

TOXICKÝ STRES U KLIENTŮ S PORUCHAMI CHOVÁNÍ A EMOCÍ V ÚSTAVNÍ VÝCHOVĚ

Petr Kachlík¹

¹Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky, Poříčí 9/11, 603 00 Brno, Česká republika

Abstrakt

Běžná stresová reakce je účelné opatření směřující k přežití jedince a druhu. Probíhá jako nervové a hormonální přeladění, jež přechodně mění řadu klíčových funkcí organismu. Nadlimitní, často opakovaný či dlouhodobý stres mají však negativní vliv na všechny atributy lidského zdraví a mohou vyústit v závažnou, případně nezvratnou poruchu zdravotního stavu. U jedinců se zvýšenou úrovní skóre v testu ACE (Adverse Childhood Experiences, Nepříznivé zkušenosti v dětství) se vyskytují častější zdravotní problémy (oběhové, metabolické, duševní, imunitní), více inklinují k závislostnímu chování, dosahují horšího vzdělání a nižších pracovních pozic. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakou míru stresogenity vykazují klienti s poruchou chování a emocí v ústavní výchově a jak může toxický stres měnit jejich chování a reakce. Dílčí cíle šetření se vztahovaly k nejčastějším důvodům zařazení klientů se zvýšenou stresogenitou do ústavní výchovy a k rozdílům v chování klientů, kteří zažili silný toxický stres, a skupinou bez této zátěže. Hlavní výzkumná otázka byla zaměřena na podíl toxického stresu na ovlivňování a prohlubování poruch chování a emocí u klientů v ústavní výchově. Vedlejší výzkumné otázky byly soustředěny na souvislost rizikového chování závislostního typu a delikventní chování se zvýšenou mírou stresogenity a nejčastější důvody umístění osob se zvýšenou stresogenitou do ústavní výchovy. Design výzkumného šetření byl smíšený. V kvantitativní části bylo využito ACE testu (dotazníku přeloženého z anglického originálu), který obsahoval soubor 10 otázek zaměřených na různé rizikové formy chování. Při hodnocení odpovědí se bodový zisk pohyboval od 0 do 10 bodů, za rizikové byli pokládáni klienti se 3 a více body. Statistické testování rozdílů mezi skupinou klientů s nízkou a vysokou stresovou zátěží bylo provedeno pomocí programového balíku EpiInfo, byl aplikován chí-kvadrát test a Fisherův exaktní test. V rámci kvalitativní části byly sestaveny a analyzovány případové studie klientů. Výzkumný vzorek byl složen z 22 klientů ústavní výchovy – 7 dívek a 15 chlapců ve věku 14–18 let. Nábor participantů byl prováděn v zařízeních v Jihomoravském kraji, která klientům s poruchami chování a emocí umožňují pobyt v rámci ústavní výchovy. Získaná data byla pseudonymizována, po ukončení sběru anonymizována. Zařízení, klienti a jejich zákonní zástupci byli seznámeni s výzkumným projektem prostřednictvím textu informovaného souhlasu. Z výsledků vyplynulo, že ve skupině 22 klientů činil průměr úrovně toxického stresu 3,5 bodu, což je už možno vnímat jako rizikové skóre, které může vést k fyzickým, psychickým a sociálním problémům a může být spojeno se vznikem či prohlubováním poruch chování a emocí. Ve sledovaném souboru 14 klientů dosáhlo skóre 3 a vyššího (vyšší až

vysoká míra stresu), 8 nižšího než 3 (běžná či nízká míra stresu). Mezi klienty se zvýšenou stresogenitou vedly k umístění do ústavní výchovy především zanedbávání péče, záškoláctví a nerespektování autorit. U jedinců s nízkou mírou stresogenity se vyskytovalo především záškoláctví, nerespektování autorit a útěky. Skupina adolescentů se zvýšenou stresogenitou významně častěji inklinovala k závislostnímu chování oproti skupině bez této zátěže. V případě delikventního chování nebyl nalezen významný rozdíl. Ke zlepšení aktuální situace je třeba posílit prevenci rizikových forem chování, rozšířit síť nízkoprahových zařízení pro děti ze sociálně znevýhodněného prostředí, zaměřit se na problémové rodiny.

Klíčová slova: ACE test, klient, porucha chování a emocí, prevence, rizikové chování, toxický stres, ústavní výchova, výzkum, zdraví

Abstract

TOXIC STRESS IN CLIENTS WITH BEHAVIORAL AND EMOTIONAL DISORDERS IN INSTITUTIONAL EDUCATION

A common stress response is a purposeful measure aimed at the survival of the individual and the species. It takes place as a nervous and hormonal readjustment, which temporarily changes a number of organism's key functions. However, excessive, often repeated or long-term stress has a negative effect on all attributes of human health and can result in a serious or irreversible health condition. Individuals with an increased level of scores in the ACE test (Adverse Childhood Experiences) have more frequent health problems (circulatory, metabolic, mental, immune), are more prone to addictive behavior, achieve worse education and lower job positions. The main aim of the research was to find out what degree of stressogenicity is shown by clients with behavioral and emotional disorders in institutional education and how toxic stress can change their behavior and reactions. The sub-objectives related to the most common reasons for the inclusion of clients with increased stressogenicity in institutional education and to the differences in the behavior of clients who experienced strong toxic stress and the group without this burden. The main research question was focused on the share of toxic stress in influencing and deepening behavioral and emotional disorders in clients in institutional education. Secondary research questions were focused on the connection between risky behavior of the addictive type and delinquent behavior with an increased level of stressogenicity and the most common reasons for placing people with increased stressogenicity in institutional education. The design of the research investigation was mixed. In the quantitative part, the ACE test was used, which contained a set of 10 questions focused on various risky forms of behavior. When evaluating the answers, the point gain ranged from 0 to 10 points, clients with 3 or more points were considered risky. Statistical testing of differences between the group of clients with low and high stress load was performed using the software package EpiInfo, the chi-square test and Fisher's exact test were applied. In the qualitative part, client case studies were compiled and analyzed. The research sample consisted of 22 institutional education clients – 7 girls and 15 boys aged 14–18. The recruitment of participants was carried out in facilities in the South Moravian Region, which allow clients with behavioral and emotional disorders to stay in institutional education. The obtained data were pseudonymized, after the end of the collection they were anonymized. The facilities, clients and their legal representatives were informed about the research project through the text of the informed consent. The results showed that the average level of toxic stress in the group of 22 clients was 3.5 points, which can already be perceived as a risk score that can lead to physical, psychological and social problems and can be associated with the emergence or worsening of behavioral and emotional disorders. In the observed group, 14 clients achieved a score of 3 and above (high to high level of stress), 8 below 3 (normal or low level of stress). Among clients with increased stressogenicity, mainly neglect of care, truancy and disrespect for authority led to placement in institutional care. In individuals with a low level of stressogenicity, truancy, disrespect for authority and running away were the most common. A group of adolescents with increased stress is significantly more likely to engage in addictive behavior compared to a group

without this burden. No significant difference was found in the case of delinquent behavior. To improve the current situation, it is necessary to strengthen the prevention of risky behavior, expand the network of low-threshold facilities for children from socially disadvantaged backgrounds, and focus on problem families.

