se často s dětmi s těmito poruchami, během své praxe, setkali jen dva učitelé z dotazovaných, naopak 46,6 % respondentů se s těmito dětmi za svoji pedagogickou praxi dosud neseťkala.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi, které trpěli nějakou psychickou poruchou? (úzkostné poruchy, deprese, sebepoškozování apod.)

118 odpovědí



Graf č. 4.: četnost setkávání respondentů s psychickými poruchami u dětí předškolního věku

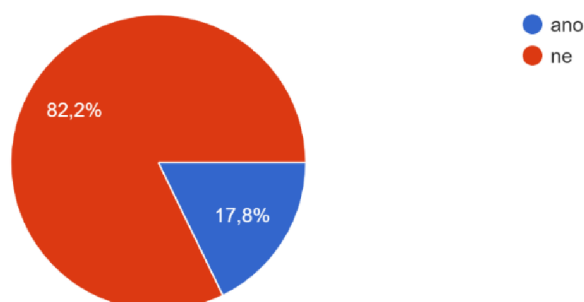
Zdroj: vlastní výzkum

5. Otázka: Máte nyní ve třídě dítě trpící nějakou psychickou poruchou? (úzkostné poruchy, deprese, sebepoškozování apod.).

V této otázce jsem zjišťovala, jaké procento dětí trpí, v současné době, nějakým typem psychické poruchy. Z dotazovaných odpovědělo 17,8 %, že takové dítě mají nyní ve své třídě. To znamená, že třetina učitelů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že se někdy v rámci své praxe setkali s dítětem s psychickou poruchou, má takové dítě i nyní ve třídě.

Máte nyní ve třídě dítě trpící nějakou psychickou poruchou? (úzkostné poruchy, deprese, sebepoškozování apod.)

118 odpovědí

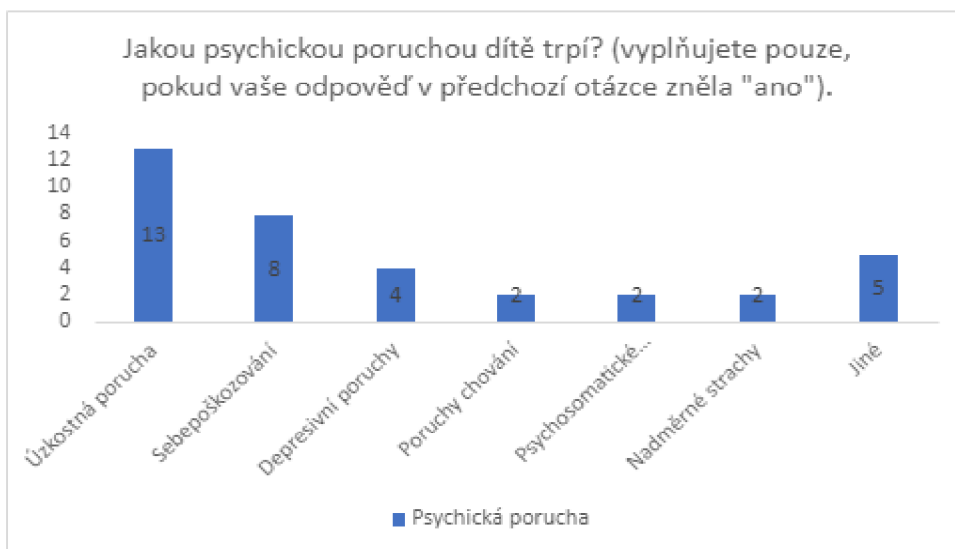


Graf č. 5.: četnost dětí s psychickou poruchou, v dané třídě, v současné době

Zdroj: vlastní výzkum

6. Otázka: Jakou psychickou poruchou dítě trpí? (vyplňujete pouze, pokud vaše odpověď v předchozí otázce zněla "ano").

Odpovědi na tuto otázku nám ukázali, jakými psychickými poruchami trpí děti, které mají učitelé/respondenti nyní ve třídě. Nejčastěji respondenti u dětí zmiňovali úzkostné poruchy (13 respondentů), sebepoškozování (8 respondentů) a depresivní poruchy (4 respondenti). Dále se v odpovědích na tuto otázku objevily poruchy chování (2 respondenti), psychosomatické poruchy (2 respondenti) a nadměrné strachy (2 respondenti). V odpovědích se objevily i jiné obtíže jako ADHD, poruchy příjmu potravy, citová deprivace či trauma. Někteří vypověděli, že ještě neznají přesnou diagnózu dítěte, jelikož ještě probíhají vyšetření a diagnóza zatím není definitivní.



Graf č. 6.: Typ poruchy

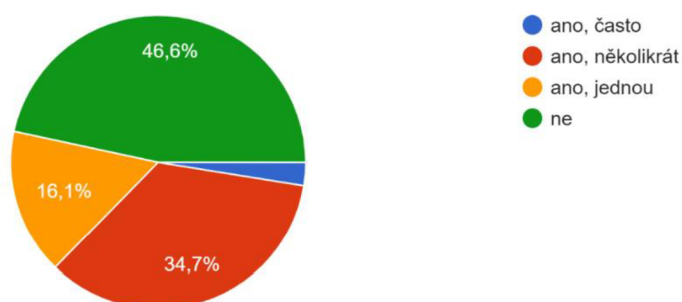
Zdroj: vlastní výzkum

7. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi, u kterých se projevovaly úzkostné stavy?

Na tuto otázku odpovědělo 46,6 % respondentů, že se během své praxe s takovými dětmi nesetkali. 34,7 % dotazovaných se s dětmi s úzkostnou poruchou setkali několikrát a jednou během své praxe se s takovým dítětem setkalo 16,1 % dotazovaných. Často se s dětmi s úzkostnými stavy setkává 2,5 % dotazovaných.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi, u kterých se projevovaly úzkostné stavy?

118 odpovědí



Graf č. 7.: četnost výskytu úzkostných stavů u dětí předškolního věku

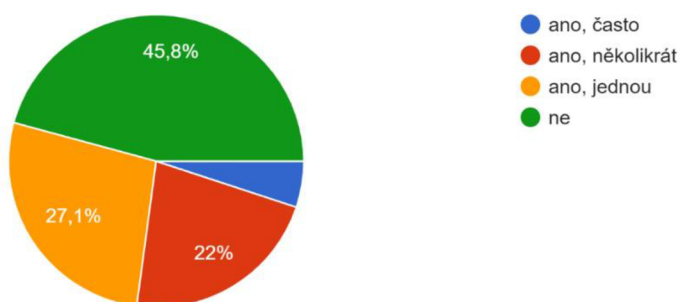
Zdroj: vlastní výzkum

8. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi trpícími nadměrnými strachy?

