

PORUCHY CHOVÁNÍ

Na poruchy chování se můžeme dívat z několika hledisek: pohledem klinické a vývojové psychologie, pohledem speciální pedagogiky, kriminologie či z hlediska terapie. Věnujeme se blíže pojmu agrese, neboť úzce souvisí s příznaky poruch chování. Zaměřila jsem se na vývojové stadium adolescence, přičemž jsem si vědoma, že poruchy chování mohou vznikat mnohem dříve, proto jsem do přílohy začlenila popis rozvoje poruch chování v rámci vývojových stadií. Snažila jsem se popsat problematiku poruch chování v adolescenci z celostního hlediska a zároveň se zaměřit jen na důležité aspekty, neboť informací a výzkumů v oblasti poruch chování je obrovské množství. Zmiňuji se o faktorech, které se podílejí na vzniku a rozvoji poruch chování (rizikové), a o faktorech podporujících prosociální chování (protektivní). Přehled poznatků samozřejmě není úplný, vybírala jsem témata, se kterými nadále pracujeme v praktické části práce.

1. Definice poruch chování

Klinický pohled

V mezinárodní klasifikaci duševních a behaviorálních poruch (10. revize Mezinárodní klasifikace nemoci, 1992, dále MKN-10) je používán termín „porucha“, aby se zamezilo problémům při užívání termínů „nemoc“ a „onemocnění“. „Porucha“ není přesný termín, ale užívá se zde pro označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušením funkce. Sociální deviace nebo samotný konflikt bez narušení osobního fungování zde nejsou zahrnuty, protože neodpovídají definici duševní poruchy (MKN-10, 1992).

Diagnostické kategorie popisují projevy narušeného přirozeného procesu vývoje dítěte¹. Slouží jako barometr k detekci míry patologie kontaktu s prostředím. Diagnóza poruchy chování popisuje

¹ Rozdělení poruch chování dle mezinárodní klasifikace nemocí (dle Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000):

Porucha chování (F91)

Psychiatrická jednotka "porucha chování" se odráží od zvýšené míry agresivity, disociality a vzdoru dítěte, přičemž chování mimo normu musí trvat nejméně půl roku (MKN-10). Mezi problémové projevy chování patří nadměrné rvačky, tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo ke zvířatům, závažná destrukce majetku, zakládání ohňů, krádeže, opakované lhaní, záškoláctví, útěky z domova, mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovitě provokativní chování a trvalá neposlušnost (DSM IV). Samozřejmě je důležitým aspektem vývojové stadium dítěte, závažnost a šíře potíží. S poruchou chování často komorbidně souvisí další psychiatrické diagnózy jako počínající psychotické poruchy, poruchy nálady, hyperkinetické poruchy, pervazivní poruchy či neurotické příznaky. Pokud se současně vyskytuje porucha chování i porucha emocí, diagnostikuje se smíšená porucha chování a emocí, pokud komorbiduje ADHD a porucha chování, pak hyperkinetická porucha chování (více a komorbidity psychických poruch v individuálních rizikových faktorech).

Dle oblastí zasažených narušeným chováním se dle MKN-10 diagnostikuje porucha chování ve vztahu k rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování a porucha opozičního vzdoru.

Porucha opozičního vzdoru (F91.3)

Tato porucha je charakteristická výskytem u dětí zhruba mezi 6 až 10 lety. Je přítomno výrazné vzdorovité, neposlušné a provokativní chování a zároveň se nevyskytují vážnější antisociální a agresivní činy. Není vyloučeno, že jde o typ poruchy chování, který se od ostatních liší v kvantitě, ale nikoli v kvalitě.

Základním rysem je (dle MKN 10) negativistické, nepřátelské, vzdorovité, provokativní a rušivé chování, které je jasně mimo rámec normálního chování pro dítě stejného věku a stejného sociokulturního zázemí, a které nezahrnuje vážnější narušování práv druhých. Je přítomna vzpurnost vůči dospělým, nedodržování pravidel, psychické trápení druhých. Dále je přítomna podrážděnost – tyto děti se snadno rozzlobí, protože mají nízkou frustrační toleranci. Ze svých chyb často obviňují ostatní. Jejich vzdor má výraznou provokativní komponentu, což vede k častým konfrontacím. Společně s popsányými projevy je porucha charakteristická nepřítomností porušování práv jiných, porušování zákonů, surovosti, týrání a závažné destrukce majetku. Pokud se tyto druhy chování v pozdějším věku projeví, jedná se již o vývoj směrem k jiným poruchám chování (socializované, nesocializované). Nejvýrazněji se porucha obvykle projevuje ve vztahu k blízkým dospělým lidem a známým vrstevníkům. Poruchu obecně řadíme k poruchám se špatnou prognózou.

Porucha opozičního vzdoru se v MKN-9 nevyskytovala, ale byla zařazena do MKN-10, protože je nepochybně prognostickým znakem pozdějších poruch chování. U této poruchy je doporučeno užívat ji výlučně u mladších dětí.

projevy dítěte z pohledu dopadu jeho jednání na ostatní jedince. Nabízí popisný výčet negativních projevů chování dítěte bez ohledu na jeho momentální rozpoložení, kontext a existenciální situaci. Kategorizace slouží k detekci typologie dítěte, k uchopení problémového chování a je všeobecně známým konceptem, dle kterého se odborná veřejnost orientuje (Bowker & Starr, 2000).

Z etického hlediska je vhodné si uvědomit, že diagnóza „porucha chování“ je pouze vodítkem, nikoliv hodnocením dítěte. Jinak by mohla adjektiva jako „vzdorný, provokativní, vzpurný“ dopředu v terapeutovi vyvolávat negativní pocity. Je též nutné brát v potaz psychiku dítěte. Dítě nemusí svoji diagnózu chápat, nemusí ji ani znát, avšak přesto je jí velmi často ovlivněno. Do terapie bývá posíláno s vědomím, že je divné, nehodné, nepolepšitelné, apod., často též s pocitem, že se už nikdy nezmění. Při diagnostice je nutné brát v potaz možný vliv etiketizace („labellingu“) na další život dítěte.

Mezinárodní (MKN-10) i americká (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, dále DSM-IV) klasifikace úzkostlivě dbají na popis poruchy chování bez jakékoliv souvislosti s rozvojem osobnostních rysů, jako jsou vzorce vztahů, strategie zvládání nebo organizace subjektivní zkušenosti (APA, 2000). Místo toho se zaměřují na opakující se trvalé vzorce chování, jež narušují práva druhých a porušují pravidla společnosti. Naneštěstí některé dimenze osobnostního vývoje byly vyňaty kvůli různícím se empirickým datům (Bleiberg, 2001). Vymazání osobnostních rysů, například nezájmu o druhé či snížení schopnosti navazovat mezilidské vztahy, ochudilo koncept o důležité charakteristiky, které napomáhaly identifikovat patogenní faktory. Diagnóza byla izolována od terapeutického postupu, jenž právě s osobnostními konstrukty většinou zachází.

V psychosociálních vědách a kriminologii se používá k označení dítěte či adolescenta s problémovým chováním pojem delikvent². Delikvent je někdo, kdo překročil zákon. Je to mladistvý, který byl obžalován a shledán vinným z přestupku, který by byl označen za zločin, kdyby ho spáchal dospělý (Halliday-Boykins & Graham, 1991). Z pohledu etiky lze hovořit o smyslu vztahu dospívajícího k zodpovědnosti a poctivosti k sobě i ke druhým lidem. Pokud se chová maladaptivně, lze hovořit o porušení povinnosti vyhovět zákonným a morálním požadavkům platného společenského pořádku (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2001). Delikvent není dostatečně socializován, což se projevuje jeho neschopností či nechotou udělat to, co je sociálně přínosné. Na rozdíl od vrstevníků, kteří zkouší hranice, patologický proces je známkou chronického překonávání hranic bez pocitu provinilého svědomí. Zásadní pro vývoj dítěte je jeho schopnost a připravenost vyvinout dostatečné svědomí, které by řídilo jeho chování v souladu s pravidly skupiny.

Pět charakteristik poruch chování podle Bowera (1981), ze kterých vycházel manuál DSM:

1. Neschopnost učit se, přičemž ji nelze vysvětlit intelektovými, smyslovými nebo zdravotními problémy.
2. Neschopnost navazovat a udržování uspokojivých sociálních vztahů s vrstevníky a s učiteli.
3. Nepřiměřené chování a emotivní reakce v běžných podmínkách.
4. Přetrvávající pocit neštěstí nebo deprese.

Porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0)

U této poruchy jsou splněna všechna kritéria poruch chování, včetně porušování práv jiných, destrukce majetku, násilí atd. Tím se liší od poruchy opozičního vzdu. Naopak ani výrazně narušený vztah mezi rodičem (rodiči) a dítětem sám o sobě pro tuto diagnózu nestačí. Na rozdíl od následujících poruch jsou příznaky víceméně omezeny na domácí prostředí a jsou zaměřené vůči členům rodiny. Mimo rodinu se výraznější problémy neprojevují. Často souvisí s výrazně narušeným vztahem s některým se členů rodiny (dost často s novým nevlastním rodičem), vůči kterému jsou alespoň zpočátku projevy poruchy chování zaměřeny. Porucha má relativně dobrou prognózu.

Nesocializovaná porucha chování (F91.1)

Zde se projevují všechny příznaky poruch chování, včetně těch nejzávažnějších. Navíc je tato porucha spojena se špatným zapojením dotyčného jedince mezi své vrstevníky (špatná socializace). Dotyčný nemívá ve své věkové skupině bližší kamarády, bývá neoblíben, je odmítán. Bližší vztahy s dospělými obvykle postrádají důvěrnost. Přestupky pacient páchá samostatně, ale není to nezbytnou podmínkou, přestupky mohou být páchané i ve skupině, klíčová je kvalita vztahů jedince. Projevuje se především ve škole, ale je přítomna i v dalších prostředích. Má špatnou prognózu.

Socializovaná porucha chování (F91.2)

I zde se projevují všechny příznaky poruch chování, ale na rozdíl od předchozí jednotky je pacient schopen navazovat trvalé přátelství s vrstevníky. Samotné přestupky pak může páchat spolu s ostatními (v partě) nebo být členem neproblémové skupiny vrstevníků a přestupky páchat sám. Považuje se za poruchu s dobrou prognózou, která odeznívá v pozdní adolescenci a mladé dospělosti.

²

Linquere = nechat být, nedbat, opomenout, opustit.

5. Psychosomatické symptomy jako je bolest a strach jsou vyvolávány ve spojitosti se školními problémy a interpersonálními vztahy.

Dle intenzity problému rozlišuje Bower (1981) pět stupňů poruchy chování:

1. Chování jedince reagující na problémy denního života, vývoje a získávání životních zkušeností bez výrazných zvláštností oproti normě.

2. Reakce na stresové situace (například rozvod rodičů, smrt v blízkém sociálním okolí, narození sourozence, těžká nemoc v rodině atd.)

3. Chování, které je způsobeno maladaptací na sociální podmínky, a kterým se jedinec vymyká očekávání. Objevuje se zde nedostatečná schopnost přizpůsobit se stanoveným podmínkám.

4. Zafixované a opakované nevhodné chování, které lze odklonit, s dítětem lze navázat pozitivní vztah.

5. Zafixované a opakované nevhodné chování s tak výraznými symptomy, že se jedinec nedá ovlivňovat běžně dostupnými výchovnými prostředky a musí se učinit další výchovná opatření.

Poruchy chování se v etopedii dělí dle výchovné nebo sociální narušenosti, dle psychických onemocnění a poruch a z hlediska stupně společenské závažnosti na disociální, asociální a antisociální chování (Matějček, 1997). Disociální chování je nepřiměřené, nespolečenské, ale dá se zvládnout běžnými pedagogickými postupy. Projevy jsou přechodné, patří mezi ně vynucování si pozornosti, nerespektování rodičů, výchovné problémy ve škole. Mezi disociální narušení patří zlozvyky (návykové nechutenství, návyková nespavost), vzdorovitost (v pasivní či aktivní formě), negativismus a lež. Asociální chování se vyznačuje porušením společenských norem, avšak svou intenzitou nepřekračuje právní předpisy, i když je v rozporu s morálkou. Je to vlastně nerovnováha mezi chováním a společenskými normami. Projevuje se nedostatečným sociálním cítěním, sníženou tolerancí k frustraci a nízkým prahem pro uvolňování agrese, dále sníženou schopností cítit vinu a poučit se ze zkušenosti. Jedinec s antisociálním chováním má tendenci svádět vinu na druhé. Mezi asociální projevy patří krádeže, záškoláctví, útoky, závislosti, demonstrativní sebepoškozování, sebevražda a sexuální deviace. Antisociální chování je protispolečenské jednání poškozující společnost i jedince, projevuje se porušováním zákonů daných společností, jež ohrožuje společenské hodnoty, včetně lidského života. Mezi projevy antisociálního chování patří krádeže, loupeže, vandalství, sexuální delikty, zabití, vraždy, vystupňované násilí, terorismus, rasismus, organizovaný zločin a trestná činnost související s toxikomanií.

Porovnáním s klinickým obrazem poruchy chování v dětství můžeme přirovnat disociální chování k poruše opozičního vzdoru, asociální chování k poruše chování v mírném stupni rozvoje a antisociální chování k poruše chování nesocializované a socializované v plném rozvoji.

Agrese jako průvodní jev poruchy chování

Agrese významně souvisí s projevy poruchy chování. Pro přehled zde uvádíme diagnostická kritéria, uváděná v DSM-IV, zde v překladu Malé (In: Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Obecná diagnostická kritéria Poruchy chování:

A. Opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých. Během uplynulého roku musí být přítomny tři nebo více symptomů s jedním symptomem trvale přítomným v posledním půlroce. Mezi symptomy se zahrnuje následující chování:

Agrese k lidem a zvířatům:

často šikanuje, vyhrožuje nebo zastrašuje druhé

často začíná rvačky a bitky

jako zbraň používá předměty, které mohou těžce zranit druhé

projevuje fyzickou agresi a hrubost k lidem

projevuje fyzickou agresi a hrubost ke zvířatům

kráde způsobem, při němž dochází ke střetu s obětí (např. loupežná přepadení, vydírání...)

vynucuje si na druhém jedinci sexuální aktivitu

Destrukce majetku a vlastnictví:

zakládá ohně se záměrem vážného poškození

ničí majetek druhých

Nepoctivost nebo krádeže:

vloupává se do domů, budov a aut

často lže, aby získal prospěch a výhody nebo aby se vyhnul povinností, závazkům

krádeže bez konfrontace s obětí (např. v samoobsluze, padělání peněz, listin...)

Vážné násilné porušování pravidel:

před 13. rokem opakovaně zůstává přes zákazy rodičů celé noci venku

utíká z domova, ačkoli bydlí v domě rodičů nebo jejich zástupců (nejméně 2×) nebo se nevrací po dlouhou dobu

časté záškoláctví před 13. rokem.

počátek sexuální aktivity v ranném věku.

B. Poruchy chování významně zhoršují školní a pracovní fungování.

Agrese je „normální vlastnost, jejímž smyslem je v přírodě přežít“. Násilné chování je „druh agrese, jejímž záměrem je někoho poškodit nebo zničit“ (Koukolík & Drtilová, 1996, s. 28). Násilí je patologické, zatímco agrese může být i přirozenou obranou či životní nutností. Násilné činy bývají brutálnější, zahrnují vždy fyzický kontakt s obětí a působí vždy bolest. My chápeme agresivitu jako osobnostní rys projevující se agresí případně násilím, neboť tak je tento pojem v literatuře nejvíce využíván. Agresivita se může projevovat přímo, fyzickou či verbální agresí, či nepřímo projevy jako jsou pomluvy, zakládání požárů, krádeže různého druhu a ničení majetku.

Agrese je jeden z nejběžnějších symptomů poruchy chování, jež bývají zakázkou pro psychoterapeutickou léčbu dětí i adolescentů. Také je jedním z nejkompaktnějších fenoménů, neboť je mnohonásobně determinována. Proto by její léčba měla být zaměřena na definování specifických charakteristik a identifikaci zásadních primárních symptomů, jež by pak mohly být léčeny specifickými postupy. Klinické diagnózy MKN-10 či DSM-IV mohou napomoci zorientovat se v možnostech intervence, ale diagnózy samotné nejsou vhodné pro základní vodítka při léčbě vzhledem k multifaktorové etiologii agresivity a její komorbiditě (Sugden, Kile & Hendren, 2006). Agrese může být například etiologicky podmíněna hyperkinetickým syndromem, depresivním či dysforickým laděním, akcentací hysterické, emočně labilní nebo paranoidní osobnosti, poruchou kognitivních funkcí, zneužíváním alkoholu a drog, a samozřejmě bývá podmíněna rozvojem poruchy chování či opozičního vzdoru, o kterých je pojednááno níže (ibid).

Agresivita je osobnostním rysem přetrvávajícím od dětství do adolescence. Projevy agresivity se v průběhu ontogenetického vývoje zvyrazňují a zintenzivňují, někdy může agresivita přerůst v adolescenci až do projevů násilí. Otázka stability však není až tak jednoduchá. Na stabilním rozvoji agresivních rysů se „podílí kumulace negativních faktorů, individuálních dispozic a mnohdy kombinace obou“ (Elliot & Tolan, 1999, s. 33). Agresivní děti vykazují symptomy, které předurčují agresivní chování. Tyto děti jsou zvýšeně disponované k impulzivnímu jednání, jsou přecitlivělé vůči kritice a více očekávají nepřátelské jednání od svého okolí. Diagnostika dětí s problémovým chováním by se měla zaměřit na rozsah jednotlivých symptomů, korelujících s agresivitou. Na základě zjištěných údajů pak lze lépe předpovědět, zda se jedná o krátkodobé agresivně zaměřené jednání, či zda jde o trvalý osobnostní rys. Včasná a kvalitní diagnostika je velmi důležitá pro predikci a prevenci agresivního, případně násilného chování v budoucnu. Pokud je totiž agresivita stabilním prvkem osobnosti, riziko rozvoje násilného chování v pozdějším věku je vysoké (Huesmann, 1999). A naopak pokud jsou včasné rozpoznány a vhodně ošetřeny rizikové faktory, může se zabránit rozvoji agresivního chování (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998).

Loeber a Hay (1997) definovali tři cesty vedoucí k agresivnímu chování: cestu konfliktu s autoritami a skrytou či otevřenou cestu.

