

# RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ

a jeho vztah ke zdraví

---

Pavel Kabíček, Ladislav Csémy, Jana Hamanová a kolektiv





TRITON  
Praha / Kroměříž

Pavel Kabíček, Ladislav Csémy, Jana Hamanová a kolektiv

**Rizikové chování v dospívání  
a jeho vztah ke zdraví**



# **RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ**

**a jeho vztah ke zdraví**

---

Pavel Kabíček, Ladislav Csémy,  
Jana Hamanová a kolektiv

Pavel Kabiček, Ladislav Csémy, Jana Hamanová a kolektiv  
**Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví**

### **Vyloučení odpovědnosti vydavatele**

Autor i vydavatel věnovali maximální možnou pozornost tomu, aby informace zde uváděné odpovídaly aktuálnímu stavu znalostí v době přípravy díla k vydání. I když tyto informace byly pečlivě kontrolovány, nelze s naprostou jistotou zaručit jejich úplnou bezchybnost. Z těchto důvodů se vylučují jakékoli nároky na úhradu ať již přímých či nepřímých škod.

*Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.*

© Pavel Kabiček, Ladislav Csémy, Jana Hamanová a kolektiv, 2014

© Stanislav Juhaňák – TRITON, 2014

Illustrations Jiří Hlaváček, 2014

Cover © Renata Brtnická, 2014

Vydal Stanislav Juhaňák – TRITON,

Vykaňská 5, 100 00 Praha 10

[www.tridistri.cz](http://www.tridistri.cz)

[www.medicabaze.cz](http://www.medicabaze.cz)

**ISBN 978-80-7387-793-4**

## **Hlavní autoři**

**MUDr. Pavel Kabíček, CSc.**

Pediatrická klinika IPVZ, 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice,  
Praha 4 – Krč

**PhDr. Ladislav Csémy**

vedoucí laboratoře sociální psychiatrie Psychiatrického centra Praha

**doc. MUDr. Jana Hamanová, CSc.**

subkatedra dorostového lékařství IPVZ Praha

## **Autoři**

**doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc.**

Ústav veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství 2. LF UK Praha

**MUDr. Slavoj Brichcín**

Psychiatrická nemocnice Bohnice Praha

**Mgr. Martina Budinská**

vedoucí oddělení prevence a speciálního vzdělávání Ministerstva školství,  
mládeže a tělovýchovy ČR

**PhDr. David Čáp**

katedra psychologie Filozofické fakulty UK v Praze

**doc. PhDr. Ludmila Čírtková, CSc.**

katedra společenských věd Policejní akademie ČR v Praze

**MUDr. Pavla Hellerová**

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

**PhDr. Lenka Hulanová**

Dětské krizové centrum Praha 4

**Mgr. Pavla Chomynová**

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Praha

**Mgr. Hana Imlaufová**

Křesťanská pedagogicko-psychologická poradna Praha

**prim. MUDr. Marian Koranda**

Dětské a dorostové detoxikační centrum Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského Praha

**prim. MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.**

Klinika dětské psychiatrie 2. LF UK a FN Motol Praha

**doc. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.**

Národní centrum HIV/AIDS při Klinice infekčních, parazitárních a tropických nemocí 3. LF UK a Nemocnice Na Bulovce Praha

**prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.**

oddělení léčby závislostí (muži) Psychiatrické nemocnice Bohnice Praha

**prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.**

vedoucí Centra pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha

**PhDr. Petr Sadílek**

Lékařské informační centrum Praha

**MUDr. Leoš Teslík**

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha



---

# Obsah

---

<b>1 Dospívání</b> . . . . .	13
1.1 Úvod – celosvětové změny ve vývoji mládeže v posledních desetiletích . . . . .	13
<i>Pavel Kabíček</i>	
1.2 Vývoj v dospívání . . . . .	17
<i>Pavel Kabíček</i>	
1.3 Syndrom rizikového chování v dospívání – teoretické předpoklady a souvislosti . . . . .	32
<i>Jana Hamanová, Ladislav Csémy</i>	
1.3.1 Změny společnosti ve druhé polovině 20. století . . . . .	32
1.3.2 SRCH-D v 21. století . . . . .	38
1.3.3 Prevence SRCH-D . . . . .	42
<b>2 Syndrom rizikového chování v životě dospívajících</b> . . . . .	49
2.1 Abúzus návykových látek a závislosti . . . . .	49
2.1.1 Stadia cesty do závislosti . . . . .	49
<i>Pavel Kabíček</i>	
2.1.2 Epidemiologie – kouření, pití alkoholu a užívání drog mezi českými dospívajícími . . . . .	56
<i>Ladislav Csémy, Pavla Chomynová, Petr Sadílek</i>	
2.1.3 Krátkodobé a dlouhodobé účinky návykových látek . . . . .	73
<i>Pavel Kabíček</i>	
2.1.4 Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci. . . . .	94
<i>Marian Koranda</i>	
2.1.5 Problémy působené hazardem u dospívajících. . . . .	110
<i>Karel Nešpor</i>	

2.1.6	Prevence závislosti ve školství a v rodině . . . . .	118
	<i>Martina Budinská</i>	
2.1.7	Screening a krátká intervence v lékařské praxi. . . . .	135
	<i>Pavel Kabíček, Ladislav Csémy</i>	
2.2	Poruchy společenské adaptace a agresivita . . . . .	148
2.2.1	Heterogenní příčiny poruch společenské adaptace adolescentů a jak jim předcházet . . . . .	148
	<i>Pavel Kabíček</i>	
2.2.2	Šikana ve školní třídě . . . . .	151
	<i>David Čáp</i>	
2.2.3	Autoagresivní chování v dospívání . . . . .	162
	<i>Jiří Koutek</i>	
2.2.4	Kriminální chování . . . . .	176
	<i>Ludmila Čírtková</i>	
2.2.5	On-line rizikové chování teenagerů. . . . .	187
	<i>Lenka Hulanová</i>	
2.2.6	Rizikové chování z pedopsychiatrického hlediska. . . . .	199
	<i>Pavla Hellerová</i>	
2.2.7	Prevence úrazů u mladistvých . . . . .	203
	<i>Veronika Benešová</i>	
2.2.8	Prevence syndromu rizikového chování v dospívání z hlediska rodinné interakce . . . . .	223
	<i>Hana Imlaufová</i>	
2.3	Rizika v oblasti reprodukčního zdraví . . . . .	236
2.3.1	Rizikové chování dospívajících v sexuální oblasti . . . . .	236
	<i>Jana Hamanová</i>	
2.3.2	Sexualita v dospívání . . . . .	250
	<i>Slavoj Brichcín</i>	
2.3.4	Chronické pánevní záněty . . . . .	265
	<i>Leoš Teslík</i>	
2.3.5	Pohlavní nemoci . . . . .	269
	<i>Jana Hamanová</i>	

2.3.6	Infekce HIV a onemocnění AIDS . . . . .	283
	<i>Ladislav Machala</i>	
2.3.7	Sexuální výchova v dospívání . . . . .	294
	<i>Jana Hamanová, Slavoj Brichcín</i>	
2.3.8	Antikoncepční metody v adolescenci. . . . .	305
	<i>Leoš Teslík</i>	
2.4	Rizikové chování v oblasti stravování . . . . .	315
	<i>Hana Papežová</i>	
2.5	Rizikové chování v oblasti pohybového režimu. . . . .	329
	<i>Pavel Kabiček</i>	
	<b>Závěr – možnosti prevence syndromu rizikového chování v dospívání . . . . .</b>	<b>333</b>
	<i>Pavel Kabiček, Jana Hamanová</i>	
	<b>Vybrané užitečné kontakty . . . . .</b>	<b>335</b>
	<b>Rejstřík . . . . .</b>	<b>339</b>



---

# 1 Dospívání

---

## 1.1 Úvod – celosvětové změny ve vývoji mládeže v posledních desetiletích

*Pavel Kabíček*

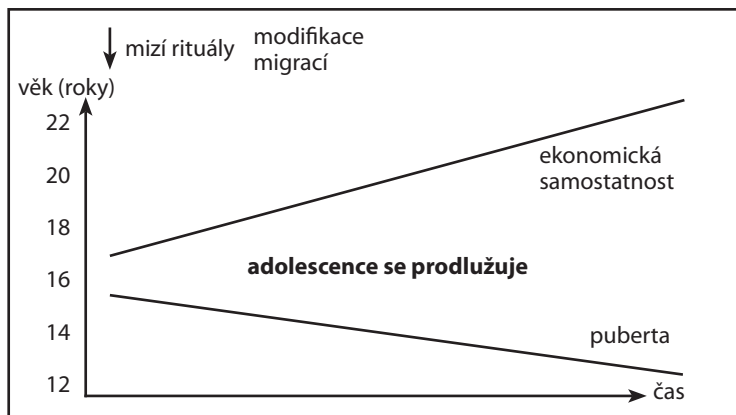
V průběhu lidské historie bylo dospívání vždy považováno za období velké životní změny (*life transition*). Důležitost této změny a vstup do světa dospělých byl u všech kultur zvýrazňován „přechodovým rituálem“, který zviditelnil legitimní a plnohodnotný vstup do společnosti dospělých. Takové rituály se odehrávaly brzy po dosažení základní tělesné zralosti, u některých národů je můžeme vidět do dnešní doby.

Adolescence (dospívání) je vývojové období, které, tak jako všechny fáze lidského života, v dnešní době doznává určitých změn. Současný člověk tělesně dozrává časněji než jeho vrstevník před sto lety, na druhou stranu se jeho integrace do světa dospělých výrazně prodlužuje (*viz schéma na str. 14*).

Složité a dlouhá je příprava na povolání, oddaluje se věk založení rodiny, věk porození prvního dítěte atd. Tak se vytváří dlouhé období psychosociálního dozrávání. Dnešní dospívající prožívají toto období různě. Někteří, za hmotné podpory svých rodičů, podstupují složitou přípravu na povolání, vzdělávají se, cestují. Jiní vstupují do světa dospělých ještě psychicky a společensky nezralí. U řady z nich je to určitá kombinace možností. Současná západní společnost přináší ekonomický rozvoj, zlepšení výživy a zdravotní péče. Společenské změny vedou k demokratičtějšímu a svobodnějšímu rozhodování na všech úrovních lidské činnosti. To má řadu výhod, ale je to provázáno i jevy, které mohou vývoj v adolescenci narušit.

Od konce 2. světové války extrémně vzrostla zkušenost mladých lidí s návykovými látkami. Hnutí hippies, přestože bylo časově omezeno, popularizovalo v současné společnosti experimentování s psychoaktivními látkami, společně s výrazným rozvolněním pravidel sexuálního života a vlivem moderní hudby na mladou generaci. Velká šíře rozmanitých společenských změn způsobila i „sekularizaci“ společnosti, život již není

Adolescence v měnící se společnosti – věk puberty se snížil, věk ekonomické nezávislosti se zvýšil.



Podle Michaud P. A.: *Biopsychosocial Development during Adolescence*. Letní škola dorostové medicíny EuTEACH, Lausanne, 11.–15. 7. 2005.

tak široce vázán na církev, jako byl v minulosti, i když rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou v tomto směru velmi výrazné. S rozvojem technologií a jejich zvládnutím velmi mladými jedinci se otevírají možnosti globální komunikace, které mají jednoznačně pozitivní aspekty, ale také stinné stránky, jako je příliš mnoho času stráveného ve virtuálním světě, jednostranné využívání těchto médií a závislost na nich. Děti a adolescenti se chovají agresivněji jak ke svým vrstevníkům, tak vůči sobě samým. Mladí lidé jsou ohroženi úrazy při sportovních aktivitách i dopravních nehodách. Trendem posledních desetiletí je určitá „nemódnost“ sportu a nedostatek pravidelné fyzické aktivity u dětí a dospívajících. Z toho pramení chudost jejich pohybového režimu. Celospolečenským problémem je nezdravé stravování, které má v adolescenci svá specifika, např. poruchy příjmu potravy.

Nárůstu „zdraví ohrožujícího“ chování si všimli psychologové již na začátku padesátých let minulého století a soustavným studiem velkých skupin adolescentů prokázali určité zákonitosti společenského jevu (Jessor), který nazvali syndromem rizikového chování v dospívání (SRCH-D). Kromě velmi negativního vlivu na zdraví a vývoj mládeže, který má často ná-

sledky pro celý další život, prokázali velké množství rizikových a ochranných faktorů, jež lze při práci s dospívajícími ovlivňovat: rizikové oslabovat a ochranné posilovat. Zjistili, že jednotlivé projevy SRCH-D koincidují, podmiňují se a prolínají. Závažnost těchto projevů ve směru k výchovné a zdravotní péči je zvýrazněna i tím, že vlastní projev rizikového chování je často hlavním „socializačním“ momentem ve skupině vrstevníků, kterou si mladý člověk vybral, takže jeho eliminace je obtížná. Konečně velmi důležitý je i metodologický aspekt znalosti SRCH-D, který ukazuje na společné příčinné sociální faktory, jako je např. dysfunkce rodiny, nejistota životních perspektiv nebo odosobněná urbanizace.