Více než polovina učitelů, odpovídající na tento dotazník, vypověděla, že se během své praxe setkali s dětmi trpícími nadměrnými strachy (54,2 %). Z toho se 27,1 % tvoří respondenti, kteří se s těmito dětmi setkali jednou během své praxe, 22 % několikrát a 5,1 % dotazovaných se s těmito dětmi setkává často. 45,8 % učitelů se s takovými dětmi dosud nesetkalo.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi trpícími nadměrnými strachy?

118 odpovědí



Graf. Č. 8.: četnost dětí trpícími nadměrnými strachy

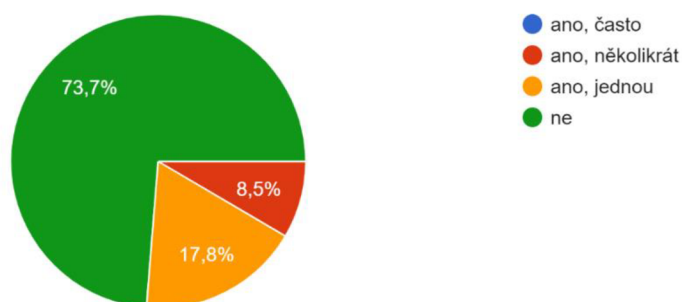
Zdroj: vlastní výzkum

9. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi trpícími sebepoškozováním?

Většina dotazovaných odpověděla, že se dosud nesetkali s dětmi předškolního věku, které by se sebepoškozovali. Jednou se s dětmi trpícími sebepoškozováním setkalo 17,8 % dotazovaných. Několikrát se s takovými dětmi za svou pedagogickou praxi setkalo 8,5 % respondentů. Žádný ze 118 dotazovaných neodpověděl, že by se s dětmi se sebepoškozováním setkával často.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi trpícími sebepoškozováním?

118 odpovědí



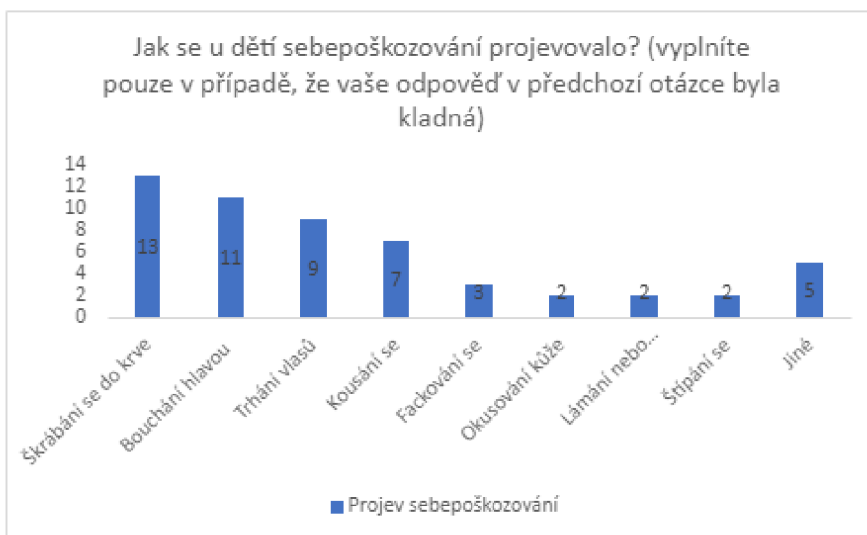
Graf č. 9.: četnost dětí s projevy sebepoškozování

Zdroj: vlastní výzkum

10. Otázka: Jak se u dětí sebepoškozování projevovalo? (vyplníte pouze v případě, že vaše odpověď v předchozí otázce byla kladná).

Jako nejčastější projevy sebepoškozování se v odpovědích objevovalo škrábání se do krve (13 respondentů), bouchání se hlavou o cokoli (11 respondentů), respondenti uváděli, že se tyto děti tloukly do hlavy o zeď, o zem, o skříň, či o cokoli, co bylo zrovna v dosahu. Trhání vlasů (9 respondentů) bylo dalším ze zmíněných projevů, které se u dětí vyskytovaly. Dva respondenti uvedli, že děti, které si vlasy vytrhávaly je následně i jedly. Toto chování by mohlo být příznakem onemocnění Pika.

Dalšími projevy, které respondenti v dotazníku zmínili bylo kousání se (7 respondentů), fackování se (3 respondenti), okusování kůže na ruku i nohou (2 respondenti), lámání nebo okusování nehtů (2 respondenti) a štípání se (2 respondenti). Mezi jiné projevy, které se objevily v dotazníku, kdy je zmínil vždy jen jeden z dotazovaných, patřilo řezání se na ruku či nohou ostrými předměty, bouchání se ostrým předmětem (nůžkami, kostkou apod.), trhání oblečení, ohýbání prstů.



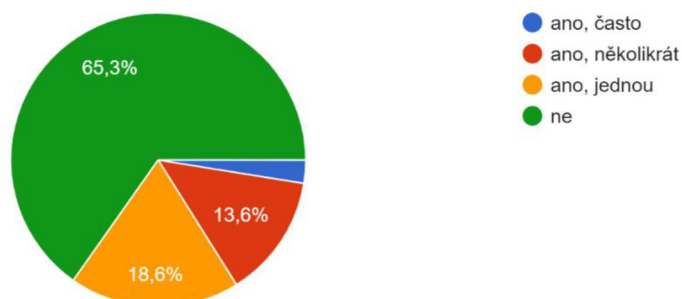
Graf č. 10.: projevy sebepoškozování

11. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi trpícími poruchami příjmu potravy?

Na tuto otázku odpovědělo 65,3 % dotazovaných, že se s touto poruchou u dětí předškolní věku v mateřské škole dosud nesešlo. 18,6 % se s touto poruchou v rámci svojí praxe jednou setkalo, 13,6 % se s touto poruchou setkalo několikrát a 2,5 % respondentů se s touto poruchou u dětí v MŠ setkává často. V otázce nebyl nijak definován typ poruchy příjmu potravy. Nejčastěji se však v mateřské škole setkáváme s dětmi, které odmítají jíst nebo jsou velmi vybítavé. Také se můžeme setkat s dětmi předškolního věku, které trpí mentální anorexií. S dětmi předškolního věku, které trpí mentální bulimií se setkáváme jen velmi ojedinele.

Setkal/a jste za svou pedagogickou praxi s dětmi trpícími poruchami příjmu potravy?

118 odpovědí



Graf č. 11.: Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi trpícími poruchami příjmu potravy?

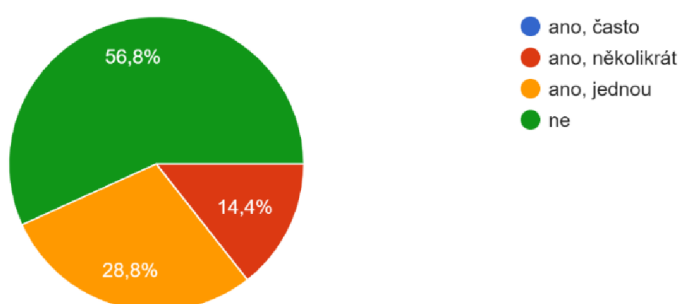
Zdroj: vlastní výzkum

12. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi s diagnostikovaným elektivním mutismem? (poruchy řeči způsobené psychotickou příčinou).

Větší polovina respondentů (56,8 %) odpověděla, že se u dětí v mateřské škole s touto poruchou dosud nesešla. 28,8 % odpovědělo, že se s touto poruchou jednou setkali, několikrát se se selektivním mutismem u dětí předškolního věku setkalo 14,4 % respondentů. Žádný z respondentů nevyprávěl, že by se s touto poruchou u dětí v mateřské škole setkávali často.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi s diagnostikovaným selektivním mutismem?
(poruchy řeči způsobené psychotickou příčinou)

118 odpovědí



Graf č. 12.: četnost dětí s elektivním mutismem

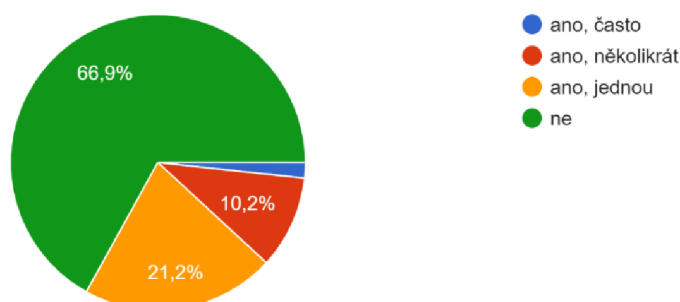
Zdroj: vlastní výzkum

13. Otázka: Setkal/a jste se za svou praxi s dětmi s projevy psychické deprivace? (z důsledku dlouhodobého neuspokojování základních psychických potřeb).

S projevy psychické deprivace se dosud v MŠ nesešlo 66,9 % dotazovaných. Jednou se s takovými to projevy setkalo 21,2 % respondentů a několikrát se s projevy psychické deprivace u dětí předškolního věku setkalo 10,2 % dotazovaných. 1,7 % respondentů vyprávěl, že se s projevy psychické deprivace u dětí setkávají často.

Setkal/a jste se za svou praxi s dětmi s projevy psychické deprivace? (z důsledku dlouhodobého neuspokojování základních psychických potřeb)

118 odpovědí



Graf č.: 13.: četnost dětí s projevy psychické deprivace

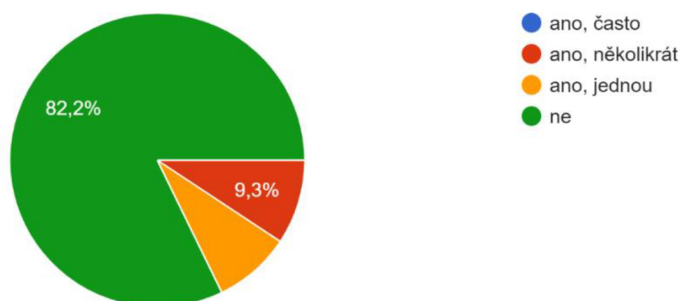
Zdroj: vlastní výzkum

14. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s depresivními stavy?

Na tuto otázku odpověděla většina dotazovaných (82,2 %), že se s depresivními stavy u dětí předškolního věku dosud nesetkala. Naopak se s touto poruchou někdy během své pedagogické praxe setkala 17,8 % dotazovaných, z toho 11 respondentů se s těmito stavy u dětí setkala několikrát a 10 respondentů se s těmito stavy setkala jednou během své praxe. Nikdo z dotazovaných nevedl, že by se s těmito stavy u dětí předškolního věku setkávali v mateřské škole často.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi s depresivními stavy?

118 odpovědí

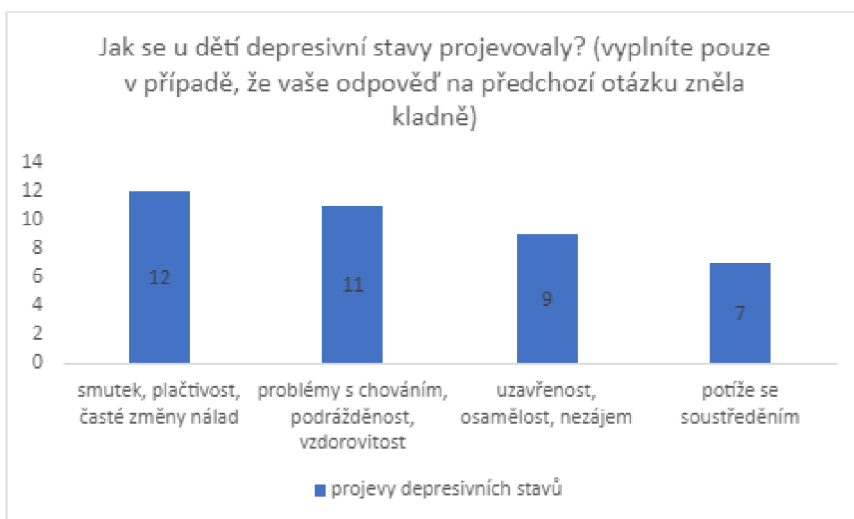


Graf č. 14.: četnost dětí s depresivními stavy

Zdroj: vlastní výzkum

15. Otázka: Jak se u dětí depresivní stavy projevují? (vyplňte pouze v případě, že vaše odpověď na předchozí otázku zněla kladně).

Nejvíce respondentů, kteří se u dětí předškolního věku setkali s projevy depresivních stavů odpovědělo, že nejčastějšími projevy těchto stavů byl smutek, plačtivost, časté změny nálad (12 respondentů), problémy s chováním, podrážděnost, vzdorovitost (11 respondentů), uzavřenost, osamělost, nezájem (9 respondentů) a potíže se soustředěním (7 respondentů).



Graf č. 15.: projevy depresivních stavů

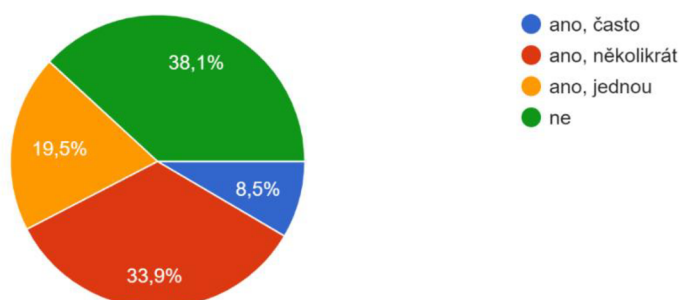
Zdroj: vlastní výzkum

16. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi s častými a náhlými změnami nálad?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda se pedagogové v mateřských školách často setkávají s dětmi, které často a náhle mění svoji náladu. 61,9 % učitelů se během své praxe setkal/a s dětmi, které často a náhle měnily svoji náladu. 33,9 % dotazovaných se s takovými to dětmi setkali několikrát, 19,5 % se s tímto jevem setkalo jednou během své praxe a 8,5 % se s dětmi s častými a náhlými změnami nálad setkává často. Nikdy během své pedagogické praxe se s těmito dětmi nesetkalo 38,1 % dotazovaných učitelů mateřských škol.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi s častými a náhlými změnami nálad?

118 odpovědí



Graf č. 16.: četnost dětí s častými a náhlými změnami nálad

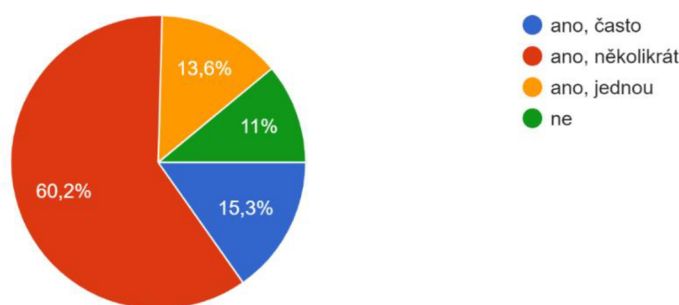
Zdroj: vlastní výzkum

17. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi s problémy s chováním?

Většina dotazovaných učitelů se v mateřské škole setkala s dětmi s problémovým chováním. Několikrát během své praxe se s dětmi s problémy s chováním setkala 60,2 % respondentů. Alespoň jednou se s problémy s chováním u dětí v MŠ setkala 13,6 % učitelů. 15,3 % dotazovaných se dokonce s takovými dětmi setkávají často. Pouze 11 % učitelů vypovědělo, že se s takovými problémy u dětí v MŠ dosud nesešlo.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi s problémy s chováním?

118 odpovědí

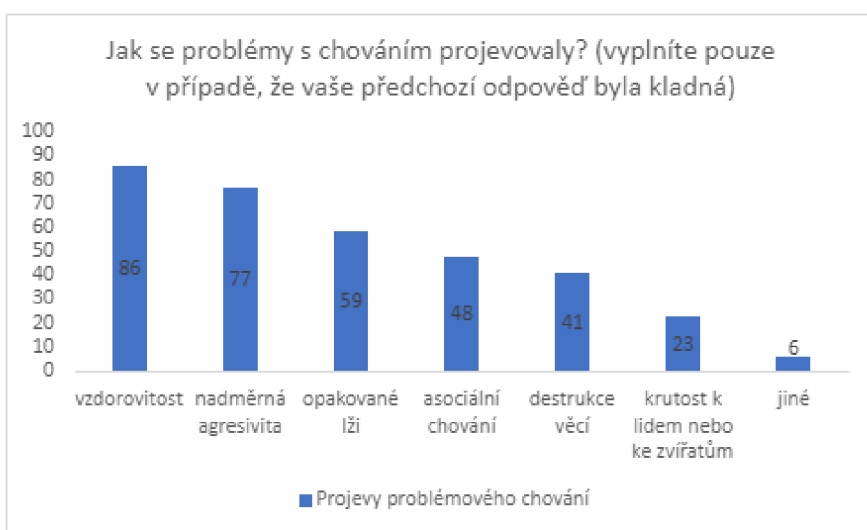


Graf č. 17.: četnost dětí s problémy s chováním?

Zdroj: vlastní výzkum

18. Otázka: Jak se problémy s chováním projevovaly? (vyplníte pouze v případě, že vaše předchozí odpověď byla kladná).

Mezi nejčastější projevy problémového chování respondenti uváděli vzdorovitost (86 respondentů), nadměrnou agresivitu (77 respondentů), opakované lži (59 respondentů). Dále respondenti ve svých odpovědích uváděli asociální chování (48 respondentů), destrukce věcí (41 respondentů) a krutost k lidem nebo ke zvířatům (23 respondentů). Objevily se i další odpovědi, neschopnost řešit problém (1 respondent), sebevražedné a vražedné sklony (1 respondent), krádeže (1 respondent), výhrušky (1 respondent), nadměrný pláč a křik (1 respondent), manipulativní chování (1 respondent) a negativismus (1 respondent).



Graf č. 18.: projevy problémového chování

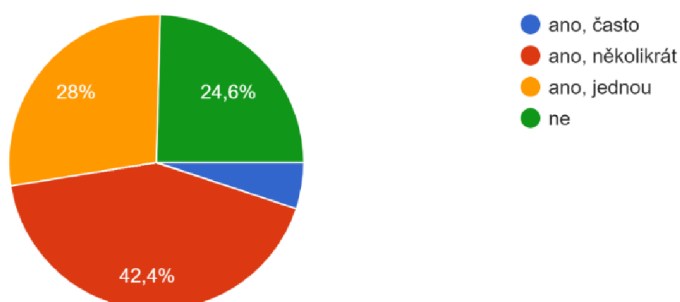
Zdroj: vlastní výzkum

19. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi nadměrně samotářskými, minimálně komunikujícími s okolím?

42,4 % dotazovaných odpovědělo, že se s takovými to dětmi několikrát setkali. 28 % se s takovým to dítětem setkalo jednou během své pedagogické kariéry. Často se s takovým chováním setkalo 5,1 % učitelů. Dosud se u dětí v mateřské škole s takovýmto dítětem neseťkalo 24,6 % dotazovaných.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi nadměrně samotářskými, minimálně komunikujícími s okolím?

118 odpovědí



Graf č. 19.: četnost dětí nadměrně samotářských, minimálně komunikujících s okolím?

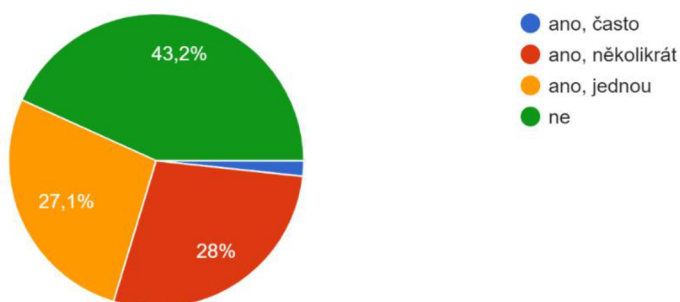
Zdroj: vlastní výzkum

20. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi přehnaně a dlouhodobě agresivními?