Keywords: ACE test, klient, behavioral and emotional disturbance, prevention, risky behavior, toxic stress, institutional care, research, health

ÚVOD

Poruchy chování a emocí (PCHE) jsou v současné době velmi diskutovaným tématem a jsou vnímány jako fenomén, který se vztahuje k obtížně zvladatelným dětem, příp. k dětem, jež rodiče doma nedokáží vychovat (Thompson, 2018).

Přesahují-li projevy dítěte dlouhodobě míru únosnou pro jeho výchovu a vzdělávání v kolektivu vrstevníků v běžné škole, je třeba kontaktovat jeho zákonné zástupce, zapojit do řešení poradenské pracoviště či zařízení, sestavit tým odborníků podle charakteru a tíže problému (Martínek a Kameníčková, 2008; Máteová, 2021; Thompson, 2018). Závažné případy, u nichž je v pozadí dynfunkční či zcela nefunkční rodinné zázemí, různé formy zneužívání, týrání a zanedbávání (syndrom CAN), asociální projevy chování, vyžadují různé dlouhé umístění dítěte do zařízení ústavní výchovy (Vaníčková, 2023). Řada klientů ústavní výchovy byla anamnesticky pozitivní na nadlimitní a chronicky působící stresory, jež u nich iniciovaly či zhoršily již přítomné PCHE (Greenberg, 2016; Svoboda, 2014).

1. CÍLE

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakou míru stresogenity mají klienti s PCHE v ústavní výchově a jak může toxický stres měnit jejich chování a reakce. Dílčí cíle šetření se vztahovaly k nejčastějším důvodům začlenění těchto osob do ústavní výchovy a k rozdílům v chování klientů, kteří zažili silný toxický stres, a skupinou bez této zátěže.

2. TEORETICKÝ RÁMEC

2.1 Stres

Stresová reakce nám pomáhá přizpůsobit se a přežít v měnících se podmínkách, v nichž se organismus nachází. Jde o komplexní odpověď na různé podněty a její hlavní funkcí je ochrana před nebezpečím. Celková stresová reakce aktivizuje různé tělní soustavy včetně imunitního systému (Greenberg, 2016; Rohleder, 2019).

Stres však nemusí být jen reakcí na negativní a vysloveně život ohrožující podněty. Rozdělujeme jej proto na dva primární typy, a to *distres* (patologický stres) a *eustres* (stres fyziologicky prospěšný). Dlouhodobá expozice organismu patologickému stresu může vyvolat poškození tkání a narušit správnou činnost řady orgánů. Podle délky trvání rozlišujeme *akutní stres*, který je náhlou reakcí na nečekanou a závažnou situaci následovanou vylučováním adrenalinu a kortisolu, poté uklidněním. Naproti tomu je *chronický stres* (dlouhodobá stresová reakce) doprovázený nejen zvýšenou úrovní stresových markerů, ale i změněnou činností některých orgánových soustav (Bryant, 2017; Lee, Kim a Choi, 2015).

Podněty spouštějící stresovou reakci označujeme jako *stresory*. Mohou pocházet z vnějšího nebo vnitřního prostředí, narušují homeostázu organismu a vedou k aktivaci stresové reakce. Jako stresor může někdy paradoxně působit i nedostatek podnětů (senzorická deprivace). Typ stresoru, jeho stupeň a význam určují u individua rozsah stresové reakce, jež je rovněž podmíněna vlivy genetickými, kulturními a výchovnými. Stresory lze podle typu členit na: (1) *fyzikální* (vystavení neadekvátní teplotě, záření, zvuku); (2) *chemické* (metabolické výkyvy, otravy); (3) *biologické* (akutní a chronická onemocnění, mikroorganismy); (4) *narušující kardiiovaskulární a metabolickou homeostázu* (neúměrná aktivita, námaha); (5) *psychologické* (spánková deprivace, emoční stres, pocity beznaděje); (6) *sociální* (domácí násilí, nezaměstnanost, konflikty s okolím); (7) *kulturní* (odlišnost jedince od majority, jiné vnímání společenským norem); a (8) *kombinované* (působení dvou a více zmíněných podnětů současně) (Mravec, 2011).

Stresory a jejich vliv se mohou měnit na základě životní etapy jedince. S osobností člověka jsou spjaty *vnitřní charakteristiky*, zejména genetické predispozice, pohlaví a věk. K *zevním vlivům* řadíme míru sociální podpory, socioekonomickou situaci, vlastnosti životního prostředí. V rámci zvládání stresových situací a jejich správného vyhodnocení hraje též roli *proces učení*, kdy jedinec odpozoruje vzorce chování, jak se lze ze zátěžové situace dostat a reagovat na stresové podněty. Osobnostní charak-

teristiky mohou tento proces ulehčovat či ztěžovat. Každý člověk tedy daný problém může vnímat z jiné perspektivy a jeho organismus může reagovat jinak (Bhargava a Trivedi, 2018; Mravec, 2011).

2.1.1 Zdravotní problémy související se stresem

Stres není pouze nepříjemným pocitem nebo dyskomfortem v určité životní situaci, ale ovlivňuje lidské zdraví v mnoha rovinách, vede k oslabování organismu, k jeho „křehnutí“. Bylo zjištěno, že imunitní systém jedince trpícího chronickým stresem reaguje častěji zánětlivě. Tyto změny však postupem času nemizí a hrozí vznik chronických nebo autoimunitních chorob (Morey a kol., 2015). V populaci existují jedinci, kteří reagují na stresové podněty přehnaně, nedokáží prožívat pocit klidu a pohody. Jsou označováni jako „hot reactors“ (Greenberg, 2016; Morales-Ballejo a kol., 1988). Pod vlivem dlouhodobého stresu pociťují chronickou agresi, příp. silnou úzkost, což vede k chronicky zvýšenému krevnímu tlaku a následně k srdeční příhodě. K dalším příznakům kromě hypertenze a psychické nepohody patří poruchy potravního chování, zažívání a vylučování (Greenberg, 2016).

Nadlimitní či chronický stres vážně narušují zdraví a mají výraznou souvislost s psychosomatikou. Jedná se o úzké propojení a rovnováhu duševní a fyzické stránky organismu. Stav vnitřní pohody je možné označit termínem *vnitřní homeostáza*. Při jejím porušení tělo reaguje varovnými signály, jež by se jedinec měl naučit vnímat, analyzovat a řešit jejich příčinu dříve, než se rozvine hlubší či trvalejší poškození zdraví (Marks, 2022). Podle Greenberga (2016) se stres podílí na tvorbě psychosomatických poruch nebo podporuje jejich rozvoj, příp. prohlubuje příznaky svědčící pro přítomnost těchto potíží.