Vzhledem k tomu, že poslední roky přinesly zásadní zjištění v oblasti SRCH-D, že epidemiologie jednotlivých součástí má velkou dynamiku, a především proto, že jsou studovány účinné nástroje jak jít efektivně proti tomuto trendu, rozhodli jsme se podat zevrubnou informaci o SRCH-D. Přináší odborně zpracované informace o rozsahu negativních jevů a jejich zdravotní nebezpečnosti ze všech složek společenského života. Hlavně má však za cíl ukázat principy a praktické návody pro prevenci a příznivé ovlivnění na všech úrovních výchovné a zdravotní péče. Zadáni pro prevenci rizikového chování je celospolečenské, současné národní vlády i evropské a světové organizace, jako je OSN a WHO, mají mezi svými prioritami ovlivnění zdravotních dopadů rizikového chování u mládeže.

Velmi důležitý dokument OSN „Zdraví pro příští milénium“ deklaruje rizikové chování jako hlavní determinantu zdraví současné mládeže (Resnick, 2005) a Evropský parlament nedávno schválil deklaraci WHO „Zdraví 2020“, která je nyní rozpracovávána do podmínek jednotlivých zemí EU včetně ČR, kde také nacházíme důraz na tuto oblast. Celospolečenský postup proti SRCH-D by měl obnášet viditelné, široce přijímané počiny na všech úrovních života a stát se tak příhodným prostředím k oslabení trendu zvyšování výskytu SRCH-D. Větší bezpečnost dopravy, zákazy a regulace kouření a pití alkoholu, vhodné mediální kampaně a samozřejmě odborné akce poukazující na škodlivost SRCH-D jsou jen několika příklady celospolečenských aktivit. Hlavní je však individuální a dlouhodobé neautoritativní výchovné působení, počínaje rodinou a konče vhodně zvolenou prevencí školní a zdravotní.

## **Literatura**

1. Jessor R.: Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health* 1991, 12: 597–605. „Rizikové chování v dospívání: psychosociální rámec pro chápání a jednání“, dostupné na: [www.ppp-hodonin.eu/doc/Prevence\\_rizikoveho\\_chovani\\_Jessor\\_preklad.pdf](http://www.ppp-hodonin.eu/doc/Prevence_rizikoveho_chovani_Jessor_preklad.pdf).
2. Resnick M. D.: Healthy youth development: getting our priorities right. *Med J Aust* 2005, 183: 398–400.
3. WHO Regional Comitee for Europe, 66. zasedání, Malta, 10.–13. září 2012, [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf).

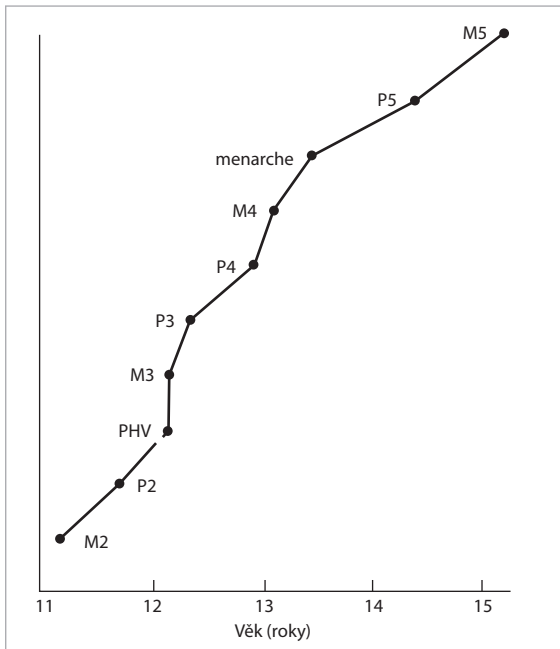


## 1.2 Vývoj v dospívání

*Pavel Kabíček*

**Dospívání** (adolescence) je vývojové období, které vymezujeme 10. a 19. rokem života. Během této doby dochází k mnoha poměrně rychlým biologickým, psychickým a společenským vývojovým změnám. Urychluje se růst, jedinec pohlavně dospívá. V psychické oblasti hledá svou identitu a postupně se osamostatňuje od rodiny. Pubertou nazýváme první, tzv. rychlou fázi adolescence, v níž převažují biologické změny. Puberta vrcholí

Pořadí a průměrný věk pohlavních a růstových změn v pubertě u děvčat.



Zkratky:

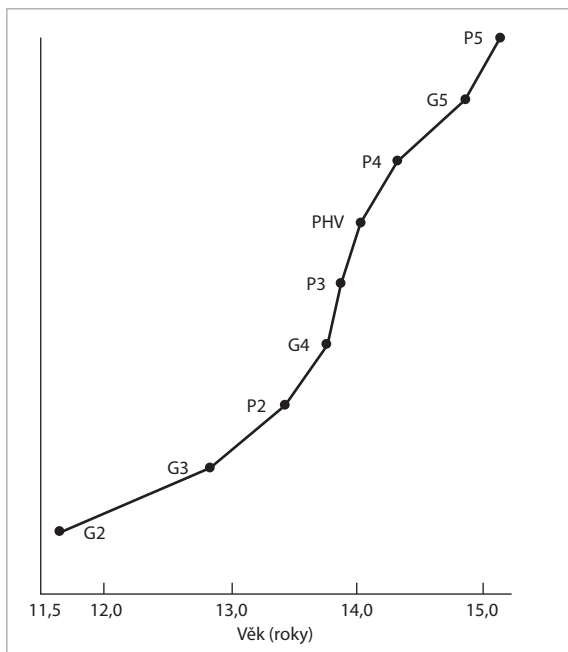
M – prsní žláza (mamma)

P – pubické ochlupení

PHV – peak height velocity (VRR – vrchol růstové rychlosti)

Podle Root A. W.: Endocrinology of Puberty, *J Pediatr* 1973, 83: 1–19.

Pořadí a průměrný věk pohlavních a růstových změn v pubertě u chlapců.



Zkratky:

G – genitál

P – pubické ochlupení

PHV – peak height velocity (VRR – vrchol růstové rychlosti)

Podle Root A. W.: Endocrinology of Puberty, *J Pediatr* 1973, 83: 1–19.

a končí dosažením základní pohlavní zralosti (schopnosti se reprodukovat). Ve střední a pozdní adolescenci probíhá především psychosociální vývoj.

**Dělení adolescence** podle věku a sledu vývojových milníků je velmi obtížné. Začátek i průběh adolescence je totiž individuálně velmi variabilní a vývojové normy zde mají velkou variační šířku. Dívky somaticky dospívají dříve, bazální pohlavní zralosti (menarche) dosahují průměrně kolem 13. roku. Chlapci dosahují bazální pohlavní zralosti (první poluce) průměrně kolem 15. roku. Ve skupině dospívajících děvčat a chlapců

ců najdeme jak časně dozrávající jedince (*early maturers*), u nichž nebude výjimkou menarche v 10 letech stejně jako u chlapců první poluce v 12 letech, tak jedince dozrávající později (ještě v rámci normy), tzv. *late maturers*, u kterých se první měsíčky objeví až v 15 letech a první poluce v 17 letech, aniž by to znamenalo poruchu. Započatá puberta má již za fyziologických podmínek v podstatě konstantní pořadí pohlavních a růstových změn (viz grafy na str. 17 a 18).

Systémů věkového dělení adolescence je velmi mnoho. Pro přehlednost se v naší publikaci přidržíme často užívaného rozdělení: časná adolescence (10–13 let), střední adolescence (14–16 let), pozdní adolescence (17–19 let).

### Vývoj mozku

Současné výzkumy neuroanatomie, funkční zobrazovací možnosti (především funkční magnetická rezonance – fMRI) dovolují posoudit vývoj mozku v dospívání jako celku i v jeho jednotlivých oblastech. Zatímco myelinizace postupuje víceméně lineárním tempem v celém mozku, pouze s malými lokálními variacemi, úbytek šedé kůry, nazývaný synaptické prořezávání (*synaptic pruning*), je více selektivní. Jde o proces involuce některých mozkových okruhů a na druhé straně posilování okruhů důležitějších.

Neuroendokrinní změny v průběhu pohlavního vývoje ovlivňují i emoční a behaviorální vývoj. Je například prokázáno, že testosteron prochází hematoencefalickou bariérou a podporuje synaptické prořezávání především ve frontálním a temporálním laloku (Witte et al., 2010; Nguyen et al., 2013). To může pomoci v pochopení vývoje pohlavních rozdílů v šedé kůře a behaviorálních konsekvencí.

Největší neurobiologické změny v dospívání probíhají v mezokortikolimbickém systému, ve kterém se nacházejí centra emocí, jejich kontroly, rozhodování, impulzivity, a v systému odměn (viz kapitola „Stadia cesty do závislosti“). Především remodelace frontostriálního systému v průběhu adolescence může vést k určité nerovnováze mezi impulzivitou, hazardním chováním a sebekontrolou. Oblastí, která je odpovědná za rozhodování, sebekontrolu a inhibici impulzivity, je především orbitofrontální kortex (OFC), jehož vývoj v dospívání je velmi pomalý a dlouhý, naproti tomu jádra systému odměn, motivace, emocí a hledání nového včetně rizik (jako je amy-

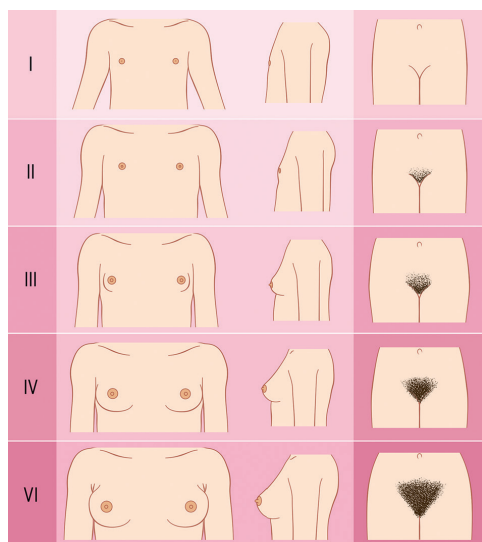
gdala, *nucleus accumbens*, ventrální striatum) jsou v průběhu adolescence (a zvláště časné) velmi reaktivní. Některé studie ukazují, že úroveň impulzivity je v dospívání ze všech životních údobí nejvyšší (Steinberg et al., 2008). Adolescence reprezentuje zvláštní období emočního vnímání a regulace. Poznávání a rozhodovací pochody jsou silně ovlivněny emočním stavem. Fenomén tzv. horkého poznávání (*hot cognition*), opak chladného poznávání (*cool cognition*), při kterém probíhá rozhodování při nízké emoční úrovni, je zde velmi významný. Adolescenti jsou také více senzitivní vůči stresovým podnětům. Uvolňování kortizolu při stresující úloze lineárně stoupá s věkem v období od 9 do 15 let (Gunnar et al., 2009). Řada studií ukazuje, že tendence k rizikovému chování, včetně např. užívání návykových látek, je v dospívání větší než v dospělosti (Bernheim et al., 2013).

### **Sekulární trend v růstu a dospívání**

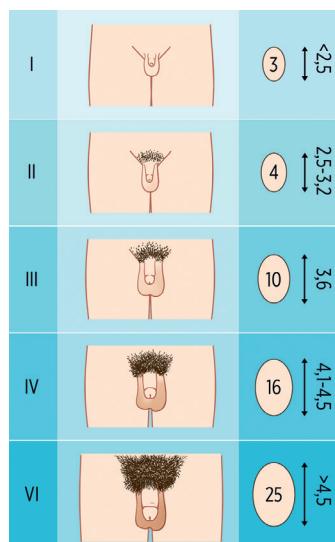
Se zlepšením sociálního postavení dětí a dospívajících, jejich podmínek k životu a zajištění se v průběhu posledních sta let snížil věk dosažení bazální pohlavní zralosti. Měřeno pomocí věku menarche je to za posledních sto let o 2–3 roky. Je to výsledek zlepšené výživy, kvalitní zdravotní péče, dobrých životních podmínek, včetně kvalitního vytápění a odstranění dětské práce. Tento trend však má pravděpodobně limity, protože od padesátých let 20. století dále již ke snižování věku menarche nedochází. Efektivní energetická rovnováha je také vyjádřena vyšší postavou. Chlapci a děvčata v současné době rostou rychleji a kratší dobu než jejich vrstevníci v minulých generacích. Jejich výsledná výška je větší. Každá následující generace má stran tělesné proporcionality poněkud delší končetiny, relativně větší nohy a užší obličej.

