

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Poruchy chování a emocí – intervence v rodině

Bc. et Bc. Petra Bránková

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje uvedené v referenčním seznamu.

V Olomouci, dne 18. 4. 2024

Podpis:

Poděkování:

Ráda bych poděkovala doc. Mgr. Michalu Růžičkovi, PhD., za jeho odborné vedení mé diplomové práce a cenné rady, trpělivost a pochopení. Mé díky patří také celému týmu, který byl nedílnou součástí zpracování této práce, zejména Mgr. Bronislavě Eichlerové, která mě uvedla do tématu a poskytovala mi podporu po celou dobu vypracování práce. Největší díky ale patří mému manželovi a dětem, kteří mě po celou dobu podporovali a byli mi velkou oporou a projevíli mi bezmeznou trpělivost po celou dobu mého studia.

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. et Bc. Petra Bránková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Poruchy chování a emocí – intervence v rodině
Název v angličtině:	Behavioral and Emotional Disorders - Family Interventions
Zvolený typ práce:	Literární review
Anotace práce:	<p>Poruchy chování a emocí zahrnují široké spektrum stavů, které výrazně ovlivňují jednotlivce, jejich rodiny a společnost jako celek. Tyto poruchy se projevují různými způsoby, včetně agresivity, izolace, úzkosti, deprese, impulzivity, neklidu a problémů s pozorností. Cílem této práce bylo zkoumat účinnost intervencí v rodině při léčbě poruch chování a emocí u dětí a adolescentů. Práce se zaměřuje na literární přehled, který zahrnuje celkem 8 relevantních studií. Výsledky jsou shrnuty v závěrečné části literárního přehledu a diskutovány. Účinnost intervencí v rodině se liší v závislosti na použitých intervenčních přístupech.</p>
Klíčová slova:	Poruchy chování a emocí, Intervence v rodině
Anotace v angličtině:	<p>Behavioral and emotional disorders encompass a wide spectrum of conditions that significantly impact individuals, their families, and society as a whole. These disorders manifest in various ways, including aggression, isolation, anxiety, depression, impulsivity, restlessness, and attention problems. The aim of this study was to examine the effectiveness of family-based interventions in treating behavioral and emotional disorders in children and adolescents. The study focuses on a literature review comprising a total of 8 relevant studies. The findings are summarized in the concluding section of the literature</p>

	review and discussed. The effectiveness of family-based interventions varies depending on the intervention approaches utilized.
Klíčová slova v angličtině:	Emotional behavioral disorders, Family Interventions,
Rozsah práce:	78 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

OSNOVA

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Poruchy chování a emocí	10
1.1 Definice poruch chování a emocí	11
1.2 Klasifikace poruch chování a emocí	12
1.3 Příčiny vzniku poruch chování a emocí	22
1.4 Diagnostická kritéria poruch chování.....	28
2 Rodina	31
2.1 Rodinné prostředí	31
2.2 Různorodost výchovných přístupů v rodinném kontextu	32
2.3 Rodinné struktury a jejich sociálně-emocionální vliv	35
3 Intervence v rodině s dítětem s poruchou chování a emocí	38
3.1 Pedagogicko-psychologické poradenství	39
3.2 Psychoterapie	43
PRAKTICKÁ ČÁST	47
4 Metodický přístup	47
4.1 Metodologie a postup při tvorbě literárního review.....	47
4.2 Výsledky.....	50
5 Diskuze.....	68
ZÁVĚR.....	70
Seznam tabulek	71
Seznam obrázků	72
Seznam grafů.....	73
Seznam použitých zdrojů	74

ÚVOD

Stále častěji se setkáváme nejen s projevy poruch chování, ale také s jejich diagnózou, což naznačuje rostoucí povědomí o těchto problémech a zároveň zdůrazňuje jejich význam ve společnosti. Je zásadní provádět časnou diagnostiku těchto poruch, aby bylo možné urychlit jejich zmírnění nebo dokonce vyléčení. Doporučuje se implementovat preventivní programy a různé formy intervencí nejen v rodinném, ale i školním a dalším prostředí s cílem minimalizovat negativní dopady těchto poruch na jedince, rodinu a další blízké okolí. Cílem této práce bylo zkoumat účinnost intervencí v rodině při léčbě poruch chování a emocí u dětí a adolescentů.

Struktura práce je rozdělena na dvě hlavní části – teoretickou a praktickou. Teoretická část se podrobněji zabývá třemi kapitolami. První kapitola analyzuje definice poruch chování a emocí, jejich klasifikaci dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, dále jen DSM) a Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN), příčiny vzniku a diagnostická kritéria. Tyto informace poskytují základní teoretické znalosti pro pochopení problematiky.

Druhá kapitola se věnuje roli rodiny jako klíčového prostředí, kde se formují chování a emocionální projevy jednotlivců. Jsou zde analyzovány různé aspekty rodinného prostředí, rodinné struktury a přístupy k rodinné terapii, čímž je poskytován ucelený pohled na vliv rodiny na jedince.

Třetí kapitola se zaměřuje na intervenční přístupy v rodině pro děti a adolescenty s poruchami chování a emocí. Jsou zde představeny různé pedagogicko-psychologické a terapeutické metody, s důrazem na kognitivně-behaviorální terapii, která se ukázala jako účinná.

Praktická část práce se soustředí na zpracování literárního review. Je zde popsána metodika výzkumu a následná prezentace výsledků vybraných studií z rozsáhlého vzorku. Tato část práce nabízí konkrétní informace o účinnosti různých intervenčních přístupů v rodinném prostředí při léčbě poruch chování a emocí u dětí a adolescentů.

Celkově je tato diplomová práce zaměřena na zkoumání problematiky poruch chování a emocí a účinnosti intervenčních postupů v rodinném kontextu. Kombinuje teoretické znalosti s praktickými výsledky výzkumu, které mohou sloužit jako opora pro další práci v oblasti klinické psychologie a rodinné terapie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy chování a emocí

Poruchy chování a emocí v současné době zahrnují široké spektrum stavů, které mají významný dopad na jednotlivce, jejich rodiny a širší společnost. Tyto poruchy se projevují u mnoha jedinců různými způsoby, jako jsou agresivita, izolace, úzkost, deprese, impulzivita, neklid či problém s pozorností.

Tyto aspekty mohou mít mnoho různých příčin, včetně genetických faktorů, neurobiologických mechanismů, nepříznivých životních událostí, traumatu z dětství, enviromentálních stresorů a sociálních faktorů. Porozumění těmto příčinám, různým symptomům a léčbě poruch chování a emocí je klíčové pro zlepšení kvality života jednotlivců postiženými těmito stavy. Intervenční přístupy, poskytované nejen zdravotnickými a sociálními službami, ale především v rodinném prostředí, jsou zásadní pro poskytnutí potřebné pomoci a podpory těm, kdo poruchami chování a emocí trpí. Proto je identifikace a správná interpretace těchto symptomů klíčová pro diagnózu a následné poskytnutí vhodné léčby a podpory.

V této kapitole se čtenář seznámí s různými aspekty poruch chování a emocí, včetně jejich definic, klasifikace, možných příčin a symptomů. Nebude opomenuta také nejednotnost v terminologii v oblasti poruch chování, která je pozorovatelná jak na národní, tak i mezinárodní úrovni. Existuje mnoho různých termínů používaných k popisu podobných stavů, zejména v zahraničí používaný pojem Emotional and Behavioral Disorders (EBD), a dále používané pojmy Emotional Disturbance, Emotional Disturbances or Behavioral disorder (ED/BD), Conduct Disorder (CD), což může vyvolat zmatek a případné obtíže při komunikaci a spolupráci mezi odborníky, pedagogy a dalšími zainteresovanými stranami. Přes dlouhodobou snahu Evropské agentury pro rozvoj speciálního a inkluzivního vzdělávání¹ sjednotit terminologie v této oblasti, zůstávají některé termíny nadále nejasné a diskutabilní. Z tohoto důvodu budou v textu uvedeny a popsány další používané termíny, aby bylo možné lépe porozumět různým přístupům a konceptům v oblasti poruch chování.

¹ Evropská agentura pro speciální a inkluzivní vzdělávání je nezávislá organizace, která působí jako platforma pro spolupráci svých 31 členských států v oblasti speciálního a inkluzivního vzdělávání. Cílem její činnosti je zlepšovat politiku a praxi vzdělávání žáků s postižením a se speciálními vzdělávacími potřebami.

1.1 Definice poruch chování a emocí

Definice poruch chování a emocí je klíčovým prvkem pro porozumění klasifikace těchto stavů. Existuje mnoho definic poruch chování, které nabízejí různé perspektivy a přístupy. Mezi takové definice lze zařadit definice uvedené v oficiálních diagnostických systémech, jako je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, dále jen DSM) vydaný Americkou psychiatrickou asociací (American psychiatric association, dále jen APA) a Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) je publikací Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále jen WHO), (v originále International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD) a definice od renomovaných autorů, kteří působí v oblasti psychologie a psychiatrie.

Mezi tyto autory lze bezesporu zařadit amerického psychologa Gordona Howarda Bowera, který již v roce 1981 definoval poruchy chování. Jeho definice spočívala v principu určení pěti kritérií, podle kterých lze určit, zda se jedná o poruchu chování či nikoliv (Kauffman in: Vojtová, 2010).

Definice č. 1: Kritéria Gordona Howarda Bowera

1. Neschopnost se učit, pokud ji nemůžeme vysvětlit intelektovými, smyslovými nebo zdravotními problémy
2. Neschopnost navazovat uspokojivé sociální vztahy s vrstevníky a s učiteli...
3. Nepřiměřené chování a emotivní reakce v běžných podmínkách...
4. Celkový výrazný pocit neštěstí nebo deprese...
5. Tendence vyvolávat somatické symptomy, jako je bolest, strach, a to ve spojení se školními problémy...

Definice č. 2: U. Hensel a M. A. Vernooij poruchu chování definují následovně:

Porucha chování je výsledkem sociálního upevňování a přiřazování procesů. Nejde o kvalitu chování jako takového, ale jedná se o deklarovaný sociální deficit doprovázený dalšími společenskými jevy a z pohledu vývojového také kulturními změnami. K vymezení poruchy chování může dojít pouze ve vztahu k platným společenským normám (Kaleja, 2013a).

Definice č. 3: V pedagogickém slovníku nalezneme definici poruch chování v tomto znění: „Projevy chování dětí a mládeže, které nerespektují ustálené a společenské normy. Vyskytují se hlavně u sociálně narušené mládeže, ale také u jedinců s jiným typem postižení“ (Průcha et al., 2013).

Definice č. 4: Sdružení pro národní duševní zdraví a speciální vzdělávání definuje poruchu chování a emocí následovně:

...výrazem pro postižení, kdy se chování a emocionální reakce žáka liší od odpovídajících věkových, kulturních nebo etnických norem a mají nepříznivý vliv na školní výkon, včetně jeho akademických, sociálních, předprofesních a osobnostních dovedností. Současně je toto postižení:

- a) něco víc než přechodná víceméně předvídatelná reakce na stresující události z jeho prostředí;
- b) vyskytuje se současně nejméně ve dvou různých prostředích, z nichž alespoň jedno souvisí se školou;
- c) přetrvává i přes individuální intervenci v rámci vzdělávacího programu (pokud se tím odborníků ve svém posudku neshodne na základě historie daného jedince, že intervence bude neúčinná) (Vojtová, Červenka, 2012).

Definice č. 5: V 10. revizi MKN definovala WHO poruchy chování a emocí jako:

Poruchy chování jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle) (MKN-10, 2018).

Z výše uvedených definic vyplývá, že poruchy chování a emocí se vyznačují problémy v reakcích jedince, ve způsobu, jakým se projevuje, a ve vztazích s ostatními lidmi. Tyto poruchy mohou zahrnovat chování, které je sociálně neakceptovatelné, a jedinec s poruchami chování může mít oslabené nebo nesprávně fungující mechanismy regulace vztahu k sociálním situacím (Vojtová, 2008).

Definice, kterou WHO vymezila poruchy chování a emocí, je pro tuto práci považována za stěžejní. Jak bude v dalších kapitolách popsáno, mnoho studií a výzkumů se právě ve vymezení a také způsobu léčby poruch chování a emocí opírá o definice vymezené z pohledu medicínského hlediska.

S ohledem na tuto skutečnost se v dalším textu více zaměříme na vymezení a klasifikaci pojmů právě z medicínského hlediska, a to konkrétně dle MKN a DSM.

1.2 Klasifikace poruch chování a emocí

V literatuře existuje široká škála klasifikací poruch chování, a to především kvůli tomu, že problematikou těchto poruch se zabývá několik disciplín. Každá z těchto disciplín má svůj vlastní přístup a terminologii, což vede k různým klasifikacím. Jednotlivé vědní obory mají odlišné perspektivy na tuto problematiku, což ovlivňuje jejich přístup k definování a kategorizaci poruch chování (Kaleja, 2013b).

Vojtová (2008) uvádí různé přístupy ke klasifikaci poruch chování, zdůrazňuje důležitost sledování více aspektů chování a upozorňuje na rozdílné přístupy v různých zemích, jako je například třídění podle míry narušení sociálních norem v České republice (ČR). Zmiňuje využití dimenzionální klasifikace v psychologii a speciální pedagogice, která se zaměřuje na vyhodnocení širokého spektra chování, různými aspekty chování a jejich vzájemnými souvislostmi. Obsahově lze do této klasifikace zahrnout poruchy chování, osobní a psychické problémy, nevyzrálost a socializované agrese.

Jak ale bylo již v textu zmíněno, pozornost bude věnována hlavně klasifikaci poruch chování a emocí z medicínského hlediska. V rámci mezinárodního kontextu jsou poruchy chování a emocí definovány v mezinárodně uznávaných dokumentech MKN a DSM, jež slouží jako hlavní referenční zdroje pro diagnostiku právě těchto poruch. V ČR a v Evropě se především používá MKM, zatímco DSM je primárně používán pro diagnostiku ve Spojených státech amerických (USA). Oba tyto dokumenty poskytují klasifikační kritéria pro různé poruchy chování, ale ve svých přístupech a definicích se odlišují. Vzhledem k tomu, že v mnoha zahraničních studiích jsou používány diagnostické nástroje založené na DSM, je nezbytné oba diagnostické přístupy (MKN i DSM) zohlednit nejen při práci s poruchami chování, ale také zejména při různých analýzách zahraniční literatury nebo přímo při aplikaci v praxi.

1.2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)

Mezinárodní klasifikace nemocí je důležitým systémem pro kategorizaci nemocí, symptomatických stavů a příčin onemocnění, stejně jako zdravotních stavů spojených s péčí o zdraví nebo kontaktu se zdravotními službami. V České republice je od roku 1994 v platnosti 10. revize této klasifikace (MKN-10), která se aktivně používá v různých registrech, datových systémech a při tvorbě statistik. Desátá revize stávající klasifikace byla průběžně aktualizována, avšak s rozvojem medicínského poznání a technologií se obsah, struktura a formát této klasifikace postupně staly nekompatibilními s požadavky současné doby. Od devadesátých let 20. století byla vyvíjena 11. revize klasifikace (MKN-11) s účastí širokého spektra klinických odborníků. Tato revize byla navržena s ohledem na potřeby uživatelů z různých oblastí, včetně snahy o popis vyšší úrovně klinického detailu. Nově zařazené oblasti reflektují požadavky různých odborností a umožňují identifikaci stavů, které dříve nebylo možné pomocí klasifikace dostatečně specifikovat. MKN-11 byla na základě oficiálního rozhodnutí WHO přijata na 72. Světovém zdravotnickém shromáždění, a to s účinností od roku 2022 s pětiletým přechodným obdobím. Proces zavedení MKN-11 v ČR stále ještě probíhá, neboť je spojen s celou řadou příprav a procesů nezbytných pro její praktické využití (Daňková et al., 2022).

11. revize sebou přináší odlišnosti ve struktuře a principech klasifikace, což poskytuje podrobnější rozdělení do diagnostických skupin nebo uskupení, které jsou často ještě dále děleny do užších podkategorií obsahující jednotlivé dílčí diagnózy. Psychiatrické poruchy byly v MKN-10 klasifikovány pod kódy F00-F99 s názvem *Poruchy duševní a poruchy chování*. V MKN-11 byla tato skupina přejmenována na *Duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy* (Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders) s kódovým označením 06, což představuje odchylku od dřívějšího označení „F“.

Poruchy chování (kód F91) jsou identifikovány jako opakující se a trvalé vzorce chování, které porušují základní práva ostatních nebo vážněji narušují společenské normy nebo pravidla v souladu s věkem. V MKN-10 jsou poruchy chování zařazeny do kategorie *Poruchy chování a emoci s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání* (kódy F90-98). Tyto poruchy jsou rozděleny na čtyři základní subtypy podle prostředí, ve kterém se chování projevuje, závažnosti a sociální adaptaci jedince: porucha chování ve vztahu k rodině, porucha chování socializovaná, porucha chování nesocializovaná a porucha opozičního vzoru (Tabulka 1) (MKN-10 (2023) Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize).

V rámci MKN-11 dochází k vytvoření a začlenění nových kategorií poruch nebo dílčích poruch, které MKN-11 dříve neklasifikovala nebo které byly pojímány odlišně. Příkladem mohou být problémy s disruptivním chováním nebo disociálními poruchami, které částečně původně spadají do oblasti poruch chování v dětství, jsou charakterizovány dlouhodobými obtížemi v chování zahrnujícími odstupňované formy vzdorovitosti, neposlušnosti nebo provokativního chování až po chování, které trvale porušuje základní práva ostatních, hlavní společenské normy, pravidla nebo zákony (tj. disociální chování). Tyto poruchy zahrnují poruchu opozičního vzoru (oppositional defiant disorder) a poruchu disociálního chování (conduct-dissocial disorder). MKN-11 tak sjednocuje tři kategorie poruch chování z MKN-10 (poruchy chování omezené na rodinný kontext, nesocializované, socializované). Začleňuje a propojuje disruptivní nebo disociální chování s problematickým psychosociálním prostředím a psychosociálními rizikovými faktory, jako je odmítnutí vrstevníků, vlivy deviantních vrstevnických skupin a duševní porucha rodičů (Reed et al., 2019).

Rozdíly mezi klasifikací poruch chování v MKN-10 a MKN-11 jsou prezentovány v přehledu (Tabulka 1), který zahrnuje strukturální a klasifikační odlišnosti mezi oběma verzemi klasifikace.

MKN-10	MKN-11
F90-98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (<i>Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence</i>)	6A0Z Neurovývojové poruchy (<i>Neurodevelopmental disorders</i>)
F90 Hyperkinetické poruchy (<i>Hyperkinetic disorders</i>)	6A05.Z Porucha pozornosti s hyperaktivitou (<i>Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD</i>)
F90.0 Porucha aktivity a pozornosti (<i>Disturbance of activity and attention</i>)	6A05.Z Porucha pozornosti a hyperaktivity s predominantně hyperaktivně-impulzivní prezentací (<i>Attention deficit hyperactivity disorder, presentation unspecified</i>)
F90.1 Hyperkinetická porucha chování (<i>Hyperkinetic conduct disorder</i>)	6C91.Z Porucha pozornosti a hyperaktivity s predominantně hyperaktivně-impulzivní prezentací (<i>Conduct-dissocial disorder, unspecified</i>)
F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy (<i>Other hyperkinetic disorders</i>)	6A05.Z Porucha pozornosti a hyperaktivity s predominantně hyperaktivně-impulzivní prezentací (<i>Attention deficit hyperactivity disorder, presentation unspecified</i>)
F90.9 Hyperkinetická porucha NS (<i>Hyperkinetic disorder, unspecified</i>)	6A05.Z Porucha pozornosti a hyperaktivity s predominantně hyperaktivně-impulzivní prezentací (<i>Attention deficit hyperactivity disorder, presentation unspecified</i>)
F91 Poruchy chování (<i>Conduct disorders</i>)	6C91.Z Disocionální porucha (<i>Conduct-dissocial disorder</i>)
F91.0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině (<i>Conduct disorder confined to the family context</i>)	6C91.Z Disocionální porucha (<i>Conduct-dissocial disorder</i>)
F91.1 Nesocializovaná porucha chování (<i>Unsocialized conduct disorder</i>)	6C91.Z Disocionální porucha (<i>Conduct-dissocial disorder</i>)
F91.2 Socializovaná porucha chování (<i>Socialized conduct disorder</i>)	6C91.Z Disocionální porucha (<i>Conduct-dissocial disorder</i>)
F91.3 Opoziční vzdorovité chování (<i>Oppositional defiant disorder</i>)	6C90.Z Porucha opozičního vzdoru (<i>Oppositional defiant disorder</i>)
F91.8 Jiné poruchy chování (<i>Other conduct disorders</i>)	6C91.Z Disocionální porucha (<i>Conduct-dissocial disorder</i>)
F92 Smíšené poruchy chování a emocí (<i>Mixed disorders of conduct and emotions</i>)	6C91.Z Disocionální porucha (<i>Conduct-dissocial disorder</i>)
F92.0 Depresivní porucha chování (<i>Depressive conduct disorder</i>)	6C91.Z Disocionální porucha (<i>Conduct-dissocial disorder</i>)
F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí (<i>Other mixed disorders of conduct and emotions</i>)	6C91.Z Disocionální porucha (<i>Conduct-dissocial disorder</i>)
F92.9 Smíšená porucha chování a emocí NS (<i>Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified</i>)	6C9Z Disruptivní chování a disocionální porucha (<i>Disruptive behaviour or dissocial disorders</i>)

Tabulka 1: Klasifikace poruch chování a emocí dle MKN-10 a MKN-11 - Vybrané diagnózy

Výčet klasifikací však není úplný, neboť by se jednalo o rozsáhlou škálu diagnóz souvisejících s poruchami chování, proto bylo pro účely této práce vybráno pouze pár diagnóz.