K nejčastějším psychosomatickým problémům spojeným se stresem se řadí především: (1) *migrény* (silné záchvatovité a pulzující bolesti hlavy provázené nevolností, zvracením, světlo- a zvukoplachostí, změnami nálady); (2) *tenzní bolesti hlavy* (tlak v oblasti šíjové a čelní, napětí ve svalech krku a oblasti ramenní); (3) *alergie* (kvantitativně přemrštěné imunitní reakce); (4) *obezita* (špatná životospráva, záchvatovité přejídání, kompenzace stresu jídlem, ale rovněž jídlo jako stresor v případě vzniku poruch příjmu potravy – anorexie a bulimie); a (5) *posttraumatická stresová porucha* (vliv silného na osobu přímo působícího distresu nebo formování prostředím, v němž se vyskytoval; projevuje se nočními můrami, flashbacky,

úzkostí) (Blakeslee, 2014; Cohen a Sheeringa, 2009; Černý, 2013; Greenberg, 2016; Keller, 2008; Krejssek a Kopecký, 2004; Ošlejšková a Muchová, 2007; Patalay a Hardman, 2019; Sadock, Sadock a Ruiz, 2015; Wood, 2019).

2.1.2 Toxický stres

Stres, který vzniká na základě dlouhodobě zvýšené hormonální hladiny v krvi (chronický stres), je charakterizovaný především zvýšenými koncentracemi adrenalinu a kortisolu a označuje se jako *toxický*. Nervová soustava a především mozek jsou v raném věku velmi plastické. Mozek se přizpůsobuje okolí, přijímá z něj informace, které si dále dotváří a formuje. Podněty spojené s prožíváním negativních emocí a stresu se následně zpracovávají v limbické části mozku. *Limbický systém* se nachází v přední části mozku, je zodpovědný za emoční podněty, tvorbu emocí a chování (Nguyen, 2022; Rosenkranz, Venheim a Padival, 2010).

U dítěte dlouhodobě vystaveného nepříjemným životním situacím dochází ke změnám ve velikosti, tvaru a funkcích *amygdaly*. Jde o součást limbického systému, centrum emocí, párovou strukturu umístěnou ve střední části spánkového laloku zodpovědnou za emocionální paměť i hladinu stresových markerů v krvi. Chronický stres rovněž působí na další součást limbického systému, již je *hippocampus*. *Hippocampus* je důležitý při tvorbě spojení, vzniku podmíněných reflexů a mechanismů učení se. Informace z něj se rovněž odesílají do dlouhodobé paměti, jeho další důležitou rolí je spojování vzpomínek s prožitými událostmi a řešení problémů. Hippocampus přímo komunikuje a spolupracuje s amygdalou, která vzpomínky a situace emočně podkresluje, tedy vytváří emoční asociace s lidmi a zážitky (Tomášová a kol., 2012).

Hanson a kol. (2015) zjistili, že toxický stres prožitý v dětství ovlivňuje amygdalu a hippocampus tak, že sledované děti měly později ve svém životě diagnostikovány poruchy chování. Šlo zejména o děti, které zažívaly fyzické či jiné formy násilí, nebo o děti, které pocházely z rodin s nízkou socioekonomickou úrovní, děti ze sociálně vyloučených lokalit. Lze předpokládat, že dítě, které při domácí přípravě do školy zažívá stres, výsměch, psychické či fyzické násilí, je ve třídě pasivní, s nezájmem o učivo, nebo může trpět silným stresem a neklidem při písemném či ústním zkoušení. Není možné vyloučit, že tyto žáky neúspěchy ve škole natolik frustrují či deprimují, že se projevují neadekvátně situaci až agresivně vůči vrstevníkům nebo učitelům (Morsy a Rothstein, 2019).

Morsy a Rothstein (2019) uvádějí, že děti z nižších socioekonomických tříd mají větší pravděpodobnost, že zažijí silně stresující a traumatizující situace. Samotný příjem rodiny může u dětí způsobit silné stresové reakce. Děti z afroamerických komunit byly v životě méně úspěšné oproti dětem z majoritního prostředí. Děti zatížené chronickým stresem vykazovaly nižší míru akademického úspěchu, měly častější zdravotní problémy nebo poruchy chování spojené též s jinými psychiatrickými diagnózami jako např. úzkostnou poruchou či depresí oproti majoritní populaci.

Limbecký systém ovlivňuje též čelní mozkový lalok a prefrontální kůru, jeho poruchy mají dopad na emocionalitu a správnost rozhodování při reakcích na podněty. Jedinec nedokáže racionálně plánovat a rozvrhovat, může dojít ke změnám v jeho osobnosti. Například dítě, které nezažilo toxický stres, bude chtít při špatném výkonu ve škole vyčinit učitele, ale ví a uvědomuje si, že za takové chování mu hrozí potrestání. Proto své emoce ventiluje jiným nezavádným způsobem – postěžuje si spolužákům, svěří se učiteli s problémem. Dítě, jež toxický stres zažilo, bude na stejnou situaci pravděpodobně reagovat nepřiměřeně, např. slovně a vulgárně napadne učitele, nebo se po něm ožene, poněvadž nedokáže správně zpracovat informace z okolí (Radenbach a kol., 2015).

2.2 Poruchy chování a emocí

Poruchy chování a emocí mají obvykle počátek v dětství a během dospívání. Jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím asociálním, agresivním nebo vyzývavým chováním, jež může vážně narušit sociální požadavky úměrné věku. Jedná se tedy o závažnější projevy, než jakými je běžné dětské poštuchování, darebáctví nebo pubertální rebelie, které trvají alespoň 6 měsíců. Příkladem může být nadměrné zapojování jedince do rvaček a tyranizování, krutost vůči osobám a zvířatům, závažné poškozování majetku, žhářství, krádeže, opakované lhaní, záškoláctví a útoky z domova, extrémní výbuchy zlosti a neposlušnost. Poruchy chování mohou být také příznakem řady duševních onemocnění, proto je nezbytné provedení pečlivého vyšetření pacienta (APA, 2013).

Vlastní diagnostika je komplikovaným procesem. U poruch chování je třeba si uvědomit, že normu si vytváří každá společnost či subkultura sama. Co jedna komunita může pokládat za nepřijatelné, jiná naopak hodnotí jako žádoucí chování. Je třeba poukázat i na vliv náboženství, které rovněž určuje společenské normy. Vývoj chování a tvorba vhod-

ných kulturních norem jsou ovlivňovány společností, v níž osobnost žije a formuje se. Pokud se zevní vlivy spojí s vnitřními predispozicemi, je silně pravděpodobné, že vznikne porucha chování (Michaeli a Spiro, 2015).

Kaufman a Landrum (2017) popisují dynamiku vzniku poruch chování dle Bowera, stupně problémů a poruch, jež se od sebe liší intenzitou, reakcí na okolí nebo trváním. Podrobnosti jsou uvedeny v Tabulce I. K základním charakteristikám dětí s poruchami chování patří: (1) neschopnost učit se; (2) neschopnost navazovat uspokojivé sociální vztahy s vrstevníky a učiteli; (3) nepřiměřené chování a emoční reakce v běžných podmínkách; (4) celkový výrazný pocit nespokojenosti nebo deprese; a (5) tendence vyvolávat ve spojení se školními problémy příznaky, jakými jsou bolest a strach.

2.2.1 Agresivita

Každý člověk má v sobě určitou míru *agresivity*. Jde o vnitřní predispozici k agresi, o přirozený projev, který jedinci pomáhá přežít ve společnosti. Osoby s vysokou mírou agresivity se projevují jako urážlivé, impulzivní, vztahovačné, není s nimi jednoduché komunikovat. Společnost je často nálepkuje jako ohrožující nebo nebezpečné. Jako jednu skupinu příčin zvýšené agresivity lze zmínit *genetické predispozice*, pokud se jedinec chová extrémně agresivně, ale pochází z nepatologického rodinného prostředí a zbytek rodiny se chová normálně. Druhou skupinu tvoří *problémové společenské prostředí*, kdy je velká část rodinných příslušníků zvýšeně agresivních. V těchto případech ale není možno zcela vyloučit i společné genetické faktory (Martínek a Kameníčková, 2008).

V lidském mozku je oblastí kontrolující emoce, agresivitu a projevy frustrace především limbecký systém zastoupený amygdalou a hippocampem. Není sice možné přímo dokázat, že poškození těchto struktur může vést ke zvýšené agresi vůči okolí, přesto je zřejmé, že právě limbecký systém souvisí se zhoršeným vnímáním okolí a sebe sama. Jedinci s poškozením kůry čelního mozku reagují impulzivní agresi, jsou náladoví, neklidní, vztahovační a zvýšeně dráždiví. Obecně lze předpokládat, že děti s organickým poškozením mozku mají značné potíže s kontrolou agrese, častěji se u nich vyskytují patologické vzorce chování a v dospívání se mohou zapojovat do násilné trestné činnosti (Ackerman, 2018; Martínek a Kameníčková, 2008; Svoboda, 2014).

Dítě se po narození na rozdíl od mláďat řady jiných živočišných druhů nedokáže o sebe posta-

Tabulka I: Stádia poruch chování a jejich typické projevy

Vývoj poruchy chování	Typické projevy	Životní prostor
1. stádium	Jedinec svým chováním reaguje na problémy každodenního života.	Reakce jedince jsou primární a očekávatelné. Problémy v jeho chování jsou adekvátní věkovým specifikům a prostředí. Dokáže své reakce a emoce ovládat.
2. stádium	Jedinec svým chováním reaguje na krizové životní situace.	Chování dítěte v aktuální situaci je vysvětlitelné: (1) změnou jeho postavení v rodinném systému – např. narozením sourozence; (2) šokem – náhlým úmrtím klíčové osoby, blízké osoby; (3) dlouhodobou zátěží – náhlým znevýhodněním nebo nevyčísitelnou chorobou blízké osoby.
3. stádium	Jedinec se svým chováním vymyká očekáváním. Neadekvátně se přizpůsobuje změnám podmínek.	Problémy tohoto dítěte bývají často posilovány zevními faktory – změnou školy, stěhováním, střídáním učitelů.
4. stádium	U jedince se jedná o zafixované a opakované nežádoucí chování.	Dítě již vnímá negativní obraz sebe sama jako neměnný. Společně se zajištěním dobré školní docházky je možné dosáhnout pozitivních změn v jeho chování.
5. stádium	Zafixované a opakované nevhodné chování. Vzhledem k výrazným projevům je potřebná segregace, intenzivní intervence a rehabilitace.	Dítě již není možné vzdělávat v běžném školním prostředí. Jeho chování a intenzita problémů vyžadují vyčlenění z běžného prostředí a komplexní působení.

Zdroj: Kaufman a Landrum, 2017

rat, jeho potřeby musí sytit pečující osoba. Proto je optimální, když mezi dítětem a jí vznikne pevná a trvalá vazba nezbytná pro harmonický psychosociální vývoj osobnosti. Pokud děti vyrůstají v prostředí, kde jim hrozí nebezpečí, mohou se ve škole projevat jako nejisté, často agresivně reagující bez vážného důvodu, snažící se na sebe za každou cenu upozornit. Mají velké potíže se soustředit a zklidnit (Ackerman, 2018; Martínek a Kameníčková, 2008).

2.2.2 Agrese

Agrese je *vnějším projevem agresivity* namířeným vůči předmětům, jiným osobám, zvířatům nebo sobě samému. Rozeznáváme několik *typů agresorů*: (1) *hrubý, fyzický* – má fyzickou převahu nad obětí, často jde o dítě se sníženým sociálním citěním a intelektem v mezích mírné subnormy či pod ní, doma bývá necitlivým a tvrdým způsobem trestané, ponižované, znevažované; (2) *jemný, kultivovaný* – dítě se k dospělým lidem chová velmi slušně, je vždy ochotné pomoci, zastává v hierarchii třídy vysokou pozici, bez dozoru učitele začne tvrdě šikanovat, ale zprostředkovaně, za pomoci „spolužáků-vykonavatelů“, při odhalení zapírá, v jeho rodině

panuje neustálý dohled a tvrdá „kasárenská“ výchova; (3) *srandista* – s minimem zodpovědnosti a snahou o maximální ulehčení života, ubližování druhým je pro něj hrou, legrací, takto se i brání v případě odhalení, často pochází z volnomyšlenkářské rodiny s nejasnými výchovnými hranicemi, rodiče školu nevnímají jako partnera, ale jako nepřítele; (4) *spouštějící ekonomickou šikanu* – většinou dítě z materiálně nadstandardně situované rodiny, která „kastuje“ ostatní dle velikosti jejich majetku a považuje jej za výlučnou míru úspěchu (Martínek a Kameníčková, 2008; Svoboda, 2014).

Agrese namířená *vůči neživým předmětům* je jednou z nejrychlejších cest k uvolnění nepříjemných emočních reakcí. Lze sem zařadit ničení cizích věcí, vandalismus apod. Strůjci jsou často jedinci s nižším sebevědomím, kteří se neumějí mezi ostatními prosadit jiným a pozitivnějším způsobem. Ve školských zařízeních nebo v zařízeních náhradní rodinné péče se můžeme setkat s chovem nenáročných zvířat, např. drobných hlodavců, akvarijních rybiček a hmyzu. Agrese namířená *vůči zvířatům* (hrubé tahání za vodítko, škrcení, kopání, bití) je společensky neakceptovatelným chováním, jež zvířeti působí bolest, utrpení nebo distres, příp. úmrtí. Jde o vážné antisociální

chování, jehož nositeli je problémová mládež nebo děti z dysfunkčních rodin. Přibližně pětina dětí vyrůstajících v patologickém prostředí má zkušenost s ubližováním zvířatům. Tyto osoby se staly oběťmi fyzického či sexuálního zneužívání, svědky násilí vůči jednomu z rodičů, týrání zvířat rodiči nebo vrstevníky, šikanování, příp. samy šikanovaly. Vybíjení zlosti na slabším tvorovi může přejít v *ubližování slabším jedincům* ve společnosti, např. nejslabším spolužákům, seniorům, osobám s postižením, malým dětem. Lidé, kteří v dětství získali zkušenost s týráním zvířat, inklinují k tzv. *anetickému syndromu*, tzn. že nejsou schopni navazovat normální citové vztahy, nemají dostatek empatie a soucitu, jsou bezohlední a emočně ploší (Ascione, 1993; Martínek a Kameníčková, 2008).