### **Posuzování sekundárních pohlavních znaků**

Podle vývoje sekundárních pohlavních znaků můžeme při somatickém vyšetření adolescenta hodnotit, společně se zhodnocením růstové a váhové křivky a u dívek s datem menarche, fázi pohlavního dospívání. Vývoj sekundárních pohlavních znaků se celosvětově hodnotí podle Tannera. U nás se antropometrií a somatickými známkami pohlavního zrání podrobně zabýval profesor Jiří Blecha. Podle Tannera hodnotíme sekundární pohlavní znaky škálou 1–5. U dívek se hodnotí stupeň vývoje pubického ochlupení a vývoje prsní žlázy, u chlapců vývoj genitálu a pubického ochlupení. Fáze 1 je vždy klidová, dětská, prepubertální. U dívek



Vývoj prsní žlázy a pubického ochlupení u dívek.



Vývoj genitálu a pubického ochlupení u chlapců.

Zdroj: Renata Pomahačová, Božena Kalvachová: *Dětská endokrinologie do kapsy*, vydalo nakladatelství Mladá fronta a. s., první vydání. Praha 2013, ISBN 978-80-204-2936-0.

při hodnocení pubického ochlupení (označujeme P) fázi 2 (P2) hodnotíme řídký růst dlouhých, lehce pigmentovaných jemných chlupů, rovných nebo jen lehce zvlněných, zejména rostoucích kolem labií. P3: Chlupy jsou výrazně tvrdší, hrubší a více kroucené. Ochlupení se řídkce rozšiřuje na stydký pahorek. P4: Ochlupení je již dospělého typu, ale kryje menší oblast než u dospělých a nepřesahuje na stehna. P5: Ochlupení je dospělé v kvantitě i typu, s přesahováním na stehna. Rozvoj prsní žlázy označujeme M (mamma). M2: Fáze poupěte, malá elevace bradavky a prsní žlázy. M3: Postupující zvětšování prsu, dvorec nemá oddělenou konturu. M4: Dvorec a bradavka se formují a prominují nad konturu prsu. M5: Dospělý typ, kde dvorec vklesává do celkové kontury prsu. U chlapců hodnotíme pubické ochlupení (P). P2: Jemné, řídké chlupy, rovné nebo jen mírně vlnité, nejprve kolem kořene penisu. P3: Chlupy jsou výrazně tvrdší, hrubší a více kroucené. Ochlupení se šíří nad stydkou sponu. P4: Ochlupení je již dospělého typu, ale kryje menší oblast než u dospělých

a nepřesahuje na stehna. P5: Ochlupení je dospěle v kvantitě i typu, s přesahováním na stehna. Rozvoj mužského genitálu značíme G. G2: Dochází ke zvětšení scrota a testes, ale penis se většinou ještě nezvětšuje. G3: Dále rostou testes a scrotum a zvětšuje se penis, hlavně do délky. G4: Další růst testes a scrota a zvětšování penisu, hlavně do šíře. G5: Dospělý typ genitálu. *Viz obrázky na str. 21.*

### • Časná adolescence: 10–13 let

V časně adolescenci převažují biologické změny, charakteristické startem pubertální růstové akcelerace a počátkem pohlavního dozrávání. Úplný začátek hormonálních změn, souvisejících s pohlavním dospíváním, je patrný již 1–2 roky před začátkem adolescence a nazýváme jej adrenarche. Je způsoben zvýšením sekrece androgenů, především dehydroepiandrosteronsulfátu (DHEAS), kůrou nadledvin a projevuje se slabým pubickým ochlupením a mírnou sekrecí apokrinních žláz v podpaží. U dívek tyto změny nastávají průměrně cca v 8 letech (vzácně i v 6 letech), u chlapců kolem 10 let, individuálně 1–2 roky před počátkem rozvoje prsní žlázy u dívek a zvětšováním testes u chlapců. Časná adolescence je pak spojena se zrychlením růstu, který u dívek kulminuje v době kolem menarche a představuje růstovou rychlost cca 11 cm/rok, u chlapců je růstová rychlost ještě větší, max. kolem 12 cm/rok a kulminuje průměrně v 15 letech. Růst začíná distálně na končetinách, pokračuje na proximální části končetin a nakonec roste trup a hrudník. Somatický vývoj je u chlapců spojen s větším rozvojem a zvyšováním objemu kosterního svalstva, u dívek se zvyšuje objem podkožního tuku a dochází k typickému zaoblování postavy na bocích a stehnech. Současně se intenzivně vyvíjejí sekundární pohlavní znaky, které při dosažení bazální pohlavní zralosti (u dívek menarche a u chlapců první poluce) mají být již fyziologicky ve fázi 4 podle Tannera. Rozvoj sekundárních pohlavních znaků je provázen u chlapců hlasovou mutací a růstem vousů. U dívek také dochází k jisté změně formování hlasu, ale ne tak výrazné jako u chlapců. Adrenální androgeny stimulují mazové žlázy a usnadňují rozvoj akné.

Rychlý fyziologický vývoj organismu s sebou nese zvýšené nároky na výživu a koordinaci jednotlivých somatických funkcí. Z častých poruch, které bezprostředně souvisejí s rychlým vývojem, jsou nejfrekvencovanější ortopedické poruchy, především dorzopatie jako idiopatická skolióza, ky-

fóza, Scheuermannova choroba nebo vadné držení páteře. V adolescenci se také často projevují smyslové poruchy, především refrakční oční vady – při růstu se prodlužuje oční bulbus a může predisponovat ke krátkozrakosti. Velkou pozornost je třeba věnovat těžším formám *acne juvenilis* (od papulopustulózní formy až po *acne fulminans*). V tomto věku se také objevuje kontinuální nárůst juvenilní hypertenze, která, pokud začíná v adolescenci, je většinou primární.

Rychlý růst a budování orgánů klade velké nároky na přísun živin ve stravě, ale karencní stavy (chybění některých živin v rostoucím organismu) v adolescenci nemají v rozvinutých zemích s dostatkem všech možností pestré výživy u zdravých jedinců větší klinický dopad, kromě sideropenie (nedostatku železa). Ta je častější u děvčat, a pokud je podceněna nebo dlouho nediagnostikována, může vést k závažným formám sideropenické anemie (chudokrevnosti). Přitom již latentní (skrytá – beze změn v krevním obraze) sideropenie má klinické příznaky – obtíže, které je třeba při vyšetření adolescenta reflektovat.

Mírné koordinační problémy související s rychlým růstem mají charakter zvýraznění vegetativní lability a v některých případech mírné pohybové dyskoordinace – lehká neohrabanost („samá ruka, samá noha“).

## Psychosociální vývoj

### *Emoční vývoj*

Pohlavní dozrávání přináší do života nové podněty. Adolescent vidí, že se somaticky mění, hlásí se pohlavní pudy, je až přecitlivělý na vnější podněty. Sám o sobě přemýšlí, pochybuje o sobě. Citové konflikty často vedou k emoční nestabilitě a k negativním emocím. Mnozí adolescenti jako by nerozuměli těmto změnám, úzkostlivě pozorují své niterné stavy. Každá tendence tu má větší temperament než v dětství. Převládá nevyrovnanost a konfliktnost. Puberta bývá z tohoto hlediska nazývána obdobím druhé fáze vzdoru (první je v batolecím věku). Navíc k tomu přistupuje snadnější unavitelnost a střídání ochablosti a apatie s krátkými periodami vystupňované aktivity. Emoční nestabilita, časté změny nálad, impulzivita jednání a nepředvídatelnost reakcí skutečně často patří k dospívání. To však neznamená, že by adolescence byla zákonitě obdobím emočních krizí. Starší, průkopnické práce sice nazývaly dospívání dobou bouří a krizí, nicméně nové práce, postihující porovnání větších skupin adolescentů z různých

kultur, neprokázaly přímou souvislost mezi pohlavním dospíváním a výskytem emočních krizí.

Souhrnně lze zvláštnosti psychiky, hlavně v časně adolescenci, charakterizovat snahou přizpůsobit se biologickým, psychickým a sociálním podmínkám. Podle Kennera je období dospívání „velký překladatel“, který biologické, sociální a kulturní normy překládá do individuálního jazyka jedince a tím připravuje volbu základních forem osobní existence. Je zde patrné zvýšené úsilí o integraci rolí minulých do rolí zamýšlených v budoucnu. Odtud také pramení doporučení pro vychovatele, který by měl na jedné straně vést adolescenta k optimální integraci do světa práce a na druhé straně mu ponechat dostatečný prostor k rozvíjení vlastních myšlenek a vloh.

### *Kognitivní vývoj*

U zdravého jedince je vývoj kognitivních schopností jednoznačně pozitivní. Pokračuje vývoj inteligence, tvořivého myšlení a abstrakce. Zvláště časná adolescence přináší zvládnutí systému formálních operací. Konkrétní operace již dokáže dospívající vzít jako východisko dalších operací (tedy hodnocení nebo soudů). Tím je myšlení dán mnohem větší prostor. Hlavní pokroky je možné vyjádřit několika body:

1. Adolescent dokáže pracovat s pojmy, které jsou vzdálené bezprostřední smyslové zkušenosti, obecněji. Začíná chápat abstraktní pojmy jako právo, spravedlnost, pravda apod.
2. Při řešení problému již dokáže používat několik alternativ, používat teorie nebo hypotézy, jejichž platnost umí ověřit.
3. Dokáže vytvářet i fiktivní nebo fantastické domněnky, které je schopen porovnat s realitou nebo normami společnosti.
4. Je s to používat logické operace nezávisle na obsahu soudů. Je schopen sledovat formu myšlenkového úsudku.

Tento formálně abstraktní způsob myšlení je předpokladem pochopení řady vyučovacích předmětů, jako je fyzika nebo matematika. Dovoluje kritický přístup k myšlení. Tento nový způsob myšlení má zásadní význam pro život adolescenta a jeho náhled na svět a lidi. Dospívající již dokáže srovnávat existující poměry s ideálním stavem, který si vytvoří ve své mysli. Odtud pochází jeho častá kritičnost a nespokojenost, zklamání, nejasné toužení nebo někdy i vystupňovaný pesimismus.



### *Socializace*

Mezi hlavní úkoly dospívání patří postupná emancipace od rodiny a naopak navazování významnějších vztahů k vrstevníkům. Proces osamostatňování jedince sice začíná od útlého dětství a pokračuje i v dospělosti, ale adolescence má v tomto klíčovou roli a je rozhodující pro další identifikaci dospívajícího, např. osvojení si základních rolí rodiče nebo partnera.

Čím hlubší a jistější jsou vztahy, které dítě zažívá v rodině, tím méně komplikovaný je proces emancipace od ní. Ani za optimálních podmínek však toto období není snadné. Mnoho rodičů prožívá adolescenci svých potomků poměrně bolestně. Každé dítě si hledá vlastní cestu k dosažení samostatnosti, aby se ubránilo úzkosti vyplývající ze ztráty dosavadních jistot. Často bývá tento proces provázen přeháněním rozdílů, které adolescent hledá v chování a názorech rodičů oproti vrstevníkům, ke kterým se nyní přiklání. Mnozí proto revoltují proti rodičům, kritizují je, vytýkají jim skutečné i domnělé nedostatky nebo se stydí za projevy něžnosti a lásky a odmítají jejich přílišnou kontrolu. Tento proces může probíhat postupně a v klidu, ale může být provázen i náhlými výbuchy a afekty.

Adolescent často nerozumí svým afektům a snaží si je dodatečně zdůvodňovat. Většinou si je vysvětluje nespravedlivým nebo nesprávným jednáním rodičů. Jiní adolescenti řeší obavu ze ztráty rodičovské lásky odmítáním nových vztahů a uzavřením se do sebe. Libují si v pocitech ublíženosti a utrpení. Často dochází k různému prolínání těchto prožitků. Většina dospívajících však nakonec nalézá svou vlastní úspěšnou cestu s udržením dobrých vztahů k rodičům.

Vztahy k vrstevníkům se v časně adolescenci intenzivně proměňují. Nové vztahy dávají adolescentům určitou jistotu, kterou ztrácejí rozvolňováním rodinných vazeb. Vyvíjejí se v několika stupních, jež na sebe volně navazují a často se i prolínají:

- **Skupinová, izosexuální fáze.** Sklon vytvářet skupiny stejného pohlaví. I když takové skupiny vznikají už dříve, mají nyní v časně adolescenci větší stabilitu a organizaci. Diferencují se určité role a vyžaduje se loajalita. Jedinci opačného pohlaví jsou aktivně odmítáni. Děvčata jsou pro chlapce ufnukaná, užalovaná a nesdílejí chlapecké zájmy. Dívky odmítají chlapce, protože jsou hrubí. Dospívající jsou ve skupině spojováni stejnými zájmy, přáním sdružovat se, vzájemným obdivem

a možností napodobovat se. Skupina působí jako socializační činitel, ale může mít i tyranizující vliv a svést jedince až k antisociálnímu jednání a delikvenci.

