

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií Brno

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Brno 2010

Bc. et Mgr. Lucie Kosová

# UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Fakulta humanitních studií  
Institut mezioborových studií Brno

**Bc.et Mgr. LUCIE KOSOVÁ**

II. ročník - navazující studium

Studijní program: N7507 - Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

## **MOŽNOSTI PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ U DĚTÍ S HYPERKINETICKOU PORUCHOU**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Brno 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Možnosti prevence sociálně patologických jevů u dětí s hyperkinetickou poruchou“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 13. 03. 2010 .....

Lucie Kosová

## **Poděkování**

Děkuji panu MUDr. Pavlu Theinerovi, Ph.D., vedoucímu práce, za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování diplomové práce. Dále bych mu chtěla poděkovat za umožnění získání cenných odborných poznatků ke své diplomové práci.

Také bych chtěla poděkovat paní MUDr. Zuzaně Vaňkové, v jejímž zařízení jsem také měla možnost získat informace pro zpracování údajů praktické části práce.

Chtěla bych v neposlední řadě poděkovat své rodině a přátelům za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování diplomové práce a které si velmi vážím.

Lucie Kosová

# OBSAH

## ÚVOD

## TEORETICKÁ ČÁST

<b>1 PORUCHY AKTIVITY A POZORNOSTI U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ</b>	<b>11</b>
1.1 Poruchy aktivity a pozornosti s hyperaktivitou specificky v dětském věku	11
1.2 Poruchy aktivity a pozornosti s hyperaktivitou v adolescenci	13
1.3 Možná profilace ADHD a ADD do poruch chování	16
1.3.1 Projevy poruch chování u dětí	18
1.3.2 Projevy poruch chování u adolescentů	20
<b>2 HYPERKINETICKÁ PORUCHA V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI</b>	<b>22</b>
2.1 Hyperkinetická porucha - etiologie	23
2.2 Hyperkinetická porucha - diagnostika	24
2.3 Diferenciální diagnostika hyperkinetické poruchy a poruch chování	27
2.4 Situace v rodině a výchovné přístupy u dětí s touto poruchou	28
2.5 Školní začlenění těchto dětí a problémy spojené s vyučovacím procesem	30
<b>3 TERAPIE PROJEVŮ PORUCH POZORNOSTI A AKTIVITY</b>	<b>33</b>
3.1 Terapie poruch pozornosti a aktivity s hyperaktivitou v dětském věku	34
3.2 Terapie poruch pozornosti a aktivity s hyperaktivitou v adolescenci	38
<b>4 MOŽNOSTI PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ</b>	<b>40</b>
4.1 Možnosti prevence sociálně patologických jevů u jedinců s hyperkinetickou poruchou	40
4.2 Téma prevence sociálně patologických jevů v této souvislosti v současnosti	41
4.3 Využití možností a prevence sociálně patologických jevů v České republice	47

## PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI	52
6 PŘEDPOKLADY PRAKTICKÉ ČÁSTI	53
7 METODY A TECHNIKY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	54
7.1 Použitá metoda získávání dat	54
7.2 Charakteristika daného problému	54
8 PŘÍPADOVÁ STUDIE KLIENTA S HYPERKINETICKOU PORUCHOU	55
8.1 Případová studie klienta s hyperkinetickou poruchou	55
9 VÝSLEDKY PRAKTICKÉ ČÁSTI	73
10 DISKUZE	74
ZÁVĚR	76
RESUMÉ	78
ANOTACE	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÉ ZDROJE	82
SEZNAM PŘÍLOH	87

## ÚVOD

Z názvu naší diplomové práce „Možnosti prevence sociálně patologických jevů u dětí s hyperkinetickou poruchou“ plyne, že se hodláme zabývat převážně možnostmi prevence sociálně patologických jevů u specifické skupiny osob, jakou jsou děti a adolescenti s hyperkinetickou poruchou. Toto téma je v dnešní době jedním z aktuálních a stává se čím dál častěji konzultovaným problémem mezi odbornou i laickou veřejností.

S pojmem „hyperkinetická porucha“ se můžeme setkat při výkonu specificky zaměřené profese, jakými jsou nejčastěji psycholog, psychiatr, či pedagog, ať speciální, či vyučující v běžné třídě základní, střední i vysoké školy.

Také se s danou problematikou můžeme seznámit, pokud známe někoho, kdo danou poruchou trpí a je nejen v jeho zájmu, ale i zájmu jeho okolí, aby jeho problémy byly potlačeny či nejlépe odstraněny.

V dnešní společnosti, kdy je možnost i u neoborné veřejnosti informovat se a poradit o různých problémech prostřednictvím různorodých medií hlavně prostřednictvím internetu, jistě mnozí slyšeli o „hyperkinetické poruše“, aniž by museli znát jedince, jemuž byla určena tato diagnóza.

Otázka hyperkinetické poruchy je rozsáhlou oblastí, která zastřešuje mnoho klíčových problémů, které by ovšem vzhledem k rozsahu práce nebylo možno pojmut vyčerpávajícím způsobem. Proto se budeme v práci orientovat převážně na oblast možností prevence sociálně patologických jevů v konkrétní souvislosti s hyperkinetickou poruchou.

V práci se budeme také snažit o porovnávání teoretických poznatků a případových studií klientů s hyperkinetickou poruchou.

Také se hodláme zabývat tím, jak přistupovat k celkové kompenzaci nežádoucích projevů, které mohou negativně působit na osobnost dítěte či adolescenta s těmito obtížemi. Zaměřili jsme se ve své práci na specifika u věkové kategorie dětí a adolescentů, přestože studium dané problematiky u jiné věkové kategorie by jistě bylo také přínosné a může se stát tématem další odborné práce. Problematiku u dané věkové kategorie jsme si vybrali z toho důvodu, že u této věkové kategorie, u dětí a adolescentů zvláště ve školním prostředí, spatřujeme možnost výraznějších projevů obtíží, než kdekoliv jinde.

Samozřejmě se problémy jedinců projeví i v dalších výchovných prostředích, a co se týče právě prostředí rodiny a školy, chceme se také zaměřit na zkoumání možného přispění spolupráce rodiny a školy k úspěšnému zakončení terapeutického procesu, dále k co nejpříznivějšímu možnému prognostickému výhledu celkového stavu osobnosti klienta.

Cílem práce v první kapitole je objasnění problematiky hyperkinetické poruchy u dětí a adolescentů, její profilací do poruch chování. Ve druhé kapitole se zabýváme hyperkinetickou poruchou u dětí a adolescentů, její etiologií, diagnostikou, diferenciální diagnostikou a specifiky projevů těchto jedinců. Také se v této kapitole zabýváme situací dětí a adolescentů v rodině, dále problematikou školního začlenění těchto osob. V třetí kapitole se budeme snažit shrnout terapeutické postupy u dětí a adolescentů s hyperkinetickou poruchou. Čtvrtá kapitola je zaměřena na ústřední téma práce - možnosti prevence sociálně patologických jevů u této poruchy. V praktické části práce se věnujeme dané problematice v podobě případových studií.

Předmětem práce tedy bude zamyslet se nad možnostmi prevence sociálně patologických jevů u jedinců s touto „indispozicí“.

Pokusíme se o komparaci teoretických poznatků s konkrétní případovou studií klienta s hyperkinetickou poruchou s naznačením vlastního osobního postoje k této problematice.

V práci se zaměříme především na oblast prevence sociálně patologických jevů, kde také spatřujeme nejužší souvislost této práce se studijním oborem sociální pedagogiky. Toho bychom chtěli dosáhnout nejprve zaměřením se na klíčová slova, jakými jsou: hyperkinetická porucha, attention deficite hyperaktivity disorders (dále ADHD), attention deficite disorders (dále ADD), minimal brain dysfunction (dále MBD), lehká mozková dysfunkce (dále LMD), sociálně patologické jevy, možnosti prevence, dítě, adolescent. V závěru práce uvedeme případovou studii klienta s hyperkinetickou poruchou.

Hlavní metodou teoretické části práce je teoretická analýza na základě studia literatury k danému tématu. Také v této části práce využíváme teoreticky zaměřené metody: logické - deduktivní i induktivní, analýzu, syntézu, srovnávací metody, heuristickou metodu.

V praktické části práce využíváme empirických metod: metodu pozorování, rozhovoru a dotazníkovou metodu.

Případová studie vychází ze zařízení dětské psychiatrické ambulance.



# 1 PORUCHY AKTIVITY A POZORNOSTI U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

V úvodu této kapitoly se zaměříme na vysvětlení rozdílu hyperkinetické poruchy a ADHD. Poté bychom se specificky zaměřili na poruchy aktivity a pozornosti u dětí a adolescentů. V další části kapitoly se budeme zabývat souvislostí poruchy aktivity a pozornosti a poruchami chování, zvláště u dětí a adolescentů.

V prvé řadě, z důvodů terminologické nejednotnosti, je třeba objasnit rozdíly mezi hyperkinetickými poruchami a tzv. poruchami aktivity a pozornosti. Mezinárodní klasifikace nemocí řadí tuto poruchu pod číselné označení (F 90), kdy zastřešujícím termínem pro tuto kategorii jsou právě hyperkinetické poruchy. Poruchy aktivity a pozornosti jsou v této klasifikaci podtypem s označením F90.0. Tato klasifikace je však v mnoha ohledech rozdílná od klasifikace americké asociace psychiatrů (dále DSM-IV), ať již v označení hyperkinetické poruchy jako takové, či dále v projevech i symptomech. Pro přehlednost uvedeme členění hyperkinetických poruch dle MKN-10, neboť tímto členěním se řídí diagnostika této poruchy v evropských zemích a klasifikaci DSM-IV budeme uvádět pro případné srovnání. Dále uvedeme kategorii poruch chování, neboť i tato kategorie je jedním z témat naší práce.

## **F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci**

### **F99 Nespecifikovaná duševní porucha**

#### **F 90 Hyperkinetické poruchy**

F 90.0 Poruchy aktivity a pozornosti

F90.1 Hyperkinetická porucha chování

F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy

F 90.0 Nespecifikovaná hyperkinetická porucha

## **F91 Poruchy chování**

F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině

F91.1 Nesocializovaná porucha chování

F91.2 Socializovaná porucha chování

F91.3 Porucha opozičního vzdoru

F91.8 Jiné poruchy chování

F91.9 Porucha chování nespecifikovaná

(Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, s. 245, 2000)

V odborné literatuře se tedy setkáváme s termíny:

» *specifické vývojové poruchy učení a chování,*

» *hyperkinetické poruchy*<sup>1</sup>,

» *hyperkinetická porucha,*

» *porucha aktivity a pozornosti,*

» *ADHD/ADD*<sup>2</sup>,

» *vývojové poruchy chování,*

» *minimal brain dysfunction* (dále MBD).

Pojem *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) neboli *porucha s deficitem pozornosti a aktivity* označuje onemocnění způsobující obtíže se soustředěním, nepřiměřeně zvýšenou aktivitou a impulzivitou dítěte. Terminologie v tomto odráží i pokrok ve výzkumu příčin, projevů a léčby dané poruchy. Termín ADHD je standardní ve většině vyspělých zemí. Další užívané termíny hyperkinetická porucha, porucha aktivity a pozornosti se s pojmem ADHD zcela nepřekrývají (Goetz, Uhlíková, 2009).

„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.”(Barkley, s. 235, 1990)

Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v raném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s běžnou populací téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat

---

<sup>1</sup> Jako zastřešující termín pro celou kategorii těchto poruch.

<sup>2</sup> Pojem *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) neboli *porucha s deficitem pozornosti a aktivity*.

pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností (Barkley in Zelinková, 2009).

## 1.1 Poruchy aktivity a pozornosti s hyperaktivitou specificky v dětském věku

V odborné literatuře je mnohdy uváděno, že k základním příznakům hyperkinetické poruchy patří hyperaktivita,<sup>3</sup> porucha pozornosti a impulzivita, které se vyskytují dlouhodobě a v míře, která je nepřiměřená věku dítěte. Pro diagnózu je nutné, aby byly současně přítomny poruchy pozornosti a hyperaktivita, obvykle společně s impulzivitou (Drtílková, 2007).

Co se týče symptomatologie, bylo by vhodné rozdělit v tomto ohledu příznaky na období předškolního a školního věku.

V předškolním věku se u těchto jedinců projevuje neklid, již od raného dětství: nezastaví se, někdy trpí nespavostí, jsou více plačtivé než ostatní děti a mohou se u nich objevovat další neobvyklé příznaky (Train, 1997).

Rodiče u těchto dětí často udávají dlouhou fázi „vzdoru“, během níž se vyskytovaly výrazné záchvaty vzteku. V předškolním zařízení bývají často popisovány jako nadměrně divoké, neukázněné, bouřlivé nebo agresivně reagující v situacích, kdy se musí podřídít ostatním nebo si něco odepřít. Rychle střídají hry a zájmy, mohou ostatním ničit hračky či kazit společné hry. V cizím prostředí obvykle rychle ztrácejí zábrany, pobíhají po místnosti, berou do ruky různé předměty, pokřikují, dají se jen krátkodobě usměrnit. Později se u nich rozvíjí a upevňuje tzv. „vnitřní řeč“, často mají potřebu hlasitě komentovat své počínání a jejich chování odpovídá nižšímu věku. Drtílková (in ibid.)

Jak uvádí Bragdon: „dle anglosaské literatury trpí touto poruchou tři až pět procent dětí školního věku. Podle jiných pramenů je však postiženo až 24% školáků.“ (Bragdon, s. 6, 2006)

V průběhu minulého století byl tento problém skryt pod mnoha různými označeními a také pohled na příznaky tohoto onemocnění prošel určitými změnami. V našich zemích byly řadu let příznaky zahrnovány pod diagnózu lehké mozkové dysfunkce (dále LMD) a děti byly označovány jako psychomotoricky instabilní. V posledních letech se vedle současného názvu

---

<sup>3</sup> Hyperaktivita- v příznacích: nadměrná pohyblivost, neschopnost vydržet v klidu.

- hyperkinetická porucha stále častěji u nás používá zkratka Americké psychiatrické asociace (dále DSM-IV)- ADHD. Rozdíl mezi těmito dvěma názvy spočívá převážně v tom, že kritéria pro ADHD jsou mírnější, tuto diagnózu může mít i dítě, které trpí pouze poruchami pozornosti, bez hyperaktivity a impulzivity anebo s hyperaktivitou a impulzivitou avšak bez poruch pozornosti. Diagnóza ADHD nezahrnuje podskupinu odpovídající „naší“ hyperkinetické poruše chování. Diagnóza – poruch aktivity a pozornosti je prakticky totožná s diagnózou ADHD (kombinovaný typ) dle americké klasifikace. Drtílková (in ibid.)

V československé odborné literatuře byl v minulosti také běžně užíván pojem *lehká mozková dysfunkce* (dále LMD), (případně starší označení *lehká dětská encefalopatie* - LDE), která je považována za příčinu některých vývojových poruch, mezi něž byly zařazovány i specifické poruchy učení. Novější zahraniční literatura, užívá termíny *porucha pozornosti* (attention deficit disorder - ADD) a *porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou* (attention deficit hyperactivity disorder - ADHD) Žlab, Škodová (in Škodová, Jedlička, 2007).<sup>4</sup>

Jak uvádí A. Munden: „je běžné, že se nám malé děti zdají být hyperaktivní. Úroveň pohybové aktivity u všech dětí roste do tří let věku. Po tomto roce se jejich pohybová aktivita snižuje. Existují záznamy o tom, že děti s ADHD jsou více aktivní už v prenatálním životě. V raném dětství se tato „živost“ dá zvládat, ale nejvýrazněji se začne hyperaktivita projevovat při nástupu do školy. Začínají problémy s vyrušováním, tyto děti nejsou schopny vydržet na svém místě, často zapomínají pomůcky a vyrušují ostatní žáky” (Munden, s. 22, 2008).

Intenzita neklidu není však u všech dětí stejná. Existují těžké případy hyperkinetické poruchy, kdy se prakticky matka od dítěte nemůže vzdálit, protože by si svou bouřlivou aktivitou způsobilo úraz nebo poškodilo věci ve svém okolí. Tyto děti obvykle nejsou schopny běžné školní docházky, svým neklidem znemožňují učitelům normální vyučování, jejich pobyt v rodině střídají pobyty v psychiatrických léčebnách, kde mezerovitě navštěvují školu. Péče o tyto děti je pro rodiče velmi vyčerpávající, omezuje běžný rodinný život, vše se soustřeďuje jen na hlídání postiženého dítěte, mezi rodiči vzrůstá nespokojenost a napětí, tyto jevy někdy mohou vést až k rozpadu manželství (Drtílková, 2007).

Většina autorů zmiňuje i protipól těchto stavů, popisují děti s projevy tzv. hypoaktivity, zasněnosti, nevyrovnaných školních výkonů, zvýšené únavnosti. Někdy se také mohou projevovat u těchto dětí záchvaty impulzivity a vzteku.

---

<sup>4</sup> Tyto termíny uvádíme z důvodu častého výskytu specifických poruch učení současně s poruchami aktivity a pozornosti ač v dnešní době se jedná o rozdílnou problematiku, kde poruchy učení spadají pod oblast speciálně pedagogickou, zatímco poruchy aktivity a pozornosti spadají do oblasti péče psychologické či psychiatrické.

## 1.2 Poruchy aktivity a pozornosti s hyperaktivitou v adolescenci

Hlavními diagnostickými rysy jsou narušená pozornost a hyperaktivita. Oba tyto rysy jsou pro diagnózu nutné a mají být patrné ve více než jedné situaci (doma, ve škole, při vyšetření). Narušená pozornost se projevuje tím, že jedinec přeruší předčasně práci na úkolu a nechá činnost nedokončenou. Jedinci často přecházejí od jedné činnosti k druhé, zdánlivě ztrácejí pozornost v jednom úkolu, protože jejich pozornost se obrací na úkol jiný. Tyto aspekty nestálosti a nepozornosti by měly být diagnostikovány pouze tehdy, přesahují - li obvyklou míru věku a IQ dítěte. MKN-10 (in ibid.)

1. Prostá porucha pozornosti – ADD- u dětí s poruchami pozornosti, ale s normální úrovní aktivizace, problémy v zaměření pozornosti na informační proces.
2. Hyperaktivita a impulzivita
3. ADHD bez agresivity/ s agresivitou
4. ODD opoziční chování (oppositional deviant disorders) Davidson; Neale (in Zelinková, 2003)

V poslední době je značně diskutována spojitost ADHD/ADD se specifickými poruchami učení.

Na specifický logopedický nálezn spojenými s LMD a zvláště s dyslexií a dysortografií bylo upozorněno už počátkem šedesátých let.

Za příčinu LMD byla dříve považována drobná difúzní porucha mozkové tkáně trvalého rázu, vzniklé nejčastěji perinatálně. Jedinci byli označováni za ty, “ co nevydrží déle při jedné činnosti, často bývají nevladatelní. ” V dnešní době se tento pojem již neuzívá a byl nahrazen pojmem přejatým - minimall brain dysfunction (dále MBD).

Podle současných údajů je hyperkinetická porucha přítomna u 30 – 50% dospívajících/dospělých, kteří měli ADHD v dětství. Na rozdíl od prevalence ADHD v dětství, kdy je výrazná převaha u chlapců, v dospělosti se poměr obou pohlaví vyrovnává. Nejčastěji jsou dle psychiatrických závěrů klienti diagnostikováni v kategoriích poruch osobnosti, neurotických poruch nebo poruch chování u dospělých. Jedním z důvodů se stává transformace původní psychopatologie, která se stává „ méně nápadnou“ a může být chybně diagnostikována nebo přehlížena. Hyperaktivita, která je nejnápadnějším příznakem u velké části dětí s ADHD v dětství, v adolescenci a dospělém věku ustupuje do pozadí, projevy

motorického neklidu, neschopnost setrvat na místě, nervozita v řeči a v neustálém motorickém neklidu je považována za projevy nervozity nebo za osobnostní rys. Z typických symptomů u dospívajících a dospělých přetrvávají poruchy pozornosti a impulzivita (na konverzaci, ztráta běžných předmětů, zapomínání na schůzky, termíny, nezvládají úkoly, které jsou náročné na soustředění a systematickosti). Impulzivita se projevuje netrpělivostí, ukvapenými rozhodnutími, neschopností organizace práce, problémy oddálit akci a rozhodnutí, přerušování ostatních při rozhovoru. Tento impulzivní styl jednání a nedostatečná schopnost inhibice vytváří rizikový terén abúzu alkoholu a drog nebo asociálního chování (Drtílková, Šerý, 2007).

### 1.3 Možná profilace ADHD a ADD do poruch chování

Souvislost ADHD a tzv. poruch chování je v dnešní době jednou z často uváděných otázek, jak v oblasti dětské psychiatrie, tak v oblasti disciplín zaměřených na etopedii.

V dětské psychiatrii jsou tyto poruchy často zmiňovány jako komorbidní, vedle poruch učení (24-70%), lexikálních poruch (expresivní deficit: 10-50%), somatických a pohybových neobratností (50%) a dalších.

V tomto případě bychom mohli zmínit dvě kategorie: kategorii „opozičního chování“ a kategorii „poruch chování.“ Do příznaků opozičního chování náleží: výbušnost, neposlušnost, časté požadavky na dospělé, odmítání poslušnosti, odmítání, umíněnost, obtěžování ostatních, vyčítání, vztek, zlomyslnost, mstivost. Na rozdíl od poruch chování, kde jsou jako nejtypičtější uváděny tyto příznaky: agresivita, rvačky, týrání, zastrasování, šikana, lhaní, použití zbraně, ničení cizí věci a majetku, krutost ke druhým, krádeže, krutost ke zvířatům, zakládání ohňů, rozbíjení věcí a další.

Co se týče poruch chování z neurologického hlediska, dala by se považovat za poruchu na úrovni emoční regulace (impulzivita, agresivita).

Jak uvádí Malá (2000), z etiologického a patofyziologického hlediska jsou patrné u ADHD a poruch chování některé styčné body. Zkoumá se vliv interakce genu a environmentálních vlivů, dále základní genetický substrát ADHD, poporodní nezralost novorozence a vlivy toxických látek v době gravidity matky (alkohol, kouření, tvrdé drogy).

„Porucha chování je charakterizována opakujícím se a přetrvávajícím vzorcem asociálního, agresivního a delikventního chování. Takové chování je mnohem závažnější než

obyčejné dětské „rošťačtví“ nebo revolta dospívající mládeže. Mnoho mladých lidí s poruchou chování trpí též přidruženými specifickými poruchami učení, zejména poruchami čtení a psaní. Důsledky těchto dalších problémů se vyskytují vedle opozičního, agresivního a asociálního chování-mohou vést ke schématu symptomů připomínajících ADHD, přičemž by diagnostika této poruchy nemusela být provedena.” (Munden, s. 42, 2008)

Také byly zkoumány příčiny asociálního chování. Dle Simonoffa (2004), kořeny asociálního chování mají původ v dětství. K tomuto závěru došel z výzkumu, v němž byla klinickým vzorkem dvojčata, která byla systematicky sledována od dětství. Celkem 225 dvojčat, dětí i dospělých, bylo dotazováno ohledně možnosti psychiatrické poruchy, psychosociálního fungování, a psychosociálních a kognitivních rizikových faktorů.

Dle raných počátků hyperaktivity a poruch chování v dětství, jež byly zkoumány jednosměrnou analýzou, byl vysloven předpoklad, že toto chování v dětství a adolescenci může v dospělosti vést k antisociálnímu chování. Nejvýznamnějšími ukazateli antisociálního chování v dospělosti byly v dětství problémy se čtením a nižší inteligenční kvocient. V multivariačním modelování hyperaktivity a poruchy chování v dětství, předpověděl tento model u dospělých riziko antisociálního chování při zahrnutí případných vedlejších rizikových faktorů. Počet příznaků hyperaktivního chování také předpovídal výsledek u dospělých osob. Příznaky jako rušivé chování v dětství má dlouhodobé účinky na vývin poruchy s antisociálními důsledky u dospělých osob, u nichž se přepokládá možnost vzniku poruchy až do střední dospělosti. Významnou řadu příznaků tvoří rušivé poruchy a oblast hyperaktivity, impulzivity v dětství, na něž musí být zacílena včasná intervence (Br. J Psychiatry, 2004).

Newcorn a kol. (2001) uvádějí, že až 50% dětí s ADHD má současně poruchy opozičního vzdoru a poruchy chování. U těchto dětí se objevují již zmiňované výbuchy zlosti, odpor k autoritám, vzdorovité chování, neposlušnost, porušování pravidel a další. Děti, především chlapci, s ADHD a komorbidními poruchami mají zvýšené riziko perzistence poruchy do dospělosti včetně výskytu agresivity, delikvence, abúzu drog a antisociálního jednání v dospělosti. Drtílková (in ibid.)

Dále je uváděna existence podskupiny dětí s ADHD, které mají rovněž také poruchy chování, ta však nastupuje v průběhu dětství. Porucha chování, která nastupuje dlouho před pubertou, se považuje za poruchu výlučně spojenou s ADHD a existuje u ní vysoké procento nežádoucího vývoje. To je v přímém protikladu k poruše chování, která nastupuje až v průběhu puberty, a bývá obvykle časově omezena a má lepší prognózu vývoje. Děti s poruchou chování v raném dětství a s ADHD mají také častěji diagnózu specifických

poruch učení, zejména čtení a psaní, což do značné míry ztěžuje učení a udržení jejich pozice mezi vrstevníky. Vzhledem k potížím s přesným odlišením poruchy chování od ADHD a vzhledem ke skutečnosti, že tyto dvě poruchy často vzájemně korelují, je důležité posouzení odborníka, v tomto případě psychiatra. Stejně tak je nedocenitelná pomoc školy a rozbor psychologa. Platí to hlavně u dětí, které trpí poruchou chování již od dětství, neboť výzkum a klinické zkušenosti jasně dokládají, že tyto děti mají s velkou pravděpodobností i ADHD. Nebudou-li tyto děti léčeny, existuje reálné nebezpečí, že se u nich v budoucnosti vytvoří vzorec opakovaného násilného chování. Munden (in ibid.)

### 1.3.1 Projevy poruch chování u dětí

U dětí s hyperkinetickou poruchou se často také vyskytují různé typy poruch chování, úzkostné poruchy, deprese a tiky. Poruchy chování se často mohou projevovat jako časté výbuchy zlosti, porušování pravidel, rvačky, šikana, různé agresivní projevy, záškoláctví, útěky z domova a další zmíněné, jak uvádí také Hrdlička (2009). Zvláště u chlapců je pravděpodobnost přetrvání poruchy do dospělosti. V dospělosti se mohou poté vyskytovat projevy agresivity, delikvence, zneužívání drog a antisociální jednání. Mírnější forma narušeného chování se projevuje především vzdorovitým, odmítavých chováním, odmítáním autorit a neposlušností, zmiňovanými poruchami opozičního vzdoru. Zejména u starších dětí se mohou k hyperkinetickým projevům připojit úzkostné a depresivní příznaky. Genetické výzkumy ukazují, že se v některých rodinách vyskytují společně s hyperkinetickou poruchou také deprese. Také mohou ale depresivní příznaky vzniknout u dětí jako reakce na různé druhy frustrace-studijní neúspěchy, tresty, problémy v meziosobních vztazích, které jsou přímým důsledkem příznaků základní poruchy (Drtilková, 2007).

V současné mezinárodní klasifikaci nemocí jsou poruchy chování u dětí definovány jako: „opakující se a trvalý (v trvání nejméně šesti měsíců) vzorec asociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte. Poruchy chování jsou v MKN-10 děleny na socializované, kdy dítě má přiměřené vazby v rodině i mimo ni, a na nesocializované, kdy jakékoliv hlubší vztahy a zejména vztahy s vrstevníky chybí. Někdy bývá připojováno kritérium agresivity (dělení na agresivní/neagresivní formy poruch chování) a dále eventuálně i vazba na prostředí, protože u některých dětí dochází k překračování sociálních norem, například pouze v rodině.”(Krejčířová, s. 167, 1995)



V dnešní době se na řešení tzv. sociálně negativních jevů podílí zdravotnické i další rezorty. Jedním z projevů sociálně negativních projevů je kriminalita dospělých. Mnoho dospělých delikventů má poruchy chování, a naopak mnohé poruchy chování u dětí a adolescentů by byly trestnými činy, pokud by tito pachatelé byli již posuzováni jako dospělé osoby. Při diagnostikování poruch chování z hlediska dětí a adolescentů je nutné vždy upřednostňovat vývojové hledisko. Je důležité, zdali se podaří diferencovat poruchy chování dlouhodobé s výrazně negativní prognózou od přechodných nebo reaktivních poruch, kde je charakteristická proměnlivost a reverzibilita a dynamický průběh (Malá, 2000).

„Většina odborníků předpokládá, že osobnost je plně vyvinutá až počátkem rané dospělosti. Většina odborníků se o poruchách osobnosti v dětství nebo dospívání nerada zmiňuje. Jejich dojem je, že vyjadřovat se o poruše něčeho tak složitého, v průběhu vývoje značně proměnlivého, kdy se budoucí vývoj předpovídá obtížně je nevhodné a nebezpečné.”

(Koukolík, s. 111, 1996)

V průběhu dětství a dospívání se tedy častěji mluví spíše o poruchách chování než o poruchách osobnosti. Kontinuum poruch chování v dětství a dospívání je velmi široké. Koukolík (in ibid.)

Poruchy chování se také mohou vyskytovat s poruchami učení a to v rámci primární i sekundární symptomatologie.

O tom, že se specifické poruchy učení spojují s poruchami chování, není pochyb. Bylo to zřejmě již v dobách, kdy se ve školách prosazovala první nápravná opatření. Zřizovaly se dyslektické třídy a třídy tzv. encefalopatické, později třídy pro děti s poruchami školní přizpůsobivosti. Měly se tak rozlišit děti, u kterých byla zjištěna specifická porucha čtení a psaní a děti s poruchami chování. V praxi se však často jednalo o neřešitelný problém, protože děti, které se dostaly do poradny pro specifické poruchy učení, měly již zjevnou nechuť ke školní práci, což vyjadřovaly i nepřizpůsobivým chováním. Bylo nutné klást si otázku, jaké prostředí bude pro dítě nejvhodnější. Jedna úvaha předpokládala, že bude lépe dítě vřadit do dyslektické třídy, aby konečně zažilo ve škole úspěch, který by u něj zvýšilo sebejistotu, a u jeho rodičů snížil úzkost ze stálých nezdarů. Druhotným ziskem byl předpoklad, že dítě za změněných podmínek i zklidní své chování. Druhou možností, která se naskývala, bylo vřadit dítě do „encefalopatické třídy“, předpokládat, že se zlepší jeho chování, dítě se bude lépe soustředit a i učení mu půjde snadněji. Samozřejmě, že praxe přinášela další limitující faktory: zda a ve které třídě je volné místo, jaké je dosavadní složení třídy, do které má být dítě vřazeno apod. Tento problém byl řešen v mnoha zemích. V západních zemích existují třídy a

školy pro děti s poruchami učení a chování- ve Spojených státech například Pace School (Pokorná, 2000).

### 1.3.2 Projevy poruch chování u adolescentů

V etopedické praxi je možné setkat se s jedinci současně s ADHD a ADD v kombinaci s poruchami chování velmi často. Ve výchovných ústavech tvoří tyto jedinci až třetinu klientů. Přirozeně tyto problémy nejsou důvodem umístění v ústavu, avšak zvláštnosti v chování těchto jedinců, pokud jim není věnována náležitá pozornost, mohou sekundárně nabýt asociálního a antisociálního jednání.

Projevy jsou děleny do těchto oblastí:

- poruchy motorických funkcí,
- narušení percepce,
- poruchy myšlení,
- poruchy chování a změny osobnosti.

Většinou dítě nevykazuje všechny typické znaky, avšak setkáváme s typickým seskupením charakterizovaným nejčastěji: psychomotorickým neklidem, psychickou instabilitou, impulzivním jednáním a pohybovou neobratností.

Pro vznik poruch chování jsou typické tyto příznaky:

- problematický kontakt s okolím,
- zvláštnosti v citové sféře,
- nízká frustrační tolerance,
- sociální chování neodpovídající věku nebo intelektu,
- změny osobnosti.

Pro kompenzaci je důležitá správně stanovená diagnóza. Tito klienti vyžadují speciálně pedagogický přístup, náročnější výchovné úsilí a trpělivost. Pokud dítěti není věnována přiměřená péče, většinou končí v převýchovných zařízeních (Procházková, 2005, s. 191).

„V anamnézách delikventních osob se často objevují biochemické a fyziologické poruchy - pod termínem raných poškození centrální nervové soustavy (dále CNS).

Významnou úlohu ve vztahu k delikventnímu mají vybrané poruchy chování a emocí. Jedná se zejména o poruchy chování související s MBD. Dále jsou to především problémy související s hyperkinetickými poruchami- jedná se o syndrom hyperaktivity ADHD.”  
(Fisher, s. 158, 2009)

## 2 HYPERKINETICKÁ PORUCHA V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

V této kapitole se budeme zabývat nejprve základním objasněním hyperkinetické poruchy, její etiologií a diagnostikou. V další části kapitoly se zaměříme na odlišení hyperkinetické poruchy od poruch chování a v závěru kapitoly se budeme zabývat problémy dětí, které souvisí s touto poruchou a výchovou a v neposlední řadě se školním prostředím.

Pro tuto psychiatrickou poruchu bylo použito velké množství terminologických variant, které odrážely změny její psychopatologie, etiologie a patogeneze (Drtilková, 2007). Dle diagnostických kritérií mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN-10) zahrnuje hyperkinetická porucha diagnózy:

F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti

F 90.1 Hyperkinetická porucha chování

Mezinárodní klasifikace nemocí (in ibid.)

„Hyperkinetická porucha (dále HKP) je klinicky charakterizována raným začátkem a kombinací nepozornosti, nadměrné aktivity a impulzivního, špatně kontrolovaného chování. Pojmenování i koncept HKP v 10. revizi MKN je užší ve srovnání se širše pojatým konceptem ADHD v současném americkém manuálu DSM-IV a zahrnuje jen pacienty se závažnější formou poruchy. Oba termíny tedy nejsou zaměnitelné. Důležitá role v objasňování etiologie je přikládána genetickým faktorům, heritabilita ADHD bývá odhadována přibližně na 80%. Zobrazovací studie mozku magnetickou rezonancí prokázaly ve srovnání s kontrolními soubory u pacientů s ADHD redukcí celkového mozkového objemu a objemu frontálních laloků.“ (Hrdlička, s. 10, 2009)

## 2.1 Hyperkinetická porucha - etiologie

Současné vymezení hyperkinetické poruchy a syndromu ADHD v rámci mezinárodně užívaných klasifikačních systémů je založeno na deskriptivním přístupu. Popisuje tedy pozorovatelné příznaky, nezabývá se však etiologií a patogenezí hyperkinetické poruchy a jejím základním mechanismem (Uhrová in Drtílková, Šerý, 2007).

Kotasová (1999) uvádí přehled etiopatogenetických modelů. Některé z nich akcentují zejména biologické faktory (hereditární model, neurobiochemický model, neurofyzický model), jiné se zabývají souhrou biologických i psychologických faktorů nebo se zaměřují na faktory psychologické a sociální. O vysvětlení základních mechanismů hyperkinetické poruchy se pokoušejí některé neuropsychologické teorie. Množství a rozmanitost různých přístupů k hyperkinetické poruše, které jsou do značné míry podmíněny multifaktoriální etiologií, a také snaha o celostní přístup k člověku, vedou ke snaze o vytvoření integrativního přístupu. Uhrová (in ibid.)

Vznik hyperkinetické poruchy je ovlivňován, jak genetickými tak negenetickými faktory. Negenetické - zevní faktory se na vzniku hyperkinetických poruch podílejí asi 20-30%. Mezi tyto faktory počítáme perinatální komplikace a úrazy - kouření, pití alkoholu v těhotenství, předčasný, protražovaný a jinak komplikovaný porod, úraz hlavy. V poslední době se předpokládají i vlivy ekologické. Genetické faktory - mnoho vědců dnes hyperkinetickou poruchu považuje za polygenetickou, vytváření mutací více genů. Pravděpodobně díky genetické chybě nebo odchýlnému embryonálnímu vývoji se děti s hyperkinetickou poruchou nejsou schopny poučit z chyby, nejsou schopny vytvářet internalizované sebeinstrukce, které by měnily jejich nepřijatelné chování. Zobrazovací techniky ukázaly, že u hyperkinetické poruchy hraje roli v etiologii symptomů porucha prefrontálně-striato-talamo-kortikálního okruhu. Porucha je modulována dopaminovou inervací z bazálních ganglií a příznivě ovlivňována terapií stimulací. Neurovývojový proces pozměňuje konfiguraci neurálních map v pravé hemisféře, a tak nedochází k výrazné asymetrii hemisfér jako u kontrolních dětí. Změny na elektroencefalografu (dále EEG) u dětí s hyperkinetickým syndromem svědčí o nematurovanosti centrální nervové soustavy vzhledem k věku a zobrazovací techniky ukazují na neurovývojové opoždění. Během fetálního vývoje nedochází k výrazně asymetrickému vývoji hemisfér. Ztráta asymetrie ve

prospěch pravé hemisféry není jen u poruch aktivity a pozornosti, ale například také u schizofrenie v dětství, a u více poruch časného vývoje mozku (Malá, 2000).

Zhodnocením významných studií, které se touto otázkou zabývaly, docházíme k závěru, že ADHD má až z 80% dědičný základ a vnější faktory jako například výchova, životní prostředí dítěte, biologické vlivy jako průběh těhotenství dle této studie hrají roli podstatně menší. Kromě již zmiňovaných genetických vlivů byl potvrzen i význam vnějších faktorů. Ve srovnání s genetikou hrají menší roli, ale protože některé z nich lze dopředu ovlivnit, je důležité o nich vědět. Zdárný vývoj a funkce mozku od těhotenství až po dospělost jsou závislé na dostatečném přísunu kyslíku. Oproti dřívějším údajům se ukazuje, že větší vliv mají spíše události, které přísun kyslíku snižují dlouhodobě, jako například závažné infekce v těhotenství matky než jednorázové příhody jakou je například komplikovaný porod. Dalšími často potvrzovanými nálezy je vyšší výskyt hyperkinetické poruchy mezi dětmi, které se narodí předčasně a jsou nezralé, mají nízkou porodní hmotnost, a také u matek, které během těhotenství měly obtíže s konzumací alkoholu, kouřily nebo užívaly drogy (Goetz, Uhlíková 2009).

## 2.2 Hyperkinetická porucha - diagnostika

Základem kvalitní léčby hyperkinetických dětí je dobře stanovená diagnóza. V běžné praxi však může být diagnostika hyperkinetické poruchy spojena s komplikacemi. Velmi často se vyskytují spolu s jinými poruchami, které modifikují psychopatologický obraz, a jejich přítomnost má význam pro další psychoterapeutický postup. Hyperkinetická porucha vzniká v raném stadiu vývoje, obvykle v prvních pěti letech života dítěte. U některých osob přetrvává až do dospělosti. Diagnostika hyperkinetické poruchy se skládá z řady vyšetření, rozhovorů a pozorování.

Nejvýznamnějšími momenty jsou: rozhovor s matkou (či jinou blízkou osobou).

Při vyšetření je nezbytná přítomnost osoby, která je velmi dobře obeznámena s vývojem dítěte a která dokáže podat kvalitní anamnestické údaje a popsat chování dítěte, se kterým je často v kontaktu. Na vyšetření matky si vyhradíme třicet minut. Rodiče často popisují chování dítěte „neobjektivně“, to znamená, že spíše hovoří o tom, co si myslí o chování svého dítěte, než že by popisovali chování samotné. Někdy jsou rodiče dokonce obeznámeni s problematikou hyperkinetické poruchy a diagnózu nám sami vnucují. Diagnóza nesmí být stanovena, aniž by bylo provedeno: podrobné klinické vyšetření dítěte: základní klinická

vyšetření dítěte přináší velmi cenná diagnostická vodítka. Podle názoru většiny odborníků je lépe pokud toto vyšetření probíhá bez přítomnosti rodičů, ale v prostředí, které dítě zná a cítí se v něm bezpečně. Jádrovými příznaky jsou nepozornost, impulzivita a hyperaktivita. Dále záleží na prostředí- rodiny, školy, v němž momentálně měříme výkon dítěte, jež může být samotnou poruchou pozměněn. Proto platí, že dalšími diagnostickými vodítky je i pohled vyučujícího, dotazníková a škálová měření, laboratorní, tělesné, zobrazovací a elektrofyziologické vyšetřovací metody a v neposlední řadě psychologické vyšetření (Theiner in Drtílková, 2007).

Každé onemocnění má stanovená závazná kritéria, která musí pacient naplňovat, aby mohla být určena diagnóza. Kritéria jsou shrnuta v klasifikačním systému, který je průběžně aktualizován, hovoří se o jeho revizi. V evropské klasifikaci proto hovoříme o hyperkinetické poruše, jak již bylo zmíněno, zatímco pojem ADHD pochází z amerického diagnostického manuálu. Porovnáme – li americká a evropská kritéria, zjistíme, že vymezení v evropské klasifikaci je užší než v americkém diagnostickém systému. Naprostá většina celosvětového výzkumu ADHD je vedena podle americké diagnostiky, proto je nutné brát i tuto klasifikaci v úvahu.

#### Diagnostická kritéria DSM-IV

Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou- ADHD

A. Minimálně jeden nebo druhý blok z řady příznaků

A1. Šest nebo více následujících příznaků nepozornosti přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho výkonu: nepozornost: často se mu nedaří soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách, často má potíže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hraní, často se zdá, že neposlouchá, když se na něj přímo hovoří, často nepostupuje dle zadaných pokynů, často se mu nedaří dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti, často má problémy zorganizovat Sobě úkoly a činnosti, často se vyhýbá plnění úkolů, nedělá je rádo, zdráhá se dělat domácí práce, které vyžadují soustředění a úsilí, často ztrácí věci potřebné pro vykonávání daných úkolů nebo činností (pera, pomůcky, učebnice), často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty, často zapomíná na každodenní povinnosti.

A2. Šest nebo více následujících příznaků hyperaktivity či impulzivity přetrvávající po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu: hyperaktivita: často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli, často při vyučování nebo při jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět na židli vstává ze židle, často mívá potíže ztišit se, tiše si hrát nebo v klidu dělat něco jiného, bývá často „na pochodu“ nebo se chová „jako by jelo na motor“, často bývá nepřiměřeně upovídané.

Impulzivita: často vyhrkne dříve odpověď než je dokončena kladená otázka, mívá problémy vyčkat, až na něj přijde řada, často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru.

- B. Některé příznaky hyperaktivity nebo impulzivity či narušení/snížení funkčnosti byly přítomny už před sedmým rokem věku dítěte.
- C. Některé zhoršení funkce vyplývající z příznaků se projevuje ve dvou nebo více oblastech života (škola, zaměstnání).
- D. Musí být jasně patrné zhoršení v oblasti společenské, vzdělávací nebo v zaměstnání.
- E. Příznaky nelze přičíst zároveň přítomné pervazivní vývojové poruše, schizofrenii či poruše nálady nebo je není možno lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (porucha nálady, úzkostná porucha, porucha osobnosti). Goetz, Uhlíková (in ibid.)

Zařazení dítěte:

„Mnoho lidí by řeklo, že je nemožné přesně „zařadit“ chování dítěte do nějaké „škatulky“, neboť je to příliš komplexní, složité a nepředvídatelné. Důležitou roli hraje prostředí, v němž dítě vyrůstá. Každé dítě se však rodí s určitými vlastnostmi, které se projevují různě dle daných podmínek. Mnoho rodičů i odborníků se často brání tomu, aby dítě dostalo – nálepku.“ (Train, s. 29, 1997)

Základní symptomy hyperkinetické poruchy:

1. Poruchy kognitivních funkcí
2. Poruchy motoricko-percepční
3. Poruchy emocí a afektů
4. Impulzivita

Hyperkinetické poruchy jsou diagnostikovány ve všech věkových kategoriích od dětství do dospělosti. Tato porucha má různé symptomy podle věku. Projevuje se již v kojeneckém období- poruchou základních biorytmů, v batolecím a předškolním věku- desinhibicí, ve školním věku- kognitivní dysfunkcí, v adolescentním věku- poruchami



chování a časné dospělosti-sociální malaadaptaci často spojenou s kriminalitou. Citlivým indikátorem pro tyto poruchy je škola (Malá, 2000).

Neurovývojové opoždění vytváří zátěžové životní situace. Minimální organické poškození mozku a kumulace zevních stresů vede k malaadaptivnímu chování s vysokou psychiatrickou komorbiditou čili zvyšuje vulnerabilitu jedince. U poruchy aktivity a pozornosti jde z behaviorálního hlediska o poruchu exekutivních (výkonových seberegulujících) funkcí. Malá (in ibid.)

### 2.3 Diferenciální diagnostika hyperkinetické poruchy a poruch chování

Různá onemocnění v dětském věku spojená se zvýšeným neklidem a excitací nebo onemocnění provázená změnami v emoční a kognitivní oblasti mohou připomínat hyperkinetickou poruchu. Kromě toho je třeba uvážit, že behaviorální projevy některých dětí mohou souviset s vrozeným temperamentem. Desinhibované poruchy chování u emočně deprivovaných dětí (porucha přichylnosti) mohou vypadat také jako hyperkinetická porucha, problém je ovšem o to složitější, že závažná, časná deprivace je považována za jeden z negenetických etiopatogenetických faktorů hyperkinetické poruchy a v některých případech může existovat souvislost. U dětí s podezřením na hyperkinetickou poruchu je nutné zkontrolovat funkci některých smyslových orgánů, především sluch a zrak, protože i nedostatky v těchto oblastech mohou imitovat poruchu a snižovat školní výkon. Podobně některé, klinicky méně nápadné formy epilepsie (absence) je třeba vyloučit neurologickým vyšetřením a EEG. U starších dětí a adolescentů připadá v úvahu i zneužívání návykových látek. U postižených jedinců je častá „automedikace“ abúzem alkoholu, marihuany a kokainu. Protože efekty abúzu drogy mají tendenci maskovat přítomnost ADHD, může se stát, že primární diagnóza zůstává neodkrytá (Drtílková, Šerý, 2007).

Poruchy pozornosti a aktivity jsou rizikovým faktorem pro ostatní psychiatrické a psychosomatické poruchy. 50% dětí s ADHD a poruchami chování přecházejí později pod nálepku disociální nebo emočně nestabilní porucha osobnosti. Zlepšování prognózy věkem platí při těch komorbidních poruchách, které mohou vyplývat z nezralosti organismu či osobnosti jako jsou enuréza, poruchy školních dovedností-dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, narušení komunikační schopnosti – balbuties, tikové poruchy (Malá, 2000).

Vážnějšími poruchami chování trpí asi 14% pacientů s ADHD. V anglosaské literatuře je najdeme pod označením *Conduct disorders* (CD). Poruchy chování se stupňují

s dospíváním. Pro děti s poruchami chování je typická jejich „neúcta“ k právům, majetku, a zdraví druhých, zejména slabších. Častěji někoho šikanují, zastrašují, vyvolávají rvačky, ničí cizí věci, setkáváme se u nich i se záškoláctvím, útekami z domova, touláním. Někdy se toto chování děje v rámci party. Po ukončení kontaktů s partou je pak určitá naděje, že se toto chování zlepší. V závažnějších případech se setkáváme s tím, že nežádoucí rysy chování jsou méně závislé na okolí a spíše mají vztah k vývoji chování dítěte. Při výskytu ADHD současně s poruchami chování je léčba náročnější a o to více naléhavá. Děti a dospívající s touto kombinací jsou do budoucna ohroženy zneužíváním návykových látek a kriminálním chováním (Goetz, Uhlíková, 2009).

## 2.4 Situace v rodině a výchovné přístupy u dětí s touto poruchou

Diagnóza hyperkinetické poruchy by se neměla před dítětem tajit, naopak by dítě mělo být seznámeno s jejími příznaky způsobem přiměřeným jeho věku. Vhodně podaná informace by měla omezit pocity méněcennosti, které u dětí často vzniknou při srovnávání vlastních nedostatků s úspěšnějšími vrstevníky. Současně je však třeba zabránit tomu, aby se dítě naučilo používat svou diagnózu jako omluvu pro všechny přestupky a vyhýbalo se tak povinnostem (Drtilková, 2007).

Mnoho lidí považuje nepřiměřené chování jako důsledek špatné výchovy. Předpokládají, že rodiče to s dítětem neumějí a učitelé jsou neschopní. Z tohoto jednostranného pohledu vyplývá, že všechny děti by se chovaly vhodně, kdyby se jim rodiče a učitelé více věnovali. Takový postoj je založen na domněnce, že všichni máme na počátku života téměř stejné předpoklady. Za stejných podmínek bychom svět kolem sebe chápali podobně a stejně bychom na něj reagovali. Tato představa popírá teorii přirozené rozdílnosti to je fakt, že každý se rodíme s jinou výbavou; přesto je však pro mnohé z nás přijatelnější možnost stejných předpokladů. Máme totiž dojem, že můžeme změnit své okolí, nikoliv však vrozené vlastnosti. Dalším argumentem pro tento názor je skutečnost, že u mnoha dětí s problémovým chováním stačí poměrně malé úsilí doma nebo ve škole, aby se výsledky dostavily. Pokud se rodiče a vychovatelé takovému postoji nevyvarují, mohou snadno podlehnout beznaději. Rodiče cítí odpovědnost, proto prožívají pocity viny a v důsledku toho může dojít k narušení vlastní duševní rovnováhy, totéž platí i pro vyučující a vychovatele (Train, 1997).

Děti s ADHD mívají doma velké problémy. Rodiče často vyzkoušeli doslova vše možné, jen aby se jejich dítě chovalo lépe. Vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy v těch nejpozornějších a nejtrpělivějších rodinách mají tendenci dostávat se po řadu let do výjimečného napětí. Stejným způsobem, jakým ADHD útočí ve škole, přináší pohromu i domů a postihuje osoby i majetek. Děti s ADHD potřebují často spát méně než ostatní, v důsledku čehož jsou všichni chronicky unaveni a rodiče mají na sebe málo času. Rodiny často uvádějí, že mají vážné manželské problémy, alespoň z části způsobené projevy ADHD jejich dítěte. Sourozenecká rivalita, problém, který se i tak vyskytuje v mnoha rodinách, se může přítomností ADHD vystupňovat. Někdy je dětí trpících ADHD v rodině více. Intaktní děti mají problémy se s tím vyrovnat. Rodiče jsou zničeni opakujícími se stížnostmi na chování dětí ve škole, někdy dochází i k jejich vyloučení. Rodiče mohou mít dojem, že se jich jiné rodiny a přátelé straní, že je chování jejich dítěte vyčlenilo ze společenského života. Mohou mít pocit, že jsou neschopní. Někdy jsou obviňováni z toho, že se pokoušejí přisuzovat problémy svých dětí zdravotním příčinám, jen aby se zbavili vlastní nedostatečnosti. Důsledky ADHD a uvedených situací jsou dalekosáhlé pro všechny zúčastněné, a proto by se měly brát v úvahu při rozhodování, jak nejlépe pomoci (Munden, 2008).

### Základní rady pro výchovu dítěte s ADHD

„Následující principy jsou jen základními doporučeními, které je nutno používat s ohledem na osobnost a projevy každého dítěte. Uvědomujme si, že naplňovat je není jednoduché, ale jde o to nevzdat se a znovu a znovu hledat energii a odhodlání usměřňovat chování žádoucím směrem. Nezapomínejme ovšem na sebe. Více než jiní rodiče budete potřebovat odpoutat se od starostí a obnovit síly.”(Goetz, Uhlíková, s. 99, 2009)

- Poskytujte dítěti bezprostředně zpětnou vazbu

Zpětná vazba označuje takové hodnocení druhé osoby, které vychází z našich pocitů - znamená, že nehodnotíme druhého, ale vyjadřujeme svůj osobní pocit. Pro dítě je přijatelnější fakt, že nám něco vadí, než to, že něco pokazilo a je špatné. Pokud dítě porušuje jasně stanovaná pravidla, pokářejte ho bezprostředně a klidně a srozumitelně mu vysvětlete, co se vám nelíbí. Vždy se ale zamyslete, co dítě udělalo správně, a oceňte to, a teprve pak hodnotte případné nedostatky.

- Hodnoťte dítě co nejčastěji
- Používejte názorná a jasně srozumitelná ocenění

- Používejte pochvalu místo trestu
- Externalizujte čas
- Zviditelněte důležité informace
- Zviditelněte problém
- Snažte se o soustavnost
- Předvídejte problémové situace
- Nepovažujte problémy dítěte za svůj osobní problém
- Smiřte se s tím, co už se stalo, a naplánujte změny
- Myslete na budoucnost

Rodiče občas v boji s ADHD ztrácí perspektivu, mohou zuřit, být na rozpacích a mohou mít pocit selhání, když se jejich úsilí nedaří. Mohou dítěti ustupovat a pak dítě může v životě dosáhnout méně než by ve skutečnosti bylo schopno. Pamatujte stále na to, že musíte být pro dítě stále učitelem. Bude to pro vás jednodušší, pokud si zachováte odstup od problémů. Jestliže to dokážete, budete reagovat mírně, slušně, rozumně, projevy dítěte vás nebudou tolik trápit. Goetz, Uhlíková (in ibid.)

## 2.5 Školní začlenění těchto dětí a problémy spojené s vyučovacím procesem

Problémy v chování se mohou projevit až ve chvíli, kdy dítě zahájí školní docházku. To ještě nemusí znamenat, že má ADHD, ale je snadno zranitelné a citlivě reaguje na okolí. Na druhou stranu se skutečně o ADHD jednat může a sebemenší nároky, které škola na dítě klade, v něm mohou vyvolat pocit ohrožení. Je známo, že všechny děti musejí v počátku své školní docházky překonat různé obtíže a že tyto obtíže některé děti zvládají hůře než ostatní. Pokud se chování dítěte povážlivě zhoršuje doma, může to znamenat, že má problémy ve škole. Pokud nejsou učiněny potřebné kroky, rozvinou se u dítěte projevy typické pro děti s poruchami chování, ať už příčinou ADHD nebo emoční problémy. Pokud rodiče chtějí zmírnit obavy týkající se chování dítěte, měli by si domluvit neformální schůzku s jeho třídním učitelem. Dítěti lze účinně pomoci jen při vzájemné spolupráci rodičů a učitelů. Train (in ibid.)

Děti s ADHD mívají problémy ve škole zvláště pro svou nepozornost, hyperaktivitu, impulzivitu. Mohou se u nich projevovat i přidružená onemocnění, například deprese, poruchy chování nebo poruchy opozičního vzdoru. Také to, může ovlivnit chování dítěte a jeho schopnost učit se. Děti, které trpí ADHD mají následující problémy:

- 90% zvládá školní práci podprůměrně
- 90% dětí ve škole nestačí
- 20% má potíže se čtením
- 30% dětí ze školy odchází
- 5% dokončí vysokou školu v porovnání s přibližně 25% ostatní populace<sup>5</sup>

Příčinou některých problémů souvisejících s ADHD je nedostatečná motivace a nízké sebevědomí, což může být důsledek toho, že učitelé a rodiče s dětmi s ADHD pracují nekompetentně. Ačkoli děti, které mají problémy s učením, mívají k projevům ADHD bližší sklony, jsou mnohé z těch, které mají ADHD inteligentní, handicapované vlastně pouze klíčovými příznaky poruchy. Ve škole tyto děti zpravidla nestíhají dané tempo. Ti, kteří je znají, si však zpravidla uvědomují, že výsledky školních prací zřídka odrážejí jejich vrozenou inteligenci (Munden, 2008).

Chování dítěte se může dále zhoršovat, má-li pocit, že si na něj učitel „zasedl“. Děti vždy mívají své neoblíbené učitele a zvládá-li dítě těžko své povinnosti, svede své problémy na nedostatky obávaného učitele. U dítěte s ADHD, které nezvládá školní úkoly, nebo, které je umístěno vzhledem ke svým obtížím v nevhodné třídě, se rychle vyvine antisociální chování. Začne vyrušovat a bude všem na obtíž. Nezná-li učitel postupy, jakými tyto děti „zvládat“ může dojít i k výhrůžkám a šikaně (Train, 1997).

Učitel může být jedním z nejvýznamnějších zdrojů profesionální pomoci nejen při diagnostice, ale především při léčbě. Jestliže je u dítěte potvrzena diagnóza ADHD, je vhodné o tom učitele informovat. Neklidné nebo nesoustředěné dítě ve třídě představuje zátěž pro celý kolektiv a reakce pedagogů závisí hodně na tom, jak si „zlobení“ dítěte vysvětlí. Pokud nejsou informováni o tom, že dítě má ADHD, mohou se domnívat, že by mělo umět ovládat své jednání stejně jako jeho spolužáci. V krajním případě považuje učitel neklid žáka nebo jiné projevy za úmyslné chování, kterým žák záměrně provokuje. Učitel se tímto postojem může podvědomě bránit pocitu, že situaci nezvládá. Je vhodné si připravit informace o tom, co od školy očekáváte, a je potřebné snažit se zjistit, co je v konkrétní škole možno realizovat (Goetz, Uhlíková (in ibid.).

Pro dítě a rodiče obvykle bývají nejtěžší první roky školní docházky, kdy bývají poruchy aktivity a pozornosti nejvýraznější. Dítě ve škole nedává pozor, ruší ostatní děti, nosí domů poznámky, dělá chyby z nepozornosti, prospěch bývá nevyrovnaný, ve svých

---

<sup>5</sup> Tento výzkum byl prováděn v USA, proto jeho výsledky nemusí být srovnatelné s výsledky současných evropských výzkumů.

pomůckách má nepořádek. Rodiče to staví před velký a zodpovědný úkol - pomoci dítěti překonat kritické období, nepodlomit jeho sebedůvěru, ale naopak podporovat u něj všechny jeho dobré vlastnosti, zájmy a nadání, které by jednou mohl uplatnit v životě. Protože tyto děti nedokáží postupovat systematicky, plánovat své činnosti a mají tendenci vše dělat nahodile a impulzivně, je užitečné, aby si dítě s rodičem vytvořilo rozvrh nebo denní plán, který mu pomůže strukturovat povinnosti a volný čas. Vzhledem k tomu, že u těchto dětí je obtížné i soustředění na danou činnost, je tomu třeba přizpůsobit styl práce a učení. Ve škole by měl být u dětí s hyperkinetickou poruchou ve všech předmětech při klasifikaci a hodnocení specifický přístup (Drtílková, 2007).

M. Martin nabízí následující zásady pro učitele:

- učitel bude dítě často pověřovat různými úkoly jako je rozdávání sešitů,
- jasně vyslovené požadavky učitele na chování dítěte,
- snížit pracovní zatížení žáka tak, aby se dostalo do souladu s jeho schopností udržet pozornost,
- zařazování do vyučovacího procesu, často přerušování práce, během nichž si žáci ve třídě krátce zacvičí,
- odměňovat nikoli za rychlost, ale za správnost určitého problému,
- učit žáka sebeocení, což jim pomůže získat schopnost ovládat své chování,
- nepřehánět četnost připomínání stanovených pravidel. Bude-li učitel příliš často opakovat znění pravidel, jimiž se žáci musí řídit, může se stávat, že ho prostě nebudou vnímat (Martin in Renotierová, Ludíková, 2006).

Mezi dětmi s hyperkinetickou poruchou můžeme nalézt různé talenty a nadání. Poměrně často, bývají tvořivé, raději uplatňují vlastní originální postupy než obvyklá řešení, bývají zvědavé a citlivé. Řada významných osobností ve vzpomínkách na dětství uvádí, že měly hyperkinetické příznaky. Mezi těmito osobnostmi se nacházejí častěji umělci, politici nebo spisovatelé (Drtílková, 2007).

### 3 TERAPIE PROJEVŮ PORUCH POZORNOSTI A AKTIVITY

V této kapitole se zaměříme na terapii projevů. V první části kapitoly se zaměříme na terapii projevů hyperkinetické poruchy v dětství. Poté se budeme zabývat terapií hyperkinetické poruchy v adolescenci. V další části práce postupně otevřeme téma poruchy aktivity a pozornosti bez hyperaktivity v dětském i adolescentním věku.

Na úvod této kapitoly je důležité poznamenat, že stejně jako u jiných typů poruchy se při odstraňování příznaků hyperkinetické poruchy je nutno, aby se jednalo o komplexní přístup k léčbě. V tomto případě je tedy většinou nutná kombinace farmakoterapie a dalších terapií. Vzhledem k zaměření naší diplomové práce se zaměříme na oblast nefarmakologickou, přesto musíme zdůraznit, aby léčba hyperkinetické poruchy byla úspěšná, farmakologická součást léčby je často nepostradatelná a proto zde uvedeme několik preparátů, které s dnešní dobou k léčbě hyperkinetické poruchy využívají.

Léčba hyperkinetických poruch je zkoumána již několik desetiletí. Uplatňuje se jak psychosociální intervence (spolupráce s rodiči a se školou, kognitivně-behaviorální terapie apod.), tak léčba farmakologická. K nejúčinnějším preparátům v léčbě hyperkinetických poruch patří psychostimulancia, v našich podmínkách pak metylfenidát, který je užíván i při léčbě dospívajících. V dospívání je však častěji pozorováno vysazení léčby samotným pacientem, přičemž zahájení léčby metylfenidátem v adolescenci je spíše vzácné; důležité je proto nalézt optimální způsob léčby (snadný způsob užívání, nepřítomnost nežádoucích účinků apod.). Bylo prokázáno, že užívání metylfenidátu nezvyšuje riziko vzniku závislosti, naopak tato medikace by měla riziko vzniku závislosti snižovat, v adolescenci však mohou být přítomna některá specifická rizika – např. riziko prodeje léku (Wolraichet, 2005).

V posledních letech je pozornost věnována retardované formě metylfenidátu, která odstraňuje nevýhodu užívaných psychostimulancií – krátký vylučovací poločas. Své uplatnění by mohl nalézt nejen při léčbě samotné poruchy aktivity a pozornosti, ale i v léčbě hyperkinetické poruchy chování či komorbidní závislosti na psychoaktivních látkách. Dalším preparátem, který bývá doporučován i jako lék první volby, je selektivní inhibitor reuptake noradrenalinu atomoxetin, tedy látka nepatřící do skupiny psychostimulancií. Perspektivní může být nejen při léčbě samotné poruchy aktivity a pozornosti, ale i komorbidit (drogová závislost, anxieta, tiky atd.). Při léčbě hyperkinetické poruchy chování se kombinuje léčba poruchy aktivity a pozornosti a léčba poruch chování (Žáčková, Theiner, 2008).

Co se týče samostatného terapeutického působení v léčbě ADHD se v posledních letech nejvíce prosazuje psychoterapeutická metoda, na niž se budeme soustředit.

### 3.1 Terapie poruch pozornosti a aktivity s hyperaktivitou v dětském věku

Léčba (terapie) - je umělý proces vedoucí k uzdravení jedince prováděný buď školeným odborníkem v podobě zdravotního pracovníka, či přírodní formou v podobě přírodních léčitelů. Proces léčby je zpravidla doprovázen podáváním speciálních přípravků pro posílení, boji proti nemoci, či zvolení správného postupu umožňující odstranit centrum potíží. Zvolená správná léčba je rozhodující faktor pro rychlé vyléčení pacienta a nevhodná léčba může vždy vést ke zhoršení zdravotního stavu. Léčba může mít různé formy, ať už je to podávání medikamentů, operativní zákrok odstraňující potíže, ozařování, pobyt v klidném prostředí v případě psychických potíží, či pouze vhodná forma rozhovoru. Druh léčby se liší v rámci potíží, které jedinec má a je vhodné si toto při hledání odborníka uvědomit. Proces léčby může být zakončen vyléčením pacienta anebo jeho smrtí, případně ukončením léčby bez zlepšení zdravotního stavu (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Terapie>).

ADHD představuje chronickou behaviorální poruchu, která vyžaduje dlouhodobou multimodální a multidisciplinární péči.

„U dětí s hyperkinetickou poruchou musí být odlišně strukturované prostředí než u jejich vrstevníků. Z toho důvodu byly zakládány dyslektické a vyrovnávací třídy se speciálním režimem. Z hlediska psychoterapie je nejvhodnější kognitivně- behaviorální terapie. Jde o skupinový nácvik sociálních dovedností, trénink vizuomotorické koordinace, všech sensorických vstupů a „školních“ dovedností spolu s tréninkem rodičů, jak tyto děti odměňovat a smysluplně trestat. Většina dětí s hyperkinetickými poruchami spadá do péče pedagogicko-psychologických poraden a vlastně jimi prochází jako sítě. Psychologové a etopedové se snaží systematickým nácvikem, tréninkem a učením zmírňovat poruchu a ukazovat, jak používat alternativní nové vzorce učení a chování. Dále také ovlivňují nejčastější komorbidní poruchu – specifické vývojové poruchy školních dovedností. Jednou z terapeutických metod je EEG – biofeedback. Postatou je využití biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity.“ (Malá, s. 314, 2000)

Pacient je zpětnovazebně neustále informován o svém aktuálním stavu a výkonu. Při tom je operantním podmiňováním stimulována žádoucí aktivita a inhibována nežádoucí. Do



péče odborníků-psychiatrů se dostává ta část dětí, kde je prognóza horší a kde je hyperkinetický syndrom spojen s poruchami chování (Malá, 2000).

Východiskem cílené léčby je rozbor všech dostupných informací vyplývajících z diagnostiky dítěte, sledování rodičů, učitelů i dalších dětí i dospělých, s nimiž jedinec s ADHD přichází do styku. Na základě syntézy těchto poznatků vytyčujeme hlavní postupy při terapii. Při počátečním působení nemůže být prvotním cílem úprava chování dítěte, ale kroky směřující nejprve ke změně podmínek, v nichž dítě žije, aby ubylo negativních podnětů, které mohou působit jako spouštěcí mechanismy. Z toho vyplývá, že účastníky tohoto procesu musí být rodina i škola, vrstevníci a samo dítě. Nelze provádět terapii zaměřenou pouze na dítě, neboť jeho chování je výslednicí nejen osobnostních charakteristik a získaných vzorců chování, ale také odpovědí na podněty z prostředí, odpovědí na způsoby chování rodičů a vrstevníků. Vhodné prostředí by mělo podněcovat k vytváření nových žádoucích způsobů chování. Jednotlivé postupy tedy nevedou ke snížení četnosti problémového chování, ale zaměřují se na způsob života dítěte, snaží se změnit jeho životní styl, podmínky, v nichž dítě žije a které jsou živnou půdou pro vznik konfliktů. Z toho vyplývá, že dospělí, kteří přicházejí do kontaktu s dítětem, musejí rozumět obtížím dítěte (Zelinková, 2003).

V mnoha případech je nutná změna léčebných postupů v průběhu dospívání respektive dospělosti pacienta. Terapie vyžaduje soubor intervencí v závislosti na specifické problematice dítěte a jeho rodiny s účastí školy, kam dítě dochází. Dále uvádíme metody, které jsou považovány za účinné a jejichž účinek byl prokázán relevantními statistickými postupy. Uvádíme též některé metody, které se ukázaly jako úspěšné pouze v kombinaci s dalšími kognitivně behaviorálními postupy. U pacientů se složitými komorbidními poruchami (úzkostnými, depresivními) budou relevantní i další psychoterapeutické postupy (Drtílková in Raboch, 2006).

Důležité při terapii je v prvé řadě vytvořit „terapeutický tým“. Tak jako při stanovení diagnózy je zapotřebí spolupráce více odborníků i stanovení terapeutického plánu vyžaduje týmový přístup. V tomto týmu by neměl chybět: vyšetřující lékař, praktický lékař, třídní učitel, školní či poradenský psycholog, speciálně pedagogická péče, rodinný terapeut, sociální služby, zájmové organizace, rodičovské organizace na podporu dětí s ADHD (Munden, 2008).

V terapeutických postupech v USA se nejčastěji spojuje medikamentózní léčba s behaviorálními metodami založenými na operantním podmiňování, v Anglii preferují modifikaci chování. Stimulující léky byly podávány již v 50. letech 20. století. Neočekávalo

se vyléčení, ale především utváření předpokladů pro zahájení terapie, například zklidnění dítěte. V současné době je kombinována medikamentózní léčba s různými formami terapie. Psychologické postupy se zaměřují na trénink rodičů, úpravu prostředí třídy, důležitý je také trénink učitelů (Zelinková, 2003).

Matějček uvádí řadu zásad:

- v celém prostředí dítěte je potřeba utvářet ovzduší spolupráce. Dítě má poznat, že je všichni mají rádi a jsou ochotni mu pomoci;
- rodiče mají být trpěliví, s vědomím, že poruchu lze zvládnout, je dobré pochválit i za snahu o dobrý výkon, nepřipustit časté opakování nezdaru;
- je třeba respektovat, že dětem vyhovuje krátkodobá práce v intervalech 10 až 15 minut. Následuje přestávka, která zabrání únavě a neschopnosti koncentrace;
- pohyb, volná hra, znamená odpočinek nervového systému, proto dítě nenutíme ke klidu, netrestáme za nadměrnou pohyblivost;
- zájem podněcujeme a udržuje pozornost, donucování a tresty nemají pozitivní význam; - pokud dítě přes veškerou snahu nemůže dosáhnout toho, co jiné děti, snažíme se pro něj najít uplatnění v jiných činnostech (Matějček, 2000).

### Psychoterapie v léčbě ADHD

Dle Uhlíkové (2009) je psychoterapie nezbytnou součástí komplexní léčby ADHD. Nepozornost, nízká vytrvalost, netrpělivost a další projevy ADHD dětem ztěžují vybudování dovedností, kterými budou překonávat různé situace, jež před ně život postaví. To je staví do nesnadné pozice, která se ještě v průběhu vývoje může zkomplikovat naučenými negativními způsoby uvažování a chování. Například dítěti s ADHD se pro nepozornost nedaří domácí úkoly, proto jejich psaní často odkládá. Čím déle je odkládá, tím je unavenější a o to hůře je splní. Nakonec ve škole dostane špatnou známku a to jej více utvrdí v tom, že jeho snaha nemá cenu, o to se úkolům více vyhýbá. Vzniká tak začarovaný kruh, podporující spíše negativní aspekty přístupu k problémům. Goetz, Uhlíková (in ibid.)

Psychoterapie má řadu odlišných směrů a technik: jako nejvíce úspěšná se u ADHD ukazuje kognitivně behaviorální psychoterapie (dále KBT, CBT). Učí rozpoznávat zažitá a opakující se schémata myšlení (cognitive) a jednání (behaviour) a na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit nejvhodnější či emočně přijatelnější postup. Klient se zde učí řídit

své chování a rodiče se dozvídají, jak k dítěti přistupovat a pomoci mu zvládnout běžné denní situace (Goetz, Uhlíková, 2009).

### Psychosociální intervence

Je evidentní, že nejen farmakologická léčba, ale také některé typy psychosociální intervence jsou prokazatelně účinné.

