

# Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents:

Sedláčková, S.<sup>1,2</sup>, Hamplová, L.<sup>3</sup>, Veselý, Z.<sup>4</sup>, Dobrinič, K.<sup>5</sup>, Mládková, P.<sup>2</sup>

1 | University of Defence, Faculty of Military Health Sciences, Hradec Králové, Czech Republic

2 | Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents, Family Centre for Psychosocial Services and Clinical Addictology, Prague, Czech Republic

3 | Medical College, Prague, Czech Republic

4 | DROP IN Substitution Programme Centre, Prague, Czech Republic

5 | Central Bohemia Regional Pedagogical and Psychological

Citation | Sedláčková, S., Hamplová, L., Veselý, Z., Dobrinič, K., Mládková, P. (2018). Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 236–245.

**Summary** | The article addresses the mode of operation of the Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents, which will become a part of the Family Centre for Psychosocial Services and Clinical Addictology starting from 1 January 2019. This facility will pursue preventive and social medicine, with addictology playing an important role. It discusses the screening examinations of children who were exposed to drugs during pregnancy and underlines the importance of early intervention. The need for addictologists to work with other professions is pointed out, given the key relevance of this developmental period in terms of both child psychology and addictology. In addition to addictologists, child psychologists and

psychiatrists and social workers should be involved in the screening procedures. With schoolchildren, a distinction should be drawn between an examination conducted by school psychologists and clinical ones. The emerging possibilities of addictologists' liaison with other experts in individual work with children in the outpatient facility are outlined. The importance of cooperation with paediatricians and other specialists and practitioners providing services for children and adolescents is noted. It is essential to point out the possible risks which can result in a child becoming disadvantaged and inclined towards risky behaviour. The clinic also deals with developmental disorders. The findings summarise frontline work which was not primarily

**Keywords** | Outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents – Anamnesis – Centre for the family – drugs – screening

Submitted | 30 August 2018

Accepted | 29 October 2018

Grant support | The article was made possible thanks to the GCDPC Grant No. A-64-16, institutional support programme Progres No. Q06/LF1, and Project No. LO1611 with financial support from the Ministry of Education, Youth, and Sports under the NPU I programme.

Correspondence address | Simona Sedláčková MSc., Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents, Family Centre for Psychosocial Services and Clinical Addictology, Gallašova 10, 163 00 Prague 6,

sedlackova.adiktologie@seznam.cz

# Práce v adiktologické ambulanci pro děti

Sedláčková, S.<sup>1,2</sup>, Hamplová, L.<sup>3</sup>, Veselý, Z.<sup>4</sup>, Dobrinič, K.<sup>5</sup>, Mládková, P.<sup>2</sup>

1 | Univerzita obrany, Fakulta veřejného zdravotnictví, Hradec Králové

2 | Adiktologická ambulance pro děti a dorost, Centrum pro rodinu PSS

a klinické adiktologie, z. ú.

3 | Vysoká škola zdravotnická, Praha

4 | Centrum substitučních programů Drop In, o. p. s.

Citace | Sedláčková, S., Hamplová, L., Veselý, Z., Dobrinič, K., Mládková, K. (2018). Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost. Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 1(4), 236–245.

**Souhrn** | Článek pojednává o způsobu práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost Centra pro rodinu adiktologické ambulance pro děti a dorost, která volně přechází od 1. 1. 2019 pod Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z. ú. Toto zařízení půjde cestou preventivní a sociální medicíny, kde má adiktologie svůj nezastupitelný význam. Zaměřuje se na screeningová šetření u dětí, které byly v těhotenství ovlivněny návykovou látkou, a upozorňuje na význam včasné zahájené intervence. Zdůrazňuje nutnost spolupráce adiktologa s dalšími obory, jelikož v případě dětské psychologie i adiktologie se jedná o důležité vývojové období. Dále se zaměřuje na nezbytnost komplexních screeningových šetření u všech dětí, které by mohly být potenciálně

ohroženy závislostním nebo rizikovým chováním. U screeningových šetření považujeme za nezbytné jak vyšetření adiktologem, tak dalšími odborníky, jako je dětský psycholog a psychiatr, sociální pracovníce. Dále je nutné u školních dětí oddělit vyšetření školním psychologem a dětským klinickým psychologem. Současně je zde vytvořen prostor pro prohloubení spolupráce adiktologa s odborníkem v případě individualizované práce s dětmi v adiktologické ambulanci. Za důležité považujeme též spolupráci s pediatrií a dalšími specialisty a odborníky z oblasti péče o děti a dorost. Důležité je odhalení možných rizik, která mohou vést dítě ke znevýhodnění a následně i k rizikovému chování. Ambulance je zaměřena i na vývojové poruchy u dětí.

**Klíčová slova** | Adiktologická ambulance pro děti a dorost – Anamnéza – Centrum pro rodinu – Drop In – Návykové látky – Screening

Došlo do redakce | 30. srpna 2018

Přijato k tisku | 29. října 2018

Grantová podpora | Tento článek byl podpořen projektem RVKPP č. A-64-16, institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1 a projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

Korespondenční adresa | Mgr. Simona Sedláčková MSc., MHA, Adiktologická ambulance pro děti a dorost, Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z.ú., Gallašova 10, Praha 6, 163 00

sedlackova.adiktologie@seznam.cz

## 1 ÚVOD

Adiktologická péče o děti a dorost je v souvislosti s utvářející se sítí odborných pracovišť aktuálním tématem propojujícím celou řadu oborů i odborníků pracujících s uvedenou cílovou skupinou. Vzhledem ke specifitě práce s populací dětí a dospívajících se níže pokoušíme představit principy adiktologické péče vycházející z praxe konkrétního zařízení s cílem přiblížit tyto postupy nejen odborné obci.

System práce na pracovišti adiktologické ambulance Centra pro rodinu, Drop In, o.p.s., byl zahájen na základě předchozího projektu Slunečnicová zahrada – Centrum pro rodinu, Drop In, o.p.s., díky realizaci grantu EU.

Realizace projektu byla zahájena v roce 2010, kdy došlo k počátečnímu navázání kontaktu s klientkami – těhotnými ženami uživatelkami a matkami uživatelkami a pokračovala po celou dobu jejich léčby v našem zařízení až po diagnostické, speciálně pedagogické zhodnocení vývoje jejich dětí, navržení individuálního plánu práce s každým dítětem a jeho realizaci. V příspěvku vycházejícím z naší praxe uvádíme konkrétní, praxí ověřené metody využívané v práci s rodiči a s dětmi z této cílové skupiny.