- **Individuální, izosexuální fáze.** Účast na skupinovém životě může přetrvávat velmi dlouho, ale přesto se, většinou již ve vlastní pubertě, silně ozve potřeba párového přátelství, kterou život ve skupině neumožňuje. Užší emoční vztah k důvěrnému příteli (přítelkyni) dovoluje vyměňovat si vlastní pocity, vnitřní prožitky a nejtajnější otázky. Přátelství chlapců bývá založeno na podobných společných zájmech a činnostech. Přátelství děvčat je podloženo hlubší emoční náklonností. Přátelství založená v této době často přetrvávají až do pozdní dospělosti.
- **Přechodná fáze.** Ještě v pubertě se začíná ozývat zájem o druhé pohlaví. Jedinci, kteří první překonávají toto tabu, bývají vystaveni posměškům okolí, v nichž se však odráží i určitá závist. První heterosexuální zájmy bývají tápavé, bázkivé a nejisté. Často chlapci a děvčata zůstávají ve svých skupinách a projevují zájem jaksi na dálku – pokřikují na sebe, vtipkují a tím oslabují nejistotu a strach. Chlapci a dívky se pak mezi sebou chlubí různými zážitky, které bývají zveličené nebo vymyšlené.
- **Heterosexuální fáze polygamní.** Objevuje se u některých jedinců v pubertě, ale většinou již na hranici puberty a střední adolescence. Nahodilá setkání a různé utajované schůzky dovolují získávat první zkušenosti ve vztahu k druhému pohlaví. Převládajícím prvkem v těchto vztazích bývá zvědavost nebo snaha přesvědčit se o vlastní ceně a přitažlivosti. Chlapci přitom rádi dávají na odiv svou sílu a dovednosti, děvčata svůj vzhled, šarm a oblíbenost. Hravé kontakty a flirtování přinášejí velmi brzy intenzivnější zážitky.

### Sexualita v časně adolescenci

Sexuální aktivita v určité primitivní formě začíná již v dětství. Nyní však rychle narůstá frekvence a diferenciací aktivit. Sexuální pud je závislý na fyziologických hormonálních změnách, ale způsoby sexuálního chování jsou výrazně modifikovány i výchovou a kulturními normami. Jedinci, kteří somaticky dozrávají velmi pozdě (*late maturers*), dosahují nakonec stejného somatického vývoje jako jedinci, kteří dospívají velmi brzy (*early maturers*). Chlapci, kteří dospívají časněji, jsou v té době společensky úspěšnější a sebevědomější než později dospívající vrstevníci. Naopak u dí-

vek je časná maturace spojena s horším školním prospěchem a nižším sebevědomím.

Ze studií zabývajících se vývojem sexuality můžeme vyvodit několik obecnějších závěrů:

- Autoerotické (masturbační) praktiky jsou mezi adolescenty obecně rozšířeny a jsou jakýmsi předstupněm pozdějších heterosexuálních zájmů. Zkušenost s masturbací udává na konci adolescence 90–92 % chlapců a 0–57 % dívek. Většinou je tato aktivita praktikována o samotě v soukromí, méně často vzájemně mezi jedinci stejného pohlaví. Ani v tomto případě nebylo prokázáno, že by tato aktivita ovlivnila další sexuální přizpůsobení, ovšem s výhradou, že není příliš častá a nepřetrvává do pozdějšího věku.
- První zkušenosti s heterosexuálními styky získává adolescent většinou mezi 14. a 16. rokem. Nejčastěji v určitém sledu, který Schofield charakterizuje takto: jednoduchý polibek – polibek s větší aktivitou jazyka – dotýkání prsů dívky přes oděv – podobné dotýkání pod oděvem (petting) – manuální genitální kontakt s výlučnou aktivitou chlapce – podobný genitální petting s účastí dívky – koitus. Časový odstup mezi jednotlivými fázemi může být poměrně dlouhý (1 rok i více).
- Věk prvního pohlavního styku je u naší mládeže průměrně 18 let, nicméně několik studií ukazuje, že určitý segment populace začíná s koitální aktivitou velmi časně, a to již před 15. rokem života (cca 14–15 % děvčat). Tento fakt musí být zohledněn jak při preventivních opatřeních, např. vakcinaci proti lidskému papilomaviru (*human papillomavirus*, HPV), tak v diferenciální diagnóze časného nechtěného těhotenství nebo dalších negativních konsekvencí časného začátku intimního života, především sexuálně přenosných infekcí. Zde je jistě důležitá úloha rozumné sexuální výchovy. Ta má adolescenta obeznámit s fyziologickými vývojovými změnami, zásadami intimní hygieny, ale i s tím, že heterosexuální vztahy jsou založeny na vzájemném dávání a přijímání, při němž partner není jen předmětem vlastního uspokojení, ale spíše je položen důraz na hluboký a odpovědně založený vztah.

### Volba povolání

Až do začátku adolescence je volba povolání předmětem fantazie, která se neváže na vlastní schopnosti. Jde spíše o hru. Od začátku adolescence však

jedinec začíná srovnávat svá přání se skutečností. Posuzuje už své schopnosti, porovnává se s jinými vrstevníky a všímá si lidí určité profese. Jen malá část adolescentů si sama vynutí určité povolání bez ohledu na ostatní okolnosti a stejně tak málo mladých lidí se řídí výlučně vnějším tlakem, bez ohledu na své schopnosti. Většinou jde o postupné navození souladu mezi přáním adolescenta a jeho okolím. Praktický lékař pro děti a dorost by měl ve 13 letech tuto oblast s adolescentem probrat (s ním i s jeho rodiči), případně doporučit kontakt s pedagogicko-psychologickou poradnou, a zohlednit zdravotní aspekty volby povolání při chronickém zdravotním problému. Potvrzení zdravotní způsobilosti lékařem při podání přihlášky na školu by už mělo představovat završení všech těchto úvah.

### **Vývoj sebepojetí**

Vývoj sebepojetí převládá spíše ve střední a pozdní adolescenci. Německo-americký vývojový psycholog Erik H. Erikson zadává období adolescence úlohu dotvoření vlastní identity, přijetí sama sebe jako osobnosti, své role ve společnosti, uvědomění si toho, co dospívající od společnosti očekává a co jí chce a může dát. Předpokládá se i vytvoření základních zásad sebekritičnosti a dotvoření životních hodnot, kterých si adolescent váží a chce dosáhnout. Velmi důležité k sebepřijetí je i hodnocení vlastního vzhledu – dospívající často zkoumá svůj zevnějšek, jedinci s nízkým sebehodnocením nacházejí pravidelně nejrůznější odchylky a drobné vady, zveličují je a trápí se pro ně.

Hledání identity však není jen pasivním poznáváním sebe. Je spojeno i s aktivním experimentováním. Hledání identity není procesem pasivním, ale procesem sebeformování. Pokud adolescent roli identifikace nezvládá, označuje Erikson následnou reakci „zmatením rolí“ a k této nežádoucí psychické reakci přiřazuje i aspekt agresivity.

#### **• Střední adolescence: 14–16 let**

Ve střední adolescenci ještě přetrvává zvýšené růstové tempo oproti věku před růstovou akcelerací; v této fázi roste dospívající o cca 6–7 cm za rok, i když růst se po dosažení bazální pohlavní zralosti rychle zpomaluje. Růst po menarche velmi diferuje (mezi 3 a 17 cm), průměr je cca 8 cm. Formování postavy – rozšíření ramen u chlapců a formování boků u děvčat – je hormonálně podmíněno. Zvětšuje se vitální kapacita plic, zvětšuje se srdce, mírně stoupá krevní tlak a hematokrit. Narůstá orga-

nická i minerální složka kostní hmoty. Všechny tyto vývojové změny jsou výraznější u chlapců.

Průměrně v 15 letech věku dochází u chlapců k první ejakulaci, a to buď při masturbaci, nebo ve spánku. Roste a rozšiřuje se penis.

Sexualita – zde jsou již běžné schůzky chlapců s děvčaty. Stupeň sexuální aktivity je velmi variabilní. Zatímco v 16 letech referuje 30 % děvčat a asi 45 % chlapců koitus, 17 % dospívajících mělo petting a 22 % referuje líbání jako jedinou sexuální aktivitu. Sexuální aktivita je determinována stupněm pohlavního zrání, ale také společenským tlakem okolí. Vysoká hladina testosteronu a nízká religiozita byly shledány jako výrazné faktory predikující sexuální aktivitu u chlapců. Většina rodičů odrazuje děti od sexuální aktivity, ale někteří ji podněcují, aby zvýšili oblíbenost dítěte v jeho vrstevnické skupině.

Homosexuální experimentování nebývá úplnou výjimkou a nutně neznamená trvalou sexuální orientaci. Někteří adolescenti se homosexuální orientace obávají. Homosexuální dospívající mají vyšší riziko izolace a deprese. Strach ze stigmatizace je odrazuje od konzultace těchto problémů s pediatrem nebo jiným dospělým.

Kromě sexuální orientace přináší střední adolescence rozvoj citových vazeb a porozumění pojmům jako láska, čestnost a slušnost. Vztahy mezi chlapci a dívkami jsou však zatím většinou povrchní, zdůrazňující atraktivitu a sexuální experimentování spíše než intimitu. Mnozí adolescenti v tomto věku mají již informace o negativních důsledcích časného začátku intimního života, počítaje v to nechtěné těhotenství i sexuálně přenosné infekce včetně HIV. Tyto znalosti však konzistentně neovlivňují jejich chování. Data o použití kondomu při prvním koitu velmi diferují, u nás v roce 2008 použilo kondom při prvním styku pouze cca 35 % chlapců (Weiss, Zvěřina 2009).

### **Kognitivní vývoj**

Pokračuje rozvoj schopnosti zvládat formální operace. Adolescenti v tomto věku rozvíjí i úvahy o mravních konvencích a etickém kodexu.

### **Sebepojetí**

Vrstevnické skupiny často experimentují se stylem oblékání, jejich zájmy se často mění. Někteří filozofují o smyslu života. Běžný je pocit vnitřního ne-

pokoje a trápení. Někdy je problematické odlišit intenzivní prožívání těchto pocitů od psychického onemocnění. Dívky mají tendenci charakterizovat sebe samé podle kvality svých interpersonálních vztahů, chlapci podle svých schopností.

### **Vztah k rodině, vrstevníkům a společnosti**

Zatímco puberta je většinou ve znamení napjatých vztahů mezi adolescentem a jeho rodiči, ve střední adolescenci více dochází k určité odtažitosti od rodičů a koncentrování se na vrstevnickou skupinu. Neshody a hádky s rodiči mohou vyvolávat potřebu schůzek, kdy nejohrožavějším problémem je fakt separace, spíše než „s kým jdeš“. Se zvýšením heterosexuálních kontaktů klesá význam vrstevnických skupin. Fyzická atraktivita a oblíbenost zůstává ve středu zájmu obou pohlaví a je kritickým faktorem interpersonálních vztahů a sebevědomí. Děti s viditelnou tělesnou odlišností, např. rozštěpem rtu, jsou ohroženy rizikem poruchy vývoje sociálních dovedností a sebedůvěry a hůře navazují uspokojivé vztahy.

Ve střední adolescenci také začíná odpovědnější přemýšlení o tom „co budu dělat v dospělosti“. Tento proces je již korigován určitou sebekritičností a zvažováním vlastních možností a vloh.

### **Doporučení pro rodiče a praktické pediatry**

Somatické dospívání, změny v sexuálním chování a dotváření identity vedou k citovému odtažení od rodičů. S heterosexuálními vztahy postupně mizí význam vrstevnické skupiny. Toto období vyžaduje více než jindy při jednání s adolescenty důvěrný, přátelský a neodsuzující dialog. Při hovoru o sexuálních vztazích je vhodné udržovat zásady důvěrnosti a brát v úvahu celé spektrum normálního pohlavního vývoje adolescenta.

### **• Pozdní adolescence: 17–19 let**

Somatické změny jsou v tomto období již velmi mírné. Dospělý stupeň vývoje prsů, penisu a pubického ochlupení je v 17–18 letech dosažen u 95 % chlapců i děvčat. Mírné změny v distribuci pubického ochlupení se u chlapců dotvářejí ještě několik let, navíc se postupně rozvíjí i ochlupení na hrudníku a mužský typ vlasové hranice, event. počínající plešatost.

## Psychosociální vývoj

Sexuální experimentování postupně mizí a dospívající se orientuje na trvalejší vztahy. Myšlení je méně egocentrické a rozvíjí se koncepty jako spravedlnost, patriotizmus a vztah k historii. Starší adolescenti bývají idealisté, ale mohou mít i absolutistické myšlení, které nesnese jiný názor. Začínají se zabývat otázkami religiozity a politiky. Zpomalení somatického vývoje jim pomáhá v dosažení stabilnějšího vnímání vlastního těla. Intimní vztahy začínají v jejich životě hrát velkou roli. Své vztahy chápou stále častěji jako lásku a závazek. Otázka kariéry je významnější, protože starší adolescent začíná vnímat sebe samého jako součást společnosti (jako student, dělník, rodič apod.).

