



Centrum sociálních služeb Praha

PRAŽSKÉ CENTRUM PRIMÁRNÍ PREVENCE



Pražské centrum primární prevence

www.prevence-praha.cz

Pražské centrum primární prevence (dále také Pražské centrum, PCPP) je jedním z oddělení Centra sociálních služeb Praha. Jeho vznik se datuje na podzim roku 2009, kdy hlavními iniciátory byly Magistrát hlavního města Prahy a Centrum adiktologie 1. lékařské fakulty UK (dnes Klinika adiktologie).

Prvotním a klíčovým motivem pro jeho založení bylo sjednotit primárně preventivní působení ve všech jeho oblastech na celém území hlavního města Prahy. Cílem bylo vlastně zavést do primární prevence v Praze určitý systémový přístup, který by zahrnoval koordinaci různých preventivních programů a intervencí, nabízel by metodickou podporu v prevenci nejrůznějších typů rizikového chování a v neposlední řadě by snaha centra směřovala také k zajištění stabilnější a průhlednější finanční podpory poskytovatelů preventivních programů. Výsledkem by mohla být mimo jiné garance minimální úrovně kvality takových programů, zvýšení jejich kvality a efektivity a účelnější využívání veřejných prostředků vynakládaných na jejich realizaci.

V závěru roku 2009 připravil tehdejší vedoucí Pražského centra Mgr. Aleš Kuda koncepci zařízení a Centrum navázalo spolupráci s městskou částí Praha 13, kde začalo postupy navržené koncepce pilotně ověřovat. Partnery pro spolupráci byly Pražskému centru hned od počátku právě Centrum adiktologie 1. LF UK, Krajská protidrogová koordinátorka a Krajská školská koordinátorka prevence.

Koncepce počítala s několika variantami systémového řešení prevence na území celého hlavního města. Jako nejspokladnější se jevila koordinace prostřednictvím metodiků prevence, kteří jsou

součástí pedagogicko-psychologických poraden a metodicky podporují jednotlivé školy ve svých obvodech. Tento model koordinace už totiž v podstatě existoval a bylo možné jeho výchozí koncept využít. Na základě této představy provedlo Pražské centrum analýzu činnosti obvodních metodiků prevence. Ta prokázala značné nerovnosti v náplni činnosti a často i značné přetížení. Většina metodiků měla svou funkci kumulovanou s pozicí psychologa a vysoké počty škol v podstatě neumožňovaly osobní kontakt a přímé metodické vedení. Výstupy z analýzy nás vedly ke dvěma základním rozhodnutím. Prvním z nich byly návrhy systémových změn pro výkon činnosti metodiků prevence (v mnoha případech došlo v této oblasti ke zlepšením) a druhým byla potřeba nabízet podporu školám také přímo, nikoli pouze prostřednictvím poradenských metodiků prevence.

Prvním krokem v takové přímé podpoře, bylo rozhodnutí poskytnout školám nástroj, který by jim usnadnil smysluplné a efektivní plánování prevence. Nabízelo se systémové uchopení Minimálního preventivního programu, povinné dokumentace školy, která představuje plán školní prevence na daný školní rok. Pražské centrum primární prevence tedy iniciovalo vznik pracovní skupiny, která na jaře roku 2010 připravila materiál podpořený metodikou, který školám umožní Minimální preventivní program vytvořit. Distribuce materiálu byla ze strany Pražského centra také podpořena vzděláváním zaměřeným na práci s dokumentem a metodickým materiálem. Stávající struktura se postupem času stala povinnou přílohou při předkládání žádostí o dotace v rámci grantových řízení Magistrátu hlavního

města Prahy. Jako funkční nástroj jej doporučuje i Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy.

V oblasti zprůhlednění a zefektivnění financování primární prevence na území hlavního města se Pražské centrum primární prevence podílí především na realizaci dotačního řízení Magistrátu v oblasti primární prevence rizikového chování. Podílíme se na přípravě metodiky, stanovování priorit grantového řízení a zároveň jsme v rámci pracovní skupiny jedním z hodnotitelů projektů. Soustředujeme se především na odbornou úroveň podávaných projektů, ale také na efektivní čerpání finančních prostředků tak, aby nedocházelo ke zdvojování preventivního působení na jednotlivých školách.

S nástupem roku 2011 se PCPP zapojuje do řady projektů, orientovaných především na prevenci přímo ve školách, ale také na oblasti rizikového chování, které většinou nejsou v centru zájmu organizací, které se prevencí rizikového chování věnují. Důvodem může být přesah některých typů rizikového chování (jako jsou například poruchy příjmu potravy) do jiných oblastí prevence (např. zdravotnické). Projektům aktuálním i již uzavřeným se věnují podrobněji některé další články v tomto newsletteru.

Webový portál www.prevence-praha.cz

K nedílným součástem činnosti Pražského centra patří také provozování portálu www.prevence-praha.cz. Tento web se zaměřuje především na pedagogické pracovníky, ale také na odborníky z oblasti primární prevence rizikového chování a rodiče. Obsahem internetových stránek jsou kromě metodických materiálů (např. manuál pro tvorbu preventivního programu ve školách) také informace k jednotlivým typům rizikového chování, dále odkazy na realizované výzkumy a šetření

v oblasti rizikového chování a zajímavé články vztahující se k prevenci rizikového chování a souvisejícím tématům. Nedílnou součástí webu je rubrika mapující aktuální vzdělávací akce z oblasti primární prevence a návazných oblastí, které jsou určeny jak pro pedagogy, tak i pro odbornou veřejnost. Další rubriky poskytují informace o projektech realizovaných v PCPP, o grantech, základní legislativě, odborných publikacích dostupných online, síti dostupných služeb a organizací zaměřujících se na rizikové chování, doporučených lektorech PPRCH.

Průměrná návštěvnost stránek v roce 2018 byla cca 3000 unikátních návštěvníků za 1 měsíc.

K nedílným součástem činnosti Pražského centra patří také provozování portálu www.prevence-praha.cz/. Tento web se zaměřuje především na pedagogy základních a středních škol, ale také na odborníky z oblasti primární prevence rizikového chování a rodiče. Obsahem internetových stránek jsou kromě metodických materiálů a odborných článků především informace o vzdělávacích akcích, projektech v oblasti prevence a organizacích které poskytují služby primární prevence.

Rizikové chování

Činnost pražského centra primární prevence se zaměřuje především na školskou prevenci, jeho cílovou skupinou jsou tedy žáci a učitelé pražských škol.

S rizikovým chováním nebo jeho projevy se učitel ve své praxi setkává pravidelně. Tento jev je neodmyslitelně spojen s prací s dětmi a dospívajícími a pedagogova orientace v dané problematice je zásadní pro poskytování adekvátní účinné péče. Znalost problematiky však sama o sobě nestačí. Neméně důležité jsou dovednosti učitele v oblasti práce se

skupinou a se vztahy uvnitř ní, dovednosti vytváření a udržování vztahů mezi učitelem a žákem ale i osobní postoje učitele k jednotlivým typům rizikového chování.

Koncept rizikového chování je ve svém současném pojetí značně široký a vyžaduje multidisciplinární přístup. Při řešení projevů rizikového chování je kladen důraz na kvalitu současného, ale i budoucího života dítěte, což opět klade velké nároky na odborníky, kteří s cílovou skupinou pracují. Učitel by si měl v rámci tohoto konceptu uvědomit moderní trendy, které pohled na problematiku rizikového chování formují. V současnosti je kladen důraz především na zkoumání škodlivých projevů rizikového chování. Diagnostika, jako nástroj takového zkoumání, tedy není tolik zaměřena na stanovení konečné diagnózy, ale na popis chování a jeho škodlivé projevy, které nutně nemusí být nemocí. Dalším trendem je nástup rizikového chování v nižším věku a výskyt více jednotlivých druhů rizikového chování současně u jednoho dítěte.

Ke konkrétním projevům rizikového chování patří mimo jiné: závislost nebo nadměrné užívání návykových látek, šikana, agresivní chování a násilí, záškoláctví, poruchy příjmu potravy, předčasný sexuálně aktivní život, časná nechtěná těhotenství, syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte, negativní působení sekt, rasismus a xenofobie.

S ohledem na výše zmíněné trendy však takový výčet nelze vnímat jako konečný nebo neměnný. Představuje způsoby chování, jejichž rizikové projevy jsou současnou společností a odbornou veřejností vnímány jako nejvýznamnější nebo nejvážnější. Nelze je ani vnímat jako projevy izolované. Právě naopak. Je velice časté, že se jednotlivé typy rizikového chování kumulují a vzájemně prolínají. Snaha zařadit dítě pod jednu jasně

ohraničenou a neměnnou nálepkou může pedagoga zavést do slepé uličky. Jeho úkolem je v první řadě dopátrat se příčin, které k projevům rizikového chování vedly. Nástrojem, který umožňuje dopátrat se etiologie, je pak důkladná pedagogicko-psychologická, popřípadě psychiatrická diagnostika. Nezbytný je otevřený pohled na celé spektrum projevů rizikového chování, a to v každém konkrétním případě. Nutné je tedy brát každé dítě jako individualitu s určitými projevy chování, ke kterým vedly určité příčiny. Jenom takový přístup umožňuje následnou správnou volbu specifické intervence.

V souvislosti s hledáním příčin rizikového chování dětí je třeba si uvědomit, že každé rizikové chování navíc paradoxně přináší nějaký profit, kvůli kterému dítě takové chování opakuje. Poukazuje-li pedagog pouze na nevhodnost a nebezpečnost rizikového chování, může u dítěte rychle ztratit důvěru. Dítě udělalo v životě odlišnou zkušenost. Kromě problémů a omezení mu totiž jeho chování přináší také jasné zisky. Ty jsou (alespoň po určitou dobu) tak velké a významné, že se jich dítě snaží dosáhnout i navzdory všem ztrátám. Cílem preventivního působení by tedy mělo být zisky identifikovat a nabídnout dítěti alternativní nerizikové formy chování. Příklady takových zisků můžeme najít u všech typů rizikového chování. Často se jedná o přirozenou potřebu být součástí nějaké skupiny a vytvořit si v jejím rámci určitou pozici. Agresivní chování s sebou může přinášet moc, po které dítě touží. Návykové látky přinášejí rychlý přísun energie, nebo naopak uvolnění. Záškoláctví umožňuje dětem vyhnout se nepříjemným, stresujícím situacím ve škole. Dívka trpící poruchou příjmu potravy může mít pocit, že něco ovládá. Navíc může být zpočátku svým okolím podporována,

obdivována pro svou schopnost udržet si kontrolu nad jídlem, nebo má prostě jen více pozornosti.