Ambulance je zaměřena i na vývojové poruchy u dětí. Jedná se o přehled komplexní přímé práce, která nebyla ještě primárně zaměřena na výzkum. Činnost tohoto programu byla zahájena 1. 1. 2017, plynule navazovala na úspěšně běžící dlouhodobý projekt, který byl v letech 2010–2015 realizován za finanční podpory ESF a který pokračuje nadále jako longitudinální činnost odborného pracoviště. Výzkumná část a poznatky z tohoto projektu byly již publikovány v časopisu Adiktologie (2016).

Počet vyšetření dětí za období 2015–2017 dosáhl 174 vyšetřených jedinců. Informace o programu adiktologické ambulance pro děti a dorost byly získány z pracoviště Střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o.p.s., Centra pro rodinu a Adiktologické ambulance.

V kapitolách níže jsou popsány principy práce s uvedenou cílovou skupinou, včetně členění na jednotlivé kategorie, ke kterým jsou dále přiřazeny jednotlivé postupy a doporučení.

## 2 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ CÍLOVÉ SKUPINY

Vzhledem k tomu, že děti a dospívající přicházející do kontaktu s pracovištěm tvoří poměrně různorodou skupinu, je třeba hned v úvodu spolupráce s klienty vydefinovat konkrétní typ péče, které ambulance může nabídnout. Pro přehlednost je v rámci zařízení cílová skupina rozčleněna na jednotlivé níže uvedené podkategorie, na základě kterých jsou nabízeny další služby centra. Jedná se o kategorii dětí s anamnézou užívání návykových látek jejich matkami v těhotenství bez vývojových poruch (I. kategorie), děti s anamnézou užívání návykových látek jejich matkami v těhotenství s vývojovými poruchami (II. kategorie) a dále děti intaktních matek z hlediska užívání návykových látek v těhotenství (jedná se o matky, kde nebylo UNL v těhotenství prokázáno), avšak u těchto dětí byla následně diagnostikována

vývojová porucha včetně ADHD, nepozornosti, impulzivity (III. kategorie).

V rámci tohoto členění jsou tedy determinujícími faktory užívání návykových látek v průběhu těhotenství a přítomnost vývojových poruch, což následně koresponduje s typem nabízené péče jak pro děti, tak jejich rodiče.

Z hlediska nabízených intervencí bylo dále nutné rozdělit cílovou skupinu dětí dle věkových kategorií na mladší školní věk, starší školní věk a dorost.

Dětští klienti, kteří mají v anamnéze užívání návykových látek matkami v těhotenství, jsou zařazeni do screeningového šetření a na základě analýzy potřeb je vytvořen individuální plán práce s dítětem. V rámci uvedeného plánu dochází k posilování oblastí, kde byl zaznamenán deficit. V případě absence deficitu (I. kategorie klientů) jsou děti zařazeny pouze do programu Slunečnicová zahrada, kde je sledován jejich další vývoj dle potřeb dítěte, nejdéle však 18 měsíců. Dítě je monitorováno každé tři měsíce dle předem vytvořených škál, které jsou skórovány na stupnicí 1–10. V případě, že dítě vykazuje ve všech sledovaných oblastech vývojovou normu, tedy spadá do škály 8–10, je zařazeno pouze do dispenzáře na dobu pěti let. V případě, že rodiče souhlasí, mohou ambulanci s dítětem navštívit vždy 1× ročně za účelem průběžného sledování a vyhodnocení, spolupráce je tedy čistě na jejich vůli. V případech, kdy je nutné pracovat i nadále s rodiči, tak není dítě docházením do ambulance nijak stigmatizováno.

V rámci celkového zhodnocení je důraz kladen také na sledování zdravotního stavu se zaměřením na identifikaci alergií, astmatu, infekčních onemocnění včetně virových hepatitid apod. U dětí, kde je zaznamenán vývojový deficit (II. kategorie klientů) a současně vykazujících skóre na škále 1–3, je provedena diagnostika multidisciplinárním týmem odborníků a dětem je navržen individuální plán péče včetně případné medikace dětským psychiatrem. U této kategorie klientů je zpravidla žádoucí spolupráce s pediatrem, neurologem, dětským psychiatrem ev. dalšími odborníky.

Třetí kategorií jsou nejčastěji adolescenti, kteří jsou již sami přímo ohroženi látkovou i nelátkovou závislostí a je u nich nutné provést nejen komplexní diagnostiku, ale i vyhodnocení možností, jak nastavit léčbu nebo sekundární prevenci. V těchto případech obvykle po odebrání základní anamnézy dochází k mapování rizikových oblastí, které naznačují potřebu zaměřením další péče, včetně spolupráce např. se školskými zařízeními, pedagogicko-psychologickými poradnami, orgány sociálně-právní ochrany dětí apod.

## 3 METODY PRÁCE S CÍLOVOU POPULACÍ

Pod pojmem „metody“ jsou v tomto případě rozuměny metody práce s cílovou skupinou, nejedná se o klasické metody výzkumného charakteru, neboť realizátoři uvedené postupy publikují s cílem možnosti použití uvedeného vypracovaného materiálu k tvorbě manuálu. Jednotlivé metody práce se liší podle potřeb klientů programu vyplývajících z analýzy zdravotnické dokumentace, výsledků screeningu, z individuálních a léčebných plánů.

Základním principem je komplexnost poskytované péče vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu, který je v rámci oboru adiktologie uznávaným paradigmatem (Kalina, 2015). Smyslem práce s nejmladší cílovou skupinou je včasná intervence a prevence, čímž v této souvislosti není myšlena specifická primární prevence. Vzhledem k tomu, že se jedná o cílovou skupinu dětí mnohdy i mladších 3 let, nelze v tomto kontextu užívat označení jako selektivní a indikovaná prevence, ale jedná se spíše o komplexní prevenci a často i terapeutickou intervenci v rámci vývojových poruch.

Možnosti, jak pracovat s cílovými skupinami, jsou pestré. Vzhledem k tomu, že vyzrálost nervové soustavy je úzce spjata s motorickou činností, je již v období šest týdnů po narození nejen možné, ale i nezbytné dítě vyšetřit rehabilitačním specialistou. Za tímto účelem Centrum pro rodinu úspěšně spolupracuje např. s Klinikou Monáda, s.r.o., jejíž tým vyučuje na 2. LF UK fyzioterapii a tělesnou výchovu a podílí se na výzkumné činnosti Neuropsychiatrické společnosti. Tým tohoto zařízení disponuje rehabilitačním specialistou, který ve spolupráci s lékařem provádí screeningové vyšetření dle Vlacha et al. (1972) a dle individuálních potřeb dítěte navrhuje konkrétní rehabilitační plán.