### Doporučení pro rodiče a praktické pediatry

Erik Erikson definoval finální úkol adolescence jako dosažení stabilního vnímání dotvořené identity, včetně separace od rodiny a iniciace intimity a realistických plánů do budoucna. Narušení těchto milníků je důvodem pro vyhledání poradenství v této oblasti. Hledání identity však není jen pasivním poznáváním sebe samého. Hledání identity není procesem pasivním, ale procesem sebeformování.

## Literatura

1. Bernheim A., Halon O., Bourtel B.: Controversies about the enhanced vulnerability of the adolescent brain to develop addiction. *Frontiers in pharmacology* 2013, 4, 1–11.
2. Gunnar M. R., Wewerka S., Frenn K. et al.: Developmental changes in hypothalamus-pituitary-adrenal activity over the transition to adolescence: normative changes and associations with puberty. *Dev Psychopathol* 2009, 21, 69–85.
3. Nguyen T. V., McCracken J., Ducharm et al.: Testosterone-related cortical maturation across childhood and adolescence. *Cereb Cortex* 2013, 23, 1424–1432.
4. Steinberg L., Albert D., Cauffman E. et al.: Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: evidence for a dual systems model. *Dev Psychol* 2008, 44, p. 1764–1778.
5. Weiss P., Zvěřina J.: *Sexuální chování v ČR*, 2009, dostupné na <http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vyzkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>.
6. Witte A. V., Savli M., Holik A. et al.: Regional sex differences in grey matter volume are associated with sex hormones in the young adult human brain. *Neuroimage* 2010, 49, 1205–1215.

## 1.3 Syndrom rizikového chování v dospívání – teoretické předpoklady a souvislosti

Jana Hamanová, Ladislav Csémy

### 1.3.1 Změny společnosti ve druhé polovině 20. století

Změny ve společnosti ve druhé polovině 20. století byly podrobněji popsány v úvodu této knihy. V zásadě jde především o několik faktů:

- *Oslabení rodiny.* Mizí širší, multigenerační rodina, převažuje dvougenerační „nukleární“ rodina. Ale stoupá i počet rodin s jedním rodičem a zvyšuje se procento dětí narozených svobodným matkám. Dochází také k oslabení každodenního společného rodinného života.
- *Urbanizace.* Budování velkých, neosobních sídlišť. Rozvoj cestování a telekomunikací rychle stírá hranice zeměpisné i různých kultur a tradic.
- *Změny ve světě práce.* Tlak na ekonomický růst a zvyšování produktivity práce klade vyšší požadavky v přípravě na povolání i při hledání pracovního uplatnění.

Dospívající v dnešním světě se musí vyrovnávat nejen s radikálními změnami svého těla a psychiky, danými dospíváním, ale i s bezprecedentně rychle se měnícím okolním světem (Hamanová J., 2000). To nezůstává bez odezvy: v devadesátých letech minulého století studie z Harvardovy univerzity (Kagan, 1991) ukázala, že „v moderních, technologických společnostech se na cestě k dosažení zdravé dospělosti stalo nejrizikovějším obdobím dospívání – na rozdíl od rozvojových zemí i od dřívější doby, kdy nejrizikovějším bylo (a v rozvojových zemích stále je) časné dětství s jeho nemocemi“.

Americká lékařská akademie prokázala, že v rozvinutých zemích je zdraví dospívajících „více ohroženo jevy behaviorálními než biomedicínskými“. Sloganem Světové zdravotnické organizace (WHO) se stalo, že „klíčem ke zdraví dospívajících je jejich chování“.

Sklon experimentovat s rizikem je věku dospívání odedávna vlastní; za normální součást vývoje však lze považovat pouze jeho přechodné trvání a také jeho omezenou míru, která ještě neznamená ohrožení jedince a nepředstavuje chování problémové. V posledních desetiletích však výrazně přibýlo mladých, kteří přijímají rizikový – problémový způsob života, jehož



možné následky je ohrožují a nezřídka i poškozují. Jsou dokonce zdaleka nejčastější (hlavní) příčinou smrti u 15–19letých, a to jak u nás, tak v západních zemích. Mluví se proto také o tzv. nové morbiditě (nemocnosti) mládeže.

### **Studie prof. R. Jessora**

Touto problematikou se už od sedmdesátých let minulého století zabývali severoameričtí autoři, především psycholog profesor Richard Jessor (mj. také spolupracovník WHO v této oblasti). Prováděl rozsáhlý dlouhodobý longitudinální výzkum chování mladých lidí (14–22letých) v USA, a to ve vztahu k psychosociálnímu vývoji v adolescenci (Jessor R., 1977; Jessor R., 1998). Ukázal, že jde především o *několik okruhů rizikového chování, které je současně chováním problémovým*: zneužívání návykových látek, poruchy chování a delikvence (v různé míře) a rizikové sexuální chování, především předčasný sex. Statistickými analýzami prokázal, že jednak se tyto různé projevy často vyskytují společně (kombinují se, prolínají a také vzájemně usnadňují svůj vznik), jednak mají stejné (zjednodušeně vyjádřeno) příčiny – stejné rizikové i ochranné faktory.

Postupně se vžilo označení **syndrom rizikového chování v dospívání** – **SRCH-D** (risk-behavior syndrom – RBS, problem behavior syndrom – PBS). Jedná se o charakteristický soubor příznaků (nemusí však být vždy přítomny všechny), které vznikají na stejném podkladě. Některé tyto projevy jsou problémové pouze ve vztahu k věku, tedy k dospívání; také *terminus technicus* je právě syndrom rizikového chování **v dospívání**.

Richard Jessor zjistil, že *SRCH-D zastává určitou funkci v adolescentově psychosociálním vývoji*: přináší mu významnou pozitivní satisfakci v jeho vývojových potížích, pomáhá mu řešit současnou osobní nesnáz nebo mu nahrazuje něco důležitého, co momentálně postrádá. Přesto, že snahy odstranit svou nesnáz jsou v tomto období vývoje „legitimní“, mohou, pokud jsou „řešeny“ rizikovým chováním, přinášet závažné důsledky, jako je vývoj závislosti na drogách, školní neúspěch až zanechání studia, problémy se zákonem, předčasné těhotenství aj. Je proto potřeba hledat zdravé alternativy, které by u dospívajícího plnily stejnou funkci, např. posilovaly jeho sebevědomí a snižovaly úzkost, umožňovaly (zdravé) vztahy s vrstevníky, vyplnily prázdnotu apod., bez potřeby přijímat chování rizikové.

Často se dospívající chová problémově jen v některé oblasti (některých oblastech), což se nevylučuje s jeho současným zdravým (konvenčním)

chováním v oblastech jiných. Nebylo by proto správné mluvit o „problémovém adolescentovi“, ale mluvíme o problémovém chování.

**Problémovým chováním** se tu rozumí jakékoli chování dospívajícího, které může ohrozit jeho vývoj, ať už si je sám adolescent vědom jeho rizikovitosti, nebo není – ve druhém případě je naším úkolem ho na rizikovost upozornit (Jessor R., 1991). U nás i jinde se zpočátku mluvilo o *sociálně patologických jevech*; tento pojem však není ani podle sociologů správný, a vžil se proto název SRCH-D.

Projevy lze rozdělit do tří hlavních okruhů:

### 1. Zneužívání (abúzus) návykových látek

V dospívání je nejčastěji zpočátku motivováno sociálně – ne kvůli látce samé, ale kvůli společnosti vrstevníků. V prvním stadiu experimentování 71–81 % adolescentů nikdy neužívalo drogu o samotě (WHO, 1993). Problematika je rozvedena v samostatné kapitole. Pokud abúzus pokračuje, může dospět až do závislosti; ta už je nemocí, psychiatrickou diagnózou, a do SRCH-D již nepatří.

### 2. Projevy v psychosociální oblasti

Agresivita, delikvence (protispolečenské chování v širším smyslu, které nemusí dosahovat charakteru trestného činu) a kriminalita, ale i autoagresivita – sebepoškození, popřípadě až sebevražedné myšlenky, dále sebevražedné pokusy (častější u dívek) nebo i dokonaná sebevražda (3× častější u hochů).

Úrazy – spojené s agresivitou nebo riskováním, a zvláště úrazy dopravní: řízení pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, při riskantní jízdě a/nebo bez užívání bezpečnostních pásů.

Problémové chování (přechodného charakteru): rvačky, tyranizování slabších, týrání zvířat a krutost k nim, vzdorovité, provokativní chování, záškoláctví a školní selhávání, opakované závažné lhaní, útěky z domova, ničení majetku, krádeže, žhářství aj. Někteří autoři sem zahrnují i nošení zbraní adolescenty. Pokud tyto jevy přetrvávají déle než 6 měsíců, mohou i plynule přecházet v *poruchy chování*. Ty jsou již onemocněním – a jakožto psychiatrická diagnóza mají svá kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN 10). Jde v podstatě o maladaptivní, často antisociální chování (Bínová Š., 2006).

### 3. Projevy v reprodukční oblasti

Rizikovým chováním v této oblasti je především předčasný sexuální život a s ním téměř zákonitě spojené časté střídání partnerů a časté sexuální styky „bez ochrany“ (viz kapitola „Rizikové chování dospívajících v sexuální oblasti“).

Tyto různé druhy rizikového – problémového chování dospívajících jsou často signalizovány některými zevními změnami, jako je zhoršení školního prospěchu, změna dřívějších zájmů, noví přátelé, kteří schvalují rizikové chování, aj.

V širším pojetí může SRCH-D kromě výše uvedeného problémového chování zahrnovat i *chování ohrožující primárně zdraví* (Jessor R., Turbin M. S., 2010).

Patří sem především nezdravá výživa a nezdravé stravovací návyky, někdy až hraničící s chorobou – s poruchami příjmu potravy, jako je mentální anorexie nebo bulimie. Dále nedostatek pohybu, sedavý způsob života, často s nadměrnou vazbou na počítač nebo televizi.

Některé nezdravé návyky mohou být na pomezí chování problémového a chování zdraví ohrožujícího – typicky kouření cigaret. Studie na toto téma ukázala, že v dospívání nikotinismus výrazně koreluje s problémovým chováním a má jen nepřímý vztah k chování ohrožujícímu zdraví (Turbin M. S., 2000).

Statisticky však bylo prokázáno, že ochranné faktory SRCH-D jsou protektivní i pro chování ohrožující zdraví. Na druhé straně v dospívání je jen velmi malá negativní korelace mezi zdravím posilujícím jednáním a problémovým chováním: tedy zdravý životní styl (ve smyslu zaměření na tělesné zdraví) jen velmi málo chrání před vznikem chování problémového (Jessor R., 1991).

Také protiklad zdravého životního stylu, tj. *rizikový životní styl v obecném smyslu* (většinou myšleno u dospělých), zahrnuje především shora zmíněné zdraví ohrožující jednání, a to na rozdíl od rizikového – problémového chování v dospívání ve smyslu SRCH-D.

### **Ochranné (protektivní) a rizikové faktory (spouštěče) pro vznik SRCH-D**

Jsou mnohé, různého druhu. Byly statisticky prokázány, v různých zemích. Jsou vlastně obecně dobře známy, ale dosud se s nimi příliš „nepracuje“ a nevyužívají se dostatečně ani v prevenci.

Na vzájemném poměru faktorů rizikových a ochranných závisí, jestli se (z pouhého občasného experimentování) vyvine SRCH-D. Protektivní faktory mohou účinně vyvažovat působení faktorů rizikových; mají ochranný vliv přímý, ale také nepřímý – oslabují působení faktorů rizikových. Také vidíme, že u řady adolescentů, kteří jsou i ve velkém riziku, se díky protektivním faktorům problémové chování nevyvine.

## **Individuální faktory**

### *Rizikové:*

Zanedbávání a zneužití dětí v předchozím dětství, poruchy chování, genetická zátěž; v adolescenci malá sebedůvěra a sebeúcta (někdy i v důsledku porovnávání se s mediálními idoly a falešným obrazem normy); chronická nemoc a/nebo handicap, např. často syndrom hyperaktivity a snížené pozornosti – ADHD, ale i např. závažné poruchy sluchu; malé očekávání úspěchu a špatný školní prospěch, event. odchod ze školy pro neúspěch (celosvětově je vůbec nejrizikovější mládež tzv. vypadlá ze škol), malé a nejisté perspektivy pro budoucnost, nezaměstnanost, obecná beznaděj týkající se života; přátelé s problémovým chováním, v časném dospívání menší vazba na rodiče než na vrstevníky, příslušnost k menšinám (rasovým, etnickým, náboženským); těhotenství a vlastní rodičovství v dospívání.

