

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

Hekrova 805, 149 00 Praha 4



## **Písemná práce k bakalářské zkoušce**

***Úloha sociálního pracovníka při léčbě dětských úzkostí a strachu***

Daniela Procházková

**Studijní program:**

Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:**

Sociální práce se zaměřením  
na komunikaci a aplikovanou  
psychoterapii

**Vedoucí práce:**

Doc.PhDr. Jan Srnec, CSc.

**Akademický rok:**

2007 / 2008

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce zpracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 22.srpna 2008

Daniela Procházková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Doc.PhDr. Janu Srncovi, CSc. za odborné vedení. Mé poděkování patří i Mgr. Magdaleně Koťové za odbornou konzultaci a Janě Smith za korekturu anglického překladu resumé..

# OBSAH

## ÚVOD

<b>1 VÝCHOZÍ POJMY A ZAMĚŘENÍ PRÁCE</b> .....	7
1.1 Definice sociální práce.....	7
1.2 Vymezení klíčových pojmů.....	8
1.2.1 Pomáhající profese, lidský vztah, etika sociální práce.....	8
1.2.2 Komunikace, terapie, léčba, zdraví.....	9
1.3 Kladené otázky.....	11
<b>2 ÚZKOST A STRACH VE VÝVOJI DÍTĚTE</b> .....	13
2.1 Rodina zdravá a nezdravá.....	13
2.2 Úzkost a strach – emoce formující a ovlivňující člověka.....	15
2.2.1 Úzkost normální a patologická.....	16
2.3 Úzkost a strach u dětí.....	17
2.3.1 Vznik úzkosti.....	17
2.3.2 Příčiny vzniku úzkosti.....	19
2.4 Jak mohou rodiče u dítěte rozpoznat příznaky úzkosti a strachu.....	20
2.5 Úzkostné poruchy.....	22
2.5.1 Třídění úzkostných poruch.....	22
2.5.2 Úzkostné poruchy u dětí.....	23
<b>3 SOCIÁLNÍ PRÁCE A PSYCHOTERAPIE ÚZKOSTNÝCH DĚTÍ</b> .....	27
3.1 První kontakt s dítětem a jeho rodinou.....	28
3.2 Rodinná a osobní anamnéza dítěte.....	29
3.2.1 Rodinná anamnéza.....	30
3.2.2 Osobní anamnéza dítěte.....	30
3.3 Jak pomoci dítěti překonat úzkost a nadměrný strach.....	32
3.4 Zvláštnosti psychoterapie u dětí.....	34
3.5 Základní metody psychoterapie u úzkostných dětí.....	36
<b>4 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ PSYCHIATRIE</b> .....	38
4.1 Struktura zařízení a denní program na dětské psychiatrii.....	39

4.2 Úloha sociálního pracovníka a jeho možnosti pomoci úzkostnému dítěti adaptovat se na režimové zařízení.....	40
<b>5 ILUSTRATIVNÍ PŘÍKLAD RODINNÉ ANAMNÉZY.....</b>	<b>43</b>
5.1 Rodinná anamnéza jedenáctileté dívky.....	43
<b>6 POKUS O ZODPOVĚZENÍ OTÁZEK POLOŽENÝCH V PRVNÍ KAPITOLE.....</b>	<b>50</b>
<b>ZÁVĚR</b>	
<b>SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ</b>	

## ÚVOD

Ve své bakalářské práci se hodlám zabývat jednou z mnoha psychických obtíží u dětí, jako jsou úzkosti a strach. Podstatou mé práce bude podívat se na tuto problematiku jednak z hlediska psychiatrického, ale hlavně z hlediska sociální práce. Budu se zabývat příčinami vzniku úzkostí a strachu, jejich příznaky, tříděním úzkostných poruch u dětí i možnostmi jejich léčby. A co se týče hlediska sociální práce, tady se chci zaměřit na úlohu sociálního pracovníka zejména v případech, kdy je dítě hospitalizováno na oddělení dětské psychiatrie, a v případech spolupráce s rodinou. Jelikož například zpracování rodinné anamnézy spadá do náplně sociálních pracovníků, v části své práce se budu věnovat jejímu sestavování a zásadám.

Toto téma pro bakalářskou práci jsem si vybrala z několika důvodů. Hlavním důvodem bylo to, že jsem v rámci školních praxí absolvovala dlouhodobou stáž na oddělení dětské psychiatrie, kde jsem zjistila, že se u mnoha hospitalizovaných dětí s psychiatrickou diagnózou vyskytuje strach a úzkost.

Jako další důvod, proč jsem zvolila toto téma, bych uvedla fakt, že mě problematika úzkostí a úzkostných poruch zaujala už během studia. Pravděpodobně i proto, že tento jev je tak častý, narůstá počet úzkostných dětí, což ostatně mohu pozorovat i ve svém okolí. Z tohoto důvodu do mé bakalářské práce zařadím i ilustraci rodinné anamnézy, která vznikla na základě spolupráce s rodinou patřící do okruhu známých mých rodičů. Jejich dcera vykazuje symptomy nadměrné úzkosti. Z toho vyplývá, že má práce bude postavena na třech rovinách. První rovinou bude teoretická část vycházející z prostudované literatury. Část praktickou postavím na ilustrativní rodinné anamnéze a třetí rovina bude vycházet z mých osobních zkušeností ze stáže na dětské psychiatrii.

# 1 VÝCHOZÍ POJMY A ZAMĚŘENÍ PRÁCE

## 1.1 Definice sociální práce

Je mnoho autorů, kteří definují sociální práci. Definice, která se mi nejvíce zamlouvá, je uvedena v publikaci *Základy sociální práce* (MATOUŠEK aj., 2001, s.10) a zní: „Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života“.

Definice obecně popisuje cíle sociální práce, úrovně, na kterých sociální pracovník pracuje, i pilíře, o které se při pomoci klientovi může opřít. Při popisu sociální práce jako pomoci lidem při řešení sociálních problémů, zprostředkování pomoci při řešení těchto problémů a snaze zabránit jejich vzniku nebo vyhocení bych definici doplnila o to, že sociální práce je odborná činnost, pro jejíž vykonávání je nutná vysoká odborná příprava, dosažení určitého věku, osobní zralosti, zkušeností a etických postojů. Proto nemůže být předmětem středoškolské průpravy ukončené maturitou, vyžaduje vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání (TOMEŠ aj., 1997, s.26). Podle úrovně dosaženého vzdělání by měl mít poté sociální pracovník přidělené pracovní povinnosti a kompetence v rámci organizace, ve které pracuje.

## 1.2 Vymezení klíčových pojmů

### 1.2.1 Pomáhající profese, lidský vztah, etika sociální práce

*Pomáhající profese* – pomáhající profese je odvozena od slova „pomáhání“, což jsou postupy usnadňující lidem zvládnání náročných životních situací (MATOUŠEK, 2003). Pomáhání se spíše užívá pro dlouhodobou a organizovanou podporu, pomáhajícím může být kdokoli. Krátkodobá podpora se zase označuje jako pomoc. Pomáhající profese je tedy povolání zaměřující se na pomoc člověku, který se nachází v určité situaci nouze. Může jít též o povolání zaměřené na pomoc při optimálnímu rozvoji člověka (JANDOUREK, 2001). Mezi pomáhající profese řadíme zejména lékaře, sociální pracovníky, psychology a psychoterapeuty. Cílem pracovníků je institucionalizované poskytování podpory (MATOUŠEK, 2003), kde předmětem zájmu je klient (pacient). U pracovníků v pomáhajících profesích je důležitá nejen odborná příprava na výkon povolání, ale i osobnost pracovníka a jeho osobní zralost, aby byl schopen čelit vysokým psychickým a fyzickým nárokům.

*Lidský vztah* - v pomáhajících profesích, a tedy i v sociální práci, je velmi důležitým prvkem lidský vztah mezi pomáhajícím (sociálním pracovníkem) a jeho klientem (KOPŘIVA, 2006, s.14). Jde o osobní přístup ke klientovi. Sociální pracovník by se též měl pokusit nenavazovat u klientů pocit podřízenosti. Lidský přístup ke klientovi je také důležitou podmínkou pro to, aby mohlo u klienta nastat zlepšení a dojít ke změně v jeho chování a prožívání. Klient musí nejdříve začít věřit svému případovému pracovníkovi, cítit lidský zájem o svou osobu.

*Etika sociální práce* – slovo etika pochází z řeckého slova éthos, což znamená mrav, zvyk, obyčej, charakter. Etika sociální práce je soubor mravních zásad týkajících se zejména pravidel profesionálního chování v náročných, resp. konfliktních situacích (tzv. „etická dilemata“). Etická pravidla (standards) zahrnují práva klienta na seburčení, ochranu soukromí, přístup k záznamům, nárok na služby a způsob jejich poskytování. Existují etické standardy týkající se způsobů ukončení kontaktu s klientem či jeho rodinou, ohlašovací povinnosti při překročení zákona



klientem, ohlašovací povinnost neprofesionálního chování kolegů apod. Nově se etika zabývá i kontakty sociálního pracovníka se sdělovacími prostředky, pořizováním elektronických záznamů a přístupem k nim, fyzickým kontaktem s klienty aj. (MATOUŠEK, 2003). Etika sociální práce je v České republice upravena Etickým kodexem pro sociální pracovníky vydaným v roce 1995 Společností sociálních pracovníků.

### **1.2.2 Komunikace, terapie, duševní zdraví, anamnéza**

*Komunikace* – komunikace pochází z latinského slova *communicatio*, což znamená spojovat (HOLUB a LYER, 1978). Komunikování lze vymezit jako sdělování a přijímání informací v sociálním chování a sociálních vztazích. Komunikace je základní složkou mezilidské interakce. MATOUŠEK (2003) definuje komunikaci jako sdělování informací jak mezi lidmi, případně mezi zvířaty, tak v systémech jiného druhu. U lidí má vždy stránku obsahovou a vztahovou.

Komunikace má formy verbální a nonverbální; rozlišujeme tzv. meta- nebo paralingvistické znaky komunikaci. Verbální komunikace je především nástrojem sdělování abstraktních obsahů, nonverbální komunikace sděluje situace, emoce a snahy (NAKONEČNÝ, 2000, s.158). Paraverbální komunikace je založená na hlasové intonaci, např. ironické zbarvení hlasu, jeho akcent atd.

*Terapie* – terapie pochází z řeckého slova *therapeia* a v původním významu znamenala podporu. Terapie se nejčastěji užívá ve smyslu léčby, léčebnému programu, jehož cílem je zmírnění nebo odstranění nežádoucího stavu jedince nebo rodiny. Terapeut je člověk, který nejen poskytuje službu, ale bere na sebe i tíhu péče.

Terapie má v dnešním významu v pomáhajících profesích obvykle tři znaky: 1) terapeutický vztah (nebo vztahy) mezi klientem a pomáhajícím (pomáhajícími);

2) používání psychologických nebo sociálně terapeutických metod k ovlivnění klienta;

3) zvláštní oprávnění, jež musí mít ten, kdo terapii provádí. V našich podmínkách používají slovo terapeut obory s vyšší prestiží (medicína, psychologie) a upírají právo na jeho používání jiným pomáhajícím profesím. Z výše uvedeného rozboru slova vyplývá, že i sociální práce může plným právem pojem terapie užívat (MATOUŠEK, 2003).

*Léčba* – léčba je lékařská činnost zaměřená na překonání nemoci nebo chorobného stavu; kauzální léčba se zaměřuje na příčiny nemoci, symptomatická na její příznaky, projevy. Podle užitých léčebných prostředků se rozlišuje léčba farmakologická, fyzikální, chirurgická či psychoterapeutická (HARTL a HARTLOVÁ, 2000).

*Zdraví* – je stav psychického, fyzického a sociálního blaha, vnitřní rovnováhy s prostředím (Jandourek, 2001). Podle WHO je zdraví stav proměnlivý v čase a je závislý na vrozených i získaných vlastnostech jako je odolnost a tolerance na zátěž. Zdraví je ovlivněno nejvíce životním stylem, podstatně méně úrovní poskytované zdravotní péče a ve stejné míře vnějšími vlivy (znečištění životního prostředí), dále i sociálními vlivy, včetně úrovně vzdělání (HARTL a HARTLOVÁ, 2000).

*Duševní zdraví* – duševní zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci (Matoušek, 2003). Podle M. Jahodové definuje duševní zdraví šest kategorií: a) pozitivní postoj jedince vůči sobě samému, b) zdravý růst a stupeň sebeaktualizace, c) vyvinuté ústřední syntetizující funkce, d) autonomie, e) přiměřené vnímání reality, f) zvládnutí vnějšího prostředí (HARTL a HARTLOVÁ, 2000).

*Dítě* – je nezletilá nedospělá osoba. Podle některých platných právních norem v ČR jde o člověka mladšího 15-ti let. Podle jiných norem a konvencí mezinárodních organizací je to osoba mladší 18-ti let. Způsobilost fyzické osoby mít práva a povinnosti vzniká narozením. Zájmy dítěte, které jsou součástí rodičovské

odpovědnosti, chrání zákony a další předpisy. Dítě mladší než 15 let není v ČR trestně odpovědné (MATOUŠEK, 2003).

*Anamnéza* – podle Platóna byla anamnéza rozpomínání se na ideje, jež duše poznala ve své předešlé existenci. V medicíně jde o diagnostickou metodu shromažďující údaje a okolnosti, které vedly k onemocnění. Anamnéza je *objektivní* - výsledky šetření získané nezávisle na výpovědi nemocného; *psychologická* - zjištění individuálního vývoje a průběhu života rozhovorem s nemocným, popř. dotazníky aj. metodami; *rodinná* - zjištění všech rodinných a soc. poměrů nemocného, např. za pomoci sociálního pracovníka; *sexuální* - nutné podrobnosti o sexuálním vývoji nemocného; *subjektivní* - vlastní výpověď nemocného o jeho životní historii a o příznacích současného onemocnění (HARTL a HARTLOVÁ, 2000). MATOUŠEK (2003) definuje anamnézu jako shromažďování, třídění a zpracování údajů o klientovi, které objasňují jeho vývoj a současný stav. Údaje, které se mohou v anamnéze sbírat, jsou současný hlavní problém klienta, délka trvání problému a jeho vývoj, související jiné problémy, údaje o původní rodině, vzdělání, práci, partnerských a manželských vztahy, vztazích k rodičům, dětem a příbuzným, děti, bydlení, ekonomická situace klienta, zdravotní stav klienta a jeho příbuzných, přátelské vztahy, způsob trávení volného času aj.

### **1.3 Kladené otázky**

Hypoteticky usuzuji, že při vzniku nadměrné úzkosti u dítěte hrají určující roli děledobé a intenzivní působení podnětů a situací, které dítě prožívá jako negativní. Každé dítě představuje individualitu, proto i vznik nadměrné úzkosti a strachu je závislý na osobnosti dítěte a jeho vlastních obavách a strachu.