Rané zhodnocení a případné odhalení vývojových poruch u dětí, včetně poruch chování, respektive i opožděného psychomotorického vývoje, umožňuje včasné zahájení aplikace nápravných metod, ke kterým patří i fyzioterapeutické přístupy. S ohledem na výstupy realizované studie Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice (Rubášová, Kalina, Miovský, Čablová a Šťastná, 2015), která prokázala vysokou prevalenci ADHD mezi uživateli návykových látek a současně tak i poukázala na vliv neuropsychické poruchy na pozdější vulnerabilitu jedince, je v tomto kontextu možné o výše popisovaných nápravných metodách uvažovat také jako o prevenci užívání návykových látek u dětí.

Z analýzy dokumentace našich dospělých uživatelů návykových látek, ale i klientů s problematikou nelátkových závislostí z období let 2004–2017 vyplývá následující skutečnost: Populaci, která se později uchýlila k rizikovému chování, nejsou pouze osoby ze sociálně znevýhodněného prostředí nebo z rodin vyznačujících se hyperprotektivním přístupem k výchově, ale i osoby s vývojovými poruchami či dysfunkcemi, které během školní docházky často vedou ke školní neúspěšnosti. Patří sem ale i osoby se zdravotním znevýhodněním. V rámci komplexní terapeutické péče byly využity následující metody: studium zdravotnické dokumentace, anamnestické rozhovory s rodiči a dětmi, nástroje určené k psychologickým a adiktologickým vyšetřením.

Postupy, kterými se pracuje v adiktologické ambulanci pro děti a dorost, tedy spočívají v analýze zdravotnické, sociální a případně i školní dokumentace, dále jsou realizovány rozhovory s rodiči a dětmi a je provedeno vyhodnocení dětí prostřednictvím adekvátních škál a testů.

Nejčastěji jsou využívány testy školní zralosti dítěte, Wechslerova škála inteligence WISC III (Krejčířová, Bosche & Dan, 2002), orientační vývojová škála dle Hoškové (Hošková in Sedláčková et al., 2013), diagnostická vyšetření dětí, hodnocení attachmentových vazeb aj. Po celkovém zhodnocení stavu jsou dle indikace apli-

kovány nápravné metody v oblasti senzorycké integrace a terapeutické přístupy speciální pedagogiky (jemná, hrubá motorika, edukace, posilování dovedností v oblasti sebeobsluhy, analýzy a syntézy myšlení, poznávání a učení). U dětí s rysy dyspraxie jsou aplikovány pohybová cvičení a nápravy. U mladších dětí lze uplatnit přístupy KBT terapie spíše formou poznávání a učení, u starších dětí je možné zařadit psychoterapeutické intervence, nejčastěji ve skupině, ale vhodná je i herní terapie.

S rodiči se obvykle pracuje individuálně nebo v rámci společné terapie a videotréninků.

## 4 PŘIJÍMÁNÍ KLIENTELY A POČÁTEČNÍ SCREENING DĚTÍ

Přijímání dětí probíhá bez předchozího doporučení, cílovou skupinou jsou děti klientek a klientů adiktologického Centra pro rodinu nebo jiných odborných pracovišť, dále jsou přijímáni klienti na vlastní žádost, případně na žádost rodičů či sociálních pracovníků.

Možnost nástupu do programu mají i děti s problémovým chováním, s ADHD, poruchami učení, nebo již konkrétním závislostním chováním. Rodiče absolvují vstupní pohovor se sociální pracovnící a následně s adiktologem a s dalšími odbornými pracovníky, speciálním pedagogem, psychologem, lékařem. Nezbytné je klást důraz na osobnost a multidisciplinaritu přijímajícího pracovníka, který je schopen predikovat vhodnost a načasování jednotlivých vyšetření, což je žádoucí zejména z důvodu stanovení vhodného individuálního plánu práce.

Jedná se, zejména o podporu dítěte, které nikdy samo bezdůvodně „nezlobí“ nebo nevykazuje rizikové chování. Často se ovšem takové dítě stává terčem, že ono je příčinou všeho zlého. Taková situace je však pro dítě dlouhodobě neúnosná.

Nezanedbatelným faktem je nutnost zjištění, zda dítě není v náhradní rodinné péči nebo adopci, případně neprošlo náhradní rodinnou péčí nebo adoptí v minulosti.

Odborný pracovník využívá své empatie a naslouchá, rodičům nevytýká jejich předchozí ani současný životní styl nebo neefektivní výchovné metody, nýbrž je povzbuzuje a dává jim najevo, že v rámci spolupráce mohou dosáhnout pozitivního ovlivnění vývoje svého dítěte.

V prvotní fázi je vhodné klást důraz na podporu dítěte, které samo bezdůvodně „nezlobí“ nebo nevykazuje rizikové chování, ovšem může u něho dojít k postupné negativní sebeidentifikaci, což současně může být pro daného jedince dlouhodobě neúnosné.

Při této práci je ve výhodě pracoviště, jehož pracovníci již mají předchozí zkušenosti s dospělými rodiči, například v rámci jejich předchozí terapie a léčby. Další výhodou je i dostupnost komplexní zdravotnické dokumentace rodičů, která umožňuje objektivnější posouzení všech získaných informací.

## 4.1 Vstupní screening

Při vstupu dítěte do ambulance je důležité stanovit odborného garanta (adiktologa), který klade důraz na provázanost a multidisciplinaritu případu a který také vede celou kazuistiku dítěte a jeho rodiny. Adiktolog se dobře uplatňuje v pozici casemanagera, je nutné, aby jeho rozhled byl širší, než je jen čistě adiktologická znalost problému, ale aby uměl posoudit situaci komplexně a uplatnit tak další postupy jak v oblasti zdravotní, sociální i psychologické a terapeutické. Garant má zároveň za úkol prostudování veškeré dokumentace dítěte včetně všech dostupných informací a doplňujících údajů od rodičů. Ambulance pracuje s dětmi od tří let, ale je v kontaktu s dětmi již po narození, pokud se jedná o děti, jejichž matky v těhotenství užívaly návykové látky, léky nebo alkohol. Z tohoto důvodu je nutné se vývojem těchto dětí zabývat skutečně komplexněji.