### *Ochranné:*

Při eventuálních negativních zkušenostech v dětství – vyrovnání se s nimi; vysoká inteligence, sebeúcta a sebedůvěra, pozitivní perspektivy pro budoucnost; sociální dovednosti, schopnost sebekontroly, vhodní přátelé, zapojení do pozitivní skupiny vrstevníků, pozitivní orientace na školu a vlastní zdraví, religiozita a účast na životě církve a na dobrovolnictví, pocit, že dospívající někam patří – v rodině, škole, sousedství (Brooks, 2012); netolerantnost vůči negativním sociopatogenním jevům.

## **Rodinné faktory**

### *Rizikové:*

Významná ztráta v rodině (včetně zavržení svým rodičem), dlouhodobý konflikt v rodině, rodiče chronicky nemocní (tělesně nebo duševně, včetně závislosti na návykových látkách); nedostatečná komunikace v rodině, dysfunkční rodina; nízký, ale (v poslední době) i značně vysoký socioeko-

nomický status rodiny, kde bývá malý rodičovský dohled, což je důležité hlavně v časně adolescenci (Donovan J. E., 2004); rodiče příliš autoritativní nebo naopak nadměrně benevolentní; rozpor mezi hodnotami rodiny a vrstevníků.

*Ochranné:*

Dobré vztahy v rodině, otevřená komunikace, neautoritativní podpora dospívajícího a jeho přijímání takového, jaký je; nepřítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a vrstevníků, orientace rodiny i na jiné než konzumní hodnoty; socioekonomicky je nejméně riziková střední sociální třída.

### **Společenské faktory**

*Rizikové:*

Chudoba společnosti, nezaměstnanost; příležitost k nelegálním činnostem, negativní vzory v okolí, glorifikace negativního a rizikového chování v médiích, legální přístup ke zbraním; okolní komunita, kde panuje nepořádek v různých ohledech, dostupnost drog a zákony a normy příznivé pro užívání drog (Artur M. W., 2002).

*Ochranné:*

Kvalitní školy, dospělí, kteří se věnují mládeži (i mimo rodinu), pozitivní vzory ve společnosti, obecně malá permisivita k negativním jevům, dobrá okolní komunita, stálá pozitivní poselství v médiích, vytváření příležitostí pro kreativitu mládeže, přísné zákony o zbraních a drogách, vnímaná silná sociální kontrola a sankce za přestupky.

Podle některých studií (Brooks F. M., 2012) měly faktory vztahující se ke škole a společnosti větší vliv než ty z oblasti rodiny.

### **Teorie problémového chování (problem-behavior theory, PBT)**

Fakta zjištěná R. Jessorem byla prokázána také dalšími autory a jeho PBT je široce uznávána a uplatňována. Několik autorů ji však také kritizovalo, protože viděli tuto problematiku složitější – v otázce většího vlivu osobnostních predispozic, genetických vlivů aj. (Feldstein S. W., 2006). Koncepte rizikového – problémového chování v dospívání řeší také jiné teorie, např. teorie sociálního učení (Bandura), teorie plánovaného chování (Ajzen) nebo teorie sociálních norem (Berkowitz). Teoretické koncepce

SRCH-D nejsou předmětem této publikace; adolescentní medicína celosvětově pracuje s Jessorovou PBT a SRCH-D, protože kromě toho, že jsou široce propracované, jsou v praxi nejlépe uchopitelné a využitelné.

### **1.3.2 SRCH-D v 21. století**

#### **Zpráva Evropské komise o stavu zdraví mladých lidí v EU**

Na přelomu století vydala Evropská komise zprávu o zdraví 15–24letých v EU, podle níž:

- se většina mladých lidí těší dobrému zdraví,
- jejich významná část však trpí chudobou, rozpadem rodin, nedostatkem sociální podpory, příležitostí ke vzdělání a profesionálnímu uplatnění nebo nízkou kvalitou potravy,
- roste výskyt některých chronických nemocí, jako jsou alergické choroby, cukrovka a obezita,
- každoročně umírá asi 30,5 tisíce příslušníků této věkové skupiny (23 tisíc mužů a 7,5 tisíce žen) v důsledku tzv. vnějších příčin – úrazů (především dopravních), otrav, násilí a sebevražd (cca 10 % z nich),
- většina vnímá své zdraví jako dobré, ale zhruba čtvrtina trpí psychosomatickými potížemi, kolem 10 % depesemi. Pocit špatného zdraví je velmi často přítomen u rizikového chování. Poruchy reprodukčního zdraví zahrnují především neplánovaná těhotenství a pohlavní choroby. Umělé přerušování těhotenství u 15–20letých bylo např. v roce 1997 nejčastěji provedeno v Anglii a Walesu (22/1000) a ve Švédsku (18/1000).

V dalších aktivitách komise doporučuje zaměřit se i na zdraví mentální, na sociální a kulturní aspekty a na rizikové chování; urgentní preventivní opatření vyžadují smrtelné úrazy a sebevraždy.

#### **Další vývoj teorie problémového chování**

Rizikové chování v dospívání zůstává stále vážnou hrozbou nejen pro život adolescentů, ale i celé společnosti – pro kterou znamená i nemalé ekonomické zatížení.

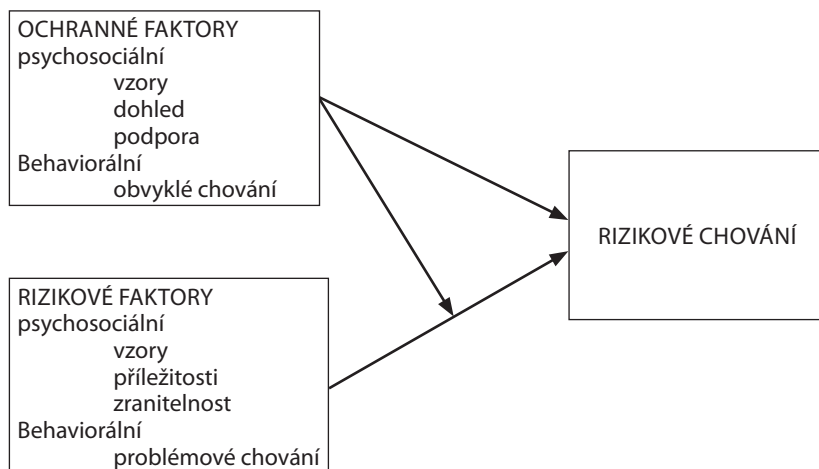
Pojetí SRCH-D bylo podpořeno v posledních třech dekadách výsledky mnoha studií (především v USA) – průřezových, v různých souborech mládeže, i longitudinálních (Vaszonyi A. T., 2008).

V posledních letech Richard Jessor se spolupracovníky dále propracovali PBT – „reformulovali ji a rozšířili“ (Jessor R., 2003), s cílem jednak pokročit v porozumění tomu, jakou roli mají ochranné a rizikové faktory při vzniku SRCH-D, jednak umožnit systematictější práci v této oblasti. Zavadějí při tom nový „jazyk“, který rozlišuje mezi rizikovými a ochrannými faktory při vysvětlování variability SRCH-D (Vaszyoni A. T., 2008) a který také více umožňuje určitý systém práce s nimi při výzkumu i v praxi.

Rizikové i ochranné faktory (jak byly shora vyjmenovány) byly na začátku studií o SRCH-D široce zmapovány a jejich platnost se nikterak nemění. Autoři však od začátku poukazovali na významnou účast faktorů psychosociálních a sociálních a ty v novějších studiích utřídili do několika domén. V sociálním kontextu pracují se čtyřmi klíčovými oblastmi v životě adolescentů: 1. rodina, 2. vrstevníci, 3. škola a 4. okolí (daná lokalita, v orig. *neighbourhood*). Ty pak promítají do rizikových a ochranných faktorů v určitém schématu:

1. ochranné faktory: vzory (*models*), dohled (*controls*) a podpora (*support*).
2. rizikové faktory: vzory, příležitosti (*opportunities*) a zranitelnost (*vulnerability*).

Působení ochranných a rizikových faktorů.



Podle Costa F. M., 2007.

### Několik příkladů:

#### 1. Ochrana

Vzory: rodiče zapojující se do pozitivních, prosociálních činností, podobně vrstevníci (dobrovolnictví aj.), kteří také nesouhlasí s problémovým chováním, sportují apod.

Dohled: nesouhlas s rizikovým chováním (v rodině, ve škole, v okolí – sousedství, obci); regulace a sankce za přestupky.

Podpora: vyjádřený zájem o adolescenta a jeho podpora v rodině, funkční rodina, zájem učitele o žáky apod.

#### 2. Rizika

Vzory: problémové chování (včetně nikotinizmu a konzumace alkoholu nad obvyklou mírou), v rodině, škole i okolí (v dané lokalitě). Viz výše 4 klíčové sociální kontexty.

Příležitosti: dostupnost cigaret a alkoholu doma, v obchodech, v sousedství, problémové party atd.

Zranitelnost: především tenze v rodině, nízké sebevědomí, stres ve škole, event. deprese.

Pro jednotlivé faktory byla vypracována jejich kvantifikace na několikastupňových škálách.

*Na individuální rovině* pak přistupuje k těmto psychosociálním faktorům jako další faktor *chování dospívajícího*; ochranný vliv má zejména jeho zapojení do pozitivních činností, zatímco riziková je především jeho účast v SRCH-D.

Z výzkumného a teoretického hlediska se uplatňuje ještě rozdělení faktorů na *proximální* (ovlivňují chování přímo a průkazně) a *distální* (ovlivňují chování nepřímou a vážou se k určitému chování spíše teoreticky).

Tyto oblasti rizik a ochrany nejsou považovány za vyčerpávající, ale v současnosti umožňují srovnávací studie např. v různých zemích a kulturách i praktická nasměrování v prevenci.

### Nové studie – v dalších zemích

Nové třídění rizikových a ochranných faktorů bylo použito i v nedávných studiích, které zjišťovaly výskyt rizikového chování dospívajících i mimo



americký kontinent. Především to byly rozsáhlé srovnávací studie v Číně a USA (Jesssor R., 2003; Costa F. M., 2005).

Potvrdila se při nich také užitečnost nové formulace tří typů ochrany a tří typů rizik ve čtyřech klíčových sociálních kontextech života dospívajících. Bylo tak možné zjišťovat a porovnávat, a to i ve dvou tak odlišných zemích, jako je Čína a USA, které faktory byly pro vznik SRCH-D nejdůležitější. Ukázalo se, že v naprosté většině to byly v obou zemích stejné typy ochrany i rizik: největší vliv měly faktory ochranné, a to v obou zemích typu „dohledu“ (*controls*), a dále také podpora učitelem ve škole. Z rizikových byly nejvlivnější rizikové modely vrstevníků. Ze sociálních kontextů největší vliv v USA měla rodina a vrstevníci, v Číně škola a vrstevníci.

Přes veliké rozdíly v obou zemích – např. v Číně nízká rozvodovost, více úplných rodin, nižší religiozita, ale větší tradice rodinných závazků a větší vliv společenské kontroly – byla míra korelace protekce/rizik se SRCH-D v obou zemích velmi podobná.

Prevalence SRCH-D byla o něco menší v Číně (hlavně u dívek), patrně i v souvislosti se zdejším vyšším skóre faktorů protektivních a nižším rizikových.

Další nedávná studie byla provedena ve Švýcarsku, ve srovnání s Gruzii (Vaszonyi A. T., 2008). Protektivní a rizikové faktory v ní byly stanoveny podobně. Prokázala signifikantní souvislost (negativní korelaci) přítomnosti protektivních faktorů s nižším výskytem SRCH-D a faktorů rizikových s vyšším výskytem SRCH-D (významnou pozitivní korelaci).

Ukazuje se tak platnost a použitelnost tohoto „modelu vysvětlujícího vliv protekce a rizik“ při vzniku SRCH-D i napříč zeměmi s rozdílnými kulturami a společnostmi (Vaszonyi A. T., 2008). Je to pochopitelné, protože mládež v různých zemích prodělává v podstatě stejný vývojový proces dospívání a žije v podobných společenských kontextech.

Pozitivní – a pro prevenci důležitá – jsou i nová zjištění těchto studií o významném působení protektivních faktorů; a to, jak se ukazuje, zvláště těch, které znamenají prosociální aktivity dospívajících.

### 1.3.3 Prevence SRCH-D

#### Nové trendy v prevenci SRCH-D

Účinná prevence SRCH-D je důležitá pro každou společnost, ale naprosto klíčová pro společnost s nepříznivou demografickou situací. Početně slabší příští produktivní generace by měla být zdravá, v celém bio-psycho-sociálně-spirituálním kontextu, a bez zbytečných ekonomických zátěží (jako je např. léčba závislostí, psychiatrických poruch, neplodností jako následků pohlavních nemocí a řady dalších).

