



**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE**

KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LF UK
A VFN V PRAZE



METODIKA PRÁCE S DĚTMI A DOSPÍVAJÍCÍMI V OBLASTI DIGITÁLNÍ ZÁVISLOSTI

OBSAH

1. ÚVOD	4
2. KONTINUUM ZÁVAŽNOSTI UŽÍVÁNÍ	5
3. DIAGNOSTIKA A HODNOCENÍ	8
3.1 SCREENING	8
3.2 KRÁTKÁ INTERVENCE	8
3.3 DIAGNOSTIKA	8
3.4 VYHODNOCENÍ TESTOVÉ BATERIE V KLINICKÉM PROVOZU	10
4. PREVENCE	20
5. LÉČEBNÝ PLÁN	21
6. TERAPEUTICKÉ INTERVENCE	23
6.1 INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE	24
6.2 SKUPINOVÁ TERAPIE	30
6.3 RODINNÁ TERAPIE	32
7. VZDĚLÁVÁNÍ RODIČŮ	34
8. ZÁVĚR	35
LITERATURA	36



**1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA**
Univerzita Karlova



Metodika práce s dětmi a dospívajícími v oblasti digitální závislosti
Tomáš Jandáč, Lenka Šťastná, Zuzana Pavelcová
Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, Česká republika
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika adiktologie, Česká republika

Tato publikace vznikla za podpory Nadace Sirius v rámci projektu podpořeného ve XII. grantového řízení 2021 a v rámci programu Cooperatio, vědní oblasti HEAS a grantu č. 260632 v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu.

1. ÚVOD

Digitální závislost bývá definována jako kompulzivní používání digitálních technologií, ve kterém je pokračováno i přes negativní dopady (Chomynová et al., 2023). Těmito technologiemi může být široká škála zařízení, jako jsou mobil, počítač nebo tablet.

Adolescence je vývojové období mezi 11 a 21 lety, které zahrnuje tři hlavní úkoly: vytvoření pevné identity, navázání blízkých vztahů s vrstevníky a romantickými partnery a přizpůsobení se vyvíjející se sexualitě. Toto období je obzvláště náchylné k rozvoji duševních problémů a závislostního chování. Adolescence je přechodovou fází mezi dětstvím a dospělostí, spojenou s intenzivním hledáním nových zkušeností, sklonem k impulzivité, potížemi s regulací afektivity a zvýšeným rizikovým chováním (Munno et al., 2016; Siegel & Klimentová, 2016 in Vondráčková et al., 2023). Dospívající jsou více ohroženi negativními důsledky online závislosti, protože jejich osobnostní vývoj ještě není dokončen. Z psychosociálního hlediska nedosáhli psychologické zralosti a nemají vyvinuté obranné mechanismy, jak se vypořádat se zátěží a stresem, což může vést k závislostnímu chování, které zpočátku může sloužit jako způsob zvládnání psychické zátěže (Kaltiala-Heino et al., 2004). Závislostní chování může narušit jejich osobnostní vývoj a ovlivnit jejich fungování v dospělosti. Nadměrné využívání digitálních technologií a internetu u dospívajících často vede k zanedbávání jiných volnočasových aktivit, konfliktům v blízkých sociálních vztazích (s přáteli a partnery) a problémům ve škole (zvýšená absence, snížený prospěch, konflikty s učiteli, stahování se ze vztahů se spolužáky). Navíc má negativní dopad na jejich zdraví, včetně sníženého množství spánku (odkládání spánku s následně nekvalitním a přerušovaným spánkem, obtíže se vstáváním), špatných stravovacích návyků (konzumace nadměrného nebo naopak nedostatečného množství, preference nezdravý jídel, tzv. junk food, konzumace energetických nápojů), nedostatku pohybu a zhoršeného duševního zdraví (Alimoradi et al., 2019; Kim et al., 2010; Rehbein et al., 2015; Suchá et al., 2019; Xanidis & Brignell, 2016).

2. KONTINUUM ZÁVAŽNOSTI UŽÍVÁNÍ

Užívání technologií je možné dělit do 3 pásem dle formy jejich užívání z hlediska závažnosti a dopadu na jedincův život. Jedná se o pásmo bezproblémového užívání, rizikového užívání a závislostního užívání technologií. Rizikové a závislostní užívání označujeme za nezdravé.

2.1 BEZPROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ TECHNOLOGIÍ

Za bezproblémové je považováno takové užívání, které je jednou z volnočasových aktivit – užívání internetu, sociálních sítí, digitálních her je způsobem trávení volného času, při němž ostatní koníčky zůstávají zachovány a mají pro jedince podobnou důležitost. Jedinec je schopný diferencovat čas mezi užíváním technologií a běžnými každodenními aktivitami, do kterých užívání technologií nezasahuje (např. není narušeno plnění domácích úkolů, domácích prací apod.). Užívání technologií nezasahuje do společně tráveného času s ostatními, nemá negativní dopad na vztahy v rodině, s přáteli, spolužáky, kolegy. Jsou zde přítomná setkání s rodinou při jídle, živá setkávání s přáteli, pravidelný spánek, dovolená, prázdniny, výlety bez užívání technologií. Užívání technologií je motivováno potřebou odpočinku, zábavy nebo vlastního rozvoje, jako je získávání informací/vzdělávání se prostřednictvím či trénování kognitivních (poznávacích) schopností hraním například logických her, her na postřeh, na rozvoj prostorové orientace. Další z motivací může být navázání či udržení sociálních kontaktů prostřednictvím sociálních sítí, získávání informací apod.

2.2 RIZIKOVÉ UŽÍVÁNÍ TECHNOLOGIÍ

Jedná se o způsob užívání, který výrazně zvyšuje riziko škodlivých následků pro fyzické nebo duševní zdraví jednotlivce. Za rizikové se považuje, pokud jedinec během času u technologií konzumuje energetické nápoje, celkově zanedbává stravu nebo realizuje dané aktivity v noci na úkor spánku. Účastní se hazardních (např. loot boxů), agresivních či sexuálních prvků her, nebo hraje hry v rozporu s věkovým doporučením apod. Zvýšené riziko může znamenat zvýšená četnost dané aktivity, množství času stráveného těmito činnostmi, zanedbávání jiných aktivit a priorit, rizikové chování spojené s danou aktivitou a s jejím kontextem (realizace zdravotně závažných výzev, únikem soukromých informací apod.), případně kombinace těchto faktorů. Nezdravý vzorec často přetrvává navzdory nepříznivým důsledkům a vědomí zvýšeného rizika poškození jedince nebo ostatních.

2.3 ZÁVISLOSTNÍ UŽÍVÁNÍ TECHNOLOGIÍ

Jedná se o takový projev chování, který naplňuje požadavky (kritéria) pro syndrom závislosti. Jsme si vědomi omezenosti tohoto pojmu v souvislosti s offline problémovým chováním, toto chování zdůrazňujeme a popisujeme už konkrétně v daných případech tam, kde se objevuje (zejm. v souvislosti s hraním digitálních her offline). Závislost obecně lze definovat jako komplexní poruchu, jejíž základní diagnostickou charakteristikou je opakované nutkání užít určitou látku nebo oddávat se určitému chování navzdory negativním důsledkům (Hollen, 2009). V případě závislosti behaviorální definoval

Griffiths (1996, 2000) s odkazem na další autory šest základních kritérií, které jsou podle něj předpokladem pro stanovení diagnózy. Jsou jimi:

- a) Význačnost (salience) dané činnosti, která vede k její dominanci v myšlení, motivaci, chování i pocitech, a to často na úkor jiných aktivit;
- b) Euforie (euphoria) či změna nálady, která se dostavuje při realizaci dané činnosti a která má především funkci zvládací strategie (např. úniku od nepříjemných pocitů);
- c) Změna tolerance (tolerance), projevující se nutností navyšovat dobu strávenou danou aktivitou pro dosažení kýženého účinku;
- d) Symptomy z odejmutí (withdrawal symptoms), resp. abstinenční příznaky, které mohou mít podobu narůstajícího neklidu či jiných nepříjemných psychických stavů, doprovázených silným nutkáním realizovat danou aktivitu;
- e) Konflikt (conflict), jenž může být jak interpersonální (konflikt s okolím), tak intrapersonální (konflikt se sebou samotným) povahy. Intrapersonální konflikt bývá doprovodem silné potřeby dosáhnout krátkodobého uspokojení, které však vede k negativním následkům z dlouhodobého hlediska. Konflikt interpersonální může být důsledkem výlučnosti dané aktivity na úkor času tráveného s blízkými osobami, změny chování či prožívání a tak podobně;
- f) Relaps (relapse), který bývá definován jako návrat k původním vzorcům chování poté, co se jedinec snažil dosáhnout změny.

Ačkoliv se na tato témata od padesátých let zaměřovala celá řada studií, v rámci 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která je v České republice ještě stále platná, neexistuje pro digitální závislost samostatná diagnostická jednotka. Doposud proto formálně spadá do diagnózy s kódovým označením F63.8, tedy „jiné nutkavé a impulzivní poruchy“. 11. revize MKN do tohoto tématu přináší změnu – setkáme se zde totiž s následujícími nozologickými jednotkami poruch, které se týkají užívání technologií:

- ◆ 6C51.0 Patologické hraní digitálních her, převážně online (Gaming Disorder, predominantly online).
- ◆ 6C51.1 Patologické hraní digitálních her, převážně offline (Gaming Disorder, predominantly offline).

Samotnou diagnózu pro závislost na dalších prvcích digitálního světa však budeme i v MKN-11 hledat marně. Spolu s ostatními tak patří do kategorie 6C7Y Jiné poruchy způsobené návykovým chováním (Other Specified Disorders Due to Addictive Behaviours).

Diagnostické vymezení dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace DSM-5

Digitální závislost, resp. závislost na hraní digitálních her, je také popsána v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-5-TR), který je používán odborníky na duševní zdraví pro diagnostiku duševních poruch paralelně

s Mezinárodní klasifikací nemocí. V DSM-5-TR je tento stav označen jako Porucha hraní internetových her (Internet Gaming Disorder, IGD). IGD je tato problematika zahrnuta v sekci, která podtrhuje význam dalšího výzkumu a vývoj diagnostiky (spolu s na příklad poruchou užívání kofeinu a jinými stavy) a není oficiálně klasifikována jako závislost. Naproti tomu Porucha hazardního hraní (Gambling disorder) je jedinou behaviorální závislostí identifikovanou v DSM-5-TR.

Přesto DSM-5-TR uvádí několik kritérií, které mohou klasifikovat závažnost poruchy na hraní digitálních her. IGD musí způsobovat „významné narušení nebo nouzi“ (impairment or distress) v několika aspektech života člověka. Navrhovaný stav je omezen na hraní her a nezahrnuje problémy s obecným užíváním internetu, online hazardním hraním nebo užíváním sociálních médií či chytrých telefonů. Navrhované příznaky poruchy hraní internetových her zahrnují:

- ◆ posedlost (zaměření se) hraním her,
- ◆ abstinenční příznaky při nemožnosti hrát hry (smutek, úzkost, podrážděnost),
- ◆ tolerance, potřeba trávit více času hraním pro uspokojení touhy,
- ◆ neschopnost omezit hraní, neúspěšné pokusy přestat hrát,
- ◆ opouštění jiných aktivit, ztráta zájmu o dříve oblíbené aktivity kvůli hraní,
- ◆ pokračování v hraní i přes problémy, které tato aktivita jedinci přináší,
- ◆ klamání členů rodiny nebo ostatních ohledně času stráveného hraním,
- ◆ používání hraní her k úlevě od negativních emocí, jako je vina nebo bezradě,
- ◆ riziko, ohrožení nebo ztráta zaměstnání (problémy se školní docházkou) či vztahu kvůli hraní.

Podle navrhovaných kritérií by diagnóza poruchy hraní internetových her vyžadovala přítomnost pěti nebo více z těchto příznaků v uplynulých 12 měsících (American Psychiatric Association, 2022).

Digitální technologie nemají ovšem jen své stinné stránky ve smyslu rozvoje rizikového a závislostního chování. V rámci adiktologické léčby mohou nalézt uplatnění, především v být v oblasti dětské a dorostové adiktologii, neboť pro dospívající je digitální svět přirozeným prostředím. Telemedicína je oblast, která zaznamenává rychlý rozvoj a může nabídnout evidence based intervence v místech, kde není širší dostupnost služeb (Marsch & Bodorovsky, 2016). Přestože roste nabídka digitálních intervencí a jejich vývoj, neměly by tyto intervence plně nahradit živé pracovníky. Někteří klienti nejsou ochotni využívat digitální intervence a někteří potřebují osobní vztah kvůli komplexnosti svých problémů a jejich závažnosti. Výzkumníci podtrhují evidence based podstatu hodnoty intervencí založených na osobním setkávání klientů. Stejně důležité jsou také intervence v akutním stádiu potíží, kdy je doporučovaná péče založená na osobním setkání (Hoch et al., 2014). Velký vývoj využití digitálních zařízení a platform je zaznamenán v oblasti programů a intervencí založených na principech contingency managementu (Stanger & Budney, 2019).