A v této souvislosti nesmíme také zapomínat, že rizikové chování je třeba vnímat v kontextu norem společnosti a v kontextu kulturních rituálů. V takových případech může být rizikové chování výsledkem sociálního učení a v podstatě neuvědomělé. Osobní příklad a zvědomování rizik takového chování je potom základním požadavkem na učitele.

Primární prevence rizikového chování (PPRCH)

PPRCH je nedílnou a nezbytnou součástí preventivního působení na nejširší cílovou populaci. Primární cílovou skupinou, na kterou se tato část prevence zaměřuje, jsou školou povinné děti a mládež. V období předškolního a školního vzdělávání se významným způsobem formuje osobnost dětí, rozvíjejí se sociální vztahy a dovednosti. Špatné návyky a postoje, které vznikají v tomto období, se jen stěží mění. Z toho vyplývá, že včas a správně realizovaná primární prevence má zásadní vliv na budoucí výskyt rizikového chování u dospělé populace. Sekundární cílové skupiny, na které by měla být primární prevence zaměřena, tvoří rodiče, pedagogové a také další odborná veřejnost, kteří jsou zásadními prostředníky při působení na primární cílovou skupinu, tedy děti a mládež. PPRCH je soubor jakýchkoli zdravotních, sociálních, výchovných či jiných intervencí a opatření směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, v některých případech oddálení výskytu rizikového chování do co nejpozdějšího věku (Miovský, Zapletalová, 2006). PPRCH dělíme na prevenci specifickou a nespecifickou, přičemž obě jsou nepostradatelné.

Nespecifická primární prevence

Nespecifickou primární prevencí rozumíme takové aktivity, které působí protektivně vzhledem k výskytu a rozvoji rizikového chování, nejsou však úzce zaměřeny na konkrétní rizikové chování, nemusí mít specifikovanou cílovou skupinu, ani definovaný časový rámec. Nespecifická primární prevence nicméně vytváří platformu pro působení specifické primární prevence.

Specifická primární prevence

Za specifickou primární prevencí rizikového chování považujeme takové aktivity a programy, které jsou zaměřeny na některou z konkrétních forem rizikového chování, jsou zaměřeny na jasně definovanou cílovou skupinu, je u nich zřejmá časová a prostorová ohraničenost realizace. Snahou je působit selektivně, specificky.

Specifickou primární prevencí dále dělíme dle úrovně působení na všeobecnou, selektivní a indikovanou prevenci rizikového chování:

Všeobecná primární prevence je zaměřena na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělování na méně či více rizikové skupiny. Zohledňuje se pouze věkové složení, případně specifika daná např. sociálními nebo jinými faktory. Patří sem programy pro větší počet osob (třída či menší sociální skupina).

Selektivní primární prevence se zaměřuje na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj různých forem rizikového chování, tj. jsou více ohrožené (např. zvýšené vystavené působení rizikových faktorů) než jiné skupiny populace. Rizikové skupiny lze identifikovat na základě biologických, psychologických, sociálních nebo environmentálních rizikových faktorů

souvisejících s rizikovým chováním a dále podle věku, pohlaví, rodinné historie, místa bydliště nebo úrovně sociálního znevýhodnění (Gallà et al., 2005). Jedná se např. o děti alkoholiků, studenty, kteří nedokončili školu nebo kteří mají zhoršený prospěch. Většinou se zde pracuje s menšími skupinami či jednotlivci.

Indikovaná primární prevence se zaměřuje na jedince, kteří jsou vystaveni

působení výrazně rizikových faktorů, případně u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování. Snahou je podchytit problém co nejdříve, správně posoudit a vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a neprodleně tyto intervence zahájit. Jedná se již o práci s dětmi a mládeží, u kterých je zvýšené riziko výskytu či již počínající projevy rizikového chování (Černý in Miovský et al., 2010).

Jan Žufníček

Jsem vystudovaný etoped a kvalifikovaný adiktolog. V letech 2000-2004 jsem absolvoval pětiletý sebezkušenostní výcvik ve skupinové psychoterapii SUR.

V oblasti prevence rizikového chování se pohybuji již téměř 20 let. Začínal jsem jako protidrogový koordinátor na Úřadu městské části Praha 6, kde jsem se poprvé seznamoval s koncepčním způsobem práce. S pocitem, že potřebuji načerpat zkušenosti z terénu, z práce s klienty, jsem ale v roce 2000 nastoupil na oddělení Alternativa, které se věnovalo mladistvým, kteří zneužívají návykové látky. To byly mé první zkušenosti s vedením skupin a s terapeutickou prací. V práci etopeda, i když s trochu jinou problematikou, jsem později pokračoval ve středisku výchovné péče, kde jsem strávil více než šest let. Zkušenosti a zážitky, které jsem v tomto období načerpal, považuji dodnes za zásadní nejen pro svůj profesní, ale i osobní život. Během té

doby jsem se setkal s výbornými kolegy, ale poznal jsem také své nejbližší přátele.

V roce 2009 jsem dostal nabídku připojit se ke vznikajícímu týmu Pražského centra primární prevence. To, že jsem jeho součástí i téměř po deseti letech, je jistě známkou toho, že mě práce v Centru pořád baví. Setkávám se se spoustou zajímavých lidí, práce je rozmanitá a kreativní a mám kolem sebe skvělé kolegy. Témata, kterým se zde věnuji, jsou především práce se skupinou, bezpečné klima ve školním prostředí, zaměřuji se na prevenci šikanování a závislosti.

Přesto, že jsem v práci spokojený, přicházejí samozřejmě i chvíle, kdy toho mám dost... A tehdy se v zimě těším na lyže, v létě na kolo, na práci na zahradě... Mám rád hory a v poslední době hlavně daleký sever. S kamarády jsme přešli Laponsko, Špicberky, Grónsko, Island. Tam se nabírám a získávám síly na další školní rok.

Pavel Dosoudil

Vystudoval jsem speciální pedagogiku se zaměřením na etopedii (práce s lidmi s problémovým chováním). K práci v oblasti výchovy jsem byl možná trochu předurčený jako dítě z učitelské rodiny,

obor pak vyplynul z praxe ve čtvrtém ročníku střední školy. Po ukončení studia jsem pracoval ve středisku výchovné péče, což je školské zařízení, které poskytuje pomoc dětem s problémy v chování, jejich

rodinám a pedagogům. Ve středisku jsem během deseti let práce vystřídal řadu pozic od učitele a vychovatele po vedoucího střediska. V průběhu zaměstnání ve středisku jsem absolvoval terapeutický výcvik SUR, který se zaměřuje na skupinovou práci a čerpá z řady terapeutických směrů. Praxe ve středisku je pro mě dosud velmi důležitá. Přímá práce s dětmi, které přicházely většinou s problémy ve škole, je pro mě cenným zdrojem inspirace v současné činnosti, která je zaměřena více na poskytování metodické podpory pracovníků v přímém kontaktu s dětmi a mladými.

Do Centra sociálních služeb Praha – Pražského centra primární prevence jsem nastoupil v roce 2012. Smyslem mé práce je podporovat ty, kteří realizují prevenci rizikového chování tak, aby v konečném

důsledku měli přístup k lepším službám děti a mladí lidé v Praze. Jedním z nástrojů podpory je supervize jako forma podpůrné a rozvojové konzultace pro profesionály v pomáhajících profesích. Absolvoval jsem výcvik v supervizi, jsem členem Evropské asociace supervize a koučingu a poskytuji supervize ve školách a dalších spolupracujících organizacích. V práci se dále podílím na vzdělávání, a to jak organizačně, tak jako lektor. Rád spolupracuji na výzkumných šetřeních, která mapují stav prevence a rizikového chování v Praze, baví mě i zpracování a analýza dat.

Mimo práci relaxuji turistikou a cykloturistikou, mou velikou vášní je námořní jachting. Jsem držitel britských „kapitánských“ dokladů a mám již napluto přes 6000 námořních mil na plachetnicích.

Jana Marečková

Absolvovala jsem střední průmyslovou školu stavební, obor pozemní stavitelství. Po jejím ukončení jsem pracovala jako konstruktérka projektantka ve stavební firmě. Pracovní zkušenost to byla jistě cenná, nicméně jsem si definitivně ujasnila, že stavářina není oborem, kterému bych se v budoucnu chtěla věnovat. Po mateřských dovolených jsem si našla zaměstnání knihovnice, později jsem pracovala na velmi různorodých pozicích – od prodavačky, přes provozní grafičku v reklamní agentuře po asistentku ředitele komerční firmy. Každé z těchto zaměstnání mne nějakým způsobem posunulo, obohatilo o další zkušenosti a pomohlo najít cestu k práci v neziskovém sektoru – obor adiktologie, o které jsem věděla, že mě bude uspokojovat a umožní mi věnovat se problematice, která mě skutečně zajímá. V roce 2001 jsem nastoupila do občanského sdružení SANANIM (dnes z.ú.) do Drogového

informačního centra. Zde jsem měla na starost odbornou knihovnu, sponzoring, PR a spravování webových stránek, v posledním roce jsem pracovala jako zástupkyně vedoucí. Iniciovala jsem vydání knihy „Drogy – otázky a odpovědi“ v nakladatelství Portál, jejíž jsem byla spoluautorkou, a která vychází ze zkušeností s internetovou poradnou provozovanou sdružením SANANIM, kterou jsem spravovala jako administrátorka. Vzhledem k tomu, že SANANIM je největší neziskovou organizací poskytující adiktologické služby, měla jsem možnost absolvovat odborné stáže (jak v nízkoprahových zařízeních, tak ve službách poskytujících léčbu a doléčování) i řadu odborných školení a seminářů. V roce 2006 jsem nastoupila do Právní poradny A.N.O., která poskytuje bezplatné právní poradenství a právní pomoc osobám ohroženým závislostním chováním. Zde na pozici sociální manažerky

pracuji dosud. Vzhledem k dlouholeté práci v oboru adiktologie si stále více uvědomuji, jak široký kontext má problematika závislostí i dalších typů ohrožujícího chování a jak významné je těmto problémům předcházet. Proto jsem v roce 2013 velice uvítala příležitost pracovat na částečný úvazek také v Centru sociálních služeb Praha – Pražském centru primární prevence, kde mám na starost správu webových stránek PCPP. Prostřednictvím jejich pestrého a odborně podloženého

obsahu se tak mohu spolu s kolegy podílet na informování laické i odborné veřejnosti o důležitosti kvalitně vedené primární prevence a způsobech její realizace Pražským centrem primární prevence. Ve volném čase si nejlépe odpočinu u dobré knížky a pobytem v přírodě. Pokud okolnosti dovolují, hodně mi dává cestování mimoevropskými zeměmi, kde se nejedná pouze o odpočinek, ale spíše o poznávání světa v jeho pestrosti a rozdílnosti a také o určitou formu sebepoznání.