Co je to úzkost a strach? Jaké faktory se podílejí na jejich vzniku? Je – li úzkost a strach prostředkem ontogeneze, znamená to, že mají nejen negativní, ale i pozitivní význam ve vývoji dítěte?

Vyrůstá – li dítě v rodině, kterou můžeme označit za „funkční a zdravou“, proč tedy v mnoha případech pochází příčiny nadměrné úzkosti u dítěte právě z rodinného systému. Znamená to, že vznik úzkosti je spojen s kontextem rodinného soužití? Projevy úzkosti jsou velmi rozmanité, v každém období dětského vývoje se však objevují projevy, které lze označit jako typické pro daný věk. Jestliže se u dítěte už úzkost projevila, jsou rodiče schopni tyto patologické projevy u dítěte rozpoznat? A následně vyhledat s dítětem odbornou pomoc?

A jak je to s odbornou pomocí u nadměrně úzkostného dítěte? Účinnost léčby úzkostného dítěte je založena především na zvolených psychoterapeutických metodách. Uplatní se při léčbě úzkostí i sociální práce? Pracuje – li sociální pracovnice s úzkostným dítětem, může mu i jeho rodině nabídnout služby, které jsou prospěšné a užitečné pro jeho uzdravení?

Právě jsem si položila několik otázek, kterými se budu v bakalářské práci zabývat a na něž se budu snažit odpovědět. Při hledání odpovědí budu vycházet z prostudované literatury, z praktické zkušenosti na Oddělení dětské psychiatrie, a z rodinné anamnézy, kterou jsem za tímto účelem zpracovala.

## 2 ÚZKOST A STRACH VE VÝVOJI DÍTĚTE

### 2.1 Rodina zdravá a nezdravá

Rodina jako systém má nespočet definicí. Jinak ji bude definovat právník, jinak psycholog či sociolog. Z psychologického hlediska můžeme například mluvit o rodinném soužití, kde dítě uspokojuje psychické potřeby rodičů a rodiče uspokojují potřeby dítěte. Jde o vzájemnost potřeb a jejich uspokojování, což současně znamená vzájemnost pocitů uvolnění, vzájemnou spokojenost, radost a ostatní pozitivní prožitky, které takové uspokojování potřeb nutně provázejí (MATĚJČEK, 1992). Rodina není jen zdrojem podpory, je také zdrojem stresu. Stresy a konflikty vycházejí z osobních a generačních zájmů jednotlivců, z jejich snah dosáhnout osobního uspokojení, osobního rozvoje a osobního úspěchu.

Aby byl u dítěte vývoj zdravý a správný, musí u něj docházet k dostatečnému uspokojování potřeb biologických (tedy tělesných) a psychologických (popř. sociálních). Mezi základní biologické potřeby, které jsou nezbytné k životu člověka, patří čistý vzduch, čistá voda, správná strava, přiměřené teplo, stálé přístřeší a ochrana před škodlivými vlivy. Přehled pěti základních psychosociálních potřeb podává MATOUŠEK (2003, s.209-212). Tato kategorizace vychází z Pražské školy vývojové psychologie a psychické deprivace, je podobná i hierarchii potřeb podle Maslowa. Každá potřeba je vždy doplněna o deprivaci, ke které dochází v případě neuspokojení potřeby. Těmito potřebami jsou:

1) *Potřeba stimulace* – dostatečný přísun podnětů. Je nutná různorodost, kvalita i kvantita podnětů s ohledem na individualitu každého dítěte.

2) *Potřeba „smysluplného světa“* – vytvoření řádu v chaosu podnětů neboli potřeba podmínek pro účinné učení.

3) *Potřeba jistoty, bezpečí* – potřeba citového vztahu, jde o interpersonální vztahy typu „matka-dítě“.

4) *Potřeba osobní identity* – potřeba sociálního začlenění do širšího okruhu lidí.

5) *Potřeba „otevřené budoucnosti“* – potřeba životní perspektivy, smyslu života.

Každá z uvedených potřeb se od nejranějšího věku dítěte a dále v průběhu života dotváří. Krátkodobé neuspokojení potřeby nemusí zanechat na dítěti následky, pokud je však přístup k dané potřebě omezen na dlouhou dobu, dochází u dítěte k deprivaci.

Zakládání rodiny bývá partnery velmi zvažováno. Dítě je z ekonomického hlediska velkou a nevratnou investicí. Mnoho partnerů tento krok dlouho zvažuje, proto se také v rozvinutých zemích rodí stále méně dětí. V minulosti byly rodiny s více dětmi nutností i z důvodu péče o staré a nemocné rodiče a příbuzné (Matějček, 2003). O nemohoucí členy rodiny nepečoval stát, po zdravotní, sociální a materiální stránce se staraly děti.

C. Whitaker definuje rodinu jako integrovaný celek, charakterizovaný separací rodičů od dětí, přičemž zdravá rodina funguje jako otevřený systém vztažený k širší rodině i okolnímu světu. Prvky tohoto systému nejsou jednotliví lidé sami o sobě, nýbrž lidé ve vzájemných interakcích a vztazích.

V současné době však přibývá případů, kdy rodina částečně nefunguje nebo nefunguje vůbec. Takové rodině, která má „zraněný systém“, říkáme rodina nezdravá. Důvody, ze kterých rodinné problémy vycházejí, můžeme rozdělit na dvě oblasti. V prvním případě mohou problémy vycházet od dítěte. Ne že by bylo dítě viníkem všeho zlého, ale přesto nastanou v životě rodiny situace, kdy jsou to děti, kdo rodičům, prarodičům či jiným dospělým osobám dělají starosti, někdy i velmi zatěžující. Pokud se na dětské problémy a obtíže podíváme z pohledu systemické terapie, dětské problémy jsou spojeny s problémy v rodině. Jedním z důležitých východisek systemické terapie je, že veškeré chování má význam v kontextu aktuálních vztahů, symptom funguje vždy v určitém systému. V rodině je potenciál, aby sama pochopila potíže svých členů v průběhu vývoje. Abychom při intervencích v systemické terapii dosáhli větší účinnosti, věnujeme pozornost obtížím u dítěte v kontextu vztahů s blízkými lidmi (VYMĚTAL, 2007, s.181, 185).

V případě druhém nejsou nositeli rodinných problémů děti, ale lidé kolem nich, zvláště pak rodiče nebo osoby zodpovědné za jejich výchovu. Naneštěstí i

v tomto případě mohou být důsledky rodinných problémů pro děti veliké. Ačkoliv dítě za nepříznivou situaci v rodině či problémy svých rodičů nemůže, přesto je jimi velmi ovlivňováno, zatěžováno, někdy až psychicky týráno. V mnoha případech, kdy je dítě vystavováno takovému tlaku, je nutné dítěti pomoci odborně, například formou ambulantní léčby či v krajním případě hospitalizací na dětské psychiatrii.

## 2.2 Úzkost a strach – emoce formující a ovlivňující člověka

Úzkost a strach jsou činitelé podílející se významně na formování, rozvoji osobnosti a na socializaci člověka, můžeme je tedy pojímat jako prostředky ontogeneze. Úzkost a strach patří mezi emoce, jde tedy o psychické stavy, které neustále doprovázejí lidské duševní prožívání (tedy duševní život). Tyto emoce, které neodmyslitelně patří do našeho života, mají pozitivní význam tehdy, jestliže nejsou v nadměrné míře, jsou pro člověka srozumitelné a on je dokáže zvládnout. Pokud svým emocím nasloucháme, mohou nás varovat, že něco není v pořádku, mobilizují naše síly ke změně. Jestliže úzkost či strach působí dlouhodobě a v nadměrné míře, jejich působení můžeme považovat za patogenní. Jejich pozitivní význam přichází až ve chvíli, kdy člověk podstoupí terapii, která ho vede ke změně. Mezi úzkostí a strachem není jasná hranice.

**Strach** představuje nepříjemný pocit, který se váže na určitý předmět nebo situaci a v člověku vyvolává obavu a ohrožení. Strach má jak funkci signální, tak i funkci obranou (VYMĚTAL, 2004, s.12).

Velký lékařský slovník definuje **úzkost** jako „obavu nebo strach bez přesného předmětu. Je dominantním znakem úzkostných poruch a průvodním jevem mnoha dalších poruch zdraví...fyziologicky se objevuje jako reakce na duševní stres (úzkostné reakce), např. tréma. Mezi časté tělesné projevy úzkosti patří bušení srdce, bolestivé pocity na hrudi, pocit polévání horkem nebo chladem, pocit nedostatku vzduchu, obtížné usínání...“ (VOKURKA, HUGO aj., 2005, s. 944).

Dle Slovníku sociální práce je úzkost pocit intenzivní stísněnosti, který nemá jasný zdroj (MATOUŠEK, 2003). Úzkostní lidé mají zvýšený strach z vlastních reakcí a prožitků, protože nedokáží úzkost a strach ani kontrolovat, ani předvídat.

Podle PONĚŠICKÉHO (2004, s.30) je podstatou úzkosti strach z nebytí, ze ztráty sama sebe, z ohrožení naší tělesné i duševní existence, rovnováhy, sebepojetí. Na rozdíl od ostatních afektů je úzkost i důležitým spouštěčem alarmové reakce organismu, jde o přípravu na boj či útěk. Proto také stoupá člověku krevní tlak, zrychluje se tep i dech, zvyšuje se svalový tonus.

VYMĚTAL (2007, s.22) uvádí, že úzkost i strach se u člověka projevují na několika rovinách. Těmito úrovněmi jsou *psychika* (pocit sevřenosti a tísně, ohrožení, závratí, neklidu apod.), *mimika* („vyvalení očí“, hypomimie, otevření úst apod.), *somatická rovina* (tachykardie, svalové napětí, chvění, nauzea, pocit sucha v ústech, zblednutí apod.), *chování* (nejčastěji strnutí, uhýbání, obranné chování či útěk) a *lidský výkon* (nižší hladina úzkosti a strachu výkon zvyšuje, vyšší hladina výkon naopak snižuje apod.).

### 2.2.1 Úzkost normální a patologická

Jestliže je úzkost nadměrná a je prožívána dlouhodobě, mluvíme o **úzkosti patologické**. Dlouhodobé prožívání masivní úzkosti může výrazně znesnadnit psychosociální adaptaci jedince. VYMĚTAL (2007, s.66) uvádí, že patologická úzkost se může projevit buď přímo jako úzkostná porucha nebo nepřímo v neurotických symptomech a syndromech či v osobnostních rysech jako je lidská nejistota, úzkostnost nebo závislost na jiných lidech.

Malé dítě, které je patologicky úzkostné, může být extrémně stydlivé a plaché. Přimkne se k matce a je plné úzkosti, jestliže matka odejde z místnosti. Dítě má potíže se spánkem, mohou ho trápit noční můry, může se bát hlasitých zvuků. Může mít strach ze zvířat a představovat si stvoření, která mu chtějí ublížit. V době dospívání bude často potřebovat potvrdit, že je vše v pořádku, že je stejně dobré jako jeho spolužáci, bude mít větší starost o svůj vzhled (TRAIN, 2001, s. 93). Nadměrná úzkost může být i příčinou přejídání nebo naopak omezení či zastavení příjmu



potravy. Dítě vypadá často velmi unaveně, pěstuje si určité strachy (fobie). Pro svou úzkost může odmítat chodit do školy nebo se účastnit společenských událostí. Nadměrně úzkostné a vystrašené dítě je zpravidla nejisté, nevěří si, postrádá ve velké míře oporu a povzbuzení od svého blízkého okolí (rodiče či jiné osoby zodpovědné za výchovu, prarodiče či vrstevníci) a pocit bezpečí. Jak píše VYMĚTAL (2007, s.38), problémem u úzkostných dětí a dospívajících osob je i ambivalentní postoj k potřebě nezávislosti (autonomie) a potřebou závislosti na druhých.

Na rozdíl od patologické úzkosti je **normální úzkost** stav, který dává člověku, tedy i dítěti, možnost adaptovat se na ohrožení (člověk je ohrožen z vnějšku či ho ohrožuje vnitřní prožívání). Jedinec je schopen reagovat na situaci, ku pomoci mu mohou být tzv. „obránné mechanismy“. Výsledkem tohoto procesu, který není pro člověka do budoucna ohrožující, je znovuvytvoření psychické rovnováhy.

## 2.3 Úzkost a strach u dětí

### 2.3.1 Vznik úzkosti

Pro každé vývojové období je typický určitý soubor podnětů vzbuzujících strach dítěte, který souvisí s normativními konflikty a vývojovými úkoly daného období (KREJČÍŘOVÁ In ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj., 2006, s. 167).

O strachu a úzkosti v pravém slova smyslu lze hovořit až zhruba od poloviny prvního roku života dítěte. Jak uvádí VYMĚTAL (2004, s.21), do této doby dítě reaguje na nepříjemné podněty a situace pouze odtažením, vyhýbáním se a křikem. V prvních dvou letech má dítě strach z reálných objektů a situací, později se přidávají strachy fantazijní (např. nadpřirozené a pohádkové bytosti).

Na vzniku úzkosti a strachu se podílí jak vrozenost (včetně dědičnosti), tak i prostředí. Není však jasné, jaký podíl zaujímá prostředí a jaký vrozené aspekty. Lidé, respektive děti, se vyznačují různou mírou úzkostnosti. Dle VYMĚTALA (2004, s.14) je oprávněný předpoklad, že u mimořádně, extrémně úzkostných lidí je zvýšený podíl vrozenosti; tito lidé mají větší vrozenou dispozici či konstituční vložku

k úzkostnému prožívání a jednání. Vrozené dispozice jsou pak během života překrývány výchovou a individuální zkušeností každého jedince, strach tím dostává svůj obsah i formu. Vliv prostředí je rozhodující u neextrémních případů úzkostnosti.

Děti jsou už od narození zvědavé, mají touhu poznávat dosud nepoznané. Na své cestě za poznáním důvěřují svým blízkým i širšímu okolí, jsou neustále vystavovány strachům, úzkostem. Na základě vlastních ale i přejatých zkušeností se dítě učí, na co si dát pozor a čemu se vyhnout, co ho může ohrožovat, co je pro něj nebezpečné.

V následujícím textu se zaměřím na pojetí geneze úzkosti dle vybraných psychologických směrů a škol. Sigmund Freud považoval úzkost za jeden z hlavních faktorů utvářejících osobnost. Úzkost je podle jeho teorie odpovědí na nebezpečí a vzniká jako následek separace dítěte od těla matky při porodu. V pozdějším věku se v člověku úzkost hromadí díky vytěšňování vnitřních pudových impulzů člověka (zvláště agresivity a sexuality). Vytěšňování je obranný mechanismus, díky němuž člověk „aktivně zapomene“ a do nevědomí vytěšní negativní impulzy. V nevědomí vznikají vnitřní konflikty, v člověku se zvyšuje napětí, roste míra úzkosti.