3. DIAGNOSTIKA A HODNOCENÍ

3.1 SCREENING

Mezi profesionály, kteří se mohou jako první setkat se symptomy rizikového chování dětí a dospívajících v souvislosti s užíváním digitálních technologií, jsou lékaři primární péče (pediatři), lékaři na odděleních akutní medicíny, psychiatři, pediatrické a psychiatrické sestry, školští pracovníci, lektoři primární prevence, sociální pracovníci (např. OSPOD). Všichni tito pracovníci by měli využívat screeningových nástrojů pro zachycení rizikového chování v oblasti digitálních závislostí. V českém prostředí také vznikají metodiky a školení určené pro lékařské (Kabíček et al., 2020) a nelékařské pracovníky, pro sociální pracovníky a pro školské pracovníky (iprev.cz). Screening může být veden pouze s dítětem či dospívajícím (např. školská zařízení) nebo může být využit model rozděleného screeningu, který navrhuje přítomnost rodiče po omezenou dobu, ale doplňuje obraz situace o informace od blízkých osob. V druhé části je rozhovor veden pouze s dítětem či dospívajícím v důvěrném prostředí.

3.2 KRÁTKÁ INTERVENCE

Na screening navazuje nástroj krátké intervence využívající složky motivačních rozhovorů. Využití principů motivačních rozhovorů může být vhodné také pro řešení užívání u osob, které nevyhledávají léčbu. Pokud je vyhodnoceno doporučení do specializované služby, motivační rozhovory mohou přispět ke zvýšení motivace navštívit tuto službu (Kulak & Griswold, 2019; Leukefeld, Gullota & Staton, 2009). Krátká intervence může být efektivní u všech dospívajících, ať již vykazují známky rizikového chování, nebo ne. Cíle krátké intervence jsou trojího druhu:

1. zabránit nebo oddálit zahájení užívání u dospívajících, kteří tak ještě nečiní,
2. zvýšit motivaci k odvykání u dospívajících, kteří již užívat začali nebo se u nich rozvinula závislost,
3. snížit akutní riziko a zvýšit motivaci k nástupu do specializované léčby u dospívajících se závislostí (Kaminer & Winters, 2020).

Poradenství/intervence by měly být uplatňovány co nejdříve po zjištění rizikového chování (Hadland et al., 2021; Gilvarry et al., 2012). Měly by být doručeny evidence based intervence a podpora služeb. Pokud nejsou zajištěny intervence, může se rizikové chování u mnohých zhoršovat a rozvinout se v dlouhodobé obtíže. Zhoršování rizikového chování a rozvoj závislosti v dlouhodobějším horizontu ztěžuje také následné intervence.

3.3 DIAGNOSTIKA

Samotná diagnostika problematiky digitální závislosti spadá do kompetence a rozhodnutí ošetřujícího lékaře (psychiatra, pediatra apod.). Ten může také vycházet z podkladů svých spolupracovníků v multidisciplinárním týmu, kterými mohou být například adiktolog nebo psycholog. K sestavení podkladů pro diagnostiku se z pravidla využívá testových a klinických diagnostických metod. Ke klinickým metodám

patří metoda pozorování, rozhovoru, anamnézy a analýzy spontánních produktů. Pro zhodnocení online rizikového chování se v českém prostředí využívá zejména dotazníků, které reflektují oblasti tohoto rizikového chování (riziko závislosti na internetu, na hraní digitálních her a na sociálních sítích). Před samotným klinickým posouzením přidělený pracovník informuje mladistvého, proč je nutné klinické posouzení provést, co je jeho cílem, co bude obnášet, s kým bude mladistvý v kontaktu a proč (Gilvarry et al., 2012). Některá kritéria adiktologických poruch představují relativně abstraktní a složité konstrukty (např. vysoká tolerance, zhoršená kontrola). Pro zlepšení validity hodnocení složitějších konstruktů je vhodné uvést stručný popis jevu, který je předmětem zájmu, aby se zajistilo společné porozumění posuzovaného jevu (Kaminer & Winters, 2020).

Doporučené dotazníky k diagnostice digitální závislosti

Internet addiction test (IAT)

Autorka: Young, K. (1998)

Internet Addiction Test (IAT) byl vytvořen Dr. Kimberly Young v roce 1998. Tento test se stal jedním z prvních nástrojů pro hodnocení závislosti na internetu a je široce využíván ve výzkumných i klinických kontextech. Test poskytuje vhled do toho, jak internet ovlivňuje život jedince v různých oblastech, jako jsou sociální interakce, pracovní výkonnost a emocionální zdraví. Test závislosti na internetu je 20 položkový dotazník, který je hodnocen na Likertově škále od nikdy až po stále. Položky v testu se zabývají jedincovým vztahem k internetu, jeho myšlenkami ohledně internetu a problémy, které plynou z jeho používání. Čím vyššího skóre jedinec dosahuje, tím vyšší je míra závislosti na internetu. Dotazník umožňuje posoudit vlastní internetovou závislost nebo také závislost druhého člověka (např. někoho, o koho máme starost) a identifikovat oblasti, na které má užívání internetu dopad. IAT patří mezi validní a reliabilní testy s velkým počtem hodnotících studií, které ověřují jeho psychometrické vlastnosti (28 studií v 17 různých jazycích). Jeho vyplnění zabere nejvýše 5 minut času (Young, 1998).

Dotazník závislosti na internetu (IDS9-SF)

Autoři: Pontes, H., Griffiths, M. (2015)

Český překlad: Suchá, J., Dolejš, M., Pipová, H. (2017)

Metoda je založena na sebesposouzení klasických kritérií vymezených pro behaviorální závislosti, které jsou ale v tomto případě upravené pro oblast internetu v obecném pojetí. Vyšší získané skóre indikuje vyšší úroveň závislostního užívání internetu. Metoda dokáže screeningově diferencovat mezi uživateli internetu, kteří jsou v riziku závislosti, od těch, kteří v riziku závislosti nejsou. Autoři této metody nedoporučují používat tento nástroj k izolované diagnostice případů závislosti na internetu. Tento postup by měl být zvažován pouze v případě, že je třeba rozlišit mezi případy pravděpodobně s poruchou a případy pravděpodobně bez poruchy. Metodu lze použít k odhadu závislosti na internetu (IA) a k zmapování škodlivého dopadu na život uživatele, přičemž se zaměřuje na volnočasové aktivity uživatelů realizované online (tj. tedy s výjimkou akademického

a/nebo pracovního používání internetu) na jakémkoli zařízení s přístupem k internetu v uplynulém roce (Pontes & Griffiths, 2016).

Bergenská škála závislosti na sociálních sítích (BSMAS)

Autoři: Andreassen, C.S., Torsheim, T., Brunborg, G.S., Pallesen, S. (2016)

Český překlad: Suchá, J., Ferklová, K., Pipová, H. (2021)

Metoda je jednodimenzionální a obsahuje šest položek, které odráží stěžejní symptomy závislosti se zaměřením na užívání sociálních sítí za poslední rok. Škála byla sestavena na základě šesti komponent behaviorální závislosti, které vymezil Griffiths (Andreassen et al., 2016).

Dotazník hraní digitálních her (DHDH)

Autoři metod: Suchá, J., Dolejš, M., Pipová, H. (2017)

Autoři příručky: Suchá, J., Dolejš, M., Pipová, H. & Charvát, M. (2019).

Dotazník hraní digitálních her je psychodiagnostický nástroj, který umožňuje diferencovat bezproblémové, problémové a závislé hráče digitálních her. Nástroj je možné použít nejenom jako orientační diagnostický screening, ale z důvodu toho, že položky jsou stěžejně zaměřeny na běžnou hráčovu zkušenost (ne tedy zjevně na sebeposouzení diagnostických kritérií), je možné ji využít také jako terapeutických nástroj a podklad pro rozhovor a pro následnou efektivní intervenci v zasažených oblastech hráčova života. Metoda je založena na 32 otázkách, z nich 30 položek cílí na hráčovu zkušenost a 2 položky jsou zaměřeny na dobu, kterou daný jedinec hraním tráví (Suchá et al., 2019).

Mladiství s rizikovým chováním v oblasti digitálních závislostí se závažnějším průběhem by v nejlepším případě měli mít možnost podstoupit komplexní a širší lékařské, psychologické a psychosociální zhodnocení. Mezi doporučené komponenty patří zdravotní anamnéza, zdravotní vyšetření, psychiatrické zhodnocení, adiktologické zhodnocení, dřívější pokusy o léčbu, vztahové osoby, vzdělání, případně zaměstnanost a sociální aktivity. (Hadland, 2021). Je zapotřebí zvažovat historii/anamnézu léčeb. Někdy je důležité v čase využít několika způsobů práce a volit několik přístupů, aby bylo zřejmé, který z přístupů je pro jedince nejlepší a nejefektivnější. Odpovídající specifická léčba by měla odpovídat symptomům a závažnosti poruch, to je kritické při zvažování zejména farmakologických intervencí u dospívajících. Pokud se symptomy nezlepšují psychoterapeutickou prací, užíváním psychofarmak mělo by se přistoupit k jejich dalšímu zvážení (SAMHSA, 2021).

3.4 VYHODNOCENÍ TESTOVÉ BATERIE V KLINICKÉM PROVOZU

Ambulance dětské a dorostové adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Na základě předložených diagnostických dotazníků jsme sestavili komplexnější testovou baterii, která obsahuje dotazníky mapující další oblasti sledovaných klientů/pacientů. Jedná se o komplexní strukturovaný dotazník určený pro rodiče

dětských a dospívajících pacientů obsahující základní demografické údaje, informace o sociálních vztazích, o psychickém stavu, právním postavení, škole, rodinné anamnéze a adiktologické anamnéze. Dále se jedná o sebeposuzovací test prožívané deprese, úzkosti a sebepojetí. Všechny nástroje jsou podrobně popsány níže. Ke sledování rizikového chování v oblasti digitálních technologií jsme zvolili Internet Addiction Test (IAT), Dotazník hraní digitálních her (DHDH) a Dotazník na sociální sítě (BSMAS). Rozšíření baterie o nástroje sledující duševní zdraví dětí a adolescentů v komplexnějším horizontu může přispět k vyšší efektivitě nejen diagnostiky, ale také péče o klienty, kdy rizikové chování může být spojeno s přidruženými duševními poruchami.

Strukturovaný anamnestický list (SAL)

Autor: Ambulance dětské a dorostové adiktologie Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze

SAL je komplexní strukturovaný dotazník, který vyplňují rodiče při první návštěvě ambulance. Dotazník obsahuje základní demografické údaje, informace o sociálních vztazích, o psychickém stavu, právním postavení, škole, rodinné anamnéze a adiktologické anamnéze. Oblasti základních údajů se dotýkají otázky na skutečnost, kdo klienta do služby posílá (rodiče, OSPOD, škola a jiné), kde se o službě dozvěděli (známý, web, leták, OSPOD apod.), zda má pacient/ka přiděleného kurátora nebo sociální pracovníci, zda byl pacient v minulosti hospitalizován nebo umístěn v nějaké službě či výchovném zařízení (detoxifikační jednotka, psychiatrická nemocnice, denní stacionář, ústavní výchova, středisko výchovné péče, vězení apod.). Oblast týkající se sociálních vztahů je postavena na otázkách „s kým hlavně tráví vaše dítě čas“ (s příbuznými, kteří nemají problém s užíváním alkoholu či jiných návykových látek, s příbuznými, kteří mají problémy s užíváním alkoholu či jiných návykových látek, obdobně další možnosti s přáteli bez problémů a s problémy, nebo možnost trávení času o samotě). Další otázky se týkají skutečnosti, zda rodiči vyhovuje, s kým jeho dítě tráví čas, kolik má dítě blízkých přátel a jestli mělo dítě během svého života velmi blízký vztah, kdy je možno udat více odpovědí (s matkou, s otcem, se sourozencem, se sexuálním partnerem, se spolužákem, s přítelem/přítečkou). Následující otázky se týkají oblasti psychického stavu a anamnézy, první otázka se doptává, zda a kolikrát se dítě léčilo pro duševní potíže v lůžkovém zařízení a) v ambulanci a) v ambulanci. Druhá otázka se týká skutečnosti, zda mělo dítě někdy v minulosti období, kdy mělo potíže, které nebyly důsledkem užíváním návykových látek (možnosti jsou deprese, těžké stavy úzkosti, sebepoškozování, halucinace/hlasy, neschopnost se ovládat, sebevražedný pokus, předepsané psychiatrické léky, myšlenky na sebevraždu, poruchy příjmu potravy, stavy, při nichž těžko něco chápalo, nesoustředilo se, nepamatovalo si). Pro oblast právního postavení byly stanoveny otázky, zda bylo dítě někdy zadržované, vyšetřované v souvislosti s prodejem drog nebo krádeží, násilným trestním činem nebo pro jiný trestní čin, druhá otázka se týkala situace, zda má pacient soudně nařízenou léčbu. Oblasti školy se dotýkaly otázky na ročník, který dítě studuje, typ studující školy (ZŠ, SŠ s maturitou, SŠ či SOU bez maturity, gymnázium, jiná), identifikaci školního prospěchu v posledním školním roce s možnostmi výborný (1,2), průměrný (3), podprůměrný

(4) a neprospívá (5). Následovaly otázky na školní postihy za poslední 3 měsíce a kdykoliv ve školní docházce s možnostmi snížená známka z chování, důtka učitele, důtka ředitele a jiné. Poslední otázkou ze školních údajů byla změna školy v průběhu studia. Oblast rodinné anamnézy je nejrozsáhlejší a otázky se doptávají na skutečnost, zda dítě pochází z rodiny úplné, neúplné (chybí rodič) a doplněné (nový partner v domácnosti). Další otázka se týká bydlení, s kým dítě žije (rodiče, matka, otec, prarodiče, sourozenci, partner/ka, sám/sama, střídavá péče, v chráněném prostředí, jiné). Další otázka byla na věk matky, otce, sourozenců. Následující otázka se týkala skutečnosti, zda pacient/ka má obtíže ve vztazích – biologická matka, biologický otec, nevlastní matka, nevlastní otec, vlastní sourozenci, nevlastní sourozenci, prarodiče. Ohrožení rodiny bylo zjišťováno možnostmi (s udáním možnostmi ano/ne) nezaměstnanost, jazykové znevýhodnění, chudoba, zdravotní znevýhodnění, dluhy, ztráta bydlení, závislosti, prostituce a jiné. Další komplex otázek byl na problematiku alkoholu, nelegálních návykových látek a psychických obtíží u matky pacienta/ky a příbuzných z matčiny strany (babička, dědeček, teta, strýc, jiní), obdobně u otce a příbuzných z otcovy strany, a také u sourozenců pacientů. Poslední oblastí dotazníku SAL je adiktologická anamnéza, kdy rodiče vyplňovaly tabulku s údaji o věku iniciace užívání, jak dlouho pacient/ka užívá, zda bylo přítomno užívání dané látky v posledních 30 dnech a jaká byla forma aplikace. Látky byly rozděleny do kategorií alkohol, cigarety, marihuana, MDMA/extáze, stimulancia/pervitin, halucinogeny, těkavé látky, heroin, metadon/subutex, jiné opiáty, tlumivé léky, kokain, více než jedna látka denně a poslední kategorií byly PC hry/gambling. Další otázka byla na stanovení hlavní/primární užívané látky a zda proběhl někdy pokus o abstinenci. Poslední komplex otázek byl na hodnocení různých oblastí života pacienta/ky (kdy rodič známkoval ve škále jako při známkování ve škole). Oblastmi byly psychické zdraví, fyzické zdraví, sociální fungování, vztahy s blízkými, konflikty se zákonem, kvalita života.