V první řadě je nutné důsledně pracovat s matkou, informovat se o průběhu těhotenství, porodu, zdravotním stavu matky, ale vhodné je také vyžádat si od ní zprávu z porodnice, pokud matka souhlasí. Musí být kladen důraz na etiku a vhodný přístup k matce, která je zpravidla klientkou ambulantního programu pro matky. Zjistit závažná onemocnění v rodině, a to somatického i psychického charakteru, suicidia a psychiatrické léčby. V případě, že se jedná o novorozence matky, která užívala návykové látky v těhotenství, měl by již být vyšetřen neurologem a následně od šesti týdnů je možné odeslat ho na vhodné vyšetření na rehabilitační kliniku. U osobní anamnézy staršího dítěte zjišťujeme jeho zdravotní stav, prodělané nemoci. Vývojová úroveň dítěte je vyhodnocována po stránce psychologické, speciálně pedagogické, neurofyziologické, zdravotní a sociální, významná je anamnéza užívání návykových látek v rodině, vývojové poruchy v rodině, kombinovaná postižení, psychiatrické poruchy, ADHD, PAS, aj. Součástí screeningu u dětí matek uživatelék je i neurologické vyšetření a posouzení motorického vývoje dítěte.

U dětí od šesti týdnů doporučujeme neurologické vyšetření opakovat a zejména u nedonošených dětí, pracovník ambulance s medicínským vzděláním může provést vyšetření podle Vlacha, které se provádí do 3 let dítěte. V tomto věku se dá včas intervenovat v oblasti psychomotorického vývoje, který má výrazný vliv na pozdější vývoj dítěte i jeho školní úspěšnost a s tím související oblibu v kolektivu a zdravé sebevědomí. Ambulance spolupracuje také s dětskými psychiatry. U dětí od 4 let lze provádět vyhodnocení inhibice primárních reflexů, které se vyskytují po narození a jejichž vývoj probíhá asi do 3,5 let. Do doby, než dítě dosáhne věku nástupu školní docházky, by tyto reflexy měly být fyziologicky nahrazeny posturálními reflexy (Blythe, 2009, p. 26).

U školních dětí disponuje tým ještě poradenskou psycholožkou, která posuzuje školní zralost, případně doporučí odeslat dítě včas do pedagogicko-psychologické poradny. Tato situace se vztahuje i na děti, které spadají do kategorie mladšího školního věku, a to z důvodu, aby dítě dostalo včas asistenta v základní škole. Jako pomocného orientačního evaluačního nástroje je využíváno i škálové hodnocení. Nástroje byly vytvořeny realizačním týmem projektu, který hodnotil vývoj dětí dle orientačních vývojových škál a anamnestických listů dle Hoškové, které byly pro tento účel vytvořeny autorkou a členkou týmu Mgr. Hoškovou-Dobřinič a které

vycházely z modelů ověřených autorů (Strassmeier, 2011; Langmeier, Krejčířová, 2006; Allen, Marotz, 2008).

Děti, u kterých jsou požadované úkoly splněny pouze od 0 do 29 %, se odesílají do specializovaného zdravotnického nebo odborného zařízení nebo speciálního pedagogického centra. Děti, které plní požadované úkoly mezi 30–79 %, (střed), jsou hlavními klienty programu Slunečnicová zahrada, který využívá zejména speciálně pedagogických metod směřujících ke zlepšení funkce oslabené oblasti. Děti, které dosahují výsledky hodnocení nad 80 %, jsou zařazeny do kategorie, kde jsou odchylky od škál minimální, není tedy potřeba intervenovat v rámci uvedeného programu. Děti jsou tedy pouze dispenzarizovány.

U dětí, kde je diagnostikována vývojová porucha dětským psychiatrem, je nutné nastavit plán terapie tak, aby ve spolupráci s dětským psychiatrem a dětským psychologem vedl ke snížení projevů symptomů dané poruchy. Zde je nutné pracovat s rodinou dítěte, kdy se nejčastěji pracuje se s testem rodinného zázemí. Je nutné monitorovat, jak fungují v rodině pravidla, identifikovat, zda se neděje v rodině něco závažného.

Následně je v rámci týmu vytvořen individuální plán, který je revidován.

U dospívajících je adiktologem obvykle předkládán screeningový dotazník SURPS –Substance Use Risk Profile Scale (Dolejš, Miovský a Řehan, 2012) sloužící jako škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek. Dále se na vstupním screeningu podílí sociální pracovník, který se zaměřuje na sociální anamnézu dítěte, rodinného prostředí a sociální zázemí rodiny.

U dětí se v rámci vyšetření zaměřujeme komplexně na celou škálu medikace, zejména psychofarmaka, antikonvulziva, antialergika, neboť právě tyto léky mohou snižovat pozornost dítěte natolik, že zásadně zkreslí výsledky prováděných testů. Vyšetření provádí adiktolog dle příručky Příklady z naší praxe – Práce s dětmi a žáky ze znevýhodněného prostředí Slunečnicová zahrada. Praha: Drop In o.p.s., (Sedláčková, S., Hošková, K., Bulvová, H. a kol. (2013), aby mohl zajistit další potřebná specializovaná vyšetření. Následně po vstupním screeningu je navržen individuální plán práce s dítětem a jeho rodiči či zákonnými zástupci.

## 4.2 Adiktologické, speciálně pedagogické, psychologické a psychiatrické vyšetření

Psycholog pedagogicko-psychologické poradny se zaměřuje na školní zralost dítěte, na prevenci rizikového chování, ale nemůže často zohlednit zdravotní stav dítěte a propojit dítě s vhodnými medicínskými přístupy, jelikož jeho cílem je navržení správného vzdělávacího programu, nikoliv léčba. Často se stává, že rodiče předávají informaci o dítěti např. o enuréze školnímu psychologovi, ale klinický psycholog nebo zdravotnické pracoviště se již o tomto fenoménu nedozví. Je tedy důležité rozlišit školního, nebo poradenského psychologa s příslušností k pedagogicko-psychologické poradně a dětského klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví. Centrum pro rodinu, v rámci adiktologické ambulance, doporučuje spolupráci s dětským klinickým psychologem.

V případech, kdy dítě vykazuje deficity, je navržen systém posilování sensorické integrace a rozvíjení dané oblasti dle „Pracovních listů“ (Keblová et al., 2013). Hodnocení je zaměřeno na oblasti sebeobsluhy, myšlení, analytické schopnosti, sociální zralost a zdravotní stav včetně neurofyziologického vývoje.

Po zhodnocení speciálním pedagogem může být dítě i již v předškolním věku vyšetřeno psychologem, a to zejména v případech, kdy je nesoustředěné, zamklé, hyperaktivní, a také v případech, kdy je nám známo, že v rodině dítěte dochází, nebo docházelo k násilí.

Zhodnocení dětským psychologem je důležité i v případech, kdy dítě bylo odebráno matce a je v náhradní rodinné péči, v případech, kdy dochází ke znovuoobnovení kontaktu s matkou, nebo když se dítě vrací z náhradní rodinné péče zpět do původní rodiny. Na doporučení dětského psychologa i garanta může být dítěti zprostředkováno i psychiatrické vyšetření, a to v případech, kdy nadměrně pláče, sebepoškozuje se apod. Navíc u suspektních poruch autistického spektra i u ADHD diagnostikuje vývojovou poruchu vždy dětský psychiatr.