Jana Gricová (roz. Hanusová)

Vystudovala jsem psychologii na filosofické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Již v průběhu studia jsem pracovala v neziskové organizaci SANANIM, která se zabývá adiktologickou problematikou. V Drogovém informačním centru SANANIMu jsem pracovala na obsahové správě webových stránek, organizaci vzdělávání, tvorbě metodických materiálů o závislostech. Webové stránky jsem spravovala i pro soukromý sektor. Dostala jsem také pracovní nabídku v oblasti market research (výzkum trhu), která mě na čas částečně vzdálila od oboru, který jsem vystudovala, přesto mi tato práce přinesla velmi cenné zkušenosti ze sociologického výzkumu a řízení projektů, které mohu nyní zúročit. Pracovala jsem na kvantitativních a kvalitativních výzkumných analýzách se společenskými tématy o životě české společnosti, ale převažující zaměření bylo na komerční sektor. Analytická práce mě bavila, byla ale příliš vzdálena psychologii. Začala mě znovu lákat práce pro neziskový sektor se sociálním zaměřením, která mi připadá smysluplná. Práce v PCPP pro mne byla příležitost, jak se znovu přiblížit tomuto oboru a zároveň využít své předchozí zkušenosti. V roce 2010 jsem

začala pracovat v PCPP na vývoji a obsahové správě webového portálu, průzkumech a šetřeních v oblasti primární prevence. V roce 2011 jsme v PCPP začali spolupracovat s 1. LF UK a VFN v Praze s oddělením pro poruchy příjmu potravy. První projekt, který jsem v rámci této spolupráce v PCPP koordinovala, byl ProYouth, evropský projekt internetové prevence a včasné intervence poruch příjmu potravy. Účastnilo se ho 7 evropských zemí a já jsem tak měla možnost být v kontaktu se zahraničními odbornými výzkumnými pracovišti (např. Univerzita v Heidelebergu), vzdělávat se v problematice prevence poruch příjmu potravy, ale i duševního zdraví a prevence duševních onemocnění obecně. Využitím informačních technologií v podpoře duševního zdraví jsem se v dalších letech začala zabývat (a zabývám dosud) i výzkumně v rámci studia PhD psychologie na 1. LF UK. Na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN jsem dále v letech 2013-2015 spolupracovala na vytvoření pilotního projektu Nepozorní, kde jsem pracovala s klienty s ADHD v dospělosti. V této době jsem si doplnila vzdělání o akreditovaný kurz psycholog ve zdravotnictví. Náš program sestával z diagnostických vyšetření,

skupinových setkání, počítačových kognitivních treninků. V rámci projektu jsme vytvořili informační materiály, na jejichž tvorbě se významně podílelo PCPP. V případě práce na ADHD se jednalo o další prohloubení spolupráce s odborným zdravotnickým pracovištěm a školskou primární prevencí, na kterou je zaměřeno PCPP, a zároveň poskytovalo možnost pochopit problematiku v širším kontextu. V roce 2015 jsme hledali možnosti pokračování v úspěšném programu ProYouth, který přinesl cílové skupině ohrožených poruchami příjmu potravy možnost anonymního kontaktu a podpory při hledání odborné pomoci, která v ČR dříve v takovém rozsahu realizována nebyla. Ve spolupráci s norskou organizací ROS jsme tak v PCPP a E-clinic, z.ú. vyvinuli navazující projekt Healthy and Free a zaměřili metodické materiály více na pomoc a podporu

rodičům a učitelům. V obou organizacích se věnuji vývoji a koordinaci tohoto projektu. Ve stejném roce jsme v PCPP a E-clinic, z.ú. v rámci norských fondů implementovali program Zipyho kamarádi pro zvýšení psychosociálních dovedností dětí 1. stupně ZŠ. Na tomto projektu jsem spolupracovala na výzkumné studii hodnocení účinnosti. Na práci v PCPP mě baví právě možnost objevovat, přinášet a implementovat nové efektivní přístupy a metodiky v oblasti prevence a podpory duševního zdraví, které se ve světě osvědčily a prostřednictvím PCPP se tak dostanou k cílové skupině i v České republice. Ve volném čase relaxuji četbou, filmy, cvičením, také studiem angličtiny, kterou využívám v soukromí i v práci. Důležité je pro mě cestování, především do zemí mimo Evropu, které nevnímám jen jako dovolenou, ale i poznávání jiných kultur.

Roman Petrenko

Vystudoval jsem sociologii. Osm let jsem působil v Národním ústavu pro vzdělávání, kde jsem měl na starost oblast primární prevence rizikového chování. Věnoval jsem se např. evaluaci odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence, vzdělávání v prevenci či vývoji online systému evidence preventivních aktivit. Řadu let

se podílím na výzkumech v oblasti primární prevence a ústavní výchovy a metodické a vzdělávací činnosti. Působím rovněž jako lektor primární prevence. Cenné zkušenosti pro práci s dětmi čerpám mj. jako aktivní otec neposedných ratolestí.

E-mail: roman.petrenko@csspraha.cz

David Čáp

Vystudoval jsem speciální pedagogiku se zaměřením na etopedii (výchovu a vzdělávání dětí s poruchami chování) na PedF UK v Praze a dále psychologii na FF UK v Praze. Jsem absolventem pětiletého systematického výcviku v Gestalt terapii (Dialog – CZGPTI, Brno). Téměř sedm let jsem pracoval s dětmi a dospívajícími

s problematickým chováním a jejich rodiči ve Středisku výchovné péče. Nyní se věnuji především podpoře zaměstnanců v oblasti sociálních služeb a školství a přednáším také na katedře psychologie na FF UK v Praze.

E-mail: david.cap@csspraha.cz

Projekt Zipyho a Jablíkovi kamarádi

Jedním z posláních PCPP je přenos osvědčených mezinárodních metodik práce v oblasti PPRCH do českého prostředí. Velmi úspěšným příkladem takové implementace jsou Zipyho kamarádi a na ně navazující Jablíkovi kamarádi. Jedná se o metodiky pro prevenci rizikového chování a podporu duševního zdraví dětí předškolního a mladšího školního věku pocházející z Velké Británie. Proškolený odborník pracuje s dětmi ve věku předškolním či mladším školním a pomáhá jim nalézat řešení obtížných životních situací. Informace o metodice lze nalézt i na webové stránce www.zipyhokamaradi.cz.

Zipyho kamarádi se v České republice poprvé objevili v roce 2015, kdy nezisková organizace E-clinic, z.ú. ve spolupráci s Centrem sociálních služeb Praha, oddělením Pražské centrum primární prevence, získala grant (od Ministerstva zdravotnictví ČR v rámci Norských fondů v Malém grantovém schématu Psychiatrická péče) na implementaci této metodiky. V rámci tohoto projektu bylo proškoleny 43 pedagogů, s metodikou pracovalo 532 dětí a další pracují v tomto školním roce. Byla provedena kontrolovaná evaluační studie, která prokázala přínos práce s metodikou.

V roce 2016 se Centru sociálních služeb v partnerství s E-clinic, z.ú. podařilo získat grant na další 2 školní roky v rámci programu Praha – pól růstu nejen na Zipyho kamarády, ale i na program Jablíkovi kamarádi. V rámci tohoto projektu bylo na území Prahy proškoleny celkem 94 pedagogických pracovníků z 23 pražských základních a mateřských škol v práci s jednou z jmenovaných metodik či oběma metodikami, absolventi kurzů jsou nadále metodicky podporováni a vedeni, mají možnost účastnit se dalších workshopů



rozšiřujících jejich kompetence pro práci v inkluzivní škole. V rámci projektu byla 21. března 2018 uspořádána mezinárodní konference „Zipyho a Jablíkovi kamarádi – duševní zdraví v inkluzivní škole“, které se účastnilo více než sto českých i zahraničních hostů.