Inventář deprese u dětí (CDI 2)

Autor: Kovacs, M. (1998)

CDI 2 je krátký sebesposuzovací dotazník formy tužka-papír, který pomáhá posoudit kognitivní, afektivní a behaviorální příznaky deprese u dětí a dospívajících ve věku 7-17 let. Inventář obsahuje 28 položek, z nichž každá se skládá ze tří výroků. U každé položky má jedinec vybrat tvrzení, které nejlépe vystihuje jeho pocity. Hodnocení je určeno pro různé situace, včetně škol, poraden pro děti, pediatrických ordinací a dětských psychiatrických zařízení. Jeho vyplnění zabere přibližně 5 až 10 minut času.

Inventář testuje pomocí dvou škál: Emocionální problémy a Funkční problémy. Uvádějí se také čtyři dílčí škály: negativní nálada/fyzické příznaky, negativní sebehodnocení, interpersonální problémy, neefektivita (Kovacs & Devlin, 1998).

Revidovaná dětská škála zjevné úzkosti (RCMAS-2)

Autoři: Reynolds, C.R., Richmond, B.O. (1978)

Český překlad: Hrdličková, M.

RCMAS-2 je krátký, sebehodnotící nástroj, konstruovaný pro porozumění a léčbu

úzkostných potíží u dětí a dospívajících. Obsahuje 4 škály úzkosti a 2 validizační škály. Příručka RCMAS-2 obsahuje obecnou charakteristiku dotazníku a popis jednotlivých škál, zásady administrace a skórování, možnosti interpretace získaných dat a klinického využití dotazníku, které demonstrují jednotlivé kazuistiky. Další kapitoly se věnují historickým okolnostem vzniku škál měřící úzkost a psychometrickým charakteristikám dotazníku i použití RCMAS-2 ve výzkumném prostředí (Reynolds & Richmond, 1985). Vyplnění dotazníku, který zahrnuje 49 položek; vyhodnocení se provádí na záznamovém listu, vloženém do Propisovacího formuláře, a dosažené hrubé skóry se převádějí na standardní přímo v testovém profilu. Dotazník je tedy administrován ve formě tužka-papír. Vyhodnocení je rychlé a jednoduché na základě českých norem. České normy jsou vytvořeny na základě standardizačního vzorku 508 osob ve věku 6-19 let. Uváděná doba administrace je 10-15 min.

Dotazník sebezpojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (Jak vnímám sám/sama sebe)

Autoři: Piers, E.V., Herzberg, D.S.

Autoři české verze: Obereignerů, R. et al. (2015)

Dotazník sebezpojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 je 60položkový sebehodnotící dotazník s podtitulem Jak vnímám sám/sama sebe. Česká standardizace je určena pro děti a adolescenty ve věku od 9 let do 18 let.

Položky dotazníku Piers-Harris 2 zahrnují výroky, které popisují, jak lidé mohou vnímat sami sebe. Respondenti volí mezi možnostmi ano/ne podle toho, zda se na ně výrok vztahuje. Pro administraci lze využít verzi tužka papír (vyhodnocení usnadňuje propisovací dotazník). Administrace trvá většinou respondentů 10–15 minut.

Dotazník Piers-Harris 2 je využitelný v jakémkoliv výzkumném, vzdělávacím, poradenském anebo klinickém prostředí, kde je potřeba získat kvantitativní hodnocení sebezpojetí dítěte. Vzhledem ke snadné skupinové administraci lze dotazník jednoduše využít jako screeningový nástroj ve školních třídách ke zjištění, kterým dětem by mohlo prospět další psychologické vyšetření. Dotazník Piers-Harris 2 mohou administrovat a vyhodnocovat učitelé a jiní odborníci z nepsychologických profesí, závěrečná zodpovědnost za využití a interpretaci je však na psychologovi s dostatečným výcvikem v psychologickém vyšetřování (Orel et al., 2015).

Výběrový soubor

Výběrový soubor činil 38 pacientů, kteří prošli vstupním zhodnocením při zahájení léčby v Ambulanci dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze v období říjen 2023 až červen 2024. Vstupní zhodnocení mělo jako svou součást vyplnění testové baterie (CDI-II, RCMAS-2, Piers Harris, SAL, IAT, DHDH, BCMAS).

Věk pacientů se pohyboval v rozmezí od 11 let do 18 let (Tabulka 1). Vyšší zastoupení tvořili pacienti ve věku od 14 do 17 let, kdy nejčastějším věkem pacientů byl věk 15 let (31,6 %). Chlapci byli zastoupeni přibližně v 63 %, dívek bylo tedy 37 %. Z celkového počtu 38 pacientů splňovalo mírnou, střední nebo těžkou úroveň závislosti na internetu 22 participantů (57,9 %), z toho bylo 12 chlapců (54,5 %) a 10 dívek (45,5 %).

Tabulka 1:

Zastoupení pacientů ve studii, rozdělení dle věku a pohlaví

Věk v letech	Chlapci (%)	Dívky (%)
11	0 (0)	1 (2,6)
12	0 (0)	1 (2,6)
13	1 (2,6)	0 (0)
14	2 (5,3)	4 (10,6)
15	7 (18,4)	5 (13,2)
16	4 (10,6)	2 (5,3)
17	8 (21,1)	1 (2,6)
18	2 (5,3)	0 (0)



Závislost na internetu dle IAT, závislost na hraní digitálních her dle DHDH a závislost na užívání sociálních sítí dle BSMAS

Test závislosti na internetu (IAT)

Celkově se v našem souboru nacházelo 44,7 % bezproblémových uživatelů, 44,7 % osob se známkami mírné úrovně závislosti na internetu, 7,9 % se střední úrovní závislosti a 2,6 % s těžkou úrovní závislosti. Mezi chlapci bylo 54,17 % bezproblémových uživatelů internetu, 41,67 % vykazovalo mírnou úroveň závislosti, 4,17 % střední úroveň závislosti a žádný z chlapců neměl závažnou úroveň závislosti. U dívek bylo 28,57 % bezproblémových uživatelů, 50 % mělo mírnou úroveň závislosti, 14,29 % střední úroveň a 7,14 % závažnou úroveň závislosti.

Dotazník hraní digitálních her (DHDH)

Celkově v souboru bylo 76,3 % osob bez problémů v oblasti hraní digitálních her, 13,2 % osob se známkami problémového hraní, 10,5 % se známkami závislosti. Z výsledků vyplývá, že 70,83 % chlapců hraje digitální hry bez problémů, 16,67 % má problémové hraní a 12,50 % vykazuje závislost na hraní her. U dívek je 85,71 % bezproblémových hráček, 7,14 % má problémové hraní a 7,14 % vykazuje závislost na hraní her.

Škála závislosti na sociálních sítích (BSMAS)

Celkově v souboru bylo 71,1 % osob bez problémů v oblasti užívání sociálních sítí, 26,3 % osob se známkami problémového užívání a 2,6 % se známkami závislosti. U chlapců 91,67 % užívá sociální sítě bez problémů, 8,33 % má problémové užívání a žádný z chlapců nevykazuje závislost na sociálních sítích. Na druhé straně u dívek je 35,71 % bezproblémových uživatelů, 57,14 % má problémové užívání a 7,14 % vykazuje závislost na užívání sociálních sítí (Tabulka 2).

Tabulka 2:

Prevalence závislosti na internetu, na hraní digitálních her a na užívání sociálních sítí

	Dotazník závislosti na internetu, IAT (%)	Dotazník hraní digitálních her, DHDH (%)	Škála závislosti na sociálních sítích, BSMAS (%)	
Bezproblémové užívání	44,7	Bezproblémové užívání	76,3	71,1
Mírná úroveň závislosti	44,7	Problémové užívání	13,2	26,3
Střední úroveň závislosti	7,9	Závislost	10,5	2,6
Těžká úroveň závislosti	2,6			

Srovnání výsledků ze screeningových dotazníků IAT, DHDH a BSMAS

Pacienti se střední a těžkou úrovní závislosti na internetu dle IAT vykazují 25% šanci na výskyt projevů závislosti na hraní digitálních her, stejná šance platí i pro problémové hraní digitálních her dle dotazníku DHDH. Pravděpodobnost, že pacient se stejnou úrovní závislosti bude vykazovat známky závislosti na sociálních sítích, je také 25 %, zatímco pro problémové užívání sociálních sítí je tato pravděpodobnost 75 %. U pacientů s mírnou úrovní závislosti na internetu dle IAT je pravděpodobnost vykazování známek závislosti na hraní digitálních her přibližně 17,65 %. Šance, že takový pacient bude vykazovat známky problémového hraní digitálních her dle dotazníku DHDH, je přibližně 23,53 %. Žádný pacient s mírnou úrovní závislosti na internetu dle IAT nevykazoval známky závislosti na sociálních sítích, ovšem problémové užívání sociálních sítí bylo zjištěno u 41,18 % pacientů. Pravděpodobnost, že pacient, který dle IAT vykazoval známky střední nebo těžké závislosti na internetu, zároveň vykazoval známky závislosti na hraní digitálních her nebo závislosti na užívání sociálních sítí, byla 50 %. Všechny vztahy mezi

hodnotami IAT a DHDH, resp. BSMAS byly statisticky testovány a všechny vztahy mezi hodnotami byly statisticky významné.

Uvedené výsledky vedou k diskuzi, že aktivity dětí a mladistvých v digitálním světě jsou široké a nejedná se pouze o aktivity spojené s hraním digitálních her a užíváním sociálních sítí. Škála závislosti na sociálních sítích také vyjmenovává konkrétní sociální sítě (Facebook, Instagram, X, Tik Tok), ale opomíjí na příklad velmi užívaný YouTube nebo Twitch a chatovací platformy. Při rozšíření o další platformy by zřejmě zvyšovaly prevalenci problémového užívání či závislosti dle této škály.

Při kvalitativním přístupu k nasbíraným výrokům v jednotlivých dotaznících nacházíme významné charakteristiky v zaznamenaných odpovědích. Přestože některé dotazníky sledující závislost na internetu, hraní digitálních her nebo užívání sociálních sítí v celkovém skóru nedosahovaly hodnot stanovujících úroveň závislosti, poukazovaly na klinicky důležité a závažné symptomy tohoto rizikového chování. Jedná se zejména o společnou charakteristiku využívání digitálního světa jako únikové strategie před nelibými pocity, nudou nebo každodenními starostmi. Další častou společnou charakteristikou je využívání digitálních technologií po 22. hodině na úkor spánku a v oblasti hraní digitálních her využívání hazardních prvků (např. lootboxy).

Prožívání deprese, úzkosti a úroveň sebepojetí

Prožívání deprese dle CDI-2

V našem souboru odrážejí různé úrovně prožívání deprese hodnoty z dotazníku prožívání deprese CDI-2. Hodnotu závažného prožívání deprese uvádí 26 osob, což představuje 68,4 % z celkového počtu. Z těchto 26 osob je 16 chlapců (42,1 % celkového počtu) a 10 dívek (26,3 % celkového počtu). Mírné prožívání deprese uvádějí 4 osoby, což představuje 10,5 % z celkového počtu. Z těchto 4 osob jsou 2 chlapci (5,3 % celkového počtu) a 2 dívky (5,3 % celkového počtu). Normu, a tedy nebyla přítomna známka prožívání deprese, uvádí 8 osob, což představuje 21,1 % z celkového počtu. Z těchto 8 osob je 6 chlapců (15,8 % celkového počtu) a 2 dívky (5,3 % celkového počtu).