Ve světě i u nás máme mnoho preventivních programů (a většinou jsou nemálo nákladné). Mnohé z nich však vycházejí ze zjednodušených předpokladů a jsou zatíženy neznalostí vývojových zvláštností dospívajících. Jsou proto často jen velmi málo účinné. Zabývají se mnohdy jen ohraničeným problémem, jako je např. nikotinismus, zneužívání drog nebo tzv. nechráněný sex. Ovšem právě koncepce problémového chování a SRCH-D ukazují, že problémové – rizikové chování je výsledkem souhry řady konkrétních faktorů u konkrétního adolescenta; a že je tedy potřeba, aby v centru naší pozornosti byla konkrétní osobnost, její problémy a vývojové potřeby, ale současně i naše zaměření na širší škálu možných příčin.

Lapidárně to vyjádřil H. Friedman, bývalý ředitel oddělení pro zdraví adolescentů při WHO, ve své závěrečné přednášce na celosvětové konferenci v Londýně „Globální trendy v podporování zdraví a vývoje adolescentů“ (Friedman H., 2000). Podle něho je potřeba uplatňovat:

- 1) Holistický (celostní – celek je více než souhrn jeho částí) princip, který je vlastně důsledným uplatněním biopsychosociálního přístupu k dospívajícímu. Jde tedy o celkové zdraví, včetně zdraví mentálního i správného osobnostního vývoje. Proto také dále centrem naší pozornosti a východiskem našeho přístupu musí být jednotlivá konkrétní osoba adolescenta, nikoli sám problém (např. nikotinismus).
- 2) Programy podporující zdraví a (správný) vývoj adolescentů musejí vycházet ze seriózní báze ověřené výzkumem a jejich přínos musí být zpětně vyhodnocován, což se v minulosti nedělo a často ani v současnosti neděje. Dospívání je stále ještě obdobím vývoje a ten je třeba sledovat v oblasti somatické, intelektové, duchovní, emocionální, sociální aj., a to i pokud jde o jejich vyrovnanost. Naděje pro budoucnost podle

H. Friedmana spočívá ve skutečnosti, že v mnoha zemích mnoho dobrých lidí dělá mnoho dobrých věcí.

Z posledních studií o SRCH-D v USA vyplynula také možnost zaměřit se v prevenci určitých druhů rizikového chování (např. nadměrné konzumace alkoholu, nikotinizmu nebo některých zdravotních rizik) na faktory, které u nich byly prokázány jako účinné. Dále tyto studie upozornily na prokázané silné působení jistých faktorů psychosociálních a tím i na roli společnosti; a nově i na obecný význam faktorů ochranných.

### **Důležitost ochranných psychosociálních faktorů**

Zřejmě jde o jedno z nejdůležitějších zjištění za poslední dobu. Jak už jsme zmínili výše, ukázaly na to i nejnovější společné studie z USA a Číny (Costa F. M., 2005; Jessor R., 2010). Prokázaly, že ochranné faktory mohou významně zmírnit vliv faktorů rizikových. Z psychosociálních faktorů to byl hlavně „dohled“ – i ve smyslu nízké permisivity společnosti k rizikovému chování (RCH) a obecného nastavení regulace (usměrňování) přestupků. A dále také podpora žáků ze strany učitelů. Na individuální úrovni to pak bylo pozitivní chování adolescenta, jeho zapojení do různých aktivit školních, církevních, sportovních aj.; hlavně ale jeho různé *prosociální* aktivity. Zdůrazňuje se, že mládež s RCH je „dosažitelná“ právě pomocí těchto pozitivních aktivit, které by společnost proto měla dostatečně podporovat. Také ve výsledcích britských studií hrály protektivní faktory na sociální a školní úrovni důležitou roli, větší než rodina (Brooks F. M., 2012).

Volá se tak po změně současného paradigmatu v prevenci (Roth J. L., 2003) – od zaměření se na negativní jevy a odstrašování od nich ke snaze především posílit pozitivní vývoj, „vnitřní zdroje“ adolescenta: ten pak, když rizikové faktory v jeho životě nepřevládnu, RCH vlastně nepotřebuje.

Ve shodě s tím jsou i další současné trendy – např. směr pozitivní psychologie s jejími cíli podpořit u žáků psychickou odolnost, identifikování a využívání svých silných stránek aj. (Slezáčková A., 2011). Podobným směrem ukazuje např. i důraz na správný vývoj osobnosti, při němž je při výchově potřebné i vytváření si vnitřních hranic mezi zcela svobodným osobním rozhodováním podle vlastních zájmů a respektováním společenských norem (Navrátil S., 2011).

## Role společnosti v prevenci SRCH-D

Podle prof. Jessora, když mluvíme o RCH adolescentů a o jejich životním stylu, nemělo by to být vykládáno tak, že zodpovědným za tyto jevy činíme pouze dotyčného jednotlivce. „To by znamenalo obviňovat oběť“ (Jessor R., 1991).

Současné práce podle něho jasně ukázaly, že riziko je zakotveno v širších sociálních souvislostech a jeho redukce vyžaduje i změny ve společnosti. Také podle memoranda WHO jsou dospívající „seizmografy“, které ukazují i na problémy společností jako celku (Seiffge-Krenke I., 1998).

Je také na společnosti, aby např. i pomohla ochránit své *rizikové populační skupiny*. Takovou skupinou je u nás typicky učňovská mládež – tzv. žáci v praktické přípravě na povolání. Dlouhodobě „vedou“ téměř ve všech druzích RCH, a státní politika a příslušné úřady jim přesto nevěnují větší pozornost, navzdory upozorněním odborníků. Důležitou prevencí je u nich mj. správná volba povolání – ve shodě s jejich zdravotním stavem, aby nemuseli ze zdravotních důvodů zvolený obor opustit, popřípadě odejít z učení, bojovat s nezaměstnaností, event. s nemocemi z povolání; od devadesátých let minulého století přestala u nás být pracovnělékařská péče o ně uspokojivě řešena. Přitom mládež, která neukončila základní nebo středoškolské vzdělání – tzv. vypadlá ze škol, je celosvětově nejvíce riziková a pro prevenci a pak i pro nutné intervence a terapii nejhůře dosažitelná.

Průmysl zábavy a *vliv médií* samozřejmě znamenají rizikové faktory; mediální gramotnost jistě může pomoci, ale ne ve všem. „V současnosti existuje více než 3 tisíce vědeckých prací, které jednoznačně prokazují vztah mezi násilím předváděným v televizi a následným násilným chováním dětí a mladistvých“ (Koukolík F., 1996).

Oblastí, která naopak v prevenci může působit a často také působí proaktivně, je *zdravotnictví*:

V dorostové problematice erudovaný a pro svého pacienta angažovaný lékař má u dospívajícího značnou autoritu; a výzkumy ukazují, že větší část adolescentů by se svým lékařem o svých problémech ráda mluvila (ale často tuto možnost postrádá). Takové preventivní (ale i kurativní) poradenství – formou partnerského dialogu – představuje pro lékaře nemalou časovou investici, ale stojí za to. Ovšem lékař dospívajících by měl víceméně při každé příležitosti provádět psychosociální screening na SRCH-D – vyhle-

dávat a včas zachycovat různé jevy tohoto syndromu a snažit se pomoci je řešit pokud možno v začátku, ještě než se rozvinou, a to často ve spolupráci s dalšími odborníky (psychoterapeuty, odborníky na rodinnou terapii aj.). Rozvinuté projevy SRCH-D také mohou přecházet (často plynule) do nemoci, např. do poruch příjmu potravy, závislostí, poruch chování jakožto psychiatrické nozologické jednotky – a tam jsou pak spolupráce a léčení odborníkem nezbytné.

V poslední době vznikla ve světě řada schémat, která se zabývají metodikou prevence SRCH-D při lékařských preventivních prohlídkách. Většina z nich vychází ze systému GAPS (*guidelines for adolescent preventive services*), který byl publikován jako dokument Americké lékařské společnosti (Ester A. B., 1994) a který podle našeho názoru je po menší adaptaci velmi dobře použitelný i v našich podmínkách (Kabíček P., 2005; Hamanová J., 2000). Preventivní prohlídky jsou tu zaměřeny kromě sledování tělesného vývoje a zdraví i na další problematiku: záměrná nebo náhodná poranění, školní problémy, psychosociální adaptace, deprese a suicidální chování, zneužívání alkoholu, nikotinu, drog a anabolických steroidů, event. nepříznivé důsledky předčasné sexuální aktivity, zneužívání a zanedbávání dospívajících. Součástí tohoto systému je také dvakrát během dospívání separátní pohovor s rodiči (informace o změnách a potřebách v dospívání i o zamýšleném směru lékařova poradenství pro jejich adolescenta).

Zdraví podle WHO znamená nejen nepřítomnost nemoci, ale i pohodu v celém širokém bio-psycho-sociálně-spirituálním pojetí. Dospívání pak podle odborníků na adolescentní medicínu je navíc definováno i nepřítomností SRCH-D (Raphael D., 1996) a zvládnutím vývojových úkolů tohoto věku – tedy úspěšným přechodem do dospělosti. Prevence RCH v individuální rovině, u konkrétního dospívajícího, je proto také úkolem jeho lékaře; a celosvětově, ale i u nás se adolescentní medicína a pediatrie snaží pro to rozvíjet podmínky.

### **Prevence SRCH-D v každodenním životě**

Prevence SRCH-D v každodenním životě samozřejmě znamená vyhledávat a posilovat známé ochranné faktory a odstraňovat nebo omezovat ty rizikové. Z praktického hlediska bychom rádi zdůraznili ty časté a důležité.

Je potřeba se snažit, aby si dospívající pokud možno nepřinášel z dětství žádná zranění a/nebo handicapy. Pokud jsou přítomny, pomoci mu (pokud možno už v dětství) vyrovnat se s nimi.

Hledáním v dospívání si musí každý projít sám, ale potřebuje při tom – kromě jiného – podporu a spolehlivé vztahy. Měl by být na „křižovatkách“ během dospívání **doprovázen** – ideálně rodiči, případně jiným, lidsky zralým dospělým, který je motivován nezištně mu pomáhat, umí mu naslouchat, neautoritativně radit, přijímat ho takového, jaký je, který mu vytyčuje nutné hranice, ale i ponechává prostor pro jeho současné názory, rozhodování i pro jeho osobitý vývoj.

Úloha doprovázejícího není úplně snadná, vyžaduje porozumění pro vývoj v dospívání. Je nutné v tomto věku počítat se zákonitou krizí autority dané, ta už potřebuje být získaná (uznáním dospělého); dále s nezralostí adolescenta v některých sférách: jeho tělesné i intelektové síly se ke konci dospívání blíží k celoživotnímu vrcholu – často působí dospělým dojmem, ale chybí mu vytrvalost, zkušenosti, schopnost realisticky zhodnotit situaci, takže v určitých okolnostech může zcela selhat.

Jeho chování ovlivňují informace (o rizicích) mnohem méně než dospělého, více tu záleží na motivacích informace použít nebo nepoužít a na jeho dovednostech – jak odolávat tlaku vrstevníků, jak odmítat RCH, jak komunikovat apod. Je nutné počítat s tím, že dospívajícímu je potřeba určit mezní limity, ale jinak než formou represe – zákazu, příkazu, které u konkrétního adolescenta bývají málo účinné až neúčinné. Podle seriózních výzkumů naopak je účinná represe v zákonech – přísné zákony o drogách, zbraních, dopravě.

Účinná primární prevence znamená především vlastně každodenní pozitivou snahu a práci rodičů, učitelů, institucí a úřadů. V samotné mládeži je vždy pozitivní potenciál – je odedávna obdařena velkou energií, kreativitou, pružností; potřebuje ale podmínky pro zdravý vývoj, včetně jasných a nedvojznačných poselství při svém hledání. A její velká část vítá i náročné úkoly, pokud jsou pravdivé a smysluplné.

## Literatura

1. Artur M. W., Hawkins J. D. et al.: Measuring Risk and Protective Factors for Substance Use, Delinquency, and other Adolescent Problem Behaviors. (The Communities That Care Youth Survey), *Evaluation Review* 2002, 26, No 6: 575–601.
2. Bínová Š.: Komplexní přístup k poruchám chování u dětí a adolescentů, *Lék. Listy* 2006, 10, 26–29.
3. Brooks F. M., Magnusson J. et al.: Adolescent multiple risk behavior: an asset approach to the role of family, school and community. *Journ. of Publ. H.* 2012, 34, No S1, i48–56.
4. Costa F. M., Jessor R., Turbin M. S.: College student involvement in cigarette smoking: The role of psychosocial and behavioral protection and risk, *Nic. and Tob. Res.* 2007, 9, No 2, 213–224.
5. Costa F. M., Jessor R., Turbin M. S.: The Role of Social Contexts in Adolescence: Context Protection and Context Risk in the United States and China, *Appl. Devel. Science* 2005, 9, No 2, 67–85.
6. Donovan J. E.: Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors, *Journ. Adol. Health* 2004, 35: 529, e7–18.
7. Elster A. B., Kuznets N. J.: *AMA guidelines for adolescent preventive services*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994, 191 s.
8. European Commission: *Report on the state of young people's health in the European Union*, Luxembourg, Euroforum, 2000, 54 s.
9. Feldstein S. W., Miller W. R.: Substance use and risk-taking among adolescents. *Journ. of Mental Health* 2006, 15(6): 633–643.
10. Friedman H.: *Global Trends in Promotin of Adolescent Health and Developpment*. Abstracts of International Conference on Adolescent Health: Youth and the Promise of New Millenium, Londýn, 2000.
11. Hamanová J., Hellerová P.: Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). *Čes.-slov. Pediat.* 2000, 55, No 6, 380–387.
12. Hamanová J., Hellerová P.: Syndrom rizikového chování v dospívání (2. část). *Čes.-slov. Pediat.* 2000, 55, No 7, 466–473.
13. Jessor R.: *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge University Press, 1998, 564 s.
14. Jessor R.: Risk Behavior in Adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *JAH* 1991, 12, No 8, 597–605.
15. Jessor R., Jessor S. L.: *Problem Behavior and Psychosocial Developpment*, New York, San Francisco, London, Academic Press, 1977.
16. Jessor R., Turbin M. S., Costa F. M.: Adolescent Problem Behavior in China and the United States: A Cross-National Study of Psychosocial Protective Factors, *Journ. Res. On Adol* 2003, 13(3), 329–360.
17. Jessor R., Turbin M. S., Costa F. M.: Predicting Developmental Change in Healthy Eating and Regular Exercise Among Adolescents in China and the United States: The Role of Psychosocial and Behavioral Protection and Risk. *Journ. of Research on Adolesc.* 2010, 20(3), 707–725.

18. Kabiček P., Hamanová J.: Prevence rizikového chování v dospívání, *Postgraduální medicína* 2005, 7, No 2: 57–60.
19. Kagan J.: Etiologies of adolescents at risk. *JAH* 1991, 12, No 8, 591–596.
20. Koukolík F., Drtilová J.: *Vzpoura deprivantů*, Praha, Makropulos, 1996, 303 s.
21. Navrátil S., Mattioli J.: *Problémové chování dětí a mládeže*, Praha, Grada, 2011, 120 s.
22. Raphael D.: Determinants of health of North-American adolescents. Evolving definitions, recent findings, and proposed research agenda, *JAH* 1996, No 1, 6–16.
23. Roth J. L., Brooks-Gunn J.: Youth Development Programs: Risk, Prevention and Policy, *Journ. of Adol. Health* 2003, 32, 170–182.
24. Seiffge-Krenke I.: *Adolescents' Health. A Developmental Perspective*, Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1998.
25. Slezáčková A.: Osvědčené programy a intervence pozitivní psychologie ve škole, *Řízení školy* 2011, 8, 4, 38–40.
26. Turbin M. S., Jessor R., Costa M. F.: Adolescent Cigarette Smoking: Health-Related Behavior or Normative Transgression? *Prevention Science* 2000, 1, 3, 115–124.
27. Vaszonyi A. T., Chen P. et al.: A Test of Jessor's Problem Behavior Theory in Eurasian and a Western European Developmental Context, *J Ad. H* 2008, 43, 555–564.
28. WHO: *The Health of Young People*, Ženeva 1993, 109 s.



---

## 2 Syndrom rizikového chování v životě dospívajících

---

### 2.1 Abúzus návykových látek a závislosti

#### 2.1.1 Stadia cesty do závislosti

*Pavel Kabíček*

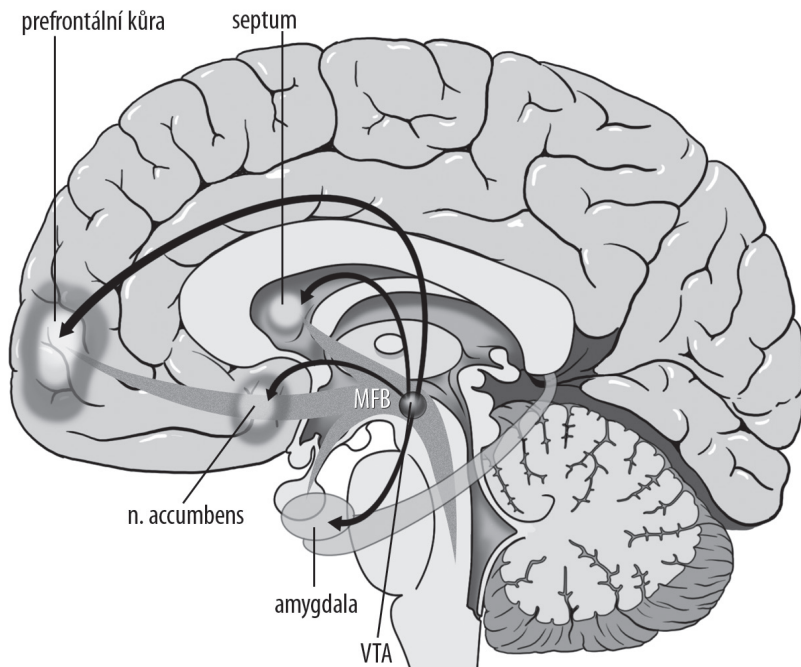
##### Návykové látky a mozkový systém odměn

Současné výzkumy ukazují mnoho nového o neurobiologické povaze závislosti. Biochemické, ale také funkční zobrazovací a genetické studie dokládají důležitost některých nervových drah pro rozvoj jednotlivých stadií cesty do závislosti. Hodně k tomu přispělo studium systému odměn (*reward system*), který odpovídá za příjemné a libé pocity. Tento mozkový systém je vývojově velmi starý a spojený s principem reprodukce, zachování rodu a života. Silnými přirozenými stimuly systému odměn jsou sex, jídlo, úspěch ve sportu a složitější síť sociálních vztahů. Systém odměn je dopaminergní a nachází se v limbickém systému, bazálních gangliích (především *nucleus accumbens*, ventrální tegmentální area) a v prefrontální kůře (*viz obrázek*). Se systémem odměn pozitivně reagují návykové látky (NL) a uměle vyvolávají pocit libosti a úspěšnosti. To vede zpětnovazebně k posilování snahy (*reinforcement*) tuto činnost opakovat.

Studie na zvířatech i práce popisující funkční magnetické rezonance u člověka ukazují u závislých poruchy neurochemických mechanismů (např. v oblasti sekrece dopaminu a endorfinů v mozkovém systému odměn) a aktivaci mozkového zátěžového systému (*corticotropin releasing factor*) v průběhu rozvoje závislosti (Váchová, 2009). Genetické studie ukazují důležitost jak mozkového systému odměn, tak mozkového zátěžového systému v rozvoji a tendenci k závislosti a v mechanismu relapsu závislosti při léčbě.

Molekulární studie v současnosti identifikují transdukční a transkripční faktory, které způsobují závislostí navozené poruchy regulace systému odměn. Jako zvláště důležité se ukazuje vysvětlit přechod od příleži-

Mozkový systém odměn.



VTA – ventrální tegmentální area

MFB – *medial forebrain bundle*; mediální svazek předního mozku

tošného užívání, které ještě nese známky kontroly nad tímto chováním, do závislosti. Popsány jsou mechanismy účinku drog – jednak posilují toto chování navozením pocitů odměny a také následným snížením aktivity dopaminergních i serotoninergních nervových zakončení v době přerušování užívání (*withdrawal*), které pravděpodobně způsobuje negativní prožitky, jednak vedou k nutkání užít drogu znovu (Koob, 2006).

Lidé závislí na kokainu označovali fáze prožitku účinku drogy jako vzrušení (*rush*), dále povznesená nálada a euforie (*high*), posléze pokleslá nálada a dysforie (*low*) a nakonec touha užít drogu znovu – bažení (*craving*). Během bažení se na pozitronové emisní tomografii zvyšovala aktivita

v oblasti amygdaly (části limbického systému) a v přední části *gyrus cinguli* (cingulární kortex) – viz schéma níže.

Genetické studie ukazují vyšší výskyt zneužívání a závislosti u osob s určitými typy polymorfizmů v genech pro dopaminové a serotoninové receptory. Např. alela A1 Taq1a mutace genu dopaminového D2-receptoru pozitivně koreluje s problémovým užíváním alkoholu a drog.

Zapojení mozkových struktur do systému odměn.

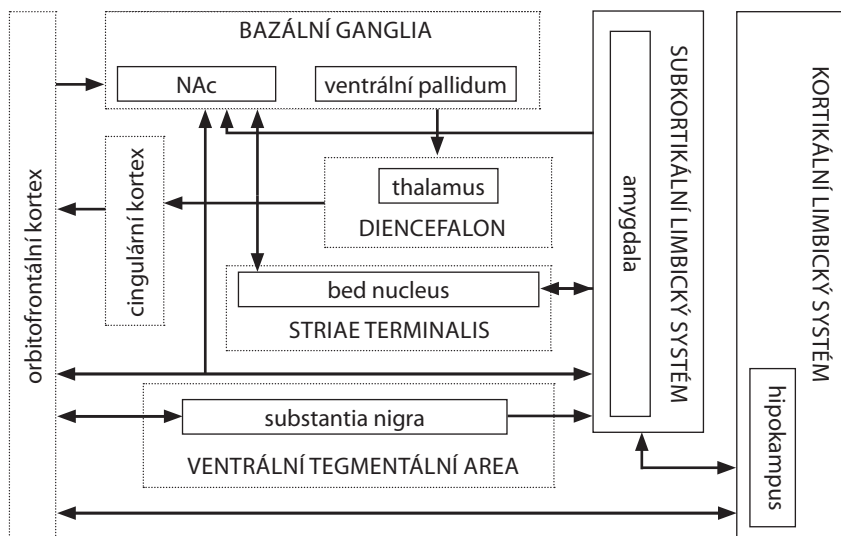


Diagram znázorňuje regiony, které jsou zapojeny do systému odměn. Ústředními částmi jsou prefrontální kůra, která se pojí s NAc a má reciproční vztah s VTA. VTA se dále spojuje s limbickým systémem, který zpětně komunikuje s NAc. NAc se přes ventrální pallidum pojí s thalamem, který přes cingulární kortex navazuje na prefrontální kortex. NAc – *nucleus accumbens*

VTA – ventrální tegmentální area

*bed nucleus* – lůžkové jádro *striae terminalis*

Podle Váchová P. E., Racková S., Janů L.: Neuromechanismy účinku návykových látek, systém odměn. *Čes. a slov. Psychiat.* 105, 2009, 6–8, 263–268.

## Klinická klasifikace stavů spojených se zneužíváním návykových látek

Závislost na návykových látkách je chronické relabující onemocnění projevující se nutkáním drogu vyhledat a brát, selháním kontroly ve vzta-

hu k NL a přítomnosti negativní emoční reakce (jako špatná nálada, strach nebo podrážděnost), pokud není možné drogu brát. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) definuje stavy spojené s užíváním návykových látek, například akutní otravu, škodlivé užívání a syndrom závislosti.

Škodlivé užívání (*abuse*) je definováno jako prokazatelné poškození tělesného nebo mentálního zdraví v přímé souvislosti s užíváním NL. Dle čtvrtého vydání DSM (Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické společnosti) má následující čtyři kritéria: 1. opakované užívání vedoucí k selhání základních životních povinností a rolí, 2. opakované užívání v situacích, které jsou fyzicky ohrožující a riskantní, 3. opakované problémy se zákonem v souvislosti s užitím NL a 4. pokračování v užívání, přestože se objevily perzistující problémy spojené s užíváním NL v oblasti interpersonálních vztahů nebo jiné společenské problémy.

**Závislost** má svá kritéria dle MKN 10. Základním kritériem je neodolatelné bažení po NL a tendence drogu brát (*craving*). Další kritéria jsou pak selhání ovládnutí ve vztahu k NL, navození tolerance a navyšování dávky, které postačí k navození kýženého efektu, a pokračování ve zneužívání navzdory nesporným nežádoucím účinkům (*viz tabulka*). Dle DSM IV tato kritéria jen mírně diferují. Současně jsou definovány i další stavy, které zneužívání návykových látek provázejí, a to:

- **Odvykací stav**, event. odvykací stav s deliriem (stavem dezorientace a akutní psychické alterace), typickým např. u alkoholové závislosti, ale známým také např. u abúzu kokainu.
- **Psychotická porucha**, která se projevuje „velkými psychiatrickými příznaky“, jako jsou bludy, halucinace, paranoia nebo deprese. Paranoia je často popisována např. při odvykacím stavu při závislosti na amfetaminech.
- Dalším stavem spojeným s návykovými látkami je **amnestický syndrom**, tj. zapomenutí skutečností, které se děly před intoxikací. Další stavy nemusí být tak přesně definovány. Jednotlivé stavy a stadia jsou u jednotlivých NL vyjádřeny různě.

*Odvykací stav byl v posledních letech dobře definován i u kanabinoidů (Kan), což dotvrzuje potenciál těchto látek navozovat závislost. Jeho příznaky jsou podrobně popsány v kapitole „Krátkodobé a dlouhodobé účinky návykových látek“.*