V případě *autoagrese* jde o vybití agresivity vůči vlastní osobě, které může vést až k *sebevraždě* nebo pokusu či dokonané sebevraždě. Ve školním prostředí se setkáváme zejména se *sebeпоškozováním*, které má charakter: (1) *stereotypní autoagrese* – bez vazby na prostředí, neustále se opakující, většinou biologicky podmíněné, časté u dětí se sníženým intelektem; (2) *automutilace* – většinou izolovaných případů s vazbou na duševní poruchy typu mozkového poškození, intoxikace, zánětu, jednání pod vlivem bludů a halucinací; (3) *kompulzivní autoagrese* – viditelné zejména při zvýšené psychické zátěži; a (4) *impulzivní autoagrese* – záměrného poškozování organismu či jeho části bez vědomé sebevražděné motivace, způsobená bolest je ventilem sloužícím k uvolnění silného a nahromaděného psychického napětí (Martínek a Kameníčková, 2008).

2.2.3 Impulzivita

S agresí je úzce spojená *impulzivita a impulzivní chování*. Jde o sklon jednat náhle ze silného vnitřního popudu, bez adekvátního důvodu, jasného cíle a účelu, často neklidně, zlostně, podrážděně až agresivně. Impulzivita je jedním ze základních projevů *ADHD* (Attention Deficit and Hyperactivity Disorders), poruch pozornosti spojených s hyperaktivitou. Mnoho dětí či dospělých s diagnostikovaným syndromem *ADHD* jedná bezhlavě, bez nějakého racionálního důvodu, jak to v dané situaci cítí nejlépe. Podobné rysy můžeme nalézt i u osob s poruchami chování bez přidruženého syndromu *ADHD* (Bernedo a kol., 2014; Swann, 2009; Thompson a Stepney, 2017).

Korelací mezi zvýšenou impulzivitou a užíváním návykových látek, příp. behaviorálními závislostmi se zabývala řada studií. Bylo zjištěno, že když byl jedinec během svého života často nucen čelit zátě-

žovým situacím vyvolávajícím stresové reakce, více inklinoval ke zvýšené impulzivitě, která mohla vést k nějaké formě závislostního chování (na substancích, ale i činnostech) sloužící k uspokojení nepříjemného emočního stavu (McMullin a kol., 2021). V případě návykových látek se nemuselo jednat pouze o alkohol, ale i o jiné drogy. Zvýšená impulzivita zvyšovala pravděpodobnost vzniku a rozvoje závislosti na tabákových výrobcích (Lee, Hoppenbrouwers a Franken, 2019).

3. METODOLOGIE

Výzkumné šetření bylo realizováno formou *smíšeného designu*. V kvantitativní části studie bylo využito techniky *dotazníku*, jež umožňuje hromadně a rychle zjistit potřebné informace (Gavora a kol., 2010). Originál dotazníku pochází z anglofonního prostředí a nazývá se *ACE test* (Adverse Childhood Experiences), v překladu Nepříznivé zkušenosti v dětství. Jde o soubor 10 položek, které jsou zaměřeny na různé formy zneužívání/násilí (otázky 1–3), zanedbávání (otázky 4–5) a dysfunkčnosti rodiny (otázky 6–10), jež respondenti zažili během svého dětského věku. Za každou kladnou odpověď se započítává 1 bod. O vlivu toxického stresu je možné uvažovat v případě získání 3 a více bodů (CDC, 2021; Center, 2019; Petkaničová, 2023; Starcheski, 2015). Kvalitativní část studie byla reprezentována sestavením *případových studií* a jejich analýzou. Soustředili jsme se na hlubší pochopení významných životních momentů participantů a jejich vzájemné souvislosti (Pružínský, Mihalčová a Jeleňová, 2011). Statistická analýza dat kvantitativní povahy byla provedena pomocí softwarového balíku EpiInfo 6.02 en s využitím metody ANOVA, chí-kvadrát testu a Fisherova exaktního testu (Dean a kol., 1994).

Nábor participantů probíhal především v regionu jižní Moravy. Prostřednictvím e-mailu a telefonicky byla oslovena zařízení ústavní výchovy, po získání předběžného souhlasu vedení zařízení k realizaci šetření byli vybráni participanté s poruchami chování a emocí. Aby byla dodržena pravidla výzkumné etiky, bylo třeba zajistit informovaný souhlas zákonných zástupců, v případě nemožnosti od vedení zařízení, poněvadž šlo o nezletilé osoby. Participanté byli srozumitelně seznámeni s účely a průběhem šetření a mohli svou účast v něm kdykoli odvolat. Každé osobě byl přidělen specifický kód, pod nímž byly shromažďovány sebrané údaje (pseudonymizace), které byly bezpečně uloženy v zaheslované složce v počítači s autentizovaným přístupem. Po skončení analýzy byla data anonymizována a převodní

tabulka smazána. Výzkumný vzorek byl zastoupen 7 dívkami a 15 chlapci ve věku mezi 14–18 lety s poruchami chování a emocí umístěnými do ústavního diagnostického zařízení na základě zákona 109/2002 Sb. (Zákon, 2002).

Hlavní výzkumná otázka byla zaměřena na podíl toxického stresu při prohlubování PCHE a ovlivňování chování klientů v ústavní výchově. Prostřednictvím první vedlejší výzkumné otázky jsme se dotazovali, zda existuje vyšší riziko závislostního chování u dětí se zvýšenou stresogenitou, prostřednictvím druhé, zda se u téže skupiny vyskytuje vyšší riziko kriminality či delikvence, a třetí, jaké jsou nejčastější důvody umístění dětí se zvýšenou stresogenitou do ústavní výchovy.

4. VÝSLEDKY

Při hodnocení skóre dosaženého v ACE testu (ACE skóre, Tabulka II) jsme zjistili, že jeho průměrná hodnota v celém souboru dosahuje 3,55 bodu se směrodatnou odchylkou 2,10. Soubor jsme rozdělili na participanty s kratší dobou pobytu (K1–K10) v ústavním zařízení (do 4 měsíců), u nichž ACE skóre dosahovalo 2,80 bodu se směrodatnou odchylkou 1,48, a participanty (D1–D12) s delší dobou pobytu (4 měsíce a více), u nichž hodnota ACE skóre činila 4,17 bodu se směrodatnou odchylkou 2,48. Při testování rozdílů v ACE skóre mezi oběma skupinami nebyl nalezen statisticky významný rozdíl (ANOVA, $p=0,14$).

Při hledání dopovědi na první vedlejší výzkumnou otázku jsme zjišťovali, kteří z participantů a s jakou frekvencí se setkali s návykovými látkami a činnostmi, jež mohou vést k závislosti, příp. zda již u nich byla závislost diagnostikována. Z Tabulky III vyplývá, že tento znak je častěji pozitivní u skupiny s ACE skóre 3 a vyšším. Mezi skupinou s hodnotou ACE skóre nižší než 3 a skupinou s hodnotou ACE skóre 3 a vyšší byl i přes malý počet osob nalezen statisticky významný rozdíl na hladině 5 % ($\chi^2=6,60$, $p=0,0101$). Jedinci ve vzorku, kteří byli exponováni toxickému stresu, častěji a intenzivněji inklinují k problémům typu návykového chování a riskování. Nejčastěji jsou konzumovány různé formy tabáku (cigarety, žvýkáci a šňupací tabák), následují alkoholické nápoje, konopné drogy, stimulanty, závislost na jídle, hazardní hraní na automatech.