U dětí, kde je diagnostikována vývojová porucha dětským psychiatrem, je nutné nastavit plán terapie tak, aby ve spolupráci s dětským psychiatrem a dětským psychologem vedl ke snížení projevů symptomů dané poruchy.

### 4.3 Sociální šetření

Probíhá na základě dotazníků a doplňujících informací získaných od rodičů nebo zákonných zástupců, kteří o dítě pečují, zajišťuje ho zpravidla sociální pracovník programu nebo adiktolog.

Sociální anamnéza dítěte se zaměřuje na zmapování následujících oblastí, a to zejména jak funguje dítě v rodině, v kolektivu, cílí na jeho rodinné zázemí, domácí podmínky, sociální dovednosti rodičů, sociální zázemí, ekonomické podmínky, hygienické návyky, sebeobsluhu apod.

Šetřením v sociální oblasti je zajištěn přehled o spolupráci s rodiči, postojích rodičů k dodržování denního režimu, důslednosti, uspokojení bazálních potřeb dítěte a jejich působení na rozvoj osobnosti dítěte. Garant dítěte zařazuje děti do programu dle možností:

- Individuální práce s rodičem. Jedná se o ty situace, kdy vnímáme, že výchovné praktiky rodiče jsou neefektivní, neproduktivní nebo kontraproduktivní. Může se jednat jak o edukaci a KBT, tak o poradenství nebo formu skupinové terapie či jiná případná doporučení.
- Práce s rodičem a s dítětem. Ta je doporučena zejména u předškolních dětí, kdy rodiče sice zajišťují bazální potřeby dítěte, ale nijak se nepodílí na jeho vývoji, nevytváří, nebo vytváří málo podnětné prostředí. Rodič se učí hrát si s dítětem, je kladen důraz na situace, kdy se na sebe mohou dítě a rodič pozitivně naladit.

Tato metoda se týká také situace, kdy jsou děti předávány zpět z náhradní rodinné péče biologickým rodičům, nebo i po delší odluce, kdy si na sebe obě strany musí zvyknout. Společná práce

může sloužit i náhradním rodičům pro vzájemné napojení. V této situaci je vhodné pracovat na upevnění attachmentových vazeb.

## 5 INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S DÍTĚTEM NEBO PRÁCE SE SKUPINOU DĚTÍ

### 5.1 Rozdělení dle věku dítěte

Pro skupinové aktivity a pozitivní rozvoj byly děti děleny do následujících skupin:

Novorozenci – Jedná se o skupinu dětí výhradně matek s předchozí anamnézou užívání NL v těhotenství, případně psychofarmak. S uvedenou cílovou skupinou je nutné provést včasný screening podle Vlacha (viz výše). V naší ambulanci se obvykle ocitají děti v šestém týdnu po narození, péče o novorozence patří do kompetence neonatologů a později neurologů a fyzioterapeutů. V adiktologické ambulanci může dojít ke zprostředkování odborných kontaktů. V budoucnu plánujeme vyšetření neurologem nebo odborným lékařem přímo na našem pracovišti, a to z prostého důvodu, aby byla zjištěna indikace. V případě, že matka dítěte nespolupracuje a dítě je indikováno k terapii, vnímáme to jako zcela zásadní problém.

I spolupracující rodiče či pečující osoby je nutné průběžně kontrolovat, aby nedocházelo k zanedbání péče o dítě v tomto směru.

Věk 3–4 roky – V této věkové kategorii ještě není jasně stanovena diagnóza ADHD, PAS, ani dalších vývojových poruch. V tomto věku je nutné pravidelně sledovat vývoj dítěte a včas se zaměřit na tzv. opožděný vývoj. Situaci nelze bagatelizovat. Může jít o situaci, kdy dítě vývojově má své rezervy a s naší pomocí, nebo i bez ní deficit dožene. Z tohoto důvodu je nutné provádět pečlivý screening a problematikou se dále zabývat.

Dítě je třeba přiměřenými metodami posouvat a provádět pravidelné kontrolní škálové hodnocení každé 3 měsíce a v případě potřeby je nutné včas děti odeslat k externím odborníkům. Nezbytné je sledovat a také pracovat s prostředím dítěte, a pokud je to možné i s oběma rodiči. V této věkové kategorii je již možné se věnovat i dětem s intaktní anamnézou matky. Děti, které vycházejí v průměrném hodnocení screeningů jako 80–100% odpovídající vývojové fázi, mohou docházet pouze na krátkodobá setkání a v dispenzární péči zůstávají pouze děti s anamnézou UNL matkami v těhotenství.

Věk 5–6 let – V této věkové kategorii je cílová skupina vyhodnocována v rámci výše uvedeného screeningového šetření, ale spadá sem i vyšetření školní zralosti. Je navržen plán péče a vypracován je i návrh, jak docílit i školní úspěšnosti. Pracuje se s rodinou, ale je nutné věnovat pozornost i trávení volného času a počínající problematice nelátkových závislostí, jako jsou tablety, PC hry a telefony. Děti a rodiče jsou motivováni k efektivnímu trávení volného času a je nutné vyhodnotit, jak dítě funguje ve vrstevnické skupině. Ve všech případech je kladen důraz i na attachmentové vazby. Sledována je adiktologická problematika u rodičů nebo nevhodné vedení. Jedná se například o časté pouštění pohádek na tabletu a PC, když rodiče chtějí mít pro sebe čas, tento jev se

vyskytuje již v mladším období, a to i u relativně zcela intaktní populace rodičů.

Mladší školní věk – Zde je již dítě zařazeno do primárního vzdělávacího programu, je tedy důležité respektovat školský zákon, kdy má hlavní slovo pedagogicko-psychologická poradna, která může v doporučení ŠPZ pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami doporučit vytvoření individuálního vzdělávacího plánu. Adiktologická ambulance by neměla rozhodně suplovat poradenský systém. Následně poradna sama navrhne náplň reedukace a další metody, které děti čerpají v rámci školy. Adiktologická ambulance má zde své místo a úlohu v případě současných problémů rodiče, který sám patří do cílové skupiny adiktologické péče.

V souvislosti s léčebnými a terapeutickými metodami sledujeme, jak je rodič motivován k péči o dítě a k podpoře svého dítěte v rámci získávání školních kompetencí.