Prožívání deprese dle CDI-2 u pacientů s mírnou, střední a těžkou úrovní závislosti na internetu

Závažné prožívání deprese uvádí 16 osob mírnou, střední a těžkou úrovní závislosti na internetu, což představuje 42,1 % z celkového počtu. Z těchto 16 osob je 9 chlapců (23,7 % celkového počtu) a 7 dívek (18,4 % celkového počtu). Mírné prožívání deprese uvádí 1 dívka, což představuje 2,6 % z celkového počtu. Normu, tedy bez známky prožívání deprese, uvádí 4 osoby, což představuje 10,5 % z celkového počtu. Z těchto 4 osob jsou 2 chlapci (5,3 % celkového počtu) a 2 dívky (5,3 % celkového počtu) (Tabulka 3).

Tabulka 3:

Prožívání deprese u všech pacientů a u pacientů se závislostí na internetu dle IAT

CDI-2	Chlapci (%)	Dívky (%)	Celkem (%)
Norma	6 (15,8)	2 (5,3)	8 (21,1)
Mírné prožívání deprese	2 (5,3)	2 (5,3)	4 (10,5)
Závažné prožívání deprese	16 (42,1)	10 (26,3)	26 (68,4)
CDI-2 závislost na internetu			
Norma	2 (5,3)	2 (5,3)	4 (10,5)
Mírné prožívání deprese	0 (0)	1 (2,6)	1 (2,6)
Závažné prožívání deprese	9 (23,7)	7 (18,4)	16 (42,1)

Prožívání úzkosti dle RCMS-2

Závažné prožívání úzkosti uvádí 15 osob, což představuje 39,5 % z celkového počtu. Z těchto 15 osob je 8 chlapců (21,1 % celkového počtu) a 7 dívek (18,4 % celkového počtu). Mírné prožívání úzkosti uvádí 11 osob, což představuje 28,9 % z celkového počtu. Z těchto 11 osob je 6 chlapců (15,8 % celkového počtu) a 5 dívek (13,2 % celkového počtu). Normu, tedy bez známky prožívání úzkosti, uvádí 12 osob, což představuje 31,6 % z celkového počtu. Z těchto 12 osob je 10 chlapců (26,3 % celkového počtu) a 2 dívky (5,3 % celkového počtu).

RCMS-2 u pacientů s mírnou, střední a těžkou úrovní závislosti na internetu

Závažné prožívání úzkosti uvádí 8 osob s mírnou, střední a těžkou úrovní závislosti na internetu dle IAT, což představuje 21,1 % z celkového počtu. Z těchto 8 osob jsou 4 chlapci (10,5 % celkového počtu) a 4 dívky (10,5 % celkového počtu). Mírné prožívání úzkosti uvádí 7 osob, což představuje 18,4 % z celkového počtu. Z těchto 7 osob jsou 3 chlapci (7,9 % celkového počtu) a 4 dívky (10,5 % celkového počtu). Normu bez příznaků prožívání úzkosti uvádí 6 osob, což představuje 15,8 % z celkového počtu. Z těchto 6 osob jsou 4 chlapci (10,5 % celkového počtu) a 2 dívky (5,3 % celkového počtu) (Tabulka 4).

Tabulka 4:

Prožívání úzkosti u všech pacientů a u pacientů se závislostí na internetu dle IAT

RCMAS-2	Chlapci (%)	Dívky (%)	Celkem (%)
Norma	10 (26,3)	2 (5,3)	8 (21,1)
Mírné prožívání úzkosti	6 (15,8)	5 (13,2)	11 (28,9)
Závažné prožívání úzkosti	8 (21,1)	7 (18,4)	15 (39,5)
RCMAS u závislosti na internetu			
Norma	4 (10,5)	2 (5,3)	6 (15,8)
Mírné prožívání úzkosti	3 (7,9)	4 (10,5)	7 (18,4)
Závažné prožívání úzkosti	4 (10,5)	4 (10,5)	8 (21,1)

Dotazník sebepojetí Piers-Harris- 2

Hodnoty, které odpovídají negativnímu sebepojetí, uvádí 18 osob, což představuje 47,4 % z celkového počtu. Z těchto 18 osob je 9 chlapců (23,7 % celkového počtu) a 9 dívek (23,7 % celkového počtu). Zdravé sebepojetí uvádí 9 osob, což představuje 23,7 % z celkového počtu. Z těchto 9 osob je 6 chlapců (15,8 % celkového počtu) a 3 dívky (7,9 % celkového počtu). Vysoké vnímání sebe sama mají celkem 4 osoby, což představuje 10,5 % z celkového počtu. Z těchto 4 osob jsou 4 chlapci (10,5 % celkového počtu) a žádná dívka (0 % celkového počtu). V našem souboru je také 7 osob, u nichž nebylo možné dotazník z důvodu validity vyhodnotit, což představuje 18,4 % z celkového počtu. Z těchto 7 osob je 5 chlapců (13,2 % celkového počtu) a 2 dívky (5,3 % celkového počtu).

Dotazník sebepojetí Piers-Harris- 2 u pacientů s mírnou, střední a těžkou úrovní závislosti na internetu

Hodnoty, které odpovídají negativnímu sebepojetí, uvádí 10 osob s mírnou, střední a těžkou úrovní závislosti na internetu dle IAT, což představuje 26,3 % z celkového počtu. Z těchto 10 osob jsou 4 chlapci (10,5 % celkového počtu) a 6 dívek (15,8 % celkového počtu). Zdravé sebepojetí uvádí celkem 6 osob, což představuje 15,8 % z celkového počtu. Z těchto 6 osob jsou 4 chlapci (10,5 % celkového počtu) a 2 dívky (5,3 % celkového počtu). Vysoké vnímání sebe sama nemá v tomto souboru nikdo. V souboru je také 5, u nichž nebylo možné dotazník vyhodnotit, což představuje 13,2 % z celkového počtu. Z těchto 5 osob jsou 3 chlapci (7,9 % celkového počtu) a 2 dívky (5,3 % celkového počtu) (Tabulka 5).

Tabulka 5:

Vnímání sebepojetí u všech pacientů a u pacientů se závislostí na internetu dle IAT

Piers-Harris-2	Chlapci (%)	Dívky (%)	Celkem (%)
Negativní sebepojetí	9 (23,7)	9 (23,7)	18 (47,4)
Zdravé sebepojetí	6 (15,8)	3 (7,9)	9 (23,7)
Vysoké sebepojetí	4 (10,5)	0 (0)	4 (10,5)
Nevyhodnocen	5 (13,2)	2 (5,3)	7 (18,4)
Piers-Harris-2 u závislosti na internetu			
Negativní sebepojetí	4 (10,5)	6 (15,8)	10 (26,3)
Zdravé sebepojetí	4 (10,5)	2 (5,3)	6 (15,8)
Vysoké sebepojetí	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nevyhodnocen	3 (7,9)	2 (5,3)	5 (13,2)

Vztahy mezi hodnotami ze screeningových dotazníků (IAT, DHDH a BSMAS) a hodnotami testů sledujících míru prožívání deprese, úzkosti a sebepojetí u dětí a adolescentů

Při analýze statisticky významných vztahů mezi těžkou a střední úrovní závislosti na internetu, závislosti na digitálních hrách nebo problémovým hraním digitálních her, závislosti na užívání sociálních sítí nebo problémovým užíváním sociálních sítí a mezi výslednými hodnotami celkových skóre dotazníků sledující míru prožívání deprese (CDI-2), úzkosti (RCMAS-2) nebo úrovní sebehodnocení (Pier Harris 2) nebyl zjištěn žádný statisticky významný vztah.

Při analýze jednotlivých subškál dotazníků jsme potvrdili statisticky významný vztah mezi těžkou, střední a mírnou úrovní závislosti na internetu a vysokými hodnotami v testu zjevné úzkosti (RCMAS-2) v oblasti sociální úzkosti.

Toto zjištění odpovídá klinické zkušenosti, kdy děti s problémy v navazování a udržování vztahů nad běžné potíže v dospívání, mají tendence více unikat na internet a hledat možná přátelství v online prostředí. Digitální svět jim umožňuje testovat různé přístupy v seznamování, mohou testovat rozmanité stránky své identity, nejsou též příliš limitováni pocitem studu, možného zklamání nebo zahanbením apod. Současně se ukazuje, že tento „online“ trénink sociálních dovedností nenaplnuje dostatečně jejich vývojové sociální potřeby a také nezlepšuje jejich sociální uplatnění v reálném životě.

4. PREVENCE

Školské preventivní programy hrají klíčovou roli v oblasti primární prevence, potažmo v prevenci rizikového chování u digitálních technologií. Jejich význam a úlohu lze shrnout následovně:

- 1. Zvyšování povědomí:** Školské programy poskytují studentům informace o rizicích spojených s nadměrným používáním digitálních technologií, jako jsou sociální izolace, zhoršení akademického výkonu, problémy se spánkem a duševním zdravím.
- 2. Vzdělávání o bezpečném používání technologií:** Programy učí studenty, jak bezpečně a zodpovědně používat internet a sociální média, včetně témat jako kyberšikana, ochrana soukromí a správné zacházení s osobními údaji.
- 3. Rozvoj digitální gramotnosti:** Studenti se učí kriticky hodnotit informace dostupné online, rozlišovat mezi důvěryhodnými a nedůvěryhodnými zdroji a rozpoznávat dezinformace a falešné zprávy.
- 4. Podpora zdravých návyků:** Preventivní programy podporují zdravé návyky při používání digitálních technologií, jako je nastavení časových limitů, pravidelné přestávky a zapojení do offline aktivit.
- 5. Posilování sociálních dovedností:** Programy pomáhají studentům rozvíjet sociální dovednosti a osobní interakce mimo digitální svět, což je klíčové pro jejich celkový sociální a emocionální rozvoj.
- 6. Identifikace a podpora jedinců s rizikovým chováním:** Školské programy mohou pomoci identifikovat studenty, kteří vykazují známky digitální závislosti nebo jiného rizikového chování, a poskytnout jim včasnou podporu a intervence.
- 7. Zapojení rodin:** Programy mohou zahrnovat také rodiče a rodiny, poskytují jim informace a nástroje, jak podporovat zdravé používání technologií doma, a zvyšují jejich povědomí o možných rizicích.
- 8. Podpora duševního zdraví:** Preventivní programy zahrnují aktivity a strategie zaměřené na podporu duševního zdraví, které mohou pomoci snížit stres, úzkost a další psychické problémy spojené s nadměrným používáním digitálních technologií.
- 9. Interdisciplinární přístup:** Programy často zahrnují spolupráci mezi učiteli, školními psychology, zdravotníky a dalšími odborníky, což umožňuje komplexní a koordinovaný přístup k řešení problémů.
- 10. Vytváření bezpečného a podpůrného prostředí:** Školské preventivní programy přispívají k vytváření bezpečného a podpůrného školního prostředí, kde se studenti cítí dobře a mají přístup k potřebné pomoci.

Školské preventivní programy poskytují studentům, rodičům a školnímu personálu znalosti, dovednosti a nástroje potřebné k efektivnímu zvládnutí a prevenci rizikového chování spojeného s digitálními technologiemi, což přispívá k celkové pohodě a zdravému vývoji dětí a dospívajících.

5. LÉČEBNÝ PLÁN

Individuální léčebný plán může hrát klíčovou roli v léčbě dětí a adolescentů s digitálními závislostmi z několika důvodů:

- 1. Personalizovaný přístup:** Každé dítě nebo adolescent má jedinečné potřeby, zkušenosti a úroveň závislosti. Intervence mohou být navrženy s ohledem k potřebám každého jednotlivce.
- 2. Stanovení konkrétních cílů:** Plán pomáhá definovat jasné, dosažitelné a měřitelné cíle, které jsou přizpůsobené specifickým problémům a schopnostem daného jedince. To může zvyšovat pravděpodobnost úspěchu léčby.
- 3. Systematický přístup:** Individuální léčebný plán umožňuje strukturovaný a systematický přístup k léčbě, který zahrnuje pravidelné hodnocení pokroků a přizpůsobení terapie podle potřeby.
- 4. Komplexní pokrytí problémů:** Plán zahrnuje nejen řešení samotné závislosti, ale také další relevantní oblasti, jako je psychické zdraví, školní úspěšnost, sociální vztahy a fyzické zdraví.
- 5. Zapojení rodiny:** Plán často zahrnuje i rodinné intervence a podporu, protože rodinné prostředí hraje klíčovou roli v zotavení a prevenci relapsu.
- 6. Posílení motivace:** Individuální léčebný plán může pomoci udržet motivaci k léčbě tím, že umožňuje sledovat pokroky a úspěchy.
- 7. Flexibilita a přizpůsobivost:** Plán je dynamický a může být přizpůsoben změnám v průběhu léčby, čímž se zajišťuje, že terapie zůstane relevantní a účinná i v případě změny situace nebo potřeb.
- 8. Prevence relapsu:** Plán zahrnuje strategie pro prevenci relapsu, které jsou přizpůsobeny konkrétním spouštěčům a rizikovým situacím daného jedince.