Typy psychosociální intervence:

1. Kognitivně behaviorální intervence dítěte.
2. Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele.
3. Přímý management jednotlivých případů ADHD
4. Letní terapeutický program pro děti a jejich rodiče.
5. Kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba.

### Kognitivně behaviorální intervence dítěte se zaměřením na dětského pacienta s ADHD

Typická intervence zahrnuje sérii sezení dítěte obvykle jednou až dvakrát týdně, kdy terapeut pracuje individuálně s dítětem a pokouší se jej učit adaptivnímu chování prostřednictvím modelování, hraní rolí a dalšími kognitivními technikami (Drtílková in Raboch, 2006).

Je nepochybné, že specifická porucha vyžaduje i speciální terapeutické přístupy. Zejména v USA je velmi populární farmakoterapie (nejvíce psychostimulancia) – přibližně dvě třetiny dětí s ADHD jsou léčeny farmakoterapeuticky.

Značně roste výroba a spotřeba zejména metylfenidátu. Lékaři jsou angažováni v terapii největšího počtu dětí s ADHD, psychologové a další pomáhající profese jsou zapojeni mnohem méně (Mertin, 2004).

Vedle farmakoterapie má své místo i psychoterapie. Nejvíce jsou využívány postupy zaměřené na modifikaci chování. Mertin (2004) vnímá jako nejúčinnější multimodální přístup – kombinace farmakoterapie s psychosociální intervencí. Vedle medicínské pomoci jsou to např. úprava vzdělávacích podmínek, podpora žádoucího chování, podpůrné služby pro rodiče a děti – např. poradenství, rodičovské podpůrné skupiny. Rozbor ovšem jasně ukazuje, že nejčastěji používané psychoterapeutické postupy u dětí s ADHD vycházejí z běžných výchovných a vzdělávacích postupů. Tyto postupy ovšem respektují změněné možnosti dětí s ADHD. Při hledání pomoci se často také obracíme na ty osoby, které jsou dítěti nejbližší, tedy

na rodiče a na učitele. Vytváříme a posilujeme v nich kompetence, jak pracovat s dítětem s ADHD.

Jednotlivé výše uvedené terapie a nápravná opatření by rozhodně neměly probíhat samy o sobě bez ohledu na jiné používané postupy. Vzájemná komunikace a informování se všech zapojených odborníků je nezbytným předpokladem zdárné „léčby“ a nápravy. Pro dítě s výraznými problémy je komplexní přístup mnohdy jediným efektivním řešením (Mertin, 2004).

### 3.2 Terapie poruch pozornosti a aktivity s hyperaktivitou v adolescenci

Ukazuje se, že někteří jedinci z poruchy ADHD časem „vyrostou“, asi polovina postižených dětí se na prahu dospělosti projevuje normálně. Ostatní budou mít i během života další významné potíže. Celkově se u 30-80% diagnostikovaných hyperaktivních dětí vyskytují příznaky, které přetrvávají až do dospělého života. Pokud se u nich podaří poruchu rozpoznat a správně léčit, mělo by být možné najít také profesi a životní způsob, který jim bude vyhovovat a nebude jim při tom působit v životě zásadní potíže (Munden, 2008).

V současné době je snaha o identifikaci dětí s ADHD, dále o zavedení efektivní léčby a strategických opatření co nejdříve. To představuje značnou výzvu pro odborníky ve zdravotnictví, vzdělávání a sociálních službách. Pro ně je samozřejmě povinností spolupracovat se společnostmi podporujícími rodiče. Munden (in ibid.)

Barkley (2002) upozorňuje, že zejména adolescence je období, ve kterém se mohou u jedinců s ADHD manifestovat závažné komorbidní poruchy chování spojené s krádežemi (43%), napadením (27%), vandalismem (21%) a výtržnictvím (12%).

Podle současných údajů je hyperkinetická porucha (ADHD) přítomna u 30-50% dospělých, kteří měli ADHD v dětství. Na rozdíl od prevalence ADHD v dětství, kdy je výrazná převaha poruchy u chlapců, v dospělosti se poměr obou pohlaví vyrovnává (Drtilková, Šerý, 2007).

Vcelku normální projev adolescenta zahrnuje provokující chování vůči dospělým včetně dětské argumentace, demonstrace neposlušnosti a odporu vůči autoritám. Na konci puberty se přidávají nové možnosti- alkohol, drogy a sex- a je nutná prevence rizikového chování v těchto oblastech. Spolu s fyzickými a psychickými změnami během adolescence dochází ke změnám nálady, větší citlivost na kritiku a menší stabilitě sebehodnocení u všech

adolescentů, každý z nich usiluje o osamostatnění a prosazení vlastních názorů. ADHD příliš nenapomáhá tomu, aby se dítě v pubertě snadno začlenilo mezi své vrstevníky – může selhávat ve škole, v sociálních dovednostech, mívá horší nálady a nízké sebehodnocení. Adolescent s ADHD prodělává stejné změny jako jeho vrstevníci, ale je méně připravený zvládnout zodpovědnost plynoucí z nabyté samostatnosti, kterou vyžaduje stejně jako každý jiný v jeho věku (Goetz, Uhlíková, 2009).

V průběhu dospívání se pak stále výrazněji projevují komplikace ADHD v podobě přidružených psychických poruch. S protispolečenským chováním se setkáme u 25-35% pacientů s ADHD, 30% z nich experimentuje s drogami, dříve začínají kouřit cigarety a více hrají hazardní a počítačové hry. Obtíže se školní výkonností pokračují do té míry, že 58% dospívajících s touto poruchou alespoň jednou opakuje ročník a třikrát častěji než je u normální populace žáků běžné bývají vyloučeni ze školy. Dříve než ostatní dospívající začínají vést sexuální život, který bývá komplikován u 15% nechtěným otěhotněním před devatenáctým rokem věku. Častěji jsou také léčeni pro přenosné pohlavní choroby. Jestliže získají řidičský průkaz, mají adolescenti s ADHD větší sklony k riskantnímu řízení a častěji se stávají účastníky dopravních nehod. Pokud jedinec není sledován psychiatrem pro ADHD už od dětství, určitě by měl odborníka navštívit alespoň nyní, i v tomto věku je možná účinná odborná pomoc. Pokud je v péči lékaře dlouhodobě, léčba se bude postupně přizpůsobovat novým okolnostem, které plynou z psychického i fyzického vývoje jedince.

Goetz, Uhlíková (in ibid.)

U terapie hyperkinetické poruch se můžeme setkat i s využitím alternativních léčebných prostředků, které ovšem nepatří k oficiálně schváleným a uznávaným postupům, proto se jimi budeme zabývat jen okrajově.

Některé z těchto postupů mohou mít racionální jádro, například používání přírodních bylinných přípravků v lidovém léčitelství, jiné jsou založeny na tzv. placebo efektu. Různá hnutí varují rodiče hyperkinetických dětí před nežádoucími účinky psychofarmak a místo toho bývají doporučovány přípravy, zvláště prostřednictvím internetu a reklamy, které oficiální medicína nepokládá za ověřené a účinné. Lze se setkat i s extrémními názory, které popírají samotnou existenci hyperkinetické poruchy (Drtilková, 2007).

## 4 MOŽNOSTI PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ

V této kapitole se budeme zabývat možnostmi prevence sociálně patologických jevů. Důležitost prevence spatřujeme v tom, že cílená prevence zaměřená zvláště na „ohrožené“ skupiny dětí a adolescentů, může mnohým z nich zabránit v tom, aby se tito jedinci dostali do „začarovaného kruhu“ mnohých závislostí. Zvláště děti a adolescenti s hyperkinetickou poruchou mohou být zvýšeně ohrožováni rizikem těchto jevů, proto se v naší práci zaměříme na prevenci těchto jevů, které přímo ohrožují jedince s hyperkinetickou poruchou. V další části se zaměříme na historické hledisko prevence těchto jevů, poté se pokusíme o komparaci možností prevence u nás a v zahraničí, kterou podpoříme ukázkami několika konkrétních příkladů, čímž zakončíme teoretickou část této práce.

### 4.1 Možnosti prevence sociálně patologických jevů u jedinců s hyperkinetickou poruchou

Vyšší tendence k experimentům a zneužívání návykových látek mezi dospívajícími s ADHD je opakovaně potvrzována. Riziko pro toto nežádoucí chování roste, pokud jsou kromě ADHD přítomny ještě poruchy chování. Pacienti s ADHD začínají kouřit a získávají první zkušenosti s alkoholem v nižším věku než jedinci bez této poruchy. Následně se objevují experimenty s marihuanou a dalšími drogami. Velká odborná debata se vedla kvůli léčbě stimulanty s ADHD. Vznikla obava, zda se pokračováním léčby stimulanty do adolescence a dospělosti zneužívání drog ještě nepodpoří. Výsledky studií však ukázaly opak. Zatímco u neléčených pacientů s ADHD až polovina v dospělosti užívá drogy, je u léčených míra škodlivého užívání drog srovnatelná s běžnou populací. Goetz, Uhlíková (in ibid.)

Sociální aspekty u dětí s ADHD:

Tyto děti jsou ve skupině méně oblíbené než děti klidnější. Mají často sníženo sebehodnocení. Zažívají častěji kritiku a bývají obyčejně hodnoceny jako neúspěšné. Tato situace má bezpochyby vliv na další úspěšnost dítěte v procesu výchovy a vzdělání. Merck Mauel uvádí, že 90% dětí trpících hyperaktivitou a poruchami pozornosti, má problémy ve škole (Vágnerová, 1998).

Dlouhodobé studie prokázaly, že problémy hyperaktivních dětí nevymizí ani v dospělosti. Tito jedinci mají potíže v adaptaci na společenské prostředí, jsou impulzivnější,

objevují se u nich zvýšené sklony k agresivitě. Několik desítek procent těchto dětí je v dospělosti klasifikováno jako anomální nebo psychopatické osobnosti. Nové studie udávají 16-30% hyperaktivních jedinců v sestavách mladistvých přestupků zákona, kteří vykonávají trest nebo jsou umístěni ve výchovné instituci. Tresty, výčitky a vynucené sliby nepomohou, neboť náprava není jen věcí vůle, ale také odborného taktického výchovného postupu, realizovaného za odborného vedení (Kohoutek, 1998).

#### 4.2 Téma prevence sociálně patologických jevů v této souvislosti v současnosti

Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky. Závislost může mít somatický či psychický charakter v souvislosti s různým účinkem jednotlivých látek na organismus. Rozvoj závislosti probíhá ve specifických fázích s různou latencí. Sociální důsledky závislosti na psychoaktivních látkách jsou negativní pro jedince i jeho okolí, pro celou společnost. Zásadní dopady má na oblast rodiny, zaměstnání a sociální vztahy a interakci s okolím. Léčba za účasti odborníků je nezbytná. Cílem terapie je důsledná a trvalá abstinence do konce života a pomoc při zvládnutí sociální a ekonomické pozice pacienta. Pokrok v poznání neurobiologických mechanismů závislosti může významně přispět k jejich prevenci i léčbě (Fisher, 2008).

## Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10 - F19)

Další skupinou poruch, které mohou souviset s problémovým chováním u adolescentů, jsou

duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Přestože název této kategorie obsahuje termín „poruchy chování“, nejsou tyto poruchy řazeny do kategorie poruch chování a emoci se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. Diagnostická kritéria poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek jsou totožná s kritérii pro dospělé.

U adolescentů se můžeme setkat se závislostí na psychoaktivních látkách, častějším problémem je intoxikace psychoaktivními látkami či jejich zneužívání. Právě adolescence je pro rozvoj abúzu kritickým obdobím. Vzhledem k tomu, že toto životní období je spojeno s vyšší tendencí experimentovat, ojedinělá zkušenost s užitím psychoaktivní látkou se objevuje u velkého množství adolescentů. Alarmující však je, že se experimentování s nimi posouvá do nižších věkových skupin.

Vážný problém nastává tehdy, když jsou látky konzumovány pravidelně či ve větším množství. Prevalence poruch vyvolaných psychoaktivními látkami je u dětí a adolescentů 0,5–10 % (AACAP, 2004). U dětí a dospívajících je užívání návykových látek spojeno s některými specifickými riziky. Patří mezi ně větší vulnerabilita mozkové tkáně na účinky látky, nižší dávky látek vyvolávající intoxikaci, vyšší riziko závažné otravy a nebezpečného jednání pod vlivem látky, rychlejší vznik závislosti, prolongované trvání poruchy v dospělosti, závažnější formy poruch, vliv na psychosociální vývoj jedince, riziko agrese, delikvence a zvýšené riziko suicidálního chování (Griswold et al., 2008; Leslie et al. 2008; Ernst et al., 2008).

### Etiologie

Na rozvoji návykových nemocí se podílí skupina rizikových a protektivních faktorů sociálních, psychologických a genetických – mezi rizikové faktory patří např. vyšší závislost na odměně, vyhledávání nových zkušeností a nebezpečí, vyšší míra agresivity, sexuální zneužití a jiné traumatické události v minulosti, přítomnost jiné psychopatologie, užívání návykových látek rodiči atd. Výskyt návykových nemocí je často spojen s jinou psychiatrickou diagnózou – poruchami chování, hyperkinetickými poruchami (obzvl. hyperkinetickou poruchou chování), afektivními poruchami, úzkostnými poruchami (obzvl. sociální fobií a panickou poruchou), mentální bulimií atd. (Deas a Thomas, 2002). Pacienti s poruchou aktivity a pozornosti mají vyšší riziko časnějšího vzniku poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek, a také trvá déle čas do dosažení remise, vyšší je též riziko



ostatních komorbidit. Význam vlivů prostředí postupně během vývoje klesá, naopak vliv genetických faktorů je zvažován v souvislosti s kontinuálním užíváním látek (Deas a Thomas, 2002).

### Klasifikace

Klasifikace MKN 10 dělí psychoaktivní látky do těchto skupin: alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, kokain, jiná stimulantia, halucinogeny, tabák, těkavé látky, kombinace látek a jiné psychotropní látky. Při diagnostice poruch vyvolaných psychoaktivními látkami se využívá diagnostických kritérií stanovených pro dospělé pacienty, přičemž stav by neměl splňovat diagnostická kritéria jiné somatické či psychiatrické poruchy (Smolík, 2002). Amnestický syndrom a odvykací syndrom s delíriem nejsou v adolescenci typické (Nešpor, 2005). Projevy jednotlivých poruch jsou závislé na typu látky, užívaném množství, na očekávaném efektu, na charakteristikách jedince a případně i přítomnosti další psychopatologie. U mladých lidí, užívajících psychoaktivní látky, bývají časté akutní změny nálad, kognice a chování (Griswold, 2008). Dále se může vyskytnout dezinhibice, letargie, hyperaktivita, agitace, somnolence či hypervigilance. Změny kognice mohou zahrnovat její narušení či změny v rozsahu pozornosti, změny nálady mohou sahát od deprese až k euforii. Častým rysem užívání návykových látek u adolescentů je zhoršení psychosociálního fungování a prospěchu – konflikty rodinné či interpersonální, akademické selhávání (AACAP, 2004)

### Léčba

Obzvláště u rizikové populace má nezastupitelné místo prevence (soustavné a dlouhodobé interaktivní programy, práce na motivaci, spolupráce s rodiči, možnost co nejčasnějšího zahájení léčby). Dospívající jsou si oproti dospělým méně často vědomi významu léčby pro další vývoj. Při léčbě je důležité brát v úvahu vývojový stupeň jedince i případný výskyt komorbidit. Využívá se psychosociální intervence (rozvíjení dovedností potřebných pro život, podpora žádoucích vrstevnických vztahů, rodinná psychoterapie, individuální i skupinová psychoterapie zaměřená na řešení reálných problémů současnosti apod.). Farmakoterapie poruch vyvolaných psychoaktivními látkami nebyla doposud u dospívajících uspokojivě zkoumána, své uplatnění by podobně jako u dospělých mohla nacházet především při řešení odvykacích syndromů, intoxikací, toxických psychóz (antipsychotika), vhodné by také mohlo být užití senzitivizujících léků či látek snižujících craving/bažení (nebo substitučních preparátů (Nešpor, 2005). Farmakoterapie se využívá i při léčbě komorbidních poruch – látky ovlivňující hyperkinetické poruchy, antidepresiva, atypická antipsychotika, thymostabilizéry (Waxmonskya Wilens, 2005, AACAP, 2004).

Ze základního přehledu problémového chování adolescentů je tedy patrné, že poruchy chování i další zmíněné diagnózy tvoří složitou, komplexní a související problematiku, se kterou se setkávají nejen pedopsychiatri, ale velmi často i neurologové. Důležité je uvědomit si, že každá z těchto poruch tvoří samostatnou diagnózu se svébytnou diagnostikou i způsobem léčby, které by měly v optimálním případě probíhat v pedopsychiatrické ambulanci nebo na specializovaném oddělení. Na prevenci problémového chování se však velmi často podílí právě neurologové či jiní odborníci, kteří mohou tvořit jednu z prvních linií záchytu těchto poruch, a jejich povědomí o této problematice pak může ovlivnit to, jakým způsobem se bude další péče o adolescenty s problémovým chováním odvíjet (Žáčková, Theiner, 2008).

### Prevence užívání drog

Prevenci užívání drog koordinuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT). Hlavní cíle a aktivity v této oblasti jsou uvedeny v dokumentu Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009-2012. V roce 2008 MŠMT aktualizovalo standardy a certifikační řád v rámci systému certifikací odborné způsobilosti programů primární prevence užívání návykových látek - celkem bylo v ČR v roce 2008 certifikováno 36 subjektů se 48 programy, jednalo se především o státní neziskové organizace. V roce 2009 byly navrženy úpravy metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (Mravčík, 2009).

Systém a rámec protidrogové prevence je tvořen převážně:

- realizací preventivních programů v prostředí škol- doporučuje se preferovat certifikované externí programy, v případě aktivit indikované prevence preferovat poradenská opatření před opatřeními kázeňskými, správními či trestněprávními,
- realizací orientačního testování na drogy v prostředí středních škol - doporučuje se namátkové nebo plošné orientační testování, což nutno zdůraznit, není považováno za účinnou preventivní metodu, tyto testy by se měly provádět jen v případě důvodného podezření na užití drog a jen za podmínky informovaného souhlasu.
- terminologické zpřesnění – v tomto případě se vede diskuze nad nahrazením termínu - „sociálně patologický jev“ - modernějším pojmem. Mravčík (in ibid.)

Prevence je dále dělena na prevenci – všeobecnou, zahrnující programy ve školách a školských zařízeních. Dále na prevenci selektivní; indikovanou a v poslední řadě na mediální kampaně. V říjnu 2008 byla zahájena celonárodní kampaň „Nemyslíš - zaplatíš!“ Zadavatelem této kampaně je Ministerstvo dopravy ČR. Kampaň probíhá za pomoci medií:

televize, rádia, v kině, na internetu (<http://www.nemyslis-zaplatis.cz/>), k dispozici jsou rovněž tištěné informační letáky. Cílem kampaně je odradit řidiče od užívání alkoholu a jiných návykových látek. Tato kampaň by měla skončit v roce 2010, cílem je snížení dopravní nehodovosti o 5-7%to je asi 60-75 zachráněných životů ročně (Aktuálně.cz, 2008; ČT 24,2009).

V ČR se každoročně koná množství místních krátkodobých či jednorázových akcí označovaných jako protidrogové; jedná se zpravidla o různorodé volnočasové aktivity s neověřeným účinkem (Sláma, 2008).

Mezi další metody preventivních zařízení patří i nízkoprahová zařízení a proto si zde uvedeme několik současných poznatků právě o těchto zařízeních:

#### Historie nízkoprahových zařízení v ČR:

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (dále jen NZDM) jsou v naší republice institucí poměrně novou, etablující se zhruba od druhé poloviny devadesátých let minulého století. K jejich velkému rozvoji došlo na konci devadesátých let, někdy v období let 1999 – 2002. Kořeny vzniku těchto zařízení je ale nutné hledat ještě dříve, a to někdy v polovině devadesátých let. Velký význam pro vznik zařízení, v té době ještě neoznačovaných jako nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, ale jen kluby pro děti a mládež, měla v té době se rozvíjející práce na ulici, tedy streetwork, která se v těchto letech začala formovat, a to především na úrovni státu. Na základě usnesení vlády č. 341/94, k Programu sociální prevence a prevence kriminality, byla právě od roku 1994 jako experiment zavedena funkce sociálního asistenta. Sociální asistent byl zřízen jako článek sociální prevence, který měl představovat specifickou terénní sociální práci s dětmi staršího školního věku a mládeží ohroženou nebo již zasaženou sociálně patologickými jevy. Sociální asistent byl tehdy definován jako specializovaný pracovník okresních, obvodních, magistrátních nebo městských úřadů, který pracuje s cílovými skupinami v místech a časech, kdy a kde se obvykle vyskytují. Cílovou skupinou se v tomto případě rozuměly děti a mladiství žijící rizikovým způsobem života. Jednalo se především o děti staršího školního věku, mladistvé a případně i mladé dospělé, kteří trávili většinu svého volného času na ulici. Byla to zejména skupina dětí a mládeže bez smysluplného trávení volného času, s asociálními či antisociálními prvky chování, obtěžující okolí, v nápadném provokujícím oblečení, a podobně.

Streetwork ale nefungoval jen na úrovni státní správy a samosprávy. Paralelně se zavedením sociálních asistentů se streetwork začal rozvíjet na úrovni nestátních organizací – mezi

prvními nestátními organizacemi, které práci na ulici začaly zavádět, byla v tomto případě zařízení pracující s drogově závislými, a teprve později se metoda sociální práce rozšířila i na jiné cílové skupiny, například prostitutky, bezdomovce, Romy, neorganizované děti a mládež na ulici, apod. V této době nikdo přesně nevěděl, jak streetwork dělat, protože systematické vzdělávání v dané problematice zatím scházelo, ani příslušné odborné školy neměly ve svých přednáškách zařazenou problematiku streetwork. Proto byla snaha navázat kontakty s kolegy ze zahraničí, kde tato práce měla delší tradici. Na základě vzdělávání a pod přímou inspirací navštívených center mládeže v Sasku začali sociální asistenti od roku 1995 budovat svá zázemí, kam se svými klienty přecházeli z ulice, tak vznikla právě první „nízkoprahová centra pro děti a mládež“. Podobně jako v případě streetwork je potřeba zmínit, že některá zařízení pro děti a mládež vznikla v této době na úrovni nestátních organizací. Další nestátní zařízení pak začala postupně vznikat a rozvíjet se. Za další velmi významný moment, který přímo ovlivnil rozvoj v oblasti nízkoprahových klubů, byly přímé grantové programy nadací. V rámci těchto programů přišla do klubů významná finanční podpora. Nadační peníze hrály tehdy významnou roli v rozpočtech nízkoprahových a dalších klubů pro děti a mládež, protože ostatní zdroje financí, získané od samospráv i orgánů státní správy, byly minoritní. Na konci devadesátých let tak přišla vlna, při níž vznikla a pevně se usadila další zařízení pro děti a mládež. Bez takto cíleně zaměřené finanční podpory nadací by se rozvoj v oblasti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež určitě nedostal tak rychle dopředu. Jedním z posledních významných kroků v historii nízkoprahových zařízení a klubů bylo založení pracovní skupiny nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v rámci České asociace streetwork. Česká asociace streetwork byla založena v dubnu 1997 jako profesní organizace, která sdružovala odborníky z praxe i teoretických pracovišť působících v oblasti streetwork. Jejím cílem bylo vytvořit platformu pro odborný dialog na všech úrovních, zastřešovat supervizi, rozpracovávat metodiku streetwork, ale také rozvíjet vzdělávání a výměnu informací. Postupně se v rámci České asociace streetwork začala řešit i problematika nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Důvodem vzniku pracovní skupiny, která byla formálně zaštitěna Českou asociací streetwork, byla potřeba sebedefinování se jako nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, vymezení se od ostatních činností s dětmi a mládeží a stanovení měřítek kvality. Vytvořená pracovní skupina, jejímiž členy byli v převážné míře pracovníci nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (dále NZDM) z celé ČR, si vytkla vlastně jeden úkol – vytvořit standardy nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. V průběhu roku 2001 pracovní skupina rozdělená na čtyři podskupiny vytvořila pracovní verzi standardů, které v této podobě existují prakticky stále. Na základě pracovní

verze standardů se rozběhly další kroky a činnosti, který vedli dokončení standardů NZDM včetně definování „nízkoprahovosti“. Činnost pracovní skupiny měla pro další rozvoj nízkoprahových zařízení zásadní význam. Zařízení, která byla do té doby často a na řadě míst poznamenána velkým entuziasmem a velkou angažovaností pracovníků, se pod tlakem vznikajících materiálů, informací i odborného dialogu začala profesionalizovat, zkvalitňovat svoji práci, zvyšovat odbornou úroveň svých pracovníků i poskytovaných služeb (Stejskalová, 2007).

#### 4.3 Využití možností a prevence sociálně patologických jevů v České Republice

„Primární prevencí“ rozumíme veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se sociálně patologickými jevy (dále SPJ), případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření. Důraz je kladen zejména na specifickou primární prevenci tj. systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj a který se snaží předcházet nebo omezovat nárůst jeho výskytu. Součástí systému jsou Standardy primární prevence, od jejichž naplňování při preventivních aktivitách se očekává dodržení potřebné úrovně a kvality daných aktivit. Specifické primárně-preventivní programy v oblasti prevence jsou tedy programy, které se explicitně zaměřují na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet vzniku a rozvoji sociálně patologických jevů. Právě jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických. Specifičnost programů je dále dána nutností zaměřit se na určitou cílovou skupinu, jevící se jako ohroženější či rizikovější, než skupiny jiné. Není (ekonomicky ani odborně) smysluplné, aby všemi typy těchto programů procházely např. všechny děti, ale pouze ty, u nichž předpokládáme vyšší pohotovost k rizikovému chování (ať již z hlediska věkového, sociálního apod.). Nejjednodušší definicí specifických preventivních programů je tzv. ekonomická negativní definice. Programy specifické primární prevence jsou všechny takové programy, které by neexistovaly, kdyby neexistoval problém sociálně patologických jevů, tj. tyto programy by za neexistence fenoménu sociální patologie nevznikaly a nebyly

rozvíjeny. Nespecifickou primární prevencí se rozumí aktivity, které tvoří nedílnou součást primární prevence a jejímž obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. Programy nespecifické prevence (např. různé volnočasové aktivity) by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistovaly sociálně patologické jevy, tj. bylo by i v takovém případě smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat. Nespecifické programy v tomto smyslu nelze vztahovat k určitému fenoménu, jehož výskytu se program snaží předcházet (působí obecně, nespecificky), nebo jeho výskyt alespoň posunout do vyššího věku cílové skupiny. Jako primární prevence jsou s úmyslem získání finančního příspěvku velmi často prezentovány nejrůznější volnočasové aktivity (<http://www.msmt.cz/socialni-programy>).

Prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (dále jen "prevence") v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy zahrnuje především aktivity v oblastech prevence:

- a) násilí a šikanování,
- b) záškoláctví,
- c) kriminality, delikvence, vandalismu aj. forem násilného chování,
- d) ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže,
- e) xenofobie, rasismu, intolerance a antisemitismu,
- f) užívání návykových látek (vč. opomíjeného alkoholu a kouření), anabolik, medikamentů a dalších látek,
- g) netolismu (virtuálních drog) a patologického hráčství (gambling),
- h) diváckého násilí.
- i) komerčního sexuálního zneužívání dětí,
- j) syndromu týraných a zneužívaných dětí
- k) sekt a sociálně patologických náboženských hnutí.

## Organizační systém primární prevence v ČR

Na horizontální úrovni ministerstvo aktivně spolupracuje s věcně příslušnými resorty (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo obrany) a nadresortními orgány (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády a Republikový výbor prevence kriminality při Ministerstvu vnitra – v těchto orgánech jsou zastoupeny všechny věcně příslušné resorty). Meziresortní spolupráce bude rozšířena v letošním roce o Ministerstvo financí a Ministerstvo spravedlnosti.

V rámci této úrovně byly ustanoveny při ministerstvu: Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence a Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů složená ze zástupců věcně příslušných resortů, krajů, akademické obce, nestátních neziskových organizací, školských poradenských zařízení, vysokých škol, přímo řízených organizací ministerstva a vybraných odborníků na danou problematiku. Cílem těchto pracovních skupin je spolupráce, sjednocení přístupů a koordinace činností v dané oblasti napříč resorty.<sup>6</sup>

### Hlavní subjekty systému resortu školství, mládeže a tělovýchovy pro oblast primární prevence

Na vertikální úrovni ministerstvo metodicky vede a koordinuje síť koordinátorů, tvořenou krajskými školskými koordinátory prevence (pracovníci odborů školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školními metodiky prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních). Je zřejmé (viz SWOT analýza Příloha č. 1), že vytvořený systém koordinátorů a metodiků, jejich činnost a existence celonárodní strategie na poli primární prevence doplněná (v mnoha případech) o obdobné strategie krajské, jsou pozitivními a efektivními prvky systému primární prevence resortu školství (<http://www.msmt.cz/socialni-programy>).

Jak uvádí ve své diplomové práci Stejskalová (2007) považuje za východiska primární prevence tyto uvedené možnosti:

---

<sup>6</sup> Obrazové schéma je označeno jako Příloha č.3,4

### Peer programy

Výchovné programy zaměřené na oblast primární a sekundární prevence zneužívání návykových látek.

- Probíhají za aktivní účasti samotných žáků (peer aktivistů).
- Nejdříve se jednotlivé třídy zúčastní besed, které jsou zaměřeny na teoretické získávání informací o drogách, potom jsou vybráni dobrovolníci, kteří se zúčastňují preventivních programů jako aktivisté, absolvují soustředění, kde jsou vybaveni dostatečnými znalostmi, které potom předávají svým vrstevníkům, samozřejmě to musí být komunikativní typy, které neexperimentují s drogami.

Projekt LATA (Laskavá alternativa trestu pro adolescenty)

- oblast sekundární sociální prevence, jistou formou integrace mládeže s rizikovým chováním
- realizátorem je Studentské sdružení pro pomoc rizikové mládeži (členy studenti dobrovolníci, koordinátoři, psycholog, právník)
- klienty mladiství ve věku 15-21 let, kteří mají konfliktní vztah s rodiči, obtíže při zvládání školních či pracovních povinností.
- dobrovolník pracuje vždy jen s jedním klientem individuálně, scházejí se mimo sídlo Sdružení, pomáhá řešit problémy
- nabízí zároveň možnost společného sdílení volného času a hledání jeho kvalitní náplně
- práce dobrovolníka s klientem trvá min. půl roku, schůzky jsou dvě až tři hodiny týdně
- pomoc i bývalým vězňům, nebo těm, kteří spáchali trestný čin, ale jsou vyšetřováni na svobodě

### Oblast terciární prevence

- není řešena na úseku školství (týká se mladistvých a mladých dospělých).
- pokud nemá jedinec kvalitní zázemí (bydlení, práci) a není mu poskytnuta pomoc v situacích, které neumí řešit (zvláště u lidí, kteří byli v ústavní péči více let), dochází brzy k recidivě sociálně-patologického chování.

Centrum sociální prevence (CESOP) - vzniklo v r. 1993 v Brně (zřizovatel je MMB)



- realizuje „metodu dobrého startu“

### Nízkoprahové kluby pro děti a mládež v ČR

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež spadají do systému sociálních služeb. Dle zákona o sociálních službách (zákon č.108/2006 Sb.) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež patří mezi služby sociální prevence. Tato zařízení poskytují ambulantní služby, popřípadě terénní služby dětem a mládeži ohroženým sociálním vyloučením. Služba je určena rizikovým, neorganizovaným dětem a mládeži ve věku od 6 do 26 let. Jsou tedy ohroženi sociálně - patologickými jevy nebo mají vyhraněný životní styl neakceptovaný většinou společností. Základním prostředkem pro navázání kontaktu s cílovou skupinou je nabídka volnočasových aktivit. Cílem této služby, je zlepšit kvalitu života těmito dětem předcházením, snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících s jejich způsobem života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky, aby v případě zájmu mohly řešit svoji nepříznivou sociální situaci. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně (Stejskalová, 2007).

Nastíněním současné situace a těchto preventivních opatření probíhajících v současné době na území České republiky bychom chtěli uzavřít teoretický rámec této práce. V této poslední kapitole jsme se zaměřili na nejvíce ohrožující závislosti, kterými je ohrožena nejen intaktní populace, ale zvláště děti a adolescenti. U klientů s hyperkinetickou poruchou byla prokázána zvýšená inklinace k závislostnímu chování na alkoholu a psychoaktivních látkách, proto jsme se zabývali cíleně zaměřením na prevenci v této oblasti.

## Praktická část

## VÝZKUM

### 5 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části diplomové práce je na ukázce případové studie prokázat u klienta s hyperkinetickou poruchou jeho ohrožení sociálně patologickými jevy, možnou souvislost výskytu sociálně patologických jevů u osob s hyperkinetickou poruchou a uvést na konkrétním případě klienta možnosti prevence těchto jevů. Zaměřili jsme se převážně na projevy dané hyperkinetické poruchy u klienta a její promítnutí a konkrétní souvislosti s danými sociálně patologickými jevy.

#### ***Cílem šetření je zjistit:***

- Zda - li klient s hyperkinetickou poruchou je více ohrožen sociálně patologickými jevy než běžná populace.
- Není - li klient v souvislosti s touto poruchou ve škole stigmatizován
- Jsou - li rodiče jedince s touto poruchou dostatečně informováni o této problematice.
- Jaké metody prevence a přístupy jsou v konkrétních případech používány a jak jsou tyto metody prevence sociálně patologických jevů hodnoceny v odborné literatuře.

Dosažené výsledky v případové studii budou prezentovány v diskuzi a závěru práce.

## 6 PŘEDPOKLADY PRAKTICKÉ ČÁSTI

Šetření bylo zaměřeno na děti a adolescenty s hyperkinetickou poruchou. Zákonný zástupce klienta byl seznámen s tím, k jakému účelu budou využity jimi poskytnuté údaje. Byl seznámen s dobrovolností poskytnutí daných informací, přičemž byl klientovi i jeho zákonnému zástupci sděleno, že výsledky budou zpracovány a použity pouze pro účely této práce.

Bylo využito osobního kontaktu s klientem a jeho zákonným zástupcem, v uvedeném zařízení. Z tohoto setkání jsou v této práci uvedeny informace, s nimiž mi bylo povoleno dále disponovat.<sup>7</sup> Také bylo využito závěrečných zpráv z vyšetření v daného zařízení.

Výběr klienta byl stanoven tématem práce; věkovým hlediskem a stanovenou diagnózou.

---

<sup>7</sup> Zdroje informací, týkající se osobních údajů klienta, dle zákona o ochraně osobních údajů č.j. 101/2000Sb. v platném znění, nebudou zveřejňovány.

## 7 METODY A TECHNIKY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

### 7.1 Použitá metoda získávání dat

Při zpracování daného tématu bylo použito kvalitativní formy výzkumu. Případové studie klienta vychází z ambulantního pracoviště dětského psychiatra.

Dále využíváme empirických metod: metodu pozorování, rozhovoru, dotazníkovou metodu, metodu analýzy kresby a produktů.

### 7.2 Charakteristika daného problému

V praktické části práce se budeme zabývat případovou studií klienta s hyperkinetickou poruchou. Jeho konkrétní situací. Uvedeme jeho osobní a rodinnou anamnézu, současný stav problému, diagnostické metody - dotazníkové šetření při zaměření na vybrané sociálně patologické jevy, diagnózu, návrh kompenzace problému, prognózu stavu, závěr. Dále se pokusíme z tohoto případu vyvodit, jaké by mohly být v tomto případě navržené možnosti prevence, aby se klient nedostal do problematické situace způsobené sociálně patologickými jevy. Hodnocení výsledků případové studie provedeme v diskuzi.

## 8 PŘÍPADOVÁ STUDIE KLIENTA S HYPERKINETICKOU PORUCHOU

### 8.1 Případová studie klienta s hyperkinetickou poruchou

**Získané údaje v uvedené případové studii byly čerpány ze závěrů zpráv z vyšetření v zařízení dětské psychiatrické ambulance.**

„Chlapec *Roman H.* je věku šestnácti let jedenácti měsíců. Žije v Dětském domově. Na vyšetření se dostavil v doprovodu vychovatelky. Podle vychovatelčina sdělení byly zaznamenány následující skutečnosti:

Z rodinné anamnézy vyplývá: otec chlapce je ve výkonu trestu pro vraždu svého bratrance, které byl chlapec přítomen. Další informace ohledně anamnézy otce nejsou dostupné. Matka chlapce žije v současné době sama, často střídá partnery, má šestiletou dceru, která bydlí s otcem. V roce 2003 matka přestala syna navštěvovat v dětském domově, v němž je chlapec od října roku 2000 v ústavní výchově. Dříve ho navštěvovala teta a matka, občas byl on navštívit otce. Po tom co jej matka přestala navštěvovat, objevily se u něj poruchy nálad.

Z osobní anamnézy:

Vážněji nemocný nebyl. V září roku 2003 byl vyšetřen v neurologické ambulanci, pracoviště. Výsledky EEG byly lehce abnormálního charakteru, horší organizace hemisfér, bez ložiskových paroxysmů či epileptické aktivity. Výsledky odpovídaly věku klienta. Byla u něj zkoušena pěstounská péče, ale nakonec pro něj vhodní pěstouni nebyli nalezeni.

Je veden v pedagogicko-psychologické poradně, zde byl diagnostikován jako dyslektik, dysgrafik, dysortografik středního stupně. Vstupní diagnózou u chlapce byla posttraumatická stresová porucha u chlapce vyrůstajícího v podmínkách citové deprivace s emocionální oporou v otci. Mentální úroveň klienta je v pásmu průměru, bylo u něj v průběhu vyšetření zaznamenáno pomalejší pracovní tempo, výrazná porucha pozornosti. Rysy infantilnosti, neuroticizmu, úzkostnosti, zranitelnosti.

Ve čtvrté třídě měl prospěchově jednu dostatečnou z českého jazyka. Byl ve škole agresivní ke spolužákům. Vyučující jej přistihla, jak škrtil v afektu spolužáka - neovládal se. V Dětském domově se jeví bez problematického chování. Neměl žádný zájmový kroužek. Přetrvávají u něj projevy hyperaktivity.

Z objektivního nálezu z vstupního vyšetření ze dne 1. prosince 2004: astenický bledší chlapec, stálý motorický neklid, tenze, rysy neuroticizmu. Byl hovorný, vstřícného chování.

Byly u něj patrný projevy emoční deprivace, nejistoty, emoční závislost na otci z nedostatku jiného trvalého vztahu v rodině. U chlapce byl diagnostikován nevyvážený vývoj osobnosti. Patrná též byla impulzivita v rámci ostatních známek ADHD. Které jsou v projevu dominující. Myšlení, vnímání je dle vyšetření dětského psychiatra u chlapce bez známky poruchy. Intelekt je u chlapce orientačně v normě. Kresba - provedena v rámci vyšetření dětským psychiatrem, celkově odpovídá věku. ”

U chlapce byla stanovena pedagogicko-psychologickou poradnou diagnóza specifických poruch učení, dyslekticko - dysortografické rysy.

Diagnóza:

F 90.1 Hyperkinetická porucha chování.<sup>8</sup> V anamnéze posttraumatická stresová porucha u emočně deprivovaného nevyváženě se vyvíjejícího chlapce v ústavní výchově.

F 81.0 Specifická porucha čtení.<sup>9</sup>

Chlapci byla navrhnutá dětským psychiatrem následující doporučení:

- farmakologická léčba – methylfenifát, 10 mg ráno, 5 mg v poledne
- spolupráce se školou a pedagogicko-psychologickou poradnou,
- vhodná by byla dlouhodobá péče psychologa s psychoterapeutickým vedením, vzhledem k neexistenci takovéhoho pracoviště je vhodná alespoň psychologická péče do 14 let věku chlapce,
- vhodné zájmové aktivity,
- péče o domácí zvíře,
- rozvíjení kladných vrstevnických vztahů.

---

<sup>8</sup> Tato diagnóza byla stanovena na základě výsledků z vyšetření dětským psychiatrem dne 1.12.2004

<sup>9</sup> Tato diagnóza byla stanovena na základě výsledků z vyšetření pedagogicko psychologickou poradnou ze dne 29.02.2000.

Průběh vyšetření v zařízení pedagogicko - psychologické poradny:

Zdroj: Zpráva z vyšetření pedagogickou - psychologickou poradnou.

Důvod: Chlapec byl vyšetřen v tomto zařízení poprvé. Byl vyšetřen na žádost ředitelky dětského domova Hodonín, po prožité posttraumatické stresové poruše.

Z vyšetření: Chlapec byl při vyšetření snaživý, ukázněný, spolupracoval ochotně. Kresebný projev neodpovídá věku, nedostatky jsou patrné v grafomotorice. Intelekt ve verbální složce se pohybuje v pásmu slabšího průměru. Zobecnování je nadbytečné, na relativně nejbližší úrovni je oblast krátkodobé paměti. Vyšetření na základě tragické události, které byl chlapec přítomen - vražda strýce klientovým otcem.

Závěr vyšetření:

Výsledkem vyšetření chlapce byl závěr: chlapec byl koncem vyšetření podrážděný, úzkostlivý. Potřeboval se napít a „pohrát si“.

Doporučením z psychologického hlediska bylo již chlapce nevyšetřovat vzhledem k posttraumatické stresové poruše v důsledku zmiňované tragické rodinné události. Byla navržena psychoterapeutická spolupráce, nezatěžovat chlapce psychicky.

Závěrem:

Z kontrolního vyšetření dětským psychiatrem 26.10.2009: Chlapec je v současné době v devátém ročníku základní školy. Aktivně sportuje-hraje fotbal. V minulosti měl excesy s THC a alkoholem, ty se v současné době neopakovaly. V Dětském domově se v současné době jeví jako náladový, impulzivnější a výbušnější, ale chování sám koriguje. Je hodně nervózní a nevyrovnaný, zvláště pokud je v časové tísní. Dle kontrolního vyšetření dětským psychiatrem dne 26.října 2009. Chlapec aktivně spolupracoval, euthymie, bez poruch myšlení a vnímání, astenický, výrazný motorický neklid, tenze. Projevovalo se u něj pubertální chování, ale jinak spolupracoval aktivně, projevy hyperaktivity přetrvávají. Přetrvávají diagnózy: F90.1 hyperkinetické poruchy chování, F92.8 jiné smíšené poruchy chování a emocí; F 81.1 Specifické poruchy čtení. V současné době byla dětským psychiatrem navržena návštěva klinického psychologa. Stav chlapce byl označen jako mírně zlepšený.

Z kontrolního vyšetření dětským psychiatrem (11. ledna 2010) : Otcův chlapec se vrátil z nápravného zařízení, je zaměstnán, žije v horších bytových podmínkách s družkou, chlapec k němu dojíždí.

Matka chlapce je momentálně v třetím manželství, má dvě mladší dcery, s klientem nejsou v kontaktu.

V osobní anamnéze není patrné mnoho změn. Bývá málo nemocen. Nyní kouří, ale jiný abusus není patrný. Je veden sportovním lékařem pro problémy s kyčelními a kolenními klouby, bylo mu navrženo z tohoto důvodu snížení sportovní zátěže. Problémy s jídlem a spánkem neudává.

Prospěchově je v pásmu podprůměru, ale zlepšil se v českém jazyce. Chtěl by studovat střední školu, do studia ovšem investuje minimální energii i čas. Aktivně sportuje, je fotbalistou. Ve škole nyní nejsou stížnosti na projevy chování. V Dětském domově se nyní jeví jako rozumnější, klidnější. Ubylo u něj náladových projevů a lépe spolupracuje s vychovateli. Jinak se stále projevuje jako neklidný, zbrklý a netrpělivý i při medikaci.

Chlapec se dnes jeví jako asthenický, byla u něj zaznamenána tenze, motorický neklid, pubertálního chování. Je schopen se soustředit jen velmi krátkodobě. Spolupracuje spíše formálně (chce stihnout hodinu tělesné výchovy ve škole.) Myšlení, vnímání je bez poruch, intelektově se nachází orientačně v normě. Nadále u něj přetrvávají rysy ADHD.

Diagnóza: F90.1 Hyperkinetická porucha, zaznamenána v anamnéze, aktuálně dg. F 90.0

F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí

F81.0 Poruchy učení -dyslexie

Doporučeno: Rorendo oro tab. 1mg 1/2,0,1. Zvážení studia střední škola, zvýšený výchovný dohled, režimová opatření, sport, výchovné korekce, dále spolupráce se školou, další kontrola v tomto zařízení je doporučena na duben 2010.



## Využití screeningového dotazníku pro dospívající, identifikující rizikové oblasti

(Volně podle R. E Tartera adaptovali Nešpor, Csémy a Müllerová, 1995 -18. verze)

Tento dotazník bude využit pro vytipování oblastí možných sociálně patologických jevů, projevů závislosti u daného klienta, podrobným rozbořem odpovědí klienta v jednotlivých oblastech dotazníku.