V MKN-11 došlo ke zrušení kategorií či subkategorií duševních poruch a přesunutí příslušných poruch jinam. Kategorie F90-F98 *Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání* je zrušena. Skupiny diagnóz byly upraveny následovně:

- Specifická skupina F90 *hyperkinetických poruch* je kompletně odstraněna. Porucha aktivity a pozornosti z této skupiny je zachována, ale přejmenována na Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) a přesunuta do kategorie neurovývojových poruch. Hyperkinetická porucha chování již v MKN-11 obsažena není.
- Specifická skupina F91, *Poruchy chování*, je také zrušena. Diagnózy z této skupiny jsou nyní zařazeny do kategorie disruptivního chování a sociálních poruch. Poruchy chování spojené se vztahy v rodině byly rovněž zrušeny.
- Specifická skupina F92, *Směšené poruchy chování a emocí*, a její dílčí diagnózy jsou zrušeny. Namísto nich jsou nyní dětem diagnostikovány poruchy nálad.

V klasifikaci poruch chování a emocí tedy průběžně dochází k velkému posunu a ke změnám, které by měly vést ke sjednocení a jednotnosti pojmů, reagovat na požadavky klinické užitečnosti a globální aplikovatelnosti (popis příznaků v souladu s projevy daného onemocnění a různých kultur). Jednou z dalších příčin je také snaha o dosažení vysoké vědecké validity diagnóz (Reed et al., 2019).

V návaznosti na změny v MKN-11, který se již běžně ve světě používá jako diagnostický manuál, zatímco v ČR stále platí nejnovější a aktualizovaná verze MKN-10, bude následující vysvětlení vybraných pojmů sloužit k lepšímu porozumění termínů používaných jak v MKN-10, tak i v MKN-11.

Specifikace pojmů dle MKN-10:

hyperkinetické poruchy (F90) – jedná se o poruchy, které jsou charakterizované časným nástupem (často v prvních pěti letech života), nedostatkem vytrvalosti v činnostech vyžadujících koncentraci, impulsivitou a nadměrnou aktivitou. Děti s touto poruchou jsou často neukázněné, impulzivní a mají potíže s respektováním pravidel. Jejich sociální interakce jsou často obtížné, a mohou mít problémy s poznávacími schopnostmi, motorickým a jazykovým vývojem. Do této kategorie spadá také *porucha aktivity a pozornosti* (F90.0) (MKN-10 (2023) Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize).

poruchy chování (F91) – opakující se a trvalý vzorec chování, který trvá minimálně 6 měsíců a projevuje se sociálními, agresivními a vzdorovitými projevy. Tento vzorec narušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku daného jedince (MKN-10 (2023) Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize).

porucha chování vázaná na vztahy v rodině (F91.0) – nevhodné asociální chování ve vztahu k rodině se často zaměřuje na rodinu a její členy. Porucha chování obvykle způsobuje vážné narušení vztahů mezi dítětem a jedním členem rodiny nebo dokonce více členy. Projevy této poruchy mohou být různorodé, jako jsou krádeže věcí a peněz uvnitř rodiny, úmyslné ničení majetku členů rodiny, záměrné poškozování bytového vybavení, elektrospotřebičů nebo dokonce založení požáru. I když se v některých případech podaří řešit tyto problémy, v jiných případech se problematické chování vůči rodinným členům může udržet i v dospělosti (Kaleja, 2013b).

nesocializovaná porucha chování (F91.1) – kombinace trvale disociálního nebo agresivního chování, které vážně narušuje vztahy jedince k ostatním dětem (MKN-10 (2023) Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize). Mezi diagnostické znaky lze zahrnout nedostatečné zapojení do skupinových aktivit s vrstevníky, izolaci a nepopularitu u ostatních dětí, nepřátelské a vzdorovité vztahy s dospělými, popř. i pozitivní vztahy s dospělými s absencí hloubky důvěrnosti (Kaleja, 2013b).

socializovaná porucha chování (F91.2) – porucha chování s disociálním nebo agresivním chováním trvalého rázu, charakterizovaná projevem schopnosti navazovat relativně dobré vztahy s vrstevníky, avšak často jsou narušeny vztahy k autoritám. Výskyt jakéhokoliv ze symptomů poruch chování může být provázen buď individuálně, nebo ve skupinovém kontextu (Žáčková & Theiner, 2009).

opoziční vzdorovité chování (F91.3) – porucha chování, která se často vyskytuje u mladších dětí, je typicky charakterizována výrazným vzdorem, neposlušností a obtížným chováním, odmítavým postojem k plnění příkazů a běžných povinností, zvýšenou podrážděností, nadměrnou provokací či nepřátelským, sociálně nežádoucím jednáním (Hutyrová, 2019).

smíšené poruchy chování a emocí (F92) – agresivní, nepřátelské nebo odmítavé chování, které je doprovázeno výraznými symptomy deprese, úzkosti nebo jiných emocionálních poruch. Jedná se o komplexní problém, který zahrnuje nejen sociální interakci jedince, ale také jejich psychickou stavbu (MKN-10 (2023) Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize).

Specifikace pojmů dle MKN-11:

Všechny výše uvedené specifikace dle MKN-10, jsou kromě opozičního vzdorovitého chování, překvalifikovány v MKN-11 na *disociální poruchu* (Conduct – dissocial disorder).

Dle Reeda et. al (2019) jsou disruptivní chování a disociální poruchy, původně zařazené pod poruchy chování v dětství, charakterizovány dlouhodobými problémy v chování, které zahrnují odpor, neposlušnost a provokaci, stejně jako porušování základních práv

ostatních lidí nebo hlavních společenských normativů, pravidel a zákonů. Mezi ně spadá i porucha opozičního vzdoru (oppositional defiant disorder) a porucha disociálního chování (conduct-dissocial disorder). MKN-11 uznává, že jakékoliv disruptivní či disociální chování často souvisí s obtížným psychosociálním prostředím a různými rizikovými faktory, jako je sociální odmítnutí, vliv deviantních vrstevnických skupin a duševní onemocnění rodičů. Symptomy těchto poruch se obvykle projevují již v dětství, ale ne vždy tomu tak musí být. Novější pojem "disruptivní" lépe reflektuje různé úrovně závažnosti chování spojených s těmito poruchami a lépe popisuje fenomén, který je pozorován u obou poruch zahrnutých v této kategorii, tedy poruchy opozičního vzdoru (oppositional defiant disorder) a poruchy disociálního chování (conduct-dissocial disorder).

Po pečlivém prozkoumání MKN-10 a MKN-11, které zahrnovalo klasifikace poruch chování a emocí, lze konstatovat, že byly nalezeny rozdíly jak v klasifikaci, tak i v novém pojetí. Je však důležité si uvědomit, že v České republice je stále v platnosti MKN-10, zatímco ve světě se již běžně používá MKN-11. Tato kapitola nyní přechází k dalšímu důležitému nástroji v oblasti psychiatrické diagnostiky, Diagnostickému a statistickému manuálu duševních poruch (DSM), který bude důkladněji prozkoumán v následující části.

1.2.2 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM)

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM) je publikace vydávaná Americkou psychiatrickou asociací, která poskytuje diagnostická kritéria pro různé duševní poruchy. Tento manuál je široce používán klinickými lékaři, výzkumníky a dalšími profesionály v oblasti duševního zdraví po celém světě. Jeho použití zahrnuje diagnostiku a léčbu pacientů, regulaci psychiatrických léků aj. DSM si vysloužil rozsáhlé diskuse, ale i kritiku a chválu. DSM prošel od svého vzniku (1952) pěti revizemi, které postupně odrážely nové poznatky v oblasti porozumění duševním poruchám a klinické praxe. Každá z těchto revizí přinesla aktualizace diagnostických kritérií, nové poruchy a revize stávajících. Poslední pátá revize (DSM-5), byla vydána po předcházející čtvrté verzi (DSM-IV), a představovala důležitý mezník v oboru psychiatrie a psychologie (Psychoterapeutická databáze).

DSM-IV byl publikován v roce 1994 a v roce 2000 byla vydána jeho textová revize, známá jako DSM-IV-TR. Je členěn do kategorií a každá tato kategorie má přidělen takový číselný kód, aby byl zachován soulad s MKN (Psychoterapeutická databáze). V rámci DSM-IV je každá psychiatrická diagnóza strukturována do pěti úrovní (os), které reflektují různé aspekty poruchy nebo postižení.

1. Osa 1: Klinické poruchy – podmínky vyžadující klinickou pozornost (např. poruchy nálady, úzkostné poruchy, schizofrenie);
2. Osa 2: Poruchy osobnosti a mentální retardace (mentální postižení);
3. Osa 3: Všeobecné lékařské podmínky (somatická onemocnění a jiné faktory, které mohou ovlivnit psychiatrickou diagnózu, např. hypertenze, diabetes, infekční onemocnění);
4. Osa 4: Psychosociální a enviromentální problémy (např. životní stresory, sociální podpora, ekonomické problémy);
5. Osa 5: Celkové hodnocení (usuzování) funkčního stavu, které vyjadřuje celkový stupeň sociálního a psychického funkčního omezení (Kaleja, 2013a).

DMS-IV představuje soubor kritérií pro diagnostiku různých duševních poruch. Duševní porucha je zde definována jako klinicky rozpoznatelné chování, syndromy či symptomy, které ovlivňují fungování jedince v jedné nebo více oblastech. Tento manuál popisuje široké spektrum poruch, které mohou být diagnostikovány v dětství a adolescenci, včetně ADHD, *rušivých poruch chování* (Disruptive Behavior Disorder), *pervazivních vývojových poruch* (Pervasive Developmental Disorder), *tikových poruch* (Tic Disorders), *úzkostných a depresivních poruch* (Mood and Anxiety disorders), a *specifických poruch učení* (Learning Disabilities) (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 2000).

Tato práce se hlouběji zabývá poruchami chování, které jsou klasifikovány podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) s kódem F91. Tyto poruchy charakterizuje narušení sociálního a behaviorálního fungování u dětí a adolescentů. V DSM-IV jsou tyto poruchy řazeny do kategorie *porucha pozornosti, hyperaktivita jinde neuvedená* (Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder Not Otherwise Specified), kód 314.9, což ukazuje na klinickou podobnost s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), ale zároveň na odlišnosti ve specifikách symptomů a projevů (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 2000).

Oproti tomu jsou v DSM-5 poruchy chování zařazeny do kategorie *disruptivních poruch* (Disruptive Disorders), *poruch ovládnání impulzů* (Impulse – Control Disorders) a *poruch chování* (Conduct Disorders). I když problémy s emocionální regulací nebo regulací chování mohou být součástí jiných diagnóz, tyto poruchy jsou specifické tím, že zasahují do práv ostatních, například agresivním chováním. Kritéria pro tyto poruchy se zaměřují především na neschopnost regulovat chování tak, aby respektovalo práva ostatních nebo dodržovalo společenské normy (Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm, c2013). Srovnání klasifikací poruch chování mezi DSM-IV a DSM-5 poskytuje Tabulka 2. Zahrnuje

rozdíly v zařazení diagnóz, což přispěje k porozumění vývoje a změnám v diagnostických kritériích a jejich interpretaci.

DSM-IV	DSM-5
Třída: Deficit pozornosti a poruchy chování (Attention deficit and disruptive behavior disorders)	Třída: Rušivé poruchy, poruchy kontroly impulsů, poruchy chování (Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder)
312.81 Porucha chování, typ s nástupem v dětství (Conduct Disorder, Childhood-Onset) – nástup alespoň jednoho kritéria charakteristického pro poruchu chování před dosažením věku 10 let	312.81 (F91.1) Porucha chování, typ s nástupem v dětství (Conduct Disorder, Childhood-Onset) – vykazování alespoň jednoho ze symptomů charakteristického pro poruchu chování před dosažením věku 10 let
312.82 Porucha chování, typ s nástupem dospívání (Conduct Disorder, Adolescent-Onset) – absence jakýchkoli kritérií charakteristickými pro poruchu chování před dosažením věku 10 let	312.82 (F91.2) Porucha chování, typ s nástupem v dospívání (Conduct Disorder, Adolescent-Onset) – Jednotlivci vykazují symptomy charakteristické pro poruchu chování před dosažením věku 10 let
312.89 Porucha chování, blíže neurčená (Conduct Disorder, Unspecified Onset) – věk při nástupu poruchy není znám	312.89 (F91.8) Ostatní rušivé poruchy, poruchy kontroly impulsů a poruchy chování (Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder) (F91.9) Porucha chování, blíže neurčená (Conduct Disorder, Unspecified Onset) – Určení věku propuknutí prvních symptomů poruchy chování před nebo po desátém roce věku není možné, protože i když jsou splněna kritéria pro diagnózu, chybí dostatek informací
312.9 Porucha rušivého chování jinak nespécifikovaná (Disruptive Behavior Disorder Not Otherwise Specified)	312.9 (F91.9) Rušivé poruchy, poruchy kontroly impulsů a poruchy chování (Unspecified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder)
313.81 Porucha opozičního vzdoru (Opposition Defiant Disorder) – nepřátelské a vzdorovité chování trvající alespoň 6 měsíců, během kterých jsou přítomny čtyři (nebo více z následujících) 1. často ztrácí náladu, 2. časté hádky s dospělými vzdorovité chování, neplnění požadavků a pravidel dospělých, 3. časté a úmyslné obtěžování lidí, 4. často obviňuje ostatní za své chyby nebo špatné chování, 5. nedočkavý, 6. často se zlobí a rozčiluje, 7. je často pomstychtivý Kritérium je považováno za splněné pouze tehdy, pokud se chování vyskytuje častěji, než je typicky pozorováno u jedinců srovnatelného věku a vývojové úrovně.	313.81 (F91.3) Porucha opozičního vzdoru (Oppositional Defiant Disorder) – vzorec vzteklé/podrážděné nálady, hádavého/vzdorovitého chování nebo pomstychtivosti trvající alespoň 6 měsíců, o čemž svědčí alespoň čtyři příznaky následujících kategorií a projevující se během interakce s alespoň jedním jedincem, který není sourozenec Náladovost: častá ztráta nálady, nedočkavost, často se zlobí a rozčiluje Argumentativní/vzdorovité chování: často se hádá s autoritami, aktivně se vzpírá nebo odmítá vyhovět požadavkům autorit nebo pravidel, záměrně obtěžuje ostatní, obviňuje jiné ze svých chyb nebo špatného chování Pomstychtivost: během posledních 6 měsíců byl alespoň dvakrát zlomyslný nebo pomstychtivý

Tabulka 2: Porovnání poruch chování DSM-IV a DSM5 (Center for behavioral health statistics and quality, 2016).

Porucha chování je obvykle diagnostikována u dětí a byla zařazena do stejné kategorie v DSM-IV. Je charakterizována opakujícím se a trvalým vzorcem chování, který porušuje práva ostatních nebo hlavní společenské normy a pravidla. Osoby s poruchou chování často projevují agresi vůči lidem a zvířatům, ničení majetku, záludnost nebo krádež anebo závažné porušení

pravidel. Aby byla diagnóza poruchy chování stanovena, musí být přítomny alespoň 3 z 15 symptomů během posledního roku, přičemž 1 symptom musí být přítomen v posledních 6 měsících. Tyto symptomy způsobují významný zásah do sociálního, akademického nebo pracovního života. Porucha je obvykle diagnostikována u dětí před dosažením dospělosti. Hlavní změnou v diagnostických kritériích pro poruchu chování v DSM-5 je přidání podtypu souvisejícího s chladnými a bezcitnými rysy. Tento rys je definován jako nedostatek zájmu a starost o pocity ostatních a větší starost o vlastní důsledky činů než o jejich dopady na ostatní, i když by mohly mít závažné následky pro druhé. Tato změna byla provedena s cílem lépe reflektovat různorodost symptomů u poruch chování a neočekává se, že by ovlivnila odhady prevalence této poruchy (Center for behavioral health statistics and quality, 2016).

S pátou revizí došlo také ke změně struktury manuálu. Byl vyřazen systém tzv. os a všechny poruchy byly zařazeny do II. oddílu. Některé z poruch, které dříve byly zařazeny do kapitoly o časně diagnóze a nebyly jinak specifikovány, nyní spadají mezi další specifikované a nespecifikované rušivé poruchy, poruchy kontroly impulzivity a poruchy chování (Psychoterapeutická databáze). Jednou z těchto úprav je také úprava diagnostických kritérií pro poruchu chování (Conduct Disorder) tak, aby lépe reflektovala aktuální vědecké poznatky a klinickou praxi. Přínosem je také oddělení poruch chování dětí a dospívajících od poruch chování dospělých, což umožňuje lepší zaměření se na specifické potřeby každé skupiny, změny v klasifikaci poruch chování, včetně změn v zařazení některých poruch do jiných kategorií nebo úprav v hierarchii poruch. V neposlední řadě je oproti DSM-IV v DSM-5 kladen větší důraz na hodnocení kontextu a klinického významu poruch chování, což pomáhá lépe porozumět individuálním potřebám a přístupu k léčbě.

V této kapitole jsme prozkoumali způsoby, jak klasifikujeme různé problémy s duševním zdravím z medicínského hlediska. Dva hlavní systémy, které se používají, jsou Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM). MKN se zaměřuje na celkovou klasifikaci nemocí a poruch, zatímco DSM se více specializuje na duševní poruchy. MKN je používán po celém světě. DSM je populární především v USA.

Hlavní rozdíly mezi těmito systémy zahrnují jejich přístup k diagnóze poruch a způsob, jakým jsou poruchy definovány a organizovány. MKN klade důraz na to, jak vznikají a jak jsou rozšířené. DSM se více zaměřuje na identifikaci možných poruch a jejich léčbu v praxi. Přestože oba tyto systémy slouží k podobnému účelu, existují mezi nimi určité rozdíly. Je důležité si uvědomit, že oba tyto systémy mají své vlastní výhody a nevýhody, a jejich použití by mělo být přizpůsobeno konkrétním potřebám a situacím v klinické praxi. Porozumění těmto

rozdílům může pomoci lékařům lépe diagnostikovat a léčit poruchy duševního zdraví a poskytnout pacientům lepší péči.

1.3 Příčiny vzniku poruch chování a emocí

Poruchy chování představují významný a komplexní problém v oblasti duševního zdraví, který může mít značné dopady na jednotlivce i společnost jako celek. Tato kapitola je zaměřena na zkoumání různých faktorů, které mohou přispět ke vzniku poruch chování. Při analýze příčin těchto poruch se zaměříme nejen na psychologické a rodinné aspekty, ale také na biologické, genetické a sociální faktory. Psychologické faktory, jako jsou traumatické zážitky nebo nedostatek podpůrných mezilidských vztahů, mohou hrát klíčovou roli v rozvoji poruch chování. Disharmonické rodinné prostředí a interakce také mohou ovlivnit chování jednotlivce a přispět ke vzniku těchto poruch. Nelze opomenout ani biologické faktory, popř. genetické predispozice, které mohou mít vliv na vývoj poruch chování a větší náchylnost jedince k určitým poruchám chování. Zároveň budeme analyzovat sociální faktory, jako je například prostředí a kultura, které mohou ovlivnit způsob, jakým se poruchy chování projevují a jak jsou vnímány ve společnosti.

Porozumění těmto různým faktorům a jejich interakcím je klíčové pro komplexní pochopení příčin poruch chování a pro navrhování efektivních intervencí a prevencí. Během této kapitoly se pokusíme poskytnout hlubší vhled do těchto problematik a identifikovat strategie, které mohou pomoci snížit výskyt poruch chování a jejich negativní dopady na jednotlivce i společnost.

Vágnerová (2008) uvádí, že příčiny vzniku poruchového chování mohou být různorodé. Často se jedná o kombinaci více faktorů, což nazýváme multifaktoriální podmínění. Tento stav obvykle zahrnuje negativní vlivy několika různých faktorů, především biologických a sociálních, které vzájemně působí. Stresové situace mohou také narušit psychickou stabilitu a projevit se změnou emocionálního prožívání, myšlení a chování. Tyto změny mohou být krátkodobé, ale pokud jsou rozsáhlé a intenzivní, mohou přispět k rozvoji psychických poruch.

Důležitým faktorem je počet rizikových podmínek, které mohou přispět ke vzniku poruchy chování. Tyto faktory jsou častěji pozorovány u chlapců a u dětí narozených antisociálním rodičům. Mezi predisponující faktory k narušenému vývoji osobnosti mohou patřit i drobná poškození centrální nervové soustavy a specifické poruchy učení. Je důležité si uvědomit, že kumulace těchto rizikových faktorů může významně zvyšovat pravděpodobnost vzniku poruchy chování (Hutyrová, 2019).

Podle Hosáka (Hosák et al., 2015) jsou poruchy chování často důsledkem kombinace genetické predispozice a nepříznivých vlivů prostředí. Etiologické faktory těchto poruch jsou úzce spojeny s různými rizikovými faktory, které lze shrnout v Tabulce 3. Mezi tyto faktory patří biologické, individuální, rodinné, sociální a školní aspekty. Mezi běžně zmiňované rizikové faktory lze zahrnout nízký socioekonomický status, problémy v rodinném prostředí, snížená intelektová kapacita a začlenění do delikventní vrstvy vrstevnické skupiny. Studie rovněž odhalily strukturální a funkční odchylky v oblastech mozku, které regulují a zpracovávají emoce. Kromě toho se pozornost věnuje i psychofyziologickým charakteristikám, jako je například snížená klidová tepová frekvence, která může být spojena s poruchami chování. V oblasti neurochemie jsou studie zaměřeny především na neurotransmitter serotonin, přičemž se předpokládá souvislost mezi agresivním chováním a nízkou hladinou serotoninu v centrálním nervovém systému.