Intervence je vhodné provádět s co největší informovaností a srozumitelností každého kroku v terapii. Rozhodování o těchto krocích a o celkovém plánu léčby je za účasti klienta, tento plán je následně dodržován. V péči je nutné zachovávat práva a důvěru. Ze studií dle Gilvarry (2016) vyplývá, že pro úspěšnost léčby je vhodnější, když se nemění styční terapeuté klienta a je zachována kontinuita péče. Opakování vstupních rozhovorů u nových terapeutů spojené s opětovným s vyprávěním celé situace a celého klientova příběhu snižuje motivaci a důvěru k léčbě. Mladistvý má mít možnost vstupu a opakovaného vstupu do péče, když ji potřebuje (Gilvarry et al., 2016). Zhodnocení celkového stavu dospívajícího a jeho referování do další péče by mělo být na systému založené s akceptací mezirezortního přístupu. Koordinace léčby by měla být realizována s potřebnými službami v oblasti sociální práce a právních poraden. Koordinace péče by měla vycházet z přístupu zaměřeného na jedince a jeho individuální potřeby, silných a slabých stránek. Služby by také měly být koordinovány v rámci klientovy komunity. Komunitou se rozumí blízké funkční okolí jedince, které kromě rodinných vztahů počítá se vztahy sousedskými, pracovními, vřevnickými apod. Patří sem ovšem také instituce, které jsou nebo mohou být spojeny s životem jedince, jako jsou zdravotní

nebo sociální služby v místě bydliště (SAMHSA, 2021). Poskytovatelé léčebných služeb a terapeuté by měli tyto služby učinit zajímavými pro danou cílovou skupinu klientů a reagovat na potřeby mladých lidí; respektem, pravdivostí a citlivým přístupem si získat jejich důvěru (Gilvarry et al., 2016).

Pro úspěšnost a udržení dosažených změn léčby je vhodné průběžně identifikovat bariéry a zlepšovat zdroje k jejímu dokončení. Přijetí léčby není jediným faktorem, který u mladistvého může být důležitý k dokončení léčby (SAMHSA, 2021). Ukazuje se klíčová role dostupnosti služeb, odpovědnost profesionálů za zaujetí léčebným programem a rovněž nabídka péče v komplexním systému. Komplexní systém vedle péče adiktologické a psychologické zahrnuje péči farmakoterapeutickou. Nabídka farmakologické péče by měla být zvažována ihned po detekci rizikového chování, aby společně s adiktologickou terapií zlepšovala efektivitu péče. Farmakologická péče vedená v rámci standardu péče patří mezi evidence based intervence. Účast mladistvých na běžné zdravotní péči patří mezi nejnižší ze všech věkových skupin (Hadland, 2021). Dále je nutné posuzovat vlivy rodiny a vlastnosti rodinného systému (SAMHSA, 2021).

Dobrovolnost

Přestože je možné v některých případech doporučit léčbu bez souhlasu dospívajícího, je nutné zvážit rizika takového kroku profesionálem. Riziko spočívá na jedné straně v narušení důvěry v terapeutické spojení, sníženou motivaci k docházení na následná kontrolní vyšetření, na druhé straně může docházet k zachování závislostního chování (Kaminer & Winters, 2020). Nedobrovolný závazek k léčbě potlačuje autonomii dospívajícího a může být asociována se špatnými výsledky stran efektivity léčby. Vyskytuje se také vyšší riziko k selhání ve vzdělávacím procesu (např. absence ve škole, horší výsledky apod.). specifická je situace při hospitalizaci, kdy má dospívající méně autonomie vzhledem k nutnosti zajistit jeho bezpečí a nabídnout možnosti k rozvoji prosociálních aktivit, které jsou kritické pro pokračování ve zdravém vývoji a úzdavě. Ve chvíli, kdy je mladistvý stabilizován pomocí hospitalizace, měl by se vrátit do komunity s následnými kontrolními vyšetřeními a léčbou v ambulantním zařízení (Hadland et al., 2021).



6. TERAPEUTICKÉ INTERVENCE

Princip a žádoucí účinek terapeutických intervencí u dětí s digitálními závislostmi a jejich rodin se zaměřuje na několik klíčových oblastí. Obecně lze říci, že cílem je:

- 1. Snížení závažnosti rizikového chování v oblasti digitálních technologií:** Hlavním cílem je omezit čas strávený na digitálních zařízeních a snížit závislostní chování. To zahrnuje stanovení zdravých limitů pro používání technologií a podporu vyváženějšího životního stylu.
- 2. Posílení sebeovládání a seberegulace:** Posílení sebeovládání a seberegulace jsou klíčové pro zvládnutí impulzivního chování spojeného s digitální závislostí.
- 3. Zlepšení psychického a emocionálního zdraví:** Terapie se zaměřuje na řešení psychických a emocionálních problémů, které mohou být příčinou nebo důsledkem digitální závislosti, jako jsou úzkost, deprese, nízké sebevědomí nebo sociální izolace.
- 4. Podpora zdravých vztahů:** Intervence usilují o zlepšení komunikace a vztahů mezi dětmi a jejich rodinami. Cílem je posílit rodinnou soudržnost, podporu a vzájemné porozumění, což může mít pozitivní vliv na zvládnutí závislosti.
- 5. Rozvoj zdravých návyků a alternativních aktivit:** Identifikace a zapojení se do zdravých a smysluplných aktivit může nahradit čas strávený na digitálních zařízeních.
- 6. Prevence relapsu:** Terapie zahrnuje rozvoj strategií a dovedností, které pomáhají předcházet návratu k závislostnímu chování. To může zahrnovat identifikaci spouštěčů, rozvoj zvládacích strategií a vytvoření podpůrného prostředí.
- 7. Zvyšování povědomí a vzdělávání:** Terapeutické intervence zahrnují vzdělávání dětí i jejich rodičů o rizicích a důsledcích digitální závislosti, což zvyšuje povědomí a podporuje informovaná rozhodnutí o používání technologií.
- 8. Komunitní podpora:** Terapie může zahrnovat zapojení do skupinových aktivit nebo podpůrných skupin, kde děti a rodiny mohou sdílet své zkušenosti a získávat podporu od ostatních, kteří čelí podobným problémům.

Žádoucí účinek těchto intervencí zahrnuje:

- ◆ **Zlepšení kvality života:** Snížením závislosti na digitálních technologiích a zlepšením psychického a emocionálního zdraví dochází ke zlepšení celkové kvality života dětí a jejich rodin.
- ◆ **Posílení rodinných vazeb:** Lepší komunikace a podpora v rodině vedou k silnějším a zdravějším rodinným vztahům.
- ◆ **Zvýšení sebevědomí a sebedůvěry:** Děti a dospívající získávají dovednosti a nástroje potřebné k zvládnutí svých emocí a chování, což posiluje jejich sebevědomí a sebedůvěru.
- ◆ **Lepší sociální dovednosti:** Podpora alternativních aktivit a zdravých vztahů pomáhá dětem rozvíjet sociální dovednosti a navazovat smysluplné vztahy mimo digitální svět.

6.1 INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE

Adiktologická terapie individuální u dětí a mladistvých je indikována lékařem po komplexním vyšetření dotyčného. Intervence by měly být koordinované v mezirezortním přístupu a nejlépe v komunitním prostředí. Neexistuje v současné době žádný komplexní multikomponentní program, který by byl nadřazen jinému. V klinické rovině je důležité zachovávat v daném programu jeden koherentní přístup sdílený všemi členy týmu (Gilvarry et al., 2016). Faktory, které mohou mít vliv nejen na rizikové chování, ale také na setrvání a efektivitu léčby dělíme na dvě hlavní skupiny. Protektivní faktory, které jsou spojeny s vyšší pravděpodobností výstupů v léčbě nebo redukcí rozvoj rizikového chování. Mezi protektivní faktory na úrovni jedince řadíme pozitivní sebeobraz, sebekontrolu nebo sociální dovednosti. Na druhou stranu rizikové faktory jsou charakterizovány jako biologické, psychické, rodinné, komunitní a kulturní vlivy, které jsou spojeny s vyšší pravděpodobností horších léčebných výsledků nebo mohou podporovat rozvoj rizikového chování. Na úrovni jedince jsou to například genetické predispozice nebo prenatální expozice návykovými látkami (SAMHSA, 2021). Individuální terapie je důležitým nástrojem při léčbě digitálních závislostí, protože se zaměřuje na specifické potřeby a problémy jednotlivce. Zde jsou hlavní výhody a významy individuální terapie v tomto kontextu:

- 1. Personalizovaný přístup:** Terapeut může přizpůsobit léčbu konkrétním potřebám a okolnostem jednotlivce, což umožňuje cílenější a efektivnější zásahy.
- 2. Identifikace a řešení příčin:** Individuální terapie umožňuje hloubkový průzkum faktorů, které vedly k digitální závislosti, jako jsou emocionální problémy, stres, úzkost, deprese nebo trauma. Tímto způsobem lze řešit nejen symptomy, ale i příčiny závislosti.
- 3. Rozvoj zvládacích strategií:** Terapeut může pomoci klientovi vyvinout zdravé zvládací strategie a techniky, jak zvládat stres, úzkost a další spouštěče, které mohou přispívat k nadměrnému používání digitálních technologií.
- 4. Sebepoznání a sebeuvědomění:** Terapie podporuje proces sebepoznání, který může klientovi pomoci pochopit své chování, myšlenky a emoce. Tento proces je klíčový pro změnu škodlivých návyků a vzorců.
- 5. Posilování sebeúcty a sebedůvěry:** Práce s terapeutem může klientovi pomoci posílit sebeúctu a sebedůvěru, což může být důležité při zvládání závislosti a hledání alternativních způsobů naplnění osobních potřeb.
- 6. Podpora a motivace:** Individuální terapie poskytuje klientovi podporu a motivaci během procesu změny. Terapeut může pomoci klientovi stanovit realistické cíle a sledovat pokrok, což může být klíčové pro úspěch léčby.
- 7. Nácvik dovedností:** Klienti mohou během terapie rozvíjet a nacvičovat dovednosti, které jim pomohou lépe řídit svůj čas, plánovat aktivity a vytvářet zdravé návyky, které nahradí závislostní chování.
- 8. Prevence relapsu:** Napomáhá udržet kontrolu nad používáním digitálních technologií a zabránit návratu k problematickému chování. Může také pomoci dosáhnout trvalé změny a zlepšit celkovou kvalitu života.

Je vhodné do terapie implementovat prvky edukace, hraní rolí, na problém zaměřený přístup, nácvik komunikace s vrstevníky a důležitými dospělými osobami (jako jsou například rodiče), nácviky vyjednávání se sexuálními partnery a dovednosti ve vytváření rozhodnutí (Tingey et al., 2021). Jedním z nejsilnějších prediktorů výsledků léčby rizikového chování u dětí a mladistvých je kvalita terapeutického spojení mezi terapeutem a klientem. Kvalita terapeutického spojení již po dvou sezeních předpovídala míru úspěšnosti léčby. Délka doby strávené v ambulantní léčbě je významně ovlivněna vnímáním dovedností terapeuta. Čím vyšší je kvalifikace odborníka, tím pravděpodobnější je, že mladiství v léčbě zůstanou (Leukefeld, Gullota, Staton, 2008).

Existuje mnoho přístupů poradenských a terapeutických škol, které je možné při práci s klienty využít. Tradiční abstinčně orientovaný přístup často využívaný v léčbě adiktologických poruch není z povahy digitálních závislostí a potřeby využívání digitálních technologií aplikovatelný. Abstinence od digitálních technologií by tak mohla znamenat vyloučení ze školního, pracovního i sociálního života a přinesla by více negativ na straně jednotlivce než benefitů. Terapeutické intervence rizikového chování v oblasti digitálních technologií jsou proto zaměřeny více na redukcí času stráveného v digitálním světě a na rozvíjení kontroly při jejich užívání. Výzkumně a klinicky jsou nejrozpracovanějšími a nejpoužívanějšími intervencemi, které jsou založené na motivačních rozhovorech a přístupu kognitivně-behaviorální terapie (KBT).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

KBT je psychoterapeutický přístup zaměřený na změnu negativních myšlenkových vzorců a chování, které přispívají k emocionálním problémům a duševním poruchám. KBT kombinuje kognitivní terapii, která se soustředí na identifikaci a úpravu zkráceného myšlení, s behaviorální terapií, která se zaměřuje na změnu maladaptivního chování. Cílem je pomoci klientům rozvíjet dovednosti potřebné k řešení problémů, zlepšení jejich emoční regulace a dosažení osobních cílů. KBT umožňuje důležitou flexibilitu v terapeutických sezeních. Může se pracovat na různých aspektech chování odděleně nebo současně. Formy KBT mohou nabývat podob individuální, skupinové práce nebo práce s rodinou (SAMHSA, 2021). KBT vychází z předpokladu, že závislostní chování je naučený maladaptivní způsob, jakým lidé zvládají problémy ve svém životě a jak naplňují své potřeby. Vychází z předpokladu, že myšlení má zásadní vliv na chování a prožívání. KBT intervence se zaměřují na změnu dysfunkčního myšlení a dysfunkčního chování (Liese & Beck, 2022).

Klasické KBT programy mají často následující průběh: a) zmapování aktuálních vzorců závislostního chování, b) změna závislostního chování, c) identifikace dysfunkčních myšlenek, d) identifikace souvisejících problémů a jejich postupná změna (González-Bueso et al., 2018; Kim et al., 2012; Young, 2011).