Kognitivně-behaviorální terapie, která využívá poznatky kognitivní psychologie a teorie učení, pracuje s tím, že úzkost a strach vznikají na základě lidské individuální zkušenosti se světem. Proč jsme se dříve objektů a situací nebáli a najednou se jich bojíme, vysvětluje KBT pomocí klasického podmiňování. Základní vzorce reakcí strachu a úzkostí jsou přítomny už při narození, ale zráním a učením se mohou měnit. DURECOVÁ (In VYMĚTAL aj., 2007, 86) rozlišuje strachy vrozené, připravené a naučené. *Vrozený strach* se objeví u většiny lidí v určitém období vývoje bez předchozí negativní zkušenosti s obávanou situací. Strach je vyvolán hned při prvním setkání (např. strach z neznámých lidí u dětí). *Připravený strach* není vrozený, snadno se mu ale učíme. Jednorázová i mírně nepříjemná zkušenost s podnětem (např. hadi, tma) může stačit, abychom se začali bát. *Naučený strach* vzniká prostřednictvím klasického podmiňování, učením anebo předáním verbální informace či instrukce.

Martin Heidegger, německý filosof, vysvětluje vznik úzkosti tak, že jde o základní pocit člověka, tedy bytosti, která si je vědoma své existence (pobyty-dasein)

ve světě. Podle Heideggera má úzkost blízky vztah k lidské konečnosti (ke smrti). Člověk, který si je vědom konečnosti svého života, žije v pravdě a může být sám sebou (VYMĚTAL, 2004, s.20). Úzkost otevírá cestu k „autentické existenci“.

### 2.3.2 Příčiny vzniku úzkosti

Vyjmenovat a popsat jednotlivé příčiny geneze úzkosti a úzkostných poruch je velmi složité neboť příčin a okolností, které mohou působit na člověka je mnoho. Všechny příčiny vzniku úzkosti postihnout nemohu, v následujícím textu se tedy budu opírat o přehled nejčastějších příčin vzniku úzkosti a úzkostných poruch, který ve své knize podal BAKER (2007, s.68-71). Těmito příčinami, které autor řadí vzestupně podle závažnosti, jsou vliv vrstevníků, podmiňovací procesy, traumatické události, rodinné a genetické vlivy a vztah rodiče a dítěte.

*Vztahy s vrstevníky* hrají v emocionálním vývoji jedince důležitou roli. Pozitivní vztahy dodávají dítěti podporu. Jestliže je však dítě v kolektivu vrstevníku středem posměchu, je neoblíbené, kritizované i za maličkosti, šikanované, může mít sklon uzavírat se do sebe, prožívat úzkosti či deprese.

Tzv. „*podmiňovací procesy*“ hrají dle autora při vzniku fobií a strachů v dětském věku velikou roli. Během komplexního procesu podmiňování dochází k zafixování úzkostné či úlekové reakce na podnět, který byl v minulosti zdrojem strachu, úzkosti či bolesti (souhrnně: negativní zkušenosti). Součástí podmiňovacích procesů bývá zpravidla i anticipace úzkosti (či tzv. „strach ze strachu“). Všechny fobie však nemusejí vznikat tímto způsobem. U dítěte se může objevit strach (např. z vody, výšky), aniž by zažilo dříve nějaký traumatický zážitek, mělo traumatickou vzpomínku (podle KBT jde o připravený strach).

*Traumatické události* (zážitky) v podobě děsivých a života ohrožujících událostí působí na dítě velmi silně. Dítě může být rozrušené, třese se strachy, snaží se držet rodičů nebo uchýlit se do bezpečí k blízké osobě. Některé děti se z traumatického zážitku za čas dostanou, zpracují ho, některé děti však nikoli. Symptomy doprovázející prožívání traumatické události mohou přetrvávat a postupem doby vyústit až v tzv. posttraumatickou stresovou poruchu.

*Genetické a rodinné faktory* tvoří kombinaci genetických vlivů a vlivu rodinného prostředí a jsou další příčinou při utváření úzkostí a úzkostných poruch.

*Chování rodičů a vztahy mezi rodiči a jejich dětmi* jsou při emocionálním vývoji dítěte jedním z nejdůležitějších faktorů. Rodinné poměry, atmosféra a vztahy mají tudíž vliv i na vývin úzkostných poruch. Je však velká diference mezi tím, jak působí rodinné prostředí na jedno dítě a jak by působilo na dítě druhé, jiné. Příčinou mohou být genetické odlišnosti dětí či způsoby výchovy rodičů.

## **2.4 Jak u dítěte rozpoznat příznaky úzkosti a strachu**

Rozpoznat příznaky stresu či úzkosti u dítěte není vždy jednoduché, proto nepříznivý stav mnohdy pokračuje bez povšimnutí okolí, stupňuje se. Dospělý si obvykle postěžuje, když trpí nějakými obtížemi, způsobenými stresem. Dítě však často nepozná a ještě častěji nikomu nepoví, že něco neklape, že s ním není vše v pořádku. Je tedy na rodičích nebo jiných dospělých, kteří o dítě pečují a jsou zodpovědní za jeho výchovu, aby na příznaky, které poukazují na prožívání stresu či úzkosti, poukázali a neprodleně začali již vzniklou situaci řešit.

MARTHAMOVÁ (1996) ve své knize popisuje jednotlivé situace, které mohou být signálem pro rodiče, že s jejich dítětem se děje něco vážného. Píše, že za příznaky stresu bychom měli považovat opakované projevy chování, jednání a ne ojedinělý případ v chování či prožívání, který nemusí mít žádný opravdový význam.

Za známky stresu či úzkosti u dítěte jsou pokládány změny v chování, zvláště pak ty závažné a trvalejší, které se mohou objevovat postupně a rodiče si jich dlouhou dobu nemusí vůbec všimnout.

U dítěte se může též pod vlivem prožívaného stresu či úzkosti vystupňovat agresivita, může například poškozovat a ničit věci – ať už své nebo cizí. Agresivní chování může mít i formu šikany směrem k okolí či formu tzv. autoagrese (sebepoškození), která je znamením hlubšího problému a vždy by měla být signálem potřeby vyhledat pro dítě odbornou pomoc.

Pokud dítě začíná často a bez jakékoliv zřejmé příčiny plakat, může se také jednat o projevy úzkosti. Dítě pravděpodobně dokonce ani neví, proč pláče – prostě se mu chce.

Za velmi častý projev, kterým u dítěte signalizuje vnitřní psychickou tenzi, je problém se spánkem. Děti mohou například vyjadřovat nevoli či strach z toho, jít spát, mohou se bát tmy či samoty. Mohou je trápit zlé sny (například s úzkostným obsahem) či dokonce tzv. „pavor nocturnus“, noční děs. Dítě se může též obávat, že ho během spánku (tedy v době, kdy jakoby ztrácí kontrolu nad situací) rodiče opustí. Stejně jako u dospělých, mohou být i u dětí nápadné změny ve stravovacích návycích často jasnými známkami prožívané úzkosti. Nejde o změny v osobních chutích, ale v množství snědeného jídla. Výrazné přejídání nebo nechutenství mohou mít jak fyzickou, tak emoční příčinu. Je tedy dobré nechat dítě vyšetřit lékařem, který zjistí, zda nedošlo ke změně apetitu následkem nějakých zdravotních potíží.

Mezi nejběžnější dětské obavy, které jsou známkami nahromaděného stresu, bývá řazen například strach z opuštění, strach jít spát, strach ze školy nebo strach z lékaře, zubaře a nemocnice. Zdánlivě nelogickým strachem je fobie, u dětí často vznikající jako důsledek fobií dospělých. Pokud rodič ukáže, třeba i nevědomky, že se něčeho bojí, tentýž strach se často objeví i u dítěte, a to v mnohem větší míře. Jediným způsobem, jak pomoci dítěti překonat fobii, je vlídně si s ním o ní promluvit a vysvětlit mu situaci logicky, případně pak přistoupit k tzv. systemické desenzibilizaci.

Dalším varovným signálem stresu je lhaní. Vyprávěním smyšlených příběhů u dětí předškolního věku není třeba věnovat zvláštní pozornost. Mluví-li však nepravdu dítě starší šesti či sedmi let, jedná se již zpravidla o tzv. „úmyslné lhaní“. Je však třeba odlišovat lhaní typu „to jsem já neudělal“, kde účelem je dostat se z potíží a lhaní, ke kterému nemá dítě jakýkoli zřejmý důvod. V neposlední řadě můžeme do stručného výčtu příznaků stresu a úzkosti u dětí zařadit i krádeže, kdy si dítě bere, co mu neopatří, kradené věci většinou ani nepotřebuje.

Je nespočet situací, které mohou ovlivnit dětskou psychiku a mohou vést až ke genezi úzkostné poruchy. Mezi ty velmi časté a pro dítě bohužel velmi bolestné bych zařadila především rozvod manželství a rozpad rodiny. Mezi další potencionálně ohrožující situace může patřit šikana, potíže ve škole, vyrovnání se s novým

partnerem jednoho z rodičů, stěhování, nemoc v rodině nebo dítěte samotného, sžívání se s nevlastními sourozenci, týrání a zneužívání dítěte (psychické, fyzické), úmrtí rodičů či domácí násilí.

## 2.5 Úzkostné poruchy

### 2.5.1 Třídění úzkostných poruch

Úzkostné poruchy představují vedle deprese či závislosti nejčastější psychické poruchy, se kterými se potýkají jak dospělé osoby, tak i děti. Tento častý výskyt ovšem neznamena, že nemoc můžeme podceňovat. Pokud příznakům úzkosti nevěnujeme patřičnou pozornost, může postupem doby dojít až k jejich chronifikaci a vzniku poruchy, jejíž terapie bývá zpravidla zdlouhavá a náročná.

Úzkostné poruchy řadí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) pod kategorii „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“ (F40-F49). Typické neurotické symptomy zahrnují úzkost (jeden z hlavních mechanismů), strach, deprese, fobie, obsese, kompulze, depersonalizace, derealizace, amnézie a somatoformní potíže. (VYMĚTAL, 2007, s.68).

Podle MKN-10 úzkostné poruchy zahrnují:

- 1) *Fobické úzkostné poruchy* – spadá sem agorafobie, sociální fobie a specifické fobie
- 2) *Jiné úzkostné poruchy* – spadá sem panická porucha, generalizované úzkostná porucha, smíšená úzkostně-depresivní porucha.

Je nutno poznamenat, že úzkostné poruchy se v praxi nezdá vyskytují komorbidně s dalšími psychickými poruchami či poruchami chování. Nejčastěji jde o deprese, poruchy osobnosti, závislosti na alkoholových i nealkoholových drogách, suicida apod. Je též nutno poznamenat, že dle nejrůznějších statistik trpí úzkostnými poruchami zpravidla častěji ženy než muži. Typickým příkladem nerovnoměrného generového zastoupení je agorafobie (statistiky uvádějí, že zhruba dvě třetiny pacientů trpících agorafobií představují právě ženy).

## 2.5.2 Úzkostné poruchy u dětí

Dle odborné literatury se úzkostné poruchy zpravidla nediodnostikují u dítěte v raném dětství. U nejmenších dětí však můžeme vysledovat příznaky, které mohou poukazovat na prožívání strachu či úzkosti (například křik, nespavost či nadměrná „dráždivost“).

Nadměrná úzkostnost v období předškolního věku bývá typicky manifestována poruchami „jidelního chování“, spánku (noční můry, pavor nocturnus, poruchy usínání) a tzv. „neurotickými návyky“, jakými jsou cucání palce, okusování nehtů, trhání vlasů nebo nadměrná masturbace (KREJČÍŘOVÁ In ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj., 1997, s.168).

Dětské úzkostné poruchy, které spadají pod diagnostickou kategorii neurotických poruch ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj. (1997, s.168-169) rozdělují na několik samostatných poruch. Mezi ně patří generalizovaná úzkostná porucha, vyhubavá porucha, školní fobie a separační úzkost.

Výčet úzkostných poruch, které se v dětství často vyskytují, bych ještě doplnila o fobickou úzkostnou poruchu v dětství a poruchu sourozenecké rivality.

### **Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)**

Děti s touto poruchou žijí trvale v napětí, ve školním věku bývají častěji silně inhibované, ale někdy mohou být i pohybově neklidné. Často mívají přechodné somatické problémy (bolesti hlavy, bušení srdce, dechové obtíže).

Většina těchto dětí je velmi nejistá, mají oslabené sebehodnocení, bojí se o svou budoucnost, mají strach, že selžou. Při výkonu činností jsou až perfekcionistické, ovšem bez větší míry kreativity. S plněním povinností často dlouho otálejí právě ze strachu před selháním, činnosti dlouho odkládají, pak ovšem propadají panice.

## **Vyhýbavá porucha (sociálně úzkostná porucha, F93.2)**

Hlavním projevem této poruchy je silný strach z cizích lidí, který by měl za normálních okolností nejpozději do 3 let ustoupit. U některých dětí však tento strach v neúměrné míře přetrvává. Dítě se pak vyhýbá nebo až dokonce brání kontaktu s neznámými lidmi (dětmi i dospělými). Tato úzkost brání v normálním vývoji vztahů dítěte s vrstevníky a v osvojování potřebných sociálních dovedností. V rodině a mezi blízkým okolím nemívají tyto děti žádné zpravidla žádné vážnější problémy.

U většiny dětí se tato porucha v průběhu vývoje (zejména během adolescence) pozvolna upravuje, pokud tomu tak není, může vyústit až do podoby sociální fobie. Jindy výrazná sociální úzkost v dospělosti přetrvává ve formě sociálně úzkostné (vyhýbavé) poruchy osobnosti.

## **Školní fobie a separační úzkost (F93.0)**

Separací úzkost se u dětí obvykle začíná projevovat kolem 6.- 8. měsíce věku, s dalším vývojem pak její intenzita klesá a kolem 3. roku je většina dětí schopna dobře snést krátkodobé odloučení od matky, např. docházení do mateřské školky. U řady dětí je však separační proces zpomalen a ještě na počátku školní docházky nebo i později separační úzkost přetrvává.

Děti trpící strachem ze školy podmíněným separační úzkostí jsou obvykle tiché, ve škole podávají dobré výkony, ale přesto mají strach ze selhání, bývají až perfekcionista. Typické jsou různé somatické příznaky, které se nejčastěji projevují ráno před odchodem do školy, a poruchy spánku. Rodiče těchto dětí bývají mnohdy hyperprotektivní. Pokud se totiž u dítěte příliš zaměří na somatické problémy, umožňují mu zůstat doma namísto docházky do školy, jeho úzkost sílí a somatizace má také vzrůstající tendenci. Důležitá je proto včasná terapie této poruchy.

Strach ze školy je ale třeba odlišit od „pravé školní fobie“, kdy se dítě skutečně bojí některých situací či konfliktů ve škole, například učitelů, kontaktu se spolužáky,



svého vlastního selhání. V těchto případech je nutné zjistit, jestli dětský strach není oprávněný.

Běžnou separační úzkost je nutné odlišovat od separační úzkostné poruchy. I zde jde o nadměrnou úzkost z odloučení či hrozícího odloučení od emočně blízkých osob (nejčastěji matky). Jak píše BAKER (2007, s.70) rozdíl mezi těmito fenomény tkví v závažnosti, době trvání příznaků a v míře, do jaké porucha omezuje dítě v každodenním životě.

### **Fobická úzkostná porucha v dětství**

V raném věku (zvláště pak v předškolním věku) se u většiny dětí objevují strachy z různých objektů a situací. Výčet možných strachů je takřka nekonečný- strach z hlasitých zvuků, psů, tmy, lékaře, hmyzu atd. Tyto dětské strachy jsou však ve většině případů dočasné, dítě se jich zbaví, jakmile s podporou rodičů a okolí pozná, že objekty pro něj nepředstavují opravdovou hrozbu. Podmínkou pro označení strachu za fobii je abnormální míra úzkosti. Pro fobie je typické, že postižený si je vědom toho, že strach je přehnaný a iracionální a to ho zatěžuje.

Do kategorie fobických úzkostných poruch se řadí i výše popsaná školní fobie (dítě odmítá opustit domov a jít do školy). BAKER (2007, s.71) považuje za vhodnější označovat školní fobii jako odmítání školní docházky.

### **Porucha sourozenecké rivality**

Jak napovídá již název poruchy, pro diagnostikování je nezbytná přítomnost zřejmé či nadměrné sourozenecké rivality a žárlivost na sourozence. Porucha často vzniká v reakci na narození mladšího sourozence, který je starším dítětem pojímán jako konkurent, jenž si nárokuje pozornost rodičů. Porucha se může manifestovat soutěživostí o pozornost rodičů, nepřátelstvím mezi sourozenci, dále může jít o výbuchy vzteku či úzkostlivost. U starších sourozenců můžeme často pozorovat též jakousi dočasnou regresi na nižší vývojový stupeň.

Porucha se může projevovat soutěživostí o pozornost, nepřátelstvím mezi sourozenci, dále může jít o výbuchy vzteku či úzkostlivost.

Dalšími poruchami, v jejichž dynamice hraje nejvýraznější úlohu úzkost, jsou Obsedantně-kompulzivní porucha, somatizační porucha, disociativní a konverzivní porucha nebo deprese. Z důvodů omezeného rozsahu bakalářské práce se jimi však nemohu zabývat.

### 3 SOCIÁLNÍ PRÁCE A PSYCHOTERAPIE S ÚZKOSTNÝM DÍTĚTEM

Dospělá osoba, která se potýká se zdravotními či psychickými potížemi je zpravidla schopna si sama vyhledat pomoc. V případě dětí je to však jiné, jen málokdy se samy se svými problémy obrátí na odborníky. O pomoc dítěti se tedy musejí zajímat a následně ji i vyhledat zúčastněné osoby, nejčastěji rodiče, příbuzní, učitelé.

Jak píše ELLIOT a PLACE (2002, s.19), nelze předpokládat, že dítě odbornou pomoc přijme a uvítá, protože je nešťastné ze situace, v níž se ocitlo, a chce tudíž změnu. Léčebné postupy jsou v mnoha případech založeny na předpokladu, že klient je ochoten spolupracovat. Ve skutečnosti se většina dětí do terapie (ať již jde o sociální práci či psychoterapii) dostává nedobrovolně a pomáhajícímu pracovníkovi odpovídá jen proto, že dospělá osoba pro ně představuje autoritu.

Důležitým aspektem při sociální práci s dětmi je přímá podpora, spolupráce a pomoc od osob dítěti nejbližších, od osob podílejících se na výchově (rodiče, sourozenci, prarodiče atd.). Rodič, který u dítěte rozpozná příznaky úzkosti nebo mu jen zkrátka přijde, že s dítětem není něco v pořádku, nadměrně se něčeho obává, v noci špatně spí, straní se lidí nebo je naopak vůči nim agresivní, by měl neprodleně vyhledat pomoc. Je několik možností, kam se mohou rodiče se svým dítětem obrátit, v úvahu připadá dětský psycholog, dětský psychoterapeut, zařízení sociálních služeb pro děti, kde je pracovní tým složen z různých odborníků (psycholog, terapeut, sociální pracovník, pediatr aj.).

Jedním z cílů sociální práce je „zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami, které mu mohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti“ (MATOUŠEK, 2003). Pokud tedy klient (respektive rodič) přijde do zařízení nebo k odborníkovi, který dítěti nedokáže pomoci, jsou tyto pracovníci povinni odeslat rodiče s dítětem do zařízení k tomu určenému či alespoň nabídnout seznam kontaktů na zařízení, kam se mohou klienti obrátit.

### 3.1 První kontakt s dítětem a jeho rodinou

Ve chvíli, kdy se dítě dostane do rukou kompetentního pracovníka, je důležité zejména navázání počátečního kontaktu s dítětem. V mnoha případech je první osobou, se kterou se dítě setkává, sociální pracovník. Někdy bude po celou dobu procesu pomoci a léčby s dítětem pracovat hlavně sociální pracovník. Aby však mohl úzkostnému dítěti sociální pracovník účinně pomoci, musí být v problematice úzkostí náležitě edukován (jde např. o pracovníky v sociálních zařízeních ambulantního typu, poradny pro rodinu a děti).

Někdy na sociálním pracovníkovi leží hlavně první kontakt s dítětem, počáteční rozhovor či zjištění základních informací o dítěti a jeho rodině (rodinná anamnéza). Hlavní péči o dítě a léčbu poté přejímá psycholog nebo psychoterapeut (lůžková oddělení dětské psychiatrie).

V případech, kdy se sociální pracovník s dítětem setkává jako první, nesmí dítě vystrašit. Už samotná návštěva zařízení bývá pro dítě dostatečně stresující. Zásadní pro budoucí spolupráci je získání důvěry dítěte. Prvního sezení (a nejen toho) se zpravidla účastní i rodiče, dítě se tak cítí bezpečněji a rodiče jsou podrobně informováni. Při prvním setkání s dítětem a jeho rodiči je vhodné představit sebe i zařízení samotné, klienti (rodiče dítěte) poté informují sociálního pracovníka o problému, se kterým přicházejí. Jestliže osobnímu kontaktu předcházela už telefonický rozhovor, ve kterém byly sociálnímu pracovníkovi podány základní informace o potížích dítěte, je dobré nechat si je zopakovat a doplnit o další, rozšiřující souvislosti.

PEŠOVÁ a ŠAMALÍK (2006, s.16) píše, že v závislosti na povaze problému se pomáhající pracovník (v tomto případě sociální pracovník) musí rozhodnout, zda úvodní rozhovor bude veden se všemi zúčastněnými, nebo jestli nejdříve pohovoří jen s rodiči a pak bude pracovat samostatně s dítětem. Někdy je vhodnější, aby dítě nebylo přítomno poskytování úvodních informací, buď kvůli rodičům, kteří nám chtějí sdělit citlivé informace nebo i kvůli ochraně dítěte, které by mohlo být zaskočeno vyjádřením rodičů, jejich nadměrnou kritičností či negativním postojem k němu.

K úvodní fázi práce s dítětem s úzkostnými problémy patří získávání anamnestických týkajících se minulosti dítěte, jeho rodiny a sociálního okolí. Aby mohl pomáhající pracovník zvážit budoucí kroky a poskytnout co nejlepší pomoc dítěti a jeho rodině, musí mít k dispozici co nejvíce informací.

PEŠOVÁ a ŠAMALÍK (2006, s.16) podotýkají, že je vhodné, aby anamnézu snímal psycholog, který později určí diagnózu a vhodné terapeutické postupy. Z různých důvodů, nejčastěji časových, však v praxi anamnézu snímá sociální pracovníce. Pokud tedy anamnézu sestaví sociální pracovník a s dítětem bude posléze pracovat i psycholog, je nezbytně nutné, aby se s anamnézou dítěte podrobně seznámil. Jak bylo řečeno již výše v textu, sestavení anamnézy se může účastnit i samotné dítě, je však nutno počítat s jeho omezenou schopností komunikovat (zejména u dětí mladšího věku, u dětí s mentálním postižením...). Nesmíme nikdy zapomínat na skutečnost, že informace získané od dítěte, ač značně omezené či zkreslené, jsou velmi cenné, protože je to právě dítě, na které bude zaměřena další sociální a terapeutická práce.

Je též nutné poznamenat, že potíže, se kterými se dítě potýká, je vždy nutno chápat v kontextu rodinného systému, ve které dítě vyrůstá. Potíže zpravidla nevznikají tzv. „samy o sobě“, ale bývají projevem problémů, se kterými se potýká celý systém. Z praxe víme, že nejčastěji se tyto systémové problémy manifestují u nejslabšího a nejvíce zranitelného člena (tedy nejčastěji u dítěte). Nemělo by nás tedy překvapit, že rodiče často přicházejí s dítětem, které je označováno za nositele problému, ale mnohem nemocnější je např. matka. Za dětskými úzkostmi a strachy tak často stojí potíže ve vztahu rodičů, zamlčená rodinná traumata apod.

### **3.2 Rodinná a osobní anamnéza dítěte**

Anamnéza se považována za důležitou součást každého vyšetření. Sociální pracovník se podrobně vyptává na potřebné údaje, které pomáhají vytvářet hypotézu o problému, se kterým se potýká. Anamnézu, kterou sociální pracovník obvykle sbírá, je anamnéza rodinná či anamnéza osobní. Sebrané informace by měly být prostudovány, zpracovány a posléze využity ke stanovení přesné diagnózy dítěte.

Stanovit přesnou diagnózu však sociální pracovník nemůže, k tomu je třeba psychologa a jeho diagnostického vyšetření.

### **3.2.1 Rodinná anamnéza**

PEŠOVÁ a ŠAMALÍK (2006, s.16) zmiňují jednotlivé body, které by měla rodinná anamnéza obsahovat.

- a) Základní rodina, data narození rodičů, zdravotní stav, vzdělání, bydlení (prostorové možnosti, zda má dítě vlastní pokoj atd.), školní problémy rodičů (pokud zvažujeme možnosti dědičnosti).
- b) Závažná onemocnění v rámci širší rodiny – psychická onemocnění, abusů návykových látek, suicida.
- c) Výchova v rodině, kdo a jak se na výchově podílí, kdo se s dítětem učí, kdo si s ním hraje, jaké tresty a pochvaly se v rodině uplatňují.
- d) Sourozenecké vztahy, vztahy mezi rodiči.
- e) Podíl dítěte na rodinném životě (jeho povinnosti, pravidelné úkoly v rodině).

### **3.2.2 Osobní anamnéza dítěte**

Osobní anamnéza by měla obsahovat informace z období prenatálního, perinatálního a postnatálního, dále údaje do tří let věku dítěte a informace školního věku. Jelikož má osobní anamnéza obsahovat mnoho informací z raného dětství dítěte, nelze předpokládat, že pracovník získá úplný výčet informací. Jak píše PEŠOVÁ a ŠAMALÍK (2006, s.18), získávání anamnestických údajů je ještě složitější u dětí, které jsou v náhradní péči (děti z kojeneckých ústavů či dětských domovů, které odešly do pěstounské péči nebo jsou osvojené). Údaje, které získáme od náhradních rodičů, jsou často stručné, neúplné nebo dokonce nepravdivé. Zkreslenost a nepravdivost informací o dítěti může samozřejmě přicházet i od rodičů biologických. Rodiče mohou záměrně říkat nepravdu, aby skryly některá fakta, nebo si jen nejsou vědomi některých skutečností, zapomněly na ně. Na sociálním

pracovníkovi či psychologovi je, aby nepravdivé informace rozpoznaly a následně se v nich orientovaly

Napříč okolnostem, které mohou ztěžovat sběr informací, je důležité, aby z jednotlivých období dětského vývoje byly údaje o dítěti co nejobsáhlejší a nejpresnější. Aby stejně, jako u rodinné anamnézy, mohly být využity ke stanovení diagnózy. Dle mého názoru by měl osobní anamnézu, častěji než rodinnou, provádět psycholog či psychiatr neboť její obsah je značně zaměřen na medicínskou problematiku či psychomotorický vývoj dítěte. PEŠOVÁ a ŠAMALÍK (2006, s.16-19) jednotlivá dětská období rozvádějí, popisují, co je v nich důležité, co by v osobní anamnéze daného období nemělo chybět.

**a) Prenatální anamnéza:** ptáme se, vždy ale vhodným způsobem, na průběh těhotenství, zda bylo dítě chtěné, či nikoliv, kolikáté je v pořadí (zahrneme i interrupce a samovolné potraty), zda se během těhotenství vyskytly zdravotní či psychické potíže. V úvahu bereme takové okolnosti, které mohou ovlivnit psychiku matky jako je vztah mezi manžely, problémy se starším dítětem, problémy související s bydlením – vlastní, přechodné, soužití vícegenerační. Zajímáme se i o okolnosti porodu, zda byl porod v termínu, případně v kolikátém týdnu, zda šlo o spontánní či vyvolaný porod. Pokud se matka pamatuje, ptáme se i na průběh porodu, jak dlouho trval, jakým způsobem byl prováděn (běžný či císařský řez).

**b) Perinatální anamnéza:** zajímají nás údaje o dítěti jako je porodní váha (pod 2500g bereme za důležitý údaj) a míra, zda bylo dítě kříšeno. Dále nás zajímá novorozenecká žloutenka, pokud bylo dítě umístěno do inkubátoru, tak délka umístění.

**c) Postnatální anamnéza:** nyní se ptáme na období časně po porodu až do konce šestinedělí (jak dlouho matka kojila, případná onemocnění či jiné problémy).

**d) Vývoj dítěte do 1 roku:** Důležité jsou otázky na *psychomotorický vývoj* (kdy dítě začalo sedět, ložit či začátečnický chodit; u řeči je významná doba žvatlání, broukání, první slova). Ze *zdravotního stavu* nás zajímají hospitalizace, úrazy, záchvaty či případné komplikace. Do jednoho roku života se dá mnoho vypožorovat z *chování* dítěte, zda bylo klidné, či spíše vzrušivé, jak spalo, jedlo nebo reagovalo na cizí osoby.

e) **Anamnéza do tří let věku:** I v tomto období se zajímáme o další vývoj motoriky a řeči motoriku, o zdravotní problémy a komplikace, jeho pokroky či výkyvy v chování. O dítěti může také vypovídat ta skutečnost, kdy dítě přestalo nosit pleny přes den a kdy přes noc.

f) **Školní anamnéza:** pokud máme pracovat s dítětem, které je už ve školním věku, zajímá nás samozřejmě průběh jeho pobytu ve škole. Rodičů se ptáme, v kolika letech šlo dítě do mateřské školky, jak se adaptovalo na změnu prostředí, jak probíhal ranní odchod školky (pláč, odmítání docházet do školky), jak se dítě zařadilo do dětského kolektivu, které činnosti a hry ho zajímaly či jaký mělo dítě vztah k učitelkám. Významné mohou být také informace o tom, jak učitelka vnímala dítě, jak ho hodnotila v porovnání s jinými dětmi. Další otázky by měly směřovat k nástupu do základní školy, zda se dítě těšilo či ne, jak se začlenilo mezi spolužáky, jak si zvykalo na povinnosti, jak dítě hodnotili učitelé nebo zдалipak se v prospěchu objevovaly výkyvy. Pokud je dítě už na vyšším stupni, jak probíhal přechod na druhý stupeň.

Pro vytvoření si komplexního pohledu na dítě se ptáme rodičů na jejich vztah k dítěti, jak ho vnímají. Neměli bychom zapomenout na případné bolesti hlavy, břicha, zvracení, špatný spánek nebo problémy s jídlem, somatické projevy u úzkostných stavů jsou totiž velmi časté. S pomocí rodičů je dobré sestavit „snímek dne“ dítěte. Dá nám představu, kdy dítě vstává, kdy a jak odchází do školy a kdy se z ní vrací. Zda dítě po škole navštěvuje družinu, jak má uspořádané odpoledne (kroužky, odpočinek), kdo a jak dlouho se s dítětem připravuje do školy či si s ním hraje. Důležité jsou také večerní návyky, kdy dítě chodí spát, jak usíná, průběh spánku (děsivé sny, buzení). Pro zjištění charakteru úzkostných stavů pokládáme další otázky tak, abychom zjistili, ve kterých situacích se u dítěte strachy a obavy projevují, jestli se dítě obává některých lidí více než ostatních, jakým činnostem se dítě vyhýbá, jestli jsou známy příčiny, které působí jako spouštěče úzkostí (např. léky, aktivita).

### **3.3 Jak pomoci dítěti překonat úzkost a nadměrný strach**

Abychom mohli dítěti pomoci s jeho obtížemi, musíme nejdříve společně s ním zjistit, co úzkost a strach vyvolává. Dítě necháme popsat jeho obavy, pojmenovat a



nakreslit je. Rozpoznat strachy není složité, protože jsou konkrétní, na rozdíl od úzkosti, která bývá neurčitá. Dítěte se ptáme, kde se jeho strachy a úzkosti vyskytují, jsou - li spojeny s domovem, školou či školkou, rodinou, jsou - li vývojově podmíněny. V průběhu práce s dítětem zjistíme i to, o co v úzkosti konkrétně jde, protože zabýváme-li se úzkostí důkladněji, často se promění ve strach. Z. Matějček tento proces nazývá *principem poznání*. Druhý princip Matějček nazývá *principem konání*. Konání zde představuje aktivitu dítěte. S úzkostí a strachem se nevyrovnáme vyhýbáním se situacím, které nás znejišťují, ale úspěšným jednáním. Vyhýbání a odkládání řešení strach a úzkost naopak posilují, jde však o typické jednání dítěte (např. smlouvání, zlobení, „útek do nemoci“). Aktivní vyrovnávání se dítěte s úzkostí a strachem za pomoci dospělého (a pod jeho vedením) znamená, že se dítě vystaví svým obavám, zažene je nebo si zvyšuje svou vnitřní odolnost (cit. dle VYMĚTAL, 2004, s.159).

Při sociální práci s úzkostnými a vystrašenými dětmi je nezbytné řídit se několika zásadami. V popředí stojí přijímání dítěte i s jeho nedostatky a obavami, dodáváme mu pocit bezpečí a jistoty (zajistíme je i přítomností blízké osoby či pohlazením, vzetím za ruku), dáváme mu najevo, že ho chápeme. Předpokladem pro úzdravu dítěte je i zvyšování jeho sebevědomí a sebedůvěry. Dospějeme k tomu navozováním situací, ve kterých je dítě úspěšné, ve kterých vyniká. Dítě povzbuzujeme také k činnostem, které dělá rádo a může si tak zvýšit prestiž u vrstevníků nebo se prosadit. Jestliže s dítětem odhalíme příčiny jeho obav, začneme se s nimi potýkat přímým překonáváním. Tento proces však bude vyžadovat výdrž a trpělivost z obou stran. Až se dítěti podaří překonat jeho nadměrnou úzkost a strach, vyhodnotíme s ním a jeho rodiči dosažený výsledek, dítě nezapomeneme pochválit za snahu a spolupráci. Pokud je výsledek v souladu se zamýšleným cílem, jsme spokojeni. Pokud ne, hledáme společně s dítětem a jeho rodiči jinou cestu (VYMĚTAL, 2004, s.160-161).

### 3.4 Zvláštnosti psychoterapie u dětí

Vyjdeme-li z faktu, že byla u dítěte odborníkem shledána nadměrná úzkost nebo diagnostikována některá dětská úzkostná porucha, měla by přijít na řadu konkrétní léčba a pomoc. Samotné léčbě ještě předchází příprava dítěte i rodičů na terapii, samozřejmý je informovaný souhlas rodičů s navrženým postupem. Při pomoci dítěti překonávat jeho úzkostné stavy a nadměrný strach musí pomáhající pracovník vycházet z vývojové úrovně dítěte, která zpravidla koresponduje s kalendářním věkem (VYMĚTAL, 2004, s.159). Projevy emocí a základní psychosociální potřeby se s věkem dítěte mění. Je třeba přihlížet k osobnosti dítěte a jeho poznávacím procesům, zejména úrovni vnímání a myšlení. Dítě je oproti dospělému člověku jinak mentálně vyspělé, má užší interpersonální vztahy zejména k rodičům, liší se i jeho obrazotvornost, fantazijní představy a emocionalita. Léčit dítě psychoterapeuticky, tedy pomocí psychologických prostředků, je možné až zhruba od tří let věku dítěte. VYMĚTAL (2004, s.177) píše, že od tohoto věku je běžně nadané dítě již schopno kvalitně komunikovat, i když intelektové schopnosti a fantazie dítěte se rychle mění a vyvíjí. U dítěte do tří let pracují terapeuti s dítětem většinou jen prostřednictvím rodičů. Zásahy se mohou týkat usměrnění výchovy, životosprávy dítěte, odvádění pozornosti nebo nácviku potřebných návyků. U dítěte mezi 3.-6. rokem je sice potřebná spolupráce rodičů, ale většinu zásadních kroků si terapeut realizuje už sám. Nejen při léčbě úzkostí využívá terapeut různé techniky založené na podmiňování a učení. U dětí starších šesti let a adolescentů se už častěji využívá skupinová psychoterapie. Terapeutický vztah však vzniká pomalu a je křehký, adolescenti mají tendenci terapii znehodnocovat.

**Zvláštnosti psychoterapie u dětí:** Psychoterapií rozumíme užívání *psychologických prostředků k terapii*, jde o proces, jímž navozujeme změny v osobnosti, chování a zdravotním stavu dítěte. Psychoterapeut cíleně navozuje takové události, které vyvolávají zamýšlené změny i přímo ve vnitřním světě dítěte.

BALCAR (In ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ aj., 2000, s.360 - 361) popisuje, jak se liší psychoterapie u dospělých a u dětí. Píše, že psychoterapie s dětmi má, oproti podobné práci s dospělými, své podstatné zvláštnosti. Ty se týkají všech tří psychologicky

závažných oblastí - tělesné, duševní i společenské. Za významné činitele, které odlišují terapii s dítětem od terapie s dospělým jedincem, považuje *věk, duševní vyspělost, povahu, tělesný stav a integrace* v terapeutických přístupech. Hlavním, ne však jediným, ukazatelem pro psychoterapii s dítětem je jeho *věk*. S věkem v zásadě souvisí stupeň rozvoje, způsob integrace a funkční zdatnost dětského organismu a dětské osobnosti. V průběhu zrání a socializace však nastávají jednak různé individuální odchylky a typové zvláštnosti, jednak vývojové proměny kvalitativní povahy.

Aby mohla být dítěti vybrána vhodná psychoterapie, je důležitá *duševní vyspělost* dítěte. Úroveň duševní vyspělosti je určována stupněm poznávacích, rozumových a řečových schopností, motivací, citovou vybaveností, frustrační tolerancí. Tyto vnitřní stránky osobnosti dítěte ukazují, o co se lze v psychoterapii opřít. Určující jsou také *povahové vlastnosti* dítěte, zvláště jsou-li výrazné. Mohou pomoci rozhodnout o tom, zda bude vhodnější jen individuální kontakt s terapeutem, skupinová terapie s vrstevníky nebo terapie rodinná.

Psychoterapie je závislá i na *tělesném stavu*. Zhoršené smyslové funkce ztěžují dorozumění a kontakt s okolím, brání získávání terapeuticky účinných zkušeností. Poškození pohybového ústrojí zmenšuje uplatnění dítěte v praktických terapeutických činnostech či začlenění do skupin tělesně zdravých lidí.

Důležitým specifikem při práci s dětmi je i úzká spolupráce s rodiči dítěte, často také s dalšími blízkými osobami. Do terapie zahrnujeme kromě nejbližších příbuzných i kamarády, spolužáky a učitele. Tyto osoby zapojujeme přímo i nepřímo, většinou se tyto osoby terapeutických sezení neúčastní, vždy na ně ale myslíme, pracujeme na postupu s ohledem na ně (VYMĚTAL, 2004, s.175). Významný rozdíl mezi terapií s dětmi a terapií s dospělými je také v tom, že terapeut u dítěte málokdy zachová jen jeden určitý přístup či metodu (u terapie dospělých k tomu dochází také, není to však podmínka). Je nutné umět kombinovat jednotlivé terapeutické přístupy, podle situace střídát terapii slovem s činnostní terapií či terapií hrou. Samotný průběh dětské psychoterapie už ale probíhá podobně. Začíná navázáním dobrého terapeutického vztahu, pokračuje přes vlastní psychoterapeutickou práci, integraci

dosažených terapeutických změn do běžného života až k odpoutání a osamostatnění dítěte (popř. i jeho rodiny) od terapeuta.

### 3.5 Základní metody psychoterapie u úzkostných dětí

I když se nemíním a ani nemohu z omezených rozsahových možností bakalářské práce důkladně zabývat průběhem psychoterapie úzkostných poruch a potíží způsobených nadměrnou úzkostí, pro celkovou přehlednost a systematičnost považuji za důležité věnovat tomuto tématu alespoň pár řádek.

Léčba úzkostí a úzkostných poruch se různí podle povahy příznaků a příčin zjištěných u konkrétního dítěte. Jak píše BAKER (2007, s.77) psychoterapie zahrnuje individuální práci s dítětem, poradenství s rodiči nebo terapii celého rodinného systému (rodinná setkání). Účinná je jak terapie individuální, tak terapie skupinová. Jednotlivé formy psychoterapie se mohou kombinovat. Tradičním prostředkem pro individuální i skupinovou terapii s dětmi je *rozhovor*. Hojně využívané prostředky v terapii s dětmi, jsou *expresivní postupy*, mezi které řadíme terapii hrou, činnostní terapii, arteterapii, muzikoterapii, relaxace, nácvik dovedností a přecvičování nežádoucího chování. HANUŠOVÁ (In VYMĚTAL aj., 2007, s.273-292) píše, že expresivní metody pomáhají dětem, které trpí úzkostí a strachem, své emoce a pocity ventilovat, externalizovat, kontrolovat a redukovat. Postupem času by měly děti začít rozumět svým strachům, získají náhled na příčiny úzkostných pocitů, uvolní se v nich napětí a konečně zredukují úzkostné pocity. Obecně hlavním cílem při léčbě úzkostí je odstranění vyhýbavého chování a snížení úzkosti v situacích, kterých se klient (respektive dítě) obává. A jak některé z těchto metod pracují s úzkostí a strachem? *Arteterapie* využívá škálu výtvarných prostředků a výsledný výtvar umožňuje sledovat vývoj nemoci v čase, manipulovat s vyjádřenými obsahy a dojít k lepšímu sebepoznání. Pasivní *muzikoterapie* uvolňuje tenzi a úzkost a navozuje asociace k řešení problému, aktivní muzikoterapie umožňuje dětem opět vyjádřit emoce, nálady, interpersonální vztahy. *Terapie hrou*, která se využívá u dětí ve věku od 3 do 12 let, slouží jako prostředek sebevyjádření. Dítě při hře prožívá pocity úzkosti, strachu, napětí, nejistoty, učí se je poznávat, rozumět jim a ovládnout je. Dítě si také

osvojuje jiné způsoby chování, uvolňují se, stávají se samostatnější. Hru je možné využít jak v individuální, tak skupinové terapii. Terapeut dává dítěti podporu, povzbuzuje ho, nehodnotí ho (nechválí ani nekárá), dítě si tak vytváří vlastní hodnotový žebříček nezávislý na okolí.

## 4 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ PSYCHIATRIE

Poslední kapitolu zahájím krátkým zdůvodněním, proč jsem si zvolila problematiku dětských úzkostí a strachů jako téma mé bakalářské práce. V rámci školních stáží jsem absolvovala jednosemestrální stáž na Oddělení dětské psychiatrie v Thomayerově nemocnici s poliklinikou. Každý den praxe jsem se setkávala s velkou řadou zajímavých témat a problematik, bohužel však ne zrovna moc veselých (v této souvislosti bych prostředí dětské psychiatrie, samozřejmě s notnou dávkou nadsázky, označila za velký zdroj inspirace). A co bylo častým jmenovatelem u dětí hospitalizovaných na oddělení? Byly to problémy vycházející z úzkostnosti, dětských strachů. A u mnoha dětí, které nebyly primárně hospitalizovány kvůli nadměrné úzkosti, se v jejím průběhu často obtíže spojené s projevy úzkostí objevily. Fakt, že u mnoha dětí je právě úzkost příčinou jejich obtíží v životě, mě vedla k tomu, abych se tímto problémem zabývala důkladněji a lépe tak pochopila, co ji zapříčiňuje, co děti při potížích prožívají a jaké jsou možnosti léčby a možnosti k návratu do plnohodnotného života.