Dotazník vyplněn anonymně: ano **ne**

Jméno, příjmení: **Roman H.**

Počet dovršených let věku: 16 let

Pohlaví: **mužské** ženské

*Instrukce: Odpověz, prosím na všechny následující otázky. Zakřížkuj "souhlasí" nebo "nesouhlasí". I když to nebude úplně přesné, odpověz podle toho, jestli se ti odpověď zdá blíže k souhlasu nebo nesouhlasu. Odpovědi se týkají posledních 12 měsíců, pokud není uvedeno jinak.*

### 1. Oblast

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Sportuješ méně než vrstevníci?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 2. Odcházíš večer před dny, kdy jsou školní či jiné povinnosti následující den, z domova bez dovolení? | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 3. Díváš se obvykle více než 2 hodiny na televizi?   | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 4. Nebyli rodiče na večírcích, kterých ses v poslední době účastnil?                                   | Souhlasí Nesouhlasí        |
| 5. Cvičíš méně než většina vrstevníků, které znáš?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 6. Trávíš volný čas většinou tím, že se jen touláš s přáteli?  | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 7. Nudíš se většinou?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 8. Bereš alkohol nebo drogy jako způsob odpočinku?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 9. Trávíš většinu volného času sám/sama?   | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 10. Máš ve srovnání s většinou vrstevníků méně koníčků a zájmů mimo domov?                             | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 11. Jsi nespokojen (nespokojena) s tím jak trávíš volný čas?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |

12. Unavíš se rychle při námaze? Souhlasí **Nesouhlasí**

## 2. Oblast

1. Často prosazuješ své názory za každou cenu, třeba i nevhodné? **Souhlasí** Nesouhlasí
2. Často zdůrazňuješ, že jsi lepší než druzí? Souhlasí **Nesouhlasí**
3. Trápíš někdy zvířata nebo si na nich vyléváš zlost? Souhlasí **Nesouhlasí**
4. Často křičíš? **Souhlasí** Nesouhlasí
5. Stojíš často za svým názorem, i když tušíš, že je nesprávný? **Souhlasí** Nesouhlasí
6. Často nadáváš nebo mluvíš sprostě? Souhlasí **Nesouhlasí**
7. Podezíráš často druhé, že ti chtějí ublížit? Souhlasí **Nesouhlasí**
8. Úmyslně a často zlobíš druhé a děláš jim schválnosti? Souhlasí **Nesouhlasí**
9. Míváš špatnou náladu? **Souhlasí** Nesouhlasí
10. Působí ti výraznější potíže jednání zejména s cizími lidmi? Souhlasí **Nesouhlasí**
11. Vyhrožuješ druhým násilím? Souhlasí **Nesouhlasí**
12. Mluvíš hlasitěji než většina tvých vrstevníků? **Souhlasí** Nesouhlasí
13. Snadno se dáš vyvést z rovnováhy? **Souhlasí** Nesouhlasí
14. Děláš často věci a neuvažuješ před tím o jeho následcích? Souhlasí **Nesouhlasí**
15. Děláš často riskantní nebo nebezpečné věci? **Souhlasí** Nesouhlasí
16. Využíváš druhé, když k tomu máš příležitost? Souhlasí **Nesouhlasí**
17. Často se rozčiluješ? **Souhlasí** Nesouhlasí
18. Trávíš většinu volného času o samotě? Souhlasí **Nesouhlasí**
19. Utekl jsi z domova nebo z nějakého zařízení na více než 2 dny?  
Souhlasí **Nesouhlasí**
20. Hodně ti vadí, když tě někdo kritizuje? Souhlasí **Nesouhlasí**

### 3. Oblast

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Chodíš na pravidelné lékařské kontroly kvůli nemoci?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 2. Stal se ti nějaký úraz nebo nehoda, jejímiž následky trpíš?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 3. Trpíš nespavostí nebo naopak spíš nadměrně?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 4. Přibral jsi nebo zhubl v poslední době více než 5 kg?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 5. Máš méně energie, než si myslíš, že bys měl/a mít?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 6. Míváš dýchací potíže nebo kašel?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 7. Máš nějaké problémy týkající se sexu či pohlavních orgánů?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 8. Měl jsi někdy sexuální kontakt s někým, kdo bere drogy?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 9. Míváš bolesti břicha nebo nevolnosti?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 10. Měl jsi během 12 měsíců žloutenku?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 11. Trpíš nějakými jinými dlouhodobějšími bolestivými problémy?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 12. Trpíš nějakým tělesným onemocněním, které tě ve srovnání s vrstevníky nějak omezuje nebo znevýhodňuje? | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |

### 4. Oblast

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. Poškodil jsi někdy majetek někoho jiného?                    | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 2. Kradl jsi opakovaně?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 3. Pereš se nebo hádáš se častěji než vrstevníci?               | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 4. Trpíš často nedostatkem energie?                             | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 5. Nedokážeš v klidu sedět a jsi neklidný?                      | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 6. Snadno cítíš zklamání?                                       | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 7. Obtížně se soustřeďuješ?                                     | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 8. Často se cítíš hodně smutný/á?                               | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 9. Okusuješ si nehty?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 10. Máš neklidný spánek?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 11. Jsi nervózní?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 12. Dostaneš snadno strach?                                     | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 13. Děláš si hodně starosti?                                    | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 14. Je pro tebe obtížné pustit věci z hlavy?                    | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 15. Máš pocit, že se na tebe lidé dívají?                       | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 16. Slycháš věci, které jiní neslyší, slyšel jsi někdy „hlasy“? | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 17. Myslíš, že máš nějaké zvláštní síly, které jiní nemají?     | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |

18. Míváš mezi lidmi strach? Souhlasí **Nesouhlasí**
19. Je ti často do pláče? Souhlasí Nesouhlasí
20. Míváš často tolik energie, že nevíš, co s ní dělat? **Souhlasí** Nesouhlasí

## 5. Oblast

1. Jsi mezi vrstevníky málo oblíbený/á? Souhlasí **Nesouhlasí**
2. Jsi většinou nespokojený/á s tím, jak se zapojuješ do toho, co dělají kamarádi?  
Souhlasí **Nesouhlasí**
3. Je pro tebe těžké nacházet přátele ve skupině neznámých lidí? Souhlasí **Nesouhlasí**
4. Využívají tě druzí ke svým zájmům? Souhlasí **Nesouhlasí**
5. Bojíš se hájit vlastní zájmy? Souhlasí **Nesouhlasí**
6. Je pro tebe hodně těžké požádat druhé o pomoc? Souhlasí **Nesouhlasí**
7. Vrstevníci tě snadno ovlivňují? Souhlasí **Nesouhlasí**
8. Baví tě spíše společnost starších dětí nebo dospívajících nežli společnost vrstevníků?  
**Souhlasí** Nesouhlasí
9. Děláš si často starosti, jak to, co děláš, bude působit na druhé? Souhlasí **Nesouhlasí**
10. Dělá ti těžkosti hájit svůj názor? Souhlasí **Nesouhlasí**
11. Dělá ti těžkosti odmítat druhým? **Souhlasí** Nesouhlasí
12. Cítíš se příjemně, když tě někdo chválí? **Souhlasí** Nesouhlasí
13. Vnímají tě druzí jako málo přátelského? Souhlasí **Nesouhlasí**
14. Když mluvíš s druhými, vyhýbáš se často pohledu na ně? Souhlasí **Nesouhlasí**

## 6. Oblast

*Pokud jsi nebyl poslední rok s rodinou ve styku a nemáš o ní jiné zprávy, odpovídej za předchozí období. Jestliže není možné ani to, tuto oblast vynechej.*

1. Stalo se, že někdo z rodiny si vzal marihuanu, kokain nebo pervitin?  
Souhlasí **Nesouhlasí**
2. Stalo, že by se někdo z rodiny opil takovým způsobem, že by měl z toho problémy v rodině, v práci s přáteli? Souhlasí **Nesouhlasí**
3. Byl někdo z blízké rodiny během tvého života uvězněn? **Souhlasí** Nesouhlasí
4. Často se s rodiči nebo pěstouny hádáš a při tom na sebe křičíte? **Souhlasí** Nesouhlasí
1. Bývá rodina zřídka pohromadě? **Souhlasí** Nesouhlasí
2. Rodiče nebo pěstouni nevědí, co se ti líbí a co ne? **Souhlasí** Nesouhlasí
3. Neexistují v tvé rodině jasná pravidla, co můžeš a co ne? **Souhlasí** Nesouhlasí

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 4. Nevědí rodiče nebo pěstouni, co si doopravdy myslíš o věcech, které jsou pro tebe důležité? | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 5. Hádají se rodiče nebo pěstouni často?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 6. Nevědí často rodiče nebo pěstouni, kde jsi a co děláš?                                      | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 7. Bývají většinou rodiče nebo pěstouni mimo domov?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 8. Máš pocit, že se o tebe rodiče nebo pěstouni nestarají?                                     | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 9. Jsi nespokojen s uspořádáním svého života?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 10. Necítíš se doma bezpečně?  | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 11. Bijí tě doma často?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 12. Stalo se, že tě někdo z blízké rodiny sexuálně obtěžoval?                                  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 13. Trpí nebo trpěl někdo z rodičů nebo pěstounů vážnou duševní chorobou?                      | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |

## 7. Oblast

*Pokud jsi nebyl/a poslední rok ve škole, odpovídej za poslední období.*

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Školu nemáš rád/a?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 2. Těžko se při učení nebo ve škole soustřed'uješ?                             | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 3. Máš podprůměrné známky?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 4. Chodíš za školu častěji než dva dny v měsíci?                               | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 5. Máš často zmeškané hodiny?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 6. Uvažoval/a jsi vážně o tom, že odejdeš ze školy?                            | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 7. Stává se často, že nenapišeš úkoly?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 8. Jsi ve škole často ospalý/á?  | <b>Souhlasí</b> Nesouhlasí |
| 9. Přicházíš často na hodiny pozdě?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 10. Změnil jsi své přátele ve škole ve srovnání s předchozím rokem?            | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 11. Cítíš se ve škole podrážděný a rozrušený?                                  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 12. Nudíš se ve škole?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 13. Zhoršil se tvůj školní prospěch?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 14. Cítíš se ve škole fyzicky ohrožován/a?                                     | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 15. Propadl/a jsi někdy v životě?  | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 16. Cítíš se během mimoškolních aktivit nebo v zájmových kroužcích nevtán/a?   | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |
| 17. Vynechal jsi někdy školu nebo jsi přišel pozdě kvůli alkoholu nebo drogám? | Souhlasí <b>Nesouhlasí</b> |

18. Měl/a jsi někdy ve škole problémy kvůli alkoholu nebo drogám?

**Souhlasí** Nesouhlasí

19. Stalo se, že alkohol nebo droga ti zabránily napsat úlohu nebo se připravit do školy?

**Souhlasí** Nesouhlasí

20. Stalo se někdy v životě, že tě z nějaké školy vyloučili? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

## **8. Oblast**

*Jestliže jsi nikdy žádnou placenou práci ani brigádu nedělal/a, tuto oblast vynechej.*

1. Měl jsi nějakou placenou brigádu/práci a propustili tě z ní předčasně?

Souhlasí **Nesouhlasí**

2. Přestal/a jsi do nějaké práce nebo na brigádu prostě chodit? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

3. Při hledání brigády/ práce potřebuješ pomoc druhých? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

4. Chodil/a jsi často do práce/na brigádu pozdě nebo jsi vynechával/a?

Souhlasí **Nesouhlasí**

5. Bylo pro tebe těžké dokončovat pracovní úkoly? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

6. Vydělal jsi peníze někdy nezákonným způsobem? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

7. Vzal/a sis někdy v práci alkohol nebo drogy? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

8. Propustili tě někdy z práce kvůli alkoholu nebo drogám? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

9. Měl/a jsi někdy problémy vycházet s nadřízenými? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

10. Chodil jsi někdy do práce proto, abys měl na alkohol nebo drogy?

Souhlasí **Nesouhlasí**

11. Měl/a jsi v práci konflikty nebo problémy se spoluzaměstnanci?

Souhlasí **Nesouhlasí**

12. Ještě nevíš, jaké práci by ses chtěl v budoucnu věnovat? **Souhlasí** Nesouhlasí

## **9. Oblast**

1. Pije některý z tvých přátel nebo pravidelně bere drogy? **Souhlasí** Nesouhlasí

2. Dává nebo prodává některý z tvých přátel drogy vrstevníkům? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

3. Švindluje někdo z přátel při písemkách ve škole nebo nějak podvádí?

**Souhlasí** Nesouhlasí

4. Nemají rodiče tvé kamarády rádi?

Souhlasí **Nesouhlasí**

5. Měl někdo s tvých přátel problémy se zákonem? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

6. Je většina tvých přátel starší než ty? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

7. Chodí tví přátelé často za školu nebo do školy nechodí vůbec a nechodí ani do práce?

Souhlasí **Nesouhlasí**

8. Nebaví přátele večírky, kde se nepodávají drogy ani alkohol? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

9. Přinesli přátelé během posledních 12 měsíců na večírek nějaký alkohol nebo drogy?

Souhlasí **Nesouhlasí**

10. Ukradli přátelé něco v obchodě nebo úmyslně poškodili cizí majetek během posledních 12 měsíců?

Souhlasí **Nesouhlasí**

11. Patříš do party, která se zabývá něčím nezákonným?

Souhlasí **Nesouhlasí**

12. Trápí tě v současnosti nějaký problém, který máš s přítelem či přítelkyní?

Souhlasí **Nesouhlasí**

13. Nemáš žádného přítele nebo přítelkyni, kterému by ses mohl svěřit?

Souhlasí **Nesouhlasí**

14. Máš v porovnání s vrstevníky málo přátel?

Souhlasí **Nesouhlasí**

### **10. Oblast (A)**

1. Cítil jsi někdy silnou touhu nebo přání po alkoholu, jiných drogách, nebo hazardní hře?

Souhlasí **Nesouhlasí**

2. Stalo se ti někdy, že jsi musel zvyšovat množství alkoholu nebo drog?

Souhlasí **Nesouhlasí**

3. Měl jsi někdy pocit, že pití braní drog nebo hazardní hru přestaneš ovládat?

Souhlasí **Nesouhlasí**

4. Měl jsi někdy pocit, že jsi na alkoholu, drogách, hazardních hrách závislý?

Souhlasí **Nesouhlasí**

5. Stalo se ti někdy, že jsi za alkohol, drogy, hazardní hry utratil příliš mnoho peněz a přišel jsi tak o jiné hodnotné věci, hodnoty, aktivity?

**Souhlasí** Nesouhlasí

6. Stalo se ti, že jsi pod vlivem alkoholu nebo drog něco nedodržel?

**Souhlasí** Nesouhlasí

7. Mění se ti často vlivem alkoholu nebo drog nálada z velmi šťastné do velmi smutné?

Souhlasí **Nesouhlasí**

8. Měl jsi někdy úraz pod vlivem alkoholu nebo drog?

Souhlasí **Nesouhlasí**

9. Ublížil jsi někdy někomu nechtěně pod vlivem alkoholu nebo drog?

**Souhlasí** Nesouhlasí

10. Stalo se ti, že ses pod vlivem alkoholu nebo drogy vážně pohádal s přáteli nebo někým z rodiny?

Souhlasí **Nesouhlasí**

11. Měl jsi někdy kvůli alkoholu, drogám nebo hazardním hrám problémy s přáteli, kteří tyto věci odmítají?

Souhlasí **Nesouhlasí**

12. Měl jsi někdy odvykací potíže po vysazení alkoholu nebo drog?

Souhlasí **Nesouhlasí**

13. Stalo se ti někdy, že sis později nepamatoval, co jsi dělal pod vlivem alkoholu nebo drog? **Souhlasí** Nesouhlasí

14. Chlubil ses nebo ses předváděl, kolik alkoholu vydržíš? **Souhlasí** **Nesouhlasí**

15. Dělá ti problémy se nenapít, nevzít alkohol, drogy nebo hazardně nehrát?  
**Souhlasí** **Nesouhlasí**

## 10. Oblast

*Jak často jsi měl během posledních 30 dnů některou z následujících látek?*

### **Alkohol včetně piva:**

- ne v posledních třiceti dnech, ale dříve

### **Tabák:**

- více než 20 krát

### **Marihuanu nebo hašiš:**

- ne v posledních třiceti dnech, ale dříve

### **Pervitin, efedrin, amfetamin:**

- ani 1 krát

### **LSD, tripy, extasy a jiné halucinogeny:**

- ani 1 krát

### **Tlumivé látky a léky na spaní:**

- ani 1 krát

### **Léky proti bolestem:**

- ne v posledních 30 dnech, ale dříve

### **Opiáty (heroin, braun, kodein):**

- ani 1 krát

### **Těkavé látky (čichání)**

- ani 1 krát

### **Kokain**

- ani 1 krát

### **Jiné návykové látky: jaké**

- ani 1 krát

### **Hazardní hra (sázky, automaty, karty o peníze a podobně):**

- ani 1 krát



Čemu z následujících 12 položek jsi dával (dávala) případně přednost? Za příslušný název **zakřížkujte velké P.**

Co z následujících 12 položek ti případně způsobilo největší nesnáze? Za příslušný název **zaznač vykřičník.**

1. **Alkohol včetně piva:** !P
2. **Tabák:** !P
3. **Marihuana nebo hašiš:** !
4. **Pervitin, efedrin, amfetamin:**
5. **LSD, tripy, extasy a jiné halucinogeny**
6. **Tlumivé látky nebo léky na spaní:**
7. **Léky proti bolestem:**
8. **Opiáty:**
9. **Těkavé látky, čichání:** !P
10. **Kokain:**
11. **Jiné návykové látky:**
12. **Hazardní hra (sázky, automaty, karty o peníze a podobně):**

Projdi prosím ještě jednou odpovědi na otázky ze všech oblastí a ověř si, že u každé otázky je zaznačeno „souhlasí“ nebo „nesouhlasí“.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Zdroj: Nešpor, K., Csémy L. (1996): léčba a prevence závislostí. Praha: psychiatrické centrum Praha.

### Vyhodnocení dotazníku u daného klienta:

U daného klienta, dle hodnoceného dotazníku, v současné době nedochází k větším výkyvům v chování v oblasti ohrožení sociálně patologickými jevy. Ve všech deseti oblastech se jeví v rámci normy. Není u něj patrná experimentace s drogami ani závislost. Uvedl, že má stále problémy s kouřením. Tohoto návyku se stále nemůže zbavit. „Také si příležitostně dopřeje nějaký alkohol.“ V minulosti měl experimentální zkušenost s THC a marihuanou, v současné době popírá jakékoliv užívání těchto drog. V ostatních oblastech je vidět vliv nedostatku blízkých rodinných vazeb a možnosti blízkosti a důvěry, které ovšem klient kompenzuje kamarádky vazbami a sportovními aktivitami. V současné době rozvažuje o svém budoucím povolání, zatím není rozhodnut, čemu konkrétně by se chtěl kromě sportu věnovat. Celkově se jeví vyrovnanými názory i postoji, co se týče soustředěnosti, lehce přetrvávají rysy ADHD.

## Autodiagnóza podle Connersovy stupnice (CAARS-S:S)<sup>11</sup>

*Instrukce: V následujícím seznamu jsou vyjmenovány příznaky chování a problémů, které dospívající nebo dospělí někdy prožívají. Pečlivě si každý z nich přečtete a poté posuďte, nakolik a jak často každý z těchto příznaků popisuje Vaše osobní pocity za poslední období. Vaše odpovědi zakroužkujte dle zaznačení patřičného čísla. K ohodnocení odpovědi použijte následující stupnici hodnot:*

**0 - v žádném případě, nikdy**

**1 - pouze málo, čas od času,**

**2 - celkem dost, často,**

**3 - velice, velmi často**

1. Skáču ostatním do řeči	2
2. Nevydržím na místě a neustále pospíchám	3
3. Jsem neorganizovaný/á	3
4. Vyržet delší dobu na jednom místě je pro mne náročné	3
5. Věnovat pozornost několika věcem najednou je pro mne náročné	3
6. Snadno se rozčílím	2
7. Mám sklony se snadno začít nudit	2
8. Neustále propadám neopodstatněným výbuchům vzteku	2
9. Vyhýbám se novým výzvám, protože nemám dostatek důvěry ve své schopnosti	1
10. Vyhledávám hbité a vzrušující aktivity	3
11. Když mám chvíli posedět v klidu, cítím se vnitřně neklidný	3
12. Věci, které okolo sebe vidím nebo slyším, mne ruší z toho, čím se zrovna zabývám	3
13. Spousta věcí mne snadno rozladí	1
14. Nesnažím se o dosažení co nejlepších výsledků/nesnažím se vyniknout	3
15. Příliš se odsuzuji	1
16. Navenek se chovám jako že je vše v pořádku, ale uvnitř si sám sebou nejsem jistý	1
17. Nejsem schopný dokončit započaté úkoly, pokud to není nezbytně nutné	3
18. Mám potíže pustit se do vykonávání úkolu	3
19. Vnucuji se ostatním do jejich činnosti	0

<sup>11</sup> Všechna distribuční práva vyhrazena ve spojených státech amerických. Copyring©1998.P.O.BOX.950. Nort Tonawanda, NY 14120-0950, 1-800-456-3003. Reprodukce se svolením. Final version 28 January 2005.

20. Mé náladové výkyvy jsou nepředvídatelné	1
21. Jsem duchem nepřítomný/á při každodenních aktivitách	3
22. Někdy se má pozornost natolik omezí, že zapomínám na všechno ostatní. Jindy jsem zase natolik roztěkaný/á, že mě dokáže cokoliv vyrušit	3
23. Obvykle se vrtím a jsem neposedný	2
24. Nejsem schopný věnovat něčemu pozornost, pokud mi to vysloveně nepřipadá velmi zajímavé	2
25. Přál/a bych si mít větší víru v sebe sama a ve své schopnosti	2
26. Nezdary z minulosti mi zabraňují věřit sám/a v sebe	2

## Vyhodnocení autodiagnózy dle Connersovy stupnice (CAAR-S:S)

Klient sám své projevy posoudil takto: „je prudší povahy - impulzivní, občas bezdůvodně vybuchne. Často má obtíže se soustředit, je roztěkaný, občas nesoustředěný, často ho vyruší vlivy okolí, nechá se snadno vyvést z míry. Úkoly se snaží dokončovat, ale někdy se mu to daří s obtížemi. Zatím je krom sportu málo ctižádostivý a málo cílevědomý, občas má pocit, že se nudí. Je schopen pracovat dle úkolů a pokynů, spolupracuje dobře. Náladový je jen někdy, někdy je nedůvěřivý. S menšími obtížemi navazuje vztahy s vrstevníky. V rodině necítí takové zázemí a jistotu, jakou by si přál. Je hodně uzavřený do sebe, mnoho věcí si nechává pro sebe. Obtížně se svěřuje. Je poměrně spolehlivý. Aktivně tráví volný čas. Mrzí jej, že není schopen zbavit se závislosti na cigaretách, snaží se s kouřením přestat. V minulosti měl excesy s alkoholem, marihuanou a THC, v současné době tyto závislosti popírá. Někdy mu chybí dostatečná trpělivost. V současné době uvažuje nad tím, jakému povolání se bude věnovat v budoucnu, zatím je nerozhodný.”

Celkově by se dalo říci, že u klienta jsou sice stále přítomny některé příznaky ADHD, jsou ovšem mnohem mírnější než v minulosti a jsou dostatečně kompenzovány. Prognóza je u daného klienta příznivá.

## PROGNÓZA KLIENTA PŘÍPADOVÉ STUDIE. ZÁVĚR PŘÍPADOVÉ STUDIE

Domníváme se, že v této případové studii chlapce s hyperkinetickou poruchou se projevila možnost zvýšeného nebezpečí následků projevů sociálně patologických jevů. U chlapce se v dětství nejprve projevila traumatický zážitek, kdy byl zřejmě svědkem trestného činu. Žil v nevhodném výchovném a rodinném prostředí. Poté se ocitl v ústavní péči a poté byl vychováván do dnešní doby v dětském domově. V souvislosti s rodinným a výchovným prostředím mohl být více ohrožen sociálně patologickými jevy. Od dětství se jevil jako nesoustředěný, byla u něj prokázána hyperkinetická porucha a později i poruchy učení. I z těchto důvodů by mohl mít vyšší sklony podlehnout sociálně patologickým jevům. Ve starším školním věku měl excesy s alkoholem, kouřením a dokonce THC. Pokud by nebyl v dlouhodobé péči psychologa a psychiatra za přispění vychovatelů Dětského domova a spolupráce školy, mohla by se jeho osobnost vyvíjet značně negativně.

V tomto případě bychom poruchy aktivity a pozornosti, stejně jako specifické poruchy učení považovali za primární projev obtíží v učení. Emocionální poruchy, jsou v dnešní době víceméně kompenzovány, ovšem i přesto celkový stav klienta byl přítomností těchto poruch více komplikován. Obtíže v chování a učení mohou ovlivnit celkový vývoj osobnosti klienta. Pokud by tyto obtíže v oblastech chování i učení nebyly současně kompenzovány, mohl by být silně negativně ovlivněn jeho stav, což by se mohlo promítnout do celkového disharmonického vývoje osobnosti. Proto bychom vyzdvihli důležitost transdisciplinární spolupráce mezi jednotlivými odborníky a také nesmírnou důležitost spolupráce výchovné instituce a školy. Co se týče vývoje klientovy osobnosti, v současné době se jeví jako klidnější, celkově se jeho osobnost díky režimovým a výchovným opatření vyvíjí harmonicky v rámci možností. Poruchy aktivity a pozornosti sice přetrvávají, ale jsou reedukovány. Přetrvávající zkušenosti s návykovými látkami v současné době nejsou zaznamenány. Proto je prognóza u tohoto klienta viděna jako příznivá. Díky důslednému vedení a spolupráci se postupně kompenzují sociálně patologické jevy, které v minulosti klienta ohrožovaly. I hyperkinetická porucha se u klienta zmírnila, proto je jeho stav možno v současnosti považovat za uspokojivý.

## 9 VÝSLEDKY PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE

Cílem praktické části práce bylo zjistit, zdali jsou klienti s hyperkinetickou poruchou více náchylní k sociálně patologickým jevům a jaké jsou v jejich případě možnosti prevence proti těmto jevům. Proto byla vypracována případová studie, klienta, který měl zkušenost jednak se sociálně patologickými jevy a současně u něj byla diagnostikována hyperkinetická porucha. U daného klienta v anamnéze bylo zaznamenáno nevhodné výchovné prostředí. Klient se v současné době nachází ve věkové kategorii adolescence.

Významným poznatkem při sběru dat k praktické části práce bylo to, že hyperkinetická porucha se v dětství vyskytuje častěji u chlapců než u děvčat. K výběru dané případové studie jsme přistoupili z tohoto důvodu a důvodu přesného tematického vymezení práce.

V praktické části práce byly formou případové studie popsány zásadní informace a vývojové momenty, daného klienta. Poté, zde byla popsána kromě anamnestických údajů, jednotlivá vyšetření, diagnostika, následná diagnóza a terapie, kterou klient podstoupil nebo v současné době podstupuje. V další části bylo uvedeno doporučení odborníka, vedoucí k celkovému zlepšení stavu klienta a příznivé prognóze vývoje klienta. V závěru případové studie byl naznačen stav klienta v současné době.

Ve výsledcích naší práce se prokázala možná souvislost mezi hyperkinetickou poruchou a zvýšenou inklinací k experimentaci s kouřením, alkoholem a drogovou závislostí, jež se u klienta v minulosti vyskytla.

Dále se zde projevila možná souvislost mezi hyperkinetickou poruchou a specifickými poruchami učení a možnou hereditární predispozicí příznaků minimal brain dysfunction (dále MBD, LMD).

Na základě kvalitativního výzkumu bylo cílem naší práce propojit teoretickou analýzu k danému tématu práce s případovou studií hyperkinetické poruchy a jejich konkrétních projevu u daného klienta tedy o propojení teoretických závěrů a praktické zkušenosti.

## 10 DISKUZE

Na téma naší diplomové práce je možno vést rozsáhlou diskuzi. Otázka hyperkinetické poruchy je velmi obsáhlým tématem sama o sobě, stejně jako otázka možností prevence sociálně patologických jevů, jimiž jsme se chtěli zabývat právě v souvislosti s touto poruchou.

Dále bychom se mohli zabývat příčinami, které tyto poruchy způsobují. Také by bylo vhodné poukázat na souvislost hyperkinetické poruchy a dalších možných komorbidních poruch. Z hlediska možné souvislosti poruch aktivity a pozornosti a poruch školních dovedností, je viditelné, že specifické poruchy aktivity a pozornosti stejně tak jako specifické poruchy učení mají u klienta holistický vliv na jeho osobnost a psychiku. Také zde hraje podstatnou roli situace v rodině, výchova, situace ve škole a přijetí jedince s hyperkinetickou poruchou jeho bezprostředním okolím.

U klienta s hyperkinetickou poruchou je nutné brát ohled na možné odlišné projevy chování, tempo práce, možné výkyvy výkonů vlivem impulzivity a neschopnosti soustředění, což má vliv na celkové hodnocení, ve škole i v rodině. Rodiče by měli být důkladně obeznámeni s touto problematikou a měli by navštěvovat příslušné odborníky, jinak by nemusely být inhibovány nežádoucí projevy poruchy a naopak by nebyly rozvíjeny pozitivní vazby, čímž by se stav klienta nezlepšoval. Také pokud se podaří zmírnit projevy hyperkinetické poruchy, je možné, že se zlepší výkony i v oblastech, které bylo možno zaznamenat v rámci sekundární diagnózy-specifické poruchy učení jako podprůměrné i v rámci specifických poruch učení a dále je větší pravděpodobnost, že klient nebude problémy řešit experimentováním s návykovými látkami, čili bude sledována jeho inklinace k sociálně patologickým jevům.

V případě tohoto klienta z nefunkční rodiny, který je v ústavní péči, byla nutná kvalitní spolupráce systému, mezi školou, pedagogicko psychologickou poradnou (dále PPP) a dětským psychiatrem. Pokud by tomu tak nebylo, je velmi pravděpodobné, že by dnes klient patřil do skupiny delikventní mládeže. Také je nutno upozornit na to, že nekompenzovaná hyperkinetická porucha by mohla závažně negativně ovlivnit jeho budoucnost.

Domníváme se, že projevy u jednotlivých jedinců s hyperkinetickou poruchou jsou do jisté míry variabilní a každý klient je individuální, a proto je nutné v první řadě vycházet z konkrétního případu daného klienta. Důležité je zaměření a včasná diagnóza, z níž poté vychází vhodná terapie.



V dnešní době je dostupné velké množství různých informací k tématu hyperkinetické poruchy v literatuře i na internetu, ale otázkou je, jak z těchto informací vybrat ty podstatné, jak těmto informacím porozumět, vysvětlit je rodičům.

Naším názorem je, že souvislost hyperkinetické poruchy a možnosti prevence sociálně patologických jevů je pro neodbornou veřejnost téměř neznámá. Náchylnost klientů s hyperkinetickou poruchou k návykovým látkám a jiným sociálně patologickým jevům je sice v literatuře zmiňována, ale význam a možnosti prevence nejsou tak důkladně popsány a vysvětleny pro tu část veřejnosti, která nemá možnost získat odborné znalosti. Zvláště pro rodiče, kteří se s hyperkinetickou poruchou svých dětí setkávají v první řadě. Většinou je povědomí o těchto postupech prevence omezené nebo není téměř žádné, proto jsme považovali za podstatné zabývat se v práci právě tématem možností prevence sociálně patologických jevů, u skupiny klientů, která trpí hyperkinetickou poruchou.

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo představit problematiku hyperkinetické poruchy a zabývat se situací, v rodině i ve škole, již klienti s touto poruchou procházejí. V práci jsme se zaměřili na oblast projevů hyperkinetické poruchy v dětství a adolescenci, následnou diagnostiku a terapii u klientů s touto poruchou. Dalším klíčovým tématem byla souvislost této poruchy se sociálně patologickými jevy a možnostmi prevence právě těchto jevů.

V naší práci jsme uvedli teoretickou analýzu s využitím odborné literatury k tomuto tématu v komparaci s případovou studií vybraného klienta s hyperkinetickou poruchou.

V případové studii jsme měli možnost porovnat teoretické poznatky zpracovávané problematiky s konkrétním případem klienta.

Dospěli jsme k závěru, že případová studie musí být posuzována jako individuální jedinečná ukázka daného případu. Každý klient musí být individuálně posuzován, například v míře projevů poruchy jeho životních zkušenostech atd., a tak musí být individuálně nastavena i jeho terapie, aby byla úspěšnou. Proto jsme se také chtěli zaměřit na oblast prevence, která snižuje riziko zanedbání souvislosti hyperkinetické poruchy a ohrožení sociálně patologickými jevy u možných potencionálně ohrožených skupin osob. Proto by na základě naší práce byla pro nás zajímavá otázka možnosti prevence zaměřené na ohrožené skupiny dětí na školách, například pomocí screeningu a větší osvěty v této oblasti.

Vzhledem k tomu, že případová studie byla tvořena u konkrétního klienta, a každý případ klienta je zcela individuálním, nedají se výsledky tohoto kvalitativního výzkumu zobecnit.

Díky této práci jsme si mohli ověřit, jak je problematické postavení dítěte, které trpí hyperkinetickou poruchou, nejen jako samostatnou diagnózou ale například i ve spojení se specifickými poruchami učení a dále možnou zvýšenou náchylností těchto osob k sociálně patologickým jevům nebo i k poruchám chování, v nichž se hyperkinetická porucha může rozvinout. Dále jsme se díky této práci seznámili s tím, jak se tato porucha promítá do mnoha činností v každodenním životě klienta

Také je zde nezpochybnitelné ovlivnění psychiky klienta vlivem poruchy a tedy i celkový dopad poruchy na jedincovu osobnost. Toto ovlivnění bylo jasně promítnuto, v rámci celistvého profilu klienta, měl kromě hyperkinetické poruchy diagnostikovány i další poruchy.

U klienta se zároveň prokázaly rysy lehké mozkové dysfunkce. Také je důležité posuzovat to, že u klienta se jako primární diagnóza stanovila hyperkinetická porucha a zároveň má klient diagnostikována i specifickou poruchu učení. I tato souvislost je zajímavým poznatkem, který byl v teoretické části práce popsán.

Kromě jmenovaného jsme se zaměřili na terapeutické a kompenzační metody a mechanismy.

Považujeme za vhodné, aby byl v budoucnosti dáván větší důraz na oblast prevence a možnosti prevence a zároveň myslíme, že by bylo vhodné rozšířit více informací mezi ohroženou část populace dětí a adolescentů a rozšíření povědomí o problematice prevence sociálně patologických jevů nejen u intaktní veřejnosti, ale zvláště pro rodiče a „neodbornou“ část veřejnosti, kteří mají vlastní zkušenost s hyperkinetickou poruchou.

## RESUMÉ

Diplomová práce je věnována problému možností prevence sociálně patologických jevů u dětí a adolescentů s hyperkinetickou poruchou. Tímto tématem se práce zabývá ve dvou částech- teoretické a praktické. Teoretická část se věnuje problematice hyperkinetické poruchy, její etiologii, diagnostice, terapii a v této souvislosti i prevenci sociálně patologických jevů. Má za úkol seznámit čtenáře také se současnými postoji k dané problematice a nastínit současné problémy jedinců v této souvislosti.

Hlavním cílem je zjistit, do jaké míry je naše veřejnost seznámena s danou problematikou, zda je možné zjistit postoje většinové společnosti a zda je společnost připravena přijmout osoby, u kterých se objevily problémy spojeny s hyperkinetickou poruchou či sociálně patologickou problematikou v dané souvislosti. Zdali je v naší republice možnost nabídnout pomocnou ruku v krizovém období těm jedincům, u nichž se prostřednictvím hyperkinetické poruchy projeví určité abnormální sklony, které mohou vyústit v problémy, které v některé oblasti narušují bio-psycho- sociálně-spirituální stabilitu jedince.

V praktické části práce prezentujeme ukázkou případové studie, kde je manifestováno, že je třeba věnovat tomuto problému více pozornosti. Zlepšit informovanost veřejnosti o této problematice a jejích souvislostech, nabídnout většinové společnosti možnosti, jak přispět ke změně situace. Tito jedinci potřebují získat důvěru a překonat problémy a nedůvěru v okolí i v sebe, obavy z neúspěchu. Domníváme se, že problémy v této oblasti prohlubuje i fakt, že si mnoho lidí problémy, které jim jejich odlišnost v podobě hyperkinetické poruchy může způsobit, neuvědomují a nepřikládají těmto otázkám nutný význam. To však neznamená, že bychom měli těmto otázkám věnovat méně pozornosti než jiným. Právě naopak.

Naším názorem je, že hlavními problémy v této otázce je nedostatečná informovanost o možných důsledcích a vlivech na myšlení a chování člověka, nepochopení obtížnosti začlenění do společnosti v případě nežádoucích jevů, nedostatečné přikládání významu oblasti prevence a málo využívané možnosti právě u těchto klientů.

Cílem naší práce bylo, abychom otevřeli otázku problematiky konkrétní skupiny osob s konkrétním problémem a navrhli možnost, jak jim umožnit zlepšit kvalitu jejich života a vyvarovat je ovlivnění sociálně patologickými jevy.

## RESUMÉ

The thesis is devoted to the problem of the possibility of prevention of socially pathological phenomena in children and adolescents with hyperkinetic disorder. This work deals with the issue in two parts-theoretical and practical. The theoretical part deals with the issue Hyperkinetic disorder, its etiology, diagnosis, therapy and in this context, prevention of socially pathological phenomena. It aims to acquaint the reader with the current position on the issue and outline the current problems of individuals in this context.

The main objective is to determine the extent to which our public aware of the problem, whether it is possible to determine position of the majority and whether the company is prepared to take in people who have encountered problems associated with hyperkinetic disorder or socially pathological problems in this context. Whether in our country the opportunity to offer a helping hand to those in crisis periods, subjects which means Hyperkinetic disorders occur in certain abnormal tendencies, which can result in problems in some areas disrupt bio-psycho-socio-spiritual stability of the individual.

In the practical part of the paper, we present a sample case study, where the manifestation of the need to pay more attention to this problem. Public awareness about this issue and its context, to offer the majority of opportunities to contribute to change the situation. These individuals need to gain confidence and overcome difficulties and mistrust around the well itself, fear of failure. I believe that the problems in this area enhances the fact that many people's problems, their difference to them in the form of Hyperkinetic disorder may cause unaware and do not attach importance to these issues is necessary. This does not mean that we should take these issues less attention than others. Quite the contrary.

Our view is that the main problems in this issue is the lack of awareness about the possible consequences and impacts on the thinking and behavior, misunderstanding of the difficulty of integrating into society, in the case of adverse events, lack of prevention, giving meaning and little possibility of being used for these clients.

The aim of our study was to raise the issue of problem specific group of people with a specific issue and suggested the possibility to enable them to improve their quality of life and to avoid affecting the socio-pathological phenomena.

## ANOTACE

V diplomové práci je řešeno téma "Možnosti prevence sociálně patologických jevů u dětí s hyperkinetickou poruchou".

V teoretické práci se zaměřujeme na objasnění problematiky hyperkinetické poruchy (ADHD) v dětství a adolescenci. V další části práce se zabýváme možnou souvislostí hyperkinetické poruchy se sociálně patologickými jevy. Zabýváme se konkrétními projevy hyperkinetické poruchy u dětí a adolescentů. Věnujeme se problematice symptomatologie, dále diagnostice, intervenci, terapii těchto problémů u dětí a adolescentů. Dále se jako klíčovým tématem zabýváme možnostmi prevence sociálně patologických jevů právě u jedinců s hyperkinetickou poruchou, jak u nás tak i ve srovnání se zahraničím.

Toto téma je v praktické části podpořeno případovou studií klienta, u něhož byla diagnostikována hyperkinetická porucha a, který měl současně zkušenost se sociálně patologickými jevy - kouření, alkohol, drogy.

V závěru jsou uveřejněny výsledky teoretické a praktické části práce, zamyšlení nad těmito výsledky a je nastíněna možnost dalšího využití těchto výsledků v rámci daného tématu.

## ANOTATION

The thesis deals with the topic "Possibilities of prevention of socially pathological phenomena at children with hyperkinetic disorder."

In theoretical work we aim to clarify issues of Hyperkinetic disorder (ADHD) at childhood and adolescence. In another part of the work we deal with possible connections between Hyperkinetic disorder and socio-pathological phenomena. We discuss manifestations of Hyperkinetic disorder at children and adolescents. We deal with issues of symptomatology, the diagnosis, intervention, treatment of these problems at children and adolescents. Furthermore, as a key issue discussed possibilities of prevention of socially pathological phenomena precisely at subjects with hyperkinetic disorder, both here and in comparison with other countries.

This topic is in part supported by practical case study of clients, which has been diagnosed with hyperkinetic disorder and who also had experience with socially pathological phenomena

- smoking, alcohol, drugs.

At the end of the published results of theoretical and practical work, thinking about these results and outlined the possibility of further use of these results within a given topic.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ:

BARCLEY, R.A. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment.* New York: Guildford Press, 1990.

BRANDON, A.D, GAMON, D. *Když mozek pracuje jinak.* Praha: Portál 2006, 113 s., ISBN 80-7367-066-6

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ,O. *Hyperkinetická porucha/ADHD.* Praha 2007, 1.vyd., 268 s., ISBN 978-80-7262-419-5

DRTÍLKOVÁ,I. *Hyperaktivní dítě:vše co potřebuji vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD).* Praha, 2007, 2.vyd., 87 s., ISBN 978-80-7262-447-8

HALLOWELL, E.D. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti.* Praha 2007,1.vyd., 306 s., ISBN 978-80-7255-154-5

HORT,V.,MALÁ E. A kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 496 s., ISBN 80-7178-472-9

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Metody práce s dětmi s LMD především pro učitele a vychovatele.* 4. vyd. Praha: D&H, 2000, ISBN- neuvedeno

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie.*1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2781-3

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika.*1.vyd. Praha: Triton, 2008, 250 s., ISBN 978-80-7387-014-0

KOŠČ, L. *Patopsychológia učenia a jej neuropsychologické základy.* Bratislava: SPN, 1987, ISBN- neuvedeno

KUCHARSKÁ, A. (ED.). *Specifické poruchy učení a chování. Sborníky 1994-2000.* Praha: Portál. ISSN 1211-670X

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie.* 2. vyd. Praha: Portál, 2000, 409 s. ISBN 80-7178-381-1



LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 191 s. ISBN 80-7178-572-5

LOKŠA, J., LOKŠOVÁ, I. *Pozornost, motivace a relaxace dětí ve škole*. Portál, 1999, ISBN 80-7178-205-X

MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-105-66

MATĚJČEK, Z. *Po dobrém nebo po zlém?* 5. vyd. Praha: Portál 2000, 109 s. ISBN 80-7178-486-9

MERTIN, V. *ADHD – pohled psychologa*. *Pediatric pro praxi*, 2/2004. [online]. *Pediatric pro praxi* [cit. 2. Února 2010]. Dostupné na: <<http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200402-0002.php>>

MICHEL, G. F., MOOREOVÁ, C.L. *Psychobiologie*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-116-9

MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice roce 2008*. Praha, 2009, s.123, ISBN 978-80-87041-99-4

MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd., Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-430-4

NEŠPOR, K. & CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: 1996, ISBN - neuvedeno

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava specifických poruch učení a chování*. 3. rozš. A uprav. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-151-7

RABOCH, J., ANDERS M. a kol. *Psychiatrie II. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha 2006, s. 204, ISBN 80-239-8501-9.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. UP Olomouc, 2006, ISBN 80-244-1475-9

RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4

SIMONOFF, E., ELANDER, J. *Prediktory asociální osobnosti. Kontinuita od dětství do dospělosti* In: *Br J Psychiatry*, 2004, ISBN 184:118-27

STEJSKALOVÁ, Z. *Nízkoprahové kluby jako prostředek prevence problémů v chování*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. Katedra speciální pedagogiky, 2007. 65 s., 4s. příloh. Vedoucí diplomové práce PhDr. Věra Vojtová, Ph.D.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. Praha: Portál, 2002, 175 s., ISBN 80-7178-689-6

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd., Praha: Portál, 2007, 615 s., ISBN 978-80-7367-340-6

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti. Jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál 1997, 164 s., ISBN 80-7178-131-2

VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-545-8

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2001, ISBN – neuváděno

ŽÁČKOVÁ, M., THEINER, P. *Problémové chování u adolescentů – poruchy chování, hyperkinetické poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek*. [Online]. Neurologie pro praxi. [cit. 3.11.09]. Dostupné na: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/06/05.pdf>

WILLCUTT, E.G. *Psychiatrické komorbidity u dětí a dospívajících. Čtení s handicapem*. University of Colorado v Boulderu, U.S.A., 2008.

*Česká Psychologie*, ročník 2007, číslo 17, str. 34, Praha: Portál, ISSN – neuváděno

*Sborník vydáný ke dnům československého psychiatrického sjezdu*: číslo 11, str. 15- 20, Praha: 2007, ISSN neuváděno

## Internetové zdroje:

- [https://www.pmscr.cz/ke-stazeni/-Statistika Probační a mediační služby ČR 2008](https://www.pmscr.cz/ke-stazeni/-Statistika-Probační-a-mediační-slужby-ČR-2008)
- <http://www.kr-jihomoravsky.cz/>
- <http://remedia.mednet.cz>
- <http://cs.wikipedia.org/wiki/Terapie>
- <http://www.msmt.cz/socialni-programy/prevence>

## SEZNAM PŘÍLOH

### PŘÍLOHA 1

Statistika probační a mediační služby ČR-Výroční zpráva 2007-2008.

### PŘÍLOHA 2

Screeningový dotazník pro dospívající, identifikující rizikové oblasti.

(Volně podle R. E. Tartera adaptovali Nešpor, Csémy a Müllerová, 1995 - 18. verze)

### PŘÍLOHA 3

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) 2005 - 2008.

### PŘÍLOHA 4

Schéma spolupráce jednotlivých institucí v oblasti primární prevence v působnosti resortu MŠMT.

## PŘÍLOHA 1

Tabulka 1: Oblast sociální prevence a prevence kriminality

realizátor vybraných projektů	počet projektů	schválená částka v tis. Kč
základní školy	2	94
SOŠ a SOU	3	195
gymnázia	2	80
speciální školy	2	75
PPP	5	280
SVC	1	60
<b>celkem</b>	<b>15</b>	<b>784</b>

Tabulka 2: Oblast protidrogové prevence

realizátor vybraných projektů	počet projektů	schválená částka v tis. Kč
základní školy	6	237
SOŠ a SOU	1	70
gymnázia	3	152
PPP	2	229
SVC	1	36
SSŠ	1	60
<b>celkem</b>	<b>14</b>	<b>784</b>

Tabulka č.3: Celkový počet evidovaných případů – souhrn za ČR

Nové evidované případy PMS ČR	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
<b>Celkem evidováno</b>	<b>28403</b>	<b>100,0%</b>	<b>26338</b>	<b>100,0%</b>	<b>24885</b>	<b>100,0%</b>	<b>27648</b>	<b>100,0%</b>	<b>25465</b>	<b>100,0%</b>
z toho TC mládeže	3969	14,0%	3780	14,4%	3817	15,3%	4553	16,5%	4111	14,9%
z toho TC spojená s drogami	839	3,0%	828	3,1%	712	2,9%	692	2,5%	657	2,4%
z toho TC spojená s extremismem	88	0,3%	79	0,3%	46	0,2%	55	0,2%	39	0,1%

Tabulka č.4: Podíl případů evidovaných v přípravném a vykonávacím řízení na celkovém počtu evidovaných případů dospělých a případů mládeže včetně podílů drogové kriminality a extremismu

celkem evidováno mladistvých a dětí za rok 2008				celkem evidováno dospělých klientů za rok 2008			
<b>Absolutně</b>		<b>4111</b>	<b>100%</b>	<b>Absolutně</b>		<b>21354</b>	<b>100%</b>
		počet spisů	počet spisů v %			počet spisů	počet spisů v %
z toho	v přípravném řízení a řízení před soude	2034	49,5%	z toho	v přípravném řízení a řízení před soude	3058	14,3%
	ve vykonávacím řízení	2077	50,5%		ve vykonávacím řízení	18296	85,7%
	spácháno dětmi 0-14	1093	26,6%		drogová kriminalita	543	2,5%
	drogová kriminalita	114	2,8%		extremismus	32	0,1%
	extremismus	7	0,2%				

Tabulka č.5: Celkový počet evidovaných případů – přehled v rámci jednotlivých soudních krajů

Soudní kraj	2004	2005	2006	2007	2008
Praha	2698	2236	1877	2128	1792
Střední Čechy	2558	2410	2326	2687	2685
Jižní Čechy	2208	2206	1977	2279	1915
Západní Čechy	3328	3106	2638	2961	2724
Severní Čechy	4212	3957	4026	4775	4571
Východní Čechy	2791	2593	2460	2764	2371
Jižní Morava	4970	4609	4693	5006	4711
Severní Morava	5638	5221	4888	5048	4696
<b>Celkem ČR</b>	<b>28403</b>	<b>26338</b>	<b>24885</b>	<b>27648</b>	<b>25465</b>

Zdroj: PMS ČR

## Statistika pro všechny věk. kategorie za kraje ČR

### Celkový počet evidovaných spisů.

Období: **Od 1/1/2008 do 31/12/2008**

### Nápad - počet nově evidovaných spisů.

celkem evidováno od počátku do konce sled. období			
<b>Absolutně</b>		<b>25465</b>	<b>100%</b>
		počet spisů	spis v %
z toho	v přípravném řízení a řízení před soudem	5092	20,0%
	ve vykonávacím řízení	20373	80,0%
	mládež 0 - 18	4111	16,1%
	dospělý 18 - ....	21354	83,9%
	drogová kriminalita	657	2,6%
	extremismus	39	0,2%

## PŘÍLOHA 2

### Screeningový dotazník pro dospívající, identifikující rizikové oblasti

(Volně podle R. E. Tartera adaptovali Nešpor, Csémy a Müllerová, 1995) – 18. verze)

Dotazník vyplněn anonymně: ano ne

Pokud ne, uveď své jméno a příjmení:

Počet dovršených let věku:

Pohlaví: mužské ženské

*Odpověz, prosím na všechny následující otázky. Zakřížkuj „souhlasí“ nebo „nesouhlasí“. I když to nebude úplně přesné, odpověz podle toho, jestli je pravdivá odpověď podle tvého názoru blíže souhlasu nebo nesouhlasu. Odpovědi se týkají období posledních 12 měsíců, pokud není uvedeno jinak.*

#### 1. Oblast

1. Sportuješ méně nežli vrstevníci? souhlasí nesouhlasí
2. Odcházíš večer před dny, kdy je škola nebo jiné povinnosti, z domova bez dovození? souhlasí nesouhlasí
3. Díváš se obvykle více než 2 hodiny na televizi? souhlasí nesouhlasí
4. Nebyli rodiče na večírcích, kterých ses v poslední době účastnil (účastnila)? souhlasí nesouhlasí
5. Cvičíš méně než většina vrstevníků, které znáš? souhlasí nesouhlasí
6. Trávíš volný čas většinou tím, že se jen tak touláš s přáteli? souhlasí nesouhlasí
7. Nudíš se většinou? souhlasí nesouhlasí
8. Trávíš většinu volného času sám (sama)? souhlasí nesouhlasí
9. Bereš alkohol nebo drogy jako způsob odpočinku? souhlasí nesouhlasí
10. Máš ve srovnání s většinou vrstevníků méně koníčků a zájmů mimo domov? souhlasí nesouhlasí
11. Jsi nespokojen (nespokojená) s tím, jak trávíš volný čas? souhlasí nesouhlasí
12. Unavíš se rychle při námaze? souhlasí nesouhlasí

#### 2. Oblast

1. Často prosazuješ své názory za každou cenu, třeba i nevhodně? souhlasí nesouhlasí
2. Často zdůrazňuješ, že jsi lepší než druzí? souhlasí nesouhlasí
3. Trápíš někdy zvířata nebo si na nich vyléváš zlost? souhlasí nesouhlasí
4. Často křičíš? souhlasí nesouhlasí
5. Stojíš často za svým názorem, i když tušíš, že není správný? souhlasí nesouhlasí
6. Často kleješ nebo mluvíš sprostě? souhlasí nesouhlasí
7. Podezíráš často druhé, že ti chtějí ublížit? souhlasí nesouhlasí
8. Úmyslně a často druhé zlobíš a děláš jim schválnosti? souhlasí nesouhlasí
9. Míváš špatnou náladu? souhlasí nesouhlasí
10. Působí ti výraznější obtíže jednání zejména s cizími lidmi? souhlasí nesouhlasí
11. Vyhrožuješ druhým násilím? souhlasí nesouhlasí
12. Mluvíš hlasitěji nežli většina tvých vrstevníků? souhlasí nesouhlasí
13. Snadno se dáš vyvést z rovnováhy? souhlasí nesouhlasí
14. Děláš často věci a neuvažuješ před tím o jejich následcích? souhlasí nesouhlasí
15. Děláš často riskantní nebo nebezpečné věci? souhlasí nesouhlasí
16. Využíváš druhé lidi, když k tomu máš příležitost? souhlasí nesouhlasí
17. Často se rozčiluješ? souhlasí nesouhlasí
18. Trávíš většinu volného času o samotě? souhlasí nesouhlasí
19. Utekl (utekla) jsi z domova nebo nějakého zařízení na více než 48 hodin? souhlasí nesouhlasí
20. Hodně ti vadí, když tě někdo kritizuje? souhlasí nesouhlasí

#### 3. Oblast

1. Chodíš na pravidelné lékařské kontroly kvůli nějaké nemoci? souhlasí nesouhlasí
2. Stal se ti nějaký úraz nebo nehoda, jejímiž následky trpíš? souhlasí nesouhlasí
3. Trpíš nespavostí nebo naopak spíš nadměrně? souhlasí nesouhlasí
4. Přibral (přibrala) nebo jsi zhubl (zhubla) v poslední

době o víc než 5 kg? souhlasí nesouhlasí

5. Máš méně energie než si myslíš, že bys měl (měla) mít? souhlasí nesouhlasí
6. Míváš dýchací potíže nebo kašel? souhlasí nesouhlasí
7. Máš nějaké problémy, týkající se sexu nebo pohlavních orgánů? souhlasí nesouhlasí
8. Měl (měla) jsi někdy sexuální kontakty s někým, kdo bere drogy? souhlasí nesouhlasí
9. Míváš bolesti břicha nebo nevolnosti? souhlasí nesouhlasí
10. Měl (měla) jsi během posledních 12 měsíců žloutenku? souhlasí nesouhlasí
11. Trpíš nějakými jinými dlouhodobějšími bolestivými problémy? souhlasí nesouhlasí
12. Trpíš nějakým tělesným onemocněním, které tě ve srovnání s vrstevníky nějak omezuje nebo znevýhodňuje? souhlasí nesouhlasí

2

#### 4. Oblast

1. Poškodil (poškodila) jsi někdy majetek někoho jiného? souhlasí nesouhlasí
2. Kradl (kradla) jsi opakovaně? souhlasí nesouhlasí
3. Pereš nebo hádáš se častěji než tví vrstevníci? souhlasí nesouhlasí
4. Trpíš často nedostatkem energie? souhlasí nesouhlasí
5. Nedokážeš v klidu sedět a jsi neklidný (neklidná)? souhlasí nesouhlasí
6. Snadno cítíš zklamání? souhlasí nesouhlasí
7. Obtížně se soustřeďuješ? souhlasí nesouhlasí
8. Často se cítíš hodně smutný (smutná)? souhlasí nesouhlasí
9. Okusuješ si nehty? souhlasí nesouhlasí
10. Máš neklidný spánek? souhlasí nesouhlasí
11. Jsi nervózní? souhlasí nesouhlasí
12. Dostaneš snadno strach? souhlasí nesouhlasí
13. Děláš si hodně starostí? souhlasí nesouhlasí
14. Je pro tebe obtížné pustit věci z hlavy? souhlasí nesouhlasí
15. Máš pocit, že se na tebe lidé dívají? souhlasí nesouhlasí
16. Slycháš věci, které jiní lidé neslyší, slyšel (slyšela) jsi někdy „hlasy“? souhlasí nesouhlasí
17. Myslíš, že máš nějaké zvláštní síly, které druzí lidé nemají? souhlasí nesouhlasí
18. Míváš mezi lidmi strach? souhlasí nesouhlasí
19. Je ti často do pláče? souhlasí nesouhlasí
20. Míváš často tolik energie, že nevíš, co s ní udělat? souhlasí nesouhlasí

#### 5. Oblast

1. Jsi mezi vrstevníky málo oblíbený (oblíbená)? souhlasí nesouhlasí
2. Jsi většinou nespokojený (nespokojená) s tím, jak se zapojuješ do toho, co dělají kamarádi nebo kamarádky? souhlasí nesouhlasí
3. Je pro tebe těžké nacházet ve skupině neznámých lidí přátele? souhlasí nesouhlasí
4. Využívají tě druzí ke svým zájmům? souhlasí nesouhlasí
5. Bojíš se hájit vlastní zájmy? souhlasí nesouhlasí
6. Je pro tebe hodně těžké požádat druhé o pomoc? souhlasí nesouhlasí
7. Vrstevníci tě snadno ovlivňují? souhlasí nesouhlasí
8. Baví tě spíše společnost starších dětí nebo dospívajících nežli společnost vrstevníků? souhlasí nesouhlasí

3

9. Děláš si často starosti, jak to, co děláš bude působit na druhé? souhlasí nesouhlasí
10. Dělá ti těžkosti hájit svůj názor? souhlasí nesouhlasí
11. Dělá ti těžkosti odmítat druhým? souhlasí nesouhlasí
12. Cítíš se příjemně, když tě někdo chválí? souhlasí nesouhlasí
13. Vnímají tě druzí jako málo přátelského (přátelskou)? souhlasí nesouhlasí
14. Když mluvíš s druhými, vyhýbáš se často pohledu na ně? souhlasí nesouhlasí

#### 6. Oblast

*Pokud jsi nebyl (nebyla) poslední rok s rodinou ve styku a nemáš o ní zprávy, odpověď za předchozí období. Jestliže není možné ani to, tuto oblast vynechej.*

1. Stalo se, že někdo z rodiny (matka, otec, bratr nebo sestra) si vzal marihuanu, kokain, heroin nebo pervitin? souhlasí nesouhlasí
2. Stalo se, že by se někdo z rodiny opil takovým způsobem, že by z toho měl problémy v rodině, v práci nebo s přáteli? souhlasí nesouhlasí
3. Byl někdo z blízké rodiny během tvého života uvězněn? souhlasí nesouhlasí
4. Často se s rodiči nebo pěstouny hádáš a při tom na sebe křičíte? souhlasí nesouhlasí



5. Bývá rodina zřídka pohromadě? souhlasí nesouhlasí
6. Rodiče nebo pěstouni neví, co se ti líbí a co ne? souhlasí nesouhlasí
7. Neexistují v tvé rodině jasná pravidla, co můžeš a co ne? souhlasí nesouhlasí
8. Nevědí rodiče nebo pěstouni, co si doopravdy myslíš o věcech, které jsou pro tebe důležité? souhlasí nesouhlasí
9. Hádají se rodiče nebo pěstouni často? souhlasí nesouhlasí
10. Nevědí často rodiče nebo pěstouni, kde jsi a co děláš? souhlasí nesouhlasí
11. Bývají rodiče nebo pěstouni většinou mimo domov? souhlasí nesouhlasí
12. Máš pocit, že se o tebe rodiče nebo pěstouni nestarají? souhlasí nesouhlasí
13. Jsi nespokojen (nespokojená) s uspořádáním svého života? souhlasí nesouhlasí
14. Necítíš se doma bezpečně? souhlasí nesouhlasí
15. Biji tě doma často? souhlasí nesouhlasí
16. Stalo se, že tě někdo z blízké rodiny sexuálně obtěžoval? souhlasí nesouhlasí
17. Trpí nebo trpěl někdo z rodičů nebo pěstounů vážnou duševní chorobou? souhlasí nesouhlasí

4

### 7. Oblast

*Pokud jsi nebyl (nebyla) poslední rok ve škole, odpovídej za předchozí období.*

1. Školu nemáš rád (ráda)? souhlasí nesouhlasí
2. Těžko se ve škole nebo při učení soustřeďuješ? souhlasí nesouhlasí
3. Máš podprůměrné známky? souhlasí nesouhlasí
4. Chodíš za školu častěji nežli dva dny v měsíci? souhlasí nesouhlasí
5. Máš často zmeškané hodiny? souhlasí nesouhlasí
6. Uvažoval (uvažovala) jsi vážně o tom, že ze školy odejdeš? souhlasí nesouhlasí
7. Stává se často, že nenapišeš úkoly? souhlasí nesouhlasí
8. Jsi ve škole často ospalý (ospalá)? souhlasí nesouhlasí
9. Přicházíš často na hodiny pozdě? souhlasí nesouhlasí
10. Změnil jsi své přátele ve škole ve srovnání s předchozím rokem? souhlasí nesouhlasí
11. Cítíš se ve škole podrážděný a rozrušený? souhlasí nesouhlasí
12. Nudíš se ve škole? souhlasí nesouhlasí
13. Zhoršil se tvůj školní prospěch? souhlasí nesouhlasí
14. Cítíš se ve škole fyzicky ohrožován (ohrožována)? souhlasí nesouhlasí
15. Propadl (propadla) jsi někdy v životě? souhlasí nesouhlasí
16. Cítíš se během mimoškolních aktivit nebo v zájmových kroužcích nevíтанý (nevíтанá)? souhlasí nesouhlasí
17. Vynechal (vynechala) jsi někdy školu nebo jsi přišel (přišla) pozdě kvůli alkoholu nebo drogám? souhlasí nesouhlasí
18. Měl (měla) jsi někdy ve škole problémy kvůli alkoholu nebo drogám? souhlasí nesouhlasí
19. Stalo se, že alkohol nebo droga ti zabránily napsat úlohu nebo se připravit do školy? souhlasí nesouhlasí
20. Stalo se někdy v životě, že tě z nějaké školy vyloučili? souhlasí nesouhlasí

### 8. Oblast

*Jestliže jsi nikdy žádnou placenou práci ani brigádu nedělala (nedělala), tuto oblast vynechej.*

1. Měl (měla) jsi nějakou placenou práci (i brigádu) a propustili tě z ní předčasně? souhlasí nesouhlasí
  2. Přestal (přestala) jsi do nějaké práce nebo na brigádu prostě chodit? souhlasí nesouhlasí
  3. Při hledání práce nebo brigády potřebuješ pomoc druhých? souhlasí nesouhlasí
  4. Chodil (chodila) jsi často do práce nebo na brigádu pozdě nebo jsi vynechával (vynechávala)? souhlasí nesouhlasí
- 5
5. Bylo pro tebe těžké dokončovat pracovní úkoly? souhlasí nesouhlasí
  6. Vydělal (vydělala) jsi někdy peníze nezákonným způsobem? souhlasí nesouhlasí
  7. Vzal (vzala) sis někdy v práci alkohol nebo drogy? souhlasí nesouhlasí
  8. Propustili tě někdy z práce kvůli alkoholu nebo drogám? souhlasí nesouhlasí
  9. Měl (měla) jsi problémy vycházet s nadřízenými? souhlasí nesouhlasí
  10. Chodil (chodila) jsi někdy do práce proto, abys měl (měla) peníze na alkohol nebo na drogy? souhlasí nesouhlasí
  11. Měl (měla) jsi v práci konflikty nebo problémy se spoluzaměstnanci? souhlasí nesouhlasí
  12. Ještě nevíš, jaké práci my ses chtěl (chtěla) v budoucnu věnovat? souhlasí nesouhlasí

## 9. Oblast

1. Pije některý z tvých přátel pravidelně alkohol nebo bere drogy? souhlasí nesouhlasí
2. Dává nebo prodává některý z přátel drogy vrstevníkům? souhlasí nesouhlasí
3. Švindluje někdo z přátel při písemkách ve škole nebo nějak podvádí? souhlasí nesouhlasí
4. Nemají rodiče tvoje kamarády rádi? souhlasí nesouhlasí
5. Měl někdo z tvých přátel problémy se zákonem? souhlasí nesouhlasí
6. Je většina tvých přátel starších než ty? souhlasí nesouhlasí
7. Chodí tvoji přátelé často za školu nebo žádnou školu nenavštěvují a ani nechodí do práce? souhlasí nesouhlasí
8. Nebaví přátele večírky, kde se nepodává alkohol nebo kde nejsou drogy? souhlasí nesouhlasí
9. Přinesli přátelé na nějaký večírek během posledních 12 měsíců alkohol nebo drogy? souhlasí nesouhlasí
10. Ukradli přátelé něco v obchodě nebo úmyslně poškodili cizí majetek během posledních 12 měsíců? souhlasí nesouhlasí
11. Patříš do party, která se zabývá něčím nezákonným? souhlasí nesouhlasí
12. Trápí tě v současnosti nějaký problém, který máš s přítelem nebo přítelkyní? souhlasí nesouhlasí
13. Nemáš žádného přítele nebo přítelkyni, kterému by ses mohl (mohla) svěřit? souhlasí nesouhlasí
14. Máš v porovnání s vrstevníky málo přátel? souhlasí nesouhlasí

## 10. Oblast (A)

1. Cítil (cítila) jsi někdy silnou touhu nebo přání po alkoholu, jiných drogách nebo hazardní hře? souhlasí nesouhlasí  
6
2. Stalo se ti někdy, že jsi musel (musela) zvyšovat množství alkoholu nebo drog, abys dosáhl (dosáhla) účinku, ke kterému ti dříve stačilo menší množství? souhlasí nesouhlasí
3. Měl (měla) jsi někdy pocit, že pití alkoholu, braní drog nebo hazardní hru přestáváš ovládat? souhlasí nesouhlasí
4. Měl (měla) jsi někdy pocit, že jsi na alkoholu, drogách nebo hazardní hře závislý (závislá)? souhlasí nesouhlasí
5. Stalo se ti někdy, že jsi utratil (utratila) příliš mnoho peněz za alkohol, jiné drogy nebo hazardní hru a přišel (přišla) jsi tak o jiné aktivity, věci, hodnoty? souhlasí nesouhlasí
6. Stalo se ti někdy, že jsi pod vlivem alkoholu nebo drog něco nedodržel (nedodržela), např. byl (byla) jsi v noci přes zákaz mimo domov nebo porušil (porušila) zákon? souhlasí nesouhlasí
7. Mění se ti často vlivem alkoholu nebo drog nálada v velmi šťastné do velmi smutné? souhlasí nesouhlasí
8. Měl (měla) jsi někdy úraz pod vlivem alkoholu nebo drog? souhlasí nesouhlasí
9. Ublížil (ublížila) jsi někdy někomu nechtěně pod vlivem drog nebo alkoholu? souhlasí nesouhlasí
10. Stalo se ti, že ses pod vlivem alkoholu nebo drogy vážně pohádal (pohádala) s přáteli nebo s někým z rodiny? souhlasí nesouhlasí
11. Měl (měla) jsi někdy kvůli alkoholu, drogám nebo hazardní hře problémy s přáteli, kteří takové věci odmítají? souhlasí nesouhlasí
12. Měl (měla) jsi někdy odvykací potíže (abstáček) po vysazení alkoholu nebo drog? souhlasí nesouhlasí
13. Stalo se ti někdy, že sis později nepamatoval (nepamatovala) co jsi dělal (dělala) pod vlivem alkoholu? souhlasí nesouhlasí
14. Chlubil (chlubila) ses nebo ses předváděl (předváděla) kolik alkoholu vydržíš? souhlasí nesouhlasí
15. Dělá ti problémy se nenapít, nevzít alkohol, drogy nebo hazardně nehrát? souhlasí nesouhlasí

## 10. Oblast

*Jak často jsi měl (měla) během posledních 30 dnů některou z následujících látek?  
Zakřížkuj příslušný údaj.*

### 1. Alkohol včetně piva:

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve  
7

**2. Tabák:**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve

**3. Marihuana nebo hašiš:**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve

**4. Pervitin, efedrin, amfetamin:**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve

**5. LSD, tripy, ecstasy a jiné halucinogeny:**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve

**6. Tlumivé látky a léky na spaní:**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve

**7. Léky proti bolestem:**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve

**8. Opiáty (heroin, braun, kodein):**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve

**9. Těkavé látky (čichání):**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x

10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve  
8

**10. Kokain:**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve

**11. Jiné návykové látky: jaké**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x  
ne v posledních 30 dnech, ale dříve

**12. Hazardní hra (sázky, automaty, karty o peníze a podobně):**

ani 1x  
1 – 2x  
3 – 9x  
10 – 20x  
více než 20x

ne v posledních 30 dnech, ale dříve

Čemu z následujících 12 položek jsi dával (dávala) případně přednost?

Za příslušný název **zakřížkuj velké P.**

Co z následujících 12 položek ti případně způsobilo největší nesnáze?

Za příslušný název **zakřížkuj vykřičník.**

**1. Alkohol včetně piva: P !**

**2. Tabák: P !**

**3. Marihuana nebo hašiš: P !**

**4. Pervitin, efedrin, amfetamin: P!**

**5. LSD, tripy, ecstasy a jiné halucinogeny: P!**

**6. Tlumivé látky a léky na spaní: P!**

**7. Léky proti bolesti: P!**

**8. Opiáty (heroin, braun, kodein): P!**

**9. Těkavé látky (čichání): P!**

**10. Kokain: P!**

**11. Jiné návykové látky: jaké P!**

**12. Hazardní hra (sázky, automaty, karty o peníze a podobně): P!**

Projdi prosím ještě jednou odpovědi na otázky ze všech oblastí a ověř si, že u každé otázky je zakřížkováno „souhlasí“ nebo „nesouhlasí“

## PŘÍLOHA 3

### MŠMT

**Odbor speciálního vzdělávání a institucionální výchovy MŠMT**

**Krajský školský koordinátor prevence**

**Pracovník krajského úřadu – OŠMS**

**Metodik prevence**

**Pracovník školského poradenského zařízení**

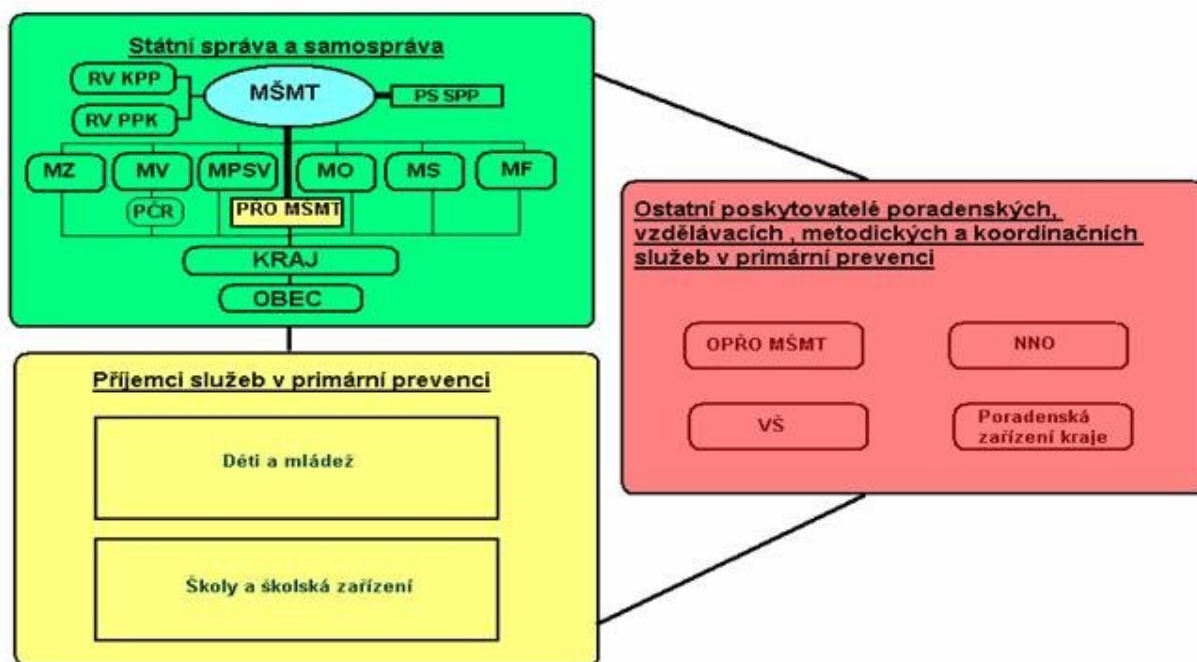
**Školní metodik prevence**

**Pedagogický pracovník školy či školského zařízení**



(SWOT analýza Příloha III.)

## PŘÍLOHA 4



Vysvětlivky k použitým zkratkám:

RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVPPK	Republikový výbor pro prevenci kriminality
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PŘO	Přímo řízené organizace MŠMT
OPŘO	Ostatní přímo řízené organizace MŠMT*

PS SPP	Pracovní skupina specifické primární prevence
MO	Ministerstvo obrany
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MF	Ministerstvo financí
MS	Ministerstvo spravedlnosti
NNO	Nestátní neziskové organizace
VŠ	Vysoká škola

\*

*ČŠI – Česká školní inspekce*

*IPPP – Institut pedagogické psychologické poradenství*

*VÚP – Výzkumný ústav pedagogický*

*NÚOV – Národní ústav odborného vzdělávání*

*ÚIV – Ústav pro informace ve vzdělávání*

*AV – Antidopingový výbor*