Zmapování aktuálních vzorců závislostního chování: V první fázi terapeut s klientem detailně zkoumají současné vzorce závislostního chování. Klienti nejsou obvykle závislí

na internetu nebo chytrém telefonu jako celku, ale na specifických online aktivitách. Cílem této fáze je přesně popsat nejen závislostní aktivity, ale i situace, myšlenky a emoce, které toto chování spouštějí a k jakým následkům vedou. Klienti denně sledují, kdy a kolik času věnují závislostním aktivitám, a také jaké jiné činnosti kvůli tomu zanedbávají.

Změna závislostního chování: Po důkladné analýze závislostního chování se naplánuje jeho změna, a to buď formou úplné abstinence, nebo kontrolovaného užívání. Při kontrolovaném užívání se doporučuje nejen stanovení časových limitů, ale také přerušování dosavadních vzorců chování. Young (2011) doporučuje změnu obvyklé denní doby, kdy se závislostní chování vyskytuje, nebo naplánování častějších, ale kratších epizod. Klienti jsou také podporováni ve vytváření prostoru pro další volnočasové aktivity.

Identifikace dysfunkčních myšlenek: Další fáze se zaměřuje na identifikaci dysfunkčních myšlenek, které spouštějí závislostní chování, například „když nebudu na sociálních sítích, přijdu o všechny kamarády“ nebo „úspěšný jsem jen v online hře“. Klient by měl kriticky zhodnotit pravdivost těchto myšlenek a navrhnout racionálnější alternativy. Young (2011) také doporučuje vytvořit seznam pěti hlavních problémů způsobených závislostním chováním a pěti benefitů, které přinese jeho omezení. Cílem této fáze je, aby klient uznal závislostní chování jako svůj problém.

Identifikace souvisejících problémů a jejich postupná změna: V poslední fázi se terapeut soustředí na identifikaci problémů souvisejících s online závislostí a jejich postupnou změnu. Klienti pracují na zlepšení různých dovedností, jako jsou relaxační techniky, time management, posilování sociálních dovedností a rozšíření aktivit přinášejících pozitivní emoce. Osvojení těchto dovedností pomůže snížit pravděpodobnost opětovného výskytu závislostního chování.

Pobídková terapie (contingency management)

Pobídková terapie představuje terapeutický přístup, který poskytuje konkrétní motivace a odměny za požadované chování, aby podpořil změnu nežádoucího chování. V kontextu digitálních závislostí u dětí a dospívajících může tento přístup hrát důležitou roli z následujících důvodů:

◆ **Podpora pozitivních návyků:** Pobídková terapie motivuje k odvykání nebo omezení času stráveného online a k rozvoji zdravějších návyků. Například děti mohou být odměňovány za čas strávený mimo digitální zařízení nebo za úspěšné dodržování stanovených limitů používání.

◆ **Zvýšení motivace ke změně:** Systém odměn poskytuje okamžitou zpětnou vazbu a motivaci ke změně chování spojeného s digitální závislostí. Děti a dospívající vidí přímý vztah mezi svým úsilím o omezení digitálního času a obdržet příjemné odměny.

◆ **Struktura a predikovatelnost:** Pobídková terapie přináší strukturu a predikovatelnost

do procesu změny. Definuje jasné cíle a pravidla, což může snížit stres a nejistotu spojenou s pokusem o omezení digitálních aktivit.

◆ **Zmírnění impulzivního chování:** Tento přístup pomáhá snižovat impulzivní reakce na používání digitálních technologií. Děti se učí odkládat okamžikovou gratifikaci (digitální zábava) ve prospěch dlouhodobějších a zdravějších cílů.

◆ **Incentivizace offline aktivit:** Odměny mohou být vázány na účast v offline aktivitách jako sport, umění, čtení nebo sociální interakce, čímž se podporuje vyvážený životní styl.

◆ **Posílení rodinné dynamiky:** Rodiče mohou hrát klíčovou roli v implementaci pobídkové terapie. Systém odměn může posilovat komunikaci a spolupráci mezi rodiči a dětmi při řízení používání digitálních zařízení.

◆ **Evidenční základ:** Důkladně vedený systém pobídkové terapie poskytuje jasnou evidenci pokroku a úspěchů, což může být motivující pro děti i jejich rodiče. Pobídková terapie může být efektivním nástrojem při řízení digitálních závislostí u dětí a dospívajících, poskytujícím strukturu, motivaci a podporu při procesu změny chování směrem k zdravějšímu a vyváženějšímu životnímu stylu.

Výzkum zkoumající metody pobídkové terapie u mladistvých naznačuje, že tyto metody jsou poměrně jednoduché z hlediska vzdělávání profesionálů a implementace. Představují relativně nízkonákladovou intervenci a jsou vhodné pro různé typy služeb (adiktologické služby, jiná psychiatrická zařízení, zdravotnická zařízení, výchovná zařízení, OSPOD atd.) (Stanger et al., 2016). Jedná se o jednu z neúčinnějších intervencí v oblasti adiktologických poruch u dětí a dospívajících. Intervence pobídkové terapie mohou být definovány a sledovány různými ukazateli. Takovým ukazatelem může být cílové chování, způsob monitorování tohoto chování, časový rozvrh nutný k dosažení pozitivních nebo negativních důsledků, typ důsledku chování a jeho závažnost nebo intenzita. Velmi častým ukazatelem úspěšné intervence pobídkové terapie bývá redukce užívání digitálních technologií. Pobídková terapie se ovšem může zaměřit také na dodržování medikace, účast na terapeutických sezeních, dokončení zvolených edukačních aktivit nebo na změnu životního stylu. Je důležité věnovat pozornost složkám zvolené intervence včetně cíle, metody monitorování, plánu posilování, velikosti a typu použitých odměn. Je třeba si uvědomit, že změna jednoho typu chování, nemusí znamenat změnu jiného chování. Jako příklad může sloužit situace, kdy za poskytování pobídek selepší docházka na terapeutická sezení, ale užívání digitálních technologií se tím ovlivnit nemusí. Z tohoto důvodu se doporučuje, aby ukazatelem cílového chování byla, pokud možno vždy, redukce užívání technologií, přestože je vhodné se zaměřit i na jiné typy rizikového chování, jsou-li objektivně definovatelné a měřitelné.

Motivační rozhovory

Jedná se o nekonfliktní přístup zaměřený na člověka, který pomáhá mladým lidem prozkoumat různé aspekty jejich vzorců užívání. Klienti jsou vedeni k tomu, aby zkoumali klady a zápory svého užívání a vytvářeli si cíle, které jim pomohou dosáhnout zdravějšího životního stylu. Terapeut poskytuje individuální zpětnou vazbu a respektuje svobodu volby mladého člověka, pokud jde o jeho vlastní chování. Přestože vztah

mezi terapeutem a klientem je spíše partnerský, terapeut direktivně pomáhá jedinci zkoumat a řešit ambivalence a podporuje klientovu odpovědnost za výběr a práci na zdravých změnách chování. Akceptování adolescentů jako jedinečných bytostí bez toho, aby jim terapeut říkal, co je správné a co mají dělat, jak jsou na to zvyklí od rodičů a učitelů, umožňuje navázat vztah s rebelujícím a opozičním dospívajícím, a tak podpořit atmosféru sebeřízené změny (Tevyaw & Monti, 2004). Motivační intervence obvykle trvají od 3 do 8 sezení. Bývají realizovány samotně v podobě časné intervence (Schmidt et al., 2022) nebo jsou úvodní fází delších integrovaných léčebných programů (Shek et al., 2009; –Rodríguez et al., 2018).

Motivační rozhovor je metodicky propracovaný přístup zaměřený na hledání vnitřní motivace ke změně chování u klientů s adiktologickými poruchami (Kalina, 2013; Soukup, 2014). Respektuje právo klienta na sebeurčení a svobodné rozhodování o svém chování. Úspěšnost postupů závisí na vytvoření kvalitního pracovního spojení. Motivační rozhovory se zaměřují na stanovení cílů, přiměřenost intervencí podle motivace klienta a dělení odpovědnosti za změnu. Motivace klientů ke změně je klíčovým faktorem, který reaguje na mezilidské vlivy a zpětnou vazbu. Její intenzita se může měnit podle fáze procesu změny, od ambivalence až po rozhodné odhodlání. Moderní výzkum však ukazuje, že poradci mohou pomoci klientům identifikovat a prozkoumat jejich touhu a důvody pro změnu chování spojeného s návykovými látkami, což podporuje jejich motivaci ke změně (SAMHSA, 2019). Cílem motivačního rozhovoru je dosažení šťastnějšího, úspěšnějšího a bezpečnějšího životního stylu. Klienti stanovují své cíle, a pracovník je podporuje a usnadňuje proces změny. Klíčové je, aby cíle byly realistické, konkrétní, měřitelné a časově omezené (Kalina, 2013; SAMHSA, 2019).

Mezi principy motivačních rozhovorů patří aktivní naslouchání a snaha skutečně pochopit, co klient říká. To zahrnuje empatické porozumění a komunikaci v jazyce, kterému klient rozumí. Pomáhá to klientovi uvědomit si nesrovnalosti a podpořit jejich prozkoumání. Cílem je, aby klient sám reflektoval svou situaci a představoval si žádoucí stav, nikoli pracovník. Jde o rozvíjení, nikoli vytváření rozporů. Podpora klientovy důvěry ve vlastní schopnosti je také důležitá. To zahrnuje pomoc klientovi vidět své předchozí úspěchy, učit se z neúspěchů, hledat způsoby, jak provést změnu, využívat podporu okolí, plánovat dosažitelné cíle a odstraňovat překážky. Je důležité vyhnout se tendenci pracovníka radit, přesvědčovat nebo informovat klienta o potřebných změnách. Pokud klient musí obhajovat své současné chování, snižuje se pravděpodobnost, že změnu skutečně uskuteční. Ovládnutím tohoto napravovacího reflexu se zabrání potřebě klienta obhajovat své současné chování. Klíčovou součástí této techniky je respekt a úcta ke klientovi a jeho autonomii, víra v lidský potenciál a schopnost se pozitivně rozvíjet.

Hlavní zásady zahrnují vyjádření empatie, posílení úrovně pozitivního sebehodnocení, vyrovnávání se s odporem a objevování rozporů (Soukup 2014 nebo Hannover, Hannich, 2010). Tyto zásady mají základ v následujících komunikačních dovednostech, které shrnuje akronym OARS+:

♦ **Kladení otevřených otázek** (Open questions): Otevřenými otázkami spolu s reflexí upřesňujete s klientem téma a usilujete o posun v procesu.

♦ **Používání afirmací (ujištění, potvrzování kladných postojů, ocenění)** (Affirming): Zaměřujte se společně s klientem na jeho kvality a silné stránky. Tedy na to, co ve zvládacích strategiích klienta funguje a na jeho uvědomovaných schopnostech. Označujte ty schopnosti a zvládací strategie, které zaznamenáte, ale klient si je neuvědomuje. Autenticky a citlivě oceňte aktuální úspěšné zvládací strategie klienta a pomozte mu objevit i minulé úspěchy. Podporujte ho v důvěře ve vlastní schopnosti a v tom, aby změnu opíral o to, co funguje, na svých schopnostech, kvalitách a silných stránkách.

♦ **Reflektivní naslouchání** (Reflecting): U reflektivního naslouchání se pokuste odhadnout a sdělit, jak rozumíte tomu, co vám klient řekl. Pro pojmenování takového sdělení je používán pojem reflexe. Reflexi si ověřujete hypotézu o prožívání klienta. Pokud je odhad správný, klient obvykle přitaká a své sdělení rozvine, případně pokud odhad není správný sdělení upřesní. Obojí pak vede k přesnějšímu a hlubšímu porozumění.

♦ **Shrnutí** (Summarising): Shrnutí je v podstatě rozšířená reflexe. Do shrnutí zahrňte podstatné momenty toho, co proběhlo v předchozí konverzaci. Shrnutím na počátku rozhovoru usnadníte uvedení do tématu, můžete shrnout, co podstatného se událo na předchozím setkání. V průběhu setkání shrnujte ambivalenci klienta či významné aspekty aktuální situace. Na konci proveďte rekapitulaci a podstatné závěry a případná rozhodnutí, která klient učinil.

♦ **Podněcování sebmotivujícího jazyka, řeč změny** (+change talk): K podněcení sebmotivujícího jazyka můžete využít následující metody: 1) *kladení otevřených evokujících otázek*, kterými klienta přivedete k tomu, aby vyjádřil své obavy a názory, např. Co vás vede k tomu, uvažovat o změně?; 2) *používání měřítka významnosti*, kdy klienta vyzvete, aby pomocí škály ohodnotil významnost změny v chování a společně diskutujete nad výsledky; 3) *pohled dopředu*, kdy se klient dívá do budoucna a popisuje, jaký dopad by změna mohla mít na jeho budoucnost a jak by naopak vypadala budoucnost, pokud by ke změně nedošlo; 4) *pohled zpět* - zde se klient vrací v myšlenkách zpět do doby, kdy stávající problémy neexistovaly, a srovnává ji se současností; 5) *práce s "rozhodovací vahou"* - klient zvažuje pro a proti, která se s příslušnou změnou pojí a tyto "dvě strany mince" poté společně rozeberete; 6) *podrobnější rozbor* - vyzvěte klienta k bližšímu objasnění důvodů ke změně, příklady, popisy situací; 7) *zkoumání krajních variant*, pokud jde o jeho chování, respektive toho nejlepšího, co by realizovaná změna mohla přinést.

Odpor je vnímán jako přirozená součást změny a v rámci sezení funguje jako signál ke změně strategie. Neodporuje se mu, ale spíše se uznává a zkoumá s cílem posunout pacientovo vnímání. Argumentace nebo přímé přesvědčování jsou považovány za kontraproduktivní a je třeba se jim vyhnout, protože pravděpodobně vyvolávají obranu nebo odpor. Místo toho je styl obecně klidný a facilitační a vztah se podobá spíše pracovní alianci.

Psychodynamická psychoterapie

I když je psychodynamická terapie jedním ze tří hlavních psychotherapeutických přístupů v léčbě duševních poruch, existuje jen málo odborných textů o jejím využití při léčbě online závislosti u adolescentů. Pokud se nějaké texty najdou, mají většinou charakter případových studií (Stavrou, 2018; Toronto, 2009). Přesto má psychodynamický přístup své pevné místo v léčbě tohoto typu závislosti. Zaměřuje se na zkoumání a změnu hlubších příčin závislostního chování a je využíván zejména v době, kdy je závislostní chování již stabilizováno (pomocí KBT a farmakoterapie), ale bažení a přidružené problémy stále přetrvávají a mohou vést k relapsu (Wildt & Wölfling, 2017). Podle psychodynamické teorie jsou jednou z příčin závislostního chování vývojové deficity, zejména nenaplněné vztahové potřeby z minulosti, které se dospívající snaží uspokojit v online světě. Dlouhodobý terapeutický vztah, který je základem psychodynamického přístupu, umožňuje dospívajícím prozkoumat tyto nevyřešené vztahové konflikty a vývojové deficity, čímž může pomoci jejich řešení a podpořit návrat do reálného života (Stavrou, 2018; Toronto, 2009).

Psychodynamicky orientovaní terapeuti používají dvě hlavní kategorie intervencí:

♦ **Odkrývající intervence** pomáhají klientům prostřednictvím interpretací a zpětné vazby terapeuta uvědomit si souvislosti mezi různými vrstvami a oblastmi jejich zkušeností, závislostním chováním a fungováním v reálném světě.

♦ **Podpůrné intervence** mají za cíl posílit vědomí vlastní hodnoty dospívajícího a zlepšit jeho fungování ve vztahu k sobě i ke světu. Mezi podpůrné intervence patří podpora sebereflexe, sebepoznání a sebedůvěry, uvědomění si pozitivních aspektů vlastního života a vedení k vlastní aktivitě a odpovědnosti (Blinka et al., 2015).

6.2 SKUPINOVÁ TERAPIE

Skupinová terapie může hrát svou roli v léčbě digitálních závislostí u dětí a adolescentů díky několika klíčovým aspektům:

- 1. Sdílení zkušeností:** Skupinová terapie umožňuje dětem a adolescentům sdílet své zážitky a pocity s vrstevníky, kteří procházejí podobnými problémy. Toto sdílení může přinést úlevu a snížit pocit izolace.
- 2. Vzájemná podpora:** Účastníci skupinové terapie mohou poskytovat vzájemnou podporu a motivaci. Vidí, že nejsou sami ve svém boji, a mohou si navzájem radit a povzbuzovat se.
- 3. Zlepšení sociálních dovedností:** Skupinová terapie poskytuje bezpečné prostředí pro zlepšení sociálních dovedností, jako je komunikace, řešení konfliktů a spolupráce. To je obzvláště důležité pro děti a adolescenty, kteří mohou mít sociální dovednosti oslabené kvůli nadměrnému užívání digitálních technologií.
- 4. Zvyšování sebedůvěry:** Úspěchy a pokroky ostatních členů skupiny mohou inspirovat a posilovat sebedůvěru jednotlivců. Vidět, že ostatní dokáží překonat podobné problémy, může být motivující.

- 5. Výměna strategií:** Účastníci mohou sdílet různé strategie a techniky, které jim pomohly v boji proti závislosti. Tato výměna může být velmi cenná, protože různé přístupy mohou být účinné pro různé jedince.
- 6. Strukturované prostředí:** Skupinová terapie poskytuje strukturovaný čas a prostor pro řešení problémů spojených s digitální závislostí. Pravidelná setkání mohou pomoci udržovat disciplínu a závazek ke změně.
- 7. Pohled zvenčí:** Skupinová dynamika umožňuje účastníkům získat zpětnou vazbu od ostatních, což může poskytnout nový pohled na jejich chování a myšlenkové vzorce. Toto vnější zrcadlení může být užitečné pro identifikaci a změnu dysfunkčních vzorců.
- 8. Podpora od odborníka:** Skupinovou terapii vede odborník, který poskytuje profesionální vedení a podporu. Terapeut může vést diskuse, pomáhat řešit konflikty a nabízet odborné rady a techniky.
- 9. Prevence relapsu:** Skupinová dynamika může zvýšit motivaci jednotlivců k udržení zdravého chování a identifikovat vzorce chování napomáhající předcházet relapsu.

Skupinová terapie může poskytnout komplexní a podpůrné prostředí, které dětem a adolescentům pomáhá nejen snižovat závislost na digitálních technologiích, ale také zlepšovat jejich celkovou psychickou pohodu a sociální fungování. V odborné literatuře jsou popsány KBT programy, které mají nejčastěji skupinovou formu a obvykle trvají 2–3 měsíce (González-Bueso et al., 2018; Kim et al., 2012). U účastníků skupinových intervencí ovšem někdy dochází k efektu deviantní náklady vrstevníků. U mladistvých s rizikovým chováním, kteří jsou umístěni do skupinové intervence s jinými mladistvými s rizikovým chováním často dochází spíše k posílení antisociálního chování než k jeho snížení. Dále se jako málo efektivní jeví interakční intervence v rámci skupinové terapie či skupinová podpůrná terapie, neboť zde může být absence rozvoje specifických behaviorálních dovedností, které by mohly zlepšit klientovu schopnost zvládat rizikové situace. Účinnost může naopak zvýšit integrace na trauma zaměřené terapie, pokud se takový fenomén u účastníků skupiny objevuje.

KBT skupiny

KBT skupiny poskytují zázemí pro naučení se dovedností, které napomáhají zvládnutí emocí, umenšují dopad negativních myšlenek a podporují chování postavené na řešení problémů. KBT umožňuje důležitou flexibilitu v terapeutických sezeních. Může se pracovat na různých aspektech chování odděleně, nebo současně.)

Skupinového způsobu práce se může využívat při práci s rodinou, respektive s rodinnými příslušníky. Tento způsob práce může obsahovat psychotherapeutické prvky a prvky poradenství, dále se zde také uplatňuje individuální plánování léčby (SAMHSA, 2021). Intervence mohou zahrnovat motivační sezení před léčbou (zejména pokud rodina není nakloněna k léčbě rizikového chování dospívajícího), trénink dovedností a pobídková terapie (Leukefeld, Gullota, Staton, 2008).

Vrstevnícké skupiny

Někteří autoři využívají vrstevníckých skupin pro posilování edukace, hraní rolí, budování na problém zaměřených intervencí, zlepšování komunikace s vrstevníky, potenciálním sexuálním partnerem a dovedností činit rozhodnutí (Tingey et al., 2021).

6.3 RODINNÁ TERAPIE

Rodina hraje klíčovou roli v socializaci dítěte. I když se během adolescence dospívající postupně vzdalují od primární rodiny, stále má významné místo v jejich životě. Rodiče poskytují adolescentům emoční podporu, blízkost a stanovují normy chování (Siegel & Klimentová, 2016). Mnoho studií ukazuje, že povaha rodinného prostředí je důležitá pro vznik a vývoj online závislosti (Bonnaire et al., 2019). V rodinách adolescentů trpících touto závislostí se často objevují negativní vztahy mezi členy rodiny a nízká rodinná koheze. Rodiče těchto adolescentů často vykazují nedostatky v rodičovských dovednostech, jako je zanedbání, odmítání, nadměrná ochrana, náročnost, autoritářská výchova a nezáměr o to, jak dítě tráví čas online (Schneider et al., 2017). Z těchto důvodů má rodinná terapie důležité místo v léčbě online závislosti u adolescentů. Rodinná terapie také výrazně přispívá k zapojení a udržení adolescentů v léčbě, protože většina adolescentů nevstupuje do léčby dobrovolně, často bývají v opozici a předčasně z léčby odcházejí. Rodinná terapie může zvýšit úspěšnost léčby a její výsledky (Acier & Kern, 2011; Zhong et al., 2011). To dokládá i studie srovnávající efektivitu rodinné terapie ve výstupech na straně klienta a v retenci klienta v léčbě. Studie ve svých výsledcích udává větší efektivitu na straně rodinné terapie. Více klientů zůstávalo v terapii využívající přístup rodinné terapie, rodinná terapie také snižovala míru závislosti a symptomů užívání (Rigter et al., 2013).

Rodinná terapie představuje terapeutický přístup v rámci psychoterapie a poradenství, která snoubí individuální potřeby jedince společně s jeho rodinnými příslušníky (např. rodiči, sourozenci a dalšími pečujícími osobami) do plánování léčby a následně do terapeutických sezení. Rodinná terapie vychází z přesvědčení, že zvládnutí symptomů u jednotlivce, udržení se v léčbě a celková odpověď na léčbu se utváří nikoli pouze faktory na individuální úrovni (např. genetika, osobní vlastnosti, motivace a další), ale také faktory na úrovni rodiny (např. domácí prostředí, mezilidské vztahy). V rámci rodinné terapie se využívá přístupů mnoha terapeutických škol myšlenkových směrů a jednotlivých modelů léčby.

Rodinná terapie může hrát klíčovou roli v léčbě digitálních závislostí z několika hlavních důvodů a výhod:

♦ **Podpora a porozumění:** Rodinná terapie umožňuje všem členům rodiny lépe porozumět problému digitální závislosti. Členové rodiny mohou získat informace o tom, jak závislost ovlivňuje jedince a jak mohou nejlépe poskytnout podporu.

♦ **Zlepšení komunikace:** Terapie může pomoci zlepšit komunikaci mezi členy rodiny. Často se stává, že digitální závislost způsobuje napětí a konflikty. Rodinná terapie poskytuje bezpečný prostor pro vyjádření pocitů a názorů, což může vést k lepšímu porozumění a řešení konfliktů.

♦ **Nastavení hranic a pravidel:** Společně s terapeutem může rodina pracovat na stanovení zdravých hranic a pravidel pro používání digitálních technologií. To může zahrnovat omezení času stráveného online, definování digitálních detoxů nebo stanovení rodinných aktivit, které nezahrnují digitální zařízení.

♦ **Identifikace příčin:** Rodinná terapie může pomoci identifikovat a řešit jádrové příčiny digitální závislosti, které mohou být spojené s rodinnou dynamikou, stresovými faktory nebo emocionálními problémy.

♦ **Podpora změn v chování:** S podporou rodiny může jedinec snáze implementovat změny v chování. Rodina může poskytovat motivaci a podporu při dodržování nových návyků a přístupů k digitálním technologiím.

♦ **Zlepšení celkové rodinné pohody:** Digitální závislost může negativně ovlivnit nejen jednotlivce, ale i celou rodinu. Rodinná terapie může přispět ke zlepšení celkové pohody a soudržnosti rodiny.

Těchto cílů se dosahuje pomocí rodinných intervencí, které se soustředí na čtyři hlavní oblasti (Han et al., 2012; Shek et al., 2009; Young, 2009):

♦ **Psychoedukace:** Členové rodiny se vzdělávají o tom, co je online závislost, jaké má projevy a jaká jsou pravidla pro zdravé používání digitálních technologií.

♦ **Identifikace a změna dysfunkčních vzorců chování:** Analyzují se dysfunkční vzorce chování v rodině, které podporují závislostní chování, a pracuje se na jejich změně.

♦ **Posílení rodinné koheze a komunikace:** Podporuje se emocionální blízkost mezi rodiči a adolescenty, zlepšuje se vzájemná komunikace a pomáhá se rodičům zaměřit na psychologické potřeby, které adolescenti uspokojují skrze užívání digitálních technologií, místo aby se zaměřovali na kritiku těchto technologií.

♦ **Posílení rodičovských dovedností:** Rodiče se učí přeměnit autoritativní styl ve spolupráci, nastavovat a udržovat přiměřená očekávání ohledně používání digitálních technologií a stanovovat a dodržovat pravidla pro jejich užívání.

♦ **Prevence relapsu:** Členové rodiny se podrobně seznamují s modelem relapsu, učí se identifikovat a vyhýbat se spouštěčům relapsu a zastavit relaps včas.