Biologické faktory	Individuální faktory	Rodinné faktory	Sociální a školní faktory
- genetika	- nízké průměrné IQ	- antisociální chování	- nízký socioekonomický status
- nízká porodní hmotnost	- těžce zvládnutelný temperament	- nebo abúzus návykových látek u rodičů,	- vztahy s problémovými vrstevníky nebo sourozenci
- před- a poporodní komplikace	- agresivita	- domácí násilí	- odmítnutí vrstevníky
- onemocnění a poranění mozku	- impulzivita a hyperaktivita	- výchova jedním rodičem, rozvod rodičů	- oběť trestného činu nebo šikany
- mužské pohlaví	- narušená pozornost	- tvrdá výchova, hrubé zacházení nebo zanedbávání	- problematické okolí (sociálně slabé, kriminální)
	- vada řeči	- konflikt mezi rodičem a dítětem	- špatně fungující nebo špatně organizované školy
	- porucha čtení	- nedostatečný dohled rodičů	- intenzivní vystavení násilí v médiích
		- nadměrná rodičovská kontrola	
		- deprese a úzkost matky	
		- nízký věk matky	

Tabulka 3: Souhrn rizikových faktorů poruch chování (Hosák et al., 2015)

V následující části textu se podrobněji zaměříme na specifické oblasti v etiologii poruch chování, konkrétně na biologické, psychologické a rodinné faktory. Zatímco v Tabulce 3 jsou uvedeny biologické, individuální, rodinné, sociální a školní faktory spojené s poruchami chování, psychologické faktory byly v této tabulce vynechány. Je však důležité upozornit, že psychologické aspekty hrají klíčovou roli v analýze poruch chování a jsou úzce spojeny s biologickými a rodinnými faktory.

1.3.1 Biologické faktory

Tak jak uvádí Sapolsky (2019), nic nevzniká z ničeho a žádný mozek není izolovaný. Díky impulzům, které se přenášejí mozkiem, může dojít k vyvolání reflexních reakcí, jako je stisknutí spouště nebo dotek něčí ruky. Často je taková reakce vyvolána vnějším podnětem, který prostupuje smyslovými kanály a cílí na konkrétní oblast mozku. Důležité otázky, které se v tomto kontextu nabízejí, zahrnují: Jaký podnět vyvolal reakci? Jaký smyslový kanál byl využit? Na kterou část mozku byl podnět zaměřen? Je též důležité uvědomit si, že naše vnímání prostředí ovlivňuje naše reakce. Jaké podněty jsou pro nás v různých situacích klíčové? Tato reflexní chování nám poskytuje náhled na to, jak náš mozek reaguje na vnější podněty, a co to může říci o našem chování v různých situacích.

Každý mozek je neustále vystaven širokému spektru informací, které ovlivňují pravděpodobnost projevů prosociálního i antisociálního chování v řádu sekund až minut. Tyto informace mohou být velmi různorodé, od zjevných a jednoduchých, jako je barva papíru, po složité a komplexní vlivy ideologií. Kromě vnějších podnětů dostává mozek i informace z vnitřního prostředí (interoceptivní informace). Zajímavé je, že mnoho těchto informací je podprahových. V okamžiku, kdy se blížíme k rozhodnutí o našich nejzávažnějších činech, se naše rozhodování stává méně racionálním a spíše autonomním, než bychom si přáli (Sapolsky, 2019).

Neméně důležité je zvyšování komplexnosti ve všech oblastech chování, myšlení a emocí, ke kterému dochází v dětství. Významným aspektem je fakt, že tento růst komplexity obvykle probíhá v jednotlivých fázích, které mají obecně uznávanou posloupnost. Většina výzkumu zaměřeného na vývoj chování u dětí se zaměřuje na tyto fáze a zkoumá jejich pořadí, vliv zkušeností na tempo a jistotu, s jakou se posloupnost rozvoje odehrává, a to, jak to všechno přispívá k formování dospělého jedince, jímž se dítě nakonec stane. Podstatou je však správný neurobiologický vývoj mozku v určitých fázích života (Sapolsky, 2019). Pokud dojde v určité fázi vývoje k neurobiologické poruše zpracování nervových impulsů, dochází k jemným odchylkám ve struktuře a funkcích centrálního nervového systému (CNS). To má za následek nerovnováhu v aktivitě neurotransmiterů, jejichž funkcí je přenášet signály mezi různými oblastmi mozku a zajistit tak jeho optimální fungování. Biologická teorie poruch chování rozlišuje dva hlavní vývojové směry. V jednom jsou poruchy chování přítomny od počátku a mohou existovat samostatně nebo současně s ADHD, známým také jako hyperkinetická porucha. V druhém případě se poruchy chování objevují až v průběhu dětství, často během prepuberty a puberty. Biologické markery spočívají ve změnách hladiny hormonů,

jako je testosteron a serotonin, nebo v možném snížení aktivity enzymů. Detailní studie těchto markerů jsou obvykle složité a porovnání výsledků může být obtížné. U poruch chování jsou aktivovány odlišné mozkové struktury než u ADHD (Hutyrová, 2019).

Mezi biologické faktory lze také zahrnout faktory genetické. Jsou klíčovým aspektem v příčinách poruch chování, protože určité biologické charakteristiky jsou děděny prostřednictvím genetické informace. V těchto charakteristikách dochází k variabilitě v důsledku mutací a rekombinací genů, přičemž některé z těchto vlastností představují větší význam než jiné. V důsledku těchto mechanismů se frekvence genů, které přispívají k adaptabilitě, v populaci časem zvyšuje (Sapolsky, 2019). Studie naznačují, že genetické faktory hrají významnou roli v přenosu poruch chování z generace na generaci. Existuje důrazná souvislost mezi přítomností poruch chování u jednoho nebo obou rodičů a zvýšeným rizikem vzniku těchto poruch u jejich potomků. Tato pozorování poukazují na dědičné mechanismy, které mohou ovlivňovat vývoj a projevy poruch chování, včetně predispozice k agresivnímu chování, impulzivitě nebo emoční nestabilitě. Studie také naznačují komplexní interakce mezi genetickými faktory a prostředím, které mohou modifikovat projevy poruch chování a přispět k individuálním rozdílům v riziku a závažnosti těchto poruch (Hutyrová, 2019).

Biologické faktory hrají významnou roli v příčinách poruch chování. Tyto faktory zahrnují neurochemické nerovnováhy, strukturální a funkční abnormality mozku, genetické informace a mnoho dalších vnějších i interoceptivních vjemů. Porozumění těmto biologickým faktorům může vést k lepšímu pochopení vzniku a vývoje poruch chování a k vývoji účinnějších intervencí a léčby.

1.3.2 Psychologické faktory

Psychologické faktory představují klíčový prvek v komplexním pohledu na poruchy chování. Jsou to psychické procesy, které ovlivňují myšlení, emoce a chování jedince, přičemž tato interakce může vést k rozvoji různých forem poruch. Od osobnostních rysů a emočních stavů po způsoby, jak jedinec vnímá a reaguje na své prostředí. Tato část práce se zaměřuje na zkoumání různých psychologických aspektů spojených s poruchami chování.

Podle Krejčířové (Říčan, Krejčířová, 2006) jsou poruchy chování často spojeny buď s psychologickými nebo rodinnými faktory. Psychologicky podmíněné poruchy chování jsou rozděleny do pěti kategorií.

1. kategorie – je projevem *hledání náhradního uspokojení*. Zahrnuje poruchy chování, které vznikají jako reakce na ztrátu nebo opakované zklamání. Dítě s takovou poruchou

často nemůže adekvátně vyjádřit své potřeby a touží po uznání a pozornosti. Cítí se izolované a odmítané, což může vést k nezralému chování, jako jsou krádeže nebo dokonce sexuální přestupky. Snaží se získat pozornost vrstevníků destruktivními činnostmi, čímž může vyvolat zájem okolí. Tyto projevy chování mohou být také spojeny s hledáním vlastní identity v období dospívání. Dítě si obvykle neuvědomuje smysl svých činů a tresty často nepomáhají, protože neřeší hlavní příčinu problému.

2. kategorie – zahrnuje poruchy chování *spojené s dlouhodobým nedostatkem emocionálního uspokojení*. Dítě s poruchou chování, které trpí emoční deprivací, často nemá přímý vztah k traumatickým událostem nebo emočním poruchám, ale spíše k dlouhodobému nedostatku citové podpory v rodině nebo v ústavním prostředí. Tato deprivace může vést k disociálnímu chování, zejména u dětí s ADHD nebo poruchami učení, které se cítí odmítnuty a vyloučeny. Tyto děti jsou často impulzivní a mají obtíže s navazováním hlubších emocionálních vztahů. V rodinném prostředí často chybí důslednost a disciplína, což může dále zhoršovat situaci.
3. kategorie – porucha chování, která vychází z *disharmonického vývoje osobnosti*, kdy jedinec nedokáže vytvořit pozitivní vztahy s ostatními lidmi a má problém s prožíváním lásky a viny. Děti s impulzivním chováním a silnými agresivními tendencemi se často snaží uspokojit své potřeby okamžitě a bez ohledu na ostatní. Může jim chybět schopnost učit se ze zkušeností a mají omezenou kontrolu nad svými činy. Jejich asociální chování může být dobře naplánováno a mohou v něm chybět typické projevy úzkosti. Ve společnosti mohou být vnímáni jako hrdinové a vůdci, avšak své sliby často nedodrží. Jejich disharmonický vývoj osobnosti často souvisí s citovou deprivací v dětství, a jejich terapie může být obtížná a málo úspěšná, zejména u starších dětí.
4. kategorie – poruchy chování, které jsou formou *volání o pomoc* v akutních obtížích. Externalizační typ poruchy adaptace se projevuje u dětí v akutních stresových situacích, které často vedou k silné úzkosti nebo depresi. Děti mohou vykazovat disociální chování, které je nesmyslné a zdá se, že jednají bezdůvodně a v panice. Pro pozorovatele to může vypadat, jako by jednaly úmyslně s cílem uniknout konfliktní situaci. Tento typ poruch chování se často projevuje pouze v určitých prostředích, například v rodině během konfliktů s novým nevlastním rodičem.
5. kategorie – poruchy chování, které jsou *projevem jiných závažných psychických poruch*, jako je například schizofrenie nebo deprese (Říčan, Krejčířová, 2006).

1.3.3 Rodinné faktory

Rodinné faktory hrají nezastupitelnou roli ve formování chování dětí a mladistvých. Prostředí rodiny, v němž dítě vyrůstá, má zásadní vliv na jeho sociální, emocionální a behaviorální vývoj. V tomto kontextu je důležité zkoumat širokou škálu aspektů, včetně kvality rodinných vztahů, způsobů výchovy, komunikačních vzorců a expozice rodinným traumatům. Tyto faktory mohou buď podporovat zdravý vývoj dítěte, nebo naopak přispívat ke vzniku a prohlubování poruch chování.

Rodinně podmíněné poruchy chování podle Krejčířové (Říčan, Krejčířová, 2006) lze rozdělit do dvou hlavních kategorií. První z nich zahrnuje situace, kdy rodiče a vychovatelé nedávají dobrý příklad morálních hodnot a norem, což vede k tomu, že dítě kopíruje jejich chování. Samotné normy rodičů často zůstávají v pozadí, když například projevují uspokojení z drobných podvodů či porušování pravidel. Tento druh chování implicitně posiluje děti k porušování společenských norem. Rodiče mohou nevědomě podporovat přestupky tím, že zdůrazňují zákazy (například s varováním před krádeží) nebo neopodstatněně podezřívají děti z nevhodného chování (například obviňováním z krádeže při každém novém předmětu). Tím vlastně naznačují, že toto chování je normální. Výchově v těchto rodinách často chybí důslednost a děti mohou být trestány jen za určité okolnosti spojené s přestupkem, nikoli za samotný přestupek. V takových případech se nemusí objevit individuální psychopatologie u dětí ani zjevné známky nesprávného prostředí v rodině.

Druhá kategorie popisuje situaci, kdy je dítě s poruchou chování vnímáno jako hlavní příčina všech rodinných problémů, ačkoliv tomu tak není. Jedná se o situaci, kdy jedno z dětí trpí poruchou chování a je v rodině vnímáno jako "obětní beránek", což znamená, že se rodina snaží udržet situaci nezměněnou, aniž by řešila hlubší problémy nebo konflikty, které by mohly destabilizovat současný stav. Je to takový stav, ve kterém se rodina nachází a preferuje jej zachovat, i když může být problematický nebo nefunkční (Říčan, Krejčířová, 2006).

Rodinné faktory jsou někdy úzce propojeny s faktory sociálními, které vycházejí z rodinného prostředí. Negativní socioekonomický status rodiny, kdy rodiny s nízkými příjmy a omezenými zdroji často vykazují sociopatologické charakteristiky, jako jsou závažná psychická onemocnění rodičů, rozvrácené domovy, nedostatečné zabezpečení finančních i emocionálních potřeb dětí a zanedbávání péče, může vytvářet prostředí, které přispívá k riziku vzniku a rozvoje poruch chování u dětí.

V souvislosti s rodinnými a sociálními faktory považují za nezbytné, v době neustálého pokroku digitálních technologií, zmínit vliv masových komunikačních prostředků, zejména

televize, sociálních sítí a počítačových her, které mají bezesporu významný vliv na formování chování a hodnot dětí. Studie naznačují, že exponovanost dětí agresivním obsahem v médiích může vést k napodobování agresivního chování a násilí. Tento jev je důležitým aspektem ve studii poruch chování, neboť zvyšuje riziko rozvoje agresivního a nepřijatelného chování. Diskutuje se také o tom, do jaké míry média ovlivňují kulturní a sociální normy, a tím i výchovu dětí v rodinách. Otázka zodpovědnosti médií za obsah, který prezentují, a zodpovědnosti rodičů za monitorování toho, co jejich děti konzumují, je stále aktuální a diskutovaná (Hutyrová, 2019).

V této kapitole byly prozkoumány různé faktory, které ovlivňují vznik a vývoj poruch chování. Zjistili jsme, že tyto faktory nejsou izolované, ale vzájemně propojené a ovlivňují se navzájem. Biologické, psychologické a rodinné faktory, spolu se socioekonomickými podmínkami a vlivem masových komunikačních prostředků, hrají klíčovou roli ve formování chování jedince. Je důležité tyto faktory zohlednit při diagnostice a terapii poruch chování, stejně jako při návrhu preventivních opatření. Pouze komplexní přístup, který bere v úvahu celou škálu těchto faktorů, může vést k efektivnímu zlepšení životního prostředí jedince a snížení prevalence poruch chování v populaci. Je důležité zdůraznit, že v této kapitole jsme pouze nastínili některé z biologických, psychologických, rodinných a sociálních faktorů, které mohou ovlivňovat vznik a průběh poruch chování. Existuje mnoho dalších faktorů a jejich kombinací, které mohou hrát roli v tomto procesu, a je nutné je zkoumat do hloubky pro komplexní porozumění této problematice.

1.4 Diagnostická kritéria poruch chování

Poruchy chování se vyznačují chováním, které odporuje společenským normám a pravidlům a zasahuje do práv ostatních jedinců. Mezi typické příznaky těchto poruch patří:

Agrese k lidem a zvířatům: Jedinec vykazuje opakované projevy agrese vůči lidem i zvířatům, přičemž často se angažuje v šikanování, zastrašování a vyhrožování druhým. Konflikty mohou eskalovat do fyzických střetů, během nichž jsou používány nebezpečné předměty jako zbraň, například cihly, nože či láhve, což může mít za následek vážná zranění. Kromě toho je pozorována hrubost a agresivita jak vůči lidem, tak ke zvířatům. Dále se projevuje krádežemi, které často vedou k násilným konfrontacím, jako jsou loupežné přepadení nebo vydírání. Navíc se jedinec dopouští sexuálního obtěžování a vynucování si sexuální aktivity na druhých, což je dalším znakem jeho poruchy chování.

Destrukce majetku a vlastnictví: Jedinec projevuje destruktivní chování vůči majetku a vlastnictví, které může mít různé formy. Často se dopouští záměrného poškozování majetku druhých, jako je rozbíjení oken, poškrábání vozidel nebo vandalizace veřejného majetku. Navíc může docházet k extrémně nebezpečným činům, jako je zakládání ohně se záměrem způsobit vážné škody, což může ohrozit nejen majetek, ale také životy lidí v okolí.

Nepoctivost nebo krádeže: Jedinec vykazuje nepoctivé chování a projevy krádeží, které se často projevují různými způsoby. Jedná se například o vloupání do domů, budov a automobilů, což má za následek nejen majetkovou škodu, ale také pocit bezpečí a důvěry v komunitě. Kromě toho je pozorováno časté lhaní s cílem získat osobní prospěch, výhody nebo se vyhnout povinnostem a závazkům. Dalším znakem je krádež bez konfrontace oběti, což může zahrnovat neoprávněné obohacování se, padělání dokumentů nebo dokonce padělání peněz.

Násilné porušování pravidel: Jedinec projevuje násilné porušování pravidel, které se projevuje odvážným a opakovaným porušováním předepsaných norem a zákazů. Tento druh chování může být zvláště závažný, pokud se objevuje již v mladém věku. Například se jedná o opakované situace, kdy jedinec, který ještě nedosáhl třinácti let věku, opakovaně zůstává venku po celou noc, navzdory zákazům a příkazům rodičů. Dále se může vyskytovat utíkání z domova, i když jedinec bydlí pod střechou rodičů nebo jiných zákonných zástupců, a to nejméně dvakrát, nebo dlouhodobé nevracení se domů po delší dobu. Dalším příkladem je časté záškoláctví, které se projevuje ještě před dosažením třinácti let věku (Hort, 2008, Hutyrová 2019).

Chování je považováno za příznak poruchy chování, pokud se v průběhu jednoho roku vyskytne tři a více z uvedených situací, přičemž minimálně jedna z nich musí být pozorována v posledních šesti měsících. Tyto poruchy mohou vážně narušit školní výkon jedince a mohou mít široké sociální a psychické dopady (Hort, 2008, Hutyrová 2019).

Nutno však podotknout, že příznaky poruch chování jsou velmi rozmanité a mohou se měnit v závislosti na věku jedince. Je důležité brát v úvahu vývojový stupeň dítěte a rozlišovat mezi běžným dětským zlobením a rebelantstvím adolescentů a skutečnými poruchami chování. Je také důležité zohlednit kontext a frekvenci projevů chování, abychom určili, zda se jedná o typické, ale ojedinělé jevy, nebo o opakované a narušující chování. Pro posouzení, zda se jedná o poruchu chování, je třeba zvážit, zda narušené chování významně zhoršuje sociální, školní nebo pracovní fungování jedince. To znamená, že porucha chování musí mít vážné negativní dopady na různé oblasti života jedince a jeho okolí (Hosák et al., 2015).

Při zkoumání poruch chování je nezbytné nejen popsat jednotlivé projevy, ale také vzít v úvahu jejich prognózu – tedy možný vývoj a průběh v čase. Tato prognóza může rozdělit poruchy chování do dvou kategorií: ty, které mají obvykle lepší výhled a ty, které mají tendenci být trvalé a obtížněji léčitelné. Mezi poruchy chování s lepším výhledem patří ty, které reagují na změny v prostředí nebo jsou specificky spojeny s určitými životními situacemi. Například poruchy v rodinném prostředí nebo ty, které se vyvinou v rámci skupinových aktivit, kde jedinec kopíruje chování svých vrstevníků. Naopak poruchy s horší prognózou jsou často trvalé a projevují se v průběhu času. Můžeme zaznamenat přetrvávání poruch chování od dětství přes adolescence až do dospělosti, kdy mohou přerůst do disociální poruchy osobnosti (Hutyrová, 2019).

Celkově lze konstatovat, že poruchy chování a emocí představují složitý a multidimenzionální problém, který má vliv na jednotlivce, jejich rodiny a společnost jako celek. Definice a klasifikace těchto poruch podle různých diagnostických systémů, včetně MKN a DSM, poskytují různé perspektivy na tyto problémy a umožňují lékařům a psychologům lépe porozumět jejich povaze a projevům, zejména z medicínského hlediska. I přesto, že v České republice dosud není MKN 11 oficiálně přeložena a používá se především MKN 10, srovnání mezi těmito klasifikacemi má stále velký význam pro lékařskou praxi a výzkum v oblasti poruch chování. Přestože existuje široká škála příčin, které mohou přispět ke vzniku poruch chování, včetně genetických, biologických, psychologických a sociálních faktorů, diagnostická kritéria poskytují strukturovaný rámec pro identifikaci a hodnocení těchto poruch. Je důležité, aby byla diagnostika prováděna s ohledem na individuální kontext a specifika každého pacienta, a aby byla léčba zaměřena nejen na symptomy, ale i na jejich základní příčiny a dopady na kvalitu života jednotlivce. Jen celostní a multidisciplinární přístup může vést k úspěšnému řešení těchto obtíží a ke zlepšení kvality života pacientů a jejich okolí.

2 Rodina

V dnešní době je rodina klíčovým prostředím pro vývoj a formování dítěte. Jak se však rodina může stát oporou a podporou pro dítě s problémy v chování? A jak může její dynamika buď posilovat nebo zmírňovat rizikové faktory spojené s problematickým chováním? V této kapitole se budeme snažit na tyto otázky najít odpověď. Zaměříme se na úlohu rodiny v životě dítěte, zejména v kontextu problematického chování. Podíváme se na možné mechanismy, jak rodina ovlivňuje chování dítěte, a to jak přímou podporou, tak působením na vnitřní zdroje odolnosti dítěte. Porozumění těmto mechanismům vede k pochopení, jakou podporu lze rodině poskytnout, aby byla schopna efektivněji reagovat na výzvy spojené s problematickým chováním dítěte a dokázala nejen překonávat obtíže, ale také vytvářela prostředí, které podporuje pozitivní vývoj a pocity blaha u všech jejích členů. Mechanismy podpory a konkrétní postupy budou důkladně prozkoumány v samostatné kapitole.

Rodina je tradičním společenstvím osob, které lze nalézt v různých podobách v každé známé kultuře. V rámci rodiny se formují základní charakteristiky duševního života jedince. Rodina přitom slouží jako prostředek propojení mezi jednotlivcem a společností. Je primární sociální skupinou, v níž se lidé navzájem setkávají tváří v tvář a jsou propojeni emocionálními vztahy. Externí vlivy jsou touto skupinou filtrovány a upravovány, což rodina dělá i v rámci sociálních vlivů na jednotlivce. Obecně vzato, primární funkcí rodiny je ovlivňovat vývoj jedince od jeho narození, vytvářet emocionální pouta, která mají dlouhodobé důsledky a zůstávají trvale v duševním životě dítěte. Jedinec si odnáší do života základní představy o emocích a vzorech chování, které se stávají jeho vlastními dispozicemi a vzory. Prostřednictvím rodiny si jedinec také osvojuje základní životní hodnoty, připravuje se prostřednictvím ní na společenský život (Jedlička, 2015).

2.1 Rodinné prostředí

Rodina je základní jednotkou lidského společenství a prostředím, kde jedinci zažívají své první vzájemné vztahy a učí se základním dovednostem a hodnotám. Rodinné prostředí má zásadní vliv na formování osobnosti, chování a sociálních dovedností jedince. Tato kapitola se zabývá analýzou a porozuměním dynamiky rodinného prostředí, včetně výchovných stylů, komunikačních vzorců a vztahů mezi členy rodiny. Zaměřuje se na faktory, které ovlivňují rodinné prostředí a jeho dopad na individuální i kolektivní blahobyt členů rodiny.

Než se pustíme do detailního popisu jednotlivých výchovných stylů, je důležité zamyslet se nad tím, jaký vliv má rodinné prostředí na optimální rozvoj osobnosti dítěte. Taktéž je nutné zkoumat nežádoucí aspekty výchovy, protože rodina může mít jak pozitivní, tak negativní dopad na vývoj dítěte. Ideální výchova by měla probíhat v laskavém a chápavém rodinném prostředí. Rodiče by měli respektovat jedinečnost svého dítěte a jednat s ním v souladu s jeho potřebami. Dítě by mělo být vnímáno jako partner rodičů, s nímž se stanoví společná pravidla a očekávání. Aktivní přístup k výchově se obvykle považuje za účinnější než pouhé poučování slovy. Rodiče by měli klást na dítě realistické požadavky odpovídající jeho schopnostem, aniž by je nadhodnocovali nebo podhodnocovali. Pro zdravý a nezávislý vývoj dítěte je nezbytné stanovit rodinná pravidla, která definují práva a povinnosti dítěte v domácnosti. Rodina by měla být pro děti oporou a základem stability v náročných situacích. V rámci rodiny by měly být děti učeny zodpovědnosti, svobodě, samostatnosti, tolerance a komunikaci. Správná výchova spočívá v tom, že dítě není chráněno před překážkami, ale učí se, jak s nimi úspěšně bojovat (Pelikán, 1995).

Kvalitní výchova dítěte je založena na láskyplném přístupu, porozumění, vzájemném respektu, spolupráci, toleranci, na jasně stanovených pravidlech, přiměřené starostlivosti a rovném přístupu. Je důležité, aby rodiče v rámci výchovy nezanedbávali ani přeháněli svůj zájem o dítě. Extrémy, jako je přílišná péče nebo naopak viditelný nezájem o individualitu a potřeby dítěte, mohou být pro jeho vývoj nebezpečné. Projevy žádoucí a nežádoucí výchovy jsou často spojovány s konkrétními výchovnými styly, které jsou v rodinách uplatňovány. Výchovné styly se od sebe odlišují přístupy rodičů k dětem, které obsahují různé podíly žádoucího a nežádoucího způsobu výchovy.

2.2 Různorodost výchovných přístupů v rodinném kontextu

Rodinné výchovné styly jsou značně ovlivněny dynamikou interakcí mezi členy rodiny, zejména mezi rodiči a dětmi. Tyto styly, které zahrnují strategie trestání, odměňování a komunikace, mohou být poměrně ustálené, ale zároveň se mohou vyvíjet v závislosti na zkušenostech a znalostech rodičů a na vývoji dětí. Každý výchovný styl reflektuje přístup rodičů k dítěti a k výchově obecně. Někdy se tyto postoje mohou odvíjet od rodinné tradice, což může vést ke zkresleným představám o dítěti a jeho potřebách. Stabilita výchovných stylů může být ovlivněna různými faktory, jako jsou sociální a ekonomické podmínky, kulturní prostředí a osobnostní vlastnosti rodičů (Gillernová et al., 2011).

Různé výzkumy se zabývaly výchovnými styly a jejich dopadem na rodinu jako celek. Z těchto studií vyplynula spojitost mezi výchovnými styly a postoji rodičů k jejich dětem.

Tyto postoje mohou být různorodé, zahrnující kladné, akceptující, záporné, chladné a odmítající přístupy, stejně jako postoje, které uplatňují větší kontrolu nebo mají vysoké nároky. Existují také postoje, které kladou důraz na svobodu a autonomii dítěte, stejně jako postoje, které vyjadřují důslednost nebo nedůslednost v rodičovském jednání (Gillernová et al., 2011).

Někteří rodiče preferují *autoritářský přístup*, kde se klade důraz na poslušnost a disciplínu, zatímco jiní upřednostňují *permisivní přístup*, který dává dětem větší volnost a nechává je rozhodovat o svých akcích. Existuje však také *autoritativní přístup*, který kombinuje prvky obou předchozích přístupů. Rodiče s autoritativním stylem výchovy stanovují jasné hranice a pravidla, ale zároveň jsou otevření diskuzi a respektují názory svých dětí. Tento přístup vytváří prostředí, ve kterém jsou děti povzbuzovány k nezávislosti a zároveň si uvědomují důležitost zodpovědnosti. V takovémto prostředí mají rodiče i děti rovnocenné postavení a společně pracují na budování harmonických vztahů a vývoji pozitivních hodnot. Dle podložených výzkumů bylo zjištěno, že děti autoritativních rodičů mají tendenci být nezávislé, přátelské a kooperativní. Děti rodičů s autoritářským a podřizujícím přístupem mají predispozice k závislosti a uchylují se pod ochranu dospělých, jsou více sobecké a málo kooperují se skupinou vrstevníků. Protože dříve měly málo svobody, chtějí ji později příliš mnoho. Jako následek nedostatečného sociálního učení se dostavuje nepřizpůsobivé chování. Tento rozdíl v chování a vztazích s okolím dětí z různých rodinných prostředí podtrhuje důležitost rodičovských stylů při formování osobnosti a sociálních dovedností. Rodinné prostředí má zásadní vliv na to, jak se dítě naučí komunikovat se světem kolem sebe a jaké postoje a hodnoty si osvojí. Udržování rovnováhy mezi autoritou a respektem k individualitě dítěte je klíčové pro jeho zdravý vývoj a budoucí úspěch v životě (Jedlička, 2015).

Jedním z dalších významných přístupů charakterizující výchovné styly v rodině je tzv. *model devíti polí*, který zachycuje Tabulka 4. Tento analyticko-syntetický model se zaměřuje na čtyři komponenty výchovy, rozdělené do dvou dimenzí: emočního vztahu rodiče k dítěti a výchovného řízení. Emoční vztah zahrnuje kladné a záporné aspekty, zatímco výchovné řízení se týká požadavků a volnosti. Výchovné řízení se liší podle míry požadavků a volnosti a rozděluje se na čtyři typy. *Silné řízení* je charakteristické vysokým počtem úkolů a požadavků, doprovázených důkladnou kontrolou. *Střední řízení* přináší vyváženou míru nároků a kontroly. U *slabého řízení* jsou požadavky minimální a kontrola je nedůsledná. V *rozporném řízení* jsou na děti kladeny mnohé požadavky, ale bez přísné kontroly. Emoční vztah mezi rodičem a dítětem je určen mírou kladných a záporných složek. Pokud převažují kladné složky, například projevy podpory a ocenění ze strany rodičů, hovoříme

o kladném až extrémně kladném emočním vztahu. Střední emoční vztah je charakterizován vyvážeností kladných a záporných složek nebo ambivalentním vztahem, kdy se kladné a záporné pocity střídají. Záporný emoční vztah je pak situace, kdy převažují záporné složky a dítě se cítí nechtěné, neboť nedostává dostatek zájmu nebo podpory ze strany rodičů (Gillernová et al., 2011).

EMOČNÍ VZTAH	VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ			
	<i>silné</i>	<i>střední</i>	<i>slabé</i>	<i>rozporné</i>
záporný	(1) Autokratický styl výchovy – Silné řízení je spojeno s negativním emocionálním vztahem a vysokým požadavkem na dítě, aniž by se braly v potaz jeho potřeby a přání. Tento přístup k výchově je charakterizován tvrdým a neústupným požadavkem na plnění úkolů.		(2) Liberální styl výchovy – bez vymezení požadavků a hranic, a navíc s minimálním a nedostatečným zájmem o dítě	(3) Spojuje se s výchovou, kde negativní emocionální vztah a rozporné řízení vytvářejí nepříznivé podmínky pro vývoj dítěte a vztahy v rodině.
záporněkladný	(9) Výchovný přístup charakterizovaný emocionálním rozparem nebo ambivalencí, což zahrnuje protichůdné aspekty v rodičovském chování a komunikaci s dítětem. Tato situace může vést k nejednoznačným reakcím a nekonzistentnímu přístupu rodičů, což může mít negativní důsledky pro emocionální a psychický vývoj dítěte.			
kladný	(4) Výchova je definována jako přísná, avšak současně laskavá. Dospělí stanovují požadavky a očekávání, ale s ohledem na možnosti a přání dítěte.	(5) Výchovný přístup založený na vzájemném porozumění, který se vyznačuje absencí extrémů v řízení a kontrole dítěte a podporuje jednoznačné přijetí dítěte.	(6) Laskavá výchova, kde se vytvářejí pozitivní emoční vazby mezi rodiči a dítětem, ale bez jasně definovaných požadavků a hranic.	(7) Upozorňuje na rozporné řízení s nadměrným množstvím požadavků, avšak s nedostatečnou nebo nedůslednou kontrolou, které je vyváženo kladným emočním vztahem.
extrémně kladný			(8) Jde o tzv. kamarádskou výchovu, kde dobrovolné dodržování norem dominuje díky silnému pozitivnímu emočnímu vztahu. Dítě dobře chápe a přijímá kladené požadavky a plní je bez potřeby kontroly, protože cítí bezpodmínečné přijetí a podporu ze strany rodičů.	

Tabulka 4: Model devíti polí způsobu výchovy (vlastní úprava). Zdroj: (Gillernová, 2005)

Při pozitivním emočním vztahu, obzvláště v kombinaci se střední mírou výchovného řízení, se rozvíjí svědomitost a cílevědomost dětí. Tato atmosféra podporuje stabilitu jejich osobnosti a přispívá k adekvátnímu sebepojetí a sebehodnocení. Naopak, při výrazně negativním emočním vztahu, zejména v kombinaci s rozporným nebo příliš přísným výchovným přístupem, se zvyšuje emoční nestabilita dětí. Projevuje se to nepozorností a nedostatkem vytrvalosti, což může narušit jejich sebepojetí (Gillernová, 2005).

Závěrem lze konstatovat, že výchovné prostředí a emoční vztahy v rodině mají významný vliv na rozvoj osobnosti dítěte. Kladné a podpůrné emocionální klima může přispět k jeho psychické stabilitě a sebevědomí, zatímco negativní prostředí může vést k emoční nestabilitě a problémům v chování. Je důležité uvědomit si, že každý výchovný styl má svá specifika, a že rodiče mohou ovlivnit rozvoj dítěte prostřednictvím svého přístupu a komunikace. V neposlední řadě je klíčová role aktivní účasti dítěte na vlastním vývoji a formování vlastní osobnosti.

2.3 Rodinné struktury a jejich sociálně-emoční vliv

V rámci zkoumání rodinného prostředí je důležité zaměřit se na různé typy rodin a jejich funkce v kontextu sociálního a emocionálního vývoje jednotlivých členů. Existují rodiny, které plní svou funkci úspěšně a vytvářejí prostředí pro růst, rozvoj a vzájemnou podporu, nazývané *funkční rodiny*. V těchto rodinách je komunikace mezi členy otevřená, přímá a aktivní. Členové respektují své rozdíly, tolerují nedostatky druhých a poskytují si navzájem podporu. Struktura odpovědnosti je jasná a definovaná. Rodinné interakce jsou charakterizovány ustálenými vzory komunikace, soukromím, vzájemnými potřebami a dalšími aspekty. Děti jsou svědky pozitivního partnerského vztahu mezi rodiči. Vztahy v rodině jsou založeny na citlivosti a pozitivním přístupu. Členové rodiny sdílejí své radosti, potěšení i smutky. Naopak, v *dysfunkční rodině* může být komunikace mezi členy omezena a její pragmatická složka (například sociální uplatnění) může vykazovat nedostatky. Členové se mohou omezovat na výměnu příkazů a informací, a sociální realita může být vnímána zkresleně. Při formování postoje rodičů i dětí může chybět objektivní náhled a pozitivní vlastnosti, což může být způsobeno negativismem. *Afunkční rodina* je taková, která nedokáže plnit akceptovatelné funkce rodiny ve společnosti (Kaleja, 2013a).

Klinická rodina je charakterizována přítomností nějaké poruchy v rodinné jednotce. Podle O. Matouška (Matoušek in: Kaleja 2013a) sem mohou patřit rodiny, které zanedbávají nebo týrají děti, rodiny, kde se vyskytuje zneužívání nebo týrání ženy, rodiny s členem trpícím

nemocí nebo psychickou poruchou, rodiny s mentálně postiženým či tělesně postiženým dítětem, rodiny, v nichž je mladistvý delikvent, svobodné matky, rodiny s dospělým alkoholikem, rozvedené rodiny, rekonstruované rodiny, uprchlické rodiny a romské rodiny. Naopak, *neklinická rodina* je charakterizována absencí poruchy v rodinném prostředí (Kaleja, 2013a).

Určení účelů rodiny (tj. její funkčnost) zahrnuje jak obecné, tak specifické cíle, jež jsou úmyslně stanoveny s ohledem na převažující funkční vlivy, vycházející z konkrétní kulturní struktury. V rámci této struktury existují pravidla, normy, sociální hodnoty, historické tradice a další prvky specifické pro danou společnost. M. Zelná a A. Klégrová (2006) člení ze svého pohledu primární funkce na:

- *sociálně-psychologické*: rodinné prostředí umožňuje nahlédnout do sociální dynamiky, která zahrnuje interakce mezi členy, jejich komunikaci a způsob, jakým řeší konfliktní situace. Ukazuje, jak lidé v různých životních fázích přebírají sociální role, jak se s nimi vyrovnávají a jaké výzvy přinášejí. Každá rodina má své vlastní hodnoty, preference a způsoby komunikace, které ji odlišují. Chování a postoje každého jednotlivce ve skupině rodiny ovlivňují psychosociální vývoj ostatních.
- *sociálně-ekonomické*: dává vhled do potřeb, které rodina má. Těsně souvisí se standardem a sociálním postavením rodiny v rámci společnosti. Způsob, jakým jsou děti materiálně zajišťovány ve svém vývoji, formuje kostru jejich budoucích životních hodnot.
- *právní*: shromažďuje veškeré platné legislativní normy a předpisy týkající se rodinné sféry (např. Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí).
- *státotvorné*: Má všeobecný dosah na celou společnost. Je sledován a kontrolován společenskými institucemi, jako jsou příslušné úřady, které používají legitimní metody a formy sociálně-právní intervence (Zelená, Klégrová, 2006).

Určení hlavních funkcí rodiny v tradiční společnosti a následné problémy s jejich plněním jsou klíčovým tématem. Rodina by měla zabezpečovat ekonomickou podporu, sociální ochranu, socializaci a reprodukci, ale některé rodiny se v tomto ohledu potýkají s obtížemi, což může vést k poruchám funkčnosti rodinných vazeb. Příčiny těchto poruch lze kategorizovat jako objektivní, subjektivní a smíšené. *Objektivní příčiny* nevycházejí z vůle nebo snahy rodičů, ale spíše z důvodu vnějších vlivů. Jedná se o situace, kdy rodiče z důvodu nějakého handicapu nejsou schopni plnit rodičovské role. Tento handicap může být způsoben invaliditou, nemocí, úmrtím, nezaměstnaností nebo jinou životní událostí. Tyto faktory pak mohou následně negativně ovlivnit psychosociální vývoj dítěte. Určující *subjektivní příčiny* stojí v kontrastu k objektivním. Zde rodiče zanedbávají své povinnosti, nedbají na ně, či se jim vyhýbají.

Prvotní cíle a funkce rodiny, stanovené při jejím vzniku, jsou v těchto situacích buď opomenuty, nebo dokonce nebyly plánovány nebo stanoveny samotnými rodiči. Důvody, které k tomu vedly, jsou různorodé: od neschopnosti zvládnout rodičovskou roli, nedostatku ochoty pečovat o dítě, až po sociální patologie jako je závislost na alkoholu, drogách, nebo gamblerství. Tyto faktory psychosociální vývoj dítěte zásadně ovlivňují. *Smíšené příčiny* reflektují komplexní situace, kdy například po úmrtí jednoho z rodičů (manželů, partnerů) druhý ztrácí oporu a poddává se alkoholu, což vede k neschopnosti zvládnout výchovu dětí. Tento hybridní scénář představuje další zátěžové období, které má významný dopad na vývoj dítěte (Kaleja, 2013a).

Rodinné prostředí a jeho dynamika mají značný vliv na psychosociální vývoj jednotlivých členů rodiny, zejména dětí. Výchovné styly, komunikační vzorce, funkce rodiny a mnoho dalších faktorů ovlivňuje formování osobnosti, hodnot a životních dovedností dětí. Je důležité si uvědomit, že každá rodina je unikátní a má své specifické charakteristiky, které ovlivňují vztahy mezi jejími členy.

V závěru této kapitoly o rodině a její roli v rozvoji poruch chování je zřejmé, že prostředí rodiny hraje klíčovou úlohu v utváření a formování chování jedince. Vliv rodiny na vývoj jedince začíná od raného dětství a pokračuje do pozdějších stádií života. Různé funkce rodiny, jako je podpora, výchova, kontrola a modelování, mají významný dopad na sociální a emocionální vývoj dítěte. Důležitou roli hrají také výchovné přístupy, které rodiče používají. Zatímco autoritativní a podpůrné přístupy mohou přispět k pozitivnímu vývoji chování dítěte, autoritářský, popř. extrémně kladný přístup může mít opačný účinek a způsobit vznik poruch chování. Nelze ani přehlížet působení mnoha dalších faktorů na rodinné prostředí a chování jedince, které mohou přispívat k větším stresům a omezením. Tato prostředí pak mohou být náchylnější k rozvoji poruch chování u dětí. Je tedy zřejmé, že prevence poruch chování vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje nejen individuální a rodinné faktory, ale i sociální a ekonomické kontexty. Podpora zdravých rodinných vztahů, poskytování zdrojů a intervence zaměřené na posílení rodičovských dovedností mohou hrát klíčovou roli v boji proti vzniku a rozvoji poruch chování u dětí.

3 Intervence v rodině s dítětem s poruchou chování a emocí

Rodiče, kteří se snaží vychovávat své děti s láskou a péčí, mohou narazit na mnoho výzev, zejména pokud se jejich dítě potýká s poruchami chování a emocí. Bojí se, že nedostatečně plní svou rodičovskou roli, a že situaci nedokážou zvládnout. Když si uvědomí, že chování jejich dítěte je ovlivněno poruchou, nalézají v tom určitou úlevu. Avšak často se ocitnou v cyklu konfliktů a napětí, které mohou negativně ovlivnit atmosféru v rodině. Hledání odborné pomoci a stanovení správné diagnózy mohou být prvním krokem k pochopení a řešení problémů. Následné dohodnutí pravidel a hranic, se kterými každý člen rodiny souhlasí, může vést ke zlepšení situace a prevenci progresu rodinných konfliktů. Je důležité si uvědomit, že poruchy chování a emocí mohou výrazně ovlivnit životní prostředí v rodině, často vedou k vyčerpání a frustraci. Proto je klíčové hledat podporu nejen pro děti, ale i pro rodiče, a neváhat hledat odbornou pomoc, když je to potřeba.

Rodinám s potřebou podpory je nabízena široká škála intervencí. Tyto intervence poskytují různé instituce, včetně škol, zdravotnických zařízení a organizací sociální péče, spolu s neziskovými organizacemi. Nabízené služby zahrnují informační a poradenskou činnost, sociální práci v praktických otázkách, sociálně-aktivizační služby a psychoterapii. Tato podpora se zaměřuje na poskytování informací, pomoc při řešení praktických problémů, posílení sociálních sítí rodiny a terapeutickou podporu v případě potřeby. Cílem je podpořit rodinu v obtížných situacích a pomoci jí zlepšit fungování a vzájemné vztahy. Aby bylo dosaženo alespoň základní efektivity, je potřeba přistupovat k nápravě poruch chování v dětském věku komplexním, systematickým a dlouhodobým přístupem, ve kterém je zainteresováno nejširší sociální prostředí. Za poruchou chování nestojí jen dítě samotné, ale také rodiče (popř. další zaangażované osoby), proto je nutné při nápravě přistupovat nejen k dítěti, ale i k rodičům samotným (Ptáček, 2006).

Intervenční metody by měly být řešeny interdisciplinárně na úrovni:

- pedagogicko-psychologického poradenství, které lze považovat za naprosto základní nezbytnou část systematické práce s dítětem, s požadavkem na její specifčnost, kontinuitu a přímou vazbu k danému případu s využitím metody efektivní komunikace, základních strategií zvládnání nežádoucího chování a účinné podpory jeho žádoucích podob.
- psychoterapie, která se často opírá o skupinové techniky v kombinaci s dalšími přístupy. Zvláště úspěšné a dobře přijímané techniky zahrnují arteterapii a dramaterapii, které staví na nácvičku žádoucích vzorců chování a posilování schopnosti uvědomit si možné následky nežádoucího chování.

- volnočasové aktivity, které jsou organizované a představují klíčovou roli v procesu řešení poruch chování u dětí. Prostřednictvím těchto aktivit by mělo dítě lépe relaxovat a aktivně se začlenit do kolektivu vrstevníků. Důležitou podmínkou pro úspěch je přítomnost minimálně poučeného odborníka (např. trenéra, vedoucího kroužku), který je detailně seznámen s projevy chování dítěte a možnými technikami zvládnání.
- edukativní pomoci, která spočívá ve zvýšené pozornosti přípravě dítěte do školy a vypracování specifických postupů a motivačních prvků ve spolupráci s odborníkem. U rodin s nižší sociální úrovní nebo ohrožených sociálním vyloučením může být vhodné doporučit dobrovolnické edukativní programy.
- medikace, která při vhodném nastavení může hrát klíčovou roli v nápravě poruch chování. Je však důležité si uvědomit, že psychofarmaka pouze zmírňují projevy nežádoucího chování, nikoli samotnou poruchu. Spolupráce psychologa s psychiatrem je zásadní, přičemž v současné době se používají různé léky ze skupin neuroleptik, stimulancií, antidepressiv a antiepileptik. Vyhnout se léčbě je v současnosti neopodstatněné, neboť dočasné zmírnění nežádoucích projevů chování může pomoci jak dítěti (v nácviiku žádoucích vzorců), tak celému sociálnímu prostředí (v přehodnocení pohledů na dítě) (Ptáček, 2006).