Druhá vedlejší výzkumná otázka se týkala hledání rozdílu mezi skupinou s nižším a vyšším ACE skóre v oblasti pravděpodobnosti výskytu vybraných forem asociálního chování. Řada jedinců pobývajících v ústavní výchově se již setkala s trestnou činností jednak jako aktéři, jednak jako pasivní přihlížejíci, což se dle Tabulky 3 odrazilo v četnosti pozitivitu výskytu těchto negativních vzorců chování (agresivita, krádeže). Při analýze však mezi skupinami v tomto znaku nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl, i když je v řadě případů v tabulce naznačen ($\chi^2=2,93$, $p=0,0868$) a větší rozsah vzorku by napomohl jeho vizualizaci.

Tabulka II: Skóre dosažené v ACE testu a délka pobytu participantů

Participant (D – s dlouhodobým pobytem, K – s krátkodobým pobytem)	Hodnota ACE skóre při krátkodobém pobytu (do 4 měsíců)	Hodnota ACE skóre při dlouhodobém pobytu (4 měsíce a více)
K1/D1	4	8
K2/D2	3	5
K3/D3	3	4
K4/D4	1	8
K5/D5	4	1
K6/D6	5	4
K7/D7	1	6
K8/D8	2	2
K9/D9	1	1
K10/D10	4	3
D11	-	6
D12	-	2

Tabulka III: Vyjádření zastoupení sledovaných znaků dle míry stresogenity v souboru (hodnoty ACE skóre)

Sledovaný znak (+ značí u osoby pozitivitu)	ACE skóre nižší než 3 (n=8)	ACE skóre 3 a vyšší (n=14)
Dysfunkční rodina	+++++	+++++
Riziko závislosti	++	+++++
Agresivita, problém s autoritami	+++++	+++++
Depresivita, emoční deprivace	+	++++
Zanedbání péče	+++	+++++
Útěky, lhaní, potulka, krádeže	++	+++++
Vyhrožování, vulgarismy	+	+++
Sebepoškozování, oběť šikany, CAN	+++	+++++
Záškoláctví	+++++	+++++
Závadová vrstevnická skupina	++	+++

Tabulka IV: Vyjádření zastoupení sledovaných znaků dle délky pobytu v ústavním zařízení

Sledovaný znak (+ značí u osoby pozitivitu)	Pobyt trvající mén jak 4 měsíce (n=10)	Pobyt trvající 4 měsíce a déle (n=12)
Dysfunkční rodina	+++++	+++++
Riziko závislosti	++++	+++++
Agresivita, problém s autoritami	+++++	+++++
Depresivita, emoční deprivace	+	++++
Zanedbání péče	+++++	+++++
Útěky, lhaní, potulka, krádeže	++++	+++++
Vyhrožování, vulgarismy	++	+++
Sebepoškozování, oběť šikany, CAN	+++	+++++
Záškoláctví	+++++	+++++
Závadová vrstevnická skupina	++	+++

Pomocí třetí vedlejší výzkumné otázky jsme zjišťovali, jaké jsou nejčastější důvody vedoucí k umístění dětí do ústavní výchovy, viz Tabulka III. U dětí se zvýšenou úrovní toxického stresu a vyšším ACE skóre se jednalo především o agresivitu, nerespektování autorit, zanedbání péče, rizikové závislostní chování, záškoláctví a útěky z domova. U dětí s nižší úrovní ACE skóre byly vedoucími důvody nerespektování autorit a agresivita, následovalo záškoláctví a útěky. U skupiny s vyšší úrovní ACE skóre jasně převažovalo dysfunkční rodinné prostředí.

Jiné třídění získaných dat je uvedeno v Tabulce IV, a to podle délky pobytu participantů v ústavním zařízení. Zřejmá pozitivita některých znaků (dysfunkčnost rodiny, riziko závislosti, agresivita, problémy s autoritami, emoční poruchy, zanedbání péče, účelové vzorce chování, dítě jako oběť a záškoláctví) patrná z Tabulky 3 je redukována. U skupiny s delším pobytem převažuje vyšší četnost zejména u dysfunkce rodiny, agresivity, problémů s autoritami a záškoláctví.

Ze zjištěných poznatků vyplývá, že toxický stres je jedním z klíčových faktorů při setkání s návy-

kovými látkami nebo chováním. Rovněž narušené či nefunkční rodinné prostředí a zanedbání péče mohou vést k výskytu či prohloubení poruch chování a emocí. Při vyšší úrovni ACE skóre se ve sledovaném vzorku častěji vyskytovaly psychické poruchy, děti se stávaly oběťmi šikany či týrání, zneužívání a zanedbávání v rámci syndromu CAN, ev. byly samy strůjci šikany vůči vrstevníkům.

5. DISKUZE

Při hodnocení úrovně stresové zátěže pomocí ACE testu bylo diskutováno, zda je možné uvažovat o toxickém stresu při pozitivitě alespoň 3 nebo 4 odpovědí z 10. Z dlouhodobých studií vyplynulo, že pozitivitu alespoň 3 odpovědí je u respondenta již možno vyhodnotit jako toxický stres (Center, 2019; Starecheski, 2015). Jedinci se skóre 3 a vyšším mají statisticky vyšší pravděpodobnost, že se u nich objeví poruchy zdraví, a to jak fyzického, tak psychického charakteru. Podle současného stavu poznání lze tvrdit, že i psychické poruchy mohou hrát významnou roli při PCHE (CDC, 2021; Stop, 2022). Na vyšší míře stresogenity se též odrazila pandemie onemocnění Covid-19 (OECD, 2021).

Vaníčková (2023) upozorňuje, že jedním z podstatných důvodů, proč k nejčastějším problémům u dětí a mládeže se zvýšenou úrovní toxického stresu patří nerespektování autorit, je zanedbávání péče. Při něm dochází nejen k nerespektování základních potřeb dítěte, ale rovněž k poškození jeho vývoje, ohrožení zdraví a někdy i života. Zanedbávání může být zároveň doprovázeno týráním nebo zneužíváním, ale oproti nim je nejméně viditelné.

Mnoho dětí se zvýšenou stresogenitou experimentuje s návykovými látkami či chováním, jež mohou vést k závislosti, pokud již u nich není rozvinutá. Podle amerického The Lakehouse Recovery Center zaměřeného na rekonvalescenci při drogové nebo jiné závislosti jsou závislost, ale i experimentování mnohdy přímo spojovány s PCHE – mezi nejčastější patří agrese, lži, manipulace a emoční problémy (The Lakehouse, 2019).