7. VZDĚLÁVÁNÍ RODIČŮ

Vzdělávání rodičů u dětí s rizikem digitální závislosti může mít klíčový význam z několika důvodů:

- ♦ **Zvýšení povědomí:** Vzdělávání rodičů zvyšuje jejich povědomí o digitální závislosti, jejich příznacích a důsledcích. Rodiče tak mohou lépe rozpoznat varovné signály u svých dětí a včas zasáhnout.
- ♦ **Poskytování nástrojů a strategií:** Rodiče se naučí praktické strategie a nástroje, jak efektivně řídit a omezovat používání digitálních technologií u svých dětí. To může zahrnovat nastavení pravidel, používání rodičovských kontrol a vytvoření digitálního detoxu.
- ♦ **Podpora zdravých návyků:** Vzdělávání rodičů zahrnuje informace o podpoře zdravých návyků a alternativních aktivit, které mohou pomoci snížit závislost na digitálních technologiích. Rodiče se mohou naučit, jak motivovat děti k fyzické aktivitě, čtení nebo společenským hrám.
- ♦ **Zlepšení komunikace:** Programy vzdělávání rodičů často zahrnují techniky zlepšení komunikace mezi rodiči a dětmi. Otevřený dialog a porozumění mohou pomoci řešit problémy s digitální závislostí efektivněji a posílit rodinné vztahy.
- ♦ **Role modelu:** Rodiče jsou klíčovými vzory pro své děti. Vzdělávání jim může pomoci stát se lepšími vzory pro své děti co se týká používání digitálních technologií, to může mít pozitivní dopad na chování jejich dětí.
- ♦ **Prevence:** Vzdělávání rodičů může fungovat jako prevence digitální závislosti. Rodiče, kteří jsou informovaní a aktivně se podílejí na řízení používání technologií, mohou snížit riziko, že jejich děti vyvinou závislostní chování.
- ♦ **Řešení konfliktů:** Rodiče se mohou naučit, jak řešit konflikty spojené s používáním digitálních technologií bez zbytečných konfrontací. To může vést k harmoničtějším rodinnému životu a snížení stresu.
- ♦ **Podpora duševního zdraví:** Rodiče se mohou dozvědět, jak digitální závislost ovlivňuje duševní zdraví dětí a jaké kroky mohou podniknout k podpoře emocionální a psychické pohody svých dětí.
- ♦ **Sociální dovednosti:** Vzdělávání může pomoci rodičům podporovat rozvoj sociálních dovedností jejich dětí mimo digitální svět, což je důležité pro jejich celkový sociální a emocionální vývoj.
- ♦ **Vzájemná podpora/univerzalita:** Programy vzdělávání rodičů často vytvářejí komunitní podporu, kde si rodiče mohou vyměňovat zkušenosti a tipy, což může být velmi užitečné v boji proti digitální závislosti.

Vzdělávání rodičů umožňuje rodinám lépe zvládat a předcházet problémům spojeným s digitální závislostí, což přispívá k zdravějšímu a vyváženějšímu životnímu stylu dětí. Mnoho organizací a institucí podporuje svými semináři a workshopy vzdělávání rodičů v této rychle se rozvíjející oblasti.

8. ZÁVĚR

Tato publikace se zaměřuje na práci s dětmi a dospívajícími v oblasti digitální závislosti, poskytuje komplexní přehled o diagnostice, prevenci a léčbě tohoto problému. Digitální závislost představuje vážný problém, který může mít negativní dopad na fyzické a duševní zdraví jedinců, jejich sociální vztahy a akademický výkon.

V diagnostické části metodika zdůrazňuje důležitost včasného rozpoznání rizikového a závislostního chování pomocí různých screeningových nástrojů, jako jsou Internet Addiction Test (IAT), Dotazník hraní digitálních her (DHDH) a Dotazník na sociální sítě (BSMAS). Tyto nástroje umožňují identifikovat míru závislosti a souvisejících problémů, jako je úzkost nebo deprese.

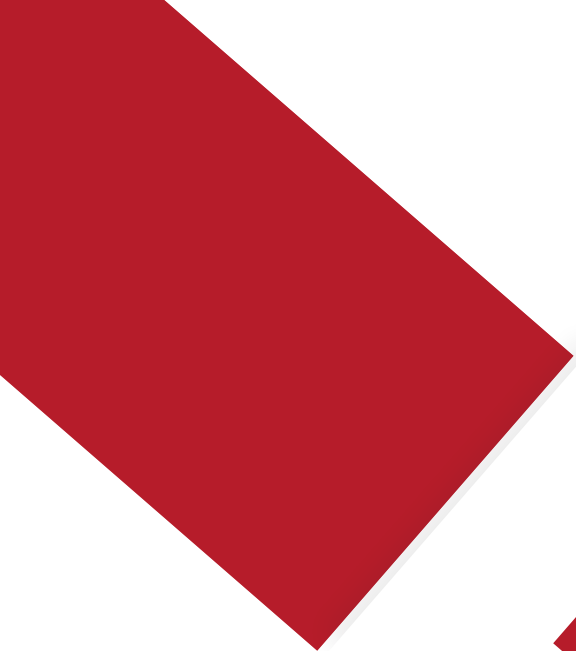
Prevence digitální závislosti zahrnuje vzdělávací programy zaměřené na rodiče, které jim pomáhají rozpoznat varovné signály a poskytují strategie pro řízení používání technologií jejich dětmi. Programy pro rodiče zahrnují techniky zlepšení komunikace, podporu zdravých návyků a alternativních aktivit, které snižují závislost na digitálních technologiích.

Léčebný plán a terapeutické intervence zahrnují individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Tyto intervence jsou zaměřeny na identifikaci a změnu dysfunkčních vzorců chování, posílení rodinné koheze a komunikace, a prevenci relapsu. Metodika také zdůrazňuje důležitost motivačních rozhovorů, které podporují vnitřní motivaci klientů ke změně jejich chování a dosažení zdravějšího životního stylu.

Celkově si tato metodika klade za cíl poskytnout komplexní rámec pro práci s dětmi a dospívajícími v oblasti digitální závislosti, zdůrazňuje multidisciplinární přístup a potřebu spolupráce mezi klienty, rodiči, školami a odborníky. Díky tomu mohou být vytvořeny efektivní intervence, které přispějí k redukci digitální závislosti a podpoře zdravého vývoje dětí a dospívajících.

- Acier D. & Kern L. (2011). Problematic Internet use: Perceptions of addiction counsellors. *Computers & Education*, 56(4), 983-989.
- Alimoradi Z., Lin C. Y., Broström A., Bülow P. H., Bajalan Z., Griffiths M. D., ... & Pakpour A. H. (2019). Internet addiction and sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 47, 51-61.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Andreassen C. S., Billieux J., Griffiths M. D., Kuss D. J., Demetrovics Z., Mazzoni E., & Pallesen S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252-262. <https://doi.org/10.1037/adb0000160>
- Blinka L., Škařupová K., Ševčíková A., Wöfling K., Müller K. W., & Dreier M. (2015). Excessive internet use in European adolescents: What determines differences in severity?. *International journal of public health*, 60, 249-256.
- Bonnaire C. & Baptista D. (2019). Internet gaming disorder in male and female young adults: The role of alexithymia, depression, anxiety, and gaming type. *Psychiatry research*, 272, 521-530.
- Chomynová P., Dvořáková Z., Černíková T., Orlicková B., Grohmannová K., & Franková E. (2023). *Zpráva o digitálních závislostech v České republice 2023*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Gilvarry E., McArdle P., O'Herlihy A., Kah M., Bevington D., & Malcolm N. (2012). *Practice standards for young people with substance misuse problems*. London: Royal College of Psychiatrists.
- González-Bueso V., Santamaría J. J., Fernández D., Merino L., Montero E., Jiménez-Murcia S., ... & Ribas J. (2018). Internet gaming disorder in adolescents: Personality psychopathology and evaluation of a psychological intervention combined with parent psychoeducation. *Frontiers in psychology*, 9, 787.
- Hadland S. E., Yule A. M., Levy S. J., Hallett E., Silverstein M., & Bagley S. M. (2021). Evidence-based treatment for young adults with substance use disorders. *Pediatrics*, 147(Suppl 2), S204-S214. doi:10.1542/peds.2020-023523D.
- Han D. H., Kim S. M., Lee Y. S., & Renshaw P. F. (2012). The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 202(2), 126-131.
- Kaminer Y. & Winters K. C. (Eds.). (2019). *Clinical Manual of Youth Addictive Disorders*. American Psychiatric Pub.
- Kaltiala-Heino R., Lintonen T., & Rimpelä A. (2004). Internet addiction? Potentially problematic use of the Internet in a population of 12–18 year-old adolescents. *Addiction Research & Theory*, 12(1), 89-96.
- Kalina K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Kim D. I., Lee Y. H., Lee J. Y., Kim M. C., Keum C. M., et al. (2012). New Patterns in Media Addiction: Is Smartphone a Substitute or a Complement to the Internet? *The Korean Journal of Youth Counseling*, 20(1), 71–88.
- Kim Y., Park J. Y., Kim S. B., Jung I. K., Lim Y. S., & Kim J. H. (2010). The effects of Internet addiction on the lifestyle and dietary behavior of Korean adolescents. *Nutrition research and practice*, 4(1), 51-57.
- Kovacs M. & Devlin B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47-63.
- Kulak J. A. & Griswold K. S. (2019). Adolescent substance use and misuse: Recognition and management. *American family physician*, 99(11), 689-696.
- Leukefeld C.G., Gullotta T.P., & Staton-Tindall M. (Eds.). *Adolescent substance abuse: Evidence-based approaches to prevention and treatment*. Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09732-9_8
- Liese B. S. & Beck A. T. (2022). *Cognitive-behavioral therapy of addictive disorders*. Guilford Publications.
- Marsch L. A. & Borodovsky J. T. (2016). Technology-based interventions for preventing and treating substance use among youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(4), 755-768.
- Munno D., Saroldi M., Bechon E., Sterpone S. C. M., & Zullo G. (2016). Addictive behaviors and personality traits in adolescents. *CNS spectrums*, 21(2), 207-213.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* (Third Edition). Baltimore: 2018.
- Orel M., Obereignerů R., Reiterová E., Malůš M., & Fac O. (2015). Rozdíly sebepojetí u dětí a adolescentů České republiky podle pohlaví a věku. *Psychologie a její kontexty*, 6(2), 65-77.
- Pontes H. M. & Griffiths M. D. (2016). The Development and Psychometric Properties of the Internet Disorder Scale–Short Form (IDS9-SF). *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 3(3), 303–318. <https://doi.org/10.15805/addicta.2016.3.0102>
- Pontes H. M., Schivinski B., Sindermann C., Li M., Becker B., Zhou M., & Montag C. (2021). Measurement and conceptualization of gaming disorder according to the world health organization framework: The development of the Gaming Disorder Test. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(2), 508–528. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00088-z>
- Rehbein F., Kliem S., Baier D., Möble T., & Petry N. M. (2015). Prevalence of internet gaming disorder in German adolescents: Diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*, 110(5), 842-851.
- Reyes-Rodríguez M. F., Mejía-Trujillo J., Pérez-Gómez A., Cardozo F., & Pinto C. (2018). Effectiveness of a brief intervention based on motivational interviewing in Colombian adolescents. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 33.
- Rigter H., Henderson C. E., Pelc I., Tossmann P., Phan O., Hendriks V., ... & Rowe C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and alcohol dependence*, 130(1-3), 85-93.
- Schmidt H., Brandt D., Meyer C., Bischof A., Bischof G., Trachte A., ... & Rumpf H. J. (2022). Motivational brief interventions for adolescents and young adults with Internet use disorders: A randomized-controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(3), 754-765.

- Schneider L. A., King D. L., & Delfabbro P. H. (2017). Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *Journal of behavioral addictions*, 6(3), 321-333.
- Shek D. T., Tang V. M., & Lo C. Y. (2009). Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, 44(174).
- Soukup J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.
- Stanger C. & Budney A. J. (2019). Contingency management: Using incentives to improve outcomes for adolescent substance use disorders. *Pediatric Clinics*, 66(6), 1183-1192.
- Stanger C., Lansing A. H., & Budney A. J. (2016). Advances in research on contingency management for adolescent substance use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(4), 645-659.
- Stavrou P. D. (2018). Psychoanalytic psychotherapy as a treatment for depression in adolescents: a case study. *Global Journal of Social Sciences Studies*, 4(2), 91-101.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2021). Treatment Considerations for Youth and Young Adults with Serious Emotional Disturbances/Serious Mental Illnesses and Co-occurring Substance Use. Publication No. PEP20-06-02-001. Rockville MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Suchá J., Dolejš M., Pipová H., & Charvát M. (2019). Dotazník hraní digitálních her (DHDH). *Příručka pro praxi*.
- Suchá J., Aigelová E., & Pipová H. (2024). *Užívání internetu, sociálních sítí a digitálních her u adolescentů: Teoretická východiska, diagnostika a strategie intervence*. Palacký University Olomouc.
- Tingey L., Chambers R., Patel H., Littlepage S., Lee S., Lee A., ... & Rosenstock S. (2021). Prevention of sexually transmitted diseases and pregnancy prevention among Native American youths: a randomized controlled trial 2016–2018. *American journal of public health*, 111(10), 1874-1884.
- Vondráčková P., Šťastná L., Jandáč T., Pavelcová Z., & Urešová A. (2023). Psychoterapeutické přístupy pro dospívající s online závislostí. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 6(2), 80-86.
- Wildt B. & Wöfling K. (2017). Psychotherapeutic approaches to the treatment of internet addicts: Scientific evidence and clinical experience in Germany. *Internet Addiction: Neuroscientific Approaches and Therapeutical Implications Including Smartphone Addiction*, 301-309.
- Xanidis N. & Brignell C. M. (2016). The association between the use of social network sites, sleep quality and cognitive function during the day. *Computers in human behavior*, 55, 121-126.
- Young K. S. (2011). CBT-IA: The first treatment model for internet addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4).
- Young K. S. (1998). *Internet addiction test (IAT)*. Stoelting.
- Zhong X., Zu S., Sha S., Tao R., Zhao C., Yang F., ... & Sha P. (2011). The effect of a family-based intervention model on Internet-addicted Chinese adolescents. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 39(8), 1021-1034.



**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE**



**1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA**
Univerzita Karlova