V rámci možných intervencí pro nápravu poruch chování a emocí se objevuje celá škála přístupů. V následující části textu se však zaměříme zejména na pedagogicko-psychologické intervence a psychoterapii. Těmto dvěma metodám se budeme věnovat podrobněji, neboť přinášejí důležité nástroje pro porozumění a zvládnání této problematiky.

3.1 Pedagogicko-psychologické poradenství

Poradenství v kontextu školní edukace zahrnuje poradenství poskytované jak uvnitř školy, tak i mimo ni. V následující části textu se zaměříme na specifické poradenství poskytované v oblasti poruch chování, s důrazem na práci školních poradenských pracovišť, Pedagogicko-psychologických poraden (PPP) a Speciálně pedagogických center (SPC).

3.1.1 Školní poradenské pracoviště

Školní poradenské pracoviště obvykle zahrnuje výchovného poradce a školního metodika prevence. Na některých školách můžeme najít také školního speciálního pedagoga a školního psychologa, kteří jsou velmi žádoucí pro zlepšení prestiže školy, efektivity vzdělávacího procesu a integrativních/inkluzivních strategií (Kaleja, 2013a).

Neméně významnou roli v oblasti poradenství hraje třídní učitel. Jeho úkoly zahrnují plný management třídního kolektivu, sledování docházky žáků a spolupráci se školním metodikem prevence při identifikaci varovných signálů a realizaci preventivních programů. Třídní učitel také motivuje žáky k vytváření vnitřních pravidel třídy, která jsou v souladu se školními pravidly, podporuje pozitivní sociální interakce mezi žáky, zajišťuje komunikaci s ostatními členy pedagogického sboru a spolupracuje se zákonnými zástupci nezletilých žáků. Dále udržuje přehled o osobnostních zvláštностech žáků a jejich rodinném prostředí (Kaleja, 2013a).

Kompetence výchovného poradce, školního metodika prevence, školního speciálního pedagoga a školního psychologa jsou jasně definovány ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů. Kaleja (2013a) popisuje kompetence výchovného poradce, školního metodika prevence, školního speciálního pedagoga a školního psychologa následovně:

- *Výchovný poradce*: Jeho práce spočívá v metodické, koordinační, informační a poradenské činnosti. Výchovný poradce je klíčový pro podporu žáků ve školním prostředí a pomáhá s jejich osobním rozvojem, řešením problémů a překonáváním překážek ve vzdělávání.
- *Školní metodik prevence*: Jeho role spočívá v metodické, koordinační, informační a poradenské činnosti v oblasti prevence škodlivých jevů, jako jsou například šikanování, závislosti nebo sociální vyloučení. Školní metodik prevence spolupracuje s výchovným poradcem a dalšími odborníky na vytváření preventivních programů a opatření.
- *Školní psycholog*: Jeho práce zahrnuje diagnostiku, depistáž, konzultace, poradenství a intervenční práci v oblasti psychického zdraví a osobnostního rozvoje žáků. Školní psycholog poskytuje podporu žákům, učitelům a rodičům při řešení emocionálních, behaviorálních a vzdělávacích potíží.
- *Školní speciální pedagog*: Jeho činnost zahrnuje depistáž, diagnostiku, intervenční, metodickou a koordinační práci v oblasti speciálního vzdělávání a podpory žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Školní speciální pedagog spolupracuje s ostatními odborníky a pedagogickými pracovníky na vytváření individuálních vzdělávacích plánů a podporuje inkluzivní prostředí ve škole.

Vyhláška poskytuje rámec pro práci těchto odborníků ve školním prostředí a stanovuje jejich povinnosti a kompetence v oblasti poradenství, metodiky a podpory žáků. Jejich spolupráce je klíčová pro úspěšnou realizaci výchovně-vzdělávacího procesu a podporu individuálních potřeb žáků (Kaleja, 2013a).

3.1.2 Školská poradenská zařízení

V rámci intervencí v rodině s dítětem s poruchou chování je důležité mít na paměti, že podpora a poradenství jsou dostupné nejen ve školním prostředí, ale také mimo něj. Školská poradenská zařízení, jako jsou PPP, a SPC, která se zaměřují na jedince s kombinovaným postižením, zajišťují rozmanité činnosti a služby pro děti, žáky, studenty a jejich rodiny, ale také úzce spolupracují se školami, školskými zařízeními a orgány sociálně právní ochrany. Důležitou součástí činnosti školských poradenských zařízení je poskytování odborných speciálně pedagogických a pedagogicko-psychologických služeb, prevenci výchovných problémů a pomoc při volbě správného vzdělávacího směru a přípravě na budoucí kariéru. Tato zařízení také aktivně spolupracují s dalšími institucemi, jako jsou orgány sociálně-právní ochrany dětí a mládeže, poskytovateli zdravotní péče a dalšími orgány v rámci komunity. Vzhledem k tomu, že poruchy chování mohou mít rozmanitý původ a projev, spolupráce s PPP a SPC může být klíčová pro efektivní intervenci a podporu rodin v procesu zvládnání a řešení těchto výzev. Jejich multidisciplinární přístup a síť spojení s dalšími institucemi, jako jsou zdravotnická zařízení či soudy, umožňuje poskytování komplexní péče a podpory, která má za cíl zlepšit kvalitu života dětí s poruchami chování a jejich rodin (Kaleja, 2013a).

Pedagogicko-psychologické poradny se specializují na provádění komplexního vyšetření v oblasti psychologie, speciální pedagogiky a sociálních věd. Jejich hlavním úkolem je identifikace příčin poruch učení, chování a dalších obtíží v osobním vývoji, výchově a vzdělávání dětí a mladých lidí, stejně jako individuálních faktorů ovlivňujících jejich kariéru orientaci. Další aktivity PPP zahrnují poskytování poradenských, podpůrných a terapeutických služeb zaměřených na rozvoj osobnosti, sebepoznání a prosociálního chování a řešení negativních sociálních jevů ve vývoji žáků a mládeže, včetně poruch učení a chování. V rámci poradny pracují psychologové a speciální pedagogové, kteří se podílejí na vyhodnocování informací pro přeřazení žáků do škol a školských zařízení, na poskytování doporučení ohledně integrace a poskytování odborného poradenství pedagogickým pracovníkům. PPP jsou zřizovány v souladu s § 116 zákona č. 561/2004 Sb. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), který upravuje vzdělávání na všech úrovních, a jejich činnost je podrobně upravena Vyhláškou č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (Kaleja, 2013b).

Speciálně pedagogická centra se specializují na poskytování poradenských služeb pro děti a mládež s jedním typem postižení, nebo i pro ty, kteří mají kombinaci více vad, přičemž

dominující typ postižení je klíčovým faktorem pro zřízení daného SPC. Činnost SPC je pevně stanovena v legislativě stejně jako PPP. Tyto centra poskytují poradenské služby od nejranějšího věku dětem, žákům v průběhu povinné školní docházky a studentům během studia na středních školách, a v případě potřeby také mladým lidem s různými typy postižení v období rané dospělosti. SPC se zaměřují na podporu smyslově postižených, tělesně nebo mentálně postižených jedinců, stejně jako dětí s vadami řeči a možná i na ty s kombinovanými vadami. Obvykle jsou provozována ve specializovaných státních nebo soukromých školách určených pro tyto účely (Kaleja, 2013b).

3.1.3 Středisko výchovné péče

Střediska výchovné péče jsou instituce zaměřené na řešení výchovných problémů u dětí a mládeže. Jde o součást školského systému, která poskytuje preventivní péči dětem a mladým lidem ve věku od tří do osmnácti let, případně do doby, než bude dokončena příprava na budoucí povolání. Tato střediska přijímají klienty, u nichž převažuje porucha chování, avšak situace nepožaduje ústavní nebo ochrannou výchovu. Nabízí péči v podobě ambulantního nebo pobytového režimu. Střediska výchovné péče mají klíčové místo v systému péče o ohrožené děti a pracují s dítětem a jeho rodinou komplexně, s cílem podporovat pozitivní změny v chování. Spolupracují se školami a dalšími odborníky, aby zajistily efektivní podporu pro děti s poruchami chování, ADHD a podobnými problémy, a tak hrají důležitou roli v prevenci těchto obtíží (Hutyrová, 2019).

V *ambulantním prostředí* se poskytuje pomoc dětem a mladistvým, kteří se potýkají s výchovnými obtížemi, poruchami chování a vývojovými krizemi v prepubertě a pubertě. Tento typ služby je dostupný bezplatně a umožňuje klientům v bezpečném prostředí diskutovat o možných řešeních svých problémů a získat jasnější pohled na své chování, které může vyvolávat konflikty. Nejběžněji spolupracují s psychologem, speciálním pedagogem nebo etopedem. Pracuje se především s celou rodinou, včetně rodičů a sourozenců, a po dokončení terapie klienti odcházejí domů. Tento způsob péče nabízí klientovi dostupnost a šetří jeho čas, protože mu umožňuje zůstat v domácím prostředí. Tím se zároveň podporuje rychlé ověřování pozitivních změn v rodině a posiluje její funkčnost. Důležitou výhodou je také udržení kontinuity ve školní docházce klienta a možnost ihned aplikovat nové přístupy a podporovat proces změny ze strany rodičů. Na druhou stranu, ambulantní péče může být méně účinná v rodinách s nedůslednou výchovou, kde se změny rychle vrací do starých kolejí. Existuje také riziko, že klient nebo rodiče během sezení předstírají své chování, či nedokážou otevřeně komunikovat o těžkostech. Omezená interakce s vrstevníky může být dalším

omezením, stejně jako obtížnost práce s komplexními vztahy a sebevědomím klienta (Hutyrová, 2019).

Na *pobytovém oddělení* se nabízí možnost dobrovolného diagnostického pobytu trvajících obvykle dva měsíce, přičemž klient musí vyjádřit souhlas s účastí a je třeba také souhlasu zákonného zástupce. Tento typ péče umožňuje efektivnější start k žádoucím změnám v chování klienta. Pracovní tým se klienty snaží aktivně podporovat při hledání řešení jejich obtížných situací, a to prostřednictvím individuální, rodinné nebo skupinové terapie. Zásadní je dodržování jasně stanoveného denního režimu, zejména v případech, kdy klient předchozí bezhraniční výchovu ze strany rodičů zažíval. Cílem pobytu je zlepšení komunikace, posílení sebedůvěry a převzetí odpovědnosti za vlastní chování. Důležitou součástí je rovněž podpora celé rodiny, která může zahrnovat společné konzultace s rodiči (Hutyrová, 2019).

Pedagogicko-psychologické poradenství bezesporu podporuje vzdělávací proces a osobní rozvoj dětí a mládeže. Poradenská činnost poskytovaná PPP, SPC a SVP se zaměřuje na komplexní diagnostiku, terapii a poradenství, které pomáhají identifikovat a řešit problémy v oblasti učení, chování a sociálního začlenění. Spolupráce těchto zařízení s rodinami, školami a dalšími odborníky je klíčová pro úspěch intervenčních opatření a podporu celkového rozvoje jednotlivce. Jejich snaha o individuální přístup a poskytování odpovídající podpory přispívá k vytváření inkluzivního a podpůrného prostředí pro všechny zúčastněné.

3.2 Psychoterapie

Rozmanité metody léčby poruch chování zahrnují individuální i skupinovou psychoterapii, ambulantní nebo pobytovou péči, a v extrémních případech hospitalizaci v psychiatrických zařízeních. I když psychologická podpora nemůže zcela odstranit všechny obtíže, může dítěti a rodičům ukázat, jak s nimi lépe zacházet. Psycholog může dítěti pomoci s vývojem sebevědomí, vyrovnaností a lépe zvládanými emocemi. S ním může pracovat na ovládnutí agrese a vzteku, a to způsobem, který je přijatelný pro okolí. Rovněž může provádět trénink schopností spolupráce, komunikace, empatie a zvládnutí konfliktních situací, kritiky a neúspěchů. Cílem psychoterapie je dosažení pozitivních změn v myšlení, chování a postojích jedince, což může vést ke zlepšení jeho sociálních vztahů. Metody psychoterapie kladou důraz na prožitek a význam pro klienta, zatímco socioterapie ovlivňuje vnější společenské prostředí klienta. Terapie, která se zaměřuje na problematické vzorce chování, vychází z předpokladu, že rodinné interakce mohou udržovat nežádoucí chování. Jejím cílem je identifikovat a nahradit tyto vzorce novými, zdravějšími způsoby komunikace a interakce v rodině.

3.2.1 Behaviorální terapie

Podle behaviorálního přístupu (terapie) jsou veškeré poruchy chování vnímány jako naučené reakce na konkrétní situace, což implikuje jejich schopnost být modifikovány či přeuceny. Tento pohled zdůrazňuje, že neproduktivní chování je výsledkem naučených strategií zvládnání stresu, a že pro změnu tohoto chování lze využít principy učení. Cílem terapeutické intervence je především modifikace konkrétních behaviorálních vzorců, aniž by byla podrobně analyzována jejich hlubší příčina. V kontextu terapeutického přístupu lze tento princip uplatnit tak, že hledáme nové podněty potlačující nevhodné formy chování. Pomocí behaviorálních metod, jako je podmiňování, selektivní zpevňování a dalších, vytváříme nové formy sociálního chování. Terapeutický přístup se tak primárně spoléhá na tréninkové metody a tradiční systém odměn a trestů, využívaný zejména v institucionálních zařízeních (Sekera, 2019).

Behaviorální model učení rozlišuje tři hlavní formy: klasické podmiňování, operantní podmiňování a sociální učení. Klasické podmiňování ukazuje, že reflexní reakce mohou být vyvolány neutrálními podněty, které samy o sobě tuto reakci nevyvolávají. Operantní podmiňování, založené na teorii, že pravděpodobnost chování je ovlivněna jeho následky, zahrnuje pozitivní i negativní zpevnění, kde odměny nebo úleva zvyšují pravděpodobnost opakování chování, a trestání, kde nepříjemné následky snižují pravděpodobnost chování. Tyto modely učení jsou základem behaviorální terapie a nacházejí významné uplatnění v lidské psychologii (Gavendová, 2021).

Behaviorální model učení je důležitým nástrojem, avšak jeho použití má své meze. Protože samotné behaviorální přístupy nestačí, rozšiřuje se terapie o principy kognitivních procesů. To znamená, že se posunuje od pouhého pozorování vnějšího chování jedince k porozumění jeho vnitřních procesů. Jedinec není pouze pasivním objektem, ale aktivně se zapojuje do interakce s okolím. Reflektuje nad svými myšlenkami, je schopen se řídit a vědomě se soustředí na přítomnost, racionalitu a své činnosti (Sekera, 2019). Kognitivní procesy představují širokou škálu mentálních funkcí, které slouží ke zpracování a uchování informací jak z vnějšího, tak vnitřního prostředí organismu. Tyto procesy zahrnují vnímání, pozornost, paměť, myšlení, hodnocení, přisuzování, očekávání a další. Jsou rozděleny do kategorie verbálních procesů, spojených s myšlením ve slovech a větách, a neverbálních procesů, spojených s myšlením v představách a obrazech. Dále se tyto procesy mohou odehrávat buď vědomě, nebo nevědomě a mají značný vliv na jedince, ovlivňují jeho chování, rozhodování a způsob, jakým vnímá svět kolem sebe (Gavendová, 2021).

3.2.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je jedním z hlavních směrů psychoterapie, který se zaměřuje na teorii, že psychické potíže jsou často způsobeny chybnými vzorci chování a myšlení. Tyto chybné vzorce jsou často naučené a udržované různými vnějšími i vnitřními faktory. V terapii KBT se může klient odnaučit nebo přeučit tyto chybné vzorce myšlení a chování a naučit se novým způsobům, jak tyto problémy řešit. K dosažení úspěchu v terapii je důležitý vztah důvěry a spolupráce mezi klientem a terapeutem, ale tento vztah není postačujícím prostředkem sám o sobě. KBT rozumí, že emoce a jednání jedince jsou částečně určovány tím, jak interpretuje svět kolem sebe. Terapie KBT s dětmi vychází přímo z behaviorální terapie a zaměřuje se na identifikaci problémů a jejich vliv na životní styl dítěte. Problémy jedince jsou analyzovány pomocí modelu ABC (Antecedents – spouštěče, Behaviour and beliefs – chování a přesvědčení, Consequences – následky). V práci s dětmi se často využívají metody založené na klasickém a operantním podmiňování a učení podle vzoru. KBT s dětmi čerpá také z dalších modelů terapie určených pro dospělé, ale na rozdíl od nich se více zaměřuje na vývoj a posilování dovedností a na aplikaci terapeutických postupů.

KBT je charakterizována jako krátkodobá a časově omezená terapie, která je strukturovaná a vedená aktivním a direktivním terapeutem. Je založena na otevřené spolupráci mezi klientem a terapeutem a vychází z teorie učení a kognitivní psychologie. Terapie se zaměřuje na současnost a specifické, jasně definované problémy, stanovuje si konkrétní, funkční cíle a pracuje s pozorovatelným chováním a vědomými psychickými procesy. KBT uplatňuje vědeckou metodologii a má za cíl dosáhnout soběstačnosti klienta (Gavendová, 2021).

3.2.3 Terapie zaměřené na vzorce chování – rozšiřující přístupy

Terapie zaměřené na vzorce chování a jejich řešení se liší od tradičních terapeutických přístupů tím, že se nesoustředí na rozsáhlé rozhovory o problémech, ale spíše na aktivní hledání konkrétních řešení. Jedním z příkladů je metoda *Krátké terapie*, která klade důraz na efektivitu a dosažení stanoveného cíle v co nejkratším možném čase. Tato forma terapie vyvíjí tlak na rychlou změnu, což může být pro rodinu výzvou, ale zároveň motivuje k aktivnímu zapojení. Naopak, Steve de Shazer preferuje hledání malých, avšak významných změn, které mohou vést k postupnému zlepšení situace. Jeho metodologie zahrnuje měřicí otázky, které pomáhají kvantifikovat problém, a otázku na zázrak, která pomáhá rodině vizualizovat požadovaný výsledek. Tyto techniky společně vytvářejí prostředí podpory a inspirace pro dosažení pozitivních změn v rodinném prostředí (Gjuričová, Kubička, 2009).

Strategická rodinná terapie se uplatňuje v případech, kdy terapeut identifikuje konkrétní problém v rodině, který je třeba řešit a nahradit novým vzorcem chování. Klade důraz na funkci problematického chování v rodině, které často slouží k udržení rovnováhy nebo k překlenutí krize. Terapeut se zaměřuje na hledání efektivnějšího chování, které by mohlo plnit tuto funkci. Mezi používané metody patří přerámování, což zahrnuje odhalení funkce problematického chování, a paradoxní intervence, kdy terapeut navrhuje vyzkoušet extrémní formu problémového chování (Gjuričová, Kubička, 2009).

Strukturální rodinná terapie klade důraz na strukturu rodiny, zejména na hranice a vztahy mezi jednotlivými členy. Ideální struktura rodiny zahrnuje jasně vymezené interpersonální hranice, které jsou přesto pružné, a oddělení subsystému dospělých od subsystému dětí. Problémem může být situace, kdy jeden z rodičů vytváří s dítětem spojenectví proti druhému rodiči. Terapeut se nejprve snaží získat důvěru všech členů rodiny a poté pracuje na funkčnějším uspořádání rodinné struktury (Gjuričová, Kubička, 2009).

V této kapitole jsme se zaměřili na různé formy intervencí v rodinném prostředí, které mohou být klíčové při řešení problémů v chování a emocích. Zmiňovali jsme pedagogicko-psychologické poradenství, které zahrnuje práci školních poradenských pracovišť, školských poradenských zařízení a středisek výchovné péče. Dále jsme se zabývali psychoterapií, konkrétně behaviorální terapií a kognitivně-behaviorální terapií, jakožto efektivními metodami terapeutického zásahu. Je důležité zdůraznit, že intervence v oblasti volného času a medikace rovněž hrají významnou roli v léčbě poruch chování a emocí. I když jsme se v této kapitole nevěnovali těmto aspektům podrobněji, jejich význam ve společném úsilí o zlepšení rodinné dynamiky a psychické pohody je nezpochybnitelný. Celkově lze říci, že kombinace těchto intervencí může poskytnout komplexní podporu rodinám, které čelí obtížím v oblasti chování a emocí. Otevírá to cestu k multidisciplinárnímu přístupu, který bere v úvahu individuální potřeby a kontext každé rodiny, a pomáhá tak vytvářet prostředí pro zdravý a vyvážený vývoj jednotlivců v rámci rodinného systému.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodický přístup

V této práci se zaměřujeme na zkoumání intervencí v rodině zaměřených na poruchy chování a emocí u dětí a mládeže. Naším cílem je prozkoumat efektivitu těchto intervencí a analyzovat možnosti, které mohou přinést jednotlivým jedincům trpícím těmito poruchami. Bude se jednat o literární review, které bude zahrnovat extrakci relevantních dat a jejich následné shrnutí. Důraz bude kladen na popis metodiky, která nám umožní systematicky zhodnotit zkoumané intervence, a na prezentaci zjištěných výsledků. Závěr práce bude věnován detailní analýze a interpretaci těchto výsledků, s cílem poskytnout ucelený pohled na jejich vliv a přínos v kontextu léčby poruch chování a emocí.

4.1 Metodologie a postup při tvorbě literárního review

Na procesu tvorby literárního review se podílejí celkem další tři osoby. Zatímco mé zaměření je primárně na poruchy chování a emocí a intervencích v rodinném prostředí, ostatní členové týmu se zabývají různými aspekty těchto poruch a intervencemi v jiných kontextech.

První členka týmu Magda Kleinová se specializuje na poruchy chování, emocí a intervence u žáků středních škol. Její práce se zaměřuje na specifické výzvy a potřeby tohoto věkového okruhu, které mohou ovlivnit efektivitu a vhodnost intervencí.

Druhá členka týmu Eva Bodzentová se specializuje na poruchy chování a emocí způsobené užíváním návykových látek a intervence. Její práce se soustředí na složitou problematiku, která vzniká v důsledku užívání návykových látek a na způsoby, jak efektivně intervenovat a podporovat jedince v této situaci.

Třetí členka týmu Eva Baslerová zkoumá poruchy chování a emocí a intervence u žáků ve věku 6-11 let. Její práce se zaměřuje na specifické potřeby tohoto věkového okruhu a na vhodné intervence, které mohou pomoci v jejich psychosociálním rozvoji.

I když všichni členové týmu pracují na literárním review s podobným zaměřením na poruchy chování a emocí a intervence, jejich cílové skupiny se liší. Každý z nich se zabývá specifickými aspekty a potřebami své cílové skupiny, což vyžaduje individuální přístup a vhodné strategie intervencí.

Prvotní fáze rozpracování tohoto literárního review začala s průzkumem databáze Epistemonikos, kde jsme použili klíčová slova k identifikaci relevantních studií a stanovili kritéria pro začlenění a vyloučení studií. Následně jsme využili citační manažer Rayyan k selekci vhodných studií, přičemž jsme hledali duplikáty a postupně vyřazovali studie, které nesplňovaly naše kritéria. Postup byl zaznamenáván v *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA). (Page, 2020). Data z jednotlivých studií byla systematicky extrahována a zaznamenávána do tabulek, které byly dále doplněny textovým shrnutím obsahu každé studie a příslušnými informacemi pro toto review.

4.1.1 Výzkumné otázky review

1. Jaké intervence jsou používány v rodinách, kde se vyskytují poruchy chování a emocí u dětí?
2. Jaký je účinek intervencí v rodině na chování a emoční stav dětí s poruchami chování a emocí?

4.1.2 Kritéria zařazení

Pro usnadnění porovnání a interpretaci výsledků mezi různými studii byl použit strukturovaný přístup známý jako formát PICO.

- P (účastníci): cílová populace nebo skupina účastníků studie, na kterou se výzkum zaměřuje;
- I (intervence): intervence nebo léčba, která je zkoumána;
- C (kontrola, kontext, srovnání): označení kontrolní skupiny nebo kontextu, se kterým jsou účastníci porovnáváni, což napomáhá k identifikaci, za má zkoumaná intervence nějaký skutečný efekt;
- O (výstupy): očekávané výstupy nebo výsledky studií a jejich typ, jako např. změna v chování, zlepšení kvality života nebo jiné měřitelné ukazatele

Účastníci: Primárním inkluzivním kritériem byly studie věnující se dětem a adolescentům s poruchami chování a emocí (Emocional Behavioral disorder – EBD) do 26 let věku. Vyloučeny nebyly ani studie, u kterých se poruchy chování a emocí projeví jako sekundární k jiným poruchám chování. Pohlaví, či národnost vyhledávací kritérium nijak neovlivňovala. Exkluzivním kritériem pak byly studie zaměřené výhradně na dospělé osoby s diagnózou poruch chování a emocí.

Intervence: Určujícím kritériem pro zařazení intervencí do analýzy bylo jejich zaměření na oblasti jako psychologie, psychoterapie, sociální práce, pedagogika. Naopak, nebyly zahrnuty intervence spojené s prevencí a s lékařstvím nebo farmakologií, které se zaměřují na léčbu pomocí léčiv, s výjimkou případů, kdy se jednalo o léčiva na přírodní bázi, vitamíny a podobné přírodní látky. Nicméně, srovnávací studie hodnotící účinnost intervencí z oblasti primárního kritéria s těmi z oblasti exkluzivního kritéria byly do analýzy zahrnuty.

Srovnání: Literární přehled se nezaměřuje na studie týkající se prevalence, důsledků, testování a diagnostiky poruch chování a emocí

Výstupy: Byly vybrány studie, které zkoumají dopady intervencí na primární, ale i sekundární symptomy poruchy chování a emocí u dětí, které jsou s touto diagnózou diagnostikovány. Tyto studie se zaměřují na identifikaci efektů různých intervencí na základní aspekty poruchy chování a emocionálních obtíží u dětí.

4.1.3 Vyhledávací strategie

Pro hledání studií souvisejících s tématem poruch chování a emocí byla použita strategie vyhledávání, která kombinovala elektronické databáze a ruční prohledávání relevantních plnotextových referencí. První fáze vyhledávání se zaměřila na databázi Epistemonkos s cílem identifikovat relevantní texty. Do analýzy byly zahrnuty pouze studie s názvem a abstraktem v anglickém jazyce.

4.1.4 Screening

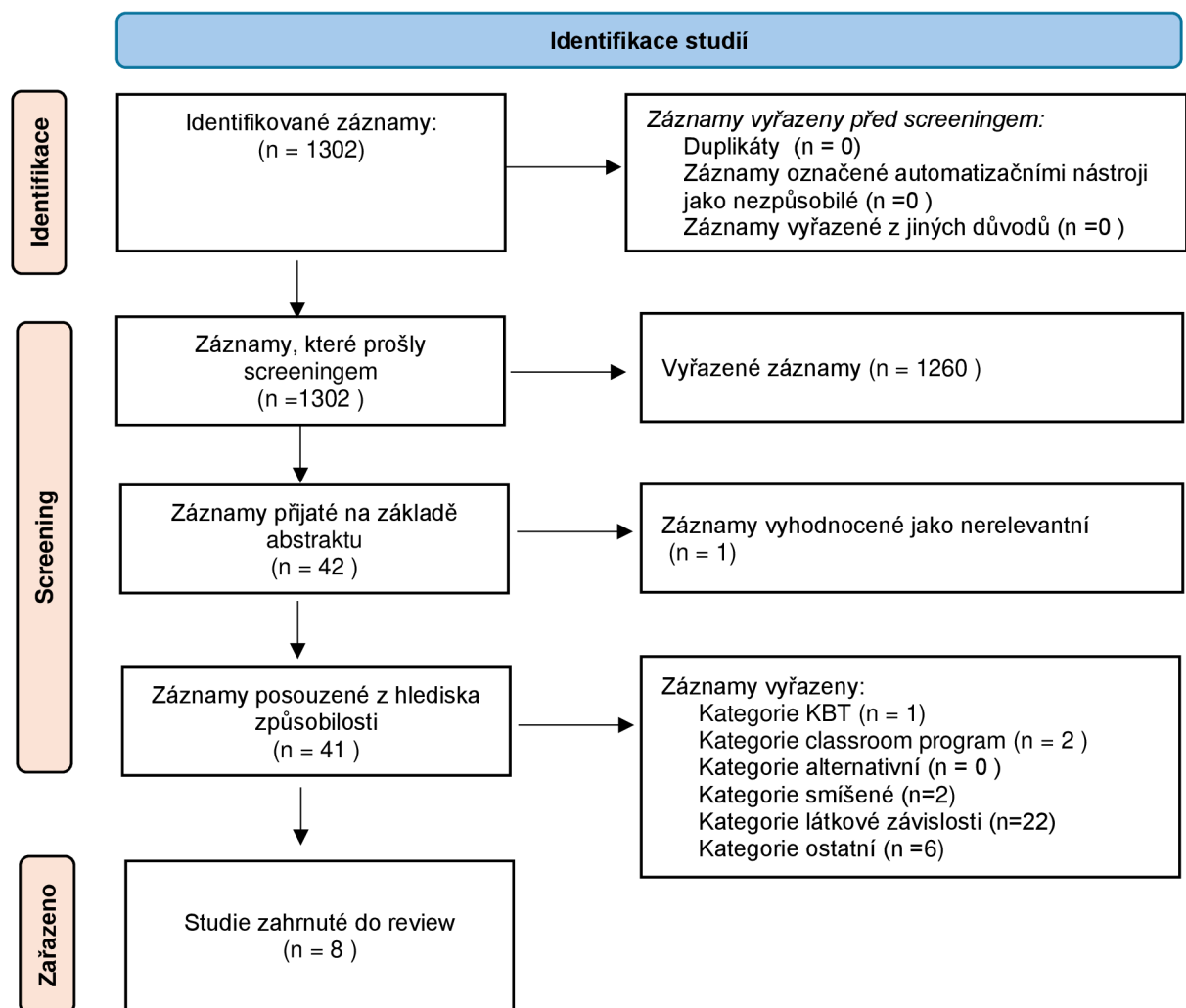
Po prvním průzkumu byly všechny nalezené studie importovány do citačního manažeru Rayyan. Následně byla provedena kontrola názvů a abstraktů vybraných studií. Potenciálně relevantní studie byly důkladně prozkoumány všemi členy týmu jako nezávislými hodnotiteli, kteří zjišťovali jejich shodu s inkluzivními a exkluzivními kritérii. Plné texty studií označených jako potenciálně relevantní byly následně zajištěny a znovu importovány do citačního manažeru Rayyan. Všichni hodnotitelé pak detailně prozkoumali plné texty a zaznamenali splnění inkluzivních kritérií a důvody pro vyloučení u studií nevyhovujících exkluzivním kritériím. V případě nesouhlasu mezi hodnotiteli byla provedena vzájemná diskuse a případně byli do procesu zapojeni další nezávislí recenzenti. Podrobný průběh selekce a počet zkoumaných studií jsou prezentovány v *Prisma flow diagramu*, který je součástí kapitoly s výsledky.

4.1.5 Extrakce dat

Data byla získána z originálních zdrojů vybraných relevantních studií. Z každé studie byla extrahována data a vložena do tabulky obsahující název, autora, rok vydání, informace o účastnících, intervenci, výstupy a design studie. Kromě tabulek byl ke každé studii připojen stručný komentář, který shrnuje klíčové výstupy a posuzuje účinnost použitých intervencí.

4.2 Výsledky

Při prohledání databáze Epistemonikos bylo v prvotní fázi dohledáno 1302 studií. Na úrovni abstraktu bylo v této fázi vyřazeno 1260 studií. Inkluzivní kritéria tedy na základě abstraktu splnilo 42 studií. V další fázi byla na základě chybějícího plnotextu vyřazena 1 studie. Zůstalo tedy 41 studií, které byly rozděleny do šesti kategorií dle specifických aspektů. Třetí nezávislý hodnotitel pak zároveň odstranil další studie. V konečné fázi bylo do našeho review zařazeno 8 studií. Vývoj selekcí je vyznačen na obrázku č. 1.



Obrázek 1: Vývojový diagram vyhledaných studií

4.2.1 Úspěšné intervence: pozitivní dopady

Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis (Riise et al., 2021)	
Desing studie:	Systematické review a meta-analýza
Účastníci:	Externalizující poruchy u dětí a v klinické péči, porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), porucha chování (CD) a porucha opozičního vzdoru (ODD), věk účastníků maximálně 18 let
Intervence:	Kognitivně-behaviorální terapie, intervence zaměřené na zvýšení sebekontroly a dovednosti dětí řešit problémy
Výsledky:	
Výsledky studie naznačují, že po ukončení léčby byl zaznamenán významný průměrný účinek v rámci skupiny ($g = 0,91$), přičemž velikost účinku byla velká jak pro pacienty s ADHD ($g = 0,80$), tak pro pacienty s CD/ODD ($g = 0,98$). Míra remise po ukončení léčby byla 38 % u pacientů s ADHD a 48 % u pacientů s CD/ODD, s celkovou mírou úbytku ve výši 14 %.	

Studie č. 1

Relevantní studie pro tuto metaanalýzu byly získány z databází Embase OVID, Ovid MEDLINE a PsycINFO, které byly systematicky vyhledávány až do května 2020. Zařazeno bylo celkem 51 studií, které zahrnovaly 5295 pacientů, kteří byli zařazeni na základě těchto kritérií: (1) *účastníci* jsou děti do 18 let s klinickou diagnózou s ADHD, CD nebo ODD podle DMS nebo ICD, nebo dosahují hraničního skóre na ověřené stupnici hodnocení rodičů nebo učitelů dle dotazníků Child Behavior Checklist (CBCL), Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) a Aversive Behavior Rate (ABR). (2) *intervenční strategie* byla pro tuto metaanalýzu definována jako kognitivně-behaviorální terapie, kognitivní terapie a behaviorální terapie. (3) *Srovnáním* byla účinnost KBT poskytovaná v rámci běžné klinické péče s univerzitním prostředím a míra remise po ukončení terapie.

Bylo zjištěno, že velikost účinku kognitivně-behaviorální intervence pro CD/ODD ($g = 0,98$) byla mírně vyšší než u ADHD ($g = 0,80$). Výsledky poukazují na významné zlepšení

v oblasti CD a ODD než u ADHD, kde byla velikost účinku střední. V rámci KBT terapie byli rodiče do léčby zapojeni v 90 % studií, které pojednávali o účinnosti této terapie. Ve 49 % byli jako samostatní účastníci a ve 41 % i společně s dítětem. Trénink rodičovských dovedností je široce akceptován jako účinná terapie pro ADHD a dětské poruchy chování, jak pro individuální léčbu, tak jako součást komplexních programů pro adolescenty s těmito poruchami. Existují také náznaky z některých studií, že rodičovské chování může hrát roli v účinku tréninku rodičů. Studie však s ohledem na zaměření léčby na rodiče, děti, popř. oboje velký význam neprokázala.

Výsledky této aktuální metaanalýzy potvrzují účinnost kognitivně behaviorální terapie (KBT) v běžné klinické péči pro děti a mládež s externalizačními poruchami. Výzkum ukázal, že ve standardní péči lze dosáhnout významných výsledků v různých formátech terapie (individuální či skupinová), s různými typy účastníků (rodičů, dětí nebo obojích) a s různými úrovněmi zapojení rodičů. Nakonec výsledky naznačují, že terapie poskytovaná v běžné praxi praktickými lékaři pro klinicky odkazované pacienty má stejnou účinnost jako terapie poskytovaná v univerzitních prostředích.

Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness (Battagliese et al., 2015)

Desing studie:	Meta analýza
Účastníci:	Externalizující poruchy u dětí - porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), porucha opozičního vzdorů (ODD), věk účastníků maximálně 18 let
Intervence:	Kognitivně-behaviorální terapie, Kognitivní terapie, Behaviorální terapie

Výsledky:

Zlepšení v internalizujícím chování bylo pozorováno pouze tehdy, když byla léčba poskytována dětem a rodičům společně ($d = -0,262$; 95% CI $[-0,417, -0,107]$, $N = 8$, $p = 0,001$; Q -hodnota = 3,195; $df(Q) = 7$; $p = 0,866$; a $I^2 = 0$). Žádné významné změny nebyly nalezeny u intervencí zaměřených výhradně na rodiče ($d = -0,329$; 95% CI $[-0,730, -0,072]$, $N = 3$, $p = 0,108$; Q -hodnota = 2,676, $df(Q) = 22$; $p = 0,262$; a $I^2 = 25,27$). Snížení symptomů nedostatku pozornosti bylo pozorováno u intervencí zaměřených pouze na děti ($d = -0,671$; 95% CI $[-1,038, -0,303]$, $N = 3$, $p < 0,001$; Q -hodnota = 1,501 $df(Q) = 2$; $p = 0,472$; a $I^2 = 0$). Menší změny byly dosaženy, když byli zapojeni jak děti, tak rodiče ($d = -0,290$; 95% CI $[-0,537, -0,044]$, $N = 4$, $p = 0,021$; Q -hodnota = 3,687, $df(Q) = 3$; $p = 0,297$; a $I^2 = 18,62$). Větší změny v agresivních symptomech byly zjištěny, když byly intervence nabízeny jak rodičům, tak dětem ($d = -0,298$; 95% CI $[-0,524, -0,072]$, $N = 13$, $p = 0,010$; Q -hodnota = 32,467, $df(Q) = 12$; $p = 0,001$; a $I^2 = 63,039$) než když byly nabízeny pouze rodičům ($d = -0,325$; 95% CI $[-0,671, -0,021]$, $N = 3$, $p = 0,066$; Q -hodnota = 1,114 $df(Q) = 2$; $p = 0,573$; a $I^2 = 0$). Rodičovský stres se zlepšil u intervencí zaměřených na rodiče ($d = -0,699$; 95% CI $[-1,157, -0,241]$, $N = 5$, $p = 0,003$; Q -hodnota = 14,22; $df(Q) = 4$; $p = 0,007$; a $I^2 = 71,87$) a u intervencí zaměřených na rodiče a děti společně ($d = -0,560$; 95% CI $[-0,790, -0,330]$, $N = 11$, $p < 0,001$; Q -hodnota = 19,50 $df(Q) = 10$; $p = 0,034$ a $I^2 = 48,73$). Nakonec byly zjištěny přínosy pro pozitivní rodičovství u terapií zaměřených výhradně na rodiče ($d = 0,832$; 95% CI $[0,381, 1,284]$, $N = 5$, $p < 0,001$; Q -hodnota = 9,60 $df(Q) = 4$; $p = 0,048$ a $I^2 = 58,34$) a ne u intervencí zahrnujících jak rodiče, tak děti ($d = 0,274$; 95% CI $[-0,295, 0,788]$, $N = 6$, $p = 0,372$; Q -hodnota = 35,19 $df(Q) = 5$; $p < 0,001$ a $I^2 = 85,79$).

Tato metaanalýza hodnotila nejen dopad KBT na externalizační poruchy chování, snižování symptomů ODD a symptomů ADHD, ale také vliv KBT terapie na rodičovský stres, rodičovské dovednosti, sociální kompetence, pozornost, agresivní chování, internalizující příznaky a depresivní příznaky u matek. K identifikaci relevantních studií byly použity elektronické databáze PUBMED, MEDLINE, PsycINFO a PsycArticles. Studie byly vyhledávány za období leden 1980 až prosinec 2012. Zařazeno bylo pouze 21 randomizovaných kontrolních studií (RCT) na základě těchto kritérií: (1) *účastníci* byli mladší 18 let, s externalizujícími symptomy poruch chování, ODD, ADHD, CD (2) *intervenční přístupy* – kognitivní, behaviorální nebo kognitivně – behaviorální terapie, (3) výsledná opatření byla hodnocena před a po léčbě.

Po KBT bylo zjištěno velké snížení symptomů ODD a rodiče uváděli větší změny než učitelé. Mírné snížení opozičních a definitivních příznaků bylo zjištěno také u dětí postižených ADHD. Následný vliv KBT byl v malé míře vykazován na agresivní chování, přičemž otcové uváděli vyšší míru změny než matky. Významnější snížení agresivních projevů bylo pozorováno u dětí s diagnózou ADHD, což může být dáno lepší prognózou této poruchy ve srovnání s ODD a CD. Prokazatelnost účinnosti KBT v agresivním chování byla pouze při účasti rodičů a dětí společně, což lze vysvětlit klíčovou rolí rodičovských strategií ve vývoji a udržování externalizačních potíží.

S KBT je také spojeno mírné zlepšení v používání pozitivních výchovných strategiích. V tomto případě byl zjištěn velký účinek, pokud intervence byla poskytována pouze rodičům. Cílem školení rodičů je naučit je alternativním způsobům, jak identifikovat a pochopit problémové chování svých dětí. Rodiče jsou povzbuzováni k používání pozitivních rodičovských postupů a hraní rolí a zpětná vazba je využívána k učení zvládnání stresu a budování rodinné soudržnosti a komunikace.

Výsledky naznačují, že KBT je spojena s mírným snížením externalizačních symptomů, ADHD a symptomů ODD a s problémy s nedostatečnou pozorností. KBT je také spojena se zlepšenou sociální kompetencí a snížením rodičovského stresu. Rozsah účinků na rodičovský stres a psychopatologii a na výchovné praktiky potvrzuje klíčovou roli rodičovských stylů ve vyvolávání externalizačních problémů.

Celkově tato metaanalýza naznačuje, že KBT je účinná při cílení na externalizační poruchy. Výsledky této metaanalýzy podporují hypotézu, že multimodální terapie zahrnující děti, rodiče a pečovatele (například učitele) jsou zvláště prospěšné pro snížení externalizačních symptomů. Nicméně silou této studie je, že se zaměřuje nejen na externalizační symptomy, ale také na rodičovský stres a psychopatologii. To představuje inovativní přístup k analýze klíčové role

deprese u matek a dysfunkčních rodičovských strategií ve zvýšené zranitelnosti a udržování poruch chování.

Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. (De Arellano et al., 2014)	
Desing studie:	Přehledová studie
Účastníci:	Děti a adolescenti ve věku do 18 let s problémových chováním (agrese a nevhodné sexuálního chování, sebevražedné a násilné chování, psychózou nebo užíváním návykových látek), depresivními příznaky a postraumatickou sociální poruchou (PTSD), (jako je prožívání fyzického nebo emocionálního zneužívání nebo zanedbávání a svědky komunitního nebo domácího násilí, traumatické ztráty, války nebo přírodních katastrof)
Intervence:	Kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na trauma (TF-CBT)
Výsledky:	
<p>Výsledky naznačují vysokou úroveň důkazů pro TF-CBT u mnoha typů traumat a některých symptomů. Primární výsledky snížení symptomů PTSD a sekundární výsledky zlepšení symptomů deprese, obecných a sexuálních problémů chování. Důkazy jsou také omezené pro vysoce zranitelné skupiny obyvatel (děti s vysokým rizikem sebevražedného nebo násilného chování, osoby s vývojovým postižením, psychózou nebo užíváním návykových látek). Celkově lze říci, že TF-CBT je účinnou terapeutickou metodou pro léčbu symptomů spojených s traumatickými událostmi, ale je důležité nadále provádět výzkum a zlepšovat postupy, aby se dosáhlo co nejlepších výsledků.</p>	

Studie č. 3

Relevantní studie pro přehledovou studii byly získány z databází PubMed, PsycINFO, Applied Social Sciences Index and Abstracts, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, PILOTS, ERIC a CINAHL. Zařazeno bylo celkem 19 studií, které se zabývaly působením kognitivně-behaviorální terapie zaměřené na trauma. Účastníci studie představovali děti a adolescenti ve věkovém rozmezí do 18 let. Intervenční přístupy byly zaměřeny na dva klíčové aspekty vývoje: roli pečovatele a rozvíjející se schopnost emocionální regulace a zvládnání stresu u dětí s využitím kognitivně-behaviorálních principů. Výsledkem této analýzy bylo zhodnocení účinnosti KBT, která se zaměřuje na porozumění traumatické události dětem a jejich

pečovatelům a následné vytvoření strategií pro snížení stresu spojeného s emocemi a myšlenkami vyvolanými touto událostí. Cílem je poskytnout dětem a mladistvým strukturované prostředí, kde mohou s podporou svých pečovatelů zpracovávat traumatické události a naučit se řešit situace, které mohou vést k traumatickým reakcím. Následně je cílem podpořit dítě nebo mladistvého v rozvoji a udržení pocitu bezpečí a vývoji adaptivních sociálních dovedností.

Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) má střední až vysokou účinnost podle dostupných důkazů. V porovnání s kontrolními podmínkami TF-CBT přináší smíšené, ale převážně pozitivní výsledky v několika klíčových oblastech:

1. *Symptomy posttraumatické stresové poruchy (PTSD)*: TF-CBT prokazuje robustní snižování symptomů PTSD v porovnání s kontrolními skupinami a dalšími typy kognitivně-behaviorálních intervencí, což bylo hlavním cílem této terapie.
2. *Symptomy deprese*: Většina studií zaznamenala snížení symptomů deprese u pacientů podstupujících TF-CBT ve srovnání s kontrolními skupinami, i když v některých případech se pozorovaly významné změny pouze ve skupině, která byla ošetřována TF-CBT.
3. *Behaviorální problémy a sexuální behaviorální problémy*: TF-CBT přispívá k redukci obecných a sexuálních behaviorálních problémů v průběhu času, ačkoli nedosahuje konzistentně větších redukcí než kontrolní skupiny.
4. *Rodinné praktiky pro nevinného rodiče*: Studie ukázaly, že TF-CBT zlepšuje efektivní rodičovské praktiky a emocionální reakce nevinného rodiče na zneužívání dítěte, a to ve srovnání s kontrolní skupinou.

Celkově lze konstatovat, že TF-CBT je účinnou terapeutickou metodou pro léčbu symptomů spojených s traumatickými událostmi, ale je důležité nadále provádět výzkum a zlepšovat postupy, aby se dosáhlo co nejlepších výsledků.

Behavior Problems and Group-Based Parent Education Program (De Arellano et al., 2014)	
Desing studie:	Přehledová studie
Účastníci:	Děti ve věku 3-10 let s poruchou chování s projevy externalizačních poruch (vzteky, agresivita, neposlušnost)
Intervence:	Behaviorální a humanistické programy (vzdělávání rodičů)
Výsledky:	
Analýza 16 studií odhalila výraznou rozmanitost v intervencích, zkoumaných skupinách a použitých metodách měření výsledků. Přesto naznačují, že strukturované programy rodičovského vzdělávání mohou být účinné při podpoře pozitivních změn jak v rodičovském vnímání, tak v objektivních měřeních chování dětí, a že tyto změny se udržují v čase. Vzhledem k omezenému množství kontrolovaných studií a rozmanitosti v jejich metodologii je třeba před širokým zobecněním těchto zjištění vyjadřovat opatrnost.	

Studie č. 4

Tato studie se zaměřuje na problémové chování u dětí, protože se ukazuje, že tyto problémy mají dlouhodobé následky. Jelikož je stabilita problémového chování pozorovatelná nejen u jednotlivců, ale i v rámci rodin a přes více generací, je zjevné, že tyto problémy vyžadují pozornost. Je navrženo, že intervence v rané fázi vývoje problému je klíčová, neboť problémy s chováním v dětství předpovídají řadu nepříznivých výsledků v dospělosti, včetně kriminálního chování, závislostí, špatných pracovních a manželských výsledků a psychiatrických poruch. Pro navrhovanou studii bylo stanoveno několik podmínek začlenění: zahrnutí randomizace účastníků do experimentální a kontrolní skupiny, přičemž kontrolní skupina mohla být bez léčby, na čekací listině nebo léčena placebem; věkový rozsah účastníků od 3 do 10 let s diagnostikovanými behaviorálními problémy, zahrnující minimálně jeden externí problém chování; v rámci intervencí musela studie zahrnovat alespoň jeden skupinový program rodičovského vzdělávání založeného na různých teoriích, včetně možnosti kombinovat behaviorální rodičovské vzdělávání s dovednostmi v řešení problémů. Jednalo se o tyto intervenční programy: Behavioral Parent Education (Výchova rodičů s důrazem na chování), Studies of Behavioral and Humanistic Programs Combined (kombinace programů behaviorálních a humanistických), Behavioral Approaches Combined with Other Techniques (Behaviorální přístupy kombinované s jinými technikami), Behavioral Versus

Humanistic/Communications Parent Education (Behaviorální versus humanistická/komunikační výchova rodičů), Humanistic Programs (Humanistické programy). Pro kontrolu výsledků muselo být použit minimálně jeden standardizovaný měřicí nástroj pro hodnocení chování dítěte, buď prostřednictvím rodičovského hlášení nebo nezávislého pozorování.

V rámci aplikovaných intervencí byly prezentovány následující výsledky:

1. *Zprávy rodičů o chování dětí:* Velikosti efektů pro rodičovské hlášení o chování dítěte ve skupinách rodičovského vzdělávání ve skupině se pohybují od 0,6 do 2,9, což naznačuje, že všechny programy byly účinné při produkování pozitivních změn v rodičovském vnímání chování dětí. Devět studií podobně ukázalo, že programy rodičovského vzdělávání produkují pozitivní změny v chování dětí. Jedna studie ukázala zlepšení ve skupinách intervencí ve srovnání s kontrolní skupinou, ale žádný rozdíl mezi skupinovým školením, návštěvami domácností či telefonickou podporou. Čtyři studie porovnávaly skupinové programy s programy, které byly poskytovány rodičům individuálně nebo pomocí videoprogramů. Ve všech čtyřech případech skupinové programy přinesly lepší výsledky než individuální nebo videoprogramy.
2. *Samostatné pozorování chování dětí:* u studií, které zahrnovali nezávislé pozorování chování dětí, byly zprávy od rodičů a učitelů. Velikost efektu se však podařilo spočítat pouze pro tři studie. Dvě studie potvrdily zjištěné závěry z rodičovského hlášení, přestože zaznamenaná zlepšení byla celkově mírně nižší než ta, která uvedli rodiče. V jedné studii byla velikost efektu v rozmezí 0,2 do 0,4, což nepotvrdilo rodičovské hlášení. V následujících studiích se výsledky nezávislého pozorování lišily v závislosti na typu zvolené rodičovské intervence. Pro individuální terapii byla hodnota 0,5 a pro skupinovou terapii s videem 0,9. V druhé studii byl individuální videozáznam s efektem 0,35, skupinová diskuse 0,29 a skupinovou diskusí s monitorováním 0,68. Ze studií, pro které nebyly spočítány velikosti efektů, všechny kromě jedné prokázaly významné zlepšení chování dětí pomocí nezávislých pozorování. Jen dvě studie zahrnovaly zprávy učitelů jako měřítko toho, zda jsou změny v chování dětí obecně platné jak doma, tak ve škole. Jedna z těchto studií ukázala významné snížení problémových chování ve skupinách intervence ve srovnání s kontrolní skupinou, přestože nebyly zaznamenány významné rozdíly mezi třemi intervenčními skupinami, tj. individuálním monitorováním videa, skupinovou diskusí s modelováním videa a pouze skupinovou diskusí. Druhá studie však ukázala, že učitelé nepotvrdili zlepšení v chování dětí, o kterém informovali rodiče.

Tento náález naznačil, že změny v chování dětí nejsou nutně obecně platné v různých prostředích.

Neméně důležitá je skutečnost, že dlouhodobé sledování programů rodičovského vzdělávání poskytlo důkaz o tom, že změny v chování dětí přetrvávaly v čase od 6 měsíců do 3 let. Většina studií použila pouze rodičovské hlášení k posouzení dlouhodobé účinnosti. Výsledky naznačují, že většina programů má trvalé pozitivní účinky na chování dětí. Nicméně jeden výzkum potvrdil, že až jedna třetina rodin nadále zažívala problémy s chováním dětí, přičemž tyto rodiny byly charakterizovány různými sociálními faktory, jako je status samostatného rodiče, zvýšená depresivita matky, nižší sociální status a rodinná historie alkoholismu a závislosti na drogách. Nutno však zmínit, že žádná ze studií neposkytla informace o vztahu mezi počáteční závažností problémů, délkou programu a udržováním efektů v čase.

Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview (Lehtimaki et al., 2021)	
Design studie:	Systematické review
Účastníci:	Dospívající a mladí lidé ve věku 10-24 let s diagnostikovanými nebo samostatně hlášenými stavy duševního zdraví, včetně afektivních, behaviorálních a traumatických stavů
Intervence:	Digitální intervece (informace, podpora a terapie poskytovaná prostřednictvím elektronického média, KBT, počítačová KBT (cCBT) – počítačová implementace KBT.
Výsledky:	
<p>Ze systematického review vyplynulo, že :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Počítačová kognitivně-behaviorální terapie je účinná při sňžování příznaků úzkosti a deprese, stejně jako standardní KBT; - Ostatní digitální intervece - existují omezené důkazy o účinnosti, výjimkou jsou programy zaměřené na modifikaci zaujatosti pozornosti pro úzkost a deprese; - Ostatí intervece (ne cCBT) – omezené důkazy o účinnosti, některé naznačují menší účinnost než cCBT; - Intervence zaměřené na mladé lidi ohrožené úzkostí a depresí – větší účinnost cCBT než v obecné populaci mladých lidí 	

Studie č. 5

Systematické review obsahuje studie získané z databází MELINE, PubMed, PsycINFO a Cochrane. Inkluzivní podmínky pro zařazení do tohoto review byly: dospívající a mladí lidé ve věku 10–24 let s duševním onemocněním, včetně úzkostných, afektivních a behaviorálních stavů, intervenční přístupy – digitální intervence poskytovaná pomocí digitální platformy (např. web, počítač nebo mobilní telefon) a kognitivně-behaviorální intervence implementovaná pomocí počítačových technologií, komparace měla představovat aktivní (tj. standardní nedigitální péče a alternativní materiály).

Zařazeno bylo celkem 18 studií, které se mimo jiné obsahově dotýkali také klinických výsledků o úzkosti, depresi, úzkosti a depresi společně se stresem. Kromě toho byly klinickými výsledky zkoumanými v přehledech poruchy příjmu potravy, psychóza, ADHD, poruchy autistického spektra, problémy se spánkem, prevence sebevraždy, ODD, fungování rolí, různé fobie a posttraumatická stresová porucha.

Zjištěné výsledky intervencí pro ADHD, poruchy autistického spektra, poruchy příjmu potravy, psychózy a posttraumatický stres byly hlášeny ve 3 systematických přehledech a jedné metaanalýze. Byla prokázána nekonzistentnost výsledků o účinnosti digitálních intervencí u ADHD, autismu, psychózy nebo poruch příjmu potravy, omezené malým počtem studií a vysokým stupněm variability v závislosti na léčbách založených na důkazech. Prokázána byla účinnost intervencí ve virtuální realitě nebo videa na fobie. Kromě toho byli zjištěny mírné účinky na symptomy poruch příjmu potravy a fungování rolí ve srovnání s aktivními a neaktivními kontrolami (převážně kontrola na čekací listině), ale žádný vliv na celkovou pohodu ve srovnání s placebo intervencí.

Účinnost počítačové kognitivně-behaviorální terapie byla prezentována následovně:

- podle 4 přehledů neexistuje významný rozdíl v účinnosti mezi cCBT poskytovanou prostřednictvím digitální platformy a standardní tvář v tvář probíhající KBT. Nicméně existují některé důkazy o přínosech ve srovnání s kontrolní skupinou bez zásahu;
- při dalším zkoumání nebyl zjištěn statistický rozdíl mezi internetovou KBT a osobními individuálními probíhajícími intervencemi, což naznačuje, že digitální formát může zachovat účinnost. Avšak ve srovnání s neaktivními kontrolami byla cCBT účinná při snižování příznaků úzkosti, ale ne při snižování deprese, tak jako byla účinnost cCBT stejná ve srovnání se standardní KBT

Z průzkumu 18 přehledů a metaanalýz účinnosti digitálních intervencí v oblasti duševního zdraví pro dospívající a mladé lidi vyplývá, že počítačová kognitivní behaviorální terapie (cCBT) je účinná při léčbě úzkosti a deprese. Nicméně účinnost ostatních digitálních intervencí,

jako jsou terapeutické videohry, mobilní aplikace nebo sociální sítě, zůstává nejistá. Zjištěné účinky se liší podle typu příznaků, s důkazy o účinnosti zejména při úzkosti a depresi. Bylo také zaznamenáno, že účinky se mohou lišit v závislosti na věku účastníků, přičemž starší účastníci mají tendenci mít větší prospěch než mladší dospívající. Tento závěr poukazuje na důležitost dalšího výzkumu v této oblasti a zdůrazňuje potřebu cílených intervencí přizpůsobených individuálním potřebám a charakteristikám populace.

4.2.2 Neúspěšné intervence: nepotvrzené pozitivní efekty

Comparing school and home-based interventions to school-based treatment for disruptive behavior disorders: A Meta-Analysis (Monroe, 2015)	
Design studie:	Meta-analýza
Účastníci:	Děti ve věku 0-18 let (preschool -12 th grade) -
Intervence:	Školní a rodinné intervence
Výsledky:	
Tento soubor výzkumů o účinnosti intervencí proti rušivému chování přináší důležité závěry. Zjištění naznačují, že školní a domácí intervence přinesly jen minimální, nepatrné změny, ačkoli byly implementovány. Celkově se ukazuje, že školní programy nedosáhly očekávaných výsledků. Nicméně, tato data neodhalují přesně, jak jednotlivé programy škol a domácností fungují. V léčebné fázi studií, která trvala od jednoho týdne až po více než jeden školní rok, se ukázalo, že úroveň rušivého chování u dospívajících v kontrolních skupinách zůstávala relativně stabilní, i přes použití léčebných programů, které kombinovaly školní a domácí vzdělávání. Tyto výsledky byly pozorovány napříč různými úrovněmi rizika a věkovými skupinami.	

Studie č. 6

Relevantní studie pro tuto metaanalýzu byly získány z databází PsycINFO, PsycARTICLES, PsycBOOKS, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Psychology: A Sage Full-text Collection a Educational Resources Information Center (ERIC). Zařazeno bylo celkem 29 studií, které zahrnovaly 16 647 účastníků, kteří byli zařazeni na základě těchto kritérií: (1) *účastníci* jsou děti do 18 let s projevy poruchy chování a emocí (agresivní chování v širokém pojetí včetně výtržností, šikany, trestných činů, ODD, hyperaktivity a impulzivity atd.), (2) *intervenční strategie* byla pro tuto metaanalýzu definována jako jakákoliv intervence

s účinky na projevy poruch chování a emocí (3) *Srovnáním* byla účinnost intervence před a po působení různých intervencí jak v rodinném a školním prostředí a pouze ve školním prostředí.

I když celkové účinky intervencí nepřinesly výrazné změny, několik dílčích studií přineslo nějaký pozitivní vliv. Největší efektivitu prokázaly behaviorální přístupy a poradenství, přičemž účinky akademických programů a oddělených škol/tříd byly na podobné úrovni, avšak s omezeným počtem studií. Těsně za nimi následovaly programy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností s a bez kognitivně-behaviorálních prvků. Nejméně účinné byly multimodální programy a programy vrstevnické mediace. Ačkoliv průměrné účinky intervencí byly přizpůsobeny rozdílům v obecných charakteristikách programů, rozdíly mezi intervenčními strategiemi se mírně snížily.

Role of docosahexaenoic acid in maternal and child mental health. (Ramakrishnan, 2009)	
Desing studie:	Přehledová studie
Účastníci:	Děti, adolencenti (bez specifikace věku) s poruchou chování, ADHD a matky s poporodní depresí
Intervence:	Omega 3 mastné kyseliny (zejména kyselina dokosahexaenová - DHA)
Výsledky:	
I když tato studie nabídla přesvědčivé důkazy o důležité roli DHA v duševním zdraví těhotných žen a dětí a výsledky intervencí naznačili spojitost mezi hladinou DHA a duševním zdravím, absence kontrolních skupin s placebem komplikuje přesné určení účinků intervence. I přes provedení studie se nepodařilo prokázat účinnost intervence, což znamená, že tato studie není průkazná.	

Studie č. 7

Pro report této přehledové studie byla prohledána databáze MEDLINE od roku 1966 do června 2008. Inkluzivní kritéria pro zařazení studií byly pouze studie vyhledávané na základě výrazů: omega-3 mastné kyseliny, DHA, rybí tuk, dítě, mateřství, poporodní, perinatální, deprese, nálada, chování a ADHD. Výsledky prezentované v tomto přehledu byly zaměřeny na spojitosti mezi příjmem omega-3 mastných kyselin a depresí projevující se u žen a dětí s problémy v oblasti duševního zdraví a chováním.

Několik studií zkoumalo vztah mezi omega-3 mastnými kyselinami a různými aspekty duševního zdraví, včetně behaviorálních problémů u dětí, depresivní nálady a klinické deprese. Ačkoli se vědecká komunita zaměřuje především na ADHD, existují důkazy naznačující, že podobné procesy mohou hrát roli i v jiných behaviorálních poruchách a depresi. Důležitost omega-3 mastných kyselin, zejména DHA, pro správnou funkci mozku a nervového systému je dobře zdokumentována. Dochází k úvahám, že nedostatek DHA může být spojen s různými poruchami, včetně ADHD, kvůli jeho vlivu na neurotransmise a metabolické procesy v mozku. Tyto poznatky otevírají cestu k možnému využití DHA jako doplňkové terapie u různých poruch duševního zdraví. Průřezové studie naznačily, že vyšší hladina omega-3 mastných kyselin je spojena s nižšími frekvencemi behaviorálních problémů u chlapců, zatímco nižší hladiny jsou spojeny s vyššími riziky. Například zjištění ukázala, že vyšší hladiny DHA v krvi jsou spojeny s nižšími úrovněmi hyperaktivity, poruch chování a úzkosti. Rovněž se zjistilo, že děti s ADHD mají nižší hladiny DHA v krvi než zdravé děti, což je spojeno s vyšším skóre na behaviorálních škálách. Získané důkazy naznačují, že DHA může hrát klíčovou roli v prevenci behaviorálních problémů u dětí.

Určité studie naznačují, že suplementace mastnými kyselinami, může přinést určité výhody pro děti trpící ADHD. Například, jedna studie zjistila, že děti s učebními obtížemi, jako je dyslexie, měly po 12 týdnech užívání mastných kyselin méně příznaků ADHD. Další výzkum ukázal, že suplementace rybím olejem zlepšila dovednosti v gramotnosti a chování u dětí s poruchami koordinace. Existují i studie, které zaznamenaly zlepšení chování u dětí, které užívaly koncentráty mastných kyselin, ale kvůli absenci kontrolní skupiny je těžké jednoznačně posoudit vliv suplementace. Nicméně, další výzkum naznačuje, že vysoké dávky omega-3 mastných kyselin mohou snížit hyperaktivitu a zlepšit pozornost u dětí.

Provedená analýza vlivu konzumace omega-3 mastných kyselin dále poukázala na skutečnost, že konzumace mořských plodů s obsahem DHA v době, kdy matka kojí, je spojena s nižší prevalencí poporodní deprese u žen. Protikladem je však nízký stav DHA v průběhu těhotenství, což riziko poporodní deprese zvyšuje. Tento jev však byl vyvrácen studií z Japonska, kde je konzumace mořských plodů vyšší, ale vztah mezi příjmem omega-3 mastných kyselin a rizikem poporodní deprese u těhotných žen prokázán nebyl. Nicméně, více informací a jasnější závěry lze očekávat až po provedení dobře navržených a kontrolovaných studií.

Greenspace exposure and children behavior: A systematic review. (Sakhvidi et al., 2022)	
Desing studie:	Systematické review
Účastníci:	Děti ve věku 18 let s projevy poruch chování a emocí, s příznaky ADHD, prosociálním chováním, emocionálními problémy a poruchami chování s podmínkami
Intervence:	Dlouhodobé působení zeleně
Výsledky:	
Výstupy poukazují na prospěšnou asociaci mezi výstavbami zelených ploch a několika behaviorálními výsledky u dětí. Důkazy jsou však omezené a neprůkazné pro některé poruchy chování. Zjištění zdůrazňují důležitost změny školního a životního prostředí tak, aby došlo k navýšení zelených ploch a aby se zezeň považovala za jeden z cílových prvků městského environmentálního plánování.	

Studie č. 8

Do systematického review bylo po přezkoumání zařazeno 29 relevantních studií, z nichž 17 bylo průřezových, 11 kohortních a jedna případová studie, které zahrnovaly 1 234 721 účastníků. Účastníky studií byly děti ve věku do 18 let s alespoň jedním z behaviorálních výstupů. Intervenční strategie byla pro toto review definována jako působení expozice zelených ploch. Srovnáním byla účinnost mezi expozicemi zelených ploch a globálním nárůstem výskytu duševních problémů a problémů s chováním. Vliv zelených ploch byl rozdělena na různé poruchy chování a emocí následovně:

Komplexní behaviorální obtíže: Šestnáct studií zkoumalo, jak vystavení dětí zeleným prostorům ovlivňuje jejich celkové chování. Tyto studie pocházely z různých regionů světa, včetně Evropy, Severní Ameriky, Oceánie a Asie, a většina z nich měla křížový design. I když velká část z nich naznačila, že kontakt s přírodou může chránit před výskytem chování s negativními důsledky, ne všechny studie potvrdily tuto souvislost.

Příznaky a závažnost ADHD: Tři studie ukázaly, že expozice zelenému prostředí je spojena s nižším rizikem diagnózy ADHD. V jedné studii nebyly zjištěny žádné spojitosti, a v ostatních studiích se výsledky lišily podle způsobu, jakým byla expozice definována, ale většinou naznačovaly ochranný účinek této expozice.

Problémy s chováním: Zjištění těchto studií naznačují, že expozice zelenému prostředí může hrát ochrannou roli v souvislosti s chováním. Většina zkoumaných asociací naznačuje pozitivní vliv zeleného prostředí na chování, zejména co se týče redukce problémového chování a podporování prosociálního chování. Nicméně, některé studie také naznačují, že existují variace v účincích závislé na typu expozice a definici chování. Je důležité vzít v úvahu kvalitu a různorodost metod použitých v těchto studiích při posuzování vlivu zeleného prostředí na chování.

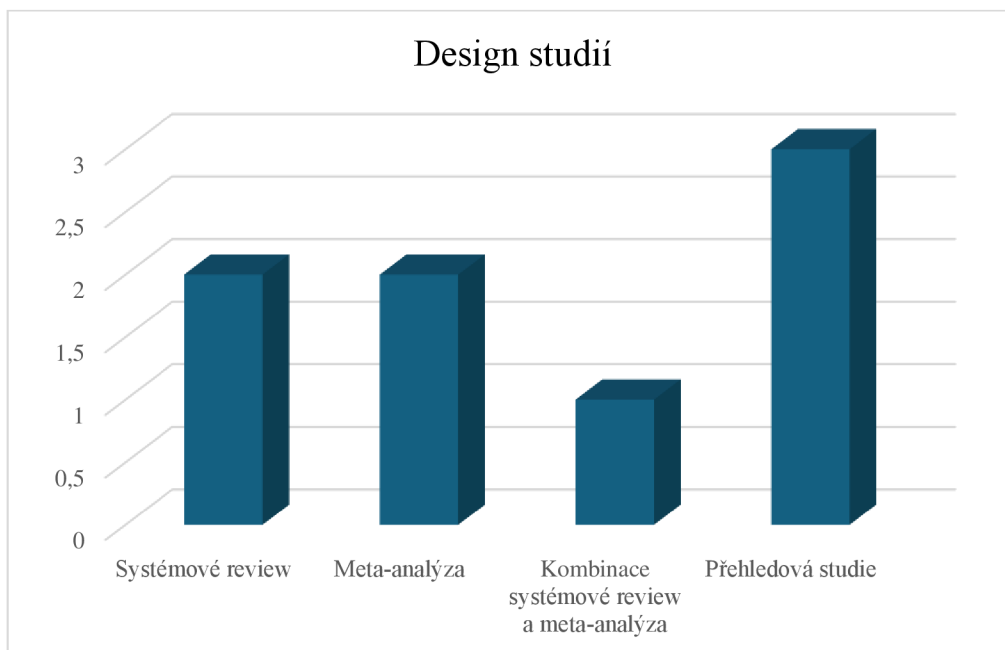
Prosociální chování: Bylo provedeno 10 studií, které zkoumaly vztah mezi expozicí zeleného prostředím a prosociálním chováním. K hodnocení prosociálního chování byl použit dotazník. Šest studií mělo přesný průřez, zatímco čtyři byly longitudinální. Výsledky naznačují, že většina asociací podporuje pozitivní vliv expozice zelenému prostředí na prosociální chování. Nicméně, v jedné studii bylo zaznamenáno několik asociací, které vliv zeleného prostředí na prosociální chování negovaly.

Emocionální chování: Z osmi studií, které se zabývaly vztahem mezi expozicí zeleného prostředí a emočními problémy, pět bylo průřezových a tři longitudinální. Většina z nich naznačovala, že expozice zelenému prostředí má ochranný vliv na emoční problémy, ale některé studie také ukázaly na možné negativní vlivy zeleného prostředí na chování dětí.

Z většiny použitých studií vyplynulo, že použití objektivnějších měření a různých metod hodnocení behaviorálních problémů by mohlo zlepšit spolehlivost a validitu výsledků, neboť výsledky této studie nelze považovat za úplně prokazatelné.

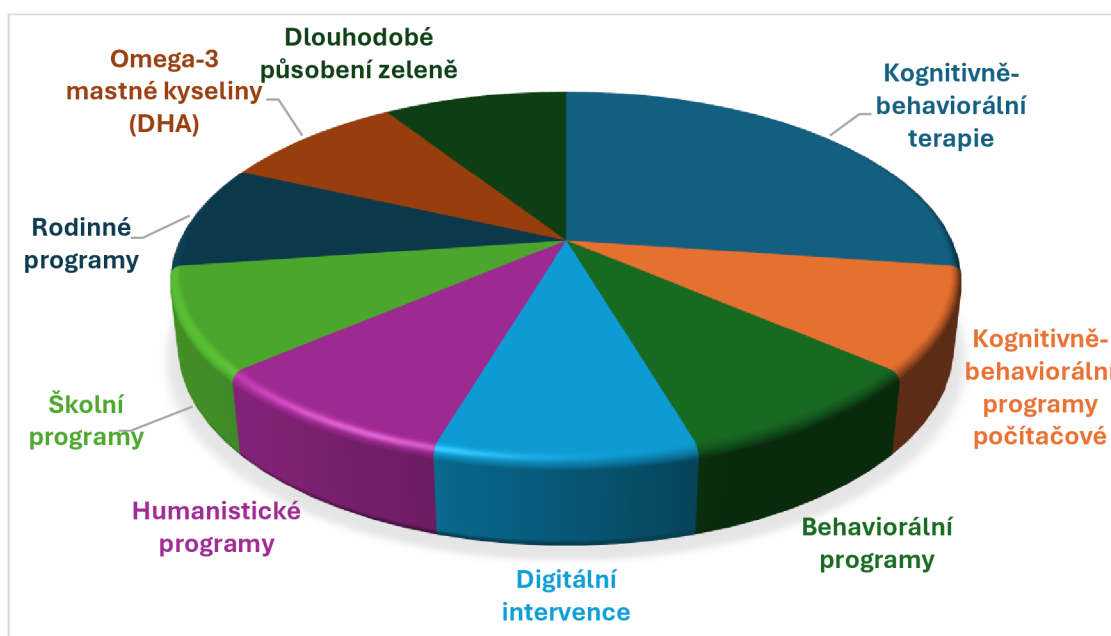
4.2.3 Shrnutí výsledků

V literárním review bylo zahrnuto celkem 8 relevantních studií, z nichž 2 byly systémová review, 2 meta-analýzy, 1 byla kombinací systémového review a meta-analýzy a zbývající 3 byly přehledové studie. Tyto studie se zabývaly různými aspekty dané problematiky a poskytly důležité poznatky a analýzy související s tématem zkoumaným v literárním přehledu. Systémová review a meta-analýzy poskytly syntetický přehled dostupných důkazů, zatímco přehledové studie přispěly k rozšíření porozumění problematice prostřednictvím podrobného přehledu literatury. Tyto různé typy studií společně poskytly komplexní pohled na zkoumané téma, což umožnilo provést analýzu a vyvození závěrů.



Graf 1: Design studií

Ve shrnutí výsledků lze konstatovat, že různé typy intervencí byly zkoumány v kontextu jejich účinnosti. Mezi intervencemi, které prokázaly pozitivní vliv, patřily kognitivně behaviorální, behaviorální a humanistické programy, stejně jako kognitivně-behaviorální počítačové a digitální intervence. Na druhé straně u některých intervencí nebyla zaznamenána výrazná působnost, což zahrnuje školní a rodinné programy, příjem Omega-3 mastných kyselin (DHA) a dlouhodobé expozici zeleně.



Graf 2: Typy intervencí

I přes omezený počet studií v našem přehledu jsme identifikovali odpovědi na výzkumné otázky:

1. *Jaké intervence jsou používány v rodinách, kde se vyskytují poruchy chování a emoci u dětí?*
2. *Jaký je účinek intervencí v rodině na chování a emoční stav dětí s poruchami chování a emoci?*

Všechny vybrané studie poskytovaly důležité informace související s našimi výzkumnými otázkami. První otázka týkající se používaných intervencí v rodinách postižených poruchami chování a emoci u dětí byla podrobně analyzována ve všech studiích. Tyto informace nám umožnily získat přehled o tom, jaké typy intervencí jsou v těchto rodinách využívány a jaké jsou jejich hlavní charakteristiky.

Zjistili jsme, že kognitivně behaviorální terapie přinesly nejlepší výsledky v léčbě poruch chování a emoci u dětí. Tato terapeutická metoda se ukázala jako účinná při zmírnění symptomů a zlepšení emocionálního stavu. Nezaostala ani KBT počítačová, která dosahovala srovnatelných účinků s tradiční prezenční formou KBT, což naznačuje možnost využití digitálních technologií v terapeutickém prostředí. Dále jsme zaznamenali pozitivní vliv behaviorálních a humanistických programů zaměřených na tyto poruchy, což poukazuje na rozmanitost terapeutických přístupů a jejich schopnost přinést úlevu klientům trpícím těmito problémy.

Na druhou stranu se ukázalo, že účinnost školních a rodinných programů, potravinových doplňků obsahujících omega-3 mastné kyseliny a dlouhodobého působení zeleně nebyla tak výrazná. Tyto intervence neprokázaly stejně přesvědčivé výsledky jako KBT a další behaviorální terapie.

Druhá otázka ohledně účinků těchto intervencí na chování a emoční stav dětí s poruchami chování a emoci byla také podrobně prozkoumána ve všech studiích. Analýza těchto účinků nám poskytla důležité poznatky o tom, jak efektivní jsou tyto intervence a jak mohou ovlivnit chování a emoční pohodu dětí v těchto rodinách. Celkově lze konstatovat, že všechny vybrané studie poskytly podrobné odpovědi na naše výzkumné otázky.

5 Diskuze

Prvotní fáze se neobešla bez spolupráce celého týmu, který se na této fázi podílel. Bez jejich cenné pomoci a spolupráce by nebylo dosaženo finálního zpracování tohoto literárního review. Zvláštní podíl a neocenitelnou pomoc při selekci a hodnocení dostupných dat má bezesporu Mgr. Bronislava Eichlerová. Její práce a úsilí bylo klíčové pro úspěch tohoto projektu. Oceňuji nasazení, profesionální přístup a pozornost celého týmu.

Důležitou součástí této fáze bylo prohledání databáze Epistemonikos s cílem identifikovat relevantní studie týkající se intervencí v oblasti poruch chování a emocí v kontextu rodiny. Na základě pečlivého hodnocení byl vybrán konečný počet studií a následně byla provedena selekce dat na základě inkluzivních a exkluzivních kritérií. Tým měl pravidelná setkání, během kterých byly diskutovány dosavadní výsledky a plánován následný postup. Toto literární review tedy pouze shrnuje a prezentuje dosavadní poznatky a informace získané během této fáze výzkumu.

Výsledky poukazují na skutečnost, že z původního výběru 1302 dvou studií vyhovovalo inkluzivním kritériím pouze 8 studií. V těchto studiích byly zahrnuty intervenční přístupy v rodině, které zahrnovali kognitivně-behaviorální terapie (3), kognitivně-behaviorální terapie počítačové (1), digitální intervence (1), behaviorální terapie (1), humanistické programy (1), příjem omega-3 kyselin (DHA) (1), školní programy (1), rodinné programy (1), dlouhodobé působení zeleně (1).

V naší práci jsme se zabývali otázkou existence intervencí, které mají schopnost ovlivnit projevy poruch chování a emocí, a to zejména v kontextu rodinného prostředí. Ze všech osmi studií, které jsme zkoumali, jsme získali informace k těmto otázkám z každé z nich. Na základě těchto studií jsme identifikovali, že existuje řada terapeutických přístupů, které mohou pozitivně ovlivnit projevy poruch chování a emocí. Mezi nejvýznamnější patří kognitivně-behaviorální terapie, které se ukázaly jako účinné při zvládnání těchto obtíží v rodinném prostředí. Jejich použití v rámci rodinné terapie může přinést důležité výhody pro jedince i jejich rodiny. Limitace intervencí, které neprokázaly validní výsledky, byla identifikována možná chybovost ve výběru studií, což mohlo výsledky ovlivnit. V jednotlivých studiích se objevovaly metodologické chyby, jako je nedostatečná syntéza dat nebo nedostatečné vyjádření kvality evidence. I s ohledem na nízký počet zařazených studií je třeba interpretovat výsledky těchto studií s určitou rezervou. Tento přehled je pouze předběžným krokem k systematickému přezkumu literatury a zatím jen shrnuje dostupné informace. Dalším omezením této práce je absence kritického hodnocení více hodnotitelů, což brání vytvoření

konkrétních doporučení pro praxi. Nicméně z práce vyplývá, že existuje široká škála intervencí zaměřených na léčbu symptomů poruch chování a emocí.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce byla zaměřena na problematiku poruch chování a emocí a účinnosti intervencí v rodinném kontextu. Na základě analýzy literatury jsme identifikovali klíčové pojmy, faktory a přístupy spojené s těmito poruchami a s intervencemi v rodině. Naše práce potvrdila význam rodinného prostředí a intervencí zaměřených na rodinu při léčbě poruch chování a emocí u dětí a adolescentů.

Teoretická část práce se skládala ze tří kapitol, které detailněji prozkoumaly problematiku poruch chování a emocí, včetně jejich definic, klasifikací a diagnostických kritérií. Dále se věnovala vlivu rodinného prostředí a různým přístupům k rodinné terapii. Praktická část, zaměřená na literární review, definovala výzkumné otázky a popsala metodiku výzkumu. První fáze zahrnovala vyhledávání databáze Epistemonikos a selekci dat na základě předem stanovených kritérií. Studie byly následně zpracovány v Rayyan systému a po zajištění plnotextů byla provedena extrakce dat do tabulek. Všechny tyto informace byly shrnuty ve výsledcích, které poskytují ucelený přehled o účinnosti různých intervenčních přístupů v rodině při léčbě poruch chování a emocí u dětí a adolescentů.

Cílem této práce bylo zjistit účinnost intervencí při léčbě poruch chování a emocí v rodině u dětí a adolescentů. Na základě zjištění lze konstatovat, že cíl práce byl naplněn. Naše zjištění ukázala, že kognitivně-behaviorální terapie je účinným nástrojem v intervencích v rodinném prostředí. Další účinnost intervencí prokázali také behaviorální terapie, humanitní programy a také digitální intervence. Bezesporu je také nutné podotknout, že přes to, že některé studie nabídlly přesvědčivé důkazy o důležitosti jiných intervenčních přístupů a výsledky naznačili jisté spojitosti mezi působením daných intervencí a ukazateli zmírnění projevů poruch a chování, nebyly tyto studie z důvodu neprokázanosti účinnosti těchto intervencí průkazné.

Nicméně, je důležité si uvědomit, že vzhledem k rozmanitosti individuálních potřeb a situací není žádný jednotný přístup vhodný pro všechny. Proto je nutné pokračovat v dalším výzkumu a rozvíjet různé intervenční strategie, které budou lépe odpovídat potřebám rodin a jednotlivců.

Tato diplomová práce přináší ucelený přehled teoretických poznatků i praktických výsledků v oblasti intervencí v rodině u dětí a adolescentů s poruchami chování a emocí. Naše zjištění a doporučení mohou sloužit jako podpora pro další rozvoj terapeutických přístupů a poskytnout podněty pro další výzkum v této oblasti.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Klasifikace poruch chování a emocí dle MKN-10 a MKN-11 - Vybrané diagnózy

Tabulka 2: Porovnání poruch chování DSM-IV a DSM-5

Tabulka 3: Souhrn rizikových faktorů poruch chování

Tabulka 4: Model devíti polí způsobu výchovy

Studie č. 1

Studie č. 2

Studie č. 3

Studie č. 4

Studie č. 5

Studie č. 6

Studie č. 7

Studie č. 8

Seznam obrázků

Obrázek 1: Vývojový diagram vyhledaných studií

Seznam grafů

Graf 1: Design studií

Seznam použitých zdrojů

Teoretická část

CENTER FOR BEHAVIORAL HEALTH STATISTICS AND QUALITY, (2016). 2014 *National Survey on Drug Use and Health: DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance* (unpublished internal documentation). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519708/pdf/Bookshelf_NBK519708.pdf . [cit. 2024-03-11].

DAŇKOVÁ, Šárka; KREJČOVÁ, Dana a ZVOLSKÝ, Miroslav, 2022. Co a kdy přinese 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje*. Roč. 2022, č. 1, s. 58-60.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 2000. Washington DC: American Psychiatric Association. ISBN 978-0-89042-024-9.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm, c2013. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0-89042-555-8.

GAVENDOVÁ, Nora, 2021. *Kognitivně-behaviorální přístupy v praxi pedagoga*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2501-2.

GILLERNOVÁ, Ilona, 2005. Způsob výchovy v současné české rodině z pohledu dospívajících chlapců a dívek (Education in point of view of teenage boys and girls in present czech family). In Heller, D., Procházková, J., Sobotková, I. (Eds.). *Svět žen a svět mužů: polarita a vzájemné obohacování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

GILLERNOVÁ, Ilona; KEBZA, Vladimír a RYMEŠ, Milan, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2798-1.

GJURIČOVÁ, Šárka a KUBIČKA, Jiří, 2009. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2390-7.

HORT, Vladimír, 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal a LIBIGER, Jan, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

HUTYROVÁ, Miluše, 2019. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1523-3.

JEDLIČKA, Richard, 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5447-5.

KALEJA, Martin, 2013a. *Etopedická propedeutika v inkluzivní speciální pedagogice*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7464-396-5.

KALEJA, Martin, 2013b. *Základy etopedie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-271-5.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018, 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.

MKN-10 (2023). Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. Online. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>. [cit. 2024-03-10].

MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti. Online. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs>. [cit. 2024-03-10].

PELIKÁN, Jiří, 1995. *Výchova jako teoretický problém*. Dědictví Komenského (Amosium servis). Ostrava: Amosium Servis. ISBN 80-85498-27-8.

PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří, 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.

PSYCHOTERAPEUTICKÁ DATABÁZE. *Diagnostická a statistický manuál duševních poruch*. Online. Dostupné z: <https://dbterapie.cz/encyklopedie/diagnosticky-a-statisticky-manual-dusevnych-poruch/>. [cit. 2024-03-11].

PSYCHOTERAPEUTICKÁ DATABÁZE. *DSM-5*. Online. Dostupné z: <https://dbterapie.cz/encyklopedie/dsm-5/>. [cit. 2024-03-11].

PTÁČEK, Radek, 2006. *Poruchy chování v dětském věku*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-81-4.

REED, Geoffrey M.; FIRST, Michael B.; KOGAN, Cary S.; HYMAN, Steven E. a GUREJE, Oye, 2019. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Online. *World Psychiatry*. Roč. 2019, č. Volume 18, s. 3-19. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20611>. [cit. 2024-03-10].

ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.

SAPOLSKY, Robert M., 2019. *Chování: biologie člověka v dobrém i ve zlém*. Zip (Dokořán). Praha: Dokořán. ISBN 978-80-7363-947-1.

SEKERA, Ondřej, 2019. *Reedukace dětí a mládeže s poruchami chování a emocionality*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7599-148-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VOJTOVÁ, Věra, 2008. *Kapitoly z etopedie I. 2.*, přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4573-6.

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

VOJTOVÁ, Věra a ČERVENKA, Karel, 2012. *Edukační potřeby dětí v riziku a s poruchami chování: Educational needs of children at risk and with behavioural disorders*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6134-7.

ZELENÁ, Martina a KLÉGROVÁ, Alžběta, 2006. *Podpora rodiny*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN isbn80-86991-67-9.

ŽÁČKOVÁ, M. M., THEINER M. P. 2009. Problémové chování u adolescentů—poruchy chování, hyperkinetické poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek. Online. *Neurologie pro praxi*, 9(6), 345-349. Dostupné z: <https://solen.cz/pdfs/neu/2008/06/05.pdf>. [cit. 2024-03-10].

Praktická část

BARLOW, J., & STEWART-BROWN, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(5), 356–370. <https://doi.org/10.1097/00004703-200010000-00006>

BATTAGLIESE, Gemma; CACCETTAA, Maria; LUPPINO, Olga Ines; BAGLIONIA, Chiara; CARDIA, Valentina et al., 2015. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. Online. *Behaviour research and therapy*. Č. Volume 75, 0, pp. 60-71. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.008>

DE ARELLANO, M.A.; LYMAN, D.R.; JOBE-SHIELDS, L.; GEORGE, P.; DOUGHERTY, R.H. et al., 2014. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. Online. *Psychiatric services*. Č. Volume 65, 5, s. 591-602. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>.

LEHTIMAKI, S.; MARTIC, J.; WAHL, B.; FOSTER, K.T. a SCHWALBE, N., 2021. Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview. Online. *JMIR mental health - Volume 8, Issue 4*, pp. e25847 – published 2021-01-01. Č. - Volume 8, 4, pp. e25847. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/25847>.

MONROE, Johanna A., 2015. *Comparing school and home-based interventions to school-based treatment for disruptive behavior disorders: A Meta-Analysis*. A Dissertation Submitted to the Graduate School of Tennessee State University. Online. Dostupné z: <https://www.proquest.com/dissertations-theses/comparing-school-home-based-interventions/docview/1720843575/se-2>

RAMAKRISHNAN, U; IMHOFF-KUNSCH, B a DIGIROLAMO, A.M, 2009. Role of docosahexaenoic acid in maternal and child mental health. Online. *The American journal of clinical nutrition*. Č. - Volume 89, 3, s. 958-962. Dostupné z: <https://doi.org/10.3945/ajcn.2008.26692F>.

RIISE, Eili N.; WERGELAND, G.J.H.; NJARDVIK, U. a ÖST, L.G., 2021. Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. Online. *Clinical psychology review*. Č. Volume 83, 0, pp. 101954. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954>

SAKHVIDI, M.J.Z; KNOBEL, P; BAUWELINCK, M; DE KEIJZER, C; BOLL, L.M et al., 2022. Greenspace exposure and children behavior: A systematic review. Online. *The Science of the total environment*. Č. 824 pp. 153608. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.153608>.