Realizovaný výzkum je limitován především malým rozsahem vzorku a nenáhodností jeho výběru. Poněvadž jde o šetření ve velmi specifickém populačním segmentu, není snadné do zařízení ústavní výchovy proniknout a získat osoby ochotné ke spolupráci. Navíc jsou participanté nezletilí, takže je nezbytně nutné v rámci výzkumné etiky dodržovat platné normy k ochraně osobních dalších dat a směrnici GDPR, tzn. respondenty srozumitelně seznámit s cíli a průběhem studie a získat informovaný souhlas jejich zákonných

zástupců, příp. vedení ústavního zařízení. Rozsáhlejší vzorek by mohl být osloven pomocí multicentrické studie v obdobně profilovaných zařízeních se zařazením klientů s diagnostikovanou PCHE pobývajících v ústavní výchově v celé republice či alespoň v několika krajích. Získaná data by dovolovala ověřit některé trendy, jež jsou v aktuálním malém vzorku pouze naznačené (např. souvislost vyšší úrovně stresogenity a výskytu asociálního chování).

K pedagogickým doporučením mírnícím nepříznivou situaci u dětí s PCHE patří zlepšení povědomí o rizikových vzorcích chování na základních a středních školách. Programy primární prevence probíhají v různých výchovně-vzdělávacích institucích. Jde o nástroje, resp. strategické plány k dosažení stanovených cílů pomocí preventivních aktivit v jasně vymezené cílové skupině, kdy jsou dána konkrétní témata, harmonogram a úkoly. S preventivním působením je třeba začít již od útlého věku a podchytit především mládež ze skupin ohrožených nepříznivou sociální situací. Nezbytná je práce s rodinami a širším okolím klientů, pozitivní motivace k žádoucím formám chování, zažití úspěchu a přiměřené formy odměňování (Máteová, 2021; Společnost, 2023).

Velmi užitečná a potřebná jsou nízkoprahová zařízení, jež dovolují návštěvu dětí a mládeže s PCHE a dalšími potížemi bez vysokých selekčních mantinelů. Tato centra začala v ČR fungovat od konce 90. let 20. stol., v současnosti je jich zřízeno více než 250. Schéma, jak by nízkoprahová centra měla pracovat, je uvedeno v projektu *Vize NZDM 2030*. Jeho součástí je časnější a aktivnější zapojení zařízení OSPOD do řešení problémů dětí, mladistvých a jejich rodin, mezioborový tým sestavený podle potřeb klienta, vzájemná spolupráce (vedení zařízení, pedagog, speciální pedagog, psycholog, metodik prevence, výchovný poradce, pediatr, psychiatr, adiktolog, kriminalista, právník, sociální pracovník, ...) a snaha o proinkluzivní přístup. Nízkoprahové centrum může svým klientům nabídnout depistáž, monitoring, terénní a kontaktní práci, navázání vztahu, důvěru, respekt, dostupnost. Jeho aktivisté se pohybuje v komunitách, kde se vyskytují cílové skupiny, realizují situační intervenci, sociálně terapeutickou činnost, kariérní poradenství nebo preventivní programy (Česká, 2023).

Jednu z neúčinnějších činností představuje *depistáž*, tedy cílené vyhledávání dětí v rizikových skupinách, jež však mj. záleží na úrovni vzdělání jedinců v pomáhajících profesích (sociálních pracovníků, speciálních a sociálních pedagogů) a též na výchovně-vzdělávacích institucích (Česká, 2023; Společnost, 2023).

ZÁVĚR

Z realizovaného výzkumného šetření vyplynulo, že ve sledovaném vzorku byla zaznamenáno vyšší skóre v ACE testu, tedy vyšší úroveň toxického stresu, která je již vnímána vůči zdravotnímu stavu jedince jako riziková, ovlivňuje jeho vývoj a následnou adaptaci na prostředí a zátěžové životní situace. S ní spojený negativní zásah do fyzické, psychické a sociální složky zdraví je uznáván jako příčinný faktor generující či prohlubující poruchy chování a emocí.

K nejčastějším důvodům umístění klientů do ústavní výchovy patřilo zanedbání péče, nerespektování autorit, záškoláctví a útěky. Zanedbání péče se ukázalo jako vedoucí důvod u jedinců s vyšší úrovní toxického stresu. Děti se zvýšenou mírou stresogenity významně více inklinují k experimentům s návykovými látkami a chováním, mají vyšší riziko závislosti oproti skupině s nižší stresovou zátěží. S tím souvisí vznik a prohlubování potíží v sociální adaptaci, chování a emocích. Nepotvrdila se však hypotéza, že podobný vztah existuje mezi těmito skupinami v oblasti výskytu asociálních forem chování, jakými jsou delikvence a krádeže.

Ke zlepšení současné situace v oblasti poruch chování a emocí u dětí a mládeže se zvýšenou mírou stresogenity je vhodné posílení depistáže, monitoringu, prevence a řešení sociálně nežádoucích jevů prostřednictvím nízkoprahových zařízení, jež se zabývají především populačními skupinami pocházejícími z nepříznivého sociálního prostředí. Jde zejména o dysfunkční či afunkční rodinné zázemí, komunity, v nichž se vyskytuje chudoba, zneužívání návykových látek, sy. CAN a další rizikové vzorce chování, jež se negativně odrážejí na zdraví a chování dětí.

LITERATURA

- Ackerman, C. E., MA. (2018). *What is Attachment Theory? Bowlby's 4 Stages Explained*. Dostupné z: <https://positivepsychology.com/attachment-theory/>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Ed. Washington: American Psychiatric Press.
- Ascione, F.R. (1993). Children Who Are Cruel to Animals: A Review of Research and Implications for Developmental Psychopathology. *Anthrozoos*, 6(4), 226–247.
- Bernedo, I. M., et al. (2014). Foster children's Behavior Problems and Impulsivity in the Family and School Context. *Children and Youth Services Review*, 42, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.022>
- Bhargava, D., & Trivedi, H. (2018). A Study of Causes of Stress and Stress Management Among Youth. *IRA-International Journal of Management & Social Sciences*, 11(3), 108–117. <https://doi.org/10.21013/jmss.v11.n3.p1>
- Blakeslee, J.A. (2014). *Childhood Obesity. A TOPSS Problem-Focused Unit*. Dostupné z: <https://www.apa.org/ed/precollege/topss/lessons/childhood-obesity.pdf>
- Bryant, R.A. (2017). Acute Stress Disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 127–131. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.01.005>
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2019). *Take the ACE Quiz – And Learn What It Does and Doesn't Mean*. Dostupné z: <https://developingchild.harvard.edu/media-coverage/take-the-ace-quiz-and-learn-what-it-does-and-doesnt-mean/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Preventing Adverse Childhood Experiences*. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/aces/index.html>
- Cohen, J. A., & Scheeringa, M.S. (2009). Post-traumatic Stress Disorder Diagnosis in Children: Challenges and Promises. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 91–99. <https://doi.org/10.31887/dcns.2009.11.1/jacohen>
- Černý, M. (2013). *Bolesti hlavy v dětském věku (od cervikalgii k migréně)*. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/>. http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/21/49-bolest_hlavy.pdf
- Česká asociace streetwork, z.s. (2023) *Vize NZDM 2030*. Dostupné z: <https://www.streetwork.cz/stranka/3281/vize-nzdm-2030>
- Dean, A.G., et al. (1994). *The Epi Info Manual: Version 6.02. A Word Processing, Database and Statistics System for Public Health on IBM-compatible Microcomputers*. London: Brixton Books.
- Gavora, P., et al. (2010) *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. Dostupné z: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>
- Greenberg, J. (2016). *Comprehensive Stress Management*. 15th Ed. New York: McGraw-Hill Education.

- Hanson, J.L., et al. (2015). Behavioral Problems After Early Life Stress: Contributions of the Hippocampus and Amygdala. *Biological Psychiatry*, 77(4), 314–323. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.04.020>
- Kauffman, J.M., & Landrum, T.J. (2017). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*. 9th Ed. Boston: Pearson/Merrill.
- Keller, O. (2008). Tenzní bolesti hlavy. *Interní medicína*, 10(11), 520–521. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2008/11/08.pdf>
- Krejsek, J., & Kopecký, O. (2004). *Klinická imunologie*. Hradec Králové: NUCLEUS HK.
- Lee, D.W., Kim, E.J., & Choi, M.H. (2015). Technical and Clinical Aspects of Cortisol as a Biochemical Marker of Chronic Stress. *Journal of Biochemistry and Molecular Biology*, 48(4), 209–216. <https://doi.org/10.5483/bmbrep.2015.48.4.275>
- Lee, R.S., Hoppenbrouwers, S.S., & Franken, I.H. (2019). A Systematic Meta-Review of Impulsivity and Compulsivity in Addictive Behaviors. *Neuropsychology Review*, 29(1), 14–26. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09402-x>
- Marks, D. I. (2022). Psychological Homeostasis and Protective Behaviours in the COVID-19 Pandemic. *Journal of Health Psychology*, 27(6), 1275–1287. <https://doi.org/10.1177/13591053221084858>
- Martínek, Z., & Kameníčková, P. (2008). *Agrese a agresivita u dětí a mládeže*. Praha: Národní institut pro další vzdělávání.
- Máteová, L. (2021). *Preventívne programy využívané v ZŠ*. Dostupné z: <https://www.portalskolskejpsychologie.sk/preventivne-programy-vyuzivane-v-zs/>
- McMullin, S.D., et al. (2021). Cumulative Lifetime Stress Exposure Predicts Greater Impulsivity and Addictive Behaviors. *Journal of Health Psychology*, 26(14), 2921–2936. <https://doi.org/10.1177/1359105320937055>
- Michaeli, M., & Spiro, D. (2015). Norm Conformity Across Societies. *Journal of Public Economics*, 132, 51–65. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2015.09.003>
- Morales-Ballejo, H., et al. (1988). Psychophysiologic Stress Testing as a Predictor of Mean Daily Blood Pressure. *American Heart Journal*, 116(2), 673–681. [https://doi.org/10.1016/0002-8703\(88\)90568-6](https://doi.org/10.1016/0002-8703(88)90568-6)
- Morey, J.N., et al. (2015). Current Directions in Stress and Human Immune Function. *Current Opinion in Psychology*, 5, 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.007>
- Morsy, L., & Rothstein, R. (2019). Toxic Stress and Children's Outcomes: African American Children Growing up Poor are at Greater Risk of Disrupted Physiological Functioning and Depressed Academic Achievement. Washington: Economic Policy Institute. Dostupné z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED598149.pdf>
- Mravec, B. (2011). *Stres a adaptácia*. Bratislava: SAP.
- Nguyen, J. (2022). *What Is Toxic Stress?* Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/toxic-stress-signs-symptoms-effects-stress-relief-tips-6504391>
- OECD (2021). *COVID-19 and Well-being: Life in the Pandemic*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/1e1ecb53-en>
- Ošlejšková, H., & Muchová, M. (2007). Migréna v dětském věku. *Neurologia pre prax*, 3, 161–164. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/6ba6f27e3587e18d82673a7246875150.pdf>
- Patalay, P., & Hardman, C. A. (2019). Comorbidity, Codevelopment, and Temporal Associations Between Body Mass Index and Internalizing Symptoms From Early Childhood to Adolescence. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 721–729. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0169>
- Petkaničová, A. (2023). *Stresogenita u jedincov s poruchami správania v ústavnej starostlivosti* (Bakalářská práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Pružínský, M., Mihalčová, B., & Jeleňová, I. (2011). Veda, výskum, vedecké metódy a ich aplikácia. In Exnarová, A., & Pavlíček, A. (Eds.), *Systémové přístupy 11. Systémové myšlení jako změna paradigmatu* (88–97). Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze.
- Radenbach, C., et al. (2015). The Interaction of Acute and Chronic Stress Impairs Model-based Behavioral Control. *Psychoneuroendocrinology*, 53, 268–280. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.12.017>
- Rohleder, N. (2019). Stress and Inflammation – The need to Address the Gap in the Transition between Acute and Chronic Stress Effects. *Psychoneuroendocrinology*, 105, 164–171. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.02.021>
- Rosenkranz, J.A., Venheim, E.R., & Padival, M. (2010). Chronic Stress Causes Amygdala Hyperexcitability in Rodents. *Biological Psychiatry*, 67(12), 1128–1136. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.02.008>
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Společnost Podané ruce. (2023). *Centrum prevence v Brně*. Dostupné z: <https://podaneruce.cz/centra-sluzby/primarni-prevence/>
- Starecheski, L. (2015). *Take The ACE Quiz — And Learn What It Does And Doesn't Mean*. Dostupné z: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2015/03/02/387007941/take-the-ace-quiz-and-learn-what-it-does-and-doesnt-mean>
- Stop Abuse Campaign. (2022). *What does your ACE Score Mean?* Dostupné z: <https://stopabusecampaign.org/take-your-ace/what-does-your-ace-score-mean/>
- Svoboda, J. (2014). *Agrese a agresivita v předškolním a mladším školním věku*. Praha: Portál.
- Swann, J. (2009). Learning: An evolutionary analysis. *Educational Philosophy and Theory*, 41(3), 256–269. <https://doi.org/10.1111/j.1469-5812.2007.00410.x>
- The Lakehouse Recovery Center. (2022). *Drug and Alcohol Rehab - Lakehouse Recovery Center*. Dostupné z: <https://lakehouserecoverycenter.com/>
- Thompson, A.M. (2018). *Mé dítě má ADHD: jak s ním přežít*. Praha: Portál.
- Thompson, N., & Stepney, P. (2017). *Social Work Theory and Methods: The Essentials*. New York: Routledge.
- Tomášová, L., et al. (2012). Úlohy amygdaly pri psychických ochoreniach. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 19(3), 26–30. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-4-2012/ppp3-2012-cla5.pdf>
- Vaníčková, H. (2023) *Zanedbávání péče o dítě*. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/zanedbavani-pece-o-dite>
- Wood, S. (2019). *Obesity and emotional problems develop together as children age, study show*. Dostupné z: <https://news.liverpool.ac.uk/2019/04/29/obesity-and-emotional-problems-develop-together-as-children-age-study-shows/>
- Zákon č. 109/2002 Sb., Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. (2002). *Sbírka zákonů ČR*, částka 48, s. 2978–2992. Praha: MV ČR. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3867>