Je prioritou, aby úzkostné děti byly léčeny ambulantní formou léčby, nebyly tak vytrhávány z jejich přirozeného prostředí rodiny, školy a kamarádů. Jak ale VYMĚTAL (2004, s.179) píše, jsou-li obtíže u dítěte silné nebo je - li z nějakého důvodu pobyt v nemocnici vhodnější, měla by být volena hospitalizace, která u nás nejčastěji probíhá v dětských psychiatrických lůžkových zařízeních. V rámci mé praxe jsem poznala mnoho z chodu a činností oddělení dětské psychiatrie, nemám však srovnání s jinými zařízeními. I když budu vycházet z předpokladu, že struktura a činnosti v jiných zařízeních stejného typu budou poskytovat podobné služby a pracovat, když ne stejným, tak alespoň podobným způsobem, díky omezeným znalostem o práci v jiných dětských psychiatrických se budu v následujících řádcích zabývat jen tím, co jsem prožila a poznala v Thomayerově nemocnici s poliklinikou na Oddělení dětské psychiatrie. A protože problematika psychiatrie a podrobný proces vedení psychoterapie u úzkostných poruch a nadměrné úzkosti by přesahovala téma

mé bakalářské práce, budu se zabývat jen sociální prací s úzkostným dítětem, které přichází a následně je hospitalizováno na dětské psychiatrii.

#### **4.1 Struktura zařízení a denní program na dětské psychiatrii**

Oddělení dětské psychiatrie Thomayerovy nemocnice s poliklinikou, kde jsem absolvovala svou stáž, je pobytové režimové oddělení. Průměrná doba pobytu je 5-6 týdnů. Lůžková kapacita činí asi 30 lůžek, tento nízký počet lůžek tedy neumožňuje hospitalizovat současně i rodiče. Přijímané děti jsou ve věku tří až jedenácti let, v případě potřeby je přijato i starší dítě. Důvodů, proč jsou děti k diagnosticko-léčebnému pobytu přiváděny, je více. Mezi ty nejčastější patří doporučení ze strany odborů sociální péče (OPD) nebo školy po dohodě s lékařem, doporučení ze strany pedopsychiatra, psychiatra či psychologa. Děti jsou přiváděny také z vlastní vůle rodičů, kteří mají podezření, že s jejich dítětem není vše v pořádku. Hospitalizace dítěte je většinou plánovaná, akutní stavy jsou hospitalizovány ihned.

Denní časový program je velmi strukturovaný. Děti mají budíček v 6:30, následuje osobní hygiena, odběry biologického materiálu, podávání léků a vizita (2x týdně velká). V 8:30 po snídani děti odcházejí do školy, která se nachází přímo v budově. Školní výuka trvá do 12:00, v jejím průběhu probíhají i různá psychologická, logopedická nebo psychiatrická vyšetření a individuální psychoterapie. Děti, které nejsou ještě školu povinné, tráví dopoledne s vychovatelkami v místní školce. Po obědě, poledním klidu a zájmových činnostech se konají režimové a činnostní terapie. Jednotlivé terapie (pohybová terapie, muzikoterapie, relaxace, autogenní trénink, příprava do školy...) jsou vedeny sloužícími sestrami a vychovatelkou. Děti jsou rozřazovány víceméně náhodně, někdy podle věku někdy za zásluhy či za odměnu (pokud se např. jedná o trávení odpoledne na zahradě). Po terapiích následuje večeře a opětovné podávání léků. Poté mají děti jednu hodinu na individuální zájmovou činnost (čtení, kreslení, televize, poslouchání hudby...) a jako poslední denní aktivitou je hodnocení dne. Mezi osmou a devátou hodinou se už děti musí ukládat ke spánku. Tak je tedy strukturován každý všední den, na víkendy si mohou rodiče či jiní

zákonní zástupci brát děti domů. Propustky na víkend však mohou být z kázeňských či jiných důvodů zamítnuty.

## **4.2 Úloha sociálního pracovníka a jeho možnosti pomoci úzkostnému dítěti adaptovat se na režimové zařízení**

Od prvního dne mé stáže jsem patřila přímo pod sociální pracovníci místního oddělení. Sociální pracovnice vykonává v tomto zařízení řadu rolí. Jelikož každý příjem dítěte na oddělení začíná právě u ní, je tedy první osobou, se kterou se dítě a jeho rodiče setkávají. Podle věku a povahy potíží dítěte vede sociální pracovnice rozhovor jen s rodiči, nebo je přítomno i dítě. Jsou podány informace ohledně časového harmonogramu na oddělení, o možnostech navštěvování a kontaktování dítěte a další, pro rodiče důležité informace, týkající se pobytu jejich dítěte na oddělení. Sociální pracovnice působí i jako poradce pomáhající dítěti a jeho rodičům (jestliže o to rodiče v průběhu hospitalizace dítěte mají zájem), dále také pomáhá získat náhled na situaci a jejich pocity. Usnadňuje jim tak adaptaci na vzniklou situaci, kterou se myslí odloučení dítěte od rodiny, podávání informací o něm. V rámci neformálních rozhovorů dítěti může pomoci překonávat jeho stesk po rodičích, vystrašenost z neznámého prostředí a cizích lidí. Zřejmě nejčastější práce sociální pracovnice vychází z činností, které se dají částečně zařadit pod zprostředkovávání služeb. Obecně lze za zprostředkovatele služeb považovat takového sociálního pracovníka, který podle ŘEZNÍČKA (2000, s.63) pomáhá klientům získat kontakt s potřebnými sociálními zařízeními či jinými zdroji pomoci. Sociální pracovník zastává funkci situačního diagnostika, odhadce dostupných zdrojů pomoci, informátora klienta a toho, kdo klientovi případně doporučuje jiné zařízení či koordinátora osob účastnících se práce s klientem. V případě sociálního pracovníka na dětské psychiatrii jde konkrétně o domlouvání nástupu hospitalizace s rodiči dítěte, komunikaci a vyjednávání se zařízeními, do kterých dítě případně po propuštění nastoupí nebo vyřizování administrativních záležitostí s úřady týkajícími se dítěte. I když jde v rámci těchto činností nejčastěji o telefonické vyřizování a zařizování,



sociální pracovník musí mít přehled o možnostech poskytovaných služeb (např. jiné dětské psychiatrie a léčebny, dětské domovy, sociální odbory péče o dítě).

V rámci mé stáže jsem měla možnost přečíst si i nespočet osobních spisů dětí a s dětmi, které byly právě na oddělení hospitalizovány, se i seznámit. Na oddělení byly děti s nejrůznějšími problémy, obtížemi a poruchami (zabývat se jimi však není předmětem mé práce). Jak jsem se již zmínila, nadměrná úzkost a strach byly častou příčinou pro hospitalizaci dítěte. I když se na konkrétní léčbě dítěte sociální pracovnice nepodílí (diagnostiku a na jejím základě naplánovanou terapeutickou léčbu těmto dětem zajišťuje psycholog či psychiatr místního oddělení), jak při příjmu dítěte na oddělení, tak hlavně v jeho průběhu může sociální pracovnice působit jako sociální opora, kterou za normálních okolností mimo nemocnici představují rodiče. Opora může být poskytována ve formě empatického rozhovoru, přiměřeného fyzického kontaktu (vzetí za ruku, pohlazení) nebo zprostředkování styku s lékařem, za kterým se dítě bojí samo jít. Opora dítěti může být poskytována i v tak běžné součásti života, za jakou určitě považujeme například smích. Pokud dítěti umožníme během dne se zasmát nebo navodíme situace, ve kterých dítě zažije legraci, dle MATĚJČKA (2003, s.49) se dítě osvobozuje od úzkosti, zmírňuje se u něj pocit ohrožení. V případě hospitalizace se zmírnění úzkosti týká hlavně okolností pobytu a vztahů na oddělení, což je však jeden z předpokladů pro úspěšnou terapeutickou práci daných úzkostných obtíží. Všechny výše zmíněné okolnosti představují pro dítě psychickou oporu. U úzkostných dětí jsou jejich životní strachy už tak velké a zatěžující, proto adaptace na režimové zařízení je u nich složitější. Tou osobou, které by dítě mohlo věřit, mohlo by se jí svěřit se svým problémem a strachem, týkající se hlavně pobytu na oddělení, bývá v některých případech právě sociální pracovnice. Protože sociální pracovnice většinou nenosí bílý plášť, který u dětí asociuje lékaře, a není to terapeut vyžadující po něm výkony, a ani zdravotní sestra, která ho například brzy ráno budí, okřikuje za nekázeň, pro dítě může zosobňovat „tetu“ z mateřské školky či důvěrnou osobu. Může mít k ní tím pádem i větší důvěru. Je však důležité, aby kontakt mezi sociální pracovnicí a dítětem nepřekračoval určitou hranici, tzn. aby nenarušoval a nedoplňoval samotnou terapii úzkostnosti a nebyl tedy

kontraproduktivní. Aby se například nevytvořila koalice proti jinému dítěti či ostatním pracovníkům v týmu apod.

Nejlepší pro předcházení strachu a úzkostných stavů, tedy prevencí je harmonické, klidné prostředí a kvalitní vztah mezi rodiči, kteří mají na dítě dostatek času, jejich výchova je spíše neautoritativní, založená na domluvě, ale důsledná a jdou dítěti vlastním příkladem (VYMĚTAL, 2004, s.48). Dítě, kterému je poskytováno dostatek lásky a jistoty, podnětů a volnosti k seberealizaci, má předpoklady ke zdravému osobnímu růstu. Bohužel však tento ideální stav v rodině není pravidlem, a tak se u dítěte díky různým rodinným, sociálním či jiným vlivům utvářejí předpoklady pro vznik úzkostnosti. Zdalipak se dříve či později úzkostné obtíže u dítěte projeví, záleží na individualitě každého jedince. Pokud dítě trpí nadměrnými úzkostnými stavy, a je hospitalizováno za účelem diagnosticko-léčebného pobytu na dětské psychiatrii, není zřejmě reálné, aby ho toto prostředí ještě více nezúzkostňovalo. Je však v silách personálu daného zařízení přistupovat k dítěti laskavě, kamarádsky a svědomitě, aby dítě pobyt snášelo co nejlépe. Takový přístup, který je založen na respektování dítěte se vším všudy, se samozřejmě očekává i od sociální pracovnice.

## 5 ILUSTRATIVNÍ PŘÍKLAD RODINNÉ ANAMNÉZY

### 5.1 Rodinná anamnéza jedenáctileté dívky

V samém závěru mé bakalářské práce uvedu pro ilustraci rodinnou anamnézu, kterou jsem zpracovala jako praktickou ukázkou sběru informací. Anamnéza se týká rodiny úplné – otec, matka a 2 nezletilé děti ve věku jedenáct a čtrnáct let. Rodina mi dala souhlas, abych získané údaje použila pro účely mé bakalářské práce, a pro zachování jejich anonymity budu uvádět jen křestní jména. Tuto rodinu jsem si zvolila proto, že patří mezi blízké známé mých rodičů (doufala jsem tedy v ochotu spolupracovat) a jejich mladší dcera Barbora podle mého názoru už nějakou dobu trpí nadměrnou úzkostností. Mé domněnky o dceři Barboře vycházejí z několika našich neformálních setkání. Informace o celé rodině mi poskytla matka rodiny, doplňující údaje mi ochotně sdělil i otec. Při sestavování rodinné anamnézy jsem neměla bohužel možnost mluvit se samotnou Barborou, údaje o ní mohou být tedy ovlivněny jednostranným pohledem matky. Od rozhovoru s matkou jsem očekávala rozpaky, nepřístupnost, opak byl pravdou. Najednou přede mnou seděla téměř čtyřicetiletá žena, která mi vcelku ochotně začala líčit nejen svůj životní příběh, ale i události, starosti a radosti celé rodiny z doby minulé a současné.

#### **Základní rodina**

*Barbořina matka*, věk 39 let, se narodila na Slovensku (její otec pochází ze Slovenska), je učitelkou na střední škole, od jednoho roku věku žila s rodiči na Moravě. Vyrůstala v normálně fungující rodině pečující matky a starostlivého otce s dalšími třemi mladšími sourozenci její matky. Kromě toho má o pět let mladšího bratra, který vyučuje angličtinu na gymnáziu.

Matka Barbory po skončení základní školy nastoupila na gymnázium, prospívala dobře. Po gymnáziu byla přijata na VŠE v Praze, kterou bez obtíží vystudovala, i když ji lákaly humanitní obory, které z politických důvodů tehdy

studovat nemohla (její otec byl vyloučen z komunistické strany) a jak sama říká - studium na této vysoké škole byl největší omyl v jejím životě. Ekonomický směr ji nezajímal a ani postupem času k němu nezískala vztah. I proto už v tomto oboru nepracuje a neustále se snaží vzdělávat v oborech jako je pedagogika, psychologie a cizí jazyky. To ji naplňuje. Během studia na vysoké škole se seznámila s otcem Barbory, po studiu se vzali, během prvního roku manželství se jim narodil Martin, Barbořin bratr.

*Závěr:* Matka Barbory vyrůstala v úplné a funkční komunikativní rodině s dalšími čtyřmi sourozenci, z nich tři si její rodiče osvojili – její matka se po smrti své matky rozhodla starat se o svoje tři mladší sourozence. Na dětství má velmi hezké vzpomínky, s čím ale nebyla zcela spokojena, byl podle jejích slov někdy přehnaný strach o ní a jejího bratra. Matka Barbory je velmi praktická a kreativní, se zájmem o rodinu, dům i domácnost a také se zájmem o vzdělání a poznání.

*Barbořin otec*, věk 39 let, se narodil v Kolíně, pracuje jako výkonný ředitel dřevařské firmy. Je jedináček. Do šesti let věku vyrůstal takřka bez rodičů, vychovávaly ho jeho babička a teta, k nimž díky tomu získal velmi vřelý a hluboký vztah. Rodiče si ho natrvalo domů od příbuzných vzali až v šesti letech, když začal chodit na základní školu. Jejich vztah by se dal nazvat jako víkendový (rodiče za ním do několika kilometrů vzdálené vesnice jezdili jen o víkendech) a díky dlouhému odloučení a tomuto vztahu se mezi synem a jeho rodiči (hlavně matkou) nevytvořilo opravdové citové pouto, které by obě strany naplňovalo. I když poté rodina začala fungovat běžně, chybělo láskyplné prostředí s projevy citů nebo emocí, neboť přetržené pouto se už neobnovilo. Matka Barbořina otce se snažila tuto situaci kompenzovat tím, že kolem manžela i syna pendlovala, přehnaně jim poskytovala všemožný „servis“ a starala se o všechno a o všechny. Podle doplňujících informací od Barbořina otce matčino chování zpětně hodnotí jako ubíjející. Barbořin otec se v mládí hodně věnoval sportu, v basketbale za dorostence dosáhl až na mistra ligy, také proto šel na sportovní gymnázium a po maturitě na VŠE, kde se seznámil s Barbořinou matkou. Oba dva – matka i otec Barbory se shodli na společném bydlišti na Moravě, odkud pochází matka Barbory, a kde začali rok po svatbě stavět rodinný dům.

Závěr: Otec Barbory nejdříve vyrůstal u příbuzných – tety a babičky, což zásadním způsobem ovlivnilo jeho vztah k rodičům. Choval se k nim vždy korektně a slušně, větší citové pouto však chybí. Pokud vzpomíná na svoje dětství, vypráví jen o své babičce, dědovi a tetě, s nimiž vyrůstal. Jeho rodiče vždy navíc cítili jako křivdu to, že se jejich syn, Barbořin otec, odstěhoval na Moravu a nikdy mu to neodpustili. Otec Barbory projevuje zodpovědnost za materiální zabezpečení rodiny, o domácnost a dům však valný zájem nejeví – tuto starost vždy nechával na manželce. Je to model, v němž vyrůstal, a který v podstatě opakuje po svém otci..

*Barbořin bratr*, věk 15 let, student kvarty osmiletého gymnázia, se narodil, když byl jeho otec na vojně. S péčí a výchovou o něj matce zhruba rok pomáhali rodiče matky a její starší bratr. Mezi ním a malým Martinem se vytvořilo silné pouto, které trvá dodnes. Martin byl klidné správně se vyvíjející dítě, které bylo hýčkané, bylo to první vnouče prarodičů z obou stran.

Po narození Barbory, která trpěla častými onemocněními, na Martina už nebylo tolik času, jak sama matka uvádí, postupem času se stával více a více samostatnější. On sám však matce uvedl, že zanedbávané dítě rozhodně nebyl a není, pozornosti měl i přesto dost, rodiče se mu to snažili vynahrazovat i jinak, např. cestováním, sportovními aktivitami. Nikdy to své sestře ani rodičům nevyčítal, věděl, že sestra má zdravotní problémy a potřebuje zvýšenou pomoc ze strany rodičů, zejména matky. Dle Barbořina bratra měla tato větší svoboda i mnoho výhod, jak sám uvedl. Po otci hodně tíhnul ke sportu, hrál fotbal, hokej, ale nejvíce ho zaujal tenis, ve kterém byl postupem času velmi dobrý, hrál a trénoval ho vrcholově. Už od mala byl Martin velmi společenský, měl mnoho kamarádů, rád se bavil, vyznačoval se sebejistotou, nezávislostí. Je velmi nadaný jazykově.

Závěr: Bratr Barbory vyrůstal ve funkční rodině, láskyplném prostředí, zpočátku však ze strany matky v prostředí hyperprotektivním, časem se péče matky přesunula více na Barboru – vzhledem k jejím zdravotním potížím. Ve škole bez větší přípravy prospívá dobře, v kolektivu je oblíbený a společnost vyhledává.

*Barbora*: věk 11 let, navštěvuje pátou třídu ZŠ, žije ve společné domácnosti s rodiči a bratrem. Od svého narození trpí atopickým ekzémem a častými respiračními

onemocněními, jako angíny, chřipky, záněty nosohltanů, zápal plic, včetně snížené imunity.

Barbora bývala i desetkrát do roka nemocná a v akutních stavech zhoršeného ekzému na celé horní polovině těla trpěla mj. i záchvaty svědivosti. Jak Barbořina matka uvedla, bylo to velmi fyzicky a psychicky náročné, jak pro dceru tak, pro její okolí (hlavně matku). Záchvaty svědění často mívala i během noci, Barbořina matka s ní často trávila dny a noci, srážela horečky, škrábala na místech těla, kam ona sama nedosáhla. Matka se o dceru bojí, často až úzkostlivě, zejména po příhodě s febrilní křečí, kterou Barbora prodělala ve třech letech. Barbora díky svým zdravotním problémům bývala často izolovaná od okolí, vrstevníků i spolužáků. Ze zdravotních důvodů musela Barbora často vynechávat i školu, mívala více jak 50% absenci ve škole. I když bývala Barbora ve škole vždy řádně omluvena, matka mnohokrát sama navštívila školu, aby třídní učitelce vysvětlila zdravotní situaci své dcery nebo ji omluvila. I přesto často učitelé mívali poznámky ohledně zameškaných hodin či “ulívání”. Jak matka sama uvedla, byla už z dceřiných potíží někdy zoufalá a bezradná, proto v jejích 7 letech (matce bylo 35 let) opustila své zaměstnání, naplno se stala ženou v domácnosti a začala se věnovat dceři Barboře, aby ji postavila jak psychicky tak fyzicky na nohy. Během následujících dvou až tří let se matka naplno věnovala dceři a jejím zdravotním problémům a také synovi, zejména jeho sportovním aktivitám. Barbořina matka uvedla, že vzhledem k tomu, že dcera už od narození na sebe přirozeně poutala více pozornosti, na syna Petra někdy nezbylo mnoho času, postupem času se stával více a více samostatnější. Barbora, i přes velikou absenci ve škole bez potíží zvládá učivo, s bratrem a rodiči často cestují, věnují se sportu – tenis hrají oba sourozenci vrcholově, o víkendech jezdí hrát zápasy, i Barbora, pokud to její zdravotní stav dovoluje, je to velmi trpělivé, citlivé a v mnoha směrech nadané dítě.

Asi před půl rokem se u ní však začaly objevovat různé problémy. Její matka popisuje, že ráno nechce vstávat do školy, brání se do ní vůbec chodit, je velmi uzavřená, v noci se často budí. Pokud se jí rodiče ptají, co bylo ve škole, odmítá jim cokoli sdělit nebo se naopak rozpovídá o tom, jak jí bolelo břicho při hodině matematiky. Další změny nastaly v chování a jednání v kolektivu dětí či dospělých.

Barbora se dříve chovala ve společnosti více otevřeně, komunikovala, smála se. Nyní se jí nechce nikam chodit, pokud už je mezi lidmi, je nervózní, nekomunikativní, stydí se. Obzvláště je to patrné při kontaktu s neznámým člověkem. Když má promluvit, třepe se jí hlas, celý obličej jí zčervená. Další současné potíže matka u Barbory nesdělila.

### **Třígenerační pohled na rodinu:**

*Rodiče Barbořina otce, dále jen babička a děda:* Barbořina babička má nyní 60 let, má nevlastní sestru, a pracuje jako sestra u křesla na zubním středisku. Barbořin děda, její manžel, zemřel před třemi lety a nyní by se dožil 72 let. Byl jedináček, vyučil se elektroopravářem a celý život v tomto oboru pracoval. Jejich manželství bylo funkční, ale založené na velmi nerovnoměrném rozdělení rolí. Babička se sama starala o celou domácnost a vždy pracovala na celý úvazek. Na přehnanou péči si děda rychle zvykl a postupem času pro něho existovala v podstatě jen základní povinnost - a to zaměstnání. Tento způsob soužití se nezměnil ani narozením jejich jediného syna, otce Barbory, což se odrazilo i na jeho výchově. Když bylo jejich synovi cca tři čtyři měsíce, dítě dali do péče příbuzným do nedaleké vesnice a navštěvovali ho v sobotu nebo v neděli. Tak otec Barbory do svých šesti let vyrůstal téměř bez rodičů. Barbořin děda zemřel na mozkovou mrtvici, babička se s tím jen velmi těžce vyrovnává a téměř při každé vzpomínce na svého zesnulého manžela brečí, má neustálé tendence ho litovat, což dělala i za jeho života. Ani jeden z nich nevyrostal v úplné rodině.

*Rodiče Barbořiny matky, dále jen babička a děda:* Barbořina babička zažila velmi těžké mládí, když jí bylo 15 let, zemřel jí otec a v jednadvaceti i matka. Zůstala tak sama na výchovu svých tří mladších nezletilých sourozenců, a to v době, kdy už měla sama první dítě – matku Barbory. Babička se vyučila v technickém oboru, v 19 letech se vdala. Z jejího vyprávění jí oporou a vzorem byla její vlastní matka, která jí ukázala, že i v době velké nepohody se dá radovat z maličkostí a milovat své děti. I o své tři nezletilé sourozence pečovala a vychovávala je k lásce a pomoci blízkým. Podporu a pochopení měla u svého manžela, Barbořina dědečka, který pochází ze Slovenska ze šesti sourozenců. Má 64 let a pracuje ve stavebnictví jako

stavbyvedoucí. Tato velká oběť manželů pro druhé – adoptce - kde hlavním motivem bylo udržet osiřelé sourozence spolu a nenechat je roztrousit po ústavech či cizích lidech, se podle Barbořiny matky zřejmě odrazila na výchově jejich vlastních dětí, matky Barbory a jejího bratra. Jak Barbořina matka sama uvedla, ona i její bratr (Barbořin strýc) byli vychováváni v lásce, ale zároveň během dospívání i poté cítili zvýšené obavy a péči o ně. Jejich rodiče na ně byli a jsou hodně fixovaní a cítili jejich až zbytečnou ochranu, dokonce i v dospělosti.

*Závěr:* Z třígeneračního pohledu na rodinu Barbory vyplývá, že oba rodiče Barbory pocházejí z úplně odlišného prostředí. Matka Barbory většinu dětství vyrůstala v sedmičlenné rodině, zatímco otec jako jedináček. Z tohoto důvodu se lišily jejich postoje a jejich hodnoty. I jejich postoj k výchově Barbory i bratra Martina byl jiný. Matka měla (i vzhledem k častým nemocem dcery) spíše sklony k hyperprotektivě, zatímco otec preferoval pravý opak. Vzhledem k tomu, že otec Barbory byl už od samého začátku pracovně dost vytížený, hodně se zaměřoval na svoji profesi, výchova i rodina často spočívala na matce.

*Dědičná onemocnění:* Děda z otcovy strany – 10 let diabetes (léky), Barbořin otec má diabetes cca 3 roky. Babička z otcovy strany bez potíží. Děda z matčiny strany – 3 roky diabetes (inzulín). Babička z matčiny strany – tachykardie, chronický zánět průdušek, alergie na pyly. Matka Barbory bez potíží. Bratr Martin – alergie na pyly a plísně (sezónní vakcinace). Barbora – alergie na roztoče a peří, atopický ekzém.

*Můj závěr a zhodnocení Barbořiných obtíží:* To, v jakém prostředí byli vychováváni Barbořiny rodiče, se promítlo na výchovu Barbory i jejího bratra. Matka vyrůstala v láskyplném, ale také v přehnaně pečujícím a ochranném prostředí. Její sklony starostlivé a pečující matky postupem času přerostly až do úzkostlivých obav o dceru (obavy se týkají hlavně zdravotního stavu dcery). Otec Barbory, který má obě děti velmi rád, finančně zabezpečuje rodinu, své manželce ale s výchovou dětí a v domácnosti příliš nepomáhá. Rodinný model, ve kterém otec Barbory vyrůstal, si částečně přinesl i do své rodiny. I když je vůči dětem pozorný a zodpovědný, přirozené pudy k výchově dětí jsou oslabeny.



Život jedenáctileté Barbory je velmi ovlivňován jejími zdravotními obtížemi. Oporou je pro ni rodina, doléhají na ni však matčiny nadměrné obavy o dceřino zdraví. Sociální interakce s vrstevníky a okolím má omezeny kvůli častému setrvávání doma a na lůžku. Barbořiny nahromaděné problémy podle mého názoru vyústily v nadměrnou úzkost, má nízké sebevědomí, strach navazovat nové společenské kontakty. V souvislosti s problémem vstávat ráno do školy, neochotou podělit se o zážitky ze školy nebo naopak informace o somatických obtížích v době vyučování projevujících se bez příčiny, je u Barbory patrná i školní fobie. Příčinu školní fobie je možné hledat ve velké absenci. Díky tomu si Barbora nevytvořila pevné vztahy se spolužáky, cítí se vyčleněna z kolektivu. Někdy je dokonce terčem posměchu ze strany ostatních dětí kvůli „ulívání“ ze školy a také kvůli ekzému, obzvláště když ekzémem trpí i v obličeji.

V samém závěru rozhovoru s matkou jsem se od ní dozvěděla, že už pár týdnů uvažuje o návštěvě psychologa. Změny v chování a jednání její dcery jí trápí, ale neumí si je vysvětlit. Psychologa chce nejprve navštívit sama, aby se dozvěděla základní informace o dceřiných obtížích a poradila se, kam se má s dcerou obrátit.

Prvořadý problém, který by měl být terapeuticky v rodině řešen, jsou Barbořiny obtíže. Rodiče by se s dcerou měli neprodleně obrátit na některé specializované pracoviště. Příčiny Barbořiných problémů jsou ale i odrazem rodinné situace, jako celého systému. Oba Barbořiny rodiče si na cestě životem nesou svou tíhu, která je ovlivňuje. Aby se vypořádali se vztahy ke svým rodičům, se svým dětstvím, které je určující nejen pro ně, ale i pro každého jiného člověka, bych individuální terapii doporučovala i jim.

## 6 POKUS O ZODPOVĚZENÍ OTÁZEK POLOŽENÝCH V PRVNÍ KAPITOLE

Na otázky, které jsem si v úvodu položila, se nyní pokusím najít odpovědi. Teoretické odpovědi v některých případech doložím i ukázkou z rodinné anamnézy jedenáctileté dívky (RA: text kurzívou).

Můj hypotetický úsudek, že nadměrná úzkost u dítěte vzniká po dlouhodobém a intenzivním působení podnětů a situací, byl správný. *RA: Barbora bývala i desetkrát do roka nemocná...Jak Barbořina matka uvedla, bylo to velmi fyzicky a psychicky náročné, jak pro dceru tak, pro její okolí (hlavně matku). Jde o patologickou úzkost, která může dítěti výrazně znesnadnit psychosociální adaptaci. RA: Sociální interakce s vrstevníky a okolím má omezeny kvůli častému setrvání doma a na lůžku. Barbořiny nahromaděné problémy podle mého názoru vyústily v nadměrnou úzkost, má nízké sebevědomí, strach navazovat nové společenské kontakty.*

Na otázky, co je to úzkost a strach, jaké jsou jejich příčiny a mají-li pro dítě nejen negativní ale i pozitivní význam, není stručná odpověď. Úzkost i strach jsou lidské emoce podílející se na formování a rozvoji osobnosti. Strach představuje nepříjemný pocit, který se váže na konkrétní podnět či situaci. Naopak úzkost nemá jasný zdroj a jde o pocit intenzivní stísněnosti. Jestliže tyto emoce nepůsobí v nadměrné míře, člověk jim dokáže naslouchat a zvládne je překonat, mohou mít i pozitivní význam. Vystupují totiž jako varovné signály před nebezpečím a díky tomu člověk aktivuje své obranné síly. Vznik úzkosti a strachu musíme vždy chápat v souvislosti s rodinným systémem, vztahy a situacemi uvnitř rodiny. I když se dítě jeví jako zdroj obtíží, zajímáme se o rodinný kontext, který je jedním z určujících hledisek pro vývoj dítěte, a tedy i úzkosti. *RA: Matka vyrůstala v láskyplném, ale také v přehnaně pečujícím a ochranném prostředí. Její sklony starostlivé a pečující matky postupem času přerostly až do úzkostlivých obav o dceru (obavy se týkají hlavně zdravotního stavu dcery).* Dalšími důležitými faktory při utváření úzkosti u dítěte jsou vztahy mezi spolužáky a vrstevníky, podmiňovací procesy (fixace, úlekové reakce...), traumatické události a zážitky, genetické a rodinné vlivy a vztahy mezi rodiči, jejich chování mezi sebou a chování vůči dítěti.

Na otázku, zda jsou rodiče schopni rozpoznat nadměrnou úzkost u svého dítěte, není lehké odpovědět. Tak jako je každé dítě individualitou, jsou i jejich rodiče rozdílní. Různí se tedy i jejich schopnosti vnímat své dítě a naslouchat jeho „volání o pomoc“. *RA: Matka už pár týdnů uvažuje o návštěvě psychologa. Změny v chování a jednání její dcery jí trápí, ale neumí si je vysvětlit. Psychologa chce nejprve navštívit sama, aby se dozvěděla základní informace o dceřiných obtížích a poradila se, kam se má s dcerou obrátit.*

Je-li dítě nadměrně úzkostné a rodiče s ním vyhledali odbornou pomoc, závisí účinnost léčení na zvolené terapeutické metodě a postupu, kterým terapeut s dítětem pracuje. Význam při léčbě úzkostných dětí má bezesporu i sociální pracovnice. I když se přímo nepodílí na terapeutických sezeních, pro dítě a jeho rodinu může sociální pracovnice představovat sociální oporu. Může dítěti a jeho rodině nabídnout empatický rozhovor, přiměřený fyzický kontakt nebo pro dítě představovat osobu, které se může svěřit se svým aktuálním problémem.

## ZÁVĚR

Ve své práci jsem se rozhodla zabývat se problematikou úzkostí a strachu, a to v dětském věku. Zamýšlela jsem se v ní zejména nad tím, co je to úzkost a strach, jak tyto emoce vznikají, které podněty a okolnosti jsou při jejich utváření určující, a jaké jsou možnosti jejich léčby. Mou snahou bylo zaměřit se na práci s nadměrně úzkostným dítětem z pohledu sociálního pracovníka, a to zejména takového sociálního pracovníka, který pracuje na oddělení dětské psychiatrie. Zajímala jsem se také o práci s rodinou, v níž vyrůstá úzkostné dítě, a která je bezesporu velmi důležitá při léčbě. V mnoha případech je rodina, a spolupráce s ní, jednou z hlavních podmínek pro úspěšnou léčbu.

Je zřejmé, že jsem tuto problematiku nemohla zpracovat komplexně, neboť je velmi rozsáhlá a určitě by si zasloužila zpracování většího rozsahu. Věřím však, že jsem ve své práci alespoň nastínila základní podstatu, která se týká problému dětí s nadměrnou úzkostí a strachem.

## SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

- BAKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. Přel. J. Lorenc. Praha: Triton, 2007. 252 s. ISBN 078-80-7254-955-9.
- ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*. Přel. J. Kubátová, J. Štěpo. Praha: Grada Publishing, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HOLUB, J., LYER, S. *Stručný etymologický slovník jazyka českého*. Praha: SPN, 1978.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-548-2.
- MARHAMOVÁ, U. *Pomáháme dětem zvládnout stres*. Praha: Talpress, 1996. 143 s. ISBN 80-7197-020-4.
- MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíce potřebují*. 3.vyd. Praha: Portál, 2003. 108 s. ISBN 80-7178-853-8.
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina*. Praha: SPN, 1992. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.
- MATOUŠEK, O., aj. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O., aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003a. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003b. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální komunikace*. Praha:
- PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.
- ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Socioklub, 2000. ISBN 80-85850-00-1.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., aj. *Dětská klinická psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.
- TOMEŠ, I., aj. *Vzdělávací standardy v sociální práci*. Praha: Socioklub, 1997. 334 s. ISBN 80-902260-3-5.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. 197 s. ISBN 80-7178-503-2.

VOKURKA, M., HUGO, J., aj. *Velký lékařský slovník*. 4. rozš.vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.

VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. 182 s. ISBN 80-7178-830-9.

VYMĚTAL, J., aj. *Speciální psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1.

### **Evidenční list knihovny**

Uživatel potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně citovat jako jakýkoli jiný pramen.

<b>Jméno</b>	<b>Adresa</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>

Jméno	Adresa	Datum	Podpis



Jméno	Adresa	Datum	Podpis

## Příloha 1

### RESUMÉ

*Autor:* Daniela Procházková

*Studijní obor:* Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

*Název bakalářské práce:* **Úloha sociálního pracovníka při léčbě dětských úzkostí a strachu**

*Vedoucí práce:* Doc.PhDr. Jan srnec, CSc.

*Klíčová slova:* úzkost a strach, dítě, léčba, rodina, rodinná anamnéza

Ve své práci jsem se zabývala problematikou nadměrné úzkostí a strachu u dítěte, a to zejména z pohledu sociálního pracovníka. V jednotlivých kapitolách jsem hledala odpovědi na otázky, co je to úzkost a strach, které faktory se podílí na jejich vzniku, jestli je spojitost mezi utvářením úzkosti u dítěte a rodinným kontextem, ve kterém dítě vyrůstá a jaké jsou možnosti léčby nadměrné úzkosti. Jelikož je při práci s dítětem důležitá spolupráce s rodinou, zajímala jsem se i o účast rodičů (či jiných zákonných zástupců) na léčbě jejich dítěte trpícího nadměrnou úzkostí, a jejich spolupráci při vytváření rodinné a osobní anamnézy dítěte.

Teoretický text vychází z prostudované literatury, která pojednává o problematice dětských úzkostí a strachu. Zdrojem mých osobních zkušeností, kterým jsem se podrobněji věnovala v závěru práce, byla má stáž na oddělení dětské psychiatrie. Do samého závěru práce jsem pro ilustraci zařadila rodinnou anamnézu jedenáctileté dívky trpící nadměrnými úzkostmi, kterou jsem pro účely mé bakalářské práce zpracovala.

Na většinu otázek položených v úvodu jsem si s pomocí literatury dokázala odpovědět. Aby však nešlo jen o teoretický výčet, odpovědi jsem dokládala konkrétními ukázkami z rodinné anamnézy.

## RESUME

*Autor:* Daniela Procházková

*Field of study:* Social work focused on communication and applied psychotherapy

*Title:* **Role of a social worker healing children's anxiety and fear**

*Supervisor:* Doc.PhDr. Jan Srnec, CSc.

*Key words:* anxiety and fear, child, family, family anamnesi

As my task I have dealt with problematic children being overly afraid and over-anxious, mainly from the social worker's point of view. In each chapter, I was trying to find answers for questions, what is fear and anxiety, and which factors influence their beginnings. If there is a connection between forming a child's anxiety and family contextual boundary in which the child grows up and what are the treatment possibilities for over-anxiety. Because there is an important factor of family while working with children, I was interested in the participation of parents (or other legal representatives) while treating their child suffering from over-anxiety and their cooperation in forming the family and personal anamnesis of a child.

The theoretical text comes from the study of the reference work which discusses a problem of child anxieties and fears. The source of my personal experiences, to which I have dedicated more time at the end of my task, was my trainee-ship on a child psychiatry ward. There is a family anamnesis of eleven years old girl suffering from over anxiety at the very end of my task.

I have managed to find answers for most of the questions given at the introduction thanks to the reference works. But I have also proved practically that the answers were right while using the family anamnesis.



## RESUMÉ

*Autor:* Daniela Procházková

*Studijní obor:* Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

*Název bakalářské práce:* **Úloha sociálního pracovníka při léčbě dětských úzkostí a strachu**

*Vedoucí práce:* Doc.PhDr. Jan srnec, CSc.

*Klíčová slova:* úzkost a strach, dítě, léčba, rodina, rodinná anamnéza

Ve své práci jsem se zabývala problematikou nadměrné úzkostí a strachu u dítěte, a to zejména z pohledu sociálního pracovníka. V jednotlivých kapitolách jsem hledala odpovědi na otázky, co je to úzkost a strach, které faktory se podílí na jejich vzniku, jestli je spojitost mezi utvářením úzkostí u dítěte a rodinným kontextem, ve kterém dítě vyrůstá a jaké jsou možnosti léčby nadměrné úzkosti. Jelikož je při práci s dítětem důležitá spolupráce s rodinou, zajímala jsem se i o účast rodičů (či jiných zákonných zástupců) na léčbě jejich dítěte trpícího nadměrnou úzkostí, a jejich spolupráci při vytváření rodinné a osobní anamnézy dítěte.

Teoretický text vychází z prostudované literatury, která pojednává o problematice dětských úzkostí a strachu. Zdrojem mých osobních zkušeností, kterým jsem se podrobněji věnovala v závěru práce, byla má stáž na oddělení dětské psychiatrie. Do samého závěru práce jsem pro ilustraci zařadila rodinnou anamnézu jedenáctileté dívky trpící nadměrnými úzkostmi, kterou jsem pro účely mé bakalářské práce zpracovala.

Na většinu otázek položených v úvodu jsem si s pomocí literatury dokázala odpovědět. Aby však nešlo jen o teoretický výčet, odpovědi jsem dokládala konkrétními ukázkami z rodinné anamnézy.

Posudek vedoucího písemné práce k bakalářské zkoušce

**Daniela Procházková:**

### **Úloha sociálního pracovníka při léčbě dětských úzkostí a strachu**

Svou písemnou práci autorka navázala na dlouhodobou stáž na oddělení dětské psychiatrie. Zvolené téma, tj. dětské úzkosti a strach, patří k významné problematice v oblasti zdravotní a psychosociální péče o děti. Téma je tedy – obecně vzato – v souladu s programem a cíli PVŠPS. Práce má cca 50 stran textu a opírá se o více než dvacet citovaných pramenů.

Název práce slibuje, že autorka soustředí pozornost na „úlohu sociálního pracovníka při léčbě dětských úzkostí a strachů“. Tento cíl však splňuje jen z malé části. Nevěnuje se mu ani převážná část obdobně nadepsané čtvrté kapitoly, která spíše popisuje celkový režim na oddělení dětské psychiatrie Thomayerovy nemocnice a pokud se speciálně vztahuje (alespoň okrajově) k plnění úloh sociální pracovnice, nijak se nesoustřeďuje na nemocné s převážně úzkostnou symptomatikou. Vzhledem ke skutečnému obsahu většiny kapitol by asi bylo přiměřenější dát práci název Úloha sociálního pracovníka při prevenci a zvládání úzkostných reakcí u dětských pacientů na psychiatrii (samozřejmě s náležitými úpravami textu, posunem některých důrazů apod.).


Celé práci je možno vytknout, že výklad je málo soustředěný na ústřední téma, je spíše „o mnohém“ než aby šel v dílčích aspektech více do hloubky (non multa, sed multum). Příklad: Tři poslední odstavce v podkapitole 2.3.1 o „vzniku úzkostí“ začínají větou „V následujícím textu se zaměřím na pojetí geneze úzkosti dle vybraných psychologických směrů a škol“. A které „směry“ se pak skutečně uvádějí? Freud, KBT a filosof Heidegger (!).

Značná závislost na použité literatuře se projevuje i v tom, že studentka přebírá od citovaných autorů-znalců i „poučovací“ styl výkladu (co by se mělo dělat, co se nesmí opomenout apod.), který nesluší studentce s dosud malou odbornou zkušeností.

Práce obsahuje také řadu chyb či nepřesností (Marthamová x Marhamová, str 20, generové zastoupení, str. 22, odlišný název v Obsahu a v textu, str. 27 aj.).

Jako tzv. vedoucí bakalářské písemné práce konstatuji, že studentka nevyužila příležitostí ke konzultacím v době předprázdninové a nad její písemnou prací jsme se setkali až koncem srpna. Přes uvedené nedostatky doporučuji předloženou práci k obhajobě.

19. září 2008

  
Jan Srnec

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Oponentský posudek bakalářské práce

Autorka: Daniela Procházková

Název práce: „Úloha sociálního pracovníka při léčbě dětských úzkostí a strachu“

Oponentka: Mgr. Magdalena Koťová

Autorka se v práci zabývá tématem úzkosti a strachu ve vývoji dítěte, jejich genezí a diagnostikou, možnostmi sociální práce a psychoterapie při procesu terapie uvedených poruch. Do textu bakalářské práce je též zařazena kapitola týkající se úlohy sociálního pracovníka na oddělení dětské psychiatrie, vycházející z osobních zkušeností autorky. Bakalářskou práci doplňuje rodinná anamnéza jedenáctileté dívky Barbory trpící úzkostí. Závěr bakalářské práce tvoří zajímavá kapitola, ve které autorka nastiňuje odpovědi na otázky týkající se tzv. úzkostných poruch – své úvahy vhodně doplňuje ukázkami z rodinné anamnézy.

Klíčová slova jsou vybrána a definována adekvátně; oceňuji, že vybrané citace jsou autorkou okomentovány. Otázky, které si autorka v úvodu pokládá, dokládají, že o problematice přemýšlí komplexně. Oceňuji, že se autorce podařilo stručně zmínit důležité fenomény, vážící se k tématu úzkostných poruch a strachu, bez toho, aby se dopouštěla přílišných zestručnění. Za zdařilé považuji též kapitoly týkající se možností diagnostiky úzkostných poruch u dětí, sociální práce a psychoterapie či zvláštností psychoterapie u dětí. Rodinná anamnéza doplňující text práce je vhodně strukturována a autorka v ní dokazuje, že zřejmě dokáže pokládat „správné klíčové otázky“ a uvažovat o vývoji jedince komplexně a nereduktivním způsobem; zabývá se i transgeneračním pohledem na rodinu. Seznam použité literatury je adekvátní, chybí pouze zahraniční publikace. Jazyk práce je kultivovaný.

Domnívám se, že text Daniely Procházkové přesně splňuje nároky kladené na bakalářské práce, z tohoto důvodu **doporučuji práci k obhajobě.**

V Praze, dne 19. 9. 2008

  
Mgr. Magdalena Koťová