Cesta konfliktu s autoritami začíná tvrdohlavým a rezistentním chováním před dvanáctým rokem života. Postupně se vyvíjí od vzdorovitého a neposlušného chování k vyhýbání se autoritám, přidává se záškoláctví, pozdní příchody domů a útky z domova.

Skrytá cesta se projevuje zpočátku nevýraznými skrytými příznaky, jako jsou krádeže v obchodech a časté lhaní. Později se přidává ničení majetku, vandalismus a zakládání ohňů. Eventuálně může vést i k závažnější delikvenci jako je loupež, závažné krádeže a podvody.

Otevřená cesta se odvíjí od menších agresivních útoků, šikany a cíleného otravování druhých. Postupně se přidávají fyzické potyčky, rvačky, případně skupinové násilí společně se závadovou partou. Může vést i nejzávažnějším projevům agrese jako je znásilnění, ozbrojené přepadení a vážné ublížení na zdraví.

Agrese se dělí na agresivitu reaktivní versus proaktivní, defenzivní versus ofenzivní, skrytou versus otevřenou, nepřátelskou versus instrumentální, afektivní versus predátorskou a impulzivní versus kontrolovanou (Vitiello & Stoff, 1997). Uvedené binární kategorie jsou podloženy etiologií a neurologií, v praxi nenabízí postupy léčby, neboť tyto podkategorie popisují podobné afektivní a impulzivní jednání. Reaktivní a proaktivní model agrese popisuje mechanismus odezvy na podnět. Reaktivní bývá vyvolaná vnějším impulzem – frustrací, není promyšlená, je impulzivní, s doprovodem emotivního afektu vzteku. Proaktivní agrese je zákeřnější, předem promyšlená, útočící na oběť bez výčitek útočníka, někdy bývá nazývána instrumentální. Proaktivní agresivita se vyskytuje spíše mezi staršími dětmi, u pubescentů či adolescentů. Nicméně proaktivní a reaktivní agrese jsou si velmi blízké. Ve věku kolem osmi let má dítě

vyvinutý rejstřík agresivních modelů jednání napříč různými situacemi (Marcus, 2007). Každé agresivní jednání lze považovat svým způsobem účelové, i když nemusí být nutně promyšlené (Borum & Werhaagen, 2006). Na základě vnitřních motivů lze predikovat vývoj problémového chování, neboť agresivita je stabilní v čase (Huesmann, 1999).

Podobné rozdělení je na predátorskou versus afektivní agresi (Dodge, Price, Bachorovski & Newman, 1990). Afektivní je charakterizována zvýšeným vzrušením, výhrůžným nebo defenzivním postojem a doprovodným hlasovým projevem. Predátorská agrese není (nebo je jen minimálně) napojena na autonomní nervový systém, vykazuje známky lovecké pragmatiky, je plánovaná a cílená. Meloy (1988) rozdělil agresi na typ I a typ II. Typ I je běžnější, zahrnuje impulzivní útoky v nekontrolovaném afektu při minimální provokaci podnětem zvenčí. Typ II zahrnuje aktivní plánování útoku. Karnik, McMullin & Steiner (2006) se zaměřili na validizaci predátorského a afektivního typu agresivity na základě úzkostlivosti a kontroly. U nereaktivních typů byla zvýšená pravděpodobnost opakovaných deliktů následovaných uvězněním. Represoři páchali méně násilných činů, ale zato byli brutálnější a byli méně často uvězněni.

Jak násilí, tak agrese zahrnují interpersonální konfrontace, zatímco ostatní symptomy poruchy chování jako jsou krádeže, vandalismus či experimentování s drogou nekonfrontují oběti. Otevřeně agresivní adolescenti spíše konfrontují oběti, chovají se agresivněji, jejich exekutivní myšlení je narušené, především v oblasti generování řešení interpersonálních konfliktů, a jsou nastaveni k percepci hostilního záměru ostatních, který neexistoval, a měli sníženou tepovou frekvenci (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Otevřeně agresivní jedinci se liší od „skrytých“ agresorů, kteří kradou a loupí. Z počátku byla skupina otevřeně agresivních zřetelně odlišná od skrytých agresivních (krádeže, loupeže). V průběhu adolescence se nejméně závažnější případy obou dvou skupin začaly prolínat. Vysvětlením je, že se dostávali do podobných situací, například pokud masivně kradli, začali se bránit, nosit s sebou zbraně, důsledkem čehož někteří napadli otevřeně svědky události. Na druhou stranu otevřeně agresivní chlapci začali krást a ničit cizí majetek (ibid).

K rozvoji agresivního chování přispívají tyto příčiny: a) jedinec je udržován z dosahu cíle, b) činitel je vnímán jako zodpovědný za nepříjemnou událost, c) činitel je uznán vinným, d) jedinec vnímá, že je na něm páchána nespravedlnost nebo nepoctivost, e) jedinec pociťuje, že napadením činitele získá opět kontrolu nad situací (Berkowitz & Harmon-Jones, 2004). Na aktivaci afektu a následně agresivního jednání se podílejí různé složky osobnosti, například vzpomínky, pocity, myšlenky, motorické impulzy a podobně. Z uvedeného vyplývá, že agresivní jedinec: a) není schopen v interpersonálních konfliktech aplikovat neagresivní řešení, b) má tendenci vnímat chování druhých jako nepřátelské, i když tomu tak není. Mispercepcie interpersonálních kontaktů je rizikovým faktorem spíše u starších než u mladších dětí (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998).

Jedním ze spouštěčů agresivního chování je abusus alkoholu a psychoaktivních látek. Komorbidita mezi poruchami chování a poruchami způsobenými abusem drog je potvrzena vícero výzkumnými studii (např. Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998; Eklund & Klinteberg, 2005).

Komorbidita psychických poruch

Komorbidita psychických poruch u dětí a adolescentů s poruchami chování je potvrzeným pravidlem (Vermeiren, 2003). Je vždy důležité chápat problematiku v kontextu ostatních faktorů a osobnostních predispozic, neboť psychické poruchy mohou antisociální chování inhibovat, ale také nemusí. Otázkou zůstává souslednost psychických poruch, zda se vyskytují společně, či jedna determinuje vznik dalších. Všechny posloupnosti jsou možné. Například pokud někdo pije v nadměrné míře alkohol, může začít vykazovat násilné chování, které dříve nebylo přítomno. A naopak pokud má jedinec paranoidní tendence, vysvětluje si i kamarádky jako provokace. Více než souslednost komorbidních poruch je pro profesionála důležité vědět, že ve spojení s poruchou chování se často vyskytují i jiné psychické problémy (Borum & Verhaagen, 2007). Adolescenti, u nichž se objevují poruchy chování až v časně adolescenci (Adolescence-limited, AL), trpí psychickými poruchami mnohem méně často než adolescenti s celoživotně přetrvávající poruchou chování (life-course persistent, LCP) (Moffitt, 1993). Více se zabýváme komorbiditou psychických poruch v Příloze 2.

Normalita versus patologie

Co je v určitém věku vnímáno jako chování normální, může být v jiném věku znakem nezralosti. Diagnostika i terapie problémového chování by měla vždy brát v potaz souvislost mezi vývojovým stadiem a potížemi dítěte. Důsledky selhání a krize v jednotlivých přechodových stádiích mají dopad na chování predisponovaných jedinců. Zároveň je nutné si uvědomit, že vývojové stadium je psychologický konstrukt, který popisuje běžné, statisticky významné projevy dětí v určitém období života, avšak konkrétní jedinci se budou lišit výraznými individuálními rozdíly v různých oblastech osobnostního vývoje (Grisso, 2007).

Grisso navrhuje zaměřit se v diagnostice patologie na koncept nezralosti, tedy na nedokončený vývoj předešlého stadia nebo opožděný vývoj, popis specifických schopností místo snahy o popis celé

osobnosti, proces adaptačních mechanismů a porovnání vzhledem k vrstevnické skupině (Grisso, 2007, s. 18).

K rozpoznání patologie je vhodné mít ponětí o normalitě. Můžeme se řídit podle pojetí normality jako duševního zdraví, tedy nepřítomnosti nemoci jako „optimálního stavu, nekonečného procesu mířícího k seberealizaci“ (Syřišťová, 1972, s. 10). Koukolík & Drtilová (1996, s. 142–143) rozdělili normalitu dle ne/přítomnosti patologických příznaků, statistických průměrů, utopistického ideálu, vývojového procesu a pragmatického pohledu. Ověřeným způsobem zjištění patologie je porovnání chování jedince v rámci širší normy jeho věkové kohorty (Borum & Verhaagen, 2006), a pragmatický přístup, který tvrdí, že normální je takové chování, které nepotřebuje léčbu psychiatra či psychologa (Syřišťová, 1972).

Při identifikování patologických jevů vzniká riziko chybných předpokladů (Borum & Verhaagen, 2006). Například ačkoliv se jednotlivé případy dětí s poruchou chování navzájem podobají, kumulace jednotlivých faktorů je u každého jedince jedinečná. Vynechání jednoho rizikového faktoru při hodnocení antisociálního jednání a jeho prognózy do budoucna může být zkreslující. Je sice pravdou, že děti s poruchou chování se pohybují průměrně v nižším pásmu intelektového průměru, avšak i nadprůměrně inteligentní dítě může mít závažné poruchy chování. Dokladem jsou případy účelového násilného jednání dospívajících při ozbrojených útocích na své spolužáky.

ROZDĚLENÍ PORUCH CHOVÁNÍ DLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ

Porucha chování (F91)

Psychiatrická jednotka "porucha chování" se odráží od zvýšené míry agresivity, disociality a vzdoru dítěte, přičemž chování mimo normu musí trvat nejméně půl roku (MKN-10). Mezi problémové projevy chování patří nadměrné rvačky, tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo ke zvířatům, závažná destrukce majetku, zakládání ohňů, krádeže, opakované lhaní, záškoláctví, útoky z domova, mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovité provokativní chování a trvalá neposlušnost (DSM IV). Samozřejmě je důležitým aspektem vývojové stádium dítěte, závažnost a šíře potíží. S poruchou chování často komorbidně souvisí další psychiatrické diagnózy jako počínající psychotické poruchy, poruchy nálady, hyperkinetické poruchy, pervazivní poruchy či neurotické příznaky. Pokud se současně vyskytuje porucha chování i porucha emocí, diagnostikuje se smíšená porucha chování a emocí, pokud komorbiduje ADHD a porucha chování, pak hyperkinetická porucha chování (více a komorbiditě psychických poruch v individuálních rizikových faktorech).

Dle oblastí zasazených narušeným chováním se dle MKN-10 diagnostikuje porucha chování ve vztahu k rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování a porucha opozičního vzdoru.

Porucha opozičního vzdoru (F91.3)

Tato porucha je charakteristická výskytem u dětí zhruba mezi 6 až 10 lety. Je přítomno výrazné vzdorovité, neposlušné a provokativní chování a zároveň se nevyskytují vážnější antisociální a agresivní činy. Není vyloučeno, že jde o typ poruchy chování, který se od ostatních liší v kvantitě, ale nikoli v kvalitě.

Základním rysem je (dle MKN 10) negativistické, nepřátelské, vzdorovité, provokativní a rušivé chování, které je jasně mimo rámec normálního chování pro dítě stejného věku a stejného sociokulturního zázemí, a které nezahrnuje vážnější narušování práv druhých. Je přítomna vzpurnost vůči dospělým, nedodržování pravidel, psychické trápení druhých. Dále je přítomna podrážděnost – tyto děti se snadno rozzlobí, protože mají nízkou frustrační toleranci. Ze svých chyb často obviňují ostatní. Jejich vzdor má výraznou provokativní komponentu, což vede k častým konfrontacím. Společně s popsányými projevy je porucha charakteristická nepřítomností porušování práv jiných, porušování zákonů, surovosti, týrání a závažné destrukce majetku. Pokud se tyto druhy chování v pozdějším věku projeví, jedná se již o vývoj směrem k jiným poruchám chování (socializované, nesocializované). Nejvýrazněji se porucha obvykle projevuje ve vztahu k blízkým dospělým lidem a známým vrstevníkům. Poruchu obecně řadíme k poruchám se špatnou prognózou.

Porucha opozičního vzdoru se v MKN-9 nevyskytovala, ale byla zařazena do MKN-10, protože je nepochybně prognostickým znakem pozdějších poruch chování. U této poruchy je doporučeno užívat ji výlučně u mladších dětí.

Porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0)

U této poruchy jsou splněna všechna kritéria poruch chování, včetně porušování práv jiných, destrukce majetku, násilí atd. Tím se liší od poruchy opozičního vzdoru. Naopak ani výrazně narušený vztah mezi rodičem (rodiči) a dítětem sám o sobě pro tuto diagnózu nestačí. Na rozdíl od následujících poruch jsou příznaky víceméně omezeny na domácí prostředí a jsou zaměřené vůči členům rodiny. Mimo rodinu se výraznější problémy neprojevují. Často souvisí s výrazně narušeným vztahem s některým se členů rodiny (dostí často s novým nevlastním rodičem), vůči kterému jsou alespoň zpočátku projevy poruchy chování zaměřeny. Porucha má relativně dobrou prognózu.

Nesocializovaná porucha chování (F91.1)

Zde se projevují všechny příznaky poruch chování, včetně těch nejzávažnějších. Navíc je tato porucha spojena se špatným zapojením dotyčného jedince mezi své vrstevníky (špatná socializace). Dotyčný nemívá ve své věkové skupině bližší kamarády, bývá neoblíben, je odmítán. Bližší vztahy s dospělými obvykle postrádají důvěrnost. Přestupky pacient páchá samostatně, ale není to nezbytnou podmínkou, přestupky mohou být páchané i ve skupině, klíčová je kvalita vztahů jedince. Projevuje se především ve škole, ale je přítomna i v dalších prostředích. Má špatnou prognózu.

Socializovaná porucha chování (F91.2)

I zde se projevují všechny příznaky poruch chování, ale na rozdíl od předchozí jednotky je pacient schopen navazovat trvalé přátelství s vrstevníky. Samotné přestupky pak může páchat spolu s ostatními (v partě) nebo být členem neproblémové skupiny vrstevníků a přestupky páchat sám. Považuje se za poruchu s dobrou prognózou, která odeznívá v pozdní adolescenci a mladé dospělosti.

Literatura:

Hort, Vl., Hrdlička, M.; Kocourková J.; Malá E. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

KOMORBIDITA U PORUCH CHOVÁNÍ

A. KOMORBIDITA U PORUCH CHOVÁNÍ

Psychotické poruchy se vyskytují u adolescentů v minimální míře v rozvinuté klinické podobě (Malá, v Hort a kol., 2000). Psychotické symptomy, jako jsou halucinace a bludy, však jsou poměrně častým doprovodným jevem poruch chování, v jedné studii vyšly až u 85% dospívajících s vážnou poruchou chování. Jedná se převážně o symptomy paranoidního rázu: paranoidní bludy, imperativní sluchové halucinace a přechodné psychotické epizody.

Poruchy nálady bývají v praxi opomíjeným společníkem dětí s poruchami chování (ibid). Porucha nálady nebývá rozpoznána, neboť v adolescence věku se projevuje podrážděností více než smutnými epizodami. Může se jednat o reaktivní onemocnění po ztrátě milované osoby či těžkém rozvodu rodičů, či procesuální onemocnění dědičného charakteru. Až polovina delikventů zažila ve svém životě depresivní epizodu. Prevalence k depresivnímu onemocnění bývá uváděna mezi 11 a 33%. Dále zjistil, že vulnérnější vůči poruchám nálady jsou děti s trvalými poruchami chování (LCD).

Častá komorbidita vedla ke zavedení smíšené kategorie poruchy emocí a chování. V MKN-9 byla kategorie „emoční poruchy vyskytující se v dětství a v adolescenci“. Pro MKN-10 byla rozvinula do dvou samostatných kategorií, a to emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství a poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci. Je tomu tak proto, že stále trvá potřeba rozlišovat mezi dětmi a dospělými s ohledem na různé formy patické úzkosti a podobných emočních poruch. Zřetelnými důvody pro tuto diferenciaci jsou jednak častá pozorování, že emoční poruchy v dětství nepokračují již podobnými stavy v dospělosti, jednak častý vznik neurotických poruch až v dospělém věku. Klíčovým definujícím kritériem, které je použito v MKN-10, je emoční přiměřenost vývojovému stadiu dítěte a dále neobvyklé trvání, které narušuje fungování. Jinými slovy jsou tyto dětské poruchy výrazným vystupňováním emočních stavů a reakcí, které jsou považovány za přiměřené věku, když se objevují pouze v malé intenzitě. Jestliže jsou okolnosti vzniku emočního stavu neobvyklé nebo jestliže se objeví v jiném věku, pak je nutno využít jiných obecných klasifikačních kategorií (MKN-10, 1992).

S depresivitou narůstá riziko též suicidálních pokusů. Pokud se jedná o bipolární poruchu, vzrůstá riziko agresivního jednání v manických epizodách. Rozpoznání bipolární poruchy je o to těžší, že její kritéria se velmi podobají kritérium výskytu poruchy ADHD (Borum, Verhaagen, 2006).

Úzkostné poruchy nejsou pro poruchy chování primárně typické. V diferenciaci diagnostice lze dokonce při výskytu výrazné anxiety poruchu chování vyloučit. Avšak zatímco neurotičtí jedinci se antisociálně neprojevují, jedinci s antisociálním chováním trpí častými úzkostnými symptomy. Například studie Ollendicka, Seligmana a Butchera (1999) dospěla k závěrům, že delikventní adolescenti trpí úzkostí v 22-62%. Vylučující pravidlo neurotických poruch a poruchy chování nepotvrdila ani studie dětí s posttraumatickou poruchou, která zjistila, že vykazují závažnější příznaky poruch chování a sníženou kontrolu emocí více než kontrolní vzorek dětí pouze s CD.

B. SOUVISLOST MEZI ADHD, PORUCHOU OPOZIČNÍHO VZDORU A PORUCHOU CHOVÁNÍ

Vzhledem k častým chybám v chápání korelace mezi hyperkinetickým syndromem (ADHD) a poruchou chování (CD) či poruchou opozičního vzdoru (ODD) se budeme věnovat této problematice hlouběji. Výzkumy devadesátých let se snažily porozumět vlivu hyperaktivity na rozvoj problémového chování a očistit hyperaktivní děti, u kterých se porucha chování či porucha opozičního vzdoru neprojevila. Z níže uvedených výzkumů je zřejmé, že hyperaktivita s problémovým chováním úzce souvisí, avšak tato souvislost je nepřímá. Děti s CD či ODD mají často i ADHD, avšak děti s ADHD se nemusí projevovat problémově. Výzkumy posledních patnácti let se zaměřily na rozlišení hlavních druhů problémového chování, zda lze od sebe oddělit poruchu chování a poruchu opozičního vzdoru, což jak se ukazuje níže, bylo dokázáno.