Metodika Zipyho kamarádi (v originále Zippy's Friends) byla vyvinuta před zhruba 15 lety ve Velké Británii. Organizace pracující na poli prevence sebevražd byla oslovena farmaceutickou firmou s nabídkou spolupráce na vývoji preventivního programu, který by vybavil děti dovednostmi pro zvládnání stresových situací. Byl navržen program pro malé děti, který je měl naučit tzv. copingové strategie, strategie zvládnání obtížných životních situací. Tento program byl testován v kulturně odlišných zemích a na základě zjištěných skutečností upraven tak, aby byl genderově i kulturně neutrální a byl tak přínosem pro chlapce i dívky z různých sociokulturních prostředí. Program dostal název Zippy's Friends (Zipyho kamarádi) a o jeho distribuci a rozvoj se začala starat charitativní organizace Partnership for Children. Program se začal šířit po celém světě – v současnosti s ním pracují učitelé ve 30 zemích světa. V mnoha zemích proběhla

i nezávislá evaluace programu. Vždy se potvrdily přínosy práce s metodikou pro rozvoj copingových strategií, rozvoj sociálních dovedností, ale i akademických dovedností. Česká evaluační studie, podrobněji viz dále, tyto závěry potvrdila a přinesla zajímavá zjištění o prospěchu metodiky pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

Jak jsme již uvedli, metodika je rozdělená do 6 tematických modulů po 4 lekcích. Každý modul uvádí příběh dvojčat Lenky a Tondy (v originále Leela a Tig), jejich kamarádů a strašilky Zipyho. Lenka a Tonda vstupují do 1. třídy a zažívají příhody, které jsou dětem blízké. Jednotlivé lekce jsou přesně strukturovány – pracuje se s příběhem, opakuje se, co jsme se naučili, v nových aktivitách děti objevují a učí se nové dovednosti, na závěr vždy krátce evaluují, jak se jim daná hodina líbila a jak se v jejím průběhu cítily. V metodice pro učitele je přesně popsáno, jaký je cíl dané lekce, jaké pomůcky jsou potřeba, jaká je přibližná časová dotace jednotlivých aktivit atd., na konci každého modulu je aktivita na doma, pro práci rodičů s dětmi. Metodika obsahuje pracovní listy, obrázky k příběhům i DVD s Doplnkem pro inkluzi – alternativními aktivitami pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami integrovanými v běžné základní škole – a dalšími materiály.



Metodika Jablíkovi kamarádi, určená dětem ve věku 7-9 let, je o hodně mladší, po dvouletém pilotování a evaluační studii byla představena na mezinárodním workshopu v Oxfordu na jaře 2016. Česká republika je jednou z prvních zemí, kde je zaváděna jako pokračování Zipyho kamarádů. Hlavní hrdinové Jablíkových kamarádů jsou stejní jako v Zipyho kamarádech, jen strašilka Zipy chybí, místo ní se objevuje křeček Jablík. Děti prožívají prázdniny, které však nejsou jen idylickým obdobím. Opět se jedná o 6 modulů po 4 lekcích, příběhy je tentokrát neuvodí, ale ukončují. Navíc se jedná o příběhy nedokončené – děti samy vymýšlí, jak by se mohly odvíjet dál. Metodika staví na tom, že děti jsou již starší a mají některé dovednosti osvojené. Například v Zipyho kamarádech jsou určená pravidla chování v průběhu práce (např. hlásíme se, nasloucháme si apod.), v Jablíkových kamarádech tvoří děti společně s pedagogem Dohodu, která je obdobou těchto pravidel. Témata Jablíkových kamarádů jsou obdobná jako u Zipyho – emoce, konflikty, vztahy, šikana, ztráta a změna – jde se však více do hloubky a aktivita je ještě více na dětech samotných. S metodikou Jablíkovi kamarádi lze navázat na Zipyho kamarády, ale je možné také začít rovnou s ní, bez této návaznosti.

Duševní zdraví je nedílnou součástí zdraví jako takového. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje již od roku 1946 zdraví jako stav fyzické, psychické a sociální pohody – vymezila se tak proti redukcionistickému pojetí zdraví coby absence nemoci. Duševní zdraví chápeme jakodobrou kondici celé osobnosti. Duševně zdravý člověk je schopen přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet, vytvářet nové věci, aktivně se zúčastňovat dění kolem sebe a adaptovat se na nové situace. Umí dobře komunikovat,



je citově vyrovnaný, zvládá vlastní emoce, ale zároveň se dovede uvolnit.

Výskyt duševních poruch v populaci stále narůstá. Vyplyvá to z dostupných statistických dat. V roce 2012 vyhledalo pomoc psychiatra více než 570 000 lidí, což je oproti roku 2000 nárůst o téměř 60%. K nejčastěji se vyskytujícím potížím patří neurotické poruchy (úzkosti, reakce na stres, poruchy přížubování), poruchy nálady (např. deprese), poruchy vyvolané návykovými látkami a demence. (ÚZIS, 2013). Duševní poruchy patří k nejčastějším příčinám pracovní neschopnosti, předčasného odchodu do důchodu a invalidity. Shon, stres, nezdravá strava, nedostatek odpočinku, velké pracovní tempo, přetrhání sociálních vazeb – to jsou jen některé znaky provázející stávající život, mající vliv na zvýšený výskyt duševních problémů.¹

Rozvinuté copingové strategie, tj. strategie zvládání obtížných životních situací, jsou jedním ze základních předpokladů vybudování a udržení dobrého duševního zdraví. Dovednost vyrovnat se se zátěží – ať už tou zátěží je to, že se mnou nekamarádí ten, co chci, to, že se moji rodiče rozvádějí, to, že se bojím písemky nebo to, že mi někdo blízký zemřel – a zvolit k tomuto vyrovnání nedestruktivní způsob, to je cíl, k němuž Zipyho a Jablíkovi kamarádi děti vedou.

Pedagožky (na prvním stupni pracují především ženy) reflektují přínosy práce s metodikou Zipyho kamarádi: „Když jsme se Zipem začali pracovat, nejdřív za mnou děti chodily s každou maličkostí a všechno chtěly dlouze rozebírat. Díky práci se Zlatými pravidly se naučily vyřešit si většinu situací samy tak, aby byly spokojeny všichni ve třídě.“ „Asi v polovině práce se začaly vynořovat historky o vzájemném ubližování ve třídě. Ukázalo se, že jeden chlapec byl jiným opakovaně srážen už od školky a celá třída o tom věděla! Díky Zipyho kamarádům se nám tuto situaci podařilo nejen otevřít, ale i vyřešit. Teď učím třídu, kde se cítí dobře všechny děti.“ „Pracujeme se Zipyho kamarády teprve chvíli v rámci školní družiny, ale už teď za mnou chodí rodiče s tím, že jsou rádi, že s dětmi mluvíme o zvládnutí problémových situací. Sami vidí, že děti o svých problémech doma více mluví...“ „Líbí se mi příběhy a obrázky k nim a děti jsou z nich nadšené – milují, když jim příběhy čtu. Někdy si je čteme i mimo Zipyho lekce. Pro děti je skvělé, že hrdinové příběhů zažívají podobné situace jako ony samy.“ „Na Zipyho a Jablíkových kamarádech oceňuji, že dětem nedávají návody, ale citlivě je vedou k nalezení vlastního řešení.“



Šikana a projekt BFSB

Šikana je jednou z forem rizikového chování, kterou je ve školách zasaženo nejvíce dětí a mladých lidí. Pomocí školám šikaně předcházet a řešit ji je také jedním z hlavních témat práce našeho oddělení. Z řady výzkumů a šetření, ale také ze zkušenosti pedagogů, rodičů i dětí se zdá být nesporné, že šikana se v nějaké formě objevuje na každé škole. V České republice se o šikanování začalo poprvé otevřeně hovořit v souvislosti s šikanou na učilišti stavebních závodů v Praze v roce 1985. Před rokem 1989 však byla šikana považována spíše za problém vojenských posádek a internátů učilišť. V této podobě se objevila i v televizních seriálech (Třetí patro v roce 1985, Chlapci a chlapi v roce 1988). V současnosti se naštěstí existence tohoto fenoménu nezakrývá, možná naopak řada lidí může mít pocit, že se šikanou „roztrhl pytel“ a šikanou je nazýváno i to, když učitel vyžaduje plnění úkolů. Pro odborné použití tohoto pojmu však existují jasně definované znaky, které šikanu odlišují od jiných, třeba také problémových jevů. Možná se řada čtenářů setkala v médiích s nějakým odborníkem (psychologem, či pedagogem), který například vulgaritu a drzost žáků vůči učiteli odmítal nazývat šikanou, protože toto chování přesně definované znaky nespĺňovalo. Nejde zde však o nějaké slovíčkaření. Z charakteru šikany vyplývají některé zvláštnosti při jejím řešení. Například to, že v určité fázi jejího vývoje už nestačí jen potrestat viníky, či přeřadit viníka či oběť do jiné třídy. V těchto fázích šikany jsou již nastartovány takové mechanismy vnitřní dynamiky skupiny, že ubližování se znovu objeví i třeba s trochu pozměněnými aktéry. Řešení také brání možnost

i vzniku závislostního vztahu mezi obětí a agresorem. Můžeme se tak setkat se situací, že oběť bere vinu na sebe, hájí agresora. Z těchto důvodů je řešení šikany velice komplikovaný proces, který přesahuje „tradiční“ pedagogické dovednosti. Je třeba, aby pedagogičtí pracovníci byli v tomto tématu dostatečně vzděláni a natrénovali si speciální postupy rozhovorů s aktéry šikany.

Protože toto téma je velice důležité, přivítali jsme možnost zapojit se do mezinárodního projektu, který se šikanou zabývá.

Build Future – Stop Bullying je mezinárodní projekt zaměřený na prevenci šikany. V České republice je jeho realizátorem Centrum sociálních služeb Praha. Zahraničními partnery v projektu jsou asociace Per Formare a asociace Scosse z Itálie, K.E.D.D.Y. of Evia z Řecka, Universitat Autònoma de Barcelona ze Španělska a v začátku projektu také Regional Cluster North-East Varna z Bulharska. Projekt je zaměřen na mezinárodní spolupráci a sdílení poznatků o prevenci a řešení šikany, nedílnou součástí jsou programy pro základní školy, které probíhají ve všech partnerských zemích. V ČR ve školním roce 2016/2017 proběhly programy na čtyřech pražských základních školách, další dvě školy se přidaly s realizací programů ve školním roce 2017/2018.

Zahraniční partneři projektu

Roma Capitale (Itálie) – městský úřad Řím I Kapitól je koordinátorem projektu.

S.CO.S.S.E. (Itálie) – nezisková organizace založená roku 2011, která usiluje o vybudování společnosti svobodnější, prosociálnější a inkluzivnější. Podporuje aktivity a politiku vzájemného mezikulturního obohacování a setkávání, politiku rovných příležitostí, praxi vzájemnosti a sociální aktivismus.

Per Formare (Itálie) – nezisková organizace fungující od roku 1992 jako vzdělávací agentura v oblasti vyššího vzdělávání, celoživotního vzdělávání a profesní podpory. Zabývá se také analýzou a podporou dobrého klimatu v organizacích. V projektu BFSB zajišťuje především organizační složku, webovou podporu a vývoj aplikace Antbullying RADAR.

Antigona Group – UAB (Španělsko, Katalánsko) – výzkumná skupina, která vznikla v roce 2000 v rámci Katedry politologie a veřejného práva Autonomní univerzity v Barceloně (UAB, Hlavním cílem Antigona Group je analyzovat vývoj ženských práv z genderového hlediska. Výzkumy celé skupiny mapují genderovou problematiku v oblasti legislativy, politiky, veřejného zdraví atd. Jednou z oblastí je výzkum a prevence násilí na ženách a genderová rovnoprávnost.

K.E.D.D.Y. (Řecko) – Centrum diferenciální diagnostiky a podpory je organizace zřizovaná ministerstvem školství. Hlavní činností centra je zajišťování diagnostiky a diferenciální diagnostiky, navrhování a implementace vhodných podpůrných opatření studentů a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, vzdělávání odborníků a poskytování podpůrných struktur a opatření.

Aktivity v projektu

Programy pro žáky, rodiče a pedagogy. Preventivní programy byly určeny pro žáky a studenty ve věku 12–14 let a zaměřovaly se na předcházení vzniku šikany, kterou je ohrožen kterýkoliv třídní kolektiv. Neznamená to však, že se v těchto konkrétních třídách šikana vyskytovala, jde o takzvanou všeobecnou primární prevenci.

Rodičům byla předvedena práce s dětmi v programech pro třídu, mohli si tak sami vyzkoušet, co děti ve třídě zažívají.

Zaměřovali se na možnosti spolupráce rodiny a školy při řešení šikany (např. jasných signálů si všímat u svých dětí). Cílem však zejména bylo poznat se vzájemně v jiných situacích, než je ve škole běžné.

Workshopy pro pedagogy se věnovaly tréninku rozpoznání a intervence v případě šikany ve škole. Probíhaly v rozsahu 8 hodin. Pro pedagogy byla také z projektu nakoupena odborná literatura.

Workshopy k tvorbě Strategie proti šikaně

Workshopů se účastnili ředitelé škol, odborníci na řešení šikany a tvůrci preventivních strategií. Ve spolupráci s ostatními partnery jsme vytvořili základní strukturu workshopů:

- O čem mluvíme – definice šikany ve vztahu k právním předpisům, teorie šikany (vnímání šikany jako skupinového procesu a proč je tento postoj důležitý)
- Co víme o šikaně – aktuální výzkum v této oblasti
- Čím se zabýváme – sdílení zkušeností a různých názorů na šikanování ve školách.
- Co budeme dělat dál – mapování potřeb a možností podpory při řešení šikany na školách.

Jako nejdůležitější účastníci uváděli legislativní podporu, pociťovali, že nejsou dobře orientováni v legislativních možnostech a chtěli by mít transparentní jednotný systém v oblasti řešení šikany – aby byly konzistentní požadavky právních předpisů a ekonomická podpora (např. často nemají peníze na zaplacení intervenčních organizací). Učitelé se necítí příliš schopni řešit případy šikany a ředitelé se obávají možných důsledků medializace školy. Oceňovali vzdělávání učitelů v oblasti prevence šikany, přivítali by také lepší spolupráci s rodiči.

Rozhovor

Při realizaci aktivit ve školách s námi spolupracovalo 6 externích lektorů primární prevence. Na zkušenosti s programy pro děti a rodiče jsme se ptali lektorů projektu Davida Holého a Terezy Ryšavé.



Terezo, Davide, v evropském projektu Build Future Stop Bullying vy a vaši kolegové působíte na školách jako lektori programů primární prevence šikany. Můžete čtenářům přiblížit, jak si takový program představit? Co mohou žáci, učitelé a rodiče očekávat?

Projekt je tvořen celkem třemi bloky v délce několika vyučovacích hodin pro každou třídu. Každý blok má předem dané cíle (např. objasnění toho, co je a co není šikana, jaké jsou možnosti jejího řešení ve třídě, informovat o možných důsledcích šikany pro její oběť, ale i toho, kdo šikanoval, posílení zdravých vztahů ve třídě a odmítavých postojů vůči bezohlednému chování), z nich pak vycházejí konkrétní využití aktivity. Bloky jsou připraveny tak, aby se

děti co nejvíce aktivně zapojily, skládají se z různých her, modelových situací, skupinové práce, diskusí, ale také předávání informací. Blok vedou lektori vždy ve dvojici. Mohou tak pohotověji reagovat na dění ve třídě. Náš program se zaměřuje na předcházení vzniku šikany, kterou je ohrožen kterýkoliv třídní kolektiv, neznamená to však, že se v těchto třídách šikana vyskytuje nebo že by byly nějak problematické.

Co myslíte, že je v prevenci šikany nejdůležitější?

Záleží na tom, zda jde o všeobecnou prevenci, kdy se pracuje ve třídě, kde k šikaně nedošlo, nebo o řešení situace ve třídě, kde je již nějaký problém (v tomto případě by byl potřebný program selektivní primární prevence). Důležité je určitě objasnit, co to šikana je, jaké může mít formy a jak se jí případně bránit, nebo co udělat, pokud jsem jejím svědkem. Určitě je také důležité soustředit se na tzv. pro-aktivní faktory, jako jsou zdravé vztahy ve skupině, sociální a komunikační dovednosti dětí, jejich schopnost odolávat negativnímu tlaku vrstevníků a vymezit se proti tomu, když jim někdo dělá něco, co je nepříjemné nebo jsou svědkem toho, že se to děje někomu jinému.

Nezisková organizace Proxima Sociale, ve které působíte, nabízí své služby již řadu let, kdo se na vás může obracet a s jakými problémy?

Máme programy pro různé cílové skupiny. Programy pro děti a mládež, což jsou nízkoprahové kluby anebo terénní programy, které poskytují sociální služby dětem

a mládeži v rámci předcházení rizik spojených s obdobím dospívání, tzn. že jim, v případě klubů, nabízejí bezpečné zázemí, kam mohou přijít, trávit zde svůj volný čas, scházet se s vrstevníky a zároveň mají možnost zde řešit se sociálními pracovníky své problémy. V případě terénních programů pak sociální pracovníci vyhledávají mladé lidi v jejich přirozeném prostředí, tedy tam, kde se scházejí party mladých lidí a nabízejí jim opět možnost využít řešení svých obtíží. Důležitá je zde ale také prevence těchto problémů. Dále sem patří probační programy, které poskytují

odbornou pomoc mladistvým pachatelům protiprávních činů, mj. to zahrnuje pravidelná skupinová setkání a zátěžové a zážitkové výjezdy. Programy primární prevence, kterou realizujeme pro žáky mateřských, základních i středních škol, se zaměřují na prevenci různých forem rizikového chování. Další důležitou součástí jsou Poradenské a pobytové programy, kam patří Azylový byt pro matky s dětmi, Občanská poradna, kam se mohou lidé obracet např. s dluhovým poradenstvím, Krizová pomoc a Podpora rodiny. Více se dozvíte na webu www.proximasociale.cz.

Spolupráce oddělení Pražské centrum primární prevence s neziskovou organizací E-clinic, z.ú.



Prof. MuDr. Hana Papežová, CSc. – vedoucí Centra poruch příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a ředitelka E-clinic, z.ú.

Nezisková organizace E-clinic, z.ú. je již podruhé partnerem CSSP/PCPP v projektu zaměřeném na prevenci rizikového chování a podporu duševního zdraví. Implementujeme společně metodiky Zipyho a Jablůvovi kamarádi. Spolupracujeme na projektu Healthy and Free. Naše spolupráce započala roku 2014 a navázala na několikaletou úspěšnou spolupráci PCPP s Centrem poruch příjmu potravy psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, nejstarším odborným

specializovaným oddělením pro prevenci a léčbu poruch příjmu potravy v ČR. V roce 2011 získalo Centrum poruch příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze grantovou podporu VZP na vytvoření preventivního programu, kde už byla nezbytná spolupráce se školami a dalšími stakeholdery, jak jsme se postupně poučili z výsledků mezinárodního výzkumu. Mapování situace a získání nezbytných interdisciplinárních vědomostí a kontaktů nám poskytl mezinárodní výzkum INTACT 2008–2011 a ProYouth 2011–2014, do kterého se zapojili pracovníci Pražského centra primární prevence. Bez nich by další mezinárodní výzkum kvalitních preventivních programů, jejich zavádění do škol, akreditace a evaluace nebyly možné. Spolupráce s Pražským centrem primární prevence umožnila preventivní programy založit na dlouholetém akademickém výzkumu jejich účinnosti a na specifických zkušenostech preventivní práce ve školách. Považujeme ji za příklad úspěšné interdisciplinární spolupráce pro další rozvoj této oblasti.

Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou jednou z oblastí, na které cílí primární prevence rizikového chování. PCPP se zaměřuje na prevenci rizikového chování z hlediska koncepčního, metodického a podpory pro učitele. Na tomto tématu jsme začali spolupracovat již v roce 2011 s Centrem pro poruchy příjmu potravy ve VFN a přední odbornicí prof. MUDr. Hanou Papežovou, Csc.

PPP jsou závažná psychiatrická onemocnění, která je nutno řešit ve zdravotnictví, a i v oblasti prevence je tedy důležitá mezioborová spolupráce s odborníky na léčbu. PPP patří mezi nejčastější psychiatrické diagnózy v dospívání a jsou také na jednom z předních míst mezi psychiatrickými chorobami s nejvyšším procentem úmrtnosti. Jedná se o duševní choroby často spojené s depresí, úzkostí, sebepoškozováním a sociální izolací. Snižují kvalitu života nemocných, jejich rodin i okolí a vedou k obrovským výdajům na zdravotní péči. Postižení svůj problém většinou tají. Utajování, strach ze stigmatizace a stud přispívají k tomu, že vyhledají odbornou pomoc pozdě nebo vůbec ne, což zvyšuje riziko chronického průběhu s vážnými život ohrožujícími komplikacemi. Prevence a včasná intervence poruch příjmu potravy a duševních onemocnění obecně, je prioritou evropských zdravotních strategií. Podle WHO, se potřebná péče včas nedostane až 75 % lidem s duševním onemocněním v nízkopříjmových zemích a ve středně až vysokopříjmových zemích, mezi které patří Česká republika, ve 35 % až 50 % případů. Poruchy příjmu potravy zahrnují souvislé spektrum přecházející od obezity přes psychogenní přejídání, bulimii, až po restriktivní anorexii, jejímž protikladem je zdravý člověk s přiměřeným příjmem

potravy, standardním jídelním chováním a optimální tělesnou hmotností. Nemoc může mít u jednoho člověka v průběhu života různé podoby a fáze.

Pro anorexii (anorexia nervosa) je typické odmítání jídla nebo neschopnost udržet si zdravou váhu. Jedinec s anorexií má často narušeno vnímání vlastního těla, cítí se obézní, i když má ve skutečnosti podváhu. Postiženým zpočátku dělá dobře hubnutí a omezení příjmu potravy. Dává člověku pocit, že něco ovládá a začíná se cítit lépe. Na počátku mohou být podporováni i svým okolím, mají více pozornosti, jsou oceňováni i pro svou schopnost sebekontroly. Postupně se ale strach ze ztráty kontroly a tloušťky pro ně může stát nejdůležitější věcí v životě.

Další, dnes již známou, poruchou příjmu potravy je bulimie (bulimia nervosa), která se projevuje přejídáním střídáním hladověním a zvracením, které je zpravidla spojené s pocity viny. Bulimie je zákeřná v tom, že velmi často nemusí být zřejmá. Zatímco u anorexie je udávaná hmotnost pod 17,5 BMI, u bulimiků je zpravidla v normě, případně mohou mít i mírnou nadváhu. Nemocní bulimii kvůli tomu dokáží před svým okolím dobře skrývat.

Další poměrně známou poruchou je psychogenní přejídání. Častým důsledkem přejídání pak bývá přibírání na váze, související deprese, nespokojenost se sebou. Porucha se může rozvinout jako reakce na stres, citové strádání či depresivní nálady z nedostatku jiných adaptivnějších strategií, jak zátěžové situace zvládat jinak než úlevou pomocí jídla. S přejídáním často souvisí nevyvážené stravování, které může být způsobeno různými redukčními dietami (značné omezování se v jídle či se jednostranný jídelníček střídá s neodolatelnou, nutkavou touhou se přejíst, což je poté provázeno výčitkami a pocity viny).

Redukční diety jsou dnes obecně provozovanou aktivitou, často ale u těch, kteří je nepotřebují a ne u těch, pro které jsou určeny. Přesto problém obezity v populaci narůstá. Výzkumy ukazují, že dietní chování a nezdravá kontrola váhy paradoxně predikují u dospívajících větší nárůst hmotnosti v budoucnosti.

Mezi méně známé a médii ne tak často zmiňované formy, které jsou rovněž svou charakteristikou zahrnuty do spektra poruch příjmu potravy, patří ortorexie (posedlost „zdravou, bio, racionální“ stravou spojená se stupňujícím se strachem z jídla). Neustálé zabývání se tím, co jíme, zda se nejedná o „nezdravá a tučná“ jídla může být nebezpečné. Člověk může najednou zjistit, že nedělá nic jiného, než počítá kalorické hodnoty potravin a celý den řeší jen jídlo. Obavy spojené s určitým jídelním posilují v médiích poměrně častá dietní komerční varování a reklamy na zdravou stravu. Z dalších PPP můžeme uvést drunkorexii (úspora kalorií přijatých jídlem ve prospěch kalorií přijatých alkoholickými nápoji) a bigorexii (chorobné zaujetí tělem, jeho domnělými, smyšlenými nedostatky, spojené s usilovnou snahou o jejich změnu).

Všechny zmíněné formy PPP se mohou objevit jak u žen, tak u mužů, nejčastější jsou v dospívání, ale mohou začít dříve nebo později až ve středním věku. Nejedná se o rozmar, naschvál nebo módní trend. Od určité chvíle není nemocný schopen své chování ovládat a sám změnit, to je společně všem poruchám příjmu potravy.

Primární prevence PPP

Výše hovoříme o duševních onemocněních, cílem našich projektů je právě zabránit rozvinutí klinických PPP, zaměřit se na to, jak těmto onemocněním předcházet. Rizikové chování, které PPP

předchází, se může vyznačovat právě častým držením redukčních diet, zvýšeným zaujetím (zdravou) stravou nebo pečlivým plánováním jídelníčku a počítáním kalorií na úkor ostatních zájmů. Bývá charakterizováno výraznými obavami z přibírání, nespokojeností s vlastní postavou, celkově sníženým sebehodnocením, častým jevem bývá, že se jedinec hodnotí očima druhých lidí a snadno podléhá sociálnímu tlaku okolí. Zejména v období dospívání může být zvýšená sebekritičnost, nejistota sebou samým až nepřijetí sama sebe významným rysem. Velkou roli hraje ideál krásy a štíhlosti ve společnosti a zároveň nemožnost dostat tomuto ideálu. Dnes se jedná o virtuální ideál, který je pro naprostou většinu populace nedosažitelný. Pomocí počítačové techniky jsou krásné modelky ještě dále upravovány, aby na nich nebyla skutečně žádná „chybička“ (vráska, pokrčená látka, stín...). Dle odborníků přispěla k nárůstu onemocnění v moderním věku kultura zdůrazňující přílišnou štíhlost v prostředí se snadným přístupem k vysoce chutným, odměňujícím a kalorickým jídlům. Je také významným faktorem, který nemoc udržuje.

V prevenci poruch příjmu potravy prokázaly svou účinnost takové programy, které zahrnují osobnostní a psychosociální podporu – zaměřují se na podporu zdravého sebevědomí a sebestíjety, práci se sociálním tlakem, strategie zvládnání zátěže, stresu a negativních emocí, podporu kritického myšlení a samostatného rozhodování, ukazují cestu z informačního labyrintu (pracují s médii; vyvrací mýty; u extrémních redukčních diet apelují spíše než na jejich nebezpečnost, na jejich prokázanou neúčinnost; učí, jak prověřovat informace a poznat spolehlivé zdroje).

Jako neúčinné se v preventivních programech jeví pouhé předávání informací o zdravotních rizicích (přesto nelze tato

rizika v prevenci podceňovat či onemocnění jakkoliv zlehčovat) bez výše zmiňované osobnostní a psychosociální podpory. Dokonce škodlivé u rizikových jedinců může být tzv. předávání negativních „receptů“ – sdělování, co všechno pacienti s anorexií a bulimií dělají pro to, aby si udrželi hmotnost nebo zhubli, vytváří spíše navody těm, kteří se o redukci hmotnosti snaží. Totéž platí o prezentaci šokujících příběhů nemocných. Úskalím mohou být také programy zaměřené na podporu zdravého životního stylu, je důležité nepodporovat přehnané přemýšlení o jídle (přílišné přemýšlení o jídle je právě součástí rizikového chování, nevhodné je, aby se žáci učili počítat kalorie), nespojovat jídlo se strachem a výčitkami, např. kvůli tzv. „zakázaným“ potravinám jako jsou sladkosti. Žadoucí naopak je podporovat jídelní a fyzickou aktivitu, která je dlouhodobě udržitelná. Celkově je tedy nutné pracovat s přiměřenou tělesnou aktivitou, zdravým sebevědomím, zdravým přístupem k sobě, vlastnímu tělu i jídlu a pití.

Dalším rizikem školních programů prevence poruch příjmu potravy je, že prevence i léčba poruch příjmu potravy často přitahují lidi, kteří mají v této oblasti sami problémy. Je pro ně jednodušší radit než změnit vlastní postoje. Vede-li program např. lektor s evidentní podváhou, může přispět spíše ke zvýšení touhy zhubnout (děti následují, co vidí), než k propagovanému vyváženému stravování (než k tomu, co slyší).

Sestavit kvalitní efektivní program primární prevence poruch příjmu potravy není jednoduchý úkol a vyžaduje multidisciplinární spolupráci odborníků. Ve svých projektech jsme zpracovali metodická doporučení pro učitele pro prevenci poruch příjmu potravy realizovanou ve školách, doporučujeme jim také vybírat

jako realizátory organizace s certifikací, certifikační standardy zohledňují efektivní principy primární prevence poruch příjmu potravy.

Vzhledem k výraznému utajování problémů spojených s PPP se stále hledají nové přístupy, jak rizikovou skupinu efektivně oslovit a podpořit ve včasném vyhledání péče a tím zvýšit šanci na uzdravení. Kromě nezbytných všeobecných primárně preventivních programů realizovaných ve škole pro celou třídu je nutné hledat cesty, jak podchytit právě ty, kteří se již chovají rizikově a své problémy často skrývají (zaměřením na rizikovou populaci se jedná o indikovanou primární prevenci). Dle řady zahraničních výzkumných studií prokázaly svou účinnost u této skupiny internetové programy. Jejich síla spočívá v tom, že dokáží oslovit i mimo školní lavice, a to v prostředí, které je mladým blízké, na internetu, na sociálních sítích. Internetové programy umožňují uživatelům zůstat v anonymitě, a přesto získat přístup k odborným službám a poradenství, což je důležité vzhledem k výraznému utajování problémů spojených s PPP.

V současnosti je nutné se prostředím internetu v prevenci zabývat. Jedná se o platformu, která patří k běžnému životu, již zdaleka nejen v oblasti hledání informací, jako tomu bylo v případě internetu konce 90. let. Probíhá zde podstatná část komunikace, prostřednictvím různých aplikací se zvyšuje míra interaktivity, a tedy atraktivita trávit v kybersprostoru stále více času. Řada blogů a stránek propaguje nezdravé postoje a chování (např. proanorektické stránky, neoborné blogy o „zdravé“ výživě, reklamní kampaně propagující neúčinné, ale často i nebezpečné redukční diety). V rizikové populaci, především u dospívajících, se patologické vzorce rychle šíří, stejně jako ve školní třídě, jen na sociálních sítích mohou oslovit

větší počet lidí, návštěvníci proanorektických stránek se ve svých postojích, hladověni, snaze o nereálnou postavu, a negativnímu vztahu k vlastnímu tělu, vzájemně podporují. Pro-anorektické stránky propagují postoj, kdy je mentální anorexie (často také spojená se sebepoškozováním) pojmána spíše jako jedna z forem životního stylu či životní filozofie než jako nemoc. Jedním z cílů internetových programů je nabídnout protiváhu v prostředí internetu, korigovat nepravdivé a nepřesné informace, nabídnout sociální platformu, kde je možné podporovat zdravé postoje k sobě, umožnit snadný přístup k profesionální pomoci.

ProYouth

Prvním projektem, na kterém jsme spolupracovali již od roku 2011 byl mezinárodní program ProYouth, kterého se účastnilo 7 evropských zemí. ProYouth cílil na rizikovou populaci středoškoláků a mladých dospělých. ProYouth lze charakterizovat jako prevenci a včasnou intervenci pomocí internetu. Vycházel z ověřeného modelu, který navrhla německá univerzita v Heidelebergu. Před spuštěním programu realizovala univerzita v Heidelebergu studii účinnosti, která potvrdila, že došlo ke snížení počtu klinických případů poruch příjmu potravy téměř o polovinu v experimentální skupině (6%), tedy skupině, která prošla programem a setrvala v programu ProYouth 3 měsíce, oproti skupině kontrolní (10%), která programem neprošla. V obou skupinách byli jedinci, kteří vykazovali mírné až středně závažné symptomy poruch příjmu potravy a rizikové chování s PPP související. Program sestával z online chatů s odborníky na léčbu poruch příjmu potravy, moderovaného diskuzního peer fóra a modulu monitoring s testy a zpětnovazebními dotazníky. Cílem bylo nejen předat informace, ale

především podpořit sebepřijetí a pozitivní postoje k sobě i jídelnímu chování a v indikovaných případech motivovat k vyhledání léčby. ProYouth využíval více-modulový přístup, každý návštěvník má jinou míru obtíží, je pro něj vhodná jiná podpora. Jednalo se o jeden z prvních internetových programů prevence a včasné intervenci poruch příjmu potravy v ČR.

Na ProYouth jsme navázali a rozšířili jej naším dalším projektem Healthy and Free. Centrum sociálních služeb Praha, oddělení Pražské centrum primární prevence bylo partnerem E-clinic, z.ú. a norské neziskové organizace ROS. Společně získaly v rámci Norských fondů 2015/2017 grant na vývoj tohoto programu (CZ11/MGS/039).

Cílovou skupinou Healthy and Free stejně jako u ProYouth jsou dospívající 15+ a dospělí v riziku, kteří mají mírné až středně závažné obtíže (mají obavy z přibírání, jsou nespokojeni se sebou a svou postavou, experimentují s dietami atd.) a také ti, kteří poruchami příjmu potravy trpí, jejich rodiče, blízcí, učitelé.

V České Republice jsme v projektu společně vytvořili:

- Webový portál www.healthyandfree.cz, který obsahuje odborné i populárně-naučné články, svépomocné manuály, informace o léčbě a kontakty, metodické materiály a postupy pro učitele a rodiče, na které jsme se v tomto projektu více zaměřili.
- Na stránkách interaktivní fotokomiks „Dívčí válka“ ze školního prostředí, který formou počítačové hry přibližuje svět nemocných, rozpoznání příznaků onemocnění, obsahuje jednoduché screeningové testy (test vnímání vlastní postavy, emoční jídlo, minihry – např. možnost vyzkoušet úpravy fotek modelek často tak podlišené od reality)

- Anonymní moderované diskuzní peer fórum.
- Platformu pro poradenské chaty, kde probíhá anonymní poradenství na chatech s klinickou psycholožkou se specializací na poruchy příjmu potravy.
- Oslovili jsme cílovou skupinu prostřednictvím neformálních kampaní na sociálních sítích (už v předchozím ProYouth se to ukázalo jako neefektivnější), prezentací na řadě odborných konferencích a navázáním kontaktu s metodiky prevence v pedagogicko-psychologických praxích na školách.

Norská organizace ROS měla svůj webový portál www.netrros.no již vytvořen a cílovou skupinu navázanu, v rámci projektu vytvořila aplikaci chatů, kde poskytovala anonymní poradenství.

Od spuštění webového portálu 1. 8. 2015 do 30. 4. 2017 (skončení grantové podpory) jsme zaznamenali 16 445 unikátních návštěvníků. Je to dokonce dvakrát více, než jsme v původním návrhu projektu předpokládali. Na diskuzním fóru, které je stále aktivní, je nyní přes 600 příspěvků, zodpovězených dotazů.

Mezi návštěvníky chatů a diskuzního fóra existují velké rozdíly, co do míry potíží – od rizikového chování po již rozvinutou klinickou formu poruchy příjmu potravy včetně psychiatrických komorbidit. Proto je zde nutná úzká spolupráce s klinickým pracovištěm. Pro zhruba třetinu klientů se jednalo o první kontakt s odbornou pomocí. Zpravidla bojovali s problémem již

několik let a z důvodu obav z vyhledání léčby, nedostatku informací, studu i strachu ze stigmatu psychiatrické diagnózy, dosud odbornou pomoc nevyhledali. Projekt jim tak formou anonymního chatu nabídl nízkoprahový přístup a dokázal oslovit tuto cílovou skupinu, tradičním způsobem neoslovenou. Jak v České republice, tak Norsku navštěvovaly většinou chaty a fórum ženy, zhruba v jedné desetině případů se jednalo o muže, otce, partnery, učitele, ale i o muže s poruchou příjmu potravy, zejména s problémem psychogenního přejídání. Diskuzní fórum, kde je možné položit dotaz, a všechny vytvořené materiály jsou k dispozici na www.healthyandfree.cz.

Pro učitele

V projektech jsme vytvořili Příručku pro pomáhající profese, především učitele, kteří jsou často v první linii mezi těmi, kdo u žáka zaznamenají rozvíjející se poruchu příjmu potravy. Učitel může být osobou, ke které žáci chovají důvěru, vnímají ho jako člověka, kterém se mohou svěřit se svým problémem a požádat ho o radu nebo pomoc. V příručce jsme připravili postupy pro praxi: co dělat, když jejich student/studentka trpí poruchou příjmu potravy, jak ve škole rozpoznat známky onemocnění, co je v kompetenci školy, jaké jsou možnosti spolupráce s rodinou a odborníky a další informace, se kterými se učitelé ve své praxi setkávají. Školy předchází rizikovému chování volbou preventivních programů, pro výběr programu je však nezbytné znát zásady efektivní prevence.

<https://www.youtube.com/watch?v=WbaYPVssJmM>, www.proyouth.eu

Healthy and Free, www.healthyandfree.cz

Nepozorní

V letech 2013–2015 jsme s 1. LF UK a Psychiatrickou klinikou VFN v Praze a E-clinic, z.ú. spolupracovali na projektu zaměřeném na pomoc lidem, kteří trpí ADHD v adolescenci a dospělosti. V rámci tohoto projektu vznikly materiály, které jsou volně dostupné na stránkách www.nepozorni.cz a www.prevence-praha.cz a mohou je využít jak sami adolescenti a dospělí s ADHD, tak učitelé.

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 označeno jako Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti) není sama o sobě rizikovým chováním, nicméně výzkumy ukazují, že predikuje v mnohonásobně vyšší míře náhylnost jedince (obzvláště, není-li u něj ADHD správně ošetřena) k různým typům rizikového chování – užívání návykových látek, rizikové chování v dopravě, poruchy příjmu potravy.

Donedávna panoval názor, že ADHD se týká převážně dětí, které z této poruchy až na výjimky „vyrostou“. Výsledky výzkumů a klinická praxe však ukazují, že ADHD přetrvává do adolescence a dospělosti ve většině případů, jen se projevuje jinými způsoby, což vyplývá i z definice ADHD jako neurovývojové poruchy. Zatímco hyperaktivita má tendenci slábnout, mnoho příznaků ADHD může přetrvávat a způsobovat neklid, problémy s organizováním pracovních a volnočasových aktivit, impulzivní chování a z něj vyplývající sociální a kariéerní problémy, v některých případech i zvýšené riziko kriminální činnosti. Dospělí s ADHD mívají problémy s udržení pozornosti, s plánováním pracovních i osobních úkolů, špatně odhadují čas a záležitosti související se zacházením s financemi. Mají tendenci odkládat povinnosti nebo nesprávně odhadnout svou výkonovou kapacitu. Mohou mít potíže dotahovat věci do konce, působí nespolehlivě, což v mnoha případech

vede k pracovnímu selhání, častému střídání zaměstnání a v důsledku k nezaměstnanosti. Dospělí s ADHD často trpí výkyvy nálad a bývají popudliví, snadno vzrušitelní a často selhávají zejména v dosahování vzdálenějších a náročnějších cílů. Tyto skutečnosti mnohým z nich způsobují kariéerní i vztahové problémy. V roce 2012 byl v Anglii proveden výzkum komisí složenou z odborníků na ADHD, byly srovnány dvě skupiny, celkem 629 dospělých s ADHD a 736 dospělých bez ADHD v kontrolní skupině. Horší výsledky u skupiny ADHD byly významně vyšší ve většině zkoumaných oblastí: práce, sociální vztahy, sebekontrola a nálada, dodržování pravidel, organizace a plánování, finanční potíže.

Zatímco u dětí v základní školní docházce je ADHD tématem již řadu let, u adolescentů a dospělých se v české republice stále jedná o relativně novou oblast, diagnostické, poradenské a terapeutické služby jsou tak jen velmi málo dostupné.