Větší polovina respondentů (56,8 %) odpověděla, že se s dětmi dlouhodobě a přehnaně agresivními setkali. 28 % respondentů má zkušeností s těmito dětmi hned několik, 27,1 % respondentů se s tímto jevem setkali jednou během svojí praxe. Často se s takovými případy setkává pouze 1,7 % respondentů. Dosud se s přehnaně a dlouhodobě agresivními dětmi v mateřské škole neseťkalo 43,2 % respondentů.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi přehnaně a dlouhodobě agresivními?

118 odpovědí



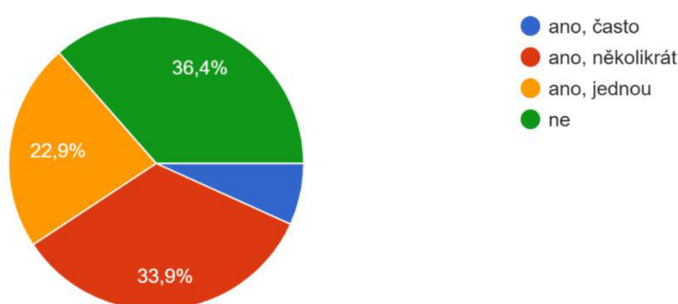
Graf č. 20.: četnost dětí přehnaně a dlouhodobě agresivních?

Zdroj: vlastní výzkum

21. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi s dlouhodobými problémy s adaptací na MŠ?

Během své pedagogické praxe v MŠ se s dlouhodobými problémy s adaptací setkala 63,6 % respondentů. 33,9 % učitelů se s takovými dětmi setkala několikrát, 22,9 % se s těmito dětmi setkala jednou během své praxe. Často se s dětmi s dlouhodobě problémovou adaptací u dětí předškolního věku setkává 6,8 % učitelů. Doposud se během své praxe s takovýmto dítětem nesetkala 36,4 % respondentů.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou kariéru s dětmi s dlouhodobými problémy s adaptací na MŠ?
118 odpovědí



Graf č. 21.: četnost dětí s problémovou adaptací na MŠ

Zdroj: vlastní výzkum

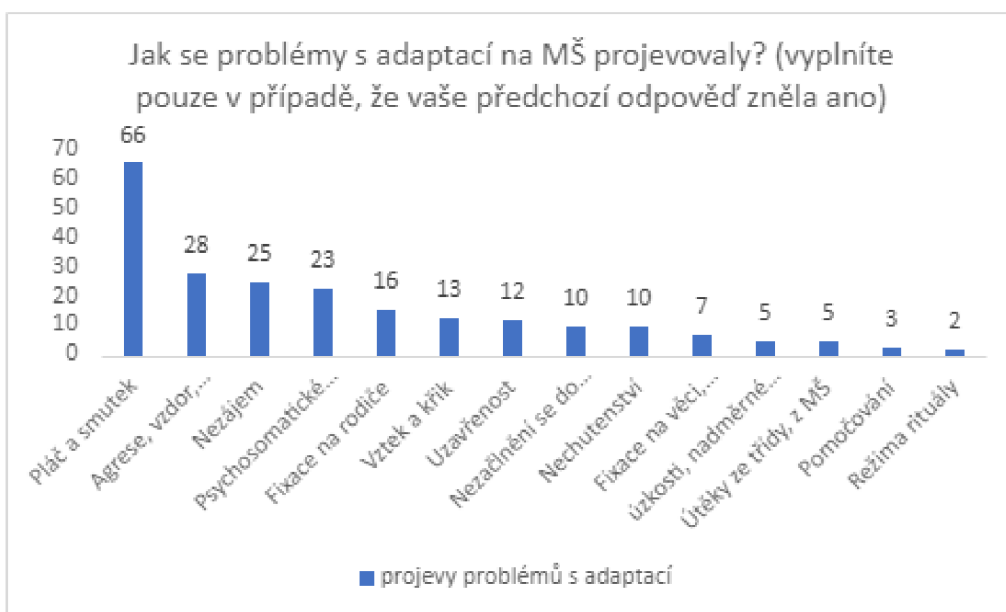
22. Otázka: Jak se problémy s adaptací na MŠ projevovaly, (vyplňte pouze v případě, že vaše předchozí odpověď zněla ano).

Nejčastějším projevem problémů s adaptací byl pláč a smutek, tento projev uvedli téměř všichni respondenti odpovídající na tuto otázku (66 respondentů). Podle odpovědí respondentů děti plakaly nejvíce po příchodu do MŠ a odchodu rodičů, ale vydržely intenzivně plakat či poplakávat celý den až do příchodu rodičů. Jako další častý projev problému s adaptací respondenti uvedli agresi, vzdor a hysterii (28 respondentů). Děti neuposlechly pokyny učitele, nerespektovaly pravidla třídy, mateřské školy, některé děti ubližovaly sobě, svým vrstevníkům či ostatním vyhrožovaly nebo si lehly na zem, kopaly kolem sebe a křičely. Často děti nejevily žádný zájem o činnosti, o děti, učitele o hračky a nedaly se žádným způsobem zabavit (25 respondentů).

Častým projevem problémů s adaptací se objevovaly psychosomatické obtíže (23 respondentů). Tyto obtíže se projevovaly bolestmi břicha, hlavy, zvracením, třesem celého

těla, či příznaky různých nemocí. Problémy s adaptací měly také děti silně fixované na rodiče, uvedlo 16 respondentů. Děti se dlouze s pláčem, křikem někdy až v hysterii loučily po příchodu do MŠ se svými rodiči. Následně se v průběhu dne se neustále na rodiče dotazovaly a volaly je. Dalšími projevy, které respondenti ve svých odpovědích uvedli byl vztek a křik (13 respondentů).

Dále byly děti uzavřené, nekomunikovaly s učitelkou a ostatními dětmi, dlouho vydržely sedět na jednom místě, většinou v koutě, schovávaly se mimo dosah ostatních a byly apatické (12 respondentů). Jako další projevy respondenti uvedli problémy se začleněním se do kolektivu a nekomunikaci s ostatními (10 respondentů), nechutenství (10 respondentů) děti odmítaly cokoli jíst nebo pít, fixovaly se na učitele nebo na věci (10 respondentů). Dále se děti projevovaly úzkostlivě, prožívaly nadměrné strachy a často měnily nálady (5 respondentů). Některé děti se dokonce pokoušely utéct ze třídy či mateřské školy (5 respondentů). 3 respondenti uvedli, že se děti začaly pomočovat, další dva respondenti odpověděli, že děti lpěly na známých rituálech a jakákoliv změna v režimu byla pro dítě velkým problémem.