Kombinací kategorií hyperkinetické poruchy (ADHD) a poruchy chování (CD) je hyperkinetická porucha chování. Tyto výjimky z obecného pravidla jsou považovány za oprávněné na základě klinické zkušenosti, že se obě poruchy často vyskytují souběžně a potvrzují tak důležitost smíšených syndromů. Nicméně pro diagnostickou praxi i pro výzkumné účely je důležité popisovat individuální případy v těchto kategoriích samostatně v termínech hyperaktivita, emoční porucha a na škále závažnosti poruchy chování.

Souvislost mezi ADHD a poruchou chování byla signifikantně zjištěna (Faraone, Biederman, Keenan, Tsuang, 1991)³. Zároveň bylo zjištěno, že ponejvíce se u příbuzných vyskytovala zároveň ADHD a CD, mnohem méně se vyskytovala pouze jedna z nich. Závěrem vědci dospěli k závěru, že ADHD, ADHD ve spojení s ODD a ADHD společně s CD představují kontinuum rostoucích stupňů rodinných etiologických faktorů a zároveň míru závažnosti poruchy. Studie Kuhneho, Schachara a Tanocka (1997) ukázala, že souslednost poruchy chování a hyperkinetického syndromu zhoršuje hyperaktivní symptomy a sociální dysfunkčnost, jež mají škodlivý efekt na kvalitu života postižených dětí.

Rozdíly v projevech ODD a CD zjišťovali například Schachar a Wachsmuth (1990) ve validizační studii porovnávající poruchu chování, poruchu opozičního vzdoru a kontrolní skupinu bezproblémových dětí. Děti s ODD skórovaly vysoko ve škálách ADHD, v poruchách učení a v poruchách emotivity. V porovnání s kontrolní skupinou měly signifikantně větší problémy v sociálních vztazích a pocházely z dysfunkčních rodin, kde často probíhaly manželské hádky, u otců z těchto rodin byla zjištěna často psychopatologie. V porovnání s CD byly děti s ODD méně nesocializované a méně separované od svých otců a byly více nespokojené s manželstvím svých rodičů. Tyto výsledky podporují teorii, že ODD je spíše variantou poruchy chování než odchylkou od běžného chování.

Zda je ODD předchůdcem CD zjišťovala čtyřletá následná studie (Biederman, Faraone, Milberger, Jetton, Chen, Mick, Greene, Russell, 1996). Za vzorek bylo vybráno 140 dětí s ADHD a 120 dětí v kontrolní skupině na počátku a o čtyři roky později. Na počátku studie mělo z plného počtu hyperaktivních dětí sousledně 65% dětí ODD a 22% CD. Ze skupiny ODD dětí mělo sousledně 32% i CD. Všechny děti s poruchou chování měly v anamnéze výskyt poruchy opozičního vzdoru. ODD a CD děti trpěly horšími symptomy ODD, více souslednými psychiatrickými poruchami, bipolární poruchou a dalšími abnormálními projevy v porovnání s ADHD dětmi s ODD bez CD, a těmi bez ODD i bez CD. Navíc u dětí s ODD bez projevů CD na počátku výzkumu se za čtyři roky nezvýšil risk vzniku CD, tedy do střední adolescence. V závěru lze říci, že studie prokázala, že pravděpodobně existují dva typy ODD, přičemž jedna předchází vzniku CD, druhá by se dala označit jako subsyndromální, avšak bez projevů CD i v pozdějších letech. Obě ODD varianty mají odlišné souvislosti, průběh i výstup.

Předškolní chlapci s ODD byli podrobeni dvouletému výzkumu Speltze, McClellana, DeKlvena a Jonese (1999) proto, aby vývoj poruchy opozičního vzdoru mohl být lépe rozpoznán a diagnostikován již v předškolním věku dítěte. Vzorek tvořili chlapci ve věku 4,5 – 5 let, klinicky diagnostikováni na základě DSM-III-R s poruchou opozičního vzdoru, necelá polovina (45%) chlapců s ODD trpěla i ADHD. Po dvou letech trpělo ODD, ADHD nebo oběma poruchami 76% chlapců. Z toho 25% mělo i jiné negativní projevy, předně trpělo úzkostností a/nebo poruchami emocí. Porucha chování (CD) se vyskytovala výjimečně. Děti trpící sousledně ODD a ADHD na počátku výzkumu měly v následném výzkumu průkazně častěji i další psychiatrické diagnózy. Výsledky ukazují, že ODD diagnostikovaná u předškolních chlapců je indikátorem dalších problémů v chování v následných letech, především pokud se objevuje společně s ADHD.

Na vývoj trvání a ústup symptomů ODD u dětí s ADHD se zaměřili August, Realmuto, Joyce a Hektner (1999). Cílem studie bylo mapování vývoje ODD u dětí s ADHD a možný vznik nových symptomů CD. Kromě hyperaktivních dětí byl vybrán na základě strukturovaného rozhovoru i soubor bezproblémových dětí. Výběr byl proveden na základě demografických a deskriptivních údajů, rodinné anamnézy a klinických charakteristik. Výzkum trval čtyři roky. Z počátečního souboru dětí s ADHD a ODD se u 2,3% v průběhu výzkumu vyvinula CD (43 dětí). U 57% dětí s ODD porucha trvala i po dvou a čtyřech letech, u 43% symptomy ODD ustupovaly. Negativní výchova v rodině měla vliv na přetrvávání symptomů ODD. Na základě minimálních hodnot se neprokázalo, že by ODD byla předchůdkyní CD. Na druhou stranu, pokud byla CD na počátku výzkumu diagnostikována, pak byla prodromálně či komorbidně přítomna vždy i ODD. U dětí s ADHD můžou příznaky ODD představovat pouze přechodný vývojový stav, prognosticky nemají tyto příznaky vysokou hodnotu. Pro velkou skupinu dětí s ADHD přetrvávají symptomy ODD až do adolescence a jsou spojovány s nevhodnými rodičovskými výchovnými praktikami.

Více porozumět poruše opozičního vzdoru se pokusili i Greene, Biederman a kol. (2002) ve výzkumu psychiatrické komorbidity, rodinného dysfunkčního prostředí a sociální nepřizpůsobivosti u mladistvých s ODD. Skupina subjektů s ODD bez CD (N=643), skupina subjektů s ODD i s CD (N=262) a subjekty s psychiatrickou diagnózou bez CD či ODD (N=695) byly srovnávány na základě klinických rozhovorů. Klienti s ODD s či bez CD měli signifikantně vyšší počet psychiatrických onemocnění a

³ Mezi 73 probandy s ADHD 33 (45%) splňovalo kritéria pro ODD, 24 (33%) pro CD a 16 (22%) nevykazovalo problémové chování. Riziko asociálního chování bylo největší u příbuzných dětí s ADHD a CD (34%), dále u příbuzných dětí s ADHD a ODD (24%), mnohem méně u příbuzných dětí pouze s ADHD (11%), s psychiatrickými diagnózami (7%) a v běžném vzorku (4%).

signifikantně větší rodinné a sociální neshody oproti psychiatrickým případům. Rozdíly mezi lidmi trpícími ODD a CD či bez CD byly převážně v četnosti poruch nálady a v kvalitě sociálních vztahů. ODD signifikantně korelovala s nepříznivou rodinnou atmosférou a se špatnými sociálními vztahy, i když byly ostatní psychiatrické diagnózy včetně CD kontrolovány.

Literatura:

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí: *Duševní poruchy a poruchy chování*. 1992. Ženeva/Praha: Světová zdravotnická organizace/Psychiatrické centrum.

August G., J., Realmuto G., M., Joyce T., Hektner, J., M. (1999). Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *Journal of the American Academic Child and Adolescent Psychiatry*; 38:1262-1270.

Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., Greene, R. W., Russell, R. L. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academic Child and Adolescent Psychiatry*; 35, 1193-1204.

Faraone, Biederman, Keenan and Tsuang (1991) Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: Evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychological Medicine*. 21 109-121.

Greene, R., W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, C., Goring, J., C., Faraone, V. (2002). Psychiatric Comorbidity, Family Dysfunction, and Social Impairment in Referred Youth With Oppositional Defiant Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1214-1224.

Hort, V., Hrdlička, M.; Kocourková J.; Malá E. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

Kuhne M, Schachar R, Tannock R (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*; 36, 1715-1725.

Ollendick, T. H., Seligman, L. D., & Butcher, A. T. (1999). Does Anxiety Mitigate the Behavioral Expression of Conduct Disorder in Delinquent Youths? *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 565-574.

Schachar R. J., Wachsmuth R. (1990). Oppositional disorder in children: a validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *J Child Psychol Psychiatry*; 31:1089-1102.

Speltz, M., L., McClellan, J., DeKlyen, M., Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: clinical presentation and diagnostic change. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*; 38, 838-845.

PORUCHY CHOVÁNÍ Z POHLEDU ONTOGENETICKÉHO VÝVOJE

Vývojový proces není kontinuální. První kritické období s prvními příznaky poruchy chování přichází v roce až dvou, v období vzdoru s otevřenými projevy agrese, a pak především v průběhu dospívání, kdy se rozvíjejí skryté formy agrese.

V popředí bývá v různých vývojových obdobích odlišný zásadní faktor vlivu. V předškolním a mladším školním věku hraje podstatnou roli rodina. Ve středním školním věku se přidává schopnost dítěte plnit školní požadavky. V pubescenci začínají hrát čím dál větší roli spolužáci a vztahy s opačným pohlavím, jakožto i hormonální a fyziologické změny a výkyvy nálad. V adolescenci se kromě vlivu vrstevníků objevuje v masivní míře i abusus psychoaktivních látek a alkoholu (Marcus, 2007).

Vývoj poruchy chování se mění s časem. V mladším školním věku se objevuje spíše asociální chování, od dvanáctého roku pak i antisociální chování, v klinickém modelu přecházejí projevy poruchy opozičního vzdoru do podoby vážnějších symptomů poruchy chování (Moffitt, 1993). Děti s brzkým rozvojem poruchy chování se „profesionalizují“, učí se stále nové formy agresivního chování, zatímco jejich vrstevníci po překonání nástupu puberty a získání jistého statutu mezi vrstevníky od agresivního chování upouštějí.

V určitém věku dítěte je tedy vhodné se zaměřit na odlišné psychosociální faktory a přizpůsobit celkový přístup k dítěti vzhledem k jeho schopnostem sebekontroly a anticipaci. Na základě typologie projevů chování lze též předpovědět typ agresivity v pozdějším věku dítěte (Borum & Verhaagen, 2006).

Variabilita chování se též (v adolescenci) liší dle situačního kontextu. Adolescent se může v určitém diskursu chovat dle sociálních norem, při přechodu do jiného diskursu se jeho chování může rázem změnit, adaptovat se na nové, třeba vrstevnické normy. Psycholog Thomas Grisso (2007) charakterizoval adolescenty jako „pohybující se terče“ („moving targets“), čímž chtěl naznačit, že vzhledem k proměňujícím se fyziologickým, kognitivním, emocionálním a sociálním stavům dospívajících je poměrně těžké je kvalitně diagnostikovat.

Medián věku	Vzdor	Agrese	Majetek	Status Charakter
4,0	Tvrdohlavost			
5,0	Ztráta nálady			
6,0	Vzdor, hádavost, přecitlivělost	Zlomyslnost, bitky, obviňování druhých		
6,5	Provokace druhých		Lhání Ublížování zvířatům	
7,0	Vztekllost	Násilné projevy - rvačky, Krutost	Vandalství	
7,5		Útoky, výpady	Krádeže	
8,0			Žhářství	
8,5				Záškoláctví
9,0				Vulgarita
10,0				Útěky
Medián kvadrantu	6,0 let	6,75 let	7,25 let	9,0 let

Tab. č. 1: Medián věku počátku poruchy chování (Frick, 1993, In: Barkley, 1997).

A. VÝVOJOVÁ STÁDIA PORUCH CHOVÁNÍ

a) Novorozenec, kojeneček a batole

Období základní důvěry proti základní nedůvěře je obdobím, kdy se vzniká vztahová vazba (attachement). Budování základní důvěry je dle Eriksona úkolem mateřství (1999). Matka je zásadním činitelem vývoje v novorozeneckém a kojeneckém věku. Nejen že kojí, laská, uspává, ale celkově vytváří atmosféru přijetí či odmítnutí, pochopení či nepochopení potřeb dítěte. Pokud je kontakt uspokojivě

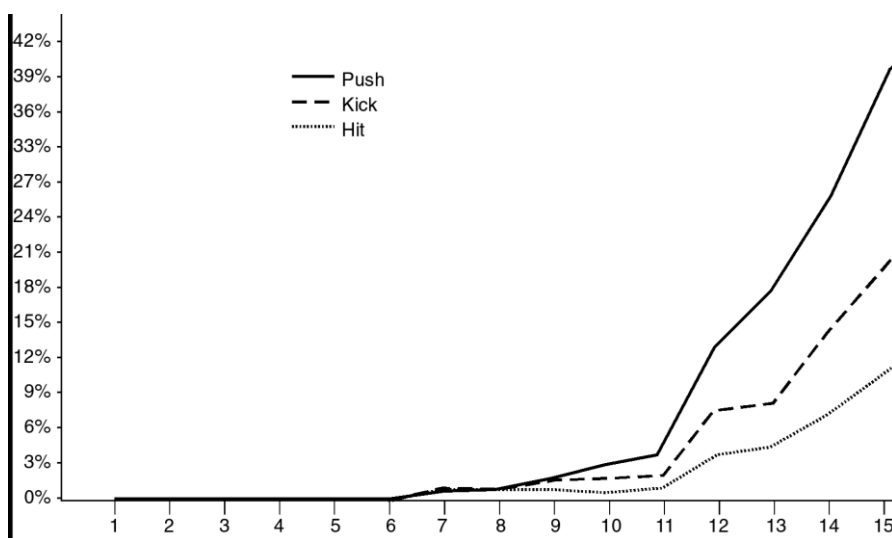
navázán, má dítě v budoucnu ulehčen vstup do světa lidí. Vytváří se bezpečná vazba. Pokud je mezi matkou a dítětem nepřirozený nesoulad, může dojít k vytvoření vazby nekvalitní, odmítavé, úzkostné či zmatené (Bowlby, 1969, Bleiberg, 2001). Prožíváním kontaktů s nejbližšími si dítě utváří (či neutváří) vědomí identity. Pozitivní sebeobraz a pocit vlastního já předurčuje úspěšné zvládnutí sociálních vazeb a sociálních úkolů v budoucnu či vulnerabilitu k poruše osobnosti. Narušená vztahová vazba může být nejistá-vyhýbavá, nejistá-úzkostná a chaotická.

Již ve třech měsících jsou dle mimického výrazu dítěte zaznamenány projevy vzteku. Mezi šesti a dvanácti měsíci dovedou kojenci projevovat hněv. V jednom roce dokážou vyprovokovat akce, které vedou u starších jedinců ke konfliktům (Koukolík, 1996). Chlapci se již v tomto věku chovají o něco zlostněji než dívky, jsou emočně labilnější a více se upínají na matky.

Batolecí období, Eriksonem (1999) nazývané „Autonomie versus stud a pochyby“, je obdobím prověření vybudovaného vztahu s rodiči a zárodků identity. Dítě se setkává s opravdovým světem, začíná explorovat, zkoušet jak jeho já působí na okolní svět a naopak. Experimenty spojené s osamostatňováním se neobejdou bez překračování dosud platných hranic. Dítě chce v tomto období spoustu věcí ochutnat, zažít, mít, držet, vlastnit. Freudovo anální stádium obrazně naznačuje tendenci batolete držet si něco pro sebe a zároveň učením se schopnosti nechat věci být, uvolnit stažení. Dítě si vytváří svůj vlastní styl chápání a uchopování světa. Jeho úkolem je vlastnit co nejvíc, vytyčit si pro sebe co nejvýhodnější postavení, úkolem rodičů je obstát v udržení hranic. Zároveň s obdobím vzdoru přichází i výbuchy agrese jak vůči vrstevníkům tak vůči dospělým, avšak většinou útočí na předměty než na lidi. Pokud se rodičům podaří nastolit řád s pevně danými hranicemi, avšak bez zbytečně tvrdých pravidel, usnadní tím dítěti opět cestu ke snadnější socializaci. Dle Eriksona je toto období rozhodující pro poměr mezi láskou a nenávistí, spoluprací a vzdorovitostí, svobodou a útlakem. Dítě by si mělo zafixovat pocit sebekontroly bez ztráty sebeúcty.

V tomto období již lze diagnostikovat projevy poruchy chování s opozičním vzorem. Narušená vazba mezi matkou a dítětem se prohlubuje. Matka nechápe přirozené popudy potomka, její reakce jsou neadekvátní k jeho potřebám (Bleiberg, 2001). Chování rodičů je podobně jako v minulém období buď přirozeně bezpečně, nebo jsou příliš laxní, úzkostní, násilní či vnášejí do kontaktu chaos a reagují dvojnou vazbou. V nepodnětném a zneužívajícím prostředí nemá dítě podmínky k vytvoření pocitu vlastního self. V dezorganizovaném vztahu s rodiči nemá možnost poznat sociální hranice, neučí se navázat kontakt. Nedůsledná výchova jej učí zkoušet vyrovnávat se s patologickými podněty a projevovat své vlastní touhy a potřeby různými maladaptivními způsoby. Pocit ztráty sebeovládání a pocit cizí dominance vyvolává naopak trvalý sklon k pochybnostem a studu.

Tato zjištění dokazují, že pokud se v raném období dítě projevuje otevřeně agresivně nad rámec normy, je agresivní chování předzvěstí rozvoje poruchy chování. Dalo by se říci, že projev agrese v raném stádiu je nutnou prerekvizitou k pozdějším násilným projevům (Patterson, 2002). Patterson doporučuje zaměřit se na chování batolete ve věku od 27 měsíců do 132 měsíců věku. Důvodem je zjištění, že zatímco kolem 17 měsíce vykazovala většina batolat zvýšeně agresivní chování (kopání, kousání, bouchání), v dalším období výskyt agresivního chování razantně klesá (méně než 5% dětí). Čím déle dítě vykazovalo agresivní chování, tím více bylo pravděpodobné, že se zvýší krutost tohoto chování (Patterson, 1982 In Patterson, 2002).



Graf. č.2 : Kumulace fyzicky agresivního chování v průběhu ontogenetického vývoje (Tremblay a kol. 2000).

b) Předškolní věk

Stádium iniciativy proti vině (Erikson, 1999) se vyznačuje postupným osamostatňováním dítěte a jeho vzrůstající aktivitou. Iniciativa podněcuje rozvoj schopnosti plánování a dalších exekutivních funkcí spojených s dosažením cíle (úsudek, motivace, apod.). Pocit viny se vyvíjí při pochopení společenských tabu a nastavených hranic, které Freud trefně vyjádřil Oidipovským komplexem. S pocitem viny vzniká i pocit svědomí, které hraje v dalších fázích morálního vývoje podstatnou roli. U dítěte s rozvíjející se poruchou opozičního vzrodu z předchozího stádia bude záležet opět na kvalitě vztahu s rodiči, jak tento vývojový úkol zvládne. Rodina je samozřejmě stále základním činitelem v procesu socializace dítěte, které je na ní závislé, přebírá zde základní normy a vzorce chování.

Celkově v období předškolního věku míra agresivity klesá, a to z důvodu učení se strategiím zvládání konfliktů a zvýšením kontroly nad vlastní impulzivitou. Problémové chování v pozdějším věku lze odvodit neschopnosti sebekontroly a špatných vrstevnických vztahů, případně vzdorného chování vůči rodičům. Potyčky se sourozenci hrají významnější roli v predikci pouze tehdy, když eskalují do mimořádné výše (Storashak a kol., 1996, in Koukolík, 1996).

Při brzkém nástupu problémového chování byly zjištěny základní charakteristiky, jež projevy poruchy chování doprovázejí. Dítě je ve školce agresivní a zároveň nejedná prosociálně (nepomáhá, nerozpoznává pocity, není přívětivý k vrstevníkům), korelace mezi agresivitou a prosociálním jednáním byla $r = -0.60$, $r = -0.65$ (Ladd, Profilet, 1996). Těsně spolu souvisí i projevy agrese a odmítnutí a vyčlenění vrstevníky ($r = 0.59$, $r = 0.50$). Sledování dětí v průběhu jednoho roku ukázalo, že projevy nesocializovaného chování zůstávají stabilní a rozvoj prosociálního chování stagnuje, tyto děti byly po roce ještě více svými spolužáky odmítány. Můžeme tedy konstatovat, že dítě s problémovým chováním je nesocializované, neumí navazovat dobré vztahy s vrstevníky a bývá agresivní. Situaci může zhoršovat přítomnost poruchy pozornosti, impulzivita a hyperaktivita.

Na Cloningerově a Grayově testu osobnostních dimenzí (Tremblay, Phil, Vitaro, Dobkin, 1994) byl zkoumán vliv jednotlivých dimenzí na rozvoj asociálního chování u chlapců v mateřských školkách a ve věku třinácti let. Dimenze impulzivita byla nejlepším prediktorem stabilně vysoce delikventního chování. Úzkostnost a závislost na odměně byly taktéž signifikantní, avšak již slabší proměnné. Cloningerův předpoklad, že chlapci s vysokým skóre impulzivita a nízkým skóre úzkostnosti a závislosti na odměně budou nejvíce ohroženou kategorií při vzniku antisociálního chování, se potvrdil. Chlapci, kteří vysoce skórovali v impulzivitě, nízkou v anxiety a vysoko v závislosti na odměně, byli mnohem méně delikventní. Prevence delikventního chování by měla být vzhledem k výše uvedeným faktům započata již u dětí, které vykazují problémové chování v mateřských školkách.

Aktivační systém chování u dětí hraje významnou roli v ranném vývoji delikvence, avšak nelze jej oddělovat od potřeby sociálních odměn, které též významně ovlivňují chování dětí. Styl chování se vytváří v předškolním věku dítěte. Zde se začínají ukazovat i pohlavní rozdíly mezi chlapci a děvčaty. Chlapci se chovají útočněji než děvčata, forma jejich agresivity je otevřená, impulzivní. Dívky se chovají

pravděpodobně méně agresivně, zřejmě proto, že jejich forma agresivity je většinou skrytá, ve formě ostrakizace soupeřky a pomluv. Ke svým prohřeškům se přiznávají mnohem neochotněji než chlapci. (Crick a Grotper, 1995, in Koukolík, 1996).

c) Mladší a starší školní věk

Ve stádiu přičinlivosti proti inferioritě (Erikson, 1999) se dítě učí manuálně pracovat a dělat činnosti společně s ostatními. Pokud dítě není schopno překonávat překážky na akademické půdě a v sociálně rozvíjejícím se prostředí, cítí se být méněcenným a upadá do stále větší izolace. Ačkoliv je toto období nazýváno dle Freuda latentním, čímž je myšleno, že neprobíhá období převratných krizí a bouří, je velmi důležité pro další vývoj. Období mladšího školního věku by se dalo přirovnat ke vstupu do společnosti.

Vágnerová (1997) charakterizuje tři kategorie, které jsou základem problémového chování: 1) problémy v oblasti školního prospěchu, kdy žák má horší výsledky, než by se dalo očekávat vzhledem k jeho intelektu, 2) problémy v oblasti chování, především nápadnosti v projevech chování a v narušování sociálních norem, 3) problémy v oblasti citového prožívání, kdy se připojují k výše zmíněným problémům emocionální afekty a celková labilita prožívání.

Z vývojového hlediska se považuje věk mezi šestým a patnáctým rokem za rizikový. Přispívá k tomu počátek školní docházky, puberta a s tím spojené vývojové úkoly tohoto období. K předešlým potížím v socializaci se přidává faktor školního výkonu a skupinovitost. Jednání není povětšinou plánované, je vedeno impulzivně zpracovaným afektem. Typické formy dětské fyzické a verbální agrese jsou rivalita, šťouchání, bití a domáhání se vlastnictví. Riziko je především v tom, že sociální vývoj je u dítěte s příznaky problémového chování zpomalen, někdy i zastaven a propast mezi dítětem a „normálními“ vrstevníky se rozšiřuje. Některé děti po neúspěšných pokusech o začlenění mezi vrstevníky regredují stažením do lůna bazální rodiny, jiné, většinou se jedná právě o děti s problémovým chováním, si razí svoji vlastní cestu, budují své vlastní sociální sítě (Marcus, 2007).

Roli raného rozvoje problémového chování, IQ, pozdějšího školního úspěchu a delikventního chování zkoumali Ferguson a Horwood (1995). Výzkum byl proveden u kohorty novozélandských dětí měřením externálních symptomů chování (problémové chování, nepozornost) a měření inteligence u dětí ve věku 8 let, jejich akademický úspěch ve věku 13 let a delikventní chování ve věku 15 let. Byly zjištěny dva sousledné typy vývoje u dětí, které spolu vzájemně souvisely. U prvního typu ranné symptomy nepozornosti a problémového chování společně s IQ zapříčiňovaly pozdější akademický neúspěch a delikventní chování v adolescenci. Druhý typ dětí sice mělo také problémy s dosažením akademického úspěchu na základě poruchy pozornosti a nižšího IQ, ale tyto děti neměly tendenci k delikventnímu chování.

Ukazuje se, že projevy násilného chování vrcholí kolem čtrnáctého až patnáctého roku (v osmém ročníku ZŠ), kdy se rvaček účastní 23% žáků (USDHHS, 2006). Národní longitudinální studie zdraví adolescentů (Add Health, 2006) také prokázala, že projevy agrese a násilí narůstají od sedmého ročníku do devátého ročníku ZŠ, kde kulminují. Forma agrese je v této době interpersonální, často jde o osobní konflikty ústící v potyčky. Na půdě školy jsou rvačky poměrně běžnou událostí, účastní se jich mezi 22 a 35% žáků na různých školách v různých státech USA. Samozřejmě vzrůstá i počet obětí těchto konfliktů, vyostřuje se dynamika třídního kolektivu a narůstají projevy šikany.

Výzkumy potvrzují, že děti, které se chovaly agresivně, byly odmítané vrstevníky a selhávaly v rozvoji sociálně kompetentních vztahů, a to v průběhu celého mladšího i staršího školního věku. Zároveň si chlapci ve věku od devíti do jedenácti let vybírali kamarády s podobnými asociálními projevy (Poulin, Boivin, 2000). Dále bylo zjištěno, že děti, které byly odmítané ve školce, projevovaly ve třetím ročníku základní školy agresivitu více než ve školce (Dodga a kol., 1990).

d) Adolescence

Adolescenti s problémovým chováním mívají specifické potíže, které se projevují ve zpomaleném vývoji konceptuálních schopností: vnímání stálosti objektu, vytváření symbolů, uchovávání podnětů a v egocentrismu (Benevento, In: Wheeler & McConville, 2002). Proces uvědomování je u těchto jedinců narušen odcizeným vnímáním. Mívají potíže s uvědomováním tělesných procesů a koordinace, bývá narušen senzorický systém, paměť a pozornost, mívají snížené porozumění neverbálním situacím, nezvládají své emoce, je narušeno abstraktní myšlení, předvídavost, kooperace a prosociální chování (Benevento, In: Wheeler & McConville, 2002).

Vrchol agresivního chování lze pozorovat v deváté třídě základní školy, tedy ve věku 14–15 let dítěte, ve fázi vrcholu puberty, kdy se zvyšuje míra konfliktů, osobních potyček i skupinových rvaček a zvyrazňují se neshody v interpersonálních vztazích (Add Health, 2006). Zvyšuje se i míra spáchaných zločinů jako použití zbraně v potyčce, a úměrně se zvyšuje i počet obětí, které jsou u rvaček a interpunitivní agrese přítomny. Mnoho chlapců následně od nevhodného chování upustí a

odkloní se od patologického vývoje. Důvodem je méně rizikových faktorů či více protektivních faktorů, které patologické projevy zmírňují (Loeber & Stouthammer-Loeber, 1998).

Přestože v průběhu starší adolescence klesá počet fyzických potyček, závažnost projevů agrese se stupňuje. Závažné agresivní projevy jsou však páčány poměrně malou skupinou adolescentů se závažnými poruchami chování (Marcus, 2007).

Pravděpodobnost zadržení policií koreluje s mírou antisociálních projevů u adolescentů. Chlapci, kteří se neprojevovali ve čtvrtém ročníku ZŠ agresivně, ale v průběhu adolescence se jejich skryté antisociální chování zintenzivňovalo, jeví známky postupného zvýšení rizika zadržení na střední škole. Na konci střední školy křivka antisociálního chování rapidně klesá, což podporuje hypotézu pozdního začátku poruchy chování v adolescenci (Patterson, Reid & Snyder, 2002).

V České republice je vývoj problémového chování obdobný jako v západních zemích. Statistika policie České republiky (Policejní prezidium ČR, 2009) rozděluje dětské pachatele na nezletilé (1–14 let) a mladistvé (15–18 let). Z kriminologického výčtu událostí od začátku ledna 2009 do konce dubna 2009 můžeme sledovat vývoj a kvantitu deliktů v kohortách mladšího a staršího školního věku a adolescence⁴. Z výčtu je patrné, že projevy poruch chování u menší skupiny adolescentů nemizí a lze předpokládat, že pokračují i v dospělém věku.

e) Mladá dospělost

Dle klasifikací (MKN/DSM) se porucha chování progreduje v dospělosti v tzv. disociální/antisociální poruchu osobnosti. Důsledky vývojové poruchy chování se projevily ve všech zkoumaných oblastech (práce, sex/láska, sociální vztahy, kriminalita) u vzorku mladých dospělých, kteří strávili většinu svého dětství v dětských domovech a výchovných ústavech (Zoccolillo, Picles, Quinton, Rutter, 1992). Většina subjektů s poruchou chování měla pronikavé (avšak ne vždy závažné) sociální potíže v porovnání s vrstevníky bez poruchy chování. Méně než polovina této skupiny měla dle DSM-III diagnostikovanou antisociální poruchu osobnosti. Potvrdil se i předpoklad, že potíže v sociální oblasti kontinuálně přetrvávaly do dospělosti, porucha chování byla víceméně nezbytnou podmínkou pro psychické obtíže v dospělosti.

Porucha chování jako nejčastější psychiatrická diagnóza, ze které se ve třetině případů vyvíjí disociální porucha osobnosti, byla zkoumána klinickou studií zaměřenou na prediktory antisociálního chování v dospělém věku (Smirnov, Elander, Holmshaw a kol., 2004). Cílem studie bylo zjistit nezávislé a závislé proměnné vývojových charakteristik vedoucí k přetrvávající disociální poruše osobnosti v dospělém věku. Vzorek tvořila dvojčata, která byla od dětství systematicky posuzována po dobu 10 – 25 let. Celkový počet 225 dvojčat byl podroben rozhovoru týkajícího se psychiatrických diagnóz v dětství i dospělém věku, psychosociálního fungování a psychosociálních a kognitivních riskantních faktorů. Výsledky ukázaly relativně silnou souvislost mezi hyperaktivitou a poruchou chování v dětství a rozvojem antisociální poruchy osobnosti a kriminálních činů v ranné nebo střední dospělosti. Nízké IQ a SPÚ byly předními faktory předpovídajícími rozvoj antisociálního chování. Počet a rozsah symptomů hyperaktivity a poruchy chování měl vliv na rozvoj disociální poruchy osobnosti. Přes polovinu zkoumaných mužů mělo poruchu osobnosti, z žen pouze pětina. Mladší lidé více registrovali, že trpí poruchou osobnosti než starší ročníky. Hyperaktivita měla signifikantně vztah k poruše osobnosti. Soudně trestaní chlapci a mladší účastníci výzkumu byli častěji členové delikventních skupin. Specifické poruchy učení byly frekventovanější u mužů, ale nebyl zjištěn rozdíl ve statusu a věkové skupině. Muži byli dvakrát více poznamenáni disociální poruchou osobnosti než ženy, avšak rozdíl byl patrný pouze v ranné dospělosti. Rozvoj disociální poruchy osobnosti závisel na kombinaci symptomů AHDH a CD, pouze 13% účastníků výzkumu mělo diagnostikovanou disociální poruchu osobnosti v ranné dospělosti, pokud nesplňovalo kritérium hyperaktivity a poruchy chování. 65% dotázaných trpělo disociální poruchou osobnosti a zároveň splňovalo kritéria obou diagnostických kategorií. Pouze jeden účastník netrpěl

⁴ Nezletilí, tedy děti mladšího a staršího školního věku, nespáchali žádnou vraždu, ale 27krát ublížili úmyslně na zdraví, též byly zjištěny případy znásilnění (8 případů) a pohlavního zneužívání (35). Z nepřímých projevů agrese se vyskytovalo ponejvíce vloupání (celkem 129), krádeže (221) a vyhrožování (2). Z dalších projevů poruch chování bylo zaznamenáno neoprávněné držení cizí platební karty (21), zakládání požárů (3) a šíření poplašné zprávy (5). V období adolescence se zvyšuje počet závažných násilných, pasivních i aktivních, přímých i nepřímých forem agrese. V prvním kvartálu roku 2009 byla spáchána jedna vražda, přičemž vrah osobně svoji oběť znal, 99 adolescentů ublížilo někomu úmyslně na zdraví, 4 napadli policistu. Dále bylo zjištěno ve zvýšené míře oproti kohortě nezletilých vyhrožování (12), vydírání (29) a přibýlo týraní spolubydlící osoby (2). Počet znásilnění byl podobný jako u nezletilých (7), ale přibýlo činů sexuálního zneužívání (42). Nepřímá agresivní činnost formou krádeží a loupeží také narostla (loupeže 473, krádeže 565). Objevily se podvody (9). Znásobily se případy výtržnictví (56) a sprejství (163) (Policejní prezidium ČR, 2009).

v mládí poruchou osobnosti ani hyperaktivitou a zároveň měl diagnostikovanou antisociální poruchu osobnosti v ranné dospělosti, avšak páchal násilné útoky v průběhu sledovaného věkového období.

Výzkum Moffita, Caspi, Harringtona a Milneho (2002) částečně potvrdil teorii trvalého životního nasměrování (the theory of life-course-persistent) a adolescenci limitovaného asociálního chování, avšak zároveň tuto teorii z části vyvrátil. Byla zkoumána skupina šestadvacetiletých mužů, kteří byli v adolescenci označeni v Dunedinově longitudinální studii jako děti a adolescenti s počátečními projevy antisociálních symptomů. Děťští „začínající“ delikventi měli ve svých dvaceti šesti letech prohloubené psychopatické osobnostní rysy, psychické a zdravotní problémy, trpěli závislostmi na různých látkách, část z nich měla finanční problémy, pracovní nesnáze, drogovou a násilnou kriminální činnost, zahrnující násilí vůči ženám a dětem. Adolescenti s počátečními delikventními projevy měli ve dvaceti šesti letech méně extrémních projevů antisociálního chování, avšak prohloubily se rysy impulzivity, psychické a zdravotní obtíže, závislosti na látkách, finanční problémy a majetkové přestupky. Třetí skupina mužů, kteří byli v dětství agresivní, ale neprojevovali se příliš delikventně v adolescenci, zastupovala chroniky nízkého stupně, kteří byli úzkostní, depresivní, sociálně nezvladatelní, izolovaní, mající pracovní a finanční problémy. Opět se ukázalo, že prevence v časném věku může odvrátit maladaptivní projevy v chování v dospělém věku.

Příznaky poruchy chování v dospělosti, množství symptomů, přítomnost rozvrzatného chování a bezprostřední zkušenosti s problémovým chováním naznačují oblasti, ve kterých by měly být zavedeny účinné intervence u dětí a adolescentů s problémovým chováním.

B. Generové rozdíly u poruchy chování

Většina studií zabývajících se asociálním chováním se věnovala spíše chování chlapců. Až poměrně nedávny masivní rozvoj agresivního chování u dívek vedl k podrobnému zkoumání rozdílů a podobností mezi pohlavími. V letech 1989 – 1993 vzrostl v Americe podíl zadržených dívek více než dvakrát oproti mužům. Další vývoj ukazuje, že zatímco agresivní chování u chlapců se v devadesátých letech rapidně snížilo, u dívek k poklesu nedošlo. Asociální chování dívek se začíná blížit statistikám chlapců. V roce 2002 bylo z celkové sumy zadržených delikventů 30% dívek. Jedna z teorií vysvětlujících nárůst delikvence u dívek je postavena na změně sociálních struktur v západních zemích. Odlišná výchova a změna kulturního postoje se projevila ve změně vnímání projevů agresivity u dívek. Teorie rozvoje poruch osobnosti od dětství přikládá váhu rozšíření výskytu emočně nestabilní poruchy osobnosti, a to převážně u žen, v cca 75% případů (Bleiberg, 2007).

Jisté z výzkumů zatím je, že fyzickou agresí se projevují spíše chlapci (50-66%) než dívky (15-30%) (Add Health, 2006). Chování chlapců potvrzuje teorii brzkého a pozdního počátku poruchy chování (Moffit, 1993), chování dívek tuto teorii nepotvrzuje. Dívky se vymykají statistickým údajům, jejich trajektorie vývoje agresivního chování je prozatím neprůkazná. Jedním z důvodů je to, že výzkumů antisociálního chování, zaměřených na ženy a dívky, je mnohem méně. Asi 33% žen s LCD spáchalo v dospělosti násilný čin, a celých 45% žen spáchalo násilný čin v dospělosti bez dřívější násilné anamnézy. Míra agresivního chování u dívek není spojována s časností začátku projevů, avšak potvrzuje se, že míra agresivity je u dívek stabilní stejně jako u chlapců (Borum, Verhaagen, 2006).

Dívky projevují agresivitu spíše skrytě (pomluvy, vyloučení sokyně), chlapci spíše otevřeně, chovají se častěji násilně a jejich činy jsou brutálnější (fyzické konflikty, loupeže, ozbrojená přepadení, použití zbraně) (Odgers, Moretti, 2002). Agresivní chování dívek ovlivňuje více než chlapce nevhodné rodinné zacházení, také bývají více zneužívané a častěji jsou obětmi násilí. Jejich agresivní chování se více odvíjí od prožitého traumatu, mnohem častěji mívají delikventky diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchu (ve 49%) a dalších 12% vykazuje přítomnost posttraumatických symptomů (Cauuffman, Feldman, Waterman a Steiner, 1998 in Borum a Verhaagen, 2006).

Literatura:

Add Health (2006). Wave I. Full data set. National Longitudinal Study of Adolescent Health. Chapel Hill, NC.

Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Borum, R., Verhaagen, D. (2006). *Assessing and managing violence risk in juveniles*. New York: Guilford Press.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment (2nd Ed.)*. New York: Basic Books (nová edice 1999, původně otištěno 1969).

- Dodge, K., A., Price, J., Bachorowski, J., Newman, J. (1990). Hostile attribution biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392.
- Erikson, E. H. 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Nakladatelství Lidových novin.
- Fergusson, D., M., Horwood, L., J. (1995). Early disruptive behaviour, IQ, and later school achievement and delinquent behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 183 -199.
- Koukolík, F., & Drtilová, J. (1996). *Vzpouza deprivantů*. Praha: Galén.
- Ladd, G. W., & Profilet, S. M. (1996). The child behavior scale: A teacher-report measure of young children's aggressive, withdrawn, and prosocial behaviors. *Developmental Psychology*, 32(6), 1008-1024.
- Markus, R., F. (2007). *Aggression and Violence in Adolescence*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Moffitt, T., E. (1993). Adolescent-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 647-701.
- Moffitt, T., E., Caspi, A. (2001). Childhood Predictors Differentiate Life-course Persistent and Adolescence-limited Antisocial Pathways among Males and Females. *Development and Psychology*, 13, 355-375.
- Odgers, C., & Moretti, M. M. (2002). Aggressive and antisocial girls: Research update and challenges. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 103-119.
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. Viz J. B. Reid, G. R. Patterson, J. Snyder (Eds.) *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, 25-44.
- Smirnov, E., Flander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., Rutter, M. (2004). Predistors of antisocial personality; Continuities from childhood to adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127.
- Tremblay, R., E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24, 129-141.
- Vágnerová, M. (1997). *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum.
- Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D., Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality and conduct disorder. *Psychological Medicine*, 22, 971 -986
- USDHHS (2006). <http://www.surgeongeneral.gov/topics/underagedrinking/calltoaction.pdf>

ETIOLOGIE A PATOGENEZE PORUCHY CHOVÁNÍ

Etiologie poruch chování není jednoznačně známá a zahrnuje faktory sociálně-kulturní, psychologické, genetické i biologické (Karnik, McMullin, & Steiner, 2006). Děti a adolescenti vykazující problémy v chování mají obvykle problémy i v ostatních oblastech života (zneužívání drog, psychické potíže a potíže ve školním výkonu). Jednotlivé negativní aspekty mezi sebou souvisí (Krueger, Caspi, Moffitt & Silva, 1998). Zneužívání drog je povětšinou spojeno s kontaktem s delikventními vrstevníky, kouření marihuany s nízkým školním výkonem atp. K faktorům, které ovlivňuje sám jedinec, se přidávají sociálně-kulturní faktory jako insuficientní rodinná výchova, špatná rodičovská kontrola, chladné vztahy i genetické a biologické faktory jako hyperaktivita, impulzivita, snížená produkce dopaminu apod. Dohromady vytvářejí vnější faktory tzv. utvářející spektrum tvořící jádro většiny antisociální psychopatologie.

Prediktory poruchy chování

Porucha chování vzniká kumulací negativních efektů chování a osobnostních dispozic (Elliot & Tollan, 1999). Dalo by se říci, že při diagnostice může vést opomenutí některého z rizikových faktorů k zásadní chybě v diagnostickém úsudku. Každá proměnná má svůj vliv na celkový obraz poruchy chování u konkrétního jedince. Také je nutno, jak již bylo řečeno dříve, přihlídnout k vývojovému období, neboť jednotlivé faktory mají v různém věku různou sílu.

V dětství (6–12 let) jsou nejsilnějšími prediktory poruchy chování v adolescenci: brzké antisociální chování, abusus drog, fyzická nebo verbální agrese vůči osobám či majetku a další výchovné problémy jako výbuchy hněvu, dále přítomnost antisociálních rodičů s kriminální, patologickou a/nebo násilnou minulostí (Loeber & Farrington, 1998). V adolescenci (12–15 let) jsou nejvýznamnějšími prediktory: asociální kamarádi, dřívější antisociální chování (agrese, delikvence, fyzické násilí), výkon ve škole, psychologické podmínky a vztah mezi dítětem a rodičem (Lipsey & Derzon, 1998). Rodiče s antisociálním chováním a abusus drog jsou v tomto období mnohem slabšími prediktory než v uplynulém období (Borum & Verhaagen, 2006). Mezi nejčastější příklady rizikového chování patří v adolescenci opilost a abusus alkoholu, na druhém místě zneužívání marihuany a následně dalších drog. Alkohol potencuje rozvoj agresivního chování více než heroin a marihuana (Dawkins, 1997). Policejní statistiky (Policejní prezidium policie ČR, 2009) ukazují, že kolem jedné třetiny trestných činů bylo spácháno pod vlivem alkoholu, podobné výsledky ukazují americké statistiky (U.S. Department of Health and Human Services, 1999). Vysvětlením může být vliv alkoholu na neuropsychické funkce. Alkohol disinhbuje kontrolní a exekutivní funkce organismu, čímž je dán volný průchod potlačeným afektům a impulzivním vzruchům. Při chronickém abusu alkoholu se může rozvinout alkoholová žárlivost a zvyšovat paranoidní nastavení. Výzkumy abusu psychoaktivních látek a alkoholu také ukázaly, že adolescenti bývají uživateli několika substancí zároveň („multi-users“). Většinou se jedná o alkohol ve spojení s marihuanou a přidávají se experimenty s LSD, MDMA, kokainem, pervitinem a heroinem. Dalším častým projevem rizikového chování je nadměrné střídání sexuálních partnerů a nedodržování základních pravidel bezpečného sexu (USDHHS, 2006).

Trvalým rysem podněcujícím afektivní reakce je neuroticismus. Do rysu neuroticismu bývá zahrnováno emocionální rozčilení, nedostatek sebevědomí, přecitlivělost ke kritice, tenze, obavy a bázlivost (Marcus, 2007).

Snížené sebevědomí bývá považováno za významný rizikový faktor. Děti, které zažily ponižování a zneužívání, mívají nízké a silně narušené sebevědomí, jsou senzitivnější k nespravedlnosti, pokud je na nich páchána, a špatně snáší negativní zpětnou vazbu. Není však pravdou, že zvýšení sebevědomí u těchto dětí snižuje riziko agresivního chování. Naopak studie dokázaly, že zvyšování sebevědomí, například terapeutickými strategiemi, může ještě zvýšit výskyt agresivity (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Někteří adolescenti si vytváří idealizované falešné sebevědomí, které je přebujelé, a může inhibovat eskalaci násilí, pokud je jedinec přesvědčen, že křehký sebeobraz ohrožen narušením (Hughes, Cavell, & Grossman, 1997).

Individuální rizikové faktory

Otázka, zda jsou na vině při rozvoji poruchy chování spíše geny či vlivy rodinné výchovy, je již v dnešní době pravděpodobně bezpředmětná. Převládla teorie multideterminismu poruch chování se snahou pokusit se zjistit podíl nature a nurture v celkovém obrazu poruchy (Miles, van den Bree & Pickens, 2002). Zde jsem se zaměřila na individuální faktory, neboť s těmi lze terapeuticky pracovat. Účinné intervence a psychoterapie bývají zaměřeny právě na tuto oblast vlivu na adolescenty s poruchami chování.

Charakteristickým rysem poruchy chování je neakceptování sociálních norem jedincem, který je chápe, avšak nedokáže či nechce se jimi řídit (Vágnerová, 2004). Jak již bylo výše řečeno, jedinci s poruchou chování nedokáží navázat plnohodnotné mezilidské vztahy. Ke kvalitnímu kontaktu je nutné respektovat hranice druhých osob, umět se do nich vcítit a pochopit je, případně zachovat se altruisticky. Děti s poruchami chování tyto vztahové kvality jako je empatie, kontrola emocí, dodržování práv druhých a altruismus nemají dostatečně rozvinuty, jsou signifikantně více zaměřené samy na sebe, více se soustřeďují na vlastní cíle a výhody plynoucí z mezilidských vztahů, jsou daleko impulzivnější a hůře se přizpůsobují měnícím se podmínkám.

Osobnostně akcentovaní jedinci nechápu sociální kontext a nejsou schopni vzhledem do sociálních interakcí (Krueger, Caspi, Moffitt & Silva, 1998). Snížená schopnost složitějších logických operací a úsudku zvyšuje pocit frustrace a možnost agresivního jednání. Vzhledem k tomu, že v mladším a starším školním věku i v adolescenci je zvládnutí školních povinností a požadavků jedním ze základních cílů, selhání v akademické oblasti znamená pro žáka zúžení možností budoucí seberealizace, tedy možnosti naplnit své schopnosti a záměry.

Deficit v emoční inteligenci je způsoben distorzí percipované události. V sociálních situacích mohou mít adolescenti potíže s dekodováním, což je důsledkem snížené pozornosti vůči sociálním vodítkům, mohou se vyskytovat atribuční chyby způsobené očekáváním nepřátelského chování, objevuje se misinterpretace sociálních vodítek, především chybné usuzování na afektivní prožívání druhých, a celkově problémy s řešením situací, což je dáno sníženými dovednostmi řešit problémy jinak než násilím (Coie & Dodge, 2006).

Impulzivní vyhledávání vzrušení (novelty seeking) zahrnuje sníženou schopnost plánování a tendenci jednat impulzivně (White, Bates, & Buyske, 2001). Aktivní vyhledávání vzrušujících zážitků bývá podmiňováno zvýšenou citlivostí na vnímání nudy, disinhibovaným chováním (např. pod vlivem alkoholu), vyhledáváním nových zkušeností jdoucím ruku v ruce s nekonvenčním životním stylem a neplánovanými aktivitami a náhodnými známostmi i s vyhledáváním dobrodružství v podobě adrenalinových sportů a neobvyklých zážitků.

Časté zaměňování poruchy pozornosti a hyperkinetického syndromu (ADHD) a poruchy chování (CD) má příčinu v úzké korelaci mezi těmito dvěma poruchami. Komorbidita obou poruch je významným prediktorem rozvoje závažnějšího antisociálního chování v adolescenci, riziko je pětikrát vyšší než u vrstevníků bez poruchy pozornosti (Barkley, 1997). Loeber & Stouthamer-Loeber (1998) považují hyperaktivitu za významný facilitátor pervazivní poruchy chování (LCP) z několika důvodů: slabé kognitivní schopnosti projevující se špatným školním výsledkem, projevy opozičního chování a brzký rozvoj agresivního chování.

Impulzivita hraje roli ve zvýšení projevů násilného chování (Farrington, 1994). Impulzivita vedoucí k neplánovanému vyhledávání zážitků hraje důležitou roli i při neschopnosti odolat popudu, při kontrole impulsu a ve schopnosti odložit aktuální potřebu na pozdější dobu, což se týká sebeuvědomování. Zdá se, že impulzivita je poměrně stabilním rysem osobnosti, jenž má dopad především na afektivně vyvolanou agresi (Raine, Dodge, Loeger, Gatzke-Kopp a kol., 2006). Může být definována (Webster-Stratton & Hammond, 2007) jako: a) interpersonální dysfunkce, b) nepřítomnost plánů, c) snížené sebevědomí, d) vztek, zuřivost a nepřátelskost, e) nepřebírání zodpovědnosti. Zásadním rozdílem mezi naučenou a impulzivní agresivitou je, že impulzivní chování postrádá logiku. Impulzivní jednání je definováno jako reakce na aktuální podnět bez racionálního zpracování. Thomae je dává do souvislosti s pudovou reakcí ovládanou afektivní složkou. Impulzivní jednání je nekontrolované, explosivní, a zároveň i nekontrolovatelné (Jaspers, In: Nakonečný, 1972).

Sociální kontext

Vliv na rozvoj poruchy chování má rodinné prostředí, v pozdějším věku se připojuje sociální prostředí, škola, míra patologie v okolí bydliště a v partě, ke které adolescent náleží, a další kulturní vlivy.

Kazdin (2000) identifikoval rodinné faktory, které se mohou podílet na předčasném ukončení léčby: socioekonomický status, rozložení rodinné konstelace (mladší matka, rodiče samoživitelé), velký rodičovský stres, rozdílné výchovné praktiky⁵ a antisociální chování v anamnéze rodičů. Studie rodin

⁵ Výchovné styly: Autokratický (autoritativní, dominantní): typické jsou příkazy a tresty, snížená schopnost chápání potřeb dětí, jejich přání a odlišností. Děti mají malý prostor pro rozvoj individuality, stávají se závislými na pochvale, může docházet ke zvyšování tenze a agrese, případně dochází k nerespektování autorit. Liberální styl (laissez faire): vyznačuje se slabým vedením, na děti nejsou kladeny skoro žádné požadavky, a pokud ano,

problémových jedinců v adolescentním věku ukazuje rodinné prostředí jako chladné, s minimálním zájmem o děti a o jejich potřeby, případně využívání dítěte k plnění potřeb dospělého (Matoušek & Kroftová, 2003). Matoušek popisuje takové chování jako emoční zneužívání.

Selhávání ve školních povinnostech a výchovné problémy vysoce korelují s rozvojem antisociálního chování. Mezi neagresivní aspekty problémového chování ve škole patří nízké akademické aspirace, nezájem o učení, nízké školní výkony, neplnění školních povinností, opakování či přerušení ročníku a záškoláctví.

Maladaptace na školní prostředí se projevuje zpočátku selháváním ve školních výsledcích, v horším případě následují dříve či později kázeňské přestupky. Pokud dítě odmítá respektovat autority, zvyšují se i konflikty s učiteli (Borum & Verhaagen, 2006). Obvyklým řešením je přestup na školu podobného zaměření. Tento přístup však situaci neřeší, neboť nechuť k výuce a docházce do školy a snížení akademického výkonu se s přestupy zvyšuje (Sanders, Mazzucchelli, & Studman, 2001). Přestupy mezi školami narušují kamarádství a vztah mezi učitelem a žákem, který byl vytvářen od páté třídy. Dále se snižuje sebevědomí. Přestupy mezi školami mají přímou souvislost s předčasným ukončením školní docházky na střední škole.

Některé děti se projevují nevhodně především ve škole, v mimoškolních aktivitách a v rodinném prostředí se chovají dle normy běžným způsobem. Jako "vzurní žáci" (disaffected pupils) se označují ti žáci, kteří zastávají negativní přístup ke škole, spolupracují neochotně, případně vůbec, bývají nezúčastnění (disengaged) a vyhýbají se (dislocated) výuce (Berry, 2005). Tito žáci bývají vylučováni ze školy, neboť k ní nemají pozitivní vztah, domnívají se, že tam nepatří, a z velké míry se "stáhli" ze školních aktivit. Spousta vzurných projevů není očividně zřejmých. Určitá významná část vzurných žáků používá strategie skryté spíše než veřejné. Nezúčastněnost a vzurnost je dynamickým a kumulativním procesem. Extrémně vzurní žáci se vyznačují vzdorným, vyzývavým chováním a bývají vyloučeni ze školy (Riley & Rustique-Forester, 2002). Otevřená vzdorovitost se projevuje ve školním prostředí, kde je potenciál vzurných projevů přetvořen na aktuální vzurnost, zatímco doma vykazují tyto děti také poruchy v chování, avšak není na ně vyvíjen tak silný tlak k zodpovědnosti a povinnosti jako ve škole. Proto mohou rodiče nabýt dojmu, že jejich dítě se chová normálně a že chyba je na straně personálu školy.

Mezi neagresivní formu vzurných projevů patří izolace. Pro děti s nezájmem o učivo se vžilo označení HIPPO's (here in person only), neboť jsou ve vyučování přítomny, avšak duchem jinde (Berry, 2005). Mohou sedět v lavici a přitom snít denním sněním, můžou se úplně škole fyzicky vyhýbat nebo ze školy samovolně po prvních hodinách odcházet. Pasivní projevy vzurnosti se objevují již v mladším školním věku, nejvyšší nárůst je ve starším školním věku na základních školách.