Nediagnostikovaná a neléčená ADHD vede ke značnému poškození a chronickému pocitu selhání. Sami lidé, kteří ADHD trpí, nebývají o poruše dostatečně informováni a často své neúspěchy přičítají svým negativním osobnostním vlastnostem. O podobných zkušenostech a nízké dostupnosti služeb na území ČR referovali i klienti pilotního programu Nepozorní, realizovaného na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, který byl první svého druhu v ČR.

Program sestával z psychodiagnostických vyšetření, podpůrného skupinového programu a trénování kognitivních funkcí.

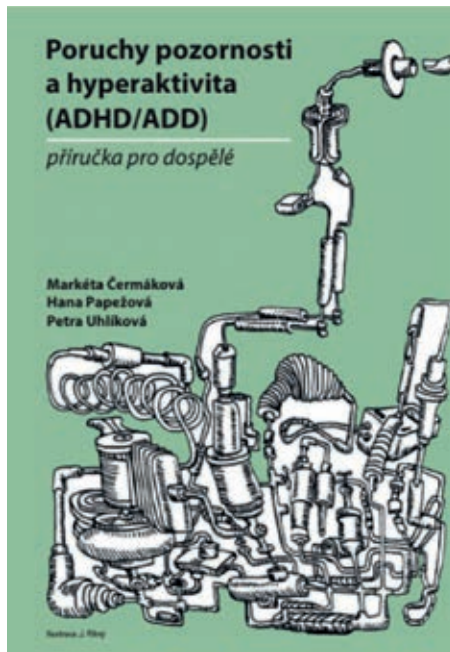
V rámci projektu vznikly informační a metodické materiály, které jsme v PCPP spoluvytvářeli.

Diagnostické vyšetření na ADHD v dospělosti, realizované na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, vyhledalo 80 %

klientů právě na základě těchto materiálů. Pro 40 % z nich se jednalo o první kontakt s odbornou péčí. Především díky výpovědi hlavních postav z dokumentárního filmu a přečtení informací v příručce, se rozhodli začít řešit své dlouhotrvající potíže, které snižovaly kvalitu jejich života a vyhledat odbornou pomoc, o které dříve neměli žádné informace. Pilotní projekt Nepozorní vznikl za finančního přispění Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky v letech 2013-2014 na 1. LF UK a VFN v Praze v rámci programu PR-VOUK P26/LF1/4a P03/LF1/9. V současné době program částečně pokračuje pod organizací E-clinic, z.ú a všechny materiály jsou k volnému využití na stránkách PCPP www.prevence-praha.cz a stránkách projektu www.nepozorni.cz

Brožura Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD) – Příručka pro dospělé (Čermáková, Papežová, Uhlíková).

Jedná se o populárně naučný text, který laikům vysvětluje příznaky ADHD v dospělosti, příčiny této poruchy, způsoby diagnostiky, možné komorbidity a zároveň předkládá možnosti kompenzace symptomů a možnosti odborné pomoci. Brožura vznikla ve spolupráci Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Pražského centra primární prevence, v autorském týmu Čermáková, Papežová, Uhlíková. Objasnění fungování a příznaků poruchy dává pacientům možnost sejmout ze sebe vinu za různá životní selhání, která ADHD často přináší jako důsledek. Brožura je k dispozici zdarma ke stažení na www.nepozorni.cz a na www.prevence-praha.cz, v tištěné podobě ji dostávají pacienti navštěvující pilotní program. Setkáváme se s velmi kladnými ohlasy. Brožura byla představena a šířena i mezi odbornou veřejnost na odborných konferencích a sympóziích.



Dokumentární film Nepozorní určený pro širokou veřejnost je volně k dispozici na YouTube (říjen 2017 18 000 shlédnutí). Ve filmu vystupují jak odborníci, tak sami lidé, kteří touto poruchou trpí. Velmi aktivně se zapojili klienti z prvního běhu skupinového programu. Sledujeme jejich výpovědi a životní zkušenosti, zkušenosti s léčbou a strategie zvládnání obtíží. Jedním z cílů filmu je přiblížit veřejnosti svět lidí, kteří trpí ADHD, jejich prožívání a chování, které může být pro jejich okolí často nepochopitelné. Rozšířením mezi veřejnost tak dokument přispívá k destigmatizaci psychických poruch a psychiatrie obecně, k časnému záchytu a vyhledání odborné pomoci.

Doba trvání 50 minut. Film je zdarma k dispozici na Youtube. Film natočil a vyrobil dokumentarista Pavel Jiráček (Lopolo AV Production) v úzké spolupráci a za odborné supervize pracovníků týmu

Nepozorní z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Centra sociálních služeb Praha, Pražského centra primární prevence.

www.youtube.com/watch?v=Wi_4Cg34RbA

Webové stránky www.nepozorni.cz

Stránky projektu, materiály ke stažení, jednoduchý screeningový test, informace o ADHD v dospělosti, možnosti diagnostiky, osvědčené metody terapie, kontakty na odbornou pomoc, svépomocné rady, knihovna s doporučenou literaturou.

Materiály pro pedagogy: [na www.prevence-praha.cz/adhd](http://www.prevence-praha.cz/adhd)

ADHD se nejčastěji začne projevovat v průběhu školní docházky. Na

základě této poruchy dítě často selhává v úkolech, které škola přináší, což má negativní dopad na jeho sebevědomí a sebepojetí. Z opakovaných selhání mohou vyrůst další potíže, rizikové chování či duševní onemocnění – depresivní stavy, úzkosti, poruchy příjmu potravy, závislosti, záškoláctví, kriminální chování atd. V rámci předcházení negativním jevům, které se mohou objevit na podkladě ADHD, zpracovalo Pražské centrum primární prevence (Mgr. et MgA. Čermáková) webový seriál krátkých textů o ADHD, kde se pedagogové mohou seznámit se symptomatikou a etiologií poruchy, dostane se jim ale i tipů, jak s žákem s touto poruchou pracovat tak, aby zažíval ve škole (a nejen tam) úspěch, získával zdravé sebevědomí a učil se ADHD zvládat.



Co je ADHD/ADD	Co můžete udělat	Diagnostika	Terapie

Klienti programu Nepozorní o školní docházce:

Alex (34): Ke konci ZŠ řekli na vyšetření v poradně rodičům, že mám maximálně na to se vyučit. Rodiče přesto pořád trvali na dokončení vysoké školy, vystudoval jsem práva. Byl to fakt nevhodně zvolený obor. Měl jsem vztek při učení, nevydržel jsem se dlouho soustředit, ale musel jsem školu dodělat. Právníka jsem nikdy nedělal. Děláním průvodce a tlumočnicka, komunikuju s lidma, jsem na volné noze, zároveň mi opakující se věci dávají určitou jistotu, ale i možnost improvizace. To je pro moji hyperaktivitu mnohem lepší, bylo by utrpení sedět nad papíry a studovat smlouvy. Potřebuju bejt s lidma, ale to je daný i mojí povahou, že jsem extrovert. Myslím, že je dobře, když si lidi najdou, co jim sedí a u ADHD obzvlášť, než se zbytečně trápit. Já jsem se o ADHD dozvěděl až později a teprve tehdy jsem zjistil, že nejsem míň inteligentní.

Broňa (34): Mám špatnou paměť na jména a čísla, chtěl bych taky zlepšit výkon v práci a dokončovat projekty. Umím je perfektně naplánovat a mluvit o nich, ale realizaci často odkládám nebo začnu zase dělat něco jiného. Ve škole jsem nedával pozor, byl jsem nejhorší student, ale stejně jsem šel na vysokou školu. Byl pro mě problém vysokou dokončit, mám jen bakaláře a už šest let se pokouším o magistra.

David (34): Vždycky se pro něco nadchnu, ale brzo mě to omrzí, u něčeho vydržím jen, když se k tomu hodně nutím, potom nedokážu rozlišit, jestli ten cíl vůbec stojí za to, musím ho dodělat za každou cenu.

Cyril (22): Studuji dva obory najednou na VŠ, je pro mě ale úplně zbytečné

sedět na přednášce, nic z toho nemám, prostě utíkám do denního snění a myslím na něco jiného, dívám se po okolí.

David (35): Ve škole jsem byl vždy zasněně dítě. Já jsem ale nedělal žádné problémy, nikdo si mě nevšímal, nejsem hyperaktivní. Zapomínám běžné věci, např. když jdu na nákup. Když si nedávám pozor, zapomenu na schůzky, musím se kontrolovat. Když mám velkou zátěž, můj mozek se prostě vypne, doktor mi to ukazoval na EEG.

Karel (42): Za ta léta jsem si na svou zapomnětlivost vytvořil systém, např. co musím udělat, než odejdu z bytu, abych na něco nezapomněl, co si vzít sebou. Připadám si jinej než ostatní už od dětství, běžné věci pro ostatní nejsou problémem, pro mě ano. Nemyslím si, že je to porucha, nepřipadám si poruchanej, prostě jsem takovej, je to moje osobnost, ale nevím, možná to porucha je, jen se mi to slovo nelíbí, můžu se naučit s tím žít, ale něco nezměním

Zuzana (21 let; ADD): Na základce jsem měla pořád poznámky, že vyrušuju při hodině, zapomínám úkoly, pořád mluvím nebo se směju. Měla jsem skoro samé jedničky a dvojky a potom najednou pětku, že nemám třeba domácí úkol nebo chodím pozdě, nemám upravený sešit, žákovská je otrhaná. Jde mi dobře, když se soustředím na nějaký projekt, to udělám perfektně, ale běžný režim ve škole pro mě byl těžký, sedět na hodinách, nevyrušovat, chodit včas, pořád všechno umět, mít srovnané, na vysoké je to lepší. Pomáhá mi, když je hodina interaktivní nebo máme samostatně jeden větší projekt, který můžu dělat.

Citujeme z brožurky „Čermáková, Papežová, Uhlíková: Poruchy pozornosti a hyperaktivita – příručka pro dospělé“





www.csspraha.cz

www.prevence-praha.cz