V případech školních nezdárů dítěte, poruch chování a dalších zjištěných faktorů je možné ve spolupráci s poradnou a školou vyhodnotit i stav dítěte dětským klinickým psychologem, pomoci rodičům zprostředkovat kontakty nebo indikovat dítě k vyšetření u dětského psychiatra a úlohou adiktologa je spíše uvedené činnosti koordinovat a kontrolovat.

Nezastupitelnou úlohou adiktologa je koordinovat již uvedený multidisciplinární přístup, který má v současné době obor adiktologie podrobně vypracovaný. V tomto kontextu je vhodné zmínit přístup case managementu, kdy terapeuti jezdí i do přirozeného prostředí klientů domů v případech, kdy jsou děti často nemocné a intervence by se tak nikam dále neposouvala. V našem případě se tak děje zejména v případech časté nemocnosti školou povinných dětí, kdy žák skutečně vykazuje konkrétní somatické či psychosomatické obtíže.

Ve spolupráci s rodiči je možné pomoci žáka umístit do ozdravovny, dále je možné ve spolupráci s odborníky pátrat po psychosomatické příčině. V takovýchto situacích je vhodná intenzivní práce s celou rodinou, dále i s dalším odborným zařízením, kterým bývá zpravidla pracoviště dětského klinického psychologa, pokud jím adiktologická ambulance přímo nedisponuje.

U dětí mladšího školního věku se současně aplikuje screening neuromotorické vývojové terapie a následně cvičení, kterým se Centrum pro rodinu zabývá. V ČR jsou tyto programy realizovány jako INPP Školní intervenční program, nebo jsou praktikovány např. v Red Tulip paní Marjou Volemanovou, která je jednou z průkopnic této terapie (Volemanová, 2013).

Starší školní věk – Jedná se o kategorii žáků, kteří jsou již seznámeni s problematikou látkových i nelátkových závislostí a procházejí preventivním programem školy v rámci školní docházky. Je tedy vhodné v případě, že nás rodina osloví, spojit se se školou, případně s realizátorem preventivních programů na škole, nebo se školním metodikem prevence. V této věkové kategorii se setkáváme s poruchami příjmu potravy, sebepoškozováním, kyberšikanou, aj. U mentální anorexie se skutečně jedná o velmi závažné a křehké téma a vzhledem ke specifitě problému se domníváme, že by se do něj adiktolog bez psychoterapeutického výcviku a bez

spolupráce s psychiatrem, odborníkem na poruchy příjmu potravy a psychologem se specializací na PPP neměl pouštět.

Zde ovšem v současném systému vnímáme problém, kdy děti s diagnózou poruch příjmu potravy nejsou prioritně přijímány na interní, nebo metabolické jednotky, jak bychom se mohli domnívat. Doporučujeme rodiče na odborná pracoviště, nejčastěji FN Motol, Thomayerovu nemocnici či Nemocnici Bulovka. Naše pracoviště má vytipovanou síť odborníků, avšak nemocnice mají psychiatrická lůžka plná několik měsíců dopředu. Při velmi nízké váze adolescentky je určitě důležité rodičům doporučit bezodkladně kontaktovat interní Dětskou kliniku Praha 2, Ke Karlovu 3, kde následně po infuzní terapii je dítě přeloženo na psychiatrické lůžkové oddělení.

Adiktologická ambulance může také provádět depistáž dalších rizik, je nutné si všimnout situací, kdy klientka trvá pouze na určitém druhu stravy a velmi extrémně trvá na veganství nebo vegetariánství. Někdy jsou v tomto extrémním výběru jídel děti podporovány již od svých rodičů, u kterých nemoc může skrytě probíhat dlouhodobě. Zde spolupracujeme s Klinikou adiktologie, ambulancí pro děti a dorost a jejich terapeutickým týmem.

Zásadní cílovou skupinou naší ambulance jsou však také již dorůstající děti našich klientek, které byly matkám odebrány před delším časovým úsekem (14 let i více) a svěřeny do náhradní rodinné péče obvykle k biologickým babičkám. Tato cílová skupina dětí a zejména pak dívek ke svým matkám inklinuje, pravidelně se s nimi vídá při pravidelných návštěvách, ovšem z hlediska rodičovské autority jsou tyto matky uvedenou cílovou skupinou vnímány spíše jako starší sestry, či objekty sourozenecké rivality. U těchto dětí tedy figurují dvě matky, jedna biologická a jedna babička a v drtivé většině případů se i tyto babičky samy matkami nazývaly. Tento jev zcela výrazně zasahuje do dětské duše, jeho priorit a identifikace se světem. Popsaná situace pak bez dalšího terapeutického zásahu může svou měrou přispívat k progresi potíží s identifikací vlastního já a negativního sebepojetí.

V tomto věkovém období již lze pracovat s dětskou terapeutickou skupinou, ale je nutné jí zaměřit na pozitivní zážitkové aktivity, přijetí v terapeutickém kontextu a prožitá traumata a zážitky probírat pouze individuální formou. Nedomníváme se, že by zpracovávání témat spojených s užíváním návykových látek (např. zvládání cravingu apod.) bylo efektivní probírat v rámci této vrstevnické skupiny, jelikož v tomto věku děti mezi sebou mnohdy rivalizují a skupinové aktivity v tomto kontextu mohou zafungovat jako spouštěcí mechanismus.

Dorost, adolescence – Věková hranice pro tuto cílovou skupinu by měla být 18 let, ovšem je možné v některých případech pracovat i se staršími klienty. U klientů se nejlépe osvědčuje rodinná terapie, individuální terapie, skupinová terapie, ale také např. pobyt v terapeutické komunitě Karlov, dále Centrum následné péče Drop In a Klinika adiktologie. Důležité je v rámci terapie rodiče upozorňovat na dlouhodobý proces související s vývojovou etapou dospívajícího, který může být způsoben nedostatečným respektováním vývoje dospívajícího.

V neposlední řadě se setkáváme i s klienty s vývojovou poruchou ADHD, impulzivitou, nepozorností, apod. Mezi naše klienty patří

i osoby, které pod vlivem návykové látky opakovaně řídí motorová vozidla, a to i bez ŘP, páchají trestnou činnost (zejména krádeže), propadly gamblingu.

S těmito klienty se pracuje v rámci adiktologické ambulance již jako s dospělými klienty, je jim poskytována individuální a skupinová terapie a poradenství po předchozím vstupním a kontrolním zhodnocení dle Standardů pro poskytovatele služeb UNL.