Zatímco některé děti, většinou s mírnými projevy skrytých neagresivních poruch chování, nemusí sejít na cestu delikvence, jiné děti mohou špatné výsledky a nárůst školních potíží posunout k závažnějšímu jednání. Farrington (1994) uvádí, že čím dříve se u dětí objeví nízké aspirace a negativní postoj ke škole, tím vyšší je riziko antisociálního chování v budoucnosti, a to až dvakrát, pokud je prokazatelné selhávání ve věku kolem jedenácti let. Zajímavým poznatkem je, že tato souvislost byla zjištěna spíše u dívek než u chlapců. Naopak kladný postoj ke škole a dobré výsledky ve starším školním věku se ukazují být určitou prevencí před antisociálním chováním v adolescenci, dokonce i u dětí s hyperkinetickým syndromem, ve špatné sociální situaci a žijících v kriminálním prostředí.

Vliv vrstevníků roste postupně již v průběhu staršího školního věku a nabývá na síle v adolescenci. Období adolescence se však stává rozhodujícím obdobím na rozvoj poruchy chování. Pocit ocenění druhými „sobě podobnými“ lidmi je stěžejní při utváření pocitu sociální identity. Dospívání samo o sobě nemusí být bouřlivé a vliv vrstevníků nemusí být devastující, záleží na vztazích s rodinou a na vypěstované identitě adolescenta (Macek, 2003). Pokud rodinné vztahy nejsou kvalitní a pocit vlastní identity byl v průběhu minulých vývojových období nabouráván, riziko vlivu referenční skupiny⁶ se

tak bez kontroly jejich plnění. Důsledkem je nízká motivace k výkonu, pozornost dětí může být roztržena. Ve skupinové dynamice převládá nejistota, případně chaos. Mohou se rozvíjet patologické antisociální projevy chování. Demokratický styl (integrační, kooperativní): je kombinací výše uvedených stylů. Děti bývají podněcovány k samostatnosti, vlastní iniciativě. Podporuje se diskuse, autorita je chápána jako vzor. Tento styl by měl rozvíjet sociálně zdravou osobnostní strukturu a prosociální skupinovou dynamiku. (Čáp, 1990) Rozporuplný výchovný styl je typický nedůsledným vedením, nekonzistentními postoji autority, případně dvojnou vazbou (Matoušek & Kroftová, 1998; Watzlawick, Bavelasová, Jackson, 1999).

⁶ Referenční skupinou je skupina osob, jež si vytváří a zastává vlastní hodnoty (Kolář, 2004).

výrazně zvyšuje. Jak již bylo řečeno výše, dospívající si vybírají za kamarády vrstevníky k obrazu svému (Loeber & Hay, 1997). Adolescenti s narušeným chováním inklinují k výběru sobě podobných part.

Závadové party jsou v problematice poruch chování jedním z nejnebezpečnějších společenských jevů. Spolčení s asociálními vrstevníky je významným prediktorem agresivního chování (Coie & Dodge, 2006). Nebezpečí závadových part je v rychlém učení se novým strategiím u všech členů skupiny a v možném rozšíření maladaptivních jevů mezi větší skupiny vrstevníků. Nastavením antisociální normy získává skupina na přitažlivosti pro adolescenty hledající vzrušení. Pokud je norma nastavena proaktivně, může parta ohrožovat své sociální okolí šikanou (spolužáky, učitele), zvýšením kriminálního chování v sousedství, rozšiřováním drog (Moultapa, Valente, Gallaheer, Rohrbach & Unger, 2005).

Z teoretického hlediska, potvrzeného praxí (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998), je zjevné, že vztah mezi disorganizovanou komunitou a rizikovým chováním jedinců je úzce propojen. Nevhodný vzor chování vrstevníků a dospělých a patologická norma chování přispívá k brzkému rozvoji antisociálního chování (LCD), což opět vede k nárůstu kriminality a zvýšení rizikovosti oblasti.

Protektivní faktory

Kromě rizikových existují i protektivní faktory, které podmiňují rozvoj prosociálních tendencí lidí. Některé jsou, stejně jako faktory rizikové, podmíněné spíše geneticky, některé jsou spíše ovlivněné prostředím. Úspěšné životy dětí, které vyrůstaly v nepodnětném, mnohdy vysoce rizikovém prostředí, byly vodítkem k výzkumu protektivních faktorů, které ovlivňují prosociální vývoj osobnosti a podporují odolnost vůči frustraci. Vědci se domnívali, že jejich odhalením mohou pomoci eliminovat vliv faktorů rizikových.

Tvůrcem konceptu salutogenetických faktorů (původců zdraví) je Antonovsky (1979, In: Henkin & Sperber, 1996), jenž chtěl poukázat na nedostatky převládajícího patogenetického modelu. Salutogenetický model zastává teorii kontinua nikoliv dichotomie zdraví a nemoci, přičemž všichni lidé jsou více či méně ohroženi vznikem nemoci, ale mohou být i více či méně zdraví. Otázkou pak je, jak je „řeka nemoci“ pro určitého jedince nebezpečná, a jak dobře umí plavat. Smysl pro soudržnost (Sense of coherence, SOC) je základním principem udržení duševního zdraví.

Cederblad a kol. (1994) na základě přezkoumání literatury detekoval 44 rizikových faktorů, z nich nejrizikovější se jevíly tyto:

Duševní onemocnění nebo porucha matky či otce.

Zneužívání alkoholu nebo alkoholismus matky či otce, anebo abusu drog rodiči.

Kriminální chování matky či otce.

Socioekonomické zatížení (chudoba, příliš mnoho dětí v rodině, příliš mnoho lidí v bytě, nemanželský původ dítěte, promiskuitní chování rodičů).

Porucha vztahů v rodině (zneužívání dítěte, rozvod, rozpad vztahu rodičů, násilí v rodině, výrazný věkový rozdíl věku rodičů či příliš staří rodiče).

Oddělení dítěte od rodičů (úmrtí rodiče, náhradní rodina, nevlastní dítě, časté stěhování rodiny).

Těžké dlouhodobé onemocnění rodiče.

Nízká inteligence rodičů.

Perinatální komplikace, opožděný vývoj, nízká inteligence, vysoká agresivita, ranná delikvence.

Z protektivních individuálních faktorů byly zjištěny tyto:

Energičnost dítěte: děti jsou plné energie, nevadí jim vynaložení námahy, zvládají více činností než jednu, mají koníčky, kterým se věnují.

Úspěšné zvládání problémů: Jedinci, kteří vydrží i těžkou zátěž bez paniky, nevzdávají se předem.

Dobrá kontrola impulzivity: Kontrola vlastní dynamiky je podmíněna dobrou frustrační tolerancí, většinou tito jedinci netrpí ADHD.

Autonomie: Takové děti mají svůj vlastní názor, jsou méně ovlivnitelné než jejich vrstevníci (například módními trendy), jsou osobnostně stabilnější, stojí si za vlastním názorem, nenapodobují tak často chování ve skupině oblíbených vrstevníků či idolů.

Dobře vyvinutá schopnost spolupracovat (56%): Kooperativita se pojí s adaptabilitou jedince. Takoví lidé umí spolupracovat s vrstevníky i dospělými lidmi, utvářejí přátelské vztahy, které si udržují a rozvíjí.

Sebeúcta: Jsou podporováni rodiči v seberozvoji, tato charakteristika je podmíněna dobrým rodinným zázemím.

Intelektové schopnosti: Sem zařadili vědci schopnost orientace v sociálních situacích, vyhledávání nových poznatků, zvědavost.

Zlepšování vlastní situace: Rozšiřování a vylepšování vlastních schopností a dovedností, zvyšování kvalifikace.

Sebekontrola: Výše zmiňované „místo kontroly“, pocit, že je jedinec „self agentem“, sám ovlivňuje svůj život, vytváří se v průběhu adolescence.

Koníčky a zájmy: Zábava ve volném čase.

Tvořivost: Vědci se domnívali, že nízký skóre této položky svědčí o potlačení některých osobnostních sklonů, považovali nižší index tvořivosti za „daň za přežití“.

Mezi salutogenní vlivy prostředí patří:

Důvěřivý a hluboký vztah k alespoň jednomu rodiči: Nejčastěji uváděným faktorem, souvisí s bazální důvěrou a s bezpečnou vztahovou vazbou.

Společně sdílené hodnoty: Přejímání rodinných prosociálních hodnot a norem.

Jasná pravidla soužití a norem v rodinném životě: Výchova mající jasná pravidla, jasné hranice, jasné povinnosti a závazky.

Maximálně čtyři děti v rodině: Více dětí matka nezvládá, nemůže se jim plnohodnotně věnovat.

Otevřenost v rodině: Důvěra a otevřenost, řešení problémů, děti měly pocit, že se mohou ozvat, a že jsou považovány za plnohodnotné členy rodiny.

Další citově významná osoba: Transfer dětské potřeby rodiče na jinou dospělou osobu, nepříbuzná osoba s kladným vlivem na dítě.

Další pečující osoby mimo rodiče: Příbuzná osoba nahrazující dítěti vztah k rodiči.

Matka, která má trvalé zaměstnání mimo domov: Zajímavé zjištění bez bližšího výkladu.

Pořadí v sourozenecké konstelaci; jedináček, nejstarší dítě: Při omezených zdrojích či schopnostech se rodiče věnují více prvnímu dítěti.

Schopnost pomáhat při žádosti o pomoc: Přiměřená spolupráce, která není chápána jako nutnost, ale spíše jako radost, spolupráce, při níž se mezi lidmi vyvinul přátelský vztah.

Pomoc plynoucí ze společenských zdrojů: Institucionální vliv na vývoj jedince.

Faktory a terapie

Protektivní faktory mohou disinhibovat rozvoj faktorů rizikových. Předčasné ukončení terapie je důležitým rizikovým faktorem (Kazdin, 2000). Čím dříve opustí klient terapii, tím menší dopad na něj bude mít. Stejně tak čím více terapeutických technik a přístupů vyzkouší klient bez efektu, tím menší motivaci bude mít k dalším intervencím (ibid). Zároveň přístup rodinných příslušníků ke smysluplnosti terapie hraje důležitou roli. Pokud je terapie rodinou vnímána jako zbytečná, riziko přerušování významně stoupá (Patterson, Reid & Snyder, 2002).

INSTITUCE PEČUJÍCÍ O DĚTI A ADOLESCENTY S PORUCHAMI CHOVÁNÍ

Ústavní výchovu nařizuje příslušný soud podle zákona o rodině v občansko-právním řízení nezletilému do 18 let (může být prodloužena do 19 let), kdy jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo když rodiče nemohou z vážných důvodů výchovu dítěte zabezpečit. Důvody mohou být sociální (rodiče ve výkonu trestu, zanedbání výchovy), či výchovné (nemá trestný, ale preventivní charakter).

Ochranná výchova je opatření, které ukládá příslušný soud v občansko-právním řízení u dítěte ve věku od 12 do 15 let, které spáchá čin, za který lze uložit výjimečný trest v trestním řízení u mladistvých ve věku od 15 do 18 let, jestliže ochranná výchova splní svůj účel lépe než uložení trestu odnětí svobody.

Diagnostické ústavy jsou internátní koedukovaná zařízení pro děti školního věku, které přichází z terénu (rodin, či jsou zadrženy na útěku), z jiných školských zařízení (zvláštních či pomocných škol) nebo na rediagnostiku z dětských domovů či výchovných ústavů. Pobyt trvá v průměru dva měsíce a je zaměřen na diagnostiku školních vědomostí a nedostatků v sociálním vývoji. V mimoškolní době je program zajišťován výchovnými skupinami. Diagnostický ústav pro mládež má podobnou strukturu, klientelou jsou adolescenti s ukončenou povinnou školní docházkou. Mezi důvody přijetí mohou být výchovné problémy, soudní rozhodnutí, i dobrovolný pobyt na žádost rodičů.

Dětské domovy (dále DD) jsou koedukovaná zařízení určená tělesně a duševně zdravým dětem bez závažných výchovných problémů, a to od 3 do 18let. DD rodinné se snaží napodobit rodinnou strukturu tzv. rodinnou buňkou, skupinou po 8 až 10 dětech, a jsou dlouhodobého charakteru. DD internátní jsou strukturovány spíše pro kratší pobyt, ve výchovné skupině je kolem 15 dětí. Dětské domovy se školou jsou určeny pro děti se závažnou poruchou chování nebo pro svoji přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči, tedy děti s uloženou ústavní výchovou, také děti s uloženou ochrannou výchovou. Struktura je podobná výše zmíněným typům DD.

Mezi speciální výchovná zařízení patří výchovné ústavy pro děti s ústavní a ochrannou výchovou, případně pro nezletilé matky. Základní podmínkou umístění by měly být závažné poruchy chování, kvůli kterým nemohou tyto děti plnit školní docházku jinde.

Kritika systému poukazuje na častou recidivu, stigmatizaci, špatnou socializaci a sníženou schopnost dětí z dětských domovů a výchovných ústavů zapojit se do normálního společenského života. Výzkum prováděný úřadem Veřejného ochránce práv (Zpráva z návštěv v zařízení, v nichž se vykonává ústavní a ochranná výchova, 2007) zjistil závažné nedostatky v péči o umístěné děti a musel konstatovat, že systém ústavní výchovy v aktuálním stavu nefunguje dle původních představ z padesátých let, je zastaralý a není schopen zajišťovat péči pro rozmáhající se patologické jevy mezi dětmi a především mládeží.

Počet dětí v ČR/počet dětí v institucionální výchově v letech 2003, 2004, 2005:

Rok	Počet dětí v ČR (věk 3–18)	Počet dětí v ústavní péči
2003	1 726 010	7 205
2004	1 804 718	7 590
2005	1 763 984	7 621

Tab. č. 2: Český statistický úřad; počty dětí v ČR jsou uváděny k datu 1.1. každého roku, počty dětí v ústavní péči jsou k datu 15.10.2003; 15.10.2004; 31.10.2005.

Zákonný ochránce lidských práv Ombudsman dohlíží na práva dětí, především v detenčních zařízeních a v ústavní výchově a navrhuje opatření, která by zajistila větší bezpečnost a ochranu práv dětí.

Sociální resort je tvořen sítí sociálních pracovníků a kurátorů, které mají v náplni práce individuální přístup ke klientům, rozhovory s rodinnými příslušníky, kontrolní návštěvy v rodinách klientů a dohled na ústavní výchovou umístěných klientů. Mají pravomoc podat předběžné opatření a podíleli se na soudním líčení, kde jejich přístup zřetelně ovlivňuje průběh soudního řízení.

Probační a mediační služba (dále PMS) je prostředníkem mezi soudy a klienty, vyplňuje mezeru dohledu nad klienty, kterým byl uložen trest prospěšných prací apod. Zajišťuje zprostředkování řešení deliktů a organizuje a zajišťuje efektivní a důstojný výkon alternativních trestů a opatření s důrazem na zájmy poškozených, ochranu komunity a prevenci kriminality. Jedná se o multi-disciplinární profesi v součinnosti sociální práce a práva, zejména trestního. Cílem PMS je integrace pachatele, participace poškozeného na odškodnění a o obnovení jeho pocitu bezpečí, integrity a důvěry ve spravedlnost, a ochrana společnosti, především zajištěním realizace uložených alternativních trestů a opatření. Mezi ukládané tresty patří alternativní tresty, vykonávané ve společnosti, tresty obecně prospěšných prací, kdy trestaný vykonává prospěšnou činnost pro své sociální okolí, odklony od trestního řízení, podmíněně

zastavení trestního stíhání, narovnání, což znamená odškodnění oběti po stránce materiální i lidské, a pokuty.

Pokud je delikt mladistvého shledán dostatečně závažným, může být pachatel umístěn do vězení s ostrahou pro mladistvé.

Psychiatrické ambulance, kliniky a léčebny jsou zdravotními institucemi a možností péče o děti s psychiatrickými diagnózami, v našem případě dětí vícero psychiatrickými diagnózami včetně poruch chování. Děti docházejí do ambulancí většinou s rodiči, ale stává se, že na pravidelné prohlídky chodí i rodič sám bez dítěte, pouze pro recept na léky. Psychiatrické kliniky slouží k diagnostice a krátkodobým pobytům, do léčeben se posílají děti na delší pobyty, které se mohou pohybovat od čtrnácti dnů do půl roku, průměrně zůstávají děti v léčebně kolem dvou měsíců.

Psychologické služby jsou nabízeny soukromými či klinickými dětskými psychology, kteří mají menší či větší zkušenost s problémovým chováním.

Z aktivit neziskových organizací uvádíme ty, které navštěvovali respondenti SVP. Patří mezi ně projekt Pět P (INEX), jeho cílovou skupinu tvoří děti od 8 do 15 let, které mají problémy se začleněním do kolektivu vrstevníků, či děti sociálně ohroženy. Dítěti se věnuje dobrovolník starší 18 let, který se stává jeho pomocníkem a pomáhá mu řešit konfliktní situace. Schází se na 2 až 3 hodiny každý týden, po dobu nejméně jednoho roku. Projekt LATA (Laskavá Alternativa Trestu pro Adolescenty) pracuje s jedinci od 15 – 21 let, kteří za sebou mají nenásilný trestný čin, nejsou toxikomany, alkoholiky, ani recidivisty. Z projektu nejsou vyloučeni ani ti, kteří jsou v trestním řízení, nebo jsou již odsouzeni. Dobrovolníci se setkávají s mladými lidmi staršími 13 let, kteří se potýkají s nějakým problémem. Projekt je založený na individuálním vrstevnickém dobrovolnictví (<http://www.lata.cz/>). Středisko integrace menšin (SIM) ověřuje podpůrný systém péče o žáky ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Hlavní cílovou skupinou jsou děti z etnických menšin, děti imigrantů, azylantů a romské děti. Projekt má přispět ke zkvalitnění procesu integrace těchto dětí do společnosti a zejména ke zlepšení podmínek pro kvalitní vzdělávání. SIM nabízí služby poradenské, vzdělávací, informační a osvětové, volnočasové. Poradenské služby jsou zaměřeny na celý kontext vzdělávání, zahrnují služby psychologů, speciálních pedagogů a sociálních pracovníků. Současně jsou poskytované služby modelovány v závislosti na sociokulturních specifikách klientů. Poskytované služby se orientují přímo na žáka a jeho rodinu, služby pro pedagogické pracovníky mají charakter metodické podpory, podobně jako služby pro asistenty pedagoga. Brněnská organizace Podané ruce se soustředí na drogovou problematiku adolescentů a mladších dospělých.

Zdroje:

www.podaneruce.cz

<http://www.strediskasim.cz/>

<http://www.czso.cz/>

<http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=599>

ZMĚNA CHOVÁNÍ

Nyní je čas na to, zodpovědět si otázku, proč se zde zabývám motivací a uvědomováním. Chování může být společensky adaptabilní či maladaptivní. Směřování chování k antisociálním tendencím a jeho nasměrování k sociabilnějším projevům úzce souvisí s tématem. Na směr chování se podílí perceptivně-emocionální a kognitivní struktury, které „vyvěrají“ z rodinného, skupinového, kulturního a civilizačního vědomí a podvědomí. Podvědomí je zde pojímáno jako „dynamická a interaktivní instance s obravským bohatstvím instinktů, pulzů, afektů a emocí; většinou je potlačené, zablokované nebo ustrnulé, ale má úžasnou možnost přejít do vědomí prostřednictvím akceptace svých záměrů, své dynamiky a vitality“ (Fernandes, 2004, s. 201). Pokud chápeme podvědomí společně s jeho emocionální, estetickou, poznávací a mentální funkcí jako integrální součást individuality člověka, musíme brát v potaz i jeho orientaci, ovlivňující směřování jednání a chování jedince. Možnost ovlivnit tento složitý potenciál psychických struktur se nachází ve schopnosti uvědomování si bazálních impulzů, uspokojení, energie, potenciálu, omezení a hranic. Vývoj jedince, jeho vyrovnanost i sociabilita souvisí s uvědoměním dynamiky a orientací těchto „pulzních energií“ (Fernandes, 2004).

Ačkoliv nejdůležitější základ intrapsychických jevů a dějů je dán dítěti do věku tří let (Langmaier, Krejčířová, 2000), vlivem vlastní volby může jedinec své původní nasměrování ovlivnit. Osobnost s rozšířeným potenciálem k uvědomování se odchyľuje od svých neurobiologických, neuropsychických, biologicko-instinktivních a afektivně-emocionálních činností a reakcí, odchyľuje se od temných soupeřivých sil, protikladných přání a reakcí a od pulzů vyvěrajících z dynamiky podvědomí působících na vědomí (tj. komunikace, informace, introjekce, asimilace, akulturace, akomodace a zákazy) (Fernandes, 2004, s. 2005).

Tuto tezi lze aplikovat na vývoj vztahu mezi dítětem a rodičem. Odmítané dítě bude mít jiný emoční, afektivní a behaviorální potenciál než dítě „vymodlené“. Vztah rodičů k dítěti stanovuje určitý styl vztahového jednání, který ovlivňuje celkový vztahový systém dítěte (jeho afektivní stabilitu/labilitu, sebeobraz, vztahování se k lidem a ke světu, atp.) (Winnicot, In: Plháková, 1998). Z interakcí a propojení duševních funkcí jedince vyplývají složité schopnosti sebezvoje, schopnosti měnit své struktury (Fernandes, 2004). Integrací psychických funkcí, například emocí a racionality, se posiluje a rozvíjí obraz jedince, strukturuje se jeho názor na sebe, stimuluje se jeho chování, motivuje jeho činnost. Pokud člověk prožívá své potřeby, integruje vnější i vnitřní vjemy, lépe se vyrovnává s vnějšími i vnitřními konflikty (Perls, Hefferline & Goodman, 2004). Konflikt mezi žádočím bytím a momentálním utlumeným a omezeným bytím vyvolává v člověku mechanismus útěku od reality, úchyľky od přirozené podstaty. Pokud nemá jedinec rozvinutou schopnost sebeuvědomování, kreativního přizpůsobování se okolí, zůstává „otrokem svých ztuhlých a nepružných mentálních schémat“ (Fernandes, 2004, s. 208). Snížená schopnost poznávání a získávání interpersonálních zkušeností souvisí se vztahovými dovednostmi. Což dále souvisí s nižším potenciálem pro adaptabilní přizpůsobení a nahrává rozvoji poruch chování.

Patologický vzorec myšlení (a tedy i chování) lze za jistých podmínek měnit. Avšak proces změny kognitivních struktur není jednoduchý, což dokládá následný výčet podmínek a pravidel změny kognitivních struktur (Boles, 1993):

I významná osobní zkušenost nemusí automaticky vést ke korekci ideí ohledně reality.

Sociální aktivita podobně jako fyzická aktivita je řízena percepcí, uvědomováním.

Reálné vědění ještě neznamená, že bude pozměněno falešné vnímání.

Jedině pokud je vytvořena psychologická vazba mezi představou specifických lidí a stereotypu ohledně určité skupiny osob, a pouze pokud jsou jedinci vnímáni jako „typičtí reprezentanti“, může zkušenost s těmito jedinci pozměnit původní stereotyp.

Nesprávné stereotypy (předsudky) jsou funkčně rovnocenné špatným konceptům. Sociální zkušenosti, které mohou změnit chybné stereotypy, by měly odpovídat fyzickým zkušenostem, které mění naše ideje o fyzikálním světě. Takové zkušenosti jsou vzácné.

Skutečné přijetí pozměněných faktů a hodnot v sociálním světě může opravdu existovat, pouze pokud jsou tyto změny v aktivitě založené na nově získaných konceptech.

Lewin (Lewin, 1947, In: Foschi & Lombardo, 2006) popsal změnu jako třístadiální proces: rozmrazení – změna - zmrazení.

První stádium nazývá „rozmrazení“ („unfreezing“). Jedná se o proces přechodu z netečného stádia k bourání existujících myšlenkových „mantinelů“. Obranné mechanismy jsou obcházeny, přestávají plnit původní funkci. Toto přípravné stádium je nutné pro proces změny, neboť v něm jedinec začíná chápat nezbytnost změny, a to i za cenu ztráty původního pohodlí. Čím více jedinec cítí, že je změna nezbytná, tím naléhavější je nutkání a motivace ke změně. V praxi to například znamená, že čím více se blíží uzávěrka, tím aktivněji se zabývá dosažením změny. Pokud uzávěrka neexistuje, bývá motivace nižší. Lewin nazýval mechanismus podílející se na změně „síly v poli“. Jedinec se rozhoduje mezi „pro“ a „proti“ a zvažuje, zda síly související s „pro“ převažují nad „proti“. Analýza sil v poli odhaluje potenciál k nastolení změny.

Druhé stádium nazývané „změna“ či „přechod“ („change“, „transition“) je typicky období zmatku. V procesu změny nastává období, kdy se změna aktuálně děje. Jedinec si je vědom, že původní vzorce chování odmítl, ale nemá ukotvené nové mechanismy, za které by je vyměnil. S tím bývají spojeny pocity neklidu, zmatku, často i úzkosti a strachu. Jedinec potřebuje čas, aby změnu „strávil“, uvědomil si a pochopil, naučil se mechanismy se změnou spojené. V tomto období experimentuje se svým chováním, dělá chyby, učí se nové postupy. Aby se zcela neztratil, měl by jedinec vědět, jaký je kžžený cíl změny chování, o který usiluje.

Třetí poslední stádium „zmrazení“ („freezing“, „refreezing“) se vyznačuje novými myšlenkovými schémata. Jedinec opět pocítuje harmonii podobně jako v původním stádiu. V tomto období se stabilizuje nově naučený způsob chování, postupně vzniká nová „rutina“.

Změna vedoucí k vyššímu stádiu je často méně stálá. Chování se bez opakované stimulace dostává zpět do stejných či podobných kolejí. Avšak Kurt Lewin vnímá tento proces jako kontinuální, změna nastala a nově naučené chování může být aplikováno v budoucnu, jedinec nemusí jednat novými způsoby neustále. Dle Lewina je důležitá akceptace nové zkušenosti a její ukotvení v „repertoáru způsobů chování“.

Proces změny chápeme jako skrytý či zjevný cyklus narušení původních struktur (fixovaných gestaltů) a vytváření struktur nových, které vedou ke změně prožívání, myšlení, chování či vztahů spojených s určitým narušením (problémem, způsobem života) (inspirováno Prochaskou & Norcross, 1999). Mezi obecné procesy změny, které jsou zastoupeny ve většině terapeutických systémů, patří zvyšování vědomí, katarze, možnost volby a aktivní výběr z možností, změna přístupu (chování) k podmíněnému podnětu a manipulace s následky (ibid). Ve zkratce vysvětlím jednotlivé pojmy jazykem gestaltu. Zvyšování vědomí – „uvědomování“ – bylo přítomno od počátků terapie jako tendence „učinit nevědomé vědomým“, tento koncept převzala z psychoanalýzy i gestaltterapie. Vyvolání emocionální reakce neboli katarze bylo již od řecko-římské kulturní tradice chápáno jako základní předpoklad změny, gestaltterapie navázala na tuto tradici svým cyklem uspokojování potřeb (viz výše). Díky novým zkušenostem si pacient/klient může vybírat z více možností, již není závislý na jednom rigidním způsobu uvažování a jednání. A naopak pokud nelze podnět změnit, lze změnit postoj či chování vůči němu, lze se kreativně přizpůsobovat. Konečně na základě minulé zkušenosti lze dopředu předpokládat výsledky vlastních činů a vyhýbat se negativním reakcím okolí, neboli z pohledu gestaltterapie řídit své chování v zájmu organismické selfregulace.

Se změnou chování souvisí proces učení, které je chápáno jako specifická forma individuální aktivity, která navozuje změnu chování, ale zároveň podmiňuje i vnitřní psychické změny, utváří a rozvíjí všechny psychické vlastnosti a procesy, rozvíjí osobnost člověka (Jiřincová, In: Prunner a kol., 2003). Díky adaptaci na vnější vlivy jedinec své chování mění, současně si osvojuje i svou individuální zkušenost, čímž může dojít i k modifikaci schopností, osobnostních rysů apod. „Učení je tedy základní autoregulační proces, v němž se formuje činnost člověka, jeho vědomí i jeho psychické vlastnosti“ (Jiřincová, In: Prunner a kol., 2003, s. 35). V užším smyslu chápeme učení jako záměrný a cílený proces osvojování dovedností, vědomostí a návyků (ibid).

Zpětná vazba je důležitým pojmem v souvislosti s regulací chování, neboť jedinec reguluje své chování na základě informací o adekvátnosti a účelnosti chování. Z hlediska této práce se zaměřím především na sociální a kulturní determinanty regulace chování, tedy na psychogenní potřeby a motivy. Sociálními determinanty chování jsou pochvaly a výtky udělované důležitými osobami v životě jedince. Jedná se o sociální odměny a tresty, tedy různé formy zákazů a příkazů, pobízení a zábran (Nakonečný, 1972). Signalizace odměn a trestů musí být podmíněna důležitostí, psychologickým významem, jenž v sobě signalizace nese. To souvisí se vztahem jedince k objektu, neboli zde se vztahem jedince k terapeutovi, rodičům, vrstevníkům a učitelům, tedy sociálně významným činitelům v terapeutickém poli.

Na chování má vliv místo kontroly (locus of control). Jedná se o přesvědčení, zda jedinec kontroluje svůj život spíše sám (internalizace), nebo je spíše ovlivňován působením jiných neovlivnitelných sil (externalizace). Rotter (1942) považoval místo kontroly za ukazatel možného chování lidí dle jejich bazálního přesvědčení. Internalisté se dle jeho teorie soustředili na vlastní výkon, také mu přisuzovali větší váhu, externalisté spoléhali spíše na osud, případně měli pocit, že jejich životy jsou ovládnuty „druhými mocnými“ (Levensonová, 1981). K přijetí interního místa kontroly musí jedinec přisoudit úspěch svému úsilí, což znamená mimo jiné i přijmout zodpovědnost za svůj výkon. Přesvědčení o vlivu kontroly se mění na základě vývojové zkušenosti, i na základě zkušenosti s určitou situací. Adolescence je věk, ve kterém není přesvědčení o vlivu kontroly ještě zcela ujasněno. Adolescenti mohou mít pocit, že na různé oblasti svého života mají menší či větší vliv (Hohnová, 2004). U adolescentů s poruchami chování je často přítomna externalizace, tedy připsání zodpovědnosti vnějšímu okolí (Marcus, 2007).

TEORIE ODLIŠNÝCH DRUHŮ SOCIÁLNÍ POMOCI A NÁTLAKU

Jak bylo řečeno výše, změna chování může být ovlivňována vnějšími vlivy. V rámci terapie dětí a adolescentů s poruchami chování se jedná zpočátku především o vnější impulzy, které ovlivňují změnu chování. Teorie odlišných druhů sociální pomoci a nátlaku (Colvin & Pauly, 1983, In: Moulisová, 2008) se zabývá vztahem výchovy a delikventního chování. Již Patterson (In: Patterson, Reid & Snyder, 2002) tvrdil, že vztahy nepřátelství v rodině a uplatňování nátlakové disciplíny jsou primárním zdrojem delikvence u dětí. Teorie odlišných druhů sociální pomoci a nátlaku se zaměřuje na porovnávání důsledků vlivu nátlaku či pomoci na chování jedince. Všímá si důsledného či nárazového působení obou forem výchovy. Colvin a Pauly (1983, In: Moulisová, 2008) zjistili, že pokud je jedinci poskytována důsledně sociální pomoc, vede to k upevněné internalizované (vnitřní) sebekontroli a k úspěšnému vstřebávání sociálních norem, což vede k prosociálnímu chování a snižuje riziko kriminálního chování. Důsledný nátlak vede k vysoké externalizované (vnějšně orientované) sebekontroli, často je přítomný na sebe zaměřený hněv, sociální vazby jsou slabé, účelové. Kriminální chování není aktivně rozvíjeno, ale jedinec se potýká s vnitřními konflikty, může se rozvinout sebedestruktivní jednání. Je-li jedinec vystaven sociální pomoci nárazově, vede to k jeho nízké sebekontroli, spoléhání na vnější zdroje pomoci. Pokud pomoc nepřichází, cítí se být jedinec frustrován, což vzbuzuje hněv orientovaný vně. Takový jedinec je schopen se chovat delikventně, vyhledávat sociální pomoc nelegitimně, případně se uchýlit ke kriminálnímu, povětšinou neagresivnímu chování, často je v chování patrná manipulace a účelovost. Poslední možnost, vystavování se nárazovému tlaku, vede k nízké sebekontroli, hněvu vůči okolí a k trvalému delikventnímu chování bez dodržování morálních pravidel. Z výše uvedeného je patrné, že ideální je poskytování trvalé sociální pomoci, případně trvale autoritativně ovlivňovat jedince, aby byl schopen dodržovat sociální normy. Nárazové aktivity pomoci či nátlaku potencují rozvoj nežádoucího chování. Také je nutné počítat s již naučenými vzorci chování. Pokud je sociální pomoc poskytována člověku, který je naučen ji zneužívat, v tomto případě trvalá sociální pomoc nestačí k regulaci delikventního chování (Moulisová, 2008). Proto je doporučováno preventivně vychovávat již rodiče k prosociálnímu chování a trvalému sociálnímu působení na děti, neboť v pozdějším věku se zvyšuje riziko zneužití prosociální pomoci (ibid).

TERAPEUTICKÝ PROCES

Paradoxní teorie změny říká, že čím více se snažíme změnit v něco, co nejsme, tím více zůstáváme stejní. Dle paradoxní teorie změny Beisser (1970, In: Corey, 1996) se změníme až tehdy, když si začneme uvědomovat sebe sama (to, co jsme), místo toho, abychom se snažili stát tím, čím bychom „měli být“.

Základy paradoxní teorie změny vypracoval Eugen T. Gendlin (1964). Dle Gendlina klade většina teorií osobnosti důraz na faktory, které osobnost determinovaly v jejím vývoji a které ji nyní vytvářejí. Strukturalistický pohled chápe osobnost jako soubor aspektů odolávajících změně, nikoliv aspektů chování, které lze vysvětlit aktuální situací. Osobnost jako strukturovaná entita má tendenci trvat, navzdory zkušenostem, které by ji mohly měnit. Změna nastává procesem uvědomování (awareness), kdy jsou klientovu vědomí odkrývány dosud nevědomé či podvědomé obsahy. Jakmile je dosud nevnímáný obsah uvědomován, může se změnit. Gendlin navrhuje místo strukturálního přístupu, kterým nelze vysvětlit proces změny osobnosti, uvažovat o osobnosti z pohledu procesuálního paradigmatu. Psychické obsahy jsou chápány jako aspekty probíhajícího procesu prožívání.

Gendlin zjistil, že terapeutický úspěch nekoreluje s obsahem rozhovoru (tématem), ale s kvalitou prožívání⁷ v terapeutickém procesu („manner of the process“) (Gendlin, 1964). S prožíváním se pojí koncept „tělesného ohniska prožívání“, neboli prožitek, ke kterému vztahujeme svoji pozornost. Toto ohnisko v sobě obsahuje význam, který je citěný, neverbální. Svými slovy pak klient „explicitně“ vysvětluje terapeutovi své „implicitně“ citěné významy.

Dvěma základními podmínkami úspěšného terapeutického procesu je „fokusing“ („focusing“) a terapeutický vztah (Corey, 1996). Fokusing je proces postupného odkrývání neuvědomovaných obsahů. Terapeut se zaměřuje na aktuální prožívání klienta („ted' a tady“⁸). V průběhu kontinuálního zaměřování pozornosti na pociťovaný obsah (referent), může klient postupně dojít k explicitnímu poznání. Případně může citěný význam pochopit náhle, pak se jedná o tzv. „aha – zážitek“⁹. Ačkoliv problém ještě není vyřešen, klient dosahuje pocitu úlevy. Pokud se klient otevře prožitku pochopení, dochází ke změně bez ohledu na míru kognitivního zpracování důsledků změny. Klient vnímá původní implicitní významy jinak, tato změna je pociťována jako změna kvality vnitřního významu (Corey, 1996; Yontef, 2009).

Vztah mezi klientem a terapeutem

Nutnou podmínkou dobrého pracovního terapeutického spojení je důvěra klienta vůči terapeutovi. „Terapeut je zodpovědný za dva následující postoje: porozumění a neporozumění, které jsou příčinou lásky či nenávisť a příbuzných afektů“ (Shlien, 1984, In: Woolfe & Dryden, 1996, s. 144). Gestaltterapeuti vnímají dialog jako léčebný sám o sobě, neboť „k uvědomění sama sebe nelze dojít skrze vlastní individualitu, ale především prostřednictvím dialogu s druhými individualitami, skrze jejich odezvu vůči nám a skrze způsob, kterým nás volají k bytí“ (Friedman, 1992, In: Woolfe & Dryden, 1996, s. 150).

Role gestaltterapeuta není v „terapeutizování“, měnění klienta, naopak povzbuzuje jej, aby byl tím, kým je, a tam, kde je (Yontef, 2005), a to i přesto, že klient přichází do terapie, protože si přeje změnu, nebo v případě dětí si rodiče či učitelé přejí změnu.

Kontakt je základním aspektem terapeutického dialogu, je „základním procesem vztahu“ (Yontef, 2009, s. 229). Yontef však jde ještě dál a společně s Buberem říká, že „realita (i spiritualita) je vztahová“ (Yontef, 2009, s. 58). Lidé rostou díky vzájemným interakcím nikoliv introspektivním nahlížením do vlastního nitra. Terapeut umožňuje klientovi zažít intenzivní kontakt se sebou samým právě díky kontaktu s terapeutem. K intenzivnímu kontaktu napomáhá terapeutova inkluze, vcítění se do druhého při udržení pocitu sebe. Dialogický kontakt začíná přinesením vlastní vůle na kontaktní hranici, a to další vyžaduje reakci a dobrou vůli ze strany druhého člověka. „Chce to víru nebo důvěru v to, co se stane“ (Yontef, 2009, s. 66). Terapeutický vztah v gestaltterapii zdůrazňuje čtyři charakteristiky dialogu: inkluze, přítomnost, ochota k dialogu a to, že je dialog žit (Yontef, 2009, s. 154).

Děti polykají (introjikuji) celé ideje a vzorce chování. Následkem není zvnitřnění norem, spíše vynucená morálka. Vznikají tzv. „mělbychy“, které nejsou slučitelné s aktuálními potřebami jedince. Tato kontaktní narušení se přenáší i do dospělosti a zabraňují v plynulém kontaktu jedince s prostředím. Objevují se tehdy, když už klient není schopen vyvažovat rovnováhu mezi světem a jimi. Tato narušení brání v uvědomování si vlastních potřeb a narušují přirozený kontakt s prostředím i se self (Blom, 2006). Kontaktními narušeními jsou: desenzitizace, introjekce, projekce, retroflexe, konfluence, deflexe a egotismus. Desenzitizace je znečitlivění vůči pocitům či vnějším podnětům. Introjekce je internalizace vnější části pole bez její asimilace. Projekcí nazýváme potlačení vlastního pocitu či vlastnosti a jejich přiřazení jiným lidem. Retroflexe popisuje zabrzdění energie, popudu před kontaktní hranicí. Konfluence je jiným slovem splnutí s vnější kontaktní hranicí. Deflexi můžeme vysvětlit jako odklon od přímého kontaktu s podnětem či člověkem. Egotismem je myšlena přebujelá introspekce (Macknew, 2004). Introspekce je míněna self-observace. Je to proces myšlení, usuzování a přezkoumávání vlastních myšlenek, pocitů, případně duše (Boring, 1953).

V terapii se pracuje s aktivními kontaktními mechanismy (narušeními), klient je veden k uvědomování si vlastních obran a kontaktních mechanismů. Fixované vzorce chování (gestaly) byly kdysi kreativními řešeními nějakých těžkostí, ale již se nevztahují k nynějším událostem (Polák, 2005).

⁷ Prožívání chápe Gendlin jako „proces konkrétního, tělesného pociťování, který tvoří základní materiál psychologických a osobnostních fenoménů“ (Gendlin, 1964, s. 111).

⁸ Průkopníkem zaměření se na „ted' a tady“ je Fritz Perls, který napsal: „Minulost je pryč, budoucnost ještě nepřišla, důležitý je přítomný okamžik“ (Perls, 1969, In: Corey, 1996).

⁹ Aha – zážitek popisuje Lukasová (1998, s. 48-54) jako údiv nad možností volby, zda akceptovat nezměnitelný osud, nebo přelstít vlastní slabosti. Klientovi má být ukázáno, že i ve zdánlivě beznadějných situacích může korekturou svého postoje odpovědně utvářet svůj život, místo aby visel na nitkách osudu jako loutka.

Gestalt chce, aby byl ukončený. Když není gestalt ukončený, zůstáváme s neukončenými situacemi, a tyto neukončené situace tlačí, chtějí být ukončené (Perls, Hefferline & Goodman, 2004). Tak vznikají narušení, které brání přirozenému rozvoji. Nelze tvrdit, že kontaktní mechanismus, který pokud je fixovaný, je chápán jako narušení, je vždy škodlivý, neboť má i obrannou funkci. Cílem v terapii není jej vymýtit, nýbrž zvědomit.

EFEKTIVNÍ METODY TERAPIE PORUCH CHOVÁNÍ V ZAHRANIČÍ

A. MULTISYSTEMICKÁ TERAPIE (MST)

MST je terapií zaměřenou na léčbu problémového chování mladistvých v přirozeném rodinném a společenském prostředí. Terapeutovou prací je najít faktory podílející se na problémovém chování člena rodiny, a následně společně s rodinnými příslušníky se zaměřit na změnu v rodinném systému. Jakmile jsou podmínky pozmeněny, naskytá se prostor pro změnu v chování mladistvého delikventa (Henggeler a kol., 1998). Terapie trvá půl roku a může být indikována opakovaně. Cílem terapie je prevence před umístěním na dobrovolný pobyt či do ústavní péče, nastolení zodpovědného chování adolescenta a prevence relapsu problémového chování. MST je kompilací rozličných terapeutických metod: behaviorálně-kognitivní terapie, behaviorální terapie, pragmatické rodinné terapie a farmakologické terapie. Intervence terapeuta v rodině jsou jednou či vícekrát týdně, dle potřeby rodiny. Terapeut je permanentně připraven na možnou telefonickou intervenci s rodinou klienta.

Princip MST je zaměřit se pouze na faktory ovlivňující chování klienta. Terapeutovým úkolem je spolupracovat s rodinou, aby mohl odhalit narušení, která zapříčiňují problémové chování. Podporou silných stránek může být nastartován ozdravný proces celého systému. Terapeut pracuje jak s primární tak i sekundární rodinou adolescenta, s jeho okolím – partou, školním kolektivem a učiteli, případně sousedstvím – s celým sociálním prostředím, tak aby mohla být nastolena rovnováha.

Dalším ze základních principů MST je důraz na závažnost terapie. Do MST nelze přijmou klienta s mírnou poruchou chování. Ten musí splňovat kritéria těžké poruchy chování, měl by být přítomen abusivní návykových látek či alkoholu, členství v závadové partě, masivní absence ve škole případně agresivní chování vůči rodinným příslušníkům či spolužákům.

Z výše uvedeného je jasné, že tento terapeutický styl klade velké nároky na osobnost terapeuta. Aby byla účinnost přístupu zachována, musí terapeut dodržovat jasně stanovená pravidla komunikace s rodinou. Kontrola terapeutické práce a správnosti jeho úsudku při vytváření pracovních hypotéz ohledně selhávání sociálního systému je zajišťována pravidelnými supervizními setkáními s ostatními terapeuty pod vedením vyškoleného supervizora, kde se probírají veškeré případy. Kontrola terapie probíhá i náhodně telefonicky konzultací s rodinou klienta.

Výhodou přístupu je dostupnost terapie pro sociálně slabší rodiny, neboť nemusí nikam dojíždět, terapeut dojíždí za nimi. V rodinném prostředí jsou rodinné interakce zjevnější než v poradně. Tím, že terapeut má přístup jak do rodiny, tak do školního prostředí, si může udělat plastický obrázek o chování klienta v různých prostředích. Terapeut flexibilně mění terapeutickou metodu dle momentální potřeby. Postup je kontrolován více supervizory, čímž je zajištěna kontrola postupu terapeuta, a výsledky metody jsou podloženy mnoha výzkumy. Nevýhodou je poměrně častý syndrom vyhoření a následný odliv vycvičených terapeutů.

Účinnost přístupu v letech 1997-2007 byla kolem 82% po ukončení terapie, 8% odpadlo, 6% bylo umístěno v ústavní výchově a 4% byly ukončeny terapeutem. Úspěšnost MST je kolem 80%, po 18 měsících od ukončení terapie 83% klientů žilo doma, 80% navštěvovalo školu nebo práci, 92% neudělalo žádný přestupek, 86% nezneužívalo drogy, 91% se vystříhalo násilí (Ogden & Hagen, 2005).

B. BÁJEČNÁ LÉTA (THE INCREDIBLE YEARS)

Terapeutický program Báječná léta je znám i pod jménem zakladatelky Carolin Webster-Stratton. Tato metoda je uzpůsobena pro klienty od dvou do osmi let věku. Jedná se o propojení tří odlišných skupinových terapií, či spíše výcvikových kurzů zvlášť pro rodiče, děti a učitele. Kromě základního kurzu existují i pokročilé verze programu.

Cílem léčby je snížit negativní symptomy a neposlušnost dětí doma a ve třídě, zvýšit sociální dovednosti dětí, jejich chápání vlastních pocitů a učební povinnosti, školní připravenost a spolupráci s učiteli. Mezi dlouhodobé cíle patří snížení riziku delikventního chování a abusu drog ve starším věku dětí a podpoření rodičovských a učitelských kompetencí pro zajištění pozitivního poslušného chování dítěte.

Ve výcvikových hodinách jsou rodiči trénováni v kladné rodičovské výchově a ve snižování negativního a kritického chování. Je podporován kontakt mezi učitelem a žákem, a je vytvářeno tolerantní školní prostředí se zaměřením na sociální a emocionální vývoj dětí. V jedné výcvikové skupině je kolem čtrnácti rodičů, jednotlivé lekce trvají kolem hodiny. Délka programu je od dvanácti do šestnácti lekcí. Současně je umožněno telefonovat v mezidobí mezi lekcemi lektorovi, který rodičům pomáhá se zvládnutím kritických situací.

Dino-škola je zajištěna dva hodiny týdně po celkem dvacet týdnů. Obvykle navštěvuje jednu třídu šest dětí. Program má jasně danou osnovu výuky a jsou dodržována jednotná pravidla. Po úvodním

naladění a kontrole domácího úkolu se vyučuje sociálním dovednostem hraním rolí a trénováním ve skupinách. Po svačině je čas na zábavu, závěrečné shrnutí hodiny v kroužku, udělení cen a předání úkolu na příští hodinu.

Učitelé se mohou zúčastnit výcvikového semináře, který trvá šest dní. Je zaměřen na kognitivní, emocionální a behaviorální aspekty výchovy dětí z vývojového hlediska. Používanými metodami jsou hraní rolí, video trénink, nácvik učební hodiny, případové studie a individuální plánování.

Výzkumy doložily účinnost této metody jak ve zvyšování kladné rodičovské výchovy tak ve zlepšování příliš přísné výchovy, a redukuje výchovné problémy (Webster-Stratton, 2008).

C. RODIČ-DÍTĚ INTERAKČNÍ TERAPIE (PCIT)

Tato metoda je vhodná pro děti s problémy v chování a výchovnými problémy ve věku od dvou do sedmi let. Dítě a rodič se účastní sezení společně, takže terapeut může vidět jejich interakce na živo za jednosměrným zrcadlem. Terapeut vede rodiče při hře s dítětem skrze malou vysílačku, kterou má rodič v uchu. Je kladen důraz na přetvoření interakčního vzorce a vývoje vroucí a podporující vazby.

Tato metoda není časově omezena. Rodina může navštěvovat poradnu dokud nezvládne výchovné dovednosti a není si jist výchovným vedením, a dokud není chování dítěte není v normálu dle škály ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) (Eyberg a kol., 2005).

PCIT program má dvě části: Interakce zaměřené na dítě (CDI) a interakce zaměřené na rodiče. Nejprve se buduje kladných vztah mezi rodičem a dítětem. Rodič se učí chválit dítě vhodným způsobem a reflektovat dětské chování. Rodiče zjišťují jaký je rozdíl mezi příkazováním a kritizováním dítěte. Dále se nacvičuje aktivní ignorování nevhodného chování dítěte. Ve druhé části se rodiče učí vedení, dávání efektivních instrukcí dítěti. Také si osvojují taktiky jak zvládat vlastní vztek, jak řešit své problémy a účelově se vyrovnávat s kritickými momenty výchovy.

PCIT metoda výborné výsledky ve splnění cílů a ve spokojenosti rodičů s výsledky. Také čísla zdařilého počtu absolventů metody dokazují efektivitu tohoto přístupu (Boggs a kol., 2004).

Literatura:

Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edwards, D., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D. et al. (2004). Outcomes of parent-child interaction therapy: A comparison of dropouts and treatment completers one to three years after treatment. *Child & Family Behavior Therapy*, 26(4), 1-22.

Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Duke, M. & Boggs, S. R. (2005). *Manual for the dyadic parent-child interaction coding system (3rd ed.)*. Retrieved October 8, 2008, from www.PCIT.org.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, Ch. M., Rowland, M. D., Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. London: The Guilford Press.

Ogden, T. & Hagen, K. A. (2005). Multisystemic therapy of serious behavior problems in youth: Sustainability of treatment effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, in print In Bernadette Christensen & Anne Cathrine Strütt (2008), *Implementation of MST in Norway*, The Norwegian Center for Child Behavioral Development, Iceland. Retrieved October 12, 2008, from http://www.msts-services.com/overview_a.pdf. Olweus, D. (1993). *Bullying in school: What we know and what we can do*. New York: Blackwell.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J. (2008). *Adapting the Incredible Years Child Dinosaur Social, Emotional, and Problem-Solving Intervention to Address Co-Morbid Diagnoses of ADHD and Developmental Delays*. Seattle: The Incredible Years. Retrieved October 5, 2008, from http://www.incredibleyears.com/Library/items/Adapting-the-Incredible-Years-Child-Dinosaur-Social-Emotional-ADHD_8-08.pdf

NÁVRH INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU PRO KLIENTA K8

Potřeba	Cíl	Intervence	Zajistí
K8 si potřebuje vytvořit kvalitné mezilidské vztahy s prosociálními vrstevníky.	K8 si vytvoří nejméně jeden přátelský vztah s vrstevníkem do tří měsíců, zjišťováno na základě rozhovoru s klientem, učitelem a matkou.	Kontrakt s klientem, Volnočasový koníček, organizovaný sport, či školní klub (neagresivního zaměření).	Terapeut V1
K8 si potřebuje vytvořit náhled na negativní dopad svého chování.	Klient bude mít náhled na své jednání, dokáže objektivně popsat situaci a vyvodit z ní pro sebe důsledky.	Pravidelná kontrola chování klienta jednou týdně, hloubkový rozhovor zaměřený na rozvoj sebereflexe klienta po dobu šesti měsíců.	Terapeut V1
K8 potřebuje zlepšit rodinné vztahy, naučit se řešit konflikty mezi ním a mámou.	Klient přestane matce lhát, místo útěku s ní bude komunikovat i o nepříjemných věcech a svých problémech. Matka by měla přestat syna opečovávat. Budou schopni komunikovat i o jiných záležitostech než o problémech.	Rodinná terapie s matkou a klientem, jednou týdně hodinu, po dobu šesti měsíců.	Terapeutka V4
K8 se potřebuje naučit přebírat zodpovědnost za své chování.	K8 bude chápat, že když něco provede, bude to muset napravit.	Veřejně prospěšné práce v rozsahu 200 hodin za ničení majetku a krádež motorky.	Soc. kurátor.
K8 se potřebuje naučit zvládat zátěžové situace běžného života.	K8 se naučí během dvou měsíců tři dovednosti zbavování se stresu, které bude umět demonstrovat a bude umět popsat situace, ve kterých tyto techniky použil.	Trénink řešení sociálních situací a zvládání stresu.	Psycholog
K8 potřebuje získat schopnost empatie.	K8 spontánně někomu pomůže v následujících šesti měsících nejméně dvakrát.	Trénink empatie, pomáhání lidem, kteří pomoc potřebují (například v ústavu pro tělesně postižené děti)	Terapeut V1 Supervize terapeutkou V4 Sociální kurátor
K8 potřebuje zvládat svoji impulzivitu a agresivitu.	K8 se nezaplete do žádné rvačky po dobu následujících tří měsíců.	Kontrola chování ve škole, doma a ve svém okolí. Techniky na zvládání impulzivity, individuální terapie.	Psycholog Sociální kurátor Terapeut V1
K8 potřebuje aktivně trávit volný čas mimo	K8 se nebude stýkat se členy Skinhead a kamarády známými	Kontrola plnění zákazu, monitoring trávení volného	Terapeut V1 Sociální kurátor Matka

závadovou partu.	pro své agresivní a asociální jednání po dobu nejméně šesti měsíců.	času.	
K8 si potřebuje vytvořit zdravý vztah k autoritě a terapii.	K8 bude aktivně participovat na intervencích po dobu šesti měsíců.	Pravidelná terapeutická sezení, kontrola plnění plánu.	Terapeutický tým.
K8 potřebuje být úspěšný v plnění individuálního plánu.	K8 bude spolupracovat s terapeutickým týmem po dobu jednoho roku, přičemž po každém týdenním sezení bude terapeutický probírat, jak K8 pokročil, a v čem je potřeba ještě zapracovat.	Schůzky terapeutického týmu.	Terapeutický tým.
K8 potřebuje zvýšit motivaci k učenému výkonu.	K8 bude docházet do školy bez disciplinárního řízení po dobu jednoho semestru.	Každodenní kontrola chování K8 ve škole.	Učitel, výchovný poradce.
Matka K8 se potřebuje naučit účinné výchovné praktiky.	Matka se naučí výchovné metody v průběhu šesti měsíců, bude schopna udržet výchovné zásady.	Trénink rodičů ve výchovných metodách. Podpora matky.	Rodinný terapeut, psycholog navštěvující rodinu přímo doma.
Řešení konfliktu přítele matky s K8.	Přítel matky se buďto zapojí do výchovného procesu nebo do něj nebude zasahovat.	Rodinná terapie s matkou, přítelem a K8, trénink výchovným metod.	Rodinný terapeut, psycholog.
K8 úpotřebuje podporu dospělých osob, mužský vzor.	K8 bude podporován mužem, ke kterému bude cítit autoritu.	Mentorování.	Mentor, sociální kurátor.
K8 se potřebuje naučit lépe soustředit.	K8 bude schopen se ve škole lépe soustředit v průběhu tří následujících měsíců.	Medikace, trénink soustředění.	Psychiatr Psycholog

Borum, R., Verhaagen, D. (2006). *Assessing and managing violence risk in juveniles*. New York: Guilford Press.