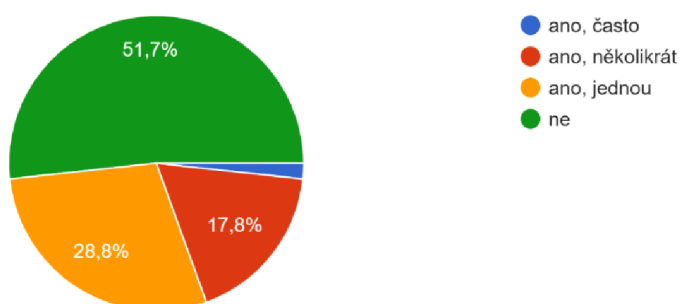
Graf č. 22.: projevy problémové adaptace

Zdroj: vlastní výzkum

23. Otázka: Setkal/a jste se za svou praxi s dětmi staršími pěti let, které se často v MŠ pomočovaly nebo pokalovaly?

Něco málo přes polovinu respondentů (51,7 %) uvedlo, že se dosud během své praxe s takovými problémy u dětí neseťkali. Jednou se s těmito problémy setkala 28,8 % dotazovaných a několikrát se s tímto jevem setkala 17,8 % respondentů. Často se s pomočováním nebo pokálením u dětí strašících pěti let setkává 1,7 % respondentů.

Setkal/a jste se za svou praxi s dětmi staršími pěti let, které se často v MŠ pomočovaly nebo pokalovaly?
118 odpovědí



Graf č. 23.: četnost dětí s enurézou a enkoprézou

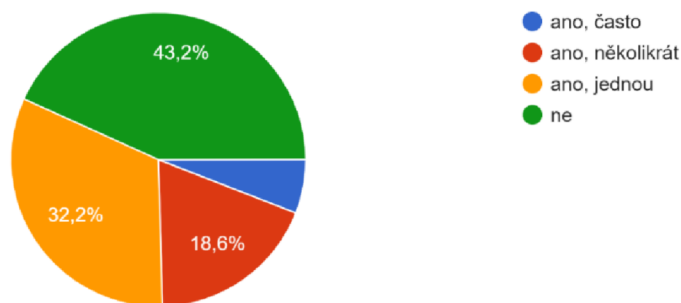
Zdroj: vlastní výzkum

24. Otázka: Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi trpícími psychosomatickými obtížemi? (bolesti hlavy, břicha, zvracení apod.).

S psychosomatickými obtížemi u dětí předškolního věku se setkala více než polovina dotazovaných učitelů (56,8 %). Jednou se s tímto problémem setkala 32,2 % dotazovaných, několikrát se s dětmi s psychosomatickými obtížemi setkala 18,6 % učitelů a 5,9 % učitelů se s těmito problémy setkává často. 43,2 % respondentů se s těmito problémy u dětí předškolního věku dosud neseťkalo.

Setkal/a jste se za svou pedagogickou praxi s dětmi trpícími psychosomatickými obtížemi? (bolesti břicha, hlavy, zvracení apod.)

118 odpovědí



Graf č. 24.: četnost dětí trpících psychosomatickými obtížemi

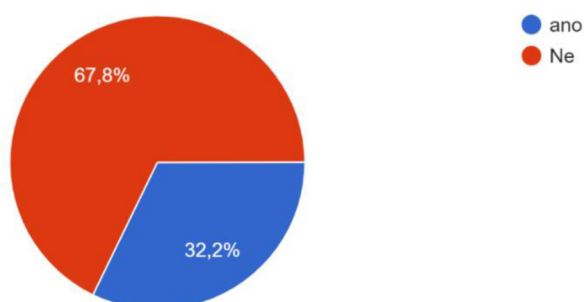
Zdroj: vlastní výzkum

25. Otázka: Máte nyní ve třídě dítě, které navštěvuje psychologa?

67,8 % učitelů uvedlo, že nyní ve třídě nemají dítě, které by navštěvovalo psychologa naopak 32,2 % dotazovaných učitelů uvedlo, že k nim do třídy nyní dochází dítě, které je v péči psychologa.

Máte ve třídě nyní dítě, které navštěvuje psychologa?

118 odpovědí



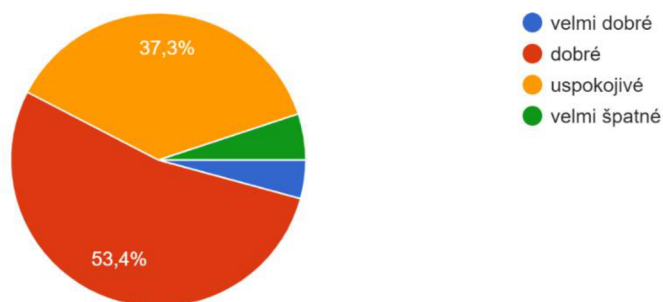
Graf č. 25.: četnost dětí navštěvujících v současné době psychologa

Zdroj: vlastní výzkum

26. Otázka: jak byste globálně ohodnotil/a psychické zdraví dnešních dětí?

Jako velmi dobré by psychické zdraví dnešních dětí zhodnotilo pouhých 4,2 % respondentů, Za dobré považuje psychické zdraví dětí předškolního věku 53,4 % respondentů. Jako uspokojivé se jeví psychické zdraví dětí 37,3 % respondentům. Za velmi špatné považuje psychické zdraví dnešních předškolních dětí 5,1 % dotazovaných učitelů.

Jak byste globálně ohodnotil/a psychické zdraví dnešních dětí?
118 odpovědí



Graf č. 26.: psychické zdraví dnešních dětí

Zdroj: vlastní výzkum

8. Diskuze

Odpovědi dotazníku nám ukázaly, že děti nejsou pouze šťastné a není pravdivé tvzení, že děti netrpí duševními poruchami. 53,4 % respondentů vypovědělo, že se během své praxe setkali s dětmi s psychickou poruchou. 17,8 % učitelů má nyní ve třídě dítě, které nějakým typem psychické poruchy trpí.

Na základě rozhovorů s učiteli mateřských škol s dlouholetou učitelskou praxí, se mi dostalo jejich subjektivních názorů, že se jim zdá, že za posledních dvacet let se počet dětí s diagnostikovanou duševní poruchou zvýšil. Otázkou zůstává zda je tento trend způsobený větším počtem diagnostikovaných dětí než v dřívějších letech, ale počet dětí, které vykazují symptomy psychického onemocnění zůstává stejný. Nebo zda se opravdu zvyšuje počet dětí, které duševními poruchami trpí. Vlivem takového trendu by mohl být fakt, že na lidi, především na děti je velký tlak společnosti. Lidé jsou neustále ve spěchu, rodiče bývají dlouho v práci a děti mají spoustu kroužků.

Často se děti dostávají do kolektivních zařízení velmi brzy, kdy na to ještě nejsou připravené. Většina učitelů zapojených do výzkumu se shoduje, že děti, které nastoupí do kolektivního zařízení velmi brzy, jsou touto skutečností velmi negativně ovlivněny. Dítě ztrácí jistotu a bezpečí rodinného prostředí. Dítě se musí adaptovat na nové prostředí, učí se komunikovat s ostatními dětmi a paní učitelkou. Musí se přizpůsobit novému režimu a pravidlům. Tato změna je pro děti velmi náročná. Pokud se ještě jedná o velmi malé dítě, nepřipravené na docházku do kolektivního zařízení, hrozí, že dítě bude tyto změny snášet velmi těžce. Názory pro to, kdy je vhodná doba pro začátek docházky do mateřské školy, jsou rozdílné. Většina učitelů ovšem preferuje věk, vhodný pro vstup do mateřské školy, po třetím roce života dítěte. Dle učitelů je dítě v tomto věku již schopno odloučit se na určitou dobu od rodičů a prostředí domova. Několik učitelů však zmiňovalo i důraz na individualitu dítěte. Každé dítě je jiné, a každé je také na vstup do mateřské školy připravené v jinou dobu. Tyto individuální zvláštnosti bychom měli respektovat.

Učitelé také zmiňovali vliv rozvodu rodičů na dítě předškolního věku. Podíl rozvedených manželství v současné době je v České republice relativně vysoký. Musíme pamatovat na to, že rozvod rodičů se významně dotýká života dítěte. Někteří učitelé uvedli, že až polovina dětí, které učili v mateřské škole a měly diagnostikovanou psychickou poruchu, pocházely z rozvádějících se nebo z rozvedených rodin.

Tyto všechny okolnosti mají vliv na psychickou odolnost dítěte a tudíž i na zranitelnost vůči vzniku psychických onemocnění.

32,2 % respondentů odpovědělo, že mají nyní ve třídě dítě, které navštěvuje psychologa, což je větší podíl respondentů než těch, kteří uvedli, že mají ve třídě dítě, které trpí psychickou poruchou. Důvodem této skutečnosti může být, to že děti ještě nemají určenou diagnózu nebo rodiče psychologa s dětmi navštěvují z důvodu nějaké pro dítě těžké situace. Dítě může vykazovat nějaké příznaky psychického onemocnění, ale toto onemocnění nemusí být ještě plně rozvinuto. U některých diagnóz se také čeká na pozdější věk dítěte.

Počet respondentů, kteří vypověděli, že mají ve třídě nyní dítě, které navštěvuje psychologa je uspokojivý v rámci výskytu psychických onemocnění. Jde vidět, že u spousty lidí už pominuly obavy s psychologa a nestigmatizují se za to. Jelikož duševní nemoc je také nemoc a není méně závažná než nemoc tělesná.

Nejčastěji se respondenti ve své praxi setkávají s nadměrně úzkostnou poruchou, poruchami příjmu potravy, depresivní poruchou a poruchami chování.

U spousty dětí učitelé vyzorovali symptomy, které mohou signalizovat, nějakou poruchu chování a je na pováženu rodičů a učitelů, zda tyto děti nepotřebují intervenci. Jelikož respondenti uváděli více těchto příznaků, než uváděli děti s diagnostikovanou psychickou poruchou. Mezi tyto obtíže patří agresivní chování, samotářské chování, somatické obtíže, časté změny nálady, sbepoškozování a nadměrné strachy.

Ze své pedagogické praxe vím, že si rodiče často nechtějí připustit, že obtíže v chování dítěte mohou být příznaky nějaké psychické poruchy. S tímto názorem se stotožňuje i řada mých kolegů učitelů. A tak se pomoc dítěti oddaluje a příznaky nemoci se mohou prohlubovat. Učitelé musí při podezření na psychickou poruchu dítěte reagovat velmi opatrně. Učitel mateřské školy nemůže diagnostikovat psychická onemocnění. Povinnost učitele však je dítě pozorovat a při podezření na nějakou odchylku nebo poruchu včas informovat rodiče. Rodičům můžeme doporučit návštěvu odborníka. Zkušenosti učitelů vypovídají o vyhýbavém chování rodičů, kdy odmítají pomoc specialisty a možnost nemoci si nepřipouštějí.

Pokud jde o děti s již diagnostikovanou poruchou, mají učitelé spíše kladné zkušenosti. Většina učitelů uvedla, že je rodiče o stavu dítěte pravidelně informují a učitelé naopak informují rodiče o projevech dítěte v mateřské škole. Učitelé nabízí rodičům pomoc při terapii

dítěte. Tato pomoc je většinou rodiči vítána. Učitelé a rodiče se snaží jednat v souladu a spolupracovat při terapii dítěte.

Zajímavým výsledkem výzkumu je otázka psychického zdraví dnešních dětí. Jako velmi dobré by psychické zdraví dnešních dětí zhodnotilo pouhých 4,2 % respondentů. Za dobré považuje psychické zdraví dětí předškolního věku 53,4 % respondentů. Jako uspokojivé se jeví psychické zdraví dětí 37,3 % respondentům. Za velmi špatné považuje psychické zdraví dnešních předškolních dětí 5,1 % dotazovaných učitelů. Měli bychom se jako společnost zamyslet nad psychickým zdravím dnešních dětí. Učitelé mateřských škol můžou pracovat na výchově psychicky odolného jedince, který bude odolný vůči nárokům dnešní urychlené společnosti.

Závěr:

Práce byla zaměřena na psychická onemocnění vyskytující se u dětí předškolního věku. V úvodu teoretické části bakalářské práce jsem popsala správný vývoj dítěte předškolního věku, jehož znalost pomáhá učitelům mateřských škol v odhalení různých odchylek a poruch dítěte. Dále jsem se zabývala tématem psychická odolnost. Psychicky odolní lidé jsou odolní vůči nárokům okolí a vůči různým stresovým situacím, ve kterých se můžou ocitnout. V této části práce jsem se zabývala faktory ovlivňujícími psychickou odolnost a výchovou dítěte v psychicky odolného jedinci, který dokáže odolávat nárokům všedního dne. V následující části jsem se zabývala vznikem psychických poruch z hlediska biologických, psychických a sociálních faktorů. V hlavní pasáži, teoretické části bakalářské práce práce, jsem charakterizovala vybrané psychické poruchy, vykytující se u dětí předškolního věku. Popsala jsem projevy těchto onemocnění, příčiny vzniku a vhodnou terapii.

Praktickou část bakalářské práce jsem věnovala výzkumnému šetření za využití dotazníku a rozhovorů s učiteli mateřských škol. Dotazník byl zaměřen na četnost psychických onemocnění u dětí předškolního věku z pohledu učitelů mateřských škol. Z dotazníkového šetření jsem se dozvěděla nejčastější psychické poruchy, kterými děti předškolního věku trpí a nejčastější projevy poruch. Zjistila jsem, že procento dětí, které navštěvuje psychologa, je více než uspokojivé v rámci počtu dětí s psychickými problémy a poruchami.

Jako velmi znepokojující bych viděla výsledky poslední otázky, ve které jsem se učitelů ptala, jak by zhodnotili psychické zdraví dnešních dětí. Na tuto otázku odpovědolo pouhých 4,2 % učitelů, že by psychické zdraví dnešních dětí ohodnotilo jako velmi dobré. Zbytek učitelů by zdraví dnešních dětí ohodnotilo jako dobré, uspokojivé nebo dokonce velmi špatné. Myslím, že bychom se měli jako společnost zamyslet, proč si to myslíme, proč tomu tak je, a co s tím můžeme dělat.

Seznam grafů:

Graf č. 1.: délka vaší praxe v mateřské škole

Graf č. 2.: věk respondentů

Graf č. 3.: věková kategorie dětí ve třídě

Graf č. 4.: četnost setkávání respondentů s psychickými poruchami u dětí předškolního věku

Graf č. 5.: četnost dětí s psychickou poruchou, v dané třídě, v současné době

Graf č. 6.: typ psychické poruchy

Graf č. 7.: četnost výskytu úzkostných stavů

Graf č. 8.: četnost dětí s nadměrnými strachy

Graf č. 9.: četnost dětí trpících sebepoškozováním

Graf č. 10.: projevy sebepoškozování

Graf č. 11.: četnost dětí s poruchami příjmu potravy

Graf č. 12.: četnost dětí s elektivním mutismem

Graf č. 13.: četnost dětí s projevy psychické deprivace

Graf č. 14.: četnost dětí s depresivními stavy

Graf č. 15.: projevy depresivních stavů

Graf č. 16.: četnost dětí s častými a náhlými změnami nálad

Graf č. 17.: četnost dětí s problémy s chováním

Graf č. 18.: projevy problémového chování

Graf č. 19.: četnost dětí nadměrně samotářských, minimálně komunikujících s okolím

Graf č. 20.: četnost dětí dlouhodobě a přehnaně agresivních

Graf č. 21.: četnost dětí s problémovou adaptací

Graf č. 22.: projevy problémové adaptace

Graf č. 23.: četnost dětí s enurézou a inkoprézou

Graf č. 24.: četnost dětí trpících psychosomatickými obtížemi

Graf č. 25.: návštěvnost psychologa

Graf č. 26.: psychické zdraví dnešních dětí

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Nejčastější fobie v dětství dle Zvolského a Rabocha (2001)

Seznam použitých zkratk:

ADHD – z angličtiny Attention Deficit Hyperactivity Disorder, česky, porucha pozornosti s hyperaktivitou

CAWI - Anglicky Computer Assisted Web Interviewing, neboli dotazování v prostředí internetového formuláře

Klasifikace nemocí dle MKN:

F91 – Poruchy chování

F91.0 – Porucha chování ve vztahu k rodině

F91.1 – Nesocializovaná porucha chování

F91.2 – Socializovaná porucha chování

F91.3 – Porucha opozičního vzdoru

F92 – Smíšené poruchy chování a emocí

F92.0 – depresivní porucha chování

F93 – Emoční poruchy

F93.0 – Separáčnická úzkostná porucha

F93.1 – Fóbická anxiózní porucha

F93.2 – Sociální anxiózní porucha

F93.3 – Porucha sourozenecké rivality

F94 – Poruchy sociálních funkcí

F94.0 – Elektivní mutismus

F94.1 – Reaktivní porucha přichylnosti v dětství

F98 – Jiné poruchy chování a emocí

F98.0 – Neorganická enuréza

F98.1 – Neorganická enkopréza

F98.2 – Poruchy příjmu potravy

F98.3 - Pika

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

MŠ – Mateřská škola

Syndrom CAN – za angličtiny Child abuse and neglect, v češtině Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

WHO – z angličtiny World Health Organization, česky Světová zdravotnická organizace

Seznam literatury:

1. BEDNÁŘOVÁ, Jřina. ŠMARDOVÁ, Vlasta, 2011. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-1829-0
2. FLORIAN, Jakub. PACLT, Ivo, 2000. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: GRADA. ISBN 80-716-95-068
3. HORÁKOVÁ HOSKOVCOVÁ, Simona. SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, Lucie, 2009. *Výchova k psychické odolnosti dítěte*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-6875-5
4. HORT, Vladimír, 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9
5. HORT, Vladimír, 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5
6. HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír, 2004. *Psychiatrie*. Praha: Tigris. ISBN 80-9001-307-7
7. KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-1110-2
8. KRŽÍŽ, Josef, 2004. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. České Budějovice: Jihočeská univerzita-Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7040-724-7
9. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. 2., aktualizované vydání. ISBN 978-80-247-1284-0
10. LEBL, Jan, 2012. *Klinická pediatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-772-1
11. MALÁ, Eva, 2010. *Psychiatrie-učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portal. ISBN 978-80_7367-723-7
12. MARÁDOVÁ, Eva, 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-8699-109-2
13. MERTIN, Václav, GILLERNOVÁ, Ilona, 2010. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-627-8
14. NÝVLTOVÁ, Václava, 2010. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita J. A. Komenského. ISBN 978-80-8672-385-3
15. PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-297-7369-8
16. PAVLOVSKÝ, Pavel, 2001. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada: ISBN 80-247-0181-2
17. PEŠATOVÁ, Ilona, 2006. *Vybrané kapitoly z etopedie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-087-6

18. PRAŠKO, Ján, 2003. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-002-4
19. PRAŠKO, Ján, 2010. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2570-2
20. PROCHÁZKA, Roman, 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-297-4451-3
21. PŘIHODA, Václav, 1963. *Ontogeneze dětské psychiky-vývoj člověka do 15 let*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
22. RABOCH, Jiří. ZVOLSKÝ, Petr, 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8
23. ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-2471-049-8
24. SVOBODA, Mojmír, 2015. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0899-0
25. SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9
26. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2000. *Duševní poruchy a poruchy chování-popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí*, 10. revize. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-44-1
27. TRAIN, Alan, 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-297-4451-3
28. VÁGNEROVÁ, Marie, 1994. *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-384-7
29. VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5

Zahraniční zdroje:

30. BRADY, Erika, KENDALL, Philip, 1992. *Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents*
31. GREENSPAN, Stanley, 1994. *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*.