Práce s rodiči – Je nezastupitelnou částí práce v adiktologické ambulanci, jedná se o zcela zásadní článek při výchově dětí. S Centrem pro rodinu spolupracují již rodiče, kteří sami byli klienty centra, zejména matky, bývalé uživatelky, které již abstínují. V případech, že neabstínují, jsou zařazovány do samostatného programu. Abstínující rodiče jsou podporováni ve vytvoření reflexe svých výchovných postupů. Dále přichází rodiče dospívajících a starších dětí, kteří nebyli v předchozím kontaktu s ambulancí. S příchozími je možné zvolit dvě varianty péče. V případech, že přivádí adolescenta nebo starší dítě, je možné zahájit rodinnou terapii, následně však v případě indikované terapie individuální by neměli jednotliví členové rodiny docházet ke stejným terapeutům, jelikož dochází ke zkruslení rodinných systémů.

V opačném případě, když nás navštíví rodič sám a posléze přichází s dítětem, může být poskytnuto rodinné poradenství, ale nedoporučuje se provádět rodinnou terapii v této posloupnosti, jelikož je zde ve výhodě ten, co nás dříve kontaktoval. U problematiky starších dětí a rodičů se aplikují metody rodinné terapie, individuální terapie a poradenství dle individuálních plánů.

## 6 ZÁVĚR

V současné době je při práci s klienty věnována zvýšená pozornost rodinnému zázemí a rodinné terapii se věnuje celá řada zařízení, včetně práce s dospívajícími klienty. Centrum pro rodinu přichází do kontaktu velmi často s malými dětmi a též s dětmi mladšího školního věku.

Je pravdou, že v době inkluzivního vzdělávání probíhá perfektní odborná diagnostika, ale nejsou dostatečně aplikovány metody při řešení problémů a odchylek ve vývoji, např. specifických poruch školních dovedností, ADHD, PAS apod. U dětí a žáků se specifickými poruchami školních dovedností jsou jejich deficity sice již školou akceptovány, probíhá edukace a spolupráce s asistenty pedagogů, je však důležité aplikovat další moderní metody řešení této problematiky, například psychomotorická cvičení.

Neurovývojová terapie není samospásná bez odborného komplexního multidisciplinárního přístupu, jakým je již zavedený systém adiktologických služeb, rodinného a individuálního poradenství i terapie, ambulantní a ústavní léčby, case managementu aj., ovšem tyto terapeutické způsoby práce s cílovou populací dětí je vhodné zahrnout do celkového systému péče. Ve výše uvedených výzkumech (Rubášová et al., 2015) byla prokázána zvýšená prevalence ADHD u uživatelů návykových látek a vliv neuropsychických poruch na zvýšenou vulnerabilitu z hlediska pozdějšího užívání návykových látek v dospělosti. Rodiče dětí mají své omezené možnosti a vychází ze situace, které sami rozumí. Porozumět jedinci s ADHD nebo nedostatečně inhibovanými primárními reflexy je

velmi těžké, jedná se skutečně o stav, který je klienty popisován jako podobný stavu syndromu z odnětí, strachu, úzkosti, špatné koordinaci, dezorientaci apod. Dospělí uživatelé se často domnívají, že se jedná o stav, který mají po odeznívání účinků drog, objevuje se i po užití THC a halucinogenů u neurotických klientů (lékaři tento stav diagnostikují jako stav neurovegetativní lability). Mállokterý rodič a dospělý, který tento stav nezažil, je schopen pochopit, jak se takové dítě cítí. Zde je možná kořen neefektivních rodičovských přístupů, se kterými samozřejmě pracujeme, nicméně rodič v této fázi již obvykle nemá možnost svépomocí tyto stavy ovlivnit. V terapii se dá pracovat se strachem, s ohrožením, s asertivitou, ale jak již bylo výše uvedeno, v zahraničí, zejména ve Velké Británii i na Slovensku a Maďarsku, aplikují psychologové a dětské terapeuti metody sensorické integrace, INPP (neurovývojová cvičení). Česká republika stále neumožnila legislativně zakotvit u náplně práce psychologa práci s tělem, částečně je zakotvena u speciálních pedagogů. Řada postupů je realizována v praxích fyzioterapeutů a neurologů.

V současné době jsou čekací termíny na vyšetření neurologem několik měsíců a neurovývojovou terapii, která je velmi drahá, provádí pouze úzká část fyzioterapeutů v privátní praxi. Běžné dítě, natož dítě ze znevýhodněného prostředí, nemá obvykle možnost tuto terapii vůbec čerpat. Nejčastěji se jedná o děti dyspraktické, úzkostné a méně sebevědomé. Tato skutečnost vede často k vyčlenění dítěte z kolektivu a později může vést k rizikovému chování ve snaze získat si oblibu vrstevníků. Řešením však není zařazení dyspraktického dítěte do sportovního oddílu, kde bude opět neúspěšné, neboť opakovanou stimulací přetrvávajících primárních reflexů dochází totiž k jejich posilování, nikoliv k jejich inhibici. Možností řešení je systematická práce, která kromě rodinné terapie a práce s rodiči zahrnuje i posilování v oblasti psychomotorické nezralosti dítěte, kde jsou jednotlivé pohybové na sebe navazující stereotypy sestaveny tak, aby vedly k efektivním výsledkům.

V České republice je navíc situace komplikována skutečností, že odborníci, kteří ovládají metody neuromotorických cvičení, jsou z řad fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Úhrada uvedené terapie je prováděna buď ze všeobecného zdravotního pojištění na doporučení lékařů, nebo si ji rodiče musí hradit. Uvedené terapeutické postupy nejsou zatím příliš rozšířeny v působnosti pedagogicko-psychologických poraden, mezi psychology a speciálními pedagogy, pracovníky preventivní medicíny ani adiktology. Doporučení z praxe se přiklání ke skutečnosti, aby vyšetření u dětí bylo realizováno již v předškolním věku a došlo k multioborovému propojení, včetně aplikace terapeutických metod, jako je neurovývojová terapie. Smyslem práce je snaha propojit diagnostiku s terapií nejen rodinnou a individuální, ale také s herní terapií a zakotvit sensorickou integraci a neuropsychoterapii do spektra odborností psychologů a adiktologů. To s sebou nese fakt, že pro práci s dětskou cílovou skupinou je nutné rozšiřovat další vzdělání, legislativu a terapeutické výcviky na uvedené téma, včetně čerpání zkušeností ze zahraničí.

V adiktologické ambulanci pro děti a dorost a v programu Slunečnicová zahrada je tým připraven uvedenými metodami pracovat a intenzivně spolupracovat s dalšími odborníky.

Závěrem lze říci, že v rámci podpory a ochrany veřejného zdraví, preventivního lékařství a adiktologie je nutné zohledňovat řadu



faktorů, které ovlivňují vývoj dětské populace tak, aby preventivní působení mělo v důsledku celkově pozitivní vliv na veřejné zdraví populace.

V oboru adiktologie se do roku 2017 s výjimkou Kliniky adiktologie cílové skupině věnovaly pouze programy primární prevence a pedagogicko-psychologické poradny. Před rokem 1989 to byla vždy zdravotnická zařízení, zejména pediatři, pedagogové, dětské psychologové a psychiatři, včetně dalších odborností a o kauzistikách dětí spolu komunikovali. Již prof. Matějček sledoval, jak na dítě působí rodinné prostředí a prostředí ústavní, a byl to právě on, který se zasloužil o významné téma zdravého vývoje dítěte, kam nepochybně patří prevence adiktologických poruch. V oboru adiktologie se multidisciplinární odborná veřejnost shoduje s tím, že adiktologický problém je až sekundární důsledek problému primárního.

Doporučení – V oboru dětské adiktologie doporučujeme rozšířit vzdělání adiktologů, již není možné vycházet pouze ze základní akademické průpravy, práce s dětskou populací vyžaduje nejen znalosti ze speciální pedagogiky a vývojové psychologie, ale i znalosti komplexní neuropsychoterapie. Do doporučení patří neustálé propojování adiktologie s komplexními přístupy v medicíně. Ze zkušeností ze zahraničí (např. Blythe, 2009) je patrné, že terapeutické intervence zaměřené na práci s tělem mají příznivý vliv na optimální vývoj dětí i dospívajících, proto doporučujeme zařadit tyto metody do adiktologické péče o dětskou populaci. Jak uvádí Hampl (2003), každá léčebně-preventivní péče by měla zahrnovat prvky bio-psycho-sociální (Hampl in Kalina, 2003, p. 174.), proto je vhodné i k uvedené cílové skupině přistupovat v souladu s celostním modelem lidské osobnosti.

Role autorů | Mgr. Simona Sedláčková, MSc., MHA, vychází z přímé práce realizátora adiktologické ambulance pro děti a dorost a projektu Slunečnicová zahrada. Prováděla analýzu dat a zajišťuje komplexně a odborně program adiktologické ambulance pro děti a dorost. Doc. MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D., provedla rešerši k zvolenému tématu a podílela se na vyhodnocení dat. MUDr. Zdenek Veselý se zabývá dědičnými faktory, které ovlivňují užívání návykových látek v dospělosti. Mgr. Kateřina Dobrinič se věnovala překladu do anglického jazyka, dále její specializací je pedagogicko-psychologické poradenství a je externí členkou týmu a autorkou škál dle Hoškové. Bc. Petra Mládková navrhla design a metodu projektu, odbornou a věcnou realizaci celého projektu.

Všichni autoři souhlasí s konečnou podobou textu.

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů

## LITERATURA / REFERENCES

- Adameček, D., Libra, J., & Šedivá, D. (2015). D. Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Praha: Vláda ČR
- Binder, T., Vavřínková, B. (2006). Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton.
- Blythe Goddard, S., Beuret, L., Blythe, P. (2009). Attention, balance, and coordination: the A.B.C. of learning success. Wiley: Malden, Mass.
- Čermáková, M., Papežová, H., Uhlíková, P. (2015). Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD). Příručka pro dospělé. PRVOUK P26/LF1/4 a P03/LF1/9, [on line] cit. 29.07.2018. Dostupné z <[www.nepozorni.cz](http://www.nepozorni.cz)>
- Dolejš M., Miovský, M., & Řehan, V. (2012). Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS–SUBSTANCE USE RISK PROFILE SCALE). Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Drobná, H., Velemínský, M. (2000). Problematika drogových závislostí matiek a novorozencov. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, M. et al. (1995). Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada Publishing.
- Hampel, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In: Kalina, K. (Eds.). Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hjerkin B. et al. (2010). Neuropsychological screening of children of substance-abusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway, Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 5(17).
- Hulínský, P., Hamplová, L., Němcová, J. (2014). Prevence šíření HIV/AIDS ve vybraných komunitách. Zdravotnictvo a sociální práce, Supplementum 9, 56–59.
- Hulínský, P., Hamplová, L. (2013). Řešení problematiky HIV/AIDS v České republice. Zdravotnictvo a sociální práce, 8(3), 8–17.
- Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA. (1999). Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. *Addiction*, 94, 1499–1508.
- Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup I. a II.. Praha: Rada Evropy/Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.
- Kastnerová, M., Sedláčková, S., Žižková, B. (2006). Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
- Kessler, R. C. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163(4), 716–23.
- Krejčířová, D., Boschek, P., & Dan, J. (2002). WISC–III. Wechslerova inteligenční škála pro děti. Wechsler, D., česká verze. Praha: Testcentrum.
- Libra, J., Miovský, M., Mravčík, V. (2012). Konceptce sítě zdravotních služeb oboru adiktologie. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP.
- Mioviský, M. (ed.) a kol. (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Togga.
- Mioviský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In: Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I. a II. Praha: Úřad vlády ČR.
- Rubášová, E., Kalina, K., Mioviský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2015). Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice - pilotní studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(5), 228–235. Retrieved from <http://www.cspychiatri.cz/archiv.php>
- Preslová, I. (2008). Možnosti a meze při práci s těhotnými uživatelkami drog. In: M. Velemínský, M., B. Žižková, Péče o těhotné ženy, užívající psychotropní látky v těhotenství. Praha: Triton.
- Rozsypal, H., Rozsypalová, B. (2006). Význam vyhledávacích sérologických vyšetření v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 15(3), 436–445.
- Sedláčková, K., Žižková, B. (2007). Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Sestra*, 7–8, p. 35–36.
- Sedláčková, S., Žižková, B. (2007). Jeden ze systémů péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 3(1), 45–50.
- Sedláčková, S. (2009). Prevence specifických vývojových poruch u dětí, jejichž matky užívaly v těhotenství návykové látky, Slunečnicová zahrada. Praha: Sananim, o.p.s.
- Sedláčková, S., Hošková, K., Bulvová, H. a kol. (2013). Příklady z naší praxe – Práce s dětmi a žáky ze znevýhodněného prostředí Slunečnicová zahrada. Praha: Drop In, o.p.s.
- Sedláčková, S., Keblová, A., Hošková, K. a kol. (2013). Metodika pro rodiče – Obáváte se problémů s chováním a učením vašeho dítěte? Praha: Drop In, o.p.s.
- Sedláčková, S., Hamplová, L., Dobrinič, K. (2016). Metodika péče o matky užívající návykové látky a jejich děti v projektu Slunečnicová zahrada. *Adiktologie*, 16(4), 352–359.
- Trávníčková, I. (2001). Specifické aspekty zneužívání drog u žen. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Vavrinčíková, L., Mioviský, M., Libra, J. (2013